

0/11.411
1321
45430

Proyecto de Desarrollo de la
Bioética en la Provincia del
Neuquén

Fase I

Informe Final

Dr. Luis Justo



**Subsecretaría de Salud
de la
Provincia del Neuquen**

Consejo Federal de Inversiones

Proyecto:

*Desarrollo de la Bioética
en la
Provincia del Neuquen*

Fase I

Dr. Luis Justo
Profesor a Cargo
Cátedra de Bioética
Carrera de Medicina
Universidad Nacional del Comahue

2001

Provincia del Neuquén
Subsecretaría de Salud

Sr. Subsecretario de Salud
Dr. Fernando Gore

Sr. Director Provincial de Salud
Dr. Alejandro Fernández Vottero

Sr. Director General de Gestión de Calidad
Dr. Walter Gualtieri

Sra. Coordinadora del Programa Provincial de
Bioética
Dra. Andrea Macías

Subsecretaría de Planificación y Control de Gestión

Sra. Directora General de Cooperación Técnica y
Evaluación de Proyectos
Ing. Cecilia Calvi

Consejo Federal de Inversiones

Sr. Secretario General
Ing. Juan José Ciácerá

Evaluación del Proyecto
Investigador Superior
Ing. Teresa Barzelogna

Agradecimientos

A los Dres. Gore, Fernández Vottero y, muy especialmente, a Walter Gualtieri por el esfuerzo que hacen a favor de la salud pública de la Argentina en general y de la Provincia del Neuquén en particular.

A las Ingenieras Calvi y Barzelogna por su paciencia para con un médico poco afecto a lo formal.

A la Dra. Andrea Macías, compañera de reuniones y viajes, por su aporte intelectual y organizativo, sin el cual éste Proyecto no podría haberse realizado.

Al Dr. Leopoldo Acuña, mentor y apoyo a lo lejos, que con generosidad aportó consejo, experiencia y medios materiales.

A Gabriela, sonriente, amable y eficiente. A María Ester y Mónica, siempre dispuestas a ayudar.

Al Dr. Armando Calá Lesina y su equipo de solucionadores de problemas en base a la buena voluntad y el ingenio.

A la Lic. Jorgelina Villarreal y a Bruno Piatti por su cariñoso apoyo técnico.

Al Sr. Julio Felipe y su gente de informática.

Finalmente, *last but no least*, a todos los integrantes del sistema de salud de la Provincia del Neuquén que participaron en los Talleres. Mucamas, médicos, choferes, administrativos, personal de mantenimiento, enfermeros, trabajadoras sociales, agentes sanitarios, psicólogos, técnicos de laboratorio y rayos, electromedicina, y hasta Jefes de Zona. Todos participaron y colaboraron con un entusiasmo digno de destacar, y nos enseñaron muchas cosas. Entre otras, que las utopías aún valen la pena.

INDICE

Nota preliminar	1
Introducción	2
Proyecto de Desarrollo de la Bioética	3
Planificación de la Red	6
Preparación del material bibliográfico	6
Convocatoria al personal	8
Evaluación Pre-Taller	9
Resultados de la evaluación	11
Desarrollo de los Talleres	20
Evaluación Pos-Taller	23
Resultados de la evaluación	25
Resumen: síntesis y reflexiones finales	50

Nota preliminar

La tarea de desarrollar Comités de Ética en las instituciones hospitalarias de nuestro país resulta particularmente compleja en este momento histórico. A las resistencias naturales que despierta la introducción de la bioética entre los agentes de salud por el necesario replanteo que conlleva, se suma la difícil situación del sector salud, inmerso en la crisis general del país.

Frente a la necesidad de comenzar a trabajar en su implementación, en virtud de la Ley Provincial 2327, sancionada en el año 2000, se decidió comenzar por la realización de talleres de sensibilización y capacitación, con el fin de instalar el tema entre los agentes del sector salud y proveer a los mismos de una información básica sobre el campo de la bioética en general y el tema de los Comités en particular. Se deseaba así motivar al personal con vistas a una futura integración de los Comités, así como evaluar su posible disposición en este sentido.

A través de un Proyecto elaborado conjuntamente con la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén, y con apoyo del Consejo Federal de Inversiones, se comenzó esta tarea, concebida en dos Fases. La primera se realizó en el año 2001 y a ella corresponde el presente informe.

