



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE
LA SALUD

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

Título

Evaluación del grado de satisfacción que generan las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Bioética - CHB-

Subtítulo

Estudio de la función consultiva en cinco Comités Hospitalarios de Bioética -CHB- entre los años 2005 al 2009 en la ciudad de Córdoba, Argentina.

IRIS ALICIA MADERS

2014

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta Tesis”

Pero más allá de todo esto, quien se asome a la luz de un CHB podrá ver sucederse los rostros multiformes de todos los pacientes que en su vida haya visto, los largos corredores de la vida y la muerte, la esperanza y la angustia, verá los aparatos del aliento y el pulso, la urgencia de las manos, las camas y los ojos, el bisturí que sangra sobre la carne abierta, la agonía de Jane Doe y el resignado gesto que Karen Quinlan tuvo cuando en un estallido el aire ya no estaba, verá también las leyes, los códigos, y masas interminables de hombres vejados en el nombre de la salud y la gloria de una raza sin manchas, verá pasar los siglos, y en el fondo sin tiempo de una tierra surcada por hombres incansables de todas las naciones, sobre la desgastada colina de los siglos, verá la amarillenta e indestructible piedra del templo de Esculapio.

Juan Carlos Tealdi

AGRADECIMIENTO A

Susana María Vidal

*Maestra y amiga, me abrió
el camino de la bioética*

DEDICADO A

Diego José, mi padre
Supo esperar y confiar...

Ida Iris, mi madre
Siempre presente

TITULO

Evaluación del grado de satisfacción que generan las recomendaciones de los Comités Hospitalarios de Bioética - CHB-

SUB TITULO

Estudio de la función consultiva en cinco Comités Hospitalarios de Bioética –CHB- entre los años 2005 al 2009 en la ciudad de Córdoba, Argentina.

AUTOR

Iris Alicia Maders

RESUMEN

Se realiza una revisión de los antecedentes que dieron origen a los CHB recorriendo el marco internacional, nacional y en la ciudad de Córdoba particularmente continuando con algunos conceptos fundamentales como la definición, las funciones, composición, criterios de acreditación, diferencias con los Comités Institucionales de Ética de Investigación en Salud para concluir el marco teórico refiriendo específicamente a los aspectos que hacen a la función consultiva de los CHB y a algunas consideraciones respecto de la satisfacción con la consulta.

Con la aplicación de una encuesta se estudia, las consultas realizadas a cinco Comités Hospitalarios de Bioética con asiento en instituciones de salud en la provincia de Córdoba -Argentina- entre los años 2005 al 2009. Finalmente se realiza un análisis de los resultados que dan cuenta de la función consultiva respecto del grado de satisfacción de las personas que consultaron por los problemas éticos en el proceso asistencial de salud y que influyeron directamente en la toma de decisiones en el ámbito clínico.

ABSTRACT

A review of the background that led to the CHB crossing the international, national and in the city of Córdoba particularly continuing with some fundamental concepts such as the definition, functions, composition, accreditation criteria, differences with the Institutional Ethics of Health Research to complete the theoretical framework specifically referring to the aspects related to the advisory function of the CHB and some considerations regarding satisfaction with the consultation.

With the application of a survey study, five consultations Hospital Bioethics Committees based in health institutions in the province of Córdoba, Argentina, from 2005 to 2009.

Finally, an analysis of the results that account for the advisory role of the degree of satisfaction of people with clinical ethical problems in the health care process and directly influenced the decision making in the clinical setting.

INDICE

I.	MARCO TEORICO:	
A.	COMITES HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB) : ANTECEDENTES	
	1. Marco internacional	1
	2. Marco Nacional	4
	3. Marco Provincial	8
B.	COMITES HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB): FUNDAMENTACIÓN	
	1. Conceptos / definición: qué son los CHB	13
	2. Funciones de los CHB	14
	3. Composición	17
	4. Criterios para la acreditación de los CHB	19
	5. Diferencias de los CHB con los Comité Institucionales de Ética de Investigación en Salud (CIEIS)	21
C.	COMITES HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB): FUNCIÓN CONSULTIVA	
	1. ¿Qué es la función consultiva de los CHB?	23
	2. ¿Quién puede consultar a los CHB?	24
	3. Momento de la consulta a los CHB	25
	4. Elementos de la Consulta a los CHB	26
	5. Procedimientos de consulta	27
	6. Tipos de consulta	27
	7. El informe y la recomendación	28

D.	LA SATISFACCIÓN CON LA CONSULTA A LOS CHB: CONCEPTUALIZACIÓN	30
II.	HIPOTESIS	33
III.	OBJETIVOS	33
A.	General	33
B.	Específicos	33
IV.	MATERIALES Y MÉTODO	34
V.	DESARROLLO Y RESULTADOS	39
VI.	DISCUSIÓN	51
VII.	CONCLUSIONES	68
VIII.	RECOMENDACIONES	71
IX.	ANEXOS	73
X.	BIBLIOGRAFIA	81

I. MARCO TEÓRICO

A. COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB): ANTECEDENTES

1. Marco Internacional

Los CHB han tenido su primera experiencia hace más de treinta años en el caso de Karen Ann Quinlan, (1976, New Jersey, USA) para el que se creó el primer Comité Hospitalario de Bioética¹, dando origen a lo que sería en adelante una modalidad frecuente en muchos hospitales, la conformación de comités interdisciplinarios para la resolución de conflictos éticos en el campo de la atención de la salud.¹

En la sentencia del caso Quinlan, la Suprema Corte de Justicia del estado de New Jersey (USA) estableció entre otras consideraciones que: *“Tras la aprobación del tutor y la familia de Karen, si los médicos responsables que la asisten concluyen que no hay ninguna posibilidad razonable de que Karen alguna vez salga de su estado comatoso actual para pasar a un estado cognitivo consciente, y que el aparato de soporte vital que se administra ahora a Karen debería interrumpirse, ellos deberán consultar con el "Comité de Ética" del hospital o un cuerpo similar de la institución en la que Karen esté entonces hospitalizada.*

Si ese órgano consultivo está de acuerdo en que no hay una posibilidad razonable de que Karen salga de su estado comatoso actual a un estado cognitivo consciente, el actual sistema de soporte vital puede ser retirado y dicha acción no tendrá ninguna responsabilidad civil o penal en la parte

¹ El antecedente del comité instituido en 1960 por Beldin Scribner en Seattle para decidir qué pacientes renales crónicos debían acceder a hemodiálisis, no reunía las características principales que a partir del caso de Karen Quinlan tuvieron los comités de ética: efectiva interdisciplinaria y discusión centrada en la justificación ética de los problemas abordados.

de cualquier participante en ella, ya sea su guardián, médico, hospital u otros...”.²

En la argumentación del fallo de la Corte Suprema de New Jersey hace mención de la publicación de la pediatra Karen Teel ³ que sugería establecer foros de diálogo en situaciones conflictivas en la atención de la salud de niños, con el fin de establecer juicios compartidos de carácter interdisciplinario, que aportaran garantías de atención de salud para los pacientes y sus médicos cuidadores. Otra de sus recomendaciones estaba referida específicamente a que sea un órgano de carácter consultivo y de fácil acceso para las personas que prestan la atención a los pacientes

En la década siguiente otros casos como los llamados “Baby Doe” ⁴ y “Baby Jane Doe” ⁵ plantearon nuevos conflictos en el tratamiento de neonatos con trastornos congénitos o malformaciones graves cuando los padres rechazaban la realización de tratamientos eficaces, dando origen a nuevas instancias de toma de decisión que ofrecían una mediación entre la medicina y las leyes, las que no estuvieron faltas de conflictividad.^{II}

^{II} El Dto. de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. debido a la enorme repercusión pública que había tomado el caso Baby Doe dispuso una normativa por la cual se planteaba la necesidad de cierto tipo de intervención del Estado en la resolución de conflictos en el tratamiento de niños discapacitados. Surgieron así las llamadas *Normas Baby Doe*, que establecían que deberían ser investigadas las decisiones paternas en casos de niños con minusvalías. Se constituyeron las llamadas “Brigadas Baby Doe” con una línea telefónica para denunciar casos en los que las decisiones de los padres no velaran por el mejor interés de los niños. El Estado se había apoyado en la sección de Protección a minusválidos de la llamada “Rehabilitation Act”. La ley, llamada Baby Doe Protection Law, declaraba ilegal la supresión de soporte nutritivo u otro tipo de tratamientos sin los cuales se produciría la muerte en niños con deficiencias, cuando: a) el hecho de no comenzarlo se funda en la discapacidad del niño y b) la minusvalía no contraindica el tratamiento. Colocando así a quienes realizaban estas acciones bajo la acusación de negligencia. En estas mismas regulaciones se recomendaba fuertemente que los hospitales establecieran los llamados “Infant Care Review”, que eran comités creados a este fin. Véase en Vidal Susana M. “Introducción a la Bioética Institucional: Los Comités Hospitalarios de Bioética” en Garay, Oscar E. (coord.) *Bioética en Medicina*. Ed Ad-Hoc, Bs As, 2008, pp. 403-439

Estos casos tomaron estado público y alcanzaron el interés de la sociedad civil, dando origen a una nueva conciencia social sobre la participación de los pacientes en las decisiones médicas.

Por los mismos años, se producía el informe final de la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento,⁶ que produjo una enorme bibliografía sobre la modalidad para la constitución de estos comités, al tiempo que recomendaba la conformación de los mismos en todos los hospitales de alta complejidad. A partir de entonces hubo un importante desarrollo de los Comités de Ética en Estados Unidos, y desde allí la tendencia se extendió rápidamente hacia el resto de los países desarrollados.⁷

Así se fue instalando la necesidad de crear equipos interdisciplinarios en las instituciones hospitalarias que estuvieran formados en los conocimientos necesarios para la toma de decisiones éticas. Los mismos debían emplear un procedimiento y contar con resoluciones debidamente fundadas, al tiempo que fueran capaces de deliberar, analizar casos clínicos éticamente conflictivos y procurar recomendaciones más adecuadas y razonables tendientes a resguardar los derechos de los enfermos. Fue en Estados Unidos, y en Europa donde el auge de los CHB creció con mayor rapidez a partir de la década de los 80.

Para América Latina los procesos fueron más tardíos y recién es en la década de los 90 cuando comienza un desarrollo más sistemático de los CHB, siendo Colombia, Chile y Argentina los países que tuvieron inicialmente la expansión más significativa.^{III}

^{III} En la Argentina, el desarrollo Institucional se remonta a la década del 70 cuando se crea el Instituto de Humanidades Médicas en la Fundación José M. Mainetti, en La Plata que fue pionero en la promoción de la humanización de la medicina. En 1986 se creó el Centro de Referencia Nacional en Bioética, CENAREBIO, a partir de donde la Bioética fue entendida no sólo como una disciplina académica, asistencial y política, sino también como una cultura de la moral civil, lo que planteaba ya una lectura crítica local del discurso de la bioética angloamericana. En Mainetti, J.A. Bioética Fundamental. La Crisis Bio Ética. Ed. Quirón, La Plata, 1990, pp: 71- 83.

2. Marco Nacional

En 1989, cuando todavía era incipiente la constitución de los CHB en América Latina, desde la Fundación Mainetti de la ciudad de La Plata, se organizó el *Primer Curso de Comités Hospitalarios de Ética*, con el objetivo de promover la creación y el desarrollo de esta nueva figura institucional en el área de la salud.

Argentina fue el país pionero en este sentido, configurando los CHB en Buenos Aires: Hospital de Clínicas (1984), Servicio de Neonatología del Hospital Italiano (1984), Centro Oncológico de Excelencia de Gonnet (1987) y en Mendoza, en el Hospital Humberto Notti (1989).

La iniciativa educativa mencionada fue suscitando la constitución de centros de desarrollo en bioética y de los CHB a lo largo del país: En Bahía Blanca el del Hospital Penna; el Hospital Interzonal de Agudos de Mar del Plata y otros en la provincia de Buenos Aires como el Materno Infantil, Hospital San Juan de Dios, Policlínico San Martín, Hospital Evita de Lanús. En la Capital Federal para entonces ya contaban con CHB los Hospitales de la Fundación Favalaro y los hospitales Garrahan, Borda, Muñiz, Fernández, Duran y Torñú, entre otros.⁸

Para la promoción y el crecimiento de los CHB fue clave el trabajo en redes, con una impronta destacable en la tarea realizada por la Escuela Latinoamericana de Bioética, ELABE que desde la Fundación Mainetti ya mencionada, coordinó el funcionamiento de la Red Regional de Comités de Ética de la Salud, la cual luego de distintos momentos y cambios en los últimos años, ha quedado ligada a la Asociación Civil Bio&Sur.⁹

Así también trabajaron otras redes como la Red del Sudeste de la provincia de Buenos Aires, la Red de la provincia de Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud y la de la provincia de Neuquén, también desde el Ministerio de Salud. En este último caso, los Comités de Bioética responden al modelo de Atención Primaria de la Salud que rige a la provincia, siendo originales en su modalidad de funcionamiento

ya que no son hospitalarios, sino zonales y cuentan con una marcada participación de la comunidad.¹⁰

En el mes de noviembre de 1996 fue sancionada La Ley N° 24.742, publicada el 23 del mismo mes, de carácter nacional por la que se estableció la creación de un CHB en todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, estableciendo entre otros puntos las funciones y los temas no excluyentes que serían motivo de trabajo de los mismos. Dado el sistema federal que tiene la Argentina, la ley no tuvo aplicación en las provincias, salvo en caso de las que adhirieron. Sin embargo fue importante como estímulo e impulso para el desarrollo de los CHB en las diferentes regiones y provincias.

Con todo lo antes mencionado, los desarrollos han sido dispares a lo largo del país, por lo que será necesario hacer una referencia más detallada a cada provincia o región.¹¹

Región Centro: La provincia de Córdoba será desarrollada extensamente dentro del capítulo Marco Provincial del presente trabajo.

La Pampa constituyó un Consejo Provincial de Bioética por decreto 86/2004, de carácter deontológico que no parece responder a la característica de un CHB.¹² En Santiago del Estero no hay registros o publicaciones que den referencia de la existencia de algún CHB.

Región Patagónica: Dentro de esta región, la provincia de Neuquén registró la mayor cantidad de CHB. Con la Ley N° 2327 publicada en Boletín Oficial del 1° de septiembre del año 2000 adhirió a la ley nacional 24742, estableciendo la existencia de los CHB en las Instituciones “en la medida que su complejidad lo permita”. Como ya fue mencionado, tomó características particulares atentas al modelo sanitario de la provincia.¹³

En las provincias de Río Negro (uno), Santa Cruz (uno) y Tierra del Fuego (uno) tuvieron un comienzo más tardío y con un número muy pequeño de

CHB que se mantiene hasta la fecha. En Chubut el Decreto 932/2003, estableció la existencia de un Comité de Bioética en los establecimientos públicos o privados donde se practiquen la contracepción quirúrgica voluntaria, establecido por la Ley Provincial N° 4950 de 2003.¹⁴

Región Noroeste: Es la provincia de Santa Fe la que tiene mayor concentración de comités en coincidencia con las zonas de mayor densidad de población del país, por Ley N° 12391 del año 2004,¹⁵ se crearon los CHB en todos los efectores de salud de la provincia según el nivel de complejidad que lo aconseje, así como el Registro Provincial de CHB.

La provincia del Chaco cuenta con la Ley N° 4.781 del año 2000¹⁶ la cual estableció la creación del Consejo Provincial de Bioética en el ámbito del Ministerio de Salud Pública, y la constitución de CHB en los hospitales públicos. Asimismo el CHB del Hospital Pediátrico Dr. L.A Castelán desde el año 2008 viene desarrollando una importante actividad.

En Misiones se han dado algunos pasos para la conformación de un CHB en el Hospital de Pediatría. Así mismo por Ley N° 4334 de 2006, se estableció la creación de los Comités Hospitalarios de Ética en los Hospitales de Nivel III dependientes del Ministerio de Salud. La ley cuenta con un Fondo Especial para su cumplimiento.¹⁷

En Formosa y Entre Ríos no hay registros o datos de la existencia de CHB.

En la provincia de Corrientes por Ley N° 5896 del año 2009¹⁸ se adhiere a la Ley Nacional 24.742, para la creación de Comités Hospitalarios de Ética.

Región Cuyo: La provincia de Mendoza es la que lleva mayor desarrollo en la conformación y regulación de los CHB. La historia de los CHB se remonta a principios de los años noventa, como fue mencionado, pero las regulaciones son posteriores. La ley N° 7398 del año 2005 declara de

interés provincial el fomento y desarrollo de actividades académicas y asistenciales vinculadas con la bioética, establece la constitución de Comités de Bioética en los efectores de salud pública o privadas, y la creación de la Comisión Provincial de Bioética en la órbita del Ministerio de Salud.¹⁹

En San Juan no se cuenta con datos respecto a la existencia de CHB.

San Luis por Decreto 5495/2006 aprueba la creación de un Comité de Bioética Provincial, publicado en el Boletín Oficial el 22 de noviembre del 2006.²⁰

Región Noreste: La provincia de Jujuy crea el Comité Provincial de Bioética y los CHB en el año 2005, por Decreto Reglamentario N°3815 de la Ley N° 5009/97.²¹

En Tucumán por Ley N° 6507 de 1993,²² se crean los CHB en los Hospitales: Ángel C. Padilla, Zenón J. Santillán, Del Niño Jesús, Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes y Nicolás Avellaneda, de la Ciudad de San Miguel de Tucumán y el Hospital Regional de Concepción, Dr. Miguel Belascuaín.

No se cuentan con datos disponibles de la provincia de La Rioja en relación a los CHB.

La provincia de Catamarca, por su lado, aprobó la Ley N° 5057 de Comité Hospitalario de Ética, en el año 2002²³ la cual adhiere a la ley nacional N° 24742 y establece la Creación de los Comités en los establecimientos hospitalarios de gestión estatal y/o privada.

Es de destacar que a partir de la Ley nacional, ya finalizando la década de los noventa, muchas de las provincias de Argentina han adherido a ella o han creado otras propias, ofreciendo un marco jurídico de soporte importante para el inicio de la conformación de los CHB en prácticamente todo el país.

Si bien la constitución de los comités a nivel nacional ha sido dispar entre las diferentes provincias, desde el comienzo fueron de gran utilidad para

concebir lo que hoy se entiende por calidad de las instituciones de salud.

24 25

3. Marco Provincial

En la Provincia de Córdoba desde 1994 el Área de Capacitación en Servicio, del Departamento de Capacitación y Docencia del Ministerio de Salud, comenzó a desarrollar actividades de formación dirigidas a los profesionales de los Hospitales Provinciales tendientes a crear CHB. Se realizó en ese año el 1º Taller de Formación Intensiva en el Centro Cultural de Bº Pueyrredón de la ciudad de Córdoba donde participaron como docentes invitados destacados profesionales de la bioética en Argentina y Latinoamérica. A estas actividades asistieron profesionales de diferentes disciplinas tanto de instituciones públicas provinciales como del ámbito privado que se vieron motivados por la propuesta e interesados en los temas. La convocatoria estaba orientada a sensibilizar a los participantes en los temas centrales de la bioética y en la necesidad de contar con los comités.