Dr. Luis Justo

Cátedra de Bioética

Carrera de Medicina – Universidad Nacional del Comahue

1. Introducción

En su Informe sobre la Salud Mundial 2000, la Organización Mundial de la Salud realiza una evaluación sobre los sistemas de salud y analiza "cuán bien o cuán mal dan respuesta a las desigualdades, como responden a las expectativas de la gente, y cuánto o cuán poco respetan la dignidad, los derechos y las libertades de los pueblos".¹ También "abre nuevo terreno al presentar por primera vez una evaluación del funcionamiento de los sistemas de salud en el logro de tres objetivos globales: *buena salud, equidad en las contribuciones financieras, y respuesta a las expectativas de la población*". En el tercer objetivo expresa que el mismo "refleja la importancia de respetar la **dignidad de las personas**, la **autonomía** y la **confidencialidad** de la información"²⁻³, destacando que "los pobres son quienes aparecen recibiendo el menor nivel de respuesta". **Los principios y objetivos básicos del discurso bioético aparecen así incorporados, por primera vez, a la evaluación oficial de los sistemas de salud a nivel mundial.**

En nuestro país, por ejemplo, la evaluación realizada por la OPS y el Ministerio de Salud Pública⁴ observa que el deficiente cumplimiento de los objetivos en salud materno-infantil se debe, entre otras razones, a: "La ausencia de una auténtica participación comunitaria, resultado de una distorsionada *tradición de los servicios de salud*, donde **el personal decide la suerte del paciente y éste no reivindica su protagonismo en las**

¹ OMS (WHO) World Health Report 2000: Overview.

² WHO, World Health Report 2000, Chap.2: How well do health systems perform?

³ de Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper N°32, WHO, 2000.

⁴ *La salud de las madres, los niños y las niñas: una apuesta por la vida*. Ministerio de Salud, Secretaría de Atención Sanitaria. Dirección de Programas Materno Infantiles y Nutricionales. Febrero de 2000.

decisiones acerca de los servicios que recibe.” Uno de los ejes de la propuesta que se hace para superar éstos problemas es “la comunicación social, con el objeto de **lograr un protagonismo calificado** en el *cuidado de la propia salud* y en la *demanda a los servicios*”.⁵

Es con este objetivo de lograr una atención de la salud basada en el respeto a la dignidad de la persona que cobra sentido la implementación de Comités Hospitalarios de Ética. Sin embargo debe tenerse presente en todo momento que el destino último de la acción en salud está en la gente, en la comunidad, y que sin un trabajo que logre, en las palabras de la OPS, un protagonismo calificado de los mismos, el sentido ético de toda acción se desvirtúa. Cabe agregar que éste concepto resulta particularmente útil a la hora de analizar la necesidad de que la comunidad está representada en el Comité, así como en toda otra instancia similar (Comité Provincial de Bioética).⁶

En el mes de Julio del año 2000 manifestábamos, en respuesta a la consulta oportunamente efectuada por el Sr. Subsecretario de Salud Dr. Fernando Gore que: “En nuestra opinión, la creación de Comités de Ética tanto en el ámbito provincial como en el de cada institución es necesario para el logro y mantenimiento de buenos standards de atención, pues los objetivos éticos ya se han incorporado a los mismos de pleno derecho. Sin embargo ésta creación debe ser un proyecto cuidadosamente pautado, teniendo en cuenta que es necesario que las instituciones acepten la necesidad y el funcionamiento de los Comités. Es muy difícil que la mera

⁵ Ministerio de Salud, Secretaría de Atención Sanitaria. Dirección de Programas Materno Infantil e s y Nutricionales: op. cit.

⁶ Ésta representación no elimina la necesidad del **debate público** sobre las cuestiones trascendentes que afectan a la comunidad (ver Saba R. Participación ciudadana, democracia representativa y políticas públicas. Perspectivas Bioéticas, 4:140-149, 1999).

imposición normativa, no precedida de trabajo interno (p.ej. en Talleres), sea aceptada en forma plena por los miembros de las instituciones. Esto hace que su funcionamiento a posteriori no sea realmente satisfactorio, y su rendimiento mucho menor del que cabría esperar." Además, la extensión comunitaria del accionar del Comité se torna ilusoria si éste no es sentido como propio y sus objetivos como fuertemente válidos por sus integrantes.

La Legislatura de la Provincia del Neuquén sancionó en el mes de Julio del 2000 la Ley Provincial No. 2327, adhiriendo por la misma a la Ley Nacional 24.742, que crea los Comités Hospitalarios de Ética, dando así reconocimiento legal a la necesidad de implementación de los Comités en los establecimientos asistenciales de la provincia. Como complemento la creación de los Comités debe enmarcarse en el sustento jurídico de la formación de la Comisión Provincial de Bioética, como instancia coordinadora y reguladora del trabajo de la Red Provincial de Comités de Bioética, que deberá incluir a los que se creen en el ámbito de las instituciones del sector privado y de Obras Sociales, garantizando, además, la participación de la comunidad.

Por otra parte debe considerarse que el sentido práctico de la bioética es, en última instancia, el de mejorar la atención de las personas que recurren al sistema de salud a través del pleno reconocimiento de su dignidad como tales, lo que hace imprescindible el desarrollo de tareas comunitarias vinculadas a éstos aspectos. ***La educación sobre temas de bioética no termina en los integrantes de los Comités, ni en el personal del sistema de salud, sino que debe proyectarse hacia las comunidades como instancia de recuperación democrática del derecho a la salud.***

2. El Proyecto de Desarrollo de la Bioética en la Provincia del Neuquen

Fase I: Creación y Puesta en Funcionamiento

Se implementó durante el año 2001.

2.I.1. Organización de la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Ética en la Provincia del Neuquen.