Diferentes razones, entre ellas de carácter político e institucional pospusieron la marcha del Proyecto y recién a partir de comienzo del año 1997, se puso en plena vigencia el *Proyecto para la Constitución de CHB en las Instituciones de salud de la Provincia.*²⁶

En el marco del desarrollo de este proyecto cabe mencionar la creación del *Área de Bioética* del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba,²⁷ por Resolución N° 0167/1998 del Ministerio de Salud y Seguridad Social del Gobierno de Córdoba el 19 de marzo de 1998, que luego fuera modificada el 15 de junio de 2001, por Resolución N° 629, elevando en esta última su jerarquía a la dependencia directa de la Secretaría de Salud del Ministerio. Se crea como un Área de carácter técnico que tiene por objetivo brindar asesoramiento y llevar adelante la coordinación, capacitación, seguimiento de las acciones educativas, consultivas y

formativas en Bioética Clínica y Social en el ámbito del Ministerio de Salud de la provincia, particularmente de la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Bioética.

La provincia de Córdoba con este proyecto fue pionera en el país en el desarrollo de la bioética desde la gestión pública, y a través de los CHB que se crearon por iniciativa del Área de Bioética.

El proyecto se ha sostenido a través de los años merced por un lado al respaldo o al menos la no interferencia de las distintas gestiones y administraciones de la provincia y, fundamentalmente al trabajo sostenido de los profesionales que conformaron el equipo técnico que constituyó el Área, los cuales en su mayoría se ha desempeñado en el sector, con carga adicional a la función hospitalaria y al trabajo profesional.

Esta iniciativa tuvo como único antecedente en el país la Red Regional de Comités Hospitalarios de Bioética ya mencionada en La Plata,²⁸ pero ella no contaba con el respaldo de una estructura gubernamental sino que dependía de una institución privada, como la Fundación Mainetti del Centro Oncológico de Excelencia.

La Red provincial de CHB trabajó de manera coordinada con la Red Nacional desde su creación en el año 1996 con una actividad creciente a partir de entonces.

Es importante mencionar que otro fue el desarrollo que en la Provincia de Córdoba tuvieron los Comités Institucionales de Ética de Investigación en Salud (CIEIS), que se ocupan de resguardar la corrección ética de los proyectos de investigación en salud en seres humanos, teniendo como prioridad la protección de los derechos de los sujetos que intervienen en las mismas, en especial de los mas vulnerables. El presente trabajo no se ocupará de los CIEIS cuyas distinciones se verán más adelante. Asimismo se puede consultar en la web de la Provincia de Córdoba donde se publican las reglamentaciones que a nivel local regulan estos comités.^{IV}

^{IV} Se puede acceder a : <http://www.cba.gov.ar/declaraciones-juradas/ministerio-de-salud/s-e-r-f-i-s-co-e-i-s-re-p-i-s/>

La Red Provincial de CHB ha realizado un importante y sostenido trabajo a través de los años de capacitación, actualización, asesoramiento e intercambio, que ha fortalecido y legitimado la presencia de los mismos en las Instituciones de salud. Desde su creación se realizan reuniones mensuales y se han organizado eventos de carácter provincial, nacional e internacional cada dos a cuatro años desde el año 2000.

En la actualidad participan de las reuniones mensuales de la Red entre 40 y 70 profesionales miembros de comités públicos y privados de toda la provincia. Es de carácter interdisciplinaria siendo las profesiones de mayor presencia: Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Fisioterapia, intervienen también disciplinas de otras áreas de salud, así como docentes, administrativos, comunicadores sociales y algunos legos miembros de los CHB.

En los últimos años se ha realizado un fuerte desarrollo de los CHB de Hospitales del interior de la provincia a través de un proyecto impulsado desde el Área, en conjunto con los CHB del área capital de mayor experiencia. Así participaron ocho CHB de las instituciones públicas del interior de la provincia: del Hospital Domingo Funes de Villa Caieiro, Hospital Arturo Illia de la ciudad de Alta Gracia, Hospital Iturraspe de San Francisco, Hospital Pasteur de Villa María, Hospital San Antonio de Padua de la ciudad de Río IV, Hospital Colonia Dr. E. Vidal Abal de Oliva con atención en salud mental, el Hospital Zonal de Oliva, y finalmente el Hospital San Vicente de Paul de Villa del Rosario.

En lo que respecta al área capital los CHB de los hospitales provinciales que intervienen en la Red Provincial ²⁹ con presencia sostenida son siete: Hospital Rawson, Materno Provincial, Córdoba, de Niños de la Santísima Trinidad, Materno Neonatal, Neuropsiquiátrico y Pediátrico del Niño Jesús. También participan los CHB de hospitales públicos de otras dependencias como el Hospital de Urgencias (Municipal) y el Hospital Nacional de Clínicas (Universidad Nacional de Córdoba), y finalmente de

algunos de gestión privada, como los CHB del Hospital Italiano, Clínica Reina Fabiola y Hogar San Camilo, de reciente incorporación.

Entre las tareas de extensión desarrolladas por el Área se impulsó y construyó un espacio en la WEB del Ministerio de Salud destinado solo a la bioética, el mismo permite el acceso a la información de los CHB existentes en Córdoba, así como al trabajo que se desarrolla en las reuniones mensuales de la Red Provincial de CHB, además de presentar un menú variado de temas, información, bibliografía y enlaces con otras páginas relacionadas a la bioética.^v

Otras experiencias en la provincia han sido importantes como la del Hospital Privado de Córdoba que crea el Comité de Bioética el 30 de junio de 1994 por convocatoria de la subdirección médica, siendo uno de los comités que ha tenido un desarrollo sostenido y creciente. En el ámbito institucional ha organizado por lo menos tres ateneos anuales, recibido consultas de casos conflictivos tanto de profesionales como de pacientes y ha llegado a proponer a la Dirección del Hospital algunas normas internas que indican procedimientos en situaciones dilemáticas como: “Orden de no reanimación”, “Transfusión a los Testigos de Jehová”.³⁰

Así también el Sanatorio Allende constituyo su Comité de Bioética el 21 de marzo del 2002 desarrollando una actividad ininterrumpida hasta la actualidad.³¹

Es de mencionar asimismo el Comité de Bioética del Hospital Transito Cáceres de Allende que comenzó a funcionar desde agosto de 1994 hasta 2003, reiniciando sus actividades en 2005 hasta la fecha.³²

Otra iniciativa fue la del Centro de Bioética de la Universidad Católica de Córdoba conformado en 1999 en forma interdisciplinaria, interinstitucional

^v Se puede acceder a la sección del Área de Bioética en: <http://www.cba.gov.ar/area-de-bioetica/>

e intersectorial que si bien no constituye estrictamente hablando un CHB significó un impulso al desarrollo de la bioética en la provincia de Córdoba creado por Resolución Rectoral N°289/01 teniendo como objetivo *“brindar ayuda en la elaboración de criterios en vista a la toma de decisiones, acciones y actitudes en el campo de las ciencias de la vida en general, teniendo en cuenta para ello, aquellos aspectos que, junto a criterios científico-técnicos, puedan comprometer los derechos humanos de los enfermos y usuarios de los servicios sanitarios, así como valores sociales, personales e institucionales”* y dentro de sus funciones *“Vincular su estudio con otros ámbitos bioéticos a los fines de progresar en el mismo conocimiento de la materia en análisis; producir dictámenes con carácter no vinculante en cuestiones estrictamente éticas; asesorar en aquellas en las que los problemas éticos puedan estar implicados; promover iniciativas de formación e información sobre problemas y cuestiones éticas; generar actividades de formación e información en todo el ámbito de la Universidad y en la Clínica Reina Fabiola de temas de incumbencia bioética”*.³³

El Centro de Bioética fue autor desde sus comienzos de una serie de publicaciones de fascículos como aporte a la comunidad con temas de interés como: Orientaciones bioéticas sobre algunos aspectos de la reproducción humana N°1-1999, Orientaciones bioéticas sobre la Eutanasia, Muerte Digna y Cuidados Paliativos N°2- 2000, Orientaciones bioéticas sobre trasplante de órganos N°3- año 2001, Orientaciones bioéticas: La vida nos llama a reflexionar sobre la muerte N°4-2001.³⁴

Actualmente continúa con diferentes actividades abiertas a la comunidad como cine debates, publicaciones de gacetillas, jornadas de formación ofreciendo instancias de formación en forma sostenida de gran importancia.

Otros aportes de capacitación en la provincia de Córdoba han sido un impulso para la formación de nuevos miembros y fortalecimiento de los

CHB, como la Universidad Nacional de Córdoba que comenzó con la enseñanza de la bioética en el pregrado de la Facultad de Medicina y actualmente con una Maestría en Bioética desde el año 2005.

Asimismo el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba, creó una Comisión de Bioética a principios de los años 90 que organizó algunas de las primeras actividades de capacitación en bioética que se desarrollaron en la ciudad de Córdoba, algunas en coordinación con el Área de Bioética y en la actualidad sigue funcionando con un grupo interdisciplinario.

Un breve recorrido en la provincia de Córdoba desde diferentes ámbitos institucionales tanto públicos como privados da cuenta del surgimiento de la bioética desde la década del 90 y su desarrollo creciente ofreciendo el aporte de formación sostenido y de presencia para la orientación en la toma de decisiones éticas frente a los conflictos en la atención de salud.

B. COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB): FUNDAMENTACIÓN

1. Concepto / definición: qué son los CHB

Los CHB, también llamados Comités de Ética Asistencial, o Comité de Ética Clínica han sido conceptualizados como *espacios de dialogo y reflexión en un ámbito interdisciplinario, en los que a través de la argumentación se aspira a arribar a consensos mínimos que mejoren la calidad de las decisiones sanitarias, aproximándose racional y razonablemente a decisiones prudentiales*.³⁵ De manera mas concisa, se los ha definido como “grupos interdisciplinarios que se ocupan de los problemas éticos que surgen en los hospitales como instituciones de atención de la salud”.³⁶

La misma delimitación conceptual especifica aquello que no debería ser considerado función o pertinencia de un CHB como son los problemas que emergen de las relaciones laborales de tipo administrativas, interpersonales o entre servicios; las relacionadas a conflictos sindicales o políticos que afecten a intereses sectoriales; las que requieren intervención de sumarios administrativos o judiciales; los problemas de responsabilidad profesional como mala praxis, negligencia y otros temas de deontología o disciplinarios; y los de carácter legal que no estén vinculados a la bioética .

Algunos autores como J M Mainetti y J C Tealdi ³⁷ señalan las diferencias entre los Comités Deontológicos y los CHB con lo que podríamos distinguir desde la constitución de los mismos, el método de trabajo, el carácter de la resolución, y la materia de análisis. Así por ejemplo los Comités Deontológicos lo constituyen miembros de una misma disciplina, analizan hechos en base a un código único, de carácter vinculante sobre el dictamen, indican la violación o el incumplimiento de una norma y tienen facultad sancionatoria sobre sus miembros. En cambio los CHB son interdisciplinarios, con metodología deliberativa en la construcción ética de los conflictos que se le presentan para orientar las actuaciones de manera preventiva, no tienen carácter vinculante sino más bien asesoran

Los CHB no toman por sí mismos decisiones, ni implementan normativas o disposiciones de cumplimiento obligado. Son como ya se verá organismos que orientan a quienes son responsables de tomar decisiones a distintos niveles.

2. Funciones de los CHB

Las funciones de los CHB pueden dividirse en tres tipos generales, llamadas educativa, consultiva y normativa. Cada una de ellas tiene

distintas etapas a lo largo del tiempo y según el desarrollo que va alcanzando el CHB.

Las mismas pueden reflejarse gráficamente el cuadro siguiente:

Cuadro de Funciones de un CHB ³⁸

Funciones	Etapas 1	Etapas2	Etapas3
Educativa	Autoformación	Hacia el Hospital	Hacia la comunidad
Consultiva	Casos Retrospectivos	Casos internos abiertos	Casos externos abiertos
Normativa	Difunde normas dadas	Crea normas específicas	Crea normas genéricas

Función Educativa:

Numerosos autores recomiendan que la formación de los miembros del comité, es fundamental no solo desde el comienzo de la tarea al constituirse el comité, sino de manera continua en todas las etapas.

Así se recomienda que los mismos tengan una actividad de autoformación permanente.^{39 40} Ello es de particular importancia para poder deliberar en un lenguaje común, mantener actualizados los conocimientos y profundizar en la fundamentación de las recomendaciones o dictámenes a los que se arriba.

La educación en bioética orientada a los profesionales, como a todos los trabajadores de la salud es inherente a la función del comité y de gran responsabilidad para permitir que se tomen decisiones cada vez más ponderadas éticamente. Una de las metodologías que ha sido propuesta para confluir la educación en bioética con los programas de educación en

salud dirigidos al personal es el de Educación Permanente en Salud y la metodología de la problematización.⁴¹ Este enfoque parece ser de utilidad para la implementación de los programas, ya que parte de la realidad y apunta a la transformación de los ámbitos de trabajo, intentando modificar las actitudes de las personas.⁴²

Asimismo se ha planteado que el CHB de cada institución tiene una responsabilidad importante en la socialización de los conceptos de bioética que la comunidad necesita para participar de manera más activa en las decisiones de salud que comprometen su vida y en la procuración de la defensa de sus derechos. Ello debería realizarse a través de un programa de educación a la comunidad.⁴³

Para satisfacer de manera eficiente los objetivos de la función educativa sería necesario que el CHB planifique su trabajo anualmente, con pautas, objetivos claros y alcanzables, lo cual podría ser parte de un programa anual de capacitación que va dirigido no solo a las acciones de autoformación sino a las orientadas a la Institución y a la comunidad.

Función Consultiva: Esta función será desarrollado extensamente en el capítulo siguiente.

Función Normativa

La función normativa ha sido considerada como la más compleja para ser llevada a cabo, ya que exige un trabajo de campo con los profesionales y los servicios de la institución a donde apuntan las normas específicas. Esta tarea tendría por objetivo construirlas democráticamente para que logren un grado aceptable de legitimidad y que en definitiva puedan ser cumplidas logrando el efecto esperado, es decir, poder trabajar con orientaciones claras para los procesos de toma de decisión, disminuyendo el impacto de los conflictos éticos en situaciones complejas y procurando que cada uno conozca el rol que debiera seguir.

La *primera etapa* de esta función consiste en la difusión de normativas generales, esto puede estar referido a Declaraciones Internacionales, a derechos de los enfermos o de grupos vulnerables reunidos en algún convenio, declaración o convención, o a legislaciones que pueden proteger los derechos de algunos de los grupos que participan de las decisiones.

La *segunda etapa* consiste en proponer normas de procedimiento específicas, que no suelen ser de cumplimiento obligado sino una recomendación que intenta ser el resultado de un consenso institucional. Pocos CHB, en el ámbito local, han logrado llegar a la segunda etapa de creación de normas específicas.

Finalmente la *tercera etapa* que consiste en establecer normas genéricas, en general escapa a la función de un CHB, y suele ser potestad de instituciones como los comités provinciales o nacionales de bioética.⁴⁴

3. Composición

La mayoría de los autores acuerdan en que los CHB sean de conformación interdisciplinaria, esto es que están integrados por un lado, por profesionales de la salud siendo recomendado como mínimo en una primer instancia que participen médicos, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y algún miembro de salud mental, aunque esto no limita la participación de todos aquellos trabajadores de la salud que tengan genuino interés en la bioética y en las actividades del comité. Además es necesaria la integración de otras áreas de conocimiento que precisamente es lo que da el carácter interdisciplinario, como filosofía, derecho, teología, sociología. En algunas recomendaciones se ha propuesto la participación de representantes de las religiones de los pacientes, según aquello de lo que se traten las consultas.^{45 46}

Se ha hecho especial referencia a la participación de los miembros de la comunidad o legos,⁴⁷ cuyo rol es garantizar la representatividad de los

derechos de los pacientes y particularmente, asegurar la presencia de una perspectiva y mirada desde la sociedad y las necesidades de la comunidad. Pueden ser pacientes, familiares, voluntarios o representantes de organizaciones de derecho de los enfermos. En general se requiere que pueda acceder a un mínimo de comprensión sobre los temas y las problemáticas que serán abordadas en el seno del CHB.

Los miembros del CHB deben ser estables entre un mínimo de 5 y un máximo de 12, garantizando la representatividad de género, la participación de distintas disciplinas del campo de la salud, así como de las humanidades y la presencia del miembro lego, con lo cual se pueda asegurar una genuina pluralidad.

Para consolidar su conformación debería tener un reglamento interno que fije pautas relativas a su naturaleza, describa las funciones de los miembros y las reglas de funcionamiento del CHB (quórum, deberes de los miembros, requisitos para el ingreso o rechazo de nuevos miembros, medidas disciplinarias, en caso especiales, entre otras).

No hay consenso sobre requisitos para poder ser miembro de un CHB, sin embargo han sido propuesta algunas orientaciones,⁴⁸ entre ellas que se cuente con interés en la bioética y con ciertas condiciones que parecen ser necesarias para participar de las deliberaciones del comité, como capacidad de reflexión, sociabilidad, tolerancia con las ideas, una conducta reconocida por los pares, respeto por la opinión y la palabra de los demás, entre otras. Se ha dicho que acaso sea la “prudencia” la virtud principal de los miembros y de los CHB.⁴⁹

Sin embargo estos requisitos aunque deseables suelen ser difícil de conseguir en todos los miembros desde el comienzo, pero se espera que a través del ejercicio de deliberación vayan adquiriendo algunas de estas actitudes. Serían causas de rechazo para el ingreso o de exclusión para ser miembros del CHB: un número excesivo de alguna disciplina que prime sobre las otras, ya que es importante mantener una

representación proporcional de las disciplinas sugeridas, una conducta reprochable en el actuar dentro del establecimiento de salud debidamente probada por resolución administrativa, grave falta de ética en el ejercicio profesional, debidamente probada por dictamen o resolución correspondiente, quien se encontrara con iniciación de sumario o procedimiento judicial,⁵⁰ o finalmente la probada participación en hechos que signifiquen una violación a los derechos humanos.

4. Criterios para la acreditación de los CHB.

Lo que ha sido presentado en los párrafos precedentes pueden considerarse como estándares aplicables para la acreditación de los CHB. Esto es de particular importancia, como se ha afirmado, ya que las exigencias de acreditación constituyen un impulso a la creación de comités así también como un signo de la necesaria “calidad ética” de las instituciones.⁵¹

En la experiencia de la Provincia de Córdoba, sobre la que se basa este trabajo, desde el Área de Bioética del Ministerio de Salud, a partir del año 2000 se establecieron Indicadores de Evaluación para medir la calidad de los CHB. Estos indicadores propuestos desde el área técnica fueron luego consensuados con todos los CHB en el campo de trabajo de la Red Provincial de CHB, y permitieron establecer objetivos comunes y orientar la planificación anual del trabajo en las instituciones.

La aplicación de los mismos en años consecutivos, facilitó el establecimiento de criterios de acreditación para los CHB,⁵² que se construyeron en base a tres indicadores: grado de conocimiento, nivel de conformación y legitimidad institucional como a continuación se detallan:

A.- Grado de conocimiento alcanzado por los Comités de Bioética, estará dado por:

a - Número de casos retrospectivos o actuales estudiados en el año: dos en total y al menos un caso presentado en la Red o por escrito al Área de Bioética.

b - Número de estudios bibliográficos realizados en el año: no menor de cinco, que consten en actas.

c - Número de actividades de capacitación en la Institución: al menos una en un año.

d - Subjetivos, (de proceso educativo).⁵³

- Que el grupo haya alcanzado cohesión
- Que las actividades se realicen interdisciplinariamente
- Que se haya producido al menos un documento, reflexión u otro material por escrito en un año.

B - Nivel de Conformación desarrollado por los Comités de Bioética, según haya logrado:

a- El número de integrantes estables sea de cinco, al menos durante un año.

b- Que estén representados tres profesiones diferentes, preferentemente entre las cuatro recomendadas (médicos, enfermeros/as, salud mental, trabajadores/as sociales).

c- Que en la capacitación requerida al menos dos de sus miembros acrediten cincuenta horas de capacitación o más en bioética o disciplina relacionada.

d- Que tenga programa de capacitación anual elaborado y elevado al Área de Bioética.

e- Que cuente con un reglamento interno de funcionamiento, compatible con reglamento general y elevado a la Dirección respectiva.

C – El grado de legitimidad Institucional estará dado por:

a- Cantidad de consultas sobre casos abiertos realizados en un año, acreditados en actas.

b - Que haya logrado una impresión satisfactoria por parte de la Institución.

c- Que cuente con una relación de buena a muy buena con Dirección, Comité de Capacitación - Docencia y con Jefes de Servicio.

Un porcentaje mayor del 70% en la satisfacción de estos criterios permitía la acreditación del comité para cumplir con la función consultiva. En caso contrario podía desarrollar solo función educativa.

Los criterios permitieron también el seguimiento y apoyo desde la estructura central del Ministerio a aquellos que no alcanzaban los logros esperados.

5. Diferencias de los CHB con los Comités Institucionales de Ética de Investigación en Salud (CIEIS).

En Argentina en la década de los 90 los CHB comenzaron a ser requeridos para la evaluación ética de investigaciones en salud llevadas a cabo en grandes hospitales, sobre todo en Capital Federal, Buenos Aires, Rosario. La falta de experiencia de sus miembros que daban cuenta de una formación mayoritariamente en el ámbito de la bioética clínica y las urgencias planteadas por un sistema creciente y exigente de ofertas de participación en protocolos de ensayos sobre todo farmacológicos, fueron generando la necesidad de establecer una distinción entre los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) y los Comités Institucionales de Ética de Investigación en Salud (CIEIS).⁵⁴

Como se mencionó anteriormente el surgimiento y el desarrollo en la provincia de Córdoba de los CHB y de los CIEIS marcaron diferencias sustanciales, en lo que respecta a los antecedentes normativos que le dieron origen, en la composición, estructura o los requisitos de los miembros, en la materia de análisis, en la metodología de trabajo y,

finalmente en la fuerza vinculante o no de las resoluciones o dictámenes frente a una consulta.

En la experiencia de la Provincia de Córdoba, el marco normativo que regula los CIEIS, llevó varios años hasta su actual implementación. En el caso de los CHB surgieron a partir de 1996 luego de una iniciativa educativa impulsada desde el Ministerio de Salud en el Marco del *Proyecto para la Constitución de CHB en las Instituciones de salud de la Provincia*⁵⁵ y en consonancia con la Ley N° 24742 de la Nación. Por su parte los CIEIS tuvieron un surgimiento más dinámico y posterior en el marco de las actividades del Área de Bioética desde el año 2000 y de iniciativas privadas que desde algunos años antes ya habían creado unos pocos CIEIS en la Provincia. A la fecha los mismos se encuentran regulados por la Ley 9694 de la Provincia de Córdoba sancionada en el año 2009, que creó el “Sistema de evaluación, registro y fiscalización de las investigaciones en salud”.⁵⁶

Respecto de los requisitos de los miembros también existen diferencias. En la Disposición N° 1 del Consejo de evaluación ética de las investigaciones en salud (COEIS) en el Comentario de la norma respecto a los miembros de los CIEIS se establece las competencias exigibles para los mismos (introduce la figura del investigador y/o experto en Metodología de Investigación, y la del profesional con antecedentes en Ética de la investigación/ bioética).⁵⁷

En lo que se refiere a la materia de análisis los CHB se ocupan de los problemas éticos que emergen de la atención de la salud de las personas en el ámbito de las instituciones de salud, mientras que los CIEIS tiene por objetivo evaluar la consistencia de los proyectos de investigación, así como la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos que participan de las investigaciones.

Aunque ambos comités llevan a cabo una tarea de deliberación y construcción de consensos en la resolución de conflictos, en el caso

particular de los CIEIS ellos trabajan de manera fuertemente normativa, inspirando sus resoluciones en el marco de las normas que regulan el campo de la ética de la investigación a nivel tanto internacional, nacional como local, y en los organismos que regulan, fiscalizan y acreditan sus funciones.

Respecto a las resoluciones de estos comités, una de las diferencias más acentuadas, es que los CIEIS tienen dictámenes vinculantes, esto es que su decisión debe ser llevada a cabo por quien lo ha consultado, mientras que el CHB solo aporta recomendaciones, como se verá en detalle más adelante.

C. COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA (CHB): LA FUNCIÓN CONSULTIVA

La función consultiva parece ser la de mayor importancia y la que podría determinar un mayor impacto en la asistencia de la salud de las personas. Junto a la tarea educativa constituyen los dos pilares fundamentales que justifican la existencia de los CHB.

Se verá en lo que sigue algunas recomendaciones respecto a la consulta de los CHB

1. ¿Qué es la función consultiva de los CHB?

La American Society for Bioethics and Humanities (ASBH) define la *consulta ética* como un servicio ofrecido por una persona o un grupo de personas para ayudar a pacientes, familias, proveedores de salud u otras partes implicadas, para tratar conflictos éticos que puedan aparecer en la atención sanitaria.⁵⁸

Por su parte Ribas-Ribas S⁵⁹ ha diferenciado tres clases de servicios de consulta ética: el del Comité de ética, que es el modelo más expandido; el

individual, llamado también consultor y un modelo mixto o formado por pequeños equipos. Otros autores se orientan solo hacia los CHB y definen la consulta como la presentación al CHB de un caso clínico con algún conflicto moral que surge en el proceso asistencial de un paciente y que influye directamente en la toma de decisiones clínicas.⁶⁰

2. ¿Quién puede consultar a los CHB?

Distintas instancias pueden consultar a un CHB, dependiendo de la modalidad que haya adoptado. Según los reportes consultados algunos reciben consultas de cualquier miembro del equipo de atención de salud dependiendo de lo establecido de antemano en los estatutos: médicos, enfermeros, asistentes sociales, especialistas, entre otros. Puede provenir de diferentes servicios en general identificados con el cuidado crítico como las unidades de Terapia Intensiva, Cuidados Intermedios, Unidades de atención de grandes quemados, de Neonatología, de los servicios de atención de pacientes crónicos como Clínica Médica, Quirúrgica, Obstetricia, Salud Mental, etc. Así también de servicios especializados como Oncología, Hematología, Nefrología, Trasplantes, Hemoterapia, según el perfil con el que cuente la Institución en la que tenga asiento el CHB.

Menos frecuente es la consulta de los propios pacientes, familiares o representantes; y aún de personas ajenas a la institución. Esta opción exigiría un trabajo docente de promoción del CHB ad-extra de la institución, que como ha sido visto es compleja, y en general constituye la tercera etapa en el desarrollo de la función educativa.

A la hora de recibir la consulta se ha mencionado que es de importancia establecer si la persona que la presenta al comité está implicada de alguna manera en el conflicto (ya sea médico, paciente, familiar u otros) y por lo tanto en la toma de decisión, o más bien hace referencia a acciones

realizadas por terceros, siendo así el que consulta un observador externo. Este aspecto se torna importante debido a que los CHB no deberían en ningún caso juzgar conductas de las personas por hechos ya pasados, sino procurar asesorar, aconsejar o recomendar sobre aspectos en la toma de decisión de acciones que aún no se han llevado a cabo.

Es aconsejable que el CHB pueda establecer de antemano si recibirá consultas por parte de las autoridades del Hospital o de otra institución, y la modalidad para llevarlas a cabo, así como la pertinencia de las mismas. Los comités más allá de haberlo establecido en sus estatutos o no, pueden recibir consultas por parte de la justicia y en estos casos deberían realizar la recomendación al juez que interviene en una causa determinada.

3. Momento de la consulta a los CHB

La consulta al CHB puede surgir en cualquier momento durante la atención de la salud de un paciente, así como en distintos momentos del proceso de la enfermedad: al inicio de un proceso patológico, en situación de enfermedades crónicas o bien en estados agudos, particularmente cuando son críticos.

En general las recomendaciones del CHB son para facilitar la toma de decisiones éticamente ponderadas, de manera que realizan una acción preventiva de los conflictos que pudieran surgir. Por esto la consulta debe hacerse antes que se tome la decisión.⁶¹

Cuando la consulta se realiza por hechos ya pasados o que involucra a terceros en donde no cabe la rectificación de las acciones, la función consultiva del CHB no corresponde. A los fines de la autoformación de los miembros del CHB se puede realizar el análisis de casos retrospectivos, pero con fines académicos y de entrenamiento, pero se

sugiere que esto sea sólo para entrenarse en la metodología de análisis o adquirir habilidades necesarias en el discernimiento y valoración de los problemas bioéticos, lo que no quiere decir que los casos ya finalizados y donde no se puede modificar lo ocurrido deban ser aceptados por el CHB⁶² como se ha mencionado anteriormente.

4. Elementos de la consulta a los CHB.

Se han descrito tres elementos fundamentales para realizar la consulta: 1) La recepción de la consulta por parte del CHB, lo que supone la existencia de un comité en la Institución, 2) La existencia de un problema de orden moral en la atención de salud y 3) La necesidad de tomar una decisión clínica que requieran la recomendación del CHB.⁶³

El primero de los elementos de la consulta es la presencia real de un CHB disponible en la institución, que garantice el dialogo, la deliberación pluralista, la búsqueda de un consenso que respete la opinión de los otros, la interdisciplina en contraposición con quienes sostienen que sería suficiente la consulta solo a un experto en cuestiones bioética.⁶⁴

El segundo elemento implica que está garantizada de antemano la asistencia del paciente y que existen conflictos éticos o dudas en el proceso, objetivos o consecuencias.⁶⁵ Al recibir la consulta el CHB, debería hacerse cuatro preguntas antes de iniciar la discusión para de ese modo evitar errores: ¿qué preguntan?, ¿por qué preguntan?, ¿para qué preguntan?, ¿es de competencia del comité?⁶⁶ Al responder estas preguntas el comité estará en condiciones de aceptar la consulta y comenzar con el proceso de análisis del caso.

El último aspecto es la necesidad por parte del consultante de tomar efectivamente una decisión que esté orientada por la recomendación del CHB. Esto no implica la transferencia de la responsabilidad de la decisión

en el comité, ni se debe esperar una recomendación prescriptiva de la relación clínica y de la resolución del problema. El CHB propone soluciones, aconseja, da una opinión éticamente ponderada, prudente, deliberada interdisciplinariamente, pero no toma decisiones.

5. Procedimientos de consulta.

Es altamente recomendable que los CHB procuren desde el inicio de sus actividades establecer un Reglamento interno donde definan algunos puntos esenciales para un mejor funcionamiento. Asimismo establecer un protocolo de procedimiento para la consulta al comité, que sea conocido por todos los sectores del Hospital. Un ejemplo sería que se requiera una consulta por escrito donde realice una breve narración de la situación problema, que contenga la pregunta que se formula frente al conflicto, nombre y datos de contacto del consultor, que conste quién hace la recepción de la consulta, día, horario y lugar de la misma. Puede ser de utilidad la confección de un formulario propio para la consulta y para el informe, según las normas de la institución que pueda ser incorporado a la historia clínica. Algunas experiencias desarrolladas en hospitales o en otras instituciones pueden ser ilustrativas de distintos modelos, (véanse los Anexos 1, 2 y 3)

Es aconsejable que el comité pueda establecer una red de comunicación eficaz entre los miembros para convocar a reuniones extraordinarias, en caso de requerir una recomendación expedita.

6. Tipos de consulta.

Según la obligatoriedad de realizar la consulta por parte de aquellos que se enfrentan a un problema ético y de seguir las recomendaciones que el comité elabore, desde hace ya varios años se emplea una clasificación en cuatro modelos propuestos por John Robertson ⁶⁷ :

- 1) Opcional-opcional: por lo que no existe obligación ni de consultar, ni de seguir la recomendación del CHB,
- 2) Imperativo-imperativo: se establece una obligatoriedad tanto para realizar las consultas como para llevar adelante la conducta recomendada,
- 3) Imperativo-opcional, es obligatorio realizar la consulta pero no siempre debe llevarse a cabo lo que el comité recomienda
- 4) Opcional-imperativo. Se puede consultar o no, pero en el caso de hacerlo hay que seguir la indicación del mismo.

En los Hospitales de la provincia de Córdoba, las consultas al CHB son de carácter opcional-opcional. Como se mencionó anteriormente en el caso de los CIEIS la consulta es de carácter imperativo-imperativo.

7. El informe y la recomendación de los CHB.

El informe escrito que contiene la recomendación del CHB a la consulta realizada es fundamental en el desempeño del comité, al igual que el procedimiento de consulta. Como se ha sugerido anteriormente conviene que el comité defina al comienzo de su funcionamiento la modalidad, el formato del informe y la metodología de la comunicación de las recomendaciones.

El formato del informe escrito, podría ser pre-impreso en hoja de color que se diferencie dentro de la historia clínica, con las siguientes partes:1) La portada con los datos del CHB, nombre de la persona a la que va dirigida

el informe que coincida con el que realizó la consulta, servicio, fecha; 2) Introducción, que contemple el resumen de los hechos planteados y la consulta o pregunta realizada; 3) Desarrollo, con la descripción breve de los problemas éticos, valores morales en juego, derechos vulnerados en el análisis del caso. Breve fundamentos morales del análisis, que den cuenta de los diferentes argumentos que se expresaron; 4) Recomendación en términos claros, operativos, concretos, y que responda a la consulta realizada. En el caso que no se hubiera producido consenso unánime en la recomendación expresar brevemente las diferentes opciones; 5) Cierre, recordando el carácter no vinculante de la recomendación y la firma con los miembros del CHB que participaron del debate y en la elaboración de la recomendación.

Es conveniente que al entregar el informe el CHB pueda dejar una copia en archivo de lo recibido y constar en actas la discusión del caso. Además es recomendable, si se tiene los medios, guardar una copia electrónica de todos los documentos que contengan el análisis y la deliberación como también la bibliografía que se utilizó con la finalidad de generar una casuística que ayude a generar protocolos futuros de acción.⁶⁸

En todos los casos la entrega de la recomendación oportuna es deseable sin extenderse demasiado en el tiempo, pudiendo considerarse la demora entre la consulta y la recomendación un indicador de la calidad del trabajo del CHB.

El seguimiento de la recomendación que entrega el CHB es uno de los aspectos que el mismo CHB podría considerar a la hora de evaluar su actividad en lo que se refiere a la función consultiva ya que según diversas experiencias, va desde permanecer informado acerca del caso, contactando periódicamente las partes involucradas, no contactarse a menos que lo vuelvan a solicitar o bien, participar activamente mientras el paciente permanezca internado en la institución.⁶⁹

D. LA SATISFACCION CON LA CONSULTA A LOS CHB: CONCEPTUALIZACION

Se hace necesario un breve aporte sobre el concepto de satisfacción para luego relacionarla con la satisfacción referida a la consulta a los CHB,

La amplia literatura y numerosos trabajos de investigación realizados en los últimos años dan cuenta del avance del concepto de satisfacción,⁷⁰ referida en los comienzos al campo de la economía y más específicamente a la del mercado con la intención de medir la adecuación o no de los consumidores a la inversión realizada, aplicándose luego en otros ámbitos como el de la salud con el objeto de mejorar los servicios, resultando entonces que el concepto de satisfacción depende del punto de vista desde donde se analice, como por ejemplo para los economistas es un resultado o estado final, mientras que para los psicólogos en el campo de la salud es un proceso de evaluación.⁷¹

Ha sido el campo de las ciencias psicológicas quien ha debatido y discutido ampliamente el concepto de satisfacción^{72 73} llegando a múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas que durante décadas han mostrado la importancia de la dialéctica satisfacción - no satisfacción en la comprensión del comportamiento humano.⁷⁴

Por otro lado una breve referencia del significado etimológico del término satisfacción: del latín “*satisfacio*” satis=bastante, facio=hacer o sea “*hacer bastante*”; al igual que de la interpretación semántica como: “*la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja*” o bien “*pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar. Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse*

con una razón eficaz. *Estar conforme uno con algo o alguien*”,⁷⁵ da cuenta también de la dificultad de obtener una única definición.

En todo caso, como lo expresan autores como Zas Ros B⁷⁶ se trata de un fenómeno que muestra tres aspectos esenciales: la satisfacción es siempre respecto a algo o alguien, tiene que ver con lo que se quiere, desea o espera y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Un fenómeno que es resultado de un proceso que se inicia desde un sujeto con expectativas y al mismo tiempo termina en el mismo sujeto quien es el que valora según dichas expectativas, por lo tanto un fenómeno esencialmente subjetivo, que requiere asimismo la intención de otro de realizar la acción tendiente a ser valorada por el sujeto como positiva o no, satisfactoria o no, y en este aspecto podemos decir que es un fenómeno igualmente intersubjetivo.

Es por ello que tanto para la investigación y medición por ejemplo de la satisfacción del paciente en el campo de la salud se suele desglosar los cuidados en término de “*componentes*” los cuales llegan a constituir objetos específicos de evaluación.⁷⁷ Así por ejemplo entre diferentes propuestas para clasificar los componentes se puede mencionar la propuesta de Ware et al⁷⁸ sintetizada de la siguiente manera:

- ✓ Aspectos interpersonales: características de la interacción de los prestadores como respeto, cortesía, interés
- ✓ Calidad técnica de la atención: Competencia de los proveedores, altos estándares de diagnóstico y tratamiento
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Aspectos financieros
- ✓ Eficacia/resultados
- ✓ Continuidad en la atención
- ✓ Ambiente físico
- ✓ Integralidad: Disponibilidad de recursos para la atención.

En el caso del presente estudio los componentes a considerar para conocer la satisfacción de las personas que consultaron a los CHB tuvieron en cuenta los aspectos de Zas Ros y están referidos a los indicadores de la función consultiva en términos de: si fue de ayuda en la toma de decisiones; estuvo de acuerdo con las recomendaciones; recibió respaldo ético en la decisión; se sintió satisfecho con la intervención del CHB; volvería a consultar; recomendaría a otros la consulta; le generó cambio de actitudes frente a los conflictos en el trabajo diario.

Asimismo otros componentes dan cuenta de la no satisfacción con la consulta en términos relacionados con aspectos como: la ineficiencia del CHB (demora en la entrega de la recomendación, incompreensión del dictamen, el procedimiento es muy complicado); de carácter institucional (las autoridades impidieron aplicar el dictamen, no recomendaría a otros a realizar las consultas); de carácter personal (no estuvo de acuerdo con la recomendación, ya cuenta con información para otros casos, no esta de acuerdo con los miembros del CHB).

II. HIPOTESIS

La mayoría (> del 50%) de las personas que consultan a los CHB, están satisfechos con las recomendaciones obtenidas.

La mayor parte de ellos adhieren a lo recomendado.

III. OBJETIVOS

A. General:

Evaluar el grado de satisfacción de los profesionales que realizan consultas a los CHB en relación a las recomendaciones que obtuvieron en cada caso

B. Específicos:

- Determinar el grado de adhesión a las recomendaciones del CHB,
- Conocer quiénes son los que realizan consultas en referencia a: profesión o actividad en el hospital, sexo, edad, antigüedad en el ejercicio, servicio o sector del hospital.
- Establecer el grado de satisfacción de las personas que consultan respecto a la recomendación que obtuvieron en términos de: respaldo ético, legal, contención, clarificación del problema, facilitación en la toma de decisión.
- Especificar la cantidad de recomendaciones que realizaron los CHB, y los temas bioéticos más frecuentes referidos según la Clasificación Temática de la bioética.