2.I.1.1. Planificación de la Red;

2.I.1.2. Preparación del material bibliográfico;

2.I.1.3. Convocatoria al personal y evaluación Pretaller;

2.I.1.4. Desarrollo de los Talleres de Difusión y Sensibilización;

2.I.1.5. Evaluación Postaller;

2.I.1.6. Armado e instalación inicial de la página Web www.neusalud.gov.ar/bioética con funciones de base de datos, actualización e intercambio.

2.I.1.7. Síntesis y reflexiones finales

Fase II: Desarrollo, Evaluación y Gestión de Cambios en la Atención

(esta fase se encuentra en período de gestión inicial, proyectada para el año 2002)

2.II.1. Desarrollo, evaluación y gestión de cambio

2.II.1.1. Trabajo en cada uno de los Hospitales para ampliar la capacitación

2.II.1.2. Trabajo con las comunidades a las que atienden los Hospitales.

2.II.1.3. Implementación del funcionamiento de los Comités

2.II.2.1. Informe a las autoridades de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquen sobre los temas evaluados por el personal del Sistema de Salud como prioritarios respecto a la bioética y los Comités.

2.II.3. Ampliación y actualización de la página Web provincial sobre Bioética.

2.I.1. Organización de la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Ética en la Provincia del Neuquen.

2.I.1.1. Planificación de la Red

Se planteó una Red comunicada horizontal y verticalmente con el objetivo de poder solucionar los problemas planteados desde un nivel central, y simultáneamente facilitar la interconsulta horizontal, así como la puesta en común de soluciones a problemas determinados. (Ver Anexo 1)

La coordinación del funcionamiento estará a cargo de la futura Comisión Provincial de Bioética. Hasta tanto la misma sea creada y esté en funcionamiento, dicha coordinación será realizada por la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquen.

2.I.1.2. Preparación del material bibliográfico

El material preparado es un manual titulado "Bioética. Una guía práctica para el personal de salud", de 139 páginas (se adjunta). Sus autores son los Dres. Luis Justo y Leopoldo Acuña, con la colaboración de los Dres. Cristina Ambort, Diego Esandi y Teresa Kantolic, y la Lic. Maria Dolores García Arnaldos. La Dra. A. Macías realizó sugerencias de corrección de estilo y preparó los casos.

La redacción de un material destinado a un público de formación heterogénea planteó varias dificultades los autores. Por un lado se trataba de exponer temas filosóficos con rigor pero con conceptos de fácil comprensión desde la experiencia cotidiana, y por el otro era necesario deconstruir el lenguaje académico universitario, reemplazándolo por un habla de uso habitual, accesible a todos. La experiencia mostró que éste objetivo fue sólo parcialmente conseguido, pues en la evaluación postaller hubo diferencias significativas entre “profesionales” y “no profesionales” en cuanto a la accesibilidad del material preparado. La inclusión de una consulta al final del texto, en la que solicitan sugerencias para modificarlo, será de utilidad para futuras ediciones del mismo. Sería deseable poder realizar en el futuro pruebas de legibilidad y motivación como lo han hecho algunos autores.⁷

Dado que existieron dificultades con la el armado e impresión del material se utilizaron en los Talleres fotocopias que contenían los principales temas, lo cual debe tenerse en cuenta al considerarse las respuestas a las preguntas de evaluación que se refieren al mismo. El manual impreso será distribuido entre los talleristas a través de las respectivas Zonas Sanitarias.

Como material de lectura ampliatoria (ver Anexo 2) se utilizó:

- 1) Tealdi J.C. Diez preguntas básicas sobre los Comités Hospitalarios de Ética;

⁷ Misrachi L. C, Alliende G. F, Lolas S. F. El “comic” como estrategia educativa en bioética y ciencia. Proyecto Universidad de Chile/Programa Explora-Conycit/Diario La Nación. Proyecto Clave E50/97. C. Misrachi, comunicación personal.

- 2) Sociedad Argentina de Terapia Intensiva: Pautas para el retiro de soporte vital;
- 3) di Bárbara E. Bioética y confidencialidad;
- 4) Naciones Unidas: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

2.I.1.3. Convocatoria al personal y evaluación Pretaller

Dado que la concepción de los Comités Hospitalarios de Ética como un espacio democrático de reflexión ética sobre las prácticas en salud implica que todos los integrantes del sector salud pueden ser partícipes de los mismos, la convocatoria se realizó en forma amplia, abarcando la totalidad de las funciones del sistema público de salud, y en forma proporcional a la cantidad de agentes en cada sector. La convocatoria, diseñada y coordinada por la Dra. Andrea Macías, fue realizada en todos los casos con una anticipación no menor de 30 días a la fecha del respectivo Taller (ver Anexo 3). Cabe consignar que, pese a ello, muchas veces la **comunicación institucional** no llegó a realizarse en forma satisfactoria, lo que produjo numerosas ausencias entre el personal convocado (104 presentes sobre 180 convocados, 58% de presentes). Un taller no pudo realizarse por estar afectado el sistema de salud por un paro de actividades, siendo imposible su recuperación dada la persistencia del paro a la fecha de éste informe, por lo que se recuperará esta actividad durante el mes de Febrero del año 2002.

Evaluación Pretaller (Cuadro 1, página 10)

La encuesta se realizó entre todos los participantes en los Talleres, antes de su desarrollo, en forma anónima. Con respecto a las cifras de respuestas consignadas en el Cuadro 1 debe tenerse en cuenta que: a) Muchos participantes no respondieron a todas las preguntas; y b) Varios respondieron a más de una opción posible.

Evaluación Pretaller (formulario utilizado)

EVALUACIÓN PRE-TALLER

A) ¿Sabe a qué viene?

- 1)..... sí
- 2)..... no

B) ¿ Por qué asistió a este taller?

- 1)..... Porque me interesa el tema.
- 2)..... Porque me mandaron.
- 3)..... otro(aclarar).

C) ¿Tiene alguna idea sobre qué es la bioética?

- 1)..... Sí
- ¿Qué entiende por ello?

.....

.....

.....

.....

- 2)..... no

D) ¿Alguna vez escuchó sobre los comités de ética hospitalarios?

1)..... si

2)..... no

E) En el caso de que se conformaran comités de ética hospitalarios dentro de nuestro sistema de salud...

1) ¿ le interesaría ser miembro de alguno?

a).....si

b).....no

c).....no sé

2) ¿ cuales son los principales temas que a Ud. le parece deberían tratar los comités?

a).....

b).....

c)

Función:

Lugar de trabajo:

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

Cuadro 1

Resultados Evaluación Pretaller por Ocupación y Respuesta

Cuadro 1

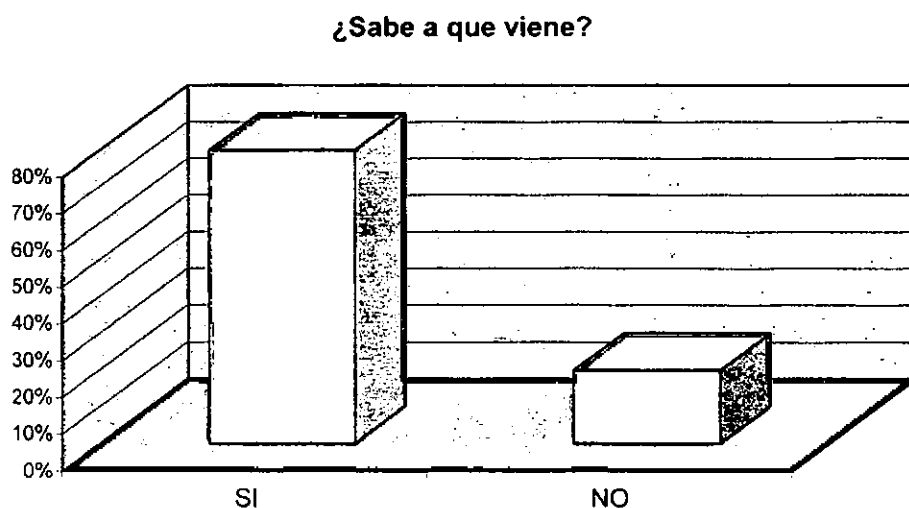
Resultados Evaluación Pretaller por Ocupación y Respuesta

Comentarios sobre la evaluación

Los resultados globales de la evaluación pretaller por pregunta y ocupación pueden observarse en el Cuadro 1, página 11. El comentario sobre cada pregunta se realiza a continuación.

Pregunta A: **¿sabe a que viene?**

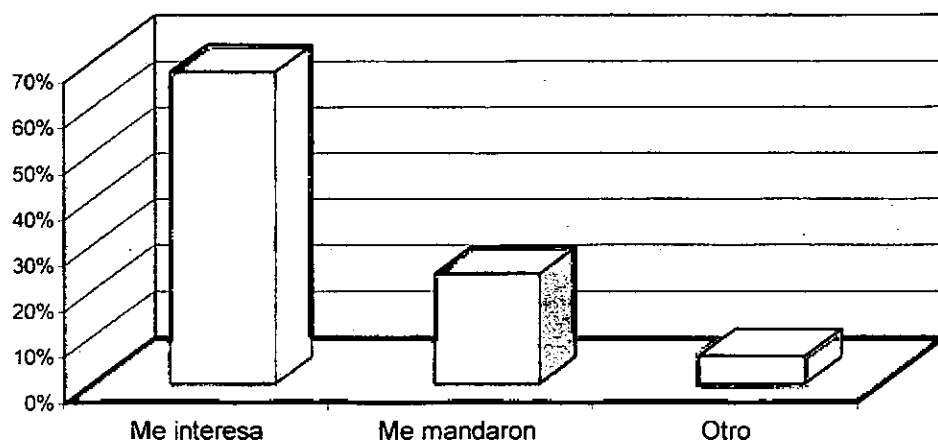
Llama la atención que un 20% manifieste no saber para que concurre. Quizás haya ocurrido que no sepa cual era la función específica del Taller, aunque conociera el tema general (ver comentario sobre comunicación institucional en página 7).