IV. MATERIALES Y MÉTODO

Estudio analítico, longitudinal, observacional, retrospectivo, de la función consultiva de cinco CHB de la ciudad de Córdoba entre los años 2005 y 2009 a través de la satisfacción que generaron las recomendaciones en dicho período.

Criterios de inclusión

Para la selección de los CHB se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

1. Que hayan tenido actividad continua durante los años 2005 al 2009.
2. Que tuvieran asiento en la provincia de Córdoba - sean del ámbito público o privado.
3. Que por lo menos dos de sus miembros hayan tenido continuidad en sus funciones en los últimos tres años.
4. Que respondieran a los criterios de calidad para la acreditación en el Área de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Los CHB seleccionados fueron de las siguientes Instituciones:

- ✓ Hospital Córdoba: público provincial, polivalente, para adultos, con atención de alta complejidad, con 110 camas en la capital de Córdoba. El CHB funciona ininterrumpidamente desde el 8 de noviembre de 1996.⁷⁹
- ✓ Hospital de Niños de la Santísima Trinidad: público provincial, polivalente, para niños, con alta complejidad, con 230 camas,⁸⁰ en la capital de Córdoba. El CHB fue creado en 1992, inicialmente sus integrantes fueron seleccionados por la dirección del hospital entre los médicos más reconocidos. Luego la misma comunidad hospitalaria prefirió que los miembros fueran más representativos

de la diversidad propia de la institución, y sus miembros fueron elegidos en una reunión abierta a todo el hospital.⁸¹

- ✓ Hospital Regional Domingo Funes: público provincial, polivalente, para adultos y niños, con obstetricia y maternidad, con 75 camas, en el interior de la provincia de Córdoba. El CHB se conformó como comisión desde mayo de 2000 a instancias de jornadas de capacitación sobre bioética organizadas con el respaldo del Área de Bioética del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.⁸²
- ✓ Hospital Nacional de Clínicas: de autogestión, dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba, nacional, polivalente, para adultos, con alta complejidad, con 120 camas en la capital de Córdoba. El 30 de noviembre del año 2000, el Director en función designó la primera Comisión de Bioética del Hospital.⁸³
- ✓ Hospital Privado: autogestión, privado, polivalente, para adultos y niños, con obstetricia y maternidad, de alta complejidad, con 220 camas⁸⁴ en la capital de Córdoba. Surge el Comité de Bioética el 30 de junio de 1994 por convocatoria de la subdirección médica de la cual depende hasta la actualidad.⁸⁵

Identificación de la población de estudio

La población la constituyeron las personas que durante el período del 2005 al 2009 presentaron consultas a los comités seleccionados y con las cuales se pudo establecer la comunicación para concretar las entrevistas. Con el fin de realizar el contacto con las personas que realizaron consultas en el período establecido para el estudio se hizo reunión con los coordinadores de los diferentes comités, explicitando el objetivo del estudio, quienes facilitaron el listado de las personas a entrevistar según los archivos existentes.

Instrumento

Se aplicó una encuesta semiestructurada, administrada por un encuestador a través de entrevista a cada uno de los profesionales o personas que realizaron consultas durante los años 2005 al 2009 a los CHB seleccionados. La encuesta se confeccionó con 18 preguntas abiertas y cerradas con opciones no excluyentes en algunas de ellas.

El instrumento fue validado a través de una prueba piloto con cinco profesionales de la salud que realizaron consultas a uno de los CHB fuera del período establecido para el estudio con la finalidad de evaluar la comprensibilidad del cuestionario, recibir aportes de opinión sobre la encuesta.

La encuesta ha sido incluida como Anexo 4

Categorías/ variables

Se construyeron las siguientes variables de análisis

a.- Perfil de los entrevistados

Profesión o actividad, especialidad médica, servicio donde desarrolla la actividad, sexo, edad, antigüedad en el ejercicio profesional

b.- Temas consultados

Tipo de problemas suscitados en la atención de salud que generaron conflictos bioéticos y que requirieron consulta al CHB, para la toma de decisión. Se agruparan según la "*Clasificación de temas Bioéticos*" (*Kennedy Institute of Ethics*).⁸⁶

c.- Calidad de los CHB en la función consultiva

Los indicadores de la calidad de los CHB en la Función Consultiva según:

- Cómo se presentó la consulta y si fue por escrito

- Cómo se presentó la respuesta o recomendación y si fue escrita
- Si la recomendación obtenida se registró en la Historia Clínica
- Si la recomendación fue unánime y en caso contrario si fueron presentadas varias opciones justificadas éticamente
- Si la respuesta fue oportuna (referida al tiempo en que se demoró en entregarla)

d.- Satisfacción con la consulta

La noción de satisfacción ^{VI} se consideró con las siguientes variables dadas por las respuestas en relación a:

- Si fue de *ayuda* para tomar decisiones o *clarificar* el problema
- Si estuvo de *acuerdo* con la recomendación obtenida
- Si le ofreció un *respaldo ético* a la decisión que tomó
- Si en términos generales se encuentra *satisfecho* con la intervención del comité
- Si *volvería a consultar*
- Si *recomendaría a otros* a realizar la consulta
- Si le generó algún cambio *de actitudes* frente a los problemas que se suscitan en el trabajo diario

Asimismo se construyeron tres indicadores de No satisfacción con la consulta al CHB relativo a:

- *La ineficiencia del CHB*: La recomendación no fue un respaldo ético para la decisión porque el problema se solucionó antes que llegara la respuesta o se demoraron en dar la respuesta, el dictamen que recibió no se entendió, no volvería a consultar porque es muy complicado el procedimiento.

^{VI} Aunque la noción de satisfacción cuenta con diferentes definiciones, desarrolladas en el Marco Teórico la que se emplea en este trabajo fue construida en base componentes relacionados con los indicadores de la función consultiva de los CHB

- *De carácter institucional:* la recomendación no fue de respaldo ético para la toma de decisión porque las autoridades le impidieron aplicar el dictamen, y no recomendaría a otros a realizar consultas.
- *De carácter personal:* la recomendación no fue de respaldo ético para la toma de decisión porque no estuvo de acuerdo, no volvería a consultar porque tiene información para otros casos, no está de acuerdo con los miembros del CHB.

Es importante destacar algunas limitaciones del presente estudio como el no haber podido tomar contacto con la totalidad de las personas que hicieron su consulta a los CHB establecidos para la recolección de datos en los períodos entre 2005 y 2009 por ausencia de los mismos, ya que no estaban presentes en la institución o en el país, además de no contar con los datos para realizar el contacto por otra vía.

También la dificultad con algunas preguntas durante la entrevista que apelaba a la memoria de los entrevistados sobre los casos que consultaron; los cuales si bien pudieron describir la problemática ética que suscitó la consulta, no pudieron en todos los casos especificar el número de consulta que realizaron por año.

V. DESARROLLO Y RESULTADOS

Se realizaron 24 entrevistas a personas que consultaron a alguno de los cinco CHB seleccionados con un total de 78 consultas entre los años 2005 al 2009.

Al realizar la pregunta 5 de la encuesta ¿Cuántas veces consultó al CHB? Y ¿en qué año?, los entrevistados dieron un número aproximado, no pudiendo establecer con exactitud el año en el que realizaron cada una de las consultas.

Para el CHB del Hospital Privado se entrevistaron 6 personas que realizaron 23 consultas, con una media de 4,6 por año.

Para el CHB del Hospital Domingo Funes se entrevistaron 3 personas con 19 consultas, siendo la media aritmética de 3,8 consultas por año.

Para el CHB del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad fueron 5 personas entrevistadas con 16 consultas, siendo la media de 3,2 por año.

Para el CHB del Hospital Córdoba 5 entrevistados con 12 consultas con una media de 2,4 por año.

Para el CHB del Hospital Nacional de Clínicas 5 entrevistados con 8 consultas, siendo la media de 1,6 por año.

Si consideramos de manera general la cantidad total de consultas realizadas o sea 78 entre los cinco comités estudiados en el período seleccionado, nos da una media aritmética de 3,12 consultas por año.

Respecto de los Servicios o sectores de donde procedían las consultas según la cantidad de entrevistados, de 24 se obtuvo que 5 fueron de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), 3 de Servicios de Oncología, 3 de Unidades de Cuidados Intermedios (UCI) y 3 de Clínica Quirúrgica.

En menor cantidad para Cardiología 2, al igual que Obstetricia, también con 2. Para Salud Mental, Laboratorio, Clínica Médica, Medicina Ambulatoria, Nefrología y Tribunal de Justicia fue de 1 cada uno

Al analizar la distribución del total de consultas realizadas 78, según el servicio de los entrevistados 24, se obtuvo el siguiente resultado: Para 2 servicios de Obstetricia 16 consultas, para las 5 UTI 11 consultas, para 1 Tribunal de Justicia 8 consultas, 3 servicios de Oncología un total de 8 consultas, para 3 UCI 8 consultas, para 3 servicios de Clínica Quirúrgica 8 consultas y para 1 servicio de Clínica Médica 6 consultas, para 2 de Cardiología 4 consultas, para 1 servicio de Nefrología 3 consultas, para 1 de Medicina Ambulatoria 3 consultas, para 1 de Salud Mental 2 consultas, y finalmente para 1 de Laboratorio 1 consulta, como se observa en el Gráfico y la Tabla siguiente

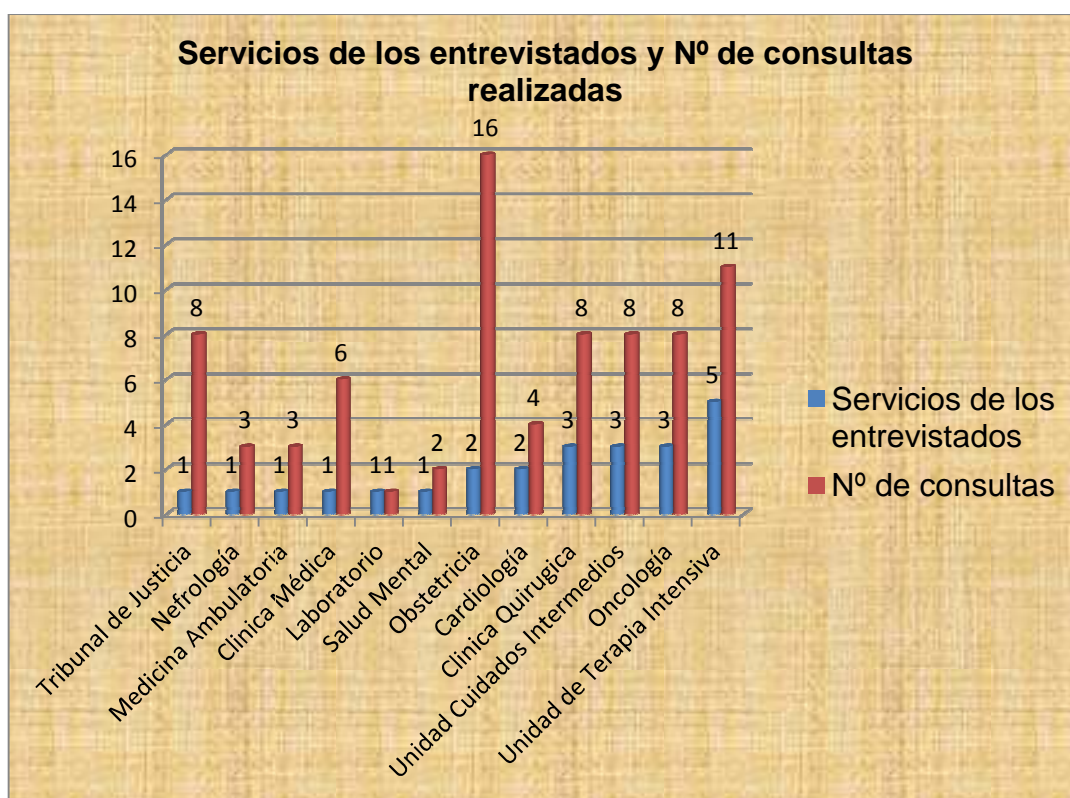


Tabla 1: Distribución de las consultas por Servicios

Cantidad de Servicios que consultaron	Cantidad de Consultas/Servicio
2 servicios de Obstetricia	16 consultas
5 Servicios de UTI	11 consultas
1 Tribunal de Justicia	8 consultas
3 Servicios de Oncología	8 consultas
3 Servicios de Clínica Quirúrgica	8 consultas
3 Servicios de UCI	8 consultas
1 Servicio de Clínica Médica	6 consultas
2 Cardiología	4 consultas
1 Servicio Nefrología	3 consultas
1 Servicio Medicina Ambulatoria	3 consultas
1 Servicio Salud Mental	2 consultas
1 Servicio de Laboratorio	1 consultas

a. Perfil de los Entrevistados

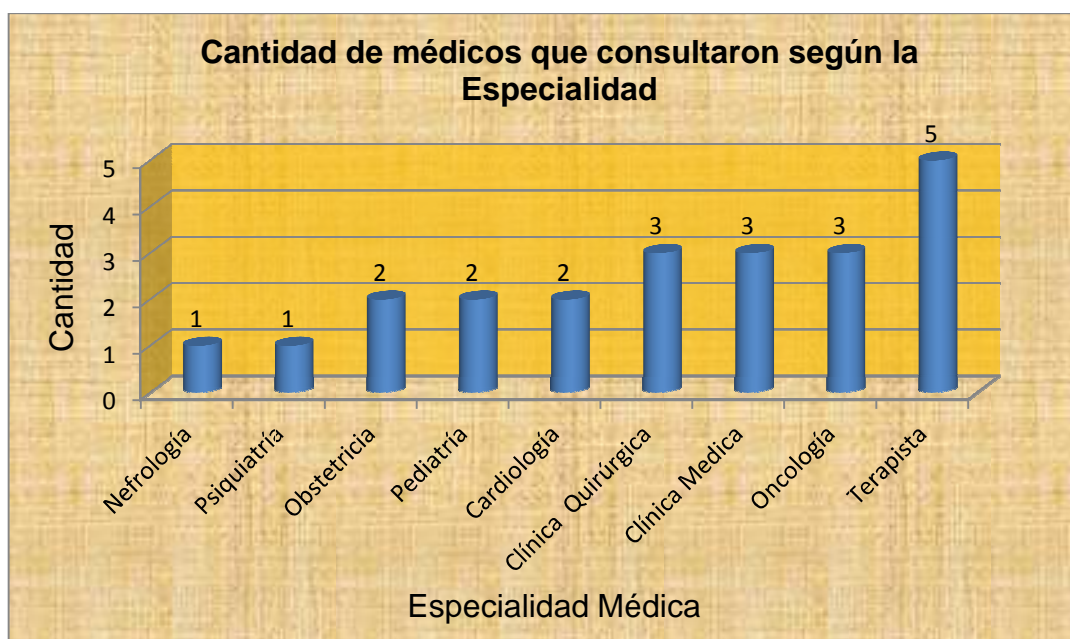
Respeto a la disciplina de los 24 entrevistados el 92% corresponde a Médicos, mientras que sólo 4% a otras profesiones como Juez Civil y 4% a Bioquímico.

Tabla 2: Cantidad de Entrevistados según la disciplina

Entrevistados según la disciplina		
Medico	22	92%
Juez Civil	1	4%
Bioquímica	1	4%
Total	24	100%

De los 22 Médicos que consultaron 5 o sea el 22% corresponde a los Terapistas, seguidos con el 14% tanto para Clínica Médica con 3, como para Clínica Quirúrgica 3 y Oncología 3.

Con el 9% a cada una de las especialidades como Obstetricia siendo 2, de Pediatría 2 y Cardiología 2. Y con 4% para Nefrología con 1, como también para Psiquiatría 1 como lo muestra el gráfico siguiente.



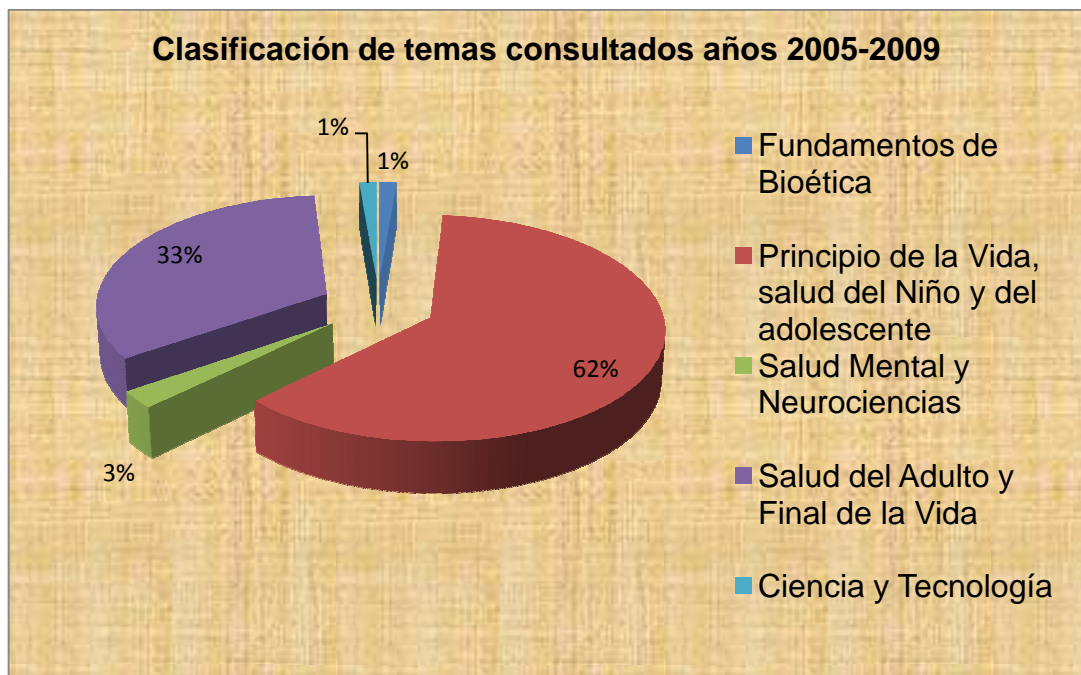
Según el sexo de los entrevistados que consultaron a los CHB se detectó una mínima diferencia a favor de las mujeres con el 54%.