Pregunta B: **¿Por qué asistió a este Taller?**

Llama la atención la respuesta **Me mandaron** con un 24%. A ese porcentaje de concurrentes se le indicó que debía concurrir, mas allá de su interés por hacerlo o no. ¿Comunicación nuevamente?

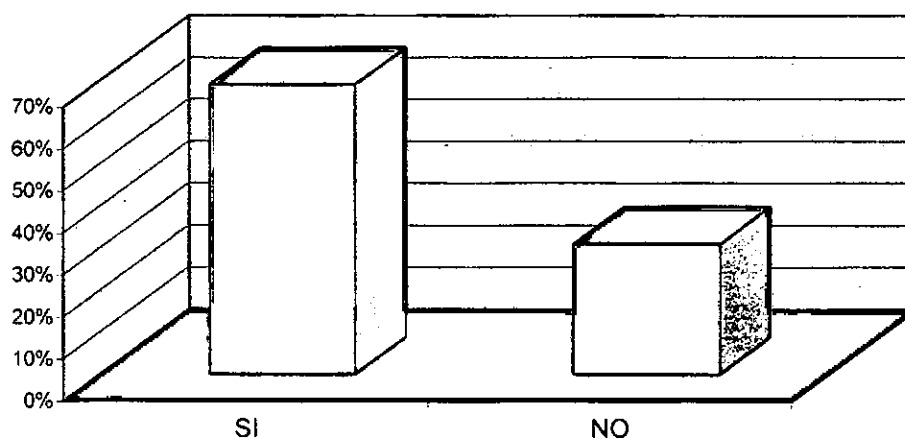
¿Porque asistió a este Taller?



Pregunta C: ¿Tiene alguna idea sobre lo que es la Bioética?

Un 69% contesta que sí, lo que es un porcentaje elevado. Con respecto a la pregunta incluida para desarrollar: ¿Qué entiende por Bioética? Las respuestas fueron muy interesantes, construyendo una verdadera definición colectiva al respecto (ver páginas 15 y 16).

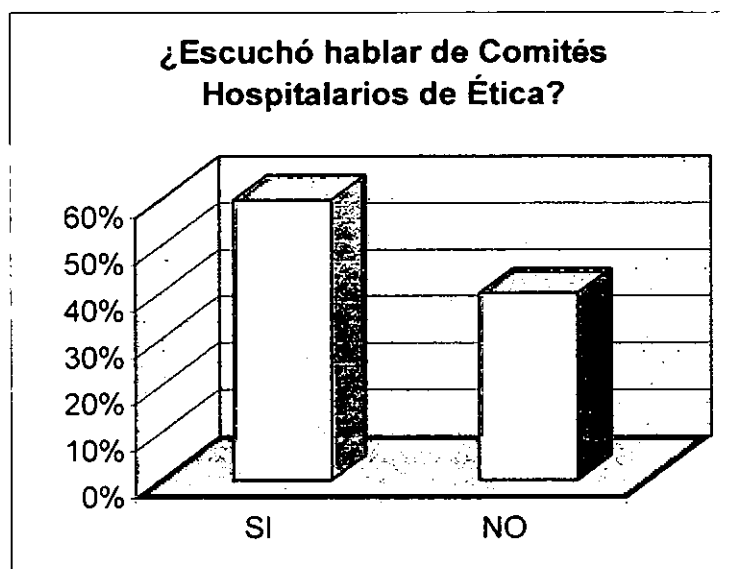
¿Tiene alguna idea de lo que es la bioética?



Pregunta D: ¿Alguna vez escuchó hablar sobre los Comités de Ética Hospitalarios?

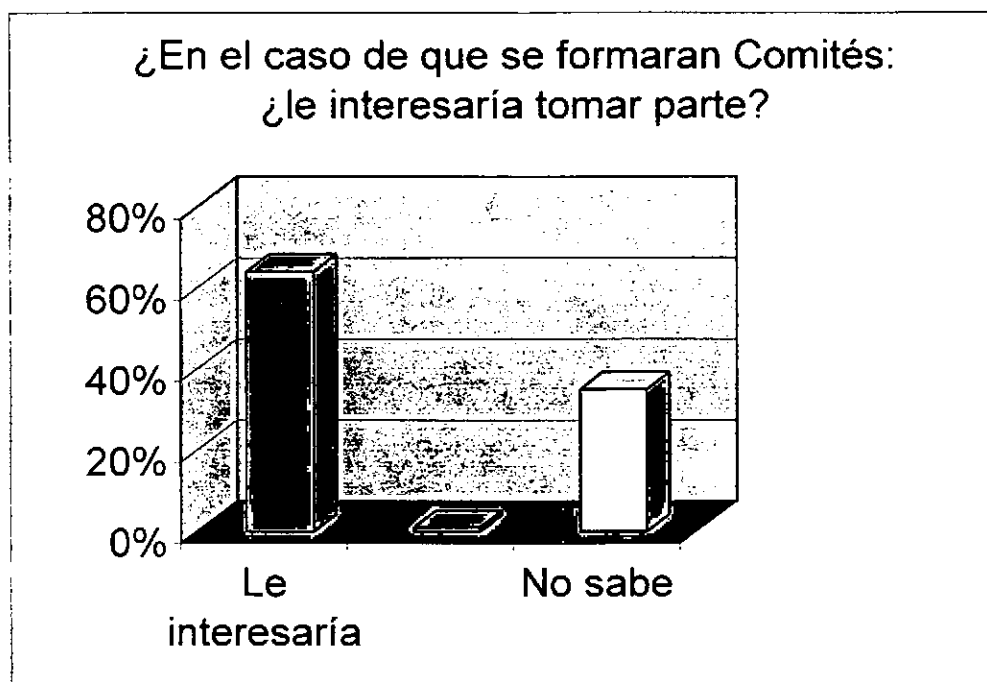
Nuevamente se encuentra un porcentaje elevado de respuestas positivas, que llega al 60%.