El promedio de edad de los entrevistados fue de 49 años, con una antigüedad promedio en el ejercicio de la profesión de 23 años.

b. Temas consultados

En cuanto a los temas más consultados, en relación al total de las 78 consultas fueron agrupados según se referían a temas de Fundamentos de bioética, Principio de la vida-salud del niño y del adolescente, Salud mental y Neurociencias, Salud del adulto y Final de la vida o a Ciencia y Tecnología con lo cual se obtuvieron los siguientes datos:



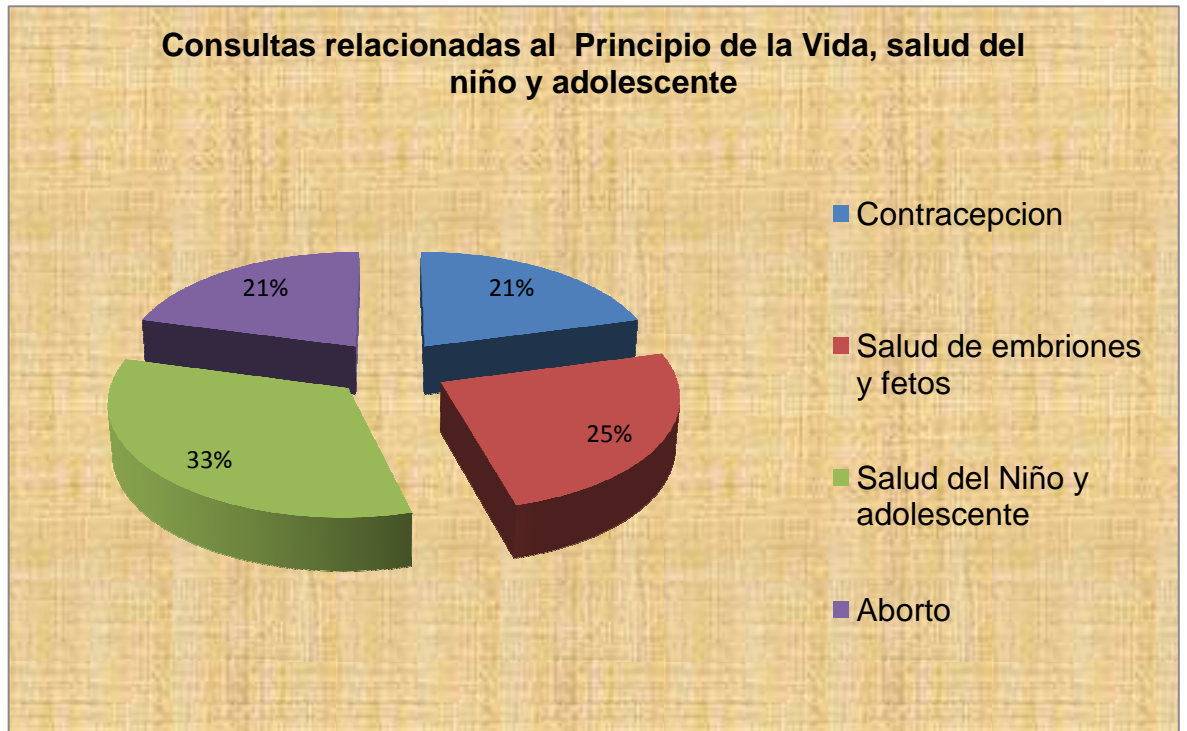
Se obtuvo que el 62% o sea 48 consultas corresponden a temas del Principio de la Vida, salud del niño y del adolescente, mientras que el 33% con 26 consultas estuvieron referidos a la Salud del Adulto y Final de la Vida.

Menor cantidad de consultas hubo para los problemas relacionados a temas de salud Mental y Neurociencias con un 3% que significaron 2 consultas, Fundamentos de bioética 1% y de Ciencias y Tecnología 1% con 1 consulta para cada uno.

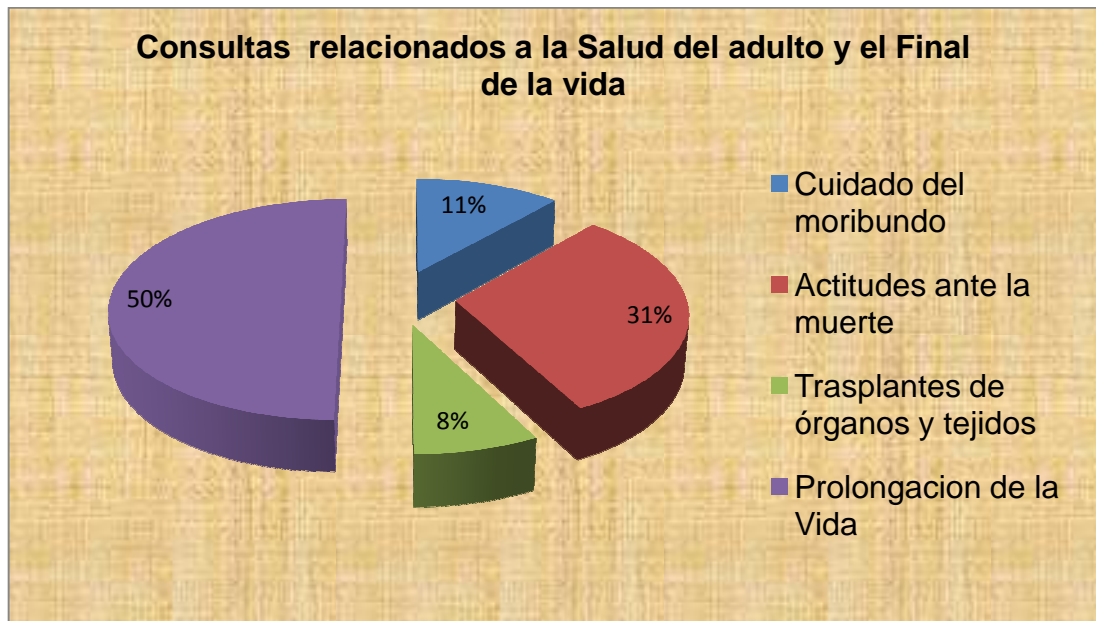
Así mismo se realizó una distinción según el grupo de los temas más planteados:

En el primer grupo de Principio de la Vida, salud del niño y del adolescente, con 48 consultas están distribuidos en orden creciente de la siguiente manera: Para contracepción el 21% con 10 consultas, al igual que aborto con 21% con 10 consultas, para Salud de embriones y fetos

25% con 12, y finalmente para Salud del Niño y adolescente el 33% con 16 consultas como muestra el gráfico a continuación.



El segundo grupo más numeroso relacionado a la Salud del adulto y final de la vida con un total de 26 consultas, los resultados obtenidos fueron: Sobre prolongación de la vida con el 50% siendo 13 consultas y actitudes ante la muerte 31% con 8 consultas fueron los de mayor preocupación; mientras que cuidado del moribundo el 11% con 3 consultas y trasplante de órganos y tejidos con 8% o sea 2 consultas fueron menores.



c. Calidad de los CHB en la función consultiva

Haciendo referencia a la categoría que muestra el funcionamiento del comité respecto a cómo se realizó la consulta, de los 24 entrevistados, 20 lo hicieron en forma escrita aunque algunos de éstos lo combinaron haciéndolo verbalmente a un miembro del comité o verbalmente a todo el comité. Cuatro consultas no se presentaron en forma escrita.

En lo que se refiere al modo en que el CHB presentó la respuesta, 18 de los entrevistados recibieron las respuestas por escrito, combinadas con otras formas de comunicación, mientras que 6 no recibieron las respuestas escritas receptándola a través de la comunicación verbal por un miembro o todos los miembros del comité de manera formal o informalmente.

Al preguntar si la recomendación que se obtuvo la pudo registrar en la Historia Clínica: 21 de los entrevistados el 87,5% contestaron afirmativamente.

De los 3 restantes es decir el 12,5% que respondieron que no las razones fueron: 1 porque no se trataba de un problema clínico; 1 al no ser médico no tiene acceso a la Historia Clínica y 1 que no sabía.

Las razones por las que se registró en la Historia Clínica fueron de manera no excluyente: porque es norma del Hospital 10, es norma del Servicio 11, por respaldo ético 5, por respaldo legal 5 y porque sirve de antecedentes para otros casos 4.

Cuando se preguntó ¿sabe Ud. si el dictamen del CHB fue unánime?: 6 respondieron que sí, 5 que no fue unánime y finalmente 13 entrevistados dijeron que no lo sabían.

Asimismo a los 5 que respondieron que el dictamen no fue unánime entre los miembros del CHB y se les preguntó si les presentaron varias opciones justificadas éticamente, los 5 respondieron afirmativamente.

En lo que se refiere a si la respuesta fue oportuna respecto al tiempo que demoró el CHB para notificar la recomendación se obtuvo que: 21 entrevistados siendo el 87,5% contestaron que sí, sólo 1 que representa el 4% que no fue oportuno (*“la consulta se hizo por la tarde con el médico de guardia”*), y 2 siendo el 8% que parcialmente (*“para los pacientes en UTI necesitamos mas rapidez”*, *“demoraron en entregarla”*).

d. Satisfacción con la consulta

En cuanto si la respuesta del CHB ayudó a tomar una decisión o clarificar el problema, de los 24 entrevistados 20 o sea el 83,33% contestaron que sí, 3 con el 12,5% que no, y 1 el 4,16% que parcialmente.

Asimismo de los 20 entrevistados que consideraron que fue de ayuda, las razones no excluyentes fueron porque: 8 siguieron las instrucciones del CHB; 6 saben qué hacer cuando tiene un caso parecido, 3 saben cómo consultar cuando lo necesiten, 2 pudieron solucionar el problema sin conflicto y 9 se sintieron respaldados por la recomendación.

Algunas de las expresiones que manifestaron fueron: *“tener argumentos frente al paciente”, “reforzar y afianzar lo que pensaba”, “jerarquizar la opinión”, “hacer las cosas bien”, “sentirse más tranquilo”, “tener más respaldo”, “asegurar el camino cierto”.*

Cuando se preguntó si estuvo de acuerdo con el dictamen del CHB: 22 entrevistados o sea el 91,66% contestaron afirmativamente, no hubo respuestas negativas y 2 o sea el 8,33% que estuvieron de acuerdo parcialmente (*“algunas veces discrepo pero sigo la recomendación del CHB”* y otra, *“no fue expeditivo”*).

Al interrogar si la recomendación que se ofreció fue un respaldo ético a la decisión que tomó: 22 entrevistados 91,66% respondió afirmativamente, 1 que no siendo el 4,16% (*“se trataba de un problema deontológico, no era de la competencia del CHB”*), y 1 con el 4,16%, parcialmente.

A la pregunta si en términos generales estuvo satisfecho con la intervención del CHB en la consulta que hizo: 23 entrevistados que representan el 95,83% contestaron afirmativamente, no hubo respuesta negativa y 1 siendo el 4,16% contestó que parcialmente.

Si volverían a consultar al CHB: los 24 entrevistados o sea el 100% contestaron afirmativamente.

Al preguntar si recomendaría a otros realizar consultas al CHB: los 24 entrevistados, o sea el 100% respondieron afirmativamente. Y referido a quienes haría la recomendación de consultar, respondieron en forma no excluyente: 14 que a colegas, 9 a otros profesionales, 3 a pacientes, 2 a familiares y 5 a todos.

Finalmente cuando se pregunto si a partir de la consulta realizada al CHB, experimentó algún cambio en sus actitudes, convicciones, perspectivas o miradas frente a los problemas que se suscitan en el trabajo diario: 19 entrevistados 79,16% contestaron que sí, 4 que no 16,6% y 1 que parcialmente 4,16%.

Los cambios experimentados en el ejercicio diario a partir de la consulta y según las opciones cerradas que se ofreció en la encuesta fueron de manera no excluyente:

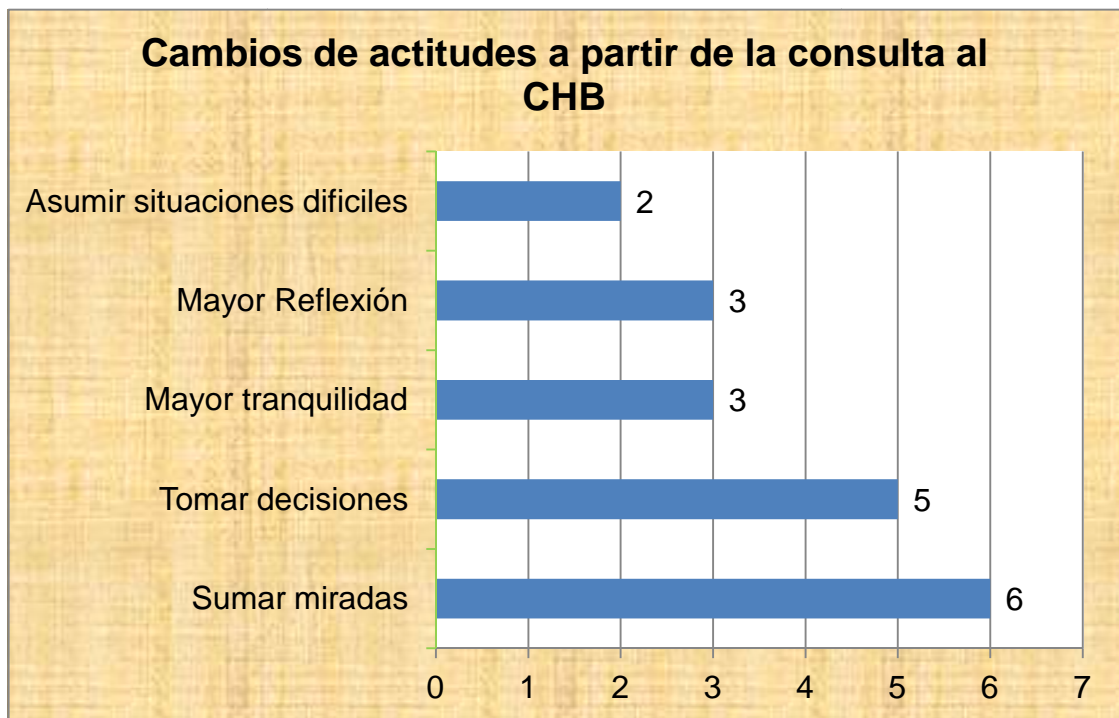
- a tener en cuenta la opinión del paciente 5
- tener en cuenta la opinión de otros 5
- argumentar éticamente las decisiones 3
- pedir ayuda en los conflictos éticos 3
- cambio en la relación profesional-paciente 4 y
- manifestaron otras razones 11 , que se expresan a continuación de manera no excluyente:

“La importancia de sumar miradas frente a los conflictos que se plantean en la tarea cotidiana” (6) y *“tomar decisiones en casos difíciles complejos”* (5) fueron las respuestas más obtenidas.

“La tranquilidad en la toma de decisión gracias al respaldo de la recomendación del CHB” (3), *“la necesidad de una mayor reflexión”* (3), son otras de las manifestaciones de actitudes más expresadas.

“Asumir situaciones irreversibles” (2), *“mayor humanización”*, *“promocionar la consulta temprana”*, y *“ofrecer opciones justificadas”* son algunas de otras actitudes logradas a partir de las consultas a los CHB.

El gráfico siguiente ilustra algunos de los cambios de actitudes expresados por los entrevistados a partir de la consulta realizada al CHB.



Indicadores de No Satisfacción con la consulta al CHB:

En lo que respecta a los indicadores de No Satisfacción con la consulta a los CHB como se estableció con anterioridad y que podía referirse a diferentes aspectos que daban cuenta de: la *ineficiencia del CHB* (preguntas 12.1b.1d, 16.1b.1c), *razones de carácter institucional* (preguntas 12.1c, 17) o *bien de carácter personal* (preguntas 12.1a, 16.1a.1d); todas las respuestas que se obtuvieron a las preguntas fueron cero, lo que muestra que no se encontraron evidencias de manifestación expresa de No satisfacción con las consultas a los CHB.

VI. DISCUSIÓN

En el resultado general del total de consultas realizadas a los 5 CHB entre los años 2005 y 2009 se alcanzó una media de 3,12 siendo un valor óptimo de consultas anuales si se compara con una importante encuesta realizada en Estados Unidos entre septiembre de 1999 y mayo del 2000⁸⁷ en 600 hospitales generales elegidos al azar sobre las consultas realizadas a los CHB existentes. En la *Ethics Consultation in United States Hospitals* publicada en 2007 se obtuvo que la media de consultas éticas anuales a los CHB era de 3. Esta encuesta ha sido mencionada en varios estudios como referente^{88 89 90}

Asimismo al analizar el resultado en forma individual para cada comité, el CHB del Hospital Privado obtuvo valores superiores siendo la media de consulta anual de 4,6 obedeciendo probablemente a diferentes razones como, el apoyo sostenido al CHB por parte de las autoridades, las normas internas del hospital, el perfil y la formación de sus miembros, la capacitación permanente en bioética en la comunidad hospitalaria entre otras, dando una legitimidad al CHB dentro de la institución.

También superan la media anual óptima de consultas el CHB del Domingo Funes con 3,8 siendo en este caso de gran importancia las consultas realizadas por el Juzgado Civil con asentamiento en la ciudad de Cosquín próximo al hospital, y el CHB del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad siendo la media anual de 3,2 consultas.

Aunque el CHB del Hospital Córdoba con 2,4 y el CHB del Hospital Nacional de Clínicas con 1,6 consultas anuales, no alcanzaron el valor óptimo, se puede considerar como significativos al comparar con los resultados de los CHB del país donde estas estructuras surgieron y alcanzaron un rápido desarrollo varios años antes respecto del tiempo evaluado en este estudio.

Teniendo en cuenta el número de consultas realizadas a los CHB según la cantidad de camas disponibles en cada institución como lo muestra el estudio de Fox et al del año 2007 mencionado anteriormente,^{VII} es el CHB del Hospital Domingo Funes con 75 camas y una media de 3,8 consultas anuales que supera ampliamente los valores de referencia del promedio de consultas éticas según la cantidad de camas de la Institución.

Los CHB del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad con 230 camas y 3,2 de consulta; y el CHB del Hospital Privado con 220 camas y 4,6 consultas no llegan a los valores sugeridos por dicho estudio.

En lo que respecta al CHB del Hospital Córdoba con 110 camas y 2,4 consultas, y el CHB del Hospital Nacional de Clínicas con 120 camas y 1,6 de consultas se mantienen con valores significativos pero no alcanzan el óptimo.

Cuando se relacionan los servicios en general de donde proceden los 24 entrevistados y la cantidad de consultas realizadas 78, pudo verse que son los 2 servicios de Obstetricia los que realizaron el mayor número de consultas con el 20,5% del total, seguido por las 5 UTI con el 14,1%. Sólo de 1 Tribunal de Justicia realizó 8 que representa el 10,2% de las consultas, y dado que ellas fueron todas al mismo hospital, ello incrementó la cantidad de consultas en el Hospital Domingo Funes como se mencionó anteriormente.

Para los 3 Servicios de Oncología, 3 de UCI y 3 de Clínica Quirúrgica, fue de 10,2% para cada uno. Solo para 1 Servicio de Clínica Médica hubo 7,6% consultas. Fue menor para los Servicios de Nefrología 3,8%, Medicina Ambulatoria 3,8%, Salud Mental 2,5%, y Laboratorio 1,2%.

Las características de los servicios y la especialidad de los entrevistados esta en relación directa con los temas más consultados ya que son

^{VII} Según Fox E et al. Ethics consultation in United States Hospitals: la cantidad promedio de consultas varía según la cantidad de camas: una (0-99 camas), tres (100-199 camas), seis (200-299 camas), diez (300-399 camas), doce (400-499 camas), y 15 (500 o más camas)

referidos al principio de la vida, salud del niño y adolescentes en un 62% por un lado y los temas de la salud del adulto y final de la vida 33%, por otro.

Esto concuerda con lo que plantean Beca y Guerrero ⁹¹ así como Hernández González et al ⁹² quienes sostienen que el nivel de complejidad de la institución o de los servicios podría hacer variar la cantidad de consultas éticas, ya sea que se trate de consultas al CHB o a un experto. ⁹³

a. Perfil de los entrevistados

En cuanto a las disciplinas de los 24 entrevistados son los 22 médicos con el 92% los que realizaron más consultas a los CHB en el presente estudio, lo que marca una diferencia notable con los resultados del estudio de Fox et al antes mencionado quien obtuvo una participación marcadamente interdisciplinaria, a pesar de que el mayor número fueron también médicos, con los siguientes resultados, el 34% para médicos, el 31 % para enfermeras, un 11% para trabajadores sociales y un 10% para capellanes.

Es de destacar la consulta realizada por parte de un Juez Civil que representó el 4% del total de las consultas, siendo sobresaliente por otro lado la ausencia de consultas de otros miembros del equipo de salud.

Salvo 1 bioquímico que representó el 4%, las enfermeras, trabajadores sociales, capellanes, pacientes o familiares, no realizaron consultas a los CHB.

Si bien son los médicos quienes más consultaron, otros estudios ⁹⁴ indican que en general también en la comunidad médica es desconocida la existencia del CHB. Ello fue constatado por Uribe et al ⁹⁵ en una muestra de 103 médicos, sólo el 30,1% conocían de la existencia del CHB sobre un 60,9% que los desconocía.

Asimismo Álvarez JC ⁹⁶ opina que es elevado el porcentaje del personal de salud que no consulta y aún peor en el caso de pacientes y familiares que no conocen la existencia de los CHB, y en caso de conocerlos no se tendría una idea clara de cuales son sus funciones.

De igual modo en un artículo de Ramos Pozón y Morlans Molina ⁹⁷ también cuestionan el hecho que siendo el conflicto ético bilateral, entre pacientes y médicos, son estos últimos quienes solicitan el asesoramiento y la voz de los pacientes y de los ciudadanos no llegan a los CHB.

A pesar de ello otros autores ⁹⁸ justifican la consulta mayoritariamente médica sobre la base que son ellos quienes formulan el diagnóstico y toman las decisiones, aunque al analizar las implicancias en la vida de las personas, la consulta al CHB al decir de Toledo A “*sería el mejor antídoto frente al paternalismo médico*”.

De los 22 médicos que consultaron 5 o sea el 22% correspondió a Terapistas, probablemente por ser la especialidad para atención de pacientes críticos donde se presentan mayores conflictos relacionados con la utilización de nuevas tecnologías y el mantenimiento artificial de la vida humana.

Las especialidades de Clínica Médica 3, Clínica Quirúrgica 3 y Oncología 3 son las que siguen en la cantidad de entrevistados.

En relación a Oncología, no es significativo el número obtenido como se esperaría de una especialidad que desde el principio de la bioética clínica ha sido objeto de análisis y reflexión por las situaciones conflictivas que se plantean en la relación médico-paciente. ⁹⁹

Respecto a que un 4% de los entrevistados de la muestra lo constituye la consulta de un Juez Civil, merece recordar que fue precisamente un juez, Richard Hughes, quien en 1976, solicitó la intervención de un comité en el caso Quinlan, validando así la consulta a los CHB para la resolución de conflictos en casos que no deberían llegar en primera instancia a la Justicia esperando ser resueltos en el ámbito de la atención médica o

bien en aquellos casos en los que hay un vacío legal en donde no se contemplan dichas situaciones conflictivas.

Esta última fue la razón de la mayor parte de las consultas realizadas por parte del Juez Civil que se entrevistó para este estudio. Así fue al comienzo con el tema de autorización para la ligadura de trompas de Falopio.¹⁰⁰ Las intervenciones quirúrgicas de contracepción en el ámbito del servicio de salud pública de la provincia de Córdoba fueron autorizadas posteriormente, por la ley 9344 en el año 2006. Otro caso fue debido a la solicitud de cambio de sexo e inscripción en el registro civil, situación que hoy se contempla en la ley nacional 26.743 de Identidad de género que fuera sancionada recién en mayo del 2012.¹⁰¹

Respecto la distribución por sexo de los 24 entrevistados que realizaron consultas a los CHB no hay diferencia significativa en la muestra entre los entrevistados mujeres 54% y varones 46% que pudiera indicar un interés superior de unos más que otros. Este dato tiene una cierta concordancia con el estudio realizado en el 2003 por Ribas-Ribas¹⁰² en donde se evalúa el sexo de miembros de los CHB (y no de los que hicieron consultas a los CHB como en este caso), tratándose de un estudio referido a la estructura y funcionamiento de los CHB en Cataluña, sobre un total de 24 CHB y 378 personas que componían los comités. Allí se vio que el 57% eran mujeres y 43% varones indicando así una pequeña tendencia de preferencia de participación por parte de las mujeres en los asuntos de bioética.

En cuanto a la edad promedio de los entrevistados de 49 años y el promedio de 23 años en el ejercicio de la profesión, muestran una coherencia entre edad y antigüedad en el cargo, y revela la tendencia de las personas con una experiencia mayor de 20 años a realizar consultas, en relación a los profesionales más jóvenes. Ello podría relacionarse con que al comienzo del ejercicio de las profesiones de la salud,

particularmente la medicina, se está más preocupado en la aplicación de nuevas tecnologías, adquisición de conocimientos y consolidación de la formación recibida, a la fascinación o el desconcierto por el contacto con la realidad hospitalaria o a la dificultad de reconocer y formular los conflictos éticos que emergen de la atención de la salud.¹⁰³ Otra causa podría atribuirse a que la toma de decisión final en casos conflictivos es responsabilidad de los jefes de servicio o médicos de planta y que en muchos casos son resueltas en ateneos o revistas de sala, siguiendo así un modelo hegemónico médico paternalista en la toma de decisión, dentro de la propia profesión médica y en algunos casos según el perfil de las instituciones de salud.

También hay una cierta coincidencia con el estudio de Ribas-Ribas mencionado ad supra que mostraba que el grupo etario de los miembros que integraban los CHB se encontraba entre los 40 y 65 años, constituyendo el 74% sobre un total de 378 personas que integran los comités.

b. Temas consultados

Sobre un total de 78 consultas el 62% 48 consultas corresponden a temas del Principio de la vida y salud del niño y del adolescente. Al discriminar los temas de este grupo de consultas tenemos que el 33% con 16 consultas corresponden a Salud del niño y el adolescente específicamente, seguido con el 25% 12 consultas para la Salud de embriones y fetos, para Contracepción 21% 10 consultas y, finalmente, para consultas sobre aborto 21% 10 consultas.

Al relacionar la especialidad de los médicos entrevistados con los temas más frecuentes de consultas referidos a Salud de embriones y fetos, contracepción y aborto, estos hacen un total de 32 consultas en forma

conjunta, o sea 67% sobre el total de 48 consultas sobre Principios de la Vida, Salud del niño y del adolescente

De estas 32 consultas, el 50% 16 proceden solo de 2 entrevistados Obstetras pertenecientes a 2 Servicios de Obstetricia. Las otras 16 consultas proceden de diversos servicios.

Esta tendencia, posiblemente indique que el mayor grado de conflictividad en la toma de decisión, se encuentra en los casos particulares en el comienzo de la vida e incluso antes del nacimiento. Esto acuerda con Guevara Iribarren ¹⁰⁴ en su estudio presentado en la Academia Nacional de Medicina de Caracas, donde afirma que los problemas clínicos más consultados a los CHB generalmente se relacionan con el inicio y final de la vida.

El 33% o sea 16 de las consultas restantes referidas a Salud del niño corresponden a todas las consultas realizadas al CHB del Hospital de Niños y se relacionaron con limitación del esfuerzo terapéutico, evitar el encarnizamiento terapéutico, la solicitud sobre criterios para iniciar tratamientos en pacientes oncológicos y calidad de vida. Estas consultas fueron realizadas por 2 pediatras de Unidad de Cuidados Intermedios, 1 nefróloga y 2 terapistas. Estas decisiones en el ámbito de la pediatría parecen ser las que plantean mayor nivel de conflicto, como ha sido expresado por Hernández González et al, ¹⁰⁵ en una encuesta realizada a 21 Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos en España, siendo los temas que dieron lugar a más consultas, la limitación del esfuerzo terapéutico, la orden de no reanimar, la restricción en el ingreso a cuidados intensivos y la no instauración de determinados terapias, así como el retiro de las mismas. Asimismo esta encuesta reveló que sobre 95 personas encuestadas 23 siendo el 24,2% habían realizado consulta alguna vez al comité de ética de su institución y 5 de ellos que lo habían hecho más de una vez. Estos datos también nos muestran que es importante la consulta en el ámbito de la pediatría si tenemos en cuenta

que en el presente estudio las 16 consultas provienen de una sola institución a un CHB y de parte de 5 especialistas.

En la misma línea el trabajo de Beca y Guerrero¹⁰⁶ sobre órdenes de no resucitar a pacientes pediátricos y la consulta realizada a los CHB en hospitales públicos de Chile, pone de relevancia que los comités pueden proporcionar un apoyo valioso y ofrecer la oportunidad de tomar mejores decisiones.

El 33% del total de 78 consultas o sea 26 corresponden a los temas de Salud del adulto y final de la vida, siendo el 50% con 13 consultas para los temas sobre la prolongación de la vida, el 31% con 8 consultas para actitudes ante la muerte, mientras que para el cuidado del moribundo el 11% siendo 3 consultas y finalmente para trasplante de órganos y tejidos el 8% con 2 consultas. Estos resultados van de la mano con las conclusiones de Guevara Iribarren¹⁰⁷ planteadas en la experiencia del Hospital Universitario de Caracas antes mencionado.

No hay coincidencias con los datos obtenidos en el estudio de Ribas-Ribas¹⁰⁸ siendo los temas susceptibles de crear conflicto ético, en Cataluña-España los relacionados con el consentimiento informado y el respeto por la autonomía del paciente. Asimismo el encarnizamiento terapéutico es más frecuente en los hospitales públicos que en los centros que funcionan por acuerdos de subvención o patrocinio del Estado, pareciera en todo caso acordar este último dato, con que 13 consultas hayan sido realizadas respecto a la prolongación de la vida, aunque no se podría establecer la vinculación a un tipo de institución específica como en el estudio mencionado.

También la autonomía de pacientes ha sido señalada en el estudio de Ribas-Ribas, como el tema que plantea más conflicto a los CHB que están en poblaciones de menos de 100.000 habitantes¹⁰⁹ y la reanimación cardiopulmonar se presenta como conflicto más frecuente en hospitales materno infantil.

Interesante es la relación que establece respecto de los temas éticos consultados con las características del tipo de atención médica siendo el respeto por la autonomía bastante frecuente en hospitales de agudos. Por lo tanto tampoco habría desde este punto de vista coincidencia con los resultados obtenidos en el presente estudio ya que las instituciones seleccionadas son en general de atención de agudos y de alta complejidad en los cuales el tema de la autonomía de los pacientes no pareciera ser una preocupación prioritaria o de necesidad de consulta.

La consulta que fue incluida como tema de Fundamentos de bioética siendo el 1% con 1 consulta estuvo relacionada con la veracidad en la información brindada a un paciente con diagnóstico de SIDA respecto a la condición de enfermedad terminal. Por otro lado la consulta que fue clasificado como tema de Ciencia y Tecnología siendo el 1% con 1 consulta estuvo en relación con inconvenientes en el cumplimiento de normas sobre investigación y con la falta de una instancia institucional para darle solución.

En cuanto a los temas sobre Salud Mental y neurociencias, con un 3% 2 consultas fueron, un caso de solicitud de cambio de sexo e inscripción en el registro civil, que ya fuera mencionado anteriormente, y otro caso relacionado a la protección del mejor interés y de los derechos de los pacientes psiquiátricos adultos (protección respecto de sus bienes).¹¹⁰

En lo que se refiere a la protección de los intereses de pacientes psiquiátricos como fue el problema planteado a uno de los CHB este parece ser el reflejo de la preocupación por el resguardo de los derechos de uno de los grupos más vulnerables, siendo éste un tema por lo cual el Área de Bioética del Ministerio de Salud de Córdoba realizó en el año 2006¹¹¹ un estudio -no publicado- que consideraba la vigencia de los derechos de estos pacientes internados en las instituciones públicas de salud mental en la provincia.

De esta manera los temas de consulta se tornan de importancia sustancial porque las recomendaciones realizadas podrían ser la base para la elaboración de normas, protocolos de procedimientos en la toma de decisiones o de asesoramiento en aspectos legales, como ha sido por ejemplo la Guía de Buenas Prácticas ético legales en VIH/sida.¹¹²

Los temas referidos a la investigación en seres humanos no fueron evidenciados en este estudio debido a que la provincia de Córdoba cuenta con un marco legal que regula la investigación, crea y regula también la tarea de los CIEIS¹¹³ por lo cual los CHB no se ocupan de estos temas.

c. Calidad de los CHB en la función consultiva

El hecho de que 20 entrevistados o sea el 83% de los 24 hicieran la consulta en forma escrita, manifiesta que en general los CHB estudiados tienen establecido un procedimiento de consulta y que es adoptado por las personas que realizan la consulta, otorgándole así un marco formal.

Al mismo tiempo que no excluye otros modos de consultas previos o paralelos como la consulta verbal a algún miembro del CHB.

Este resultado muestra no solo cómo se lleva a cabo el procedimiento formal de la consulta, sino también pone de relieve lo planteado por numerosos autores^{114 115 116} que manifiestan la preferencia de la consulta a un comité interdisciplinario mientras que otros sostienen la alternativa de consulta a un experto bioeticista dentro de la institución.^{117 118}

Sin embargo pareciera que estas dos posibilidades no necesariamente deberían ser excluyentes como en el presente estudio, porque la consulta realizada a un miembro del comité podría compararse con la consulta a un experto a pesar que luego fuera remitida a todo el comité.

No obstante 4 de los entrevistados que representan el 17%, aunque es mínimo no presentaron la consulta por escrito revelando alguna falta de procedimiento en la recepción de las consultas por parte del CHB.

En lo que respecta al modo en que recibieron la recomendación del comité, 18 de los entrevistados o sea el 75% contestaron que fue por escrito, pero combinadas con otras formas, por lo que también podría decirse, si se tienen en cuenta los datos precedentes, que 6 entrevistados o sea el 25% no recibieron la recomendación o el informe por escrito por lo que no fueron respondidas con la necesaria formalidad en el procedimiento por parte del CHB.¹¹⁹

Como se puso de relevancia anteriormente el informe o la recomendación escrita deberían dar cuenta de los aspectos éticos valorados en la deliberación del caso, dejar constancia de las diferencias de opinión, sobre todo de las justificaciones éticas y constar que la responsabilidad de la decisión es exclusivamente de quien debe tomarla.¹²⁰ También se ha propuesto que todo ello debería constar en las actas de reunión y en archivos, con objetivos de autoevaluación, seguimiento y antecedentes de consulta del CHB y obtener una casuística para la elaboración de protocolos.¹²¹ Este aspecto no fue evaluado en este estudio.

El hecho que en general el 75% de entrevistados recibieron sus respuestas escritas es indicativo de un proceso de calidad en la función consultiva, ya que además de lo antes comentado, en estudios importantes como el de Fox et al en un 13% de los casos no se realizó ningún tipo de recomendación, llegando a la conclusión de la necesidad de clarificar y mejorar los estándares de calidad en la función del CHB.

Al preguntar si las recomendaciones realizadas por el CHB fueron registradas en la historia clínica fue que el 81,5% o sea 21 entrevistados efectivamente registró en la historia clínica lo que revela un alto porcentaje aún cuando sólo el 75% recibió su respuesta por escrito, mostrando que de algún modo la opinión del CHB quedó plasmada en la historia clínica del paciente. Este resultado también fue superior al mencionado por Fox et al que encontró que solo un 72% de las consultas

fueron registradas en archivos médicos (43% a través de notas breves, y el 29% de análisis detallados).

Importante destacar que uno de los entrevistados es un Juez Civil que no tiene acceso a la historia clínica y tampoco pertenece al ámbito hospitalario, aunque las recomendaciones realizadas por el CHB fueron registradas en expedientes judiciales.

Al solicitar las razones por las cuales dejaban el registro en la historia clínica se reportaron varias no excluyentes, siendo las de carácter normativo por parte del hospital o del servicio 21, por respaldo ético-legal 10, y 4 porque sirve de antecedentes para otros casos. Teniendo en cuenta que fueron 24 entrevistados sobre 21 que manifestaron como razón una norma del hospital o del servicio, se deduce que las instituciones tienen establecido el registro de las consultas al CHB y sus recomendaciones como interconsulta o en hoja aparte dentro de la historia clínica. De este modo se visualiza que se cumple con las recomendaciones aportadas en la bibliografía por diferentes autores¹²² como una buena practica clínica¹²³ y facilita que sean conocidas por todo el equipo profesional tratante.¹²⁴

Al preguntar a los entrevistados respecto a si sabían si el dictamen que habían recibido del CHB era unánime o en caso contrario en el informe le dieron las opciones que se discutieron justificadas éticamente, al obtener que 13 de los entrevistados o sea el 54% no lo sabían, no concuerda con el trabajo de Fox et al, donde los comités recomendaron un curso de acción simple para el 46% de los casos, el 41% variedad de acciones y el 13% no realizaron ningún tipo de recomendación para los casos.

En el presente estudio solo el 25 % o sea 6 de los entrevistados sabían que la recomendación había sido unánime y los 5 restantes que representan el 21% sabían que no fue unánime y que a la vez habían recibido informe de las opciones justificadas.

Por lo que se podría deducir que en principio los informes emitidos por los CHB no dan cuenta en general de las diferentes opciones en caso que se produce o la persona que consulta no llegaría a conocerlas.

Respecto a la oportunidad de las respuestas o de las recomendaciones en relación al tiempo en que los CHB demoraron para entregarlas se obtuvo que 21 de los entrevistados o sea el 87,5% contestó que había sido oportuna y sólo 1 que representa el 4% que no lo fue –(*“la consulta se hizo por la tarde con el médico de guardia”*- hizo referencia el entrevistado) y finalmente 2 con el 8% restante respondieron que parcialmente. En el presente estudio las respuestas reflejan el grado de percepción de la oportunidad, lo que resulta difícil de comparar con los resultados de Fox et al, en donde realizaron la medición del tiempo promedio transcurrido entre la consulta inicial y la finalización del caso se obtuvo una media de 12 horas, en la que el 65% fue de menos de 3 horas, y en el 11% más de 24 horas. Por tal razón se podría decir que hubo un porcentaje alto de percepción de oportunidad en las recomendaciones de los CHB estudiados.

Este aspecto pareciera ser de particular importancia ya que la reincidencia en las demoras en la entrega de las recomendaciones de los CHB pareciera desalentar las consultas y podría desprestigiar su función. Al decir de Beca JP ¹²⁵ algunas de las razones por las cuales hay baja cifra de consultas a los CHB estarían dadas por esta razón (demora entre la solicitud de los clínicos y la posibilidad de reunión del comité y el tiempo excesivo que supone la preparación del caso y la presentación al comité).

d. Satisfacción con la consulta

Respecto a los indicadores propuestos para evaluar la satisfacción con la consulta realizada al CHB por parte de los entrevistados, cuando se preguntó si la recomendación le fue de ayuda a tomar decisión el 83,33%

de los entrevistados o sea 20 contestaron afirmativamente dando diferentes motivos no excluyentes entre sí como se expresa a continuación: se sintieron respaldados por la recomendación 9, siguieron las instrucciones del CHB 8, saben qué hacer en caso parecido 6, saben cómo consultar cuando lo necesiten 3, pudieron solucionar el problema sin conflicto 2, con lo que se infiere un grado alto de satisfacción con la consulta.