La impresión previa del autor, que resultó equivocada, era de que el conocimiento con respecto a la Bioética era menor que lo consignado (ver página 16).



Pregunta E: ¿En caso de que se formaran Comités Hospitalarios de Ética: le interesaría tomar parte?

En esta caso un 65% manifestó que le interesaría, un 1% que no, y un 35% planteó no saberlo. Esta respuesta puede compararse con la de la Pregunta 8 de la evaluación Postaller, donde un 92% de los participantes consignan que participarían en los Comités (en gran medida-moderadamente).



Cuadro 2

Respuestas a la pregunta C1 ¿Qué entiende por Bioética?

La relación que habría entre nuestros valores, conductas, con la vida de las personas con que tenemos contacto, con uno mismo	8
La aplicación de la moral a la salud	8
Una disciplina que se ocupa de la reflexión ética sobre nuestras prácticas (en la atención de la salud)	6
Relaciona la moral y ética con las ciencias de la vida, ciencias biológicas	5
Tiene que ver con la vida y con la ética. La relación de trabajo con los compañeros y la gente para la que trabajamos, y con la moral	4
Estudio de la conducta humana en el área de la vida y la salud	4
Lo que tiene que ver con el trato cotidiano hacia el paciente (el respeto hacia el otro)	4
Es la ética o responsabilidad con la que se deben manejar todas las personas que están en relación con la salud	3
Ciencia, disciplina que estudia las normas referentes a los procedimientos que se realizan en situación de salud y enfermedad, desde la perspectiva moral, política, etc	3
Trata los valores inherentes o aplicables al proceso salud-enfermedad y a sus actores	2
Respeto por la dignidad y la decisión del usuario del sistema sanitario	2
Disciplina sensible a la población. El paciente tiene derecho a ser escuchado. Reconocer la persona como es	2

Hacer lo correcto según los valores adquiridos, en el momento oportuno	2
Normas, reglas que se proponen para brindar una atención integral de calidad al paciente, familia y comunidad	2
Elección entre alternativas excluyentes en situaciones donde están involucrados seres vivos	1
Es un campo donde las preguntas surgen pero no las respuestas	1
Cosmovisión aplicada al quehacer en salud	1
Es el estudio de los múltiples procesos que afectan al ser humano en su contexto y las mejores acciones para ayudarlo, acompañarlo y no perjudicarlo	1
Estudio de la moral, conducta y comportamiento personal y con la sociedad	1
Poder situarme como persona integral para opinar sobre decisiones en mi ámbito laboral	1
Entiendo que cada persona debería tener ética para su trabajo	1
Principios que orientan y ayudan en el análisis de una situación difícil	1
Aplicar sobre nuestra actividad valores éticos que nos permitan resolver situaciones complejas en las que se encuentra en juego la vida o la muerte	1
Disciplina que tiende a disminuir el nivel de conflicto que provocan situaciones concretas de la práctica de la medicina donde se mezclan justicia, equidad y otros principios o premisas que son el marco de nuestra actividad	1

Nota: si bien temáticamente se podría haber realizado una agrupación más estricta, se prefirió mencionar las palabras usadas por los participantes.

Puede observarse como se realiza una construcción colectiva del significado de "la bioética". Así, se abarca la conducta y los valores en juego en los campos de la relación paciente-personal de salud, en la relación con uno mismo, con los compañeros de trabajo, con la comunidad, pero también con "los seres vivos, la biología, la política". Alcanza así ésta definición todos los campos posibles para la bioética, desde lo ecológico hasta lo más íntimo e individual. Puede observarse lo erróneo de la concepción previa del autor sobre la "falta de conocimiento" de los participantes en los talleres. Éste error reflejo, frecuente en la educación de adultos, acompaña inconscientemente muchas prácticas en la enseñanza

universitaria pues, aunque la teoría indique lo contrario, la enseñanza concebida como el *llenado de un vaso vacío* está profundamente internalizada a partir de los modelos educativos experimentados en la propia formación.

Respuestas a la pregunta E2: Cuadro 3

¿Cuáles son los temas que debería tocar el Comité?