Asimismo respecto a si estuvo de acuerdo con el dictamen del CHB el 91,66% de los entrevistados 22 respondieron afirmativamente y solo el 8,33% o sea 2 que parcialmente agregando uno de los entrevistados que aunque *“algunas veces discrepo pero sigo la recomendación”*, otro *“no fue expeditivo”* coincidiendo con las respuestas dadas sobre la oportunidad de la recomendación.

En consonancia con la anterior al preguntar si la recomendación que se le ofreció fue un respaldo ético a la decisión que tomó el 91,66% siendo 22 entrevistados respondieron afirmativamente. Solo 1 entrevistado que representa el 4,16% respondió que no, al tratarse de un problema deontológico y el 4,16% restante con 1 que parcialmente.

Si en términos generales estuvo satisfecho con la intervención del CHB el 95,83% de los entrevistados 23 fue afirmativo, y solo el 4,16% o sea 1 que no.

Estos resultados revelan que existe una coherencia en las respuestas de uno de los entrevistados con lo que no estuvo de acuerdo con el CHB por no ser expeditivo en la recomendación, no fue de respaldo ético y tampoco se sintió satisfecho con la intervención del CHB, indicando una insatisfacción del 4,16%.

Asimismo el grado de satisfacción de las personas que consultaron por diferentes causas a los CHB respecto a las recomendaciones obtenidas adhiriendo a las mismas supera el 50%, reflejando un aspecto de gran

importancia para la evaluación de la función consultiva, siendo una oportunidad para examinar a fondo y con detenimiento la labor realizada para ayudar a mejorarla con respecto a la evaluación externa de los CHB.¹²⁶

El hecho que el 100% de los entrevistados volverían a consultar y recomendarían a otros la consulta se puede ligar también como un aspecto de la satisfacción con el CHB.

Cuando se trata de recomendar a otros la consulta al CHB, las respuestas no excluyentes fueron que 14 lo harían a otros colegas (teniendo en cuenta que 22 entrevistados eran médicos), 9 a otros profesionales, 5 a todos; siendo un número más bajo de 3 para pacientes y 2 para familiares. Esto podría indicar además de la satisfacción con las recomendaciones del CHB, una tendencia paternalista o al menos corporativa por parte de los médicos, que en general parecen considerar que la toma de decisiones en situaciones conflictivas es patrimonio de los médicos y no requeriría la participación de pacientes y familiares.

Así lo plantean Ramos Pozón y Morlans Molina¹²⁷ cuando expresan la necesidad de la intervención del ciudadano en el proceso deliberativo y aún a más fuerte razón de los directamente afectados o de representantes de la ciudadanía en la toma de decisiones y en la composición de los CHB.

Por eso los resultados obtenidos del estudio acuerdan con estos autores respecto a que entre las personas que consultaron a los CHB no hay otros miembros del equipo de salud, ni pacientes, ni familiares.

Una de las tareas más relevante de la función consultiva de los CHB es no solo introducir valores en el procedimiento de la toma de decisión y lograr una mayor conciencia sobre los derechos humanos involucrados, sino también incidir en los actores que participan de estos procesos, es decir en el carácter mismo de los agentes, tarea que compromete también la función de educación por parte del CHB.¹²⁸ Sobre este punto en el

presente trabajo, respecto a cambios de actitudes, convicciones, perspectivas o miradas frente a los problemas que se suscitan en la tarea diaria a partir de la consulta realizada al CHB el 79,16% de los entrevistados o sea 19 contestaron afirmativamente, y solo 4 que representa el 16,6% que no. Lo que muestra que al menos la percepción de los mismos fue en este sentido satisfactoria.

A ello se puede agregar que entre los que respondieron que sí o parcialmente a la pregunta anterior al especificar en opciones cerradas los cambios experimentados hicieron referencia a: tener en cuenta la opinión del paciente, tener en cuenta la opinión de otros, cambio en la relación profesional-paciente, pedir ayuda en los conflictos éticos y, finalmente a argumentar éticamente las decisiones.

Además en ítem abierto para dar otras razones se obtuvo como resultado: *“sumar miradas frente a los conflictos que se plantean en la tarea cotidiana”, “tomar decisiones en casos difíciles y complejos”, “al respaldo en la recomendación del CHB”, “la necesidad de mayor reflexión” y “asumir situaciones irreversibles o difíciles”*. Todos ellos relacionados a actitudes en la práctica clínica o en la atención de la salud.

Sin embargo de los resultados se puede concluir que a pesar de que el 79,16% de los entrevistados reconocieron haber tenido algún cambio en sus perspectivas a partir de la consulta al CHB, sólo en 5 se refiere a tener en cuenta la opinión de pacientes y en todas las demás respuestas hay implicancias de aspectos que hacen a la toma de decisión por parte de los entrevistados en su mayoría médicos, que haría volver sobre lo antes planteado respecto a una mirada más bien paternalista de los mismos sobre las decisiones, en especial si ellas son complejas.

Indicadores de No Satisfacción con la consulta al CHB:

En lo que respecta a los indicadores de No Satisfacción con la consulta a los CHB como se estableció con anterioridad y que podía referirse a diferentes aspectos; todas las respuestas que se obtuvieron a las

preguntas fueron cero lo que muestra no haber manifestación expresa de
No satisfacción con las consultas a los CHB.

VII. CONCLUSIONES

Las consultas a los CHB de las instituciones seleccionadas en el período 2005- 2009 alcanzaron en general una media anual con muy buena puntuación en relación a los estudios consultados de CHB que alcanzaron gran desarrollo en sus países, y por otro lado las consultas a los CHB del Hospital Domingo Funes, Hospital Privado y Hospital de Niños de la Santísima Trinidad la media fue superior comparada con dichos estudios.

Los Servicios que realizaron mayor cantidad de consultas son de Obstetricia y UTI seguidos por Oncología, UCI, Clínica Quirúrgica y Tribunal de Justicia en lo Civil.

Son médicos los que realizan la mayor cantidad de consulta, siendo prácticamente nulas las del resto del equipo de salud, de pacientes y familiares, lo que parece ser reflejo de un modelo de toma de decisión en los conflictos éticos de atención de la salud más bien paternalista.

La consulta de un Juez en lo Civil muestra los vacíos legales en conflictos bioéticos del ámbito de la atención de la salud y que a veces sirven como antecedentes para la confección de posteriores regulaciones o normas legales.

A pesar de que son un porcentaje mayor de mujeres quienes consultan, esta diferencia no es significativa.

Existe una mayor tendencia a consultar a los CHB entre los profesionales con larga trayectoria en el ejercicio de la profesión y con más edad.

Los temas más consultados son aquellos relacionados a problemas éticos en el Principio de la Vida, salud del niño y del adolescente y con menor frecuencia los referidos a la Salud del adulto y el Final de la vida.

Específicamente del Principio de la Vida, salud del niño y del adolescente las consultas más frecuentes refieren a salud del niño y adolescente, salud de los embriones y fetos, contracepción y aborto.

Entre los temas de Salud del adulto y Final de la vida se destacaron la prolongación de la vida, las actitudes ante la muerte, el cuidado del moribundo y, finalmente los trasplantes de órganos y tejidos. Aquellos relacionados con Salud mental y neurociencias aunque en menor número, fueron importantes como antecedentes para futuras legislaciones en el ámbito de la provincia.

No se identificó en este trabajo temas de consulta relacionados a la autonomía de los pacientes y el consentimiento informado.

Los CHB que fueron evaluados en este trabajo, mostraron que en su mayoría responden a indicadores de calidad: las consultas que llegan y las recomendaciones que se entregan se realizan en forma escrita, los dictámenes se registran en las historias clínicas, (algunos como respuesta a normas institucionales), las recomendaciones son oportunas en relación al tiempo que transcurre desde la consulta inicial y el dictamen del comité. Los CHB sin embargo no dan cuenta en el informe o las recomendaciones del proceso de deliberación, ni suelen ofrecer las diferentes opciones justificadas éticamente, si las hubiera.

La consulta que se realiza al CHB en ocasiones va precedida de una consulta a algunos de los miembros del comité dentro de la institución considerado con mayor experiencia en el tema.

Las personas que consultan a los CHB, en su mayoría están satisfechas con las recomendaciones obtenidas adhiriendo a las mismas. De igual

modo manifestaron cambios de actitudes frente a los problemas que se suscitan en la tarea diaria en relación al proceso de consulta al comité, a pesar de lo cual en otros aspectos parece mantenerse un modelo de hegemonía médica en las decisiones. Así los comités pueden ayudar y significar un respaldo ético para quienes deben tomar decisiones.

VIII. RECOMENDACIONES

Es aconsejable que los CHB puedan ir adquiriendo una modalidad de autoevaluación regular o permitan una evaluación externa de las funciones que le son propias y en particular de la función consultiva ya que ello podría redundar en beneficios para fortalecer la tarea con una mayor credibilidad institucional, al tiempo que permitiría sentar las bases de datos para medir la efectividad de una labor preventiva de los conflictos bioéticos en la asistencia sanitaria.

Para incentivar las consultas a los CHB es conveniente procurar instancias de mayor desarrollo en las otras funciones como son la docente y normativa de los CHB con las particularidades y necesidades de cada institución y cada comité.

A los CHB se les presentan un gran desafío para crear espacios de socialización e intervención con la finalidad de elevar el nivel de conciencia, esclarecimiento y responsabilidad de la población en general frente a los conflictos éticos que se presentan ante el ritmo acelerado de los avances científico-técnicos en la asistencia de la salud, instrumentando acciones educativas o incorporando nuevos miembros expertos en comunicación social.

En lo que respecta específicamente a la función consultiva de los CHB: sería altamente recomendable un mayor esfuerzo en:

- La elaboración del informe por escrito con las recomendaciones que los CHB realizan dando cuenta de la justificación ética de la decisión, del proceso de deliberación que realizan.
- Considerar la entrega a tiempo del informe, sin demoras innecesarias como una característica importante a la hora de evaluar la calidad de los CHB.

- Fomentar la consulta en los profesionales médicos más jóvenes como así también de todo el equipo de salud.
- Facilitar los medios para que pacientes y familiares puedan efectuar consultas.
- Establecer estrategias para el pronto despacho de consultas que lo requieran.

La consulta a uno de los miembros o bien al experto del comité no se opone al trabajo interdisciplinario más bien podría servir de paso previo selectivo para que lleguen las consultas que son materia de discusión propia de los CHB.

Comentario final

La existencia de los CHB, con mayor o menor incidencia en las instituciones constituyen un espacio de dialogo y deliberación plural sobre valores éticos al interior de los hospitales, de gran importancia para el resguardo de los derechos de los pacientes y el desarrollo de una ética institucional que garantice la humanización de la asistencia en salud.

Son un instrumento docente para la formación ética permanente de los profesionales de la salud promoviendo cambios de actitudes en la relación con los pacientes.

El trabajo en redes por parte de los CHB se hace cada vez más necesario para compartir y sostener espacios de intercambio de experiencias y de actualización en los temas fundamentales de bioética para todos los miembros.

Asimismo el apoyo continuo de las diferentes instancias de los organismos de gobierno de turno, de las autoridades en las instituciones de salud, se hacen imprescindibles para garantizar el desarrollo sostenido de los CHB siendo así una herramienta eficaz para lograr un importante cambio social en los sistemas de salud.

IX. ANEXOS

Anexo 1

**Consulta al CBA
Departamento de Salud Elche-Hospital General**

SOLICITANTE:

SERVICIO:

TEL. CONTACTO:

FECHA:

URGENTE. SI: **NO:**

- Escriba en cada recuadro según necesidad intentando ser claro y conciso. (Los recuadros se van agrandando mientras se escribe).

*- Posteriormente envíenosla como fichero adjunto a la dirección:
bioetica_elx@gva.es*

1.- HISTORIA CLÍNICA:

2.- DESCRIPCIÓN DEL CASO:

3.- CONFLICTO ETICO ASISTENCIAL:

4.- CONSULTA QUE SE PLANTEA:

Anexo 2



ÁREA DE BIOÉTICA

**GUIA DE SOLICITUD DE INTERVENCION PARA
CONSULTA DE CASOS A COMITÉS DE BIOÉTICA
ASISTENCIAL (CBA) DE LA PROVINCIA DE NEUQUEN**

Fecha:

Solicitante:

- 1) Datos personales del paciente: edad, ocupación, lugar de residencia, conformación del grupo familiar, nivel de educación, etc.. Cualquier otro dato que crea de importancia.
- 2) Descripción del caso en términos comprensibles.
- 3) Descripción de las situaciones institucionales, familiares y/o sociales vinculadas al conflicto.
- 4) Relate los problemas éticos que motivaron su consulta y sobre los cuales solicita una recomendación de este comité.


Firma del solicitante

Ant. Argentina y Colón - Edif. CAM 1 - Neuquén CP (8300) - Tel: 4495590 int. 7550 -
areabioetica@yahoo.com.ar



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Anexo 3


Gobierno de la Provincia de Córdoba
Ministerio de Salud

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASESORIA

FECHA :

APELLIDO Y NOMBRE DEL SOLICITANTE:

PROCEDENCIA (Señale con una cruz)

I) PARTICULAR
II) INSTITUCIÓN

II.1- NOMBRE DE RAZÓN SOCIAL

DATOS DE CONTACTO

TELÉFONOS:

DOMICILIO:

CORREO ELECTRÓNICO

**TEMA DE LA SOLICITUD
(SEÑALE CON UNA CRUZ)**

ASESORÍA CAPACITACIÓN RECOMENDACIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA SOLICITUD .

Sistema de Evaluación, Registro y Fiscalización de Investigación en Salud (Serfis)
Velez Sarsfield 2311 / B° Velez Sarsfield / Córdoba Capital
(0351) 468-8687 / Horario: 8:30 a 13:30 hs.

Anexo 4

La encuesta que se aplicó fue la siguiente

1. Institución:

2. Profesión/actividad:

3. En qué Servicio desarrolla su profesión/actividad:

4. Sexo: V M Edad:

Antigüedad en el ejercicio:

5. ¿Cuántas veces consultó al Comité de Bioética de su Hospital?. ¿en qué año?

Años					
	2005	2006	2007	2008	2009
Cantidad de consultas					

6. ¿Cuáles fueron los problemas que suscitaron la consulta?

.....
.....
.....

7. ¿Cómo presentó la consulta?

- a. Por escrito:
- b. Verbalmente a un miembro del comité:
- c. Verbalmente a todo el comité:

d. En una consulta informal (en el café o en el pasillo) :

e. Con otras personas:

f. A través de otras personas?

g. Otras:

¿Cómo?:

.....

8. ¿Cómo le presentaron la respuesta?

a. Por escrito:

b. Verbalmente un miembro del comité de manera informal (en el pasillo o café) :

c. Verbalmente un miembro del comité de manera formal:

d. Verbalmente todos los miembros del comité en reunión formal

e. Otras:

¿Cómo?:.....

9. La respuesta que obtuvo del comité ¿le ayudó a tomar la decisión o clarificar el problema?

Si

No

Parcialmente

9.1 Si la respuesta es Si: ¿Por qué fue de ayuda?

a. Seguí las instrucciones del comité:

b. Sé que hacer cuando me toque un caso o situación parecida:

c. Sé cómo consultar al comité cuando lo necesite :

d. Solucioné el problema sin conflictos :

e. Me sentí respaldado por la recomendación :

f. Otras razones:

¿Cuáles?

.....

10. La recomendación que obtuvo, ¿la pudo registrar en la Historia Clínica?.

Si No No soy médico, no tengo acceso a la HC

10.1 Si la respuesta es Si: ¿Por qué?

- a. Es norma del Hospital :
- b. Es norma del Servicio :
- c. Respaldo ético :
- d. Respaldo legal:
- e. Sirve como antecedentes para otro caso :
- f. Otras:

¿Por qué?:.....

11. Usted ¿estuvo de acuerdo con el dictamen del comité?

Si No Parcialmente:

12. ¿Consideró que la recomendación que le ofrecieron fue un respaldo ético a la decisión que tomó?.

Si No Parcialmente

12.1 Si la respuesta es NO o parcialmente ¿Por qué?

- a. No estuve de acuerdo:
- b. El problema se solucionó antes que llegara la respuesta:
- c. Le impidieron (autoridades/institución) aplicar el dictamen:
- d. El dictamen no se entendió
- e. Otras:

Porque:

.....

13. El dictamen del comité ¿fue unánime?

Si No No sabe:

Si la respuesta es NO , contestar la otra pregunta

13.1 ¿Le presentaron varias opciones justificadas éticamente?

Si No Parcialmente

14. La respuesta que obtuvo ¿fue oportuna? (respecto al tiempo que demoraron en entregarla).

Si No Parcialmente

15. En términos generales ¿se encuentra satisfecho con la intervención del comité en la consulta que hizo?

Si No Parcialmente

16. ¿Volvería a consultar al Comité de Bioética?.

Si No

16.1 Si la respuesta es NO ¿Por qué?

a. Ya tengo información para otros casos:

b. Es muy complicado el trámite:

c. Se demoran en dar las respuestas:

d. No acuerdo con los miembros:

e. Otras:

Porque:

17. ¿Recomendaría a otros a realizar consultas al comité?.

Si No

17.1 Si la respuesta es Si: ¿A quienes?

- a. Colegas:
- b. Otros profesionales:
- c. Pacientes:
- d. Familiares:
- e. Otros:

Quienes:

.....

18. A partir de la consulta realizada al comité, ¿experimentó algún cambio en sus actitudes, convicciones, perspectivas o miradas frente a los problemas que se suscitan en el trabajo diario?

Si No Parcialmente

18.1 Si la respuesta es Si o Parcialmente : ¿Podría decir cuáles?

- a. Tener en cuenta la opinión del paciente:
- b. Tener en cuenta la opinión de otros :
- c. Argumentar éticamente las decisiones:
- d. Pedir ayuda en los conflictos éticos:
- e. Cambio en la relación profesional-paciente :
- f. Otro:

Cuáles:

.....

X. BIBLIOGRAFÍA

¹ Tealdi JC. *Comité hospitalario de ética*, en: Diccionario Latinoamericano de bioética. Redbioética. UNESCO. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2008, pp: 256 – 258

² Sentencia Caso Quinlan. [accesado 17 de enero de 2012]. Disponible en: http://euthanasia.procon.org/sourcefiles/In_Re_Quinlan.pdf

³ Martínez González OJ. *Análisis internacional de los comités de Bioética en hospitales*, en: Tarasco MM. *Comités hospitalarios de Bioética*. Universidad Anáhuac. Manual Moderno. México, 2007, pp: 29-42

⁴ Pless E. *The story of Baby Doe*. New Engl J Med, 1983, 309 (11), p: 663

⁵ Annas George J. *The Case of Baby Jane Doe: Child Abuse or Unlawful Federal Intervention?* American Journal of Public Health, 1984, Vol. 74, Nº. 7, pp: 727-729

⁶ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978. Traducido al castellano en *Ensayos Clínicos en España (1982-1988)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990. Anexo 4.

⁷ Martínez González OJ. *Análisis internacional...* Op. Cit.

⁸ Vidal SM. *Introducción a la Bioética Institucional. Los Comités Hospitalarios de Bioética*, en: Garay, O E. (coord.). *Bioética en Medicina*. Ad-Hoc. Bs As, 2008, pp: 403-439

⁹ Asociación Civil de Bioética y Derechos Humanos. [accesado 14 de diciembre 2012]. Disponible en: http://www.biosur.org.ar/01_biosur.html

¹⁰ Justo L, Macías A. *Comités de Ética en Neuquén: una propuesta democrática*. Cuadernos de Bioética. Ad hoc, 2002, N° 9. p: 162

¹¹ Digilio P. *Los Comités hospitalarios de Bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las Políticas de Salud*. [accesado 22 de marzo 2010]. Disponible en:

D:\Documentos\1Bioetica\Maestría\TESIS\Bio&Sur - Investigación y Desarrollo.mht

¹² Decreto 86/2004. Consejo Provincial de Bioética de la Pampa. [accesado 14 diciembre 2012]. Disponible en: leg.msal.gov.ar/bioetica.htm

¹³ Provincia de Neuquén. Ley 2327. [accesado 18 de enero de 2012]. Disponible en : <http://www.ms.gba.gov.ar/CCIS/Legislacion/2normativasprovinciales/NEUQUEN/LEY2327ComitesEticaHospitalarios.pdf>

¹⁴ Decreto 932/2003. [accesado 18 de enero 2012]. Disponible en : <http://test.e-legisar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5813&word=>

¹⁵ Provincia de Santa Fe. Ley 12.391. [accesado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://test.e-legisar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5851&word=>

¹⁶ Provincia del Chaco. Ley 4781. [accesado 18 de enero 2012]. Disponible en: <http://test.e-legisar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5812&word=>

¹⁷ Provincia de Misiones. Ley 4334. [accesado 18 de enero de 2012].
Disponibile en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=9485&word=>

¹⁸ Provincia de Corrientes. Ley 5896. [accesado 18 de enero de 2012].
Disponibile en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=14632&word=>

¹⁹ Provincia de Mendoza. Ley 7398. [accesado 18 de enero 2012].
Disponibile en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5828&word=>

²⁰ Provincia de San Luis. Decreto 5495/2006. [accesado 18 de enero de 2012].
Disponibile en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5854&word=>

²¹ Provincia de Jujuy. Decreto 3815/05. [accesado 18 de enero 2012].
Disponibile en: [http://www.msaludjujuy.gov.ar/areasydep/actualizar/bioetica/pdf%20leyes%20argentinas%20de%20bioetica%20\(8\)/jujuy%20dcto.%20n%203815-05%20reglamentacion%20comite%](http://www.msaludjujuy.gov.ar/areasydep/actualizar/bioetica/pdf%20leyes%20argentinas%20de%20bioetica%20(8)/jujuy%20dcto.%20n%203815-05%20reglamentacion%20comite%20)

²² Provincia de Tucumán. Ley 6507. [accesado 18 de enero de 2012].
Disponibile en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showact.php?id=14639&word=>

²³ Provincia de Catamarca. Ley 5057. [accesado 18 de enero de 2012].
Disponibile en:

<http://www.ms.gba.gov.ar/ccis/legislacion/2normativasprovinciales/catamarca/ley5057comitehospitalariodeetica.pdf>

²⁴ Tealdi JC. *Los comités hospitalarios de ética seis años después*. Cuaderno de bioética. Programa Regional de bioética para América Latina, OPS/OMS, 1995, N°1, pp: 121-134.

²⁵ *Comités Hospitalarios de Ética Médica en el Marco del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección de Calidad de los servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de Atención Médica. Resolución 857/1993. [accesado 7 de mayo 2013]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres857_1993.pdf

²⁶ Vidal SM. *Proyecto para la constitución de Comités Hospitalarios de Bioética en la Provincia de Córdoba*. Cuadernos de Bioética. Ad Hoc. Bs As, 1998, N° 2-3, pp: 69-92

²⁷ Área de Bioética. [accesado 8 sep. 2006]. Disponible en : <http://www.cba.gov.ar/canal.jsp?idCanal=41678>

²⁸ Tealdi J C. Mainetti JA. *Los comités hospitalarios de ética*. Boletín de la OPS. Vol. 108(5-6), 1990, pp:431-438

²⁹ Red Provincial de Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) [accesado 14 de agosto de 2013]. Disponible en <http://www.cba.gov.ar/chb/>

³⁰ Toledo A. *Aspectos Bioéticos del trasplante con donantes vivos*, en: Vida y Ética. 2010, Año 11. N°2, p: 131

³¹ Comité de Bioética Sanatorio Allende [accesado 7 de mayo 2013]. Disponible en: <http://www.sanatorioallende.com/web/es/bioetica.aspx>

³² Comité de Bioética del Hospital Transito Cáceres de Allende [accesado 7 de mayo 2013]. Disponible en: http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/sal_be_hallende.pdf

³³ Centro de Bioética. UCC. [accesado 9 noviembre 2012]. Disponible en : http://www.ucc.edu.ar/portalnuevo/interna_ucc.php?sec=29

³⁴ Centro de Bioética. UCC. Actividades. Publicaciones. [accesado 9 noviembre 2012]. Disponible en : http://www.ucc.edu.ar/portalnuevo/interna_ucc.php?sec=29&pag=441&pa d=0

³⁵ Vidal SM. *Introducción a la Bioética Institucional...*Op.

³⁶ Tealdi JC. *Comité hospitalario de ética...*Op. Cit

³⁷ Tealdi J C. Mainetti JA. *Los comités hospitalarios...*Op. Cit

³⁸ Tealdi JC. *Los comités hospitalarios de ética seis años después...*Op. Cit

³⁹ Tealdi JC. *Los comités hospitalarios de ética seis años después...*Op. Cit

⁴⁰ Álvarez JC. *Comités de ética asistencial: problemas prácticos*, en: Martínez J (editor). *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la Medicina actual*. Comillas. Desclée de Brouwer. España, 2003, pp:70-90

-
- ⁴¹ Vidal SM. *Proyecto para la constitución de Comités...* Op. Cit
- ⁴² Davini MC. *Bases Metodológicas para la Educación permanente del personal de Salud*. Publicación N° 19. OPS/OMS, 1989, p:12
- ⁴³ Kottow M. *Temática y Funcionamiento de los Comités Institucionales de Ética Médica/Bioética*. CIMBIO. Publicación especial N°4. Universidad de Chile, 1995, pp:46-52
- ⁴⁴ UNESCO. *Creación de comités de bioética*. Guía N°1. UNESCO. Francia, 2005, pp:18-34
- ⁴⁵ UNESCO. *Creación de comités de bioética*. Guía N°1. UNESCO. Francia, 2005, p: 38
- ⁴⁶ UNESCO. *Capacitación de los comités de bioética*. Guía N° 3. UNESCO. Francia, 2007, pp: 26-27
- ⁴⁷ Ramos Pozón S, Morlans Molina M. *Legos en el Comité de ética: una reflexión desde la ética dialógica*, en: *Revista de Bioética y Derecho*. 2011, N°2, pp: 33-39
- ⁴⁸ Brussino S. *La deliberación como estrategia educativa en Bioética*, en: Vidal SM (editora). *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*, UNESCO, Uruguay, 2012, pp:37-52
- ⁴⁹ Tealdi JC. *Los comités hospitalarios...*Op. Cit
- ⁵⁰ Tealdi JC. *Los comités hospitalarios...*Op. Cit

⁵¹ Robles PH, Couceiro Vidal A. *Los Comités de Ética para la asistencia sanitaria y los Consultores de Ética*, en: Reyes López M. Sánchez Jacob M. *Bioética y Pediatría. Proyectos de vida Plena*. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla- La Mancha. Madrid, 2010, pp: 99-105

⁵² Tealdi JC. *Los comités hospitalarios...*Op. Cit

⁵³ Vidal SM. *Nuevas y Viejas preguntas en la educación en Bioética*, en: Vidal SM (editora).*La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*, UNESCO, Uruguay, 2012, pp:15-35

⁵⁴ Vidal SM. *Introducción a la Bioética...*Op. Cit

⁵⁵ Vidal SM. *Proyecto para la constitución de Comités...* Op. Cit

⁵⁶ Provincia de Córdoba. Ley 9694. Sistema de evaluación, registro y fiscalización de las investigaciones en salud. [accesado 5 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cba.gov.ar/legislación-serfis>

⁵⁷ Provincia de Córdoba. COEIS. Disposición N°1. [accesado 5 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.cba.gov.ar/legislación-serfis>

⁵⁸ American Society for Bioethics and Humanities. *Core competencies for health care ethics consultation*. American Society for Bioethics and Humanities, Glenview, 1998.

⁵⁹ Ribas Ribas S. *Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento*. Medicina Clínica. Barcelona, 2006,126 (2), pp: 60

⁶⁰ Chaves Zambrano MA. *Consulta en ética clínica*, en: *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008, pp: 456 – 457

⁶¹ Álvarez JC. *Comité de ética Asistencial*. Madrid. Portal Mayores. Informes Postal Mayores, 2004, N°18. [accesado 1º noviembre de 2012]. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/alvarez-comites.01.pdf>

⁶² Álvarez JC. *Comité de ética Asistencial...*Op. Cit

⁶³ Chaves Zambrano MA. *Consulta en ética...*Op. Cit

⁶⁴ Ferrer JJ. Historia y fundamentos de los comités de ética, en: Martínez J (editor). *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la Medicina actual-16*. Comillas. Desclée de Brouwer, España, 2003, pp:17- 41

⁶⁵ Ferrer JJ. Historia y fundamentos de los comités de ética...Op. Cit

⁶⁶ Álvarez JC. *Comités de ética asistencial: problemas prácticos*, en: Martínez J (editor). *Comités de Bioética. Dilemas éticos de la Medicina actual-16*. España. Comillas. Desclée de Brouwer, 2003, pp: 70-90.

⁶⁷ Tealdi JC. Mainetti JA. *Los comités hospitalarios de ética*. Boletín OPS, Vol. 108 (5-6), 1990, pp:431-438

⁶⁸ León FJ, Araya J, Niveló M. *Propuesta de Comités de Bioética en la Atención Primaria de la Salud en Chile*. Rev. Medicina y humanidades. Vol. II N°1, 2010, pp: 37

⁶⁹ Fox E, Myers S, Pearlman R. *Ethics consultation in United States Hospitals: A national Survey*. The American Journal of Bioethics. 2007; 7(2):13-25.

⁷⁰ Morales Sánchez V, Hernández Mendo A. *Calidad y Satisfacción en los servicios: conceptualización*. Revista Digital: Buenos Aires. 2004; 10(73) [accesado 26 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/>

⁷¹ Salazar FV, Centeno N, Jara Navarro. *Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos*. Revista Gerencia y Política de Salud. Bogotá, 2007; 6(13). [accesado 20 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272007000200008&script=sci_arttext

⁷² Salazar FV et al. *Satisfacción y calidad: análisis...*Op. Cit

⁷³ García Ortegón MS, Gómez Álvarez E, Díaz Quiroz G. *Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2011;16(4):208-214

⁷⁴ Salazar FV et al. *Satisfacción y calidad: análisis...*Op. Cit

⁷⁵ Salazar FV et al. *Satisfacción y calidad: análisis...*Op. Cit

⁷⁶ Zas Ros B. *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. 2011, p: 70. [accesado 28 de febrero de 2013]. Disponible en:

https://www.google.com.ar/?gws_rd=cr&ei=x4dtUt7jN_e44APxzICoBQ#q=Barbara+Zas+Experiencia+en+Psicologia+Hospitalaria.

⁷⁷ Salazar FV et al. *Satisfacción y calidad: análisis...* Op. Cit

⁷⁸ Ware J, Snyder M. *Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services*. Med Care 1975; 13: 669-682

⁷⁹ CHB- Hospital Córdoba. [accesado 15 de septiembre de 2012]. Disponible en:

http://www.cba.gov.ar/wpcontent/4p96humuzp/2012/08/sal_be_hcordoba.pdf

⁸⁰ Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Planta Física. [accesado 12 de noviembre 2012]. Disponible en:

<http://hospitaldeninos.com.ar/hn/index.php?view=article&catid=37:informacion&id=46:distribucionfisica&format=pdf>

⁸¹ CHB-Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. [accesado 15 de septiembre de 2012]. Disponible en :

http://www.cba.gov.ar/wpcontent/4p96humuzp/2012/08/sal_be_hninos.pdf

⁸² CHB-Hospital Domingo Funes. [accesado 15 de septiembre de 2012]. Disponible en:

http://www.cba.gov.ar/wpcontent/4p96humuzp/2012/08/sal_be_dfunes.pdf

⁸³ CHB-Hospital Nacional de Clínicas. [accesado 15 de septiembre de 2012]. Disponible en:

http://www.cba.gov.ar/wpcontent/4p96humuzp/2012/08/sal_be_hclinicas.pdf

-
- ⁸⁴ Hospital Privado. [accesado 12 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.hospitalprivadosa.com.ar/hospital/infraestructura.htm>
- ⁸⁵ Toledo A. *Aspectos Bioéticos del trasplante con donantes vivos*. Op. Cit.
- ⁸⁶ Mainetti JA. *Bioética Sistemática*. Edit. Quirón. La Plata, 1991, pp:20-25
- ⁸⁷ Fox E et al. *Ethics consultation in United States Hospitals...* Op. Cit.
- ⁸⁸ Robles PH, Couceiro Vidal A. *Los Comités de Ética...* Op. Cit.
- ⁸⁹ Ramos Pozón S, Morlans Molina M. *Legos en el Comité...* Op. Cit.
- ⁹⁰ Beca JP. *Consultores en ética clínica y sus funciones*. [accesado 16 de noviembre 2012]. Disponible en : <http://ebookbrowse.com/consultores-en-etica-clinica-y-sus-funciones-jp-beca-pdf-d352461933>
- ⁹¹ Beca JP. Guerrero JL. *Órdenes de no resucitar a pacientes pediátricos: la función de un comité de ética clínica en un país en desarrollo*. Pan Am J Public Health, 1997, 1(2), pp: 138-143 [accesado 14 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n2/0452.pdf>
- ⁹² Hernández González A et al. *Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos pediátricos españoles*. An Pediátrico. Barcelona. 2006, 64(6), pp: 542-9. [accesado 14 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v64n06a13089919pdf001.pdf>

-
- ⁹³ Beca JP. *Consultores en ética clínica y sus funciones...*Op. Cit.
- ⁹⁴ Uribe Ramírez L, Trigoso EL, Uribe LJ. *Conocimiento y actitud de los médicos frente a los Comités Hospitalarios de Ética. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna.* 2003, 16 (1), pp: 26-32
- ⁹⁵ Uribe et al. *Conocimiento y actitud...* Op. Cit.
- ⁹⁶ Álvarez JC. *Comités de ética asistencial: problemas prácticos...*Op. Cit.
- ⁹⁷ Ramos Pozón S et al. *Legos en el Comité de ética...*Op. Cit.
- ⁹⁸ Toledo A. *Aspectos Bioéticos del trasplante con donantes vivos.* Vida y Ética. Diciembre 2010, Año 11.Nº2. p: 130
- ⁹⁹ Gracia D. *Bioética Clínica.* Ética y Vida Nº 2. 1º Edic. Colombia. El Búho, 1998, pp: 103-111.
- ¹⁰⁰ Provincia de Córdoba. Ley 9344. Régimen de aplicación de la ley 26.130 -intervenciones quirúrgicas de contracepción- en el ámbito del servicio de salud pública de la provincia de Córdoba. [accesado 13 de noviembre 2012]. Disponible en: http://www.boletinoficialcba.gov.ar/archivos06_2/211206_leyes.pdf
- ¹⁰¹ Ley 26.743.De Identidad de Género. [accesado 14 de noviembre 2012]. Disponible en: <http://www1.hcdn.gov.ar/BO/boletin12/2012-05/BO24-05-2012leg.pdf>
- ¹⁰² Ribas Ribas S. *Estudio observacional sobre los comités de ética...*Op. Cit.

¹⁰³ Consejo estatal de estudiantes de medicina. Comisión de bioética. *Guía de Recomendaciones éticas para las prácticas clínicas*. España. 2009. [accesado 20 de noviembre 2012]. Disponible en: http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=7c1ed2db-321d-4ab8-a30f-578bcf229d92&groupId=115466

¹⁰⁴ Guevara Iribarren JM. *Bioética hospitalaria: experiencia en el Hospital Universitario de Caracas*. Gaceta Médica de Caracas. Caracas. 2007. V115.n 2.

¹⁰⁵ Hernández González A, et al. *Encuesta de ética en las unidades de cuidados intensivos...*Op.Cit.

¹⁰⁶ Beca JP et al. *Órdenes de no resucitar a pacientes pediátricos: la función...*Op. Cit.

¹⁰⁷ Guevara Iribarren JM. *Bioética hospitalaria...* Op. Cit.

¹⁰⁸ Ribas Ribas S. *Estudio observacional sobre los comités de ética...*Op. Cit.

¹⁰⁹ Ribas Ribas S. *Estudio observacional sobre los comités de ética...*Op. Cit.

¹¹⁰ Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Federación Mundial de la Salud Mental.[accesado 15 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.bioetica.com.mx/index.php?view=article&catid=43%3Acdigos->

[y-declaraciones&id=147%3Adeclaracion-de-los-derechos-humanos-y-de-la-salud-mental&format=pdf&option=com_content&Itemid=110](http://www.cba.gov.ar/declaraciones&id=147%3Adeclaracion-de-los-derechos-humanos-y-de-la-salud-mental&format=pdf&option=com_content&Itemid=110)

¹¹¹ Área de Bioética. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Córdoba. Argentina. Evaluación de la Percepción sobre la Vigencia de los Derechos de los Pacientes Internados en las Instituciones Psiquiátricas de la Provincia de Córdoba. [accesado 15 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/derechos.pdf>

¹¹² Maglio I. (coordinador). *Guía de Buenas Prácticas ético legales en VIH/sida*. [accesado 15 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/BP-Etico-Legales-WEB.pdf>

¹¹³ Provincia de Córdoba. S.E.R.F.I.S [accesado 15 de noviembre 2012]. Disponible en : <http://www.cba.gov.ar/declaraciones-juradas/ministerio-de-salud/s-e-r-f-i-s-co-e-i-s-re-p-i-s/>

¹¹⁴ Ribas Ribas S. *Estudio observacional sobre los comités de ética...* Op. Cit.

¹¹⁵ Robles PH, et al. *Los Comités de Ética...* Op. Cit.

¹¹⁶ Beca JP. *Consultores en ética clínica y sus funciones...* Op. Cit

¹¹⁷ Ferrer JJ. *Historia y fundamentos de los comités de ética*, en: Martínez JL (editor) *Comités de Bioética. Dilemas Éticos de la Medicina Actual*. Comillas. Desclée De Brouwer. España, 2003, pp:41

¹¹⁸ Martín del Campo DC. *La licitud ética de los Comités de Bioética*, en: Tarasco Michel M. *Comités hospitalarios de Bioética. Manual Moderno*. México. 2007, p:23

¹¹⁹ León FJ. et al. *Propuesta de Comités de Bioética...* Op. Cit.

¹²⁰ León FJ. et al. *Propuesta de Comités de Bioética...* Op. Cit.

¹²¹ Beca JP. *Consultores en ética clínica...* Op. Cit.

¹²² Hernández González A et al. *Encuesta de ética...* Op. Cit.

¹²³ Hernández González A et al. *Encuesta de ética...* Op. Cit.

¹²⁴ Beca JP. *Consultores en ética clínica...* Op. Cit

¹²⁵ Beca JP. *Consultores en ética clínica...* Op. Cit

¹²⁶ UNESCO. *Creación de comités de bioética*. Guía N°1. UNESCO Francia, 2005, pp:61-62

¹²⁷ Ramos Pozón S et al. *Legos en el Comité de ética...* Op. Cit

¹²⁸ Vidal, SM. *Introducción a la Bioética Institucional...* Op Cit.