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

No discriminación (social)	2
Consentimiento informado/ Responsabilidad médica, iatrogenia	2
Mala praxis	2
Supervisión y corrección	1
Investigación en pacientes	1
Internación prolongada (meses)	1
Gerenciadoras/ Lucro	1
Construir principios éticos explícitos y sin prejuicios	1

Las respuestas fueron muy variadas, pero pueden agruparse en cuatro grandes ejes: 1) Relaciones y problemas entre el personal de salud e institucionales; 2) Relaciones y problemas entre el personal de salud y los pacientes; 3) Justicia, equidad y distribución de recursos; y 4) Decisiones éticas en las situaciones de principio y fin de la vida, problemas de confidencialidad, veracidad, etc. No puede descartarse el resto de los temas planteados, que completan casi todo el espectro posible de situaciones de conflicto ético. Un tema presente con reiteración fue la solicitud de capacitación futura en temas de bioética, lo que se ha tenido en cuenta para el planeamiento de la Fase II de éste Proyecto, a realizarse en el año 2002.

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

En el informe titulado "Ajuste, Globalización y Democracia Social" el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo Social de las Naciones Unidas expresa que "La intensificación de la pobreza y las desigualdades ha tensionado gravemente el tejido social y acentuado los conflictos sociales en todo el mundo"⁸ De la misma forma el grado de violencia social que existe en nuestro país es creciente, como consecuencia del incremento de la miseria, la desigualdad y la marginación. El mero subsistir cotidiano se hace irritante y desgasta el humor y la paciencia de los ciudadanos. La falta de expectativas anula las visiones de futuro entre los jóvenes mientras los ancianos son abandonados por el sistema social. ¿Cómo esperar que esta realidad no afecte a los trabajadores de la salud? No sólo en lo personal, sino en cuanto a su puesto de trabajo/rol social. El malestar, la angustia y la desesperanza son enormes y se manifiestan en un incremento del "sentirse mal", del "estar mal", del "enfermar". Y adonde recurrir frente a esto sino al sistema de salud, que se transforma de esta manera en quien recibe buena parte de la tensión social descrita por las Naciones Unidas. Es cierto que hay cada vez mas carga de violencia en las relaciones sociales, y esto se vive especialmente en sectores tradicional y benéficamente abiertos a la población, como los de la salud y la educación.

No puede extrañar, por lo tanto, que en nuestro trabajo acerca de la bioética, nos hayamos encontrado con esta realidad en forma concreta, y cuya explicitación se encuentra en éstas páginas, por ejemplo, en el listado de los problemas que debería tratar un Comité de Ética. Y por cierto que

⁸ Adjustment, Globalization and Social Democracy. United Nations Research Institute for Social Development, Geneva, Switzerland, 2000.

aunque no estén incluidos entre los temas académicamente tradicionales, no tratarlos sería faltar a esa ética que decimos proponer. Quede abierto el debate y escuchemos las propuestas.

2.I.1.4. Desarrollo de los Talleres de Difusión y Sensibilización

Se realizaron siete Talleres, con la concurrencia de 104 personas. Cuatro Talleres fueron en la ciudad de Neuquen, uno en Chos Malal, uno en Zapala y uno en Junín de los Andes (ver Anexo 4). El último debía realizarse en Plaza Huincul y debió suspenderse por razones de fuerza mayor (huelga).

Respecto a este punto, más allá de los comentarios ya hechos sobre la asistencia, es necesario destacar la buena predisposición de los participantes, así como la voluntad manifestada de encarar una nueva actividad para mejorar las prácticas en el futuro. Esta disposición para encarar nuevos proyectos resulta sorprendente y estimulante, dadas las circunstancias difíciles que atraviesa actualmente nuestro país. Sin duda una de las fortalezas mas grandes del Plan de Salud de la Provincia del Neuquen es la gente que en él trabaja.

La metodología utilizada en el desarrollo de los Talleres fue la siguiente:

- 1 – Breve presentación del Programa y de los docentes (Dra. Macías, Dr. Justo);
- 2 – Presentación de cada tallerista (nombre, ocupación y lugar de trabajo);

3 - Formación de grupos de 6-8 personas (según el número de asistentes al Taller)

4 - Discusión en grupos de un caso introductorio (Ver Anexo 3), con tres objetivos: a) Demostrar que existe la posibilidad de llegar a consensos aunque esto es muchas veces dificultoso; b) Promover el respeto por los disensos; y c) Romper el hielo entre los integrantes del grupo. Al ser el seleccionado un caso no técnico y no vinculado al área salud, se intentó disminuir la posibilidad de que algunos participantes se inhibieran de hablar por dudar de su competencia para hacerlo y por razones "jerárquicas". Al elegir convocar a todo el personal de las instituciones se hizo evidente que podía haber cierto grado de inhibición entre el personal de ciertos servicios, particularmente los "no profesionales". El encuadre de que todos los miembros de las instituciones sanitarias son partícipes del hecho "atención de la salud", exigía que todos pudieran hablar y se sintieran en libertad de hacerlo. Se intentó (con éxito parcial) promover esta libertad de participación a través de:

- el caso introductorio
- la explicación de que todos eran "profesionales de la salud", ya que, más allá de su ocupación específica, su tarea concreta se desarrolla en el campo de la salud y adquiere, por lo tanto, características especiales. Por ejemplo: las tareas de choferes, mucamas o personal de mantenimiento en un centro asistencial tienen un perfil propio que las diferencia de las realizadas en cualquier otro terreno, y son esenciales para un adecuado funcionamiento del sistema de salud, requiriendo estudio y capacitación particulares

- la fijación de normas de debate específicas en las que todas las opiniones tenían igual validez y merecían el mismo respeto, pudiendo ser discutidas únicamente con fundamentación adecuada, sin recurrir al “principio de autoridad” en el debate

5 – Discusión de casos: se plantearon casos extraídos de la práctica real de la atención de la salud en la Provincia del Neuquén (Dra. A. Macías, ver Anexo 4). La selección de casos se realizó con objetivos precisos:

- a – Debían ser reales y haber sido “vividos” por los docentes
- b – Debían tener vinculación con lo cotidiano en el medio donde se realizaba el Taller
- c – Debían plantear dilemas éticos concretos (justicia, autonomía, confidencialidad, cuidado, etc)
- d – No debían ser excepcionales, en el sentido de responder a una alta complejidad no presente en las instituciones a las que pertenecían los participantes
- e – Debían referirse a temas movilizadores afectivamente (turnos, colas, maltrato hacia pacientes y hacia profesionales, escasez de recursos, etc)
- d – Debían redactarse de forma sencilla y comprensible

Éstos objetivos tenían por finalidad demostrar a los participantes que la bioética no es una ciencia esotérica, sino una forma de reflexionar sobre casos y experiencias concretas y cotidianas en el campo de la atención de la salud.

6 – Miniclasas teóricas: la discusión de los casos se aprovechaba para dar miniclasas, donde se aclaraban conceptos y se planteaban temas

nuevos en forma sintética. El objetivo de estas miniclases, más que su contenido concreto, era el de poder insistir sobre la vinculación de la bioética con la realidad, y sus posibles utilidades como instrumento de análisis y reflexión sobre la práctica cotidiana, sin dejar por ello de introducir los grandes temas de la bioética.

EVALUACIÓN POS-TALLER

Se realizó una evaluación postaller, según el siguiente formulario:

1) ¿Cómo le pareció el taller?

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

2) ¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre...

a- la bioética?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

b- las funciones de los comités hospitalarios de ética?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

3) ¿Le resultó claro el material didáctico entregado, ayudándolo para la comprensión del tema?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

4) La cantidad de información del material didáctico le resultó...

Demasiada

Adecuada

Insuficiente

5) ¿Sintió que los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia en nuestro sistema de salud?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

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

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

7) A partir de lo trabajado en el taller, ¿cree Ud. que la formación de comités hospitalarios de ética sería positiva...

a) para el sistema de salud?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

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

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

8) En el caso de conformarse los comités hospitalarios de ética dentro de nuestro sistema de salud, ¿le interesaría ser miembro de alguno?

En gran medida

Moderadamente

Muy poco

Nada

9)Observaciones:.....
.....

Lugar de trabajo:
Función:

2.1.1.5. Evaluación Postaller

Debe mencionarse que el llenado de planillas arrojó un 80% de planillas completamente llenadas, en tanto que el 20% lo fue en forma incompleta. En algunos casos se registró el llenado de más de un ítem como se observó en la evaluación pretaller.

Los resultados se pueden apreciar en el Cuadro 4

Cuadro 4
Evaluación Postaller (Respuestas totales por pregunta)

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

4- La cantidad de información del material le resultó	Demasiada (1%)	Adecuada (91%)	Insuficiente (8%)	----- -
5- ¿Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia?	En gran medida (83%)	Moderadamente (17%)	Muy poco (0%)	Nada (0%)
6- ¿La exposición de los docentes le resultó clara y de fácil comprensión?	En gran medida (79%)	Moderadamente (21%)	Muy poco (0%)	Nada (0%)
7.a- ¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva para el sistema de salud?	En gran medida (75%)	Moderadamente (22%)	Muy poco (3%)	Nada (0%)
7.b- ¿Y como herramienta para la participación de la comunidad en los problemas de salud?	En gran medida (69%)	Moderadamente (28%)	Muy poco (3%)	Nada (0%)
8- ¿Le interesaría formar parte de un Comité de Ética Hospitalario?	En gran medida (54%)	Moderadamente (38%)	Muy poco (7%)	Nada (1%)

Análisis de los resultados por pregunta

Pregunta 1: ¿Cómo le pareció el Taller?

Análisis de los resultados por pregunta

Pregunta 1: ¿Cómo le pareció el Taller?

Se obtuvieron respuestas satisfactorias en un 100%, entre Muy Bueno (67%) y Bueno (33%). No hubo diferencias marcadas agrupando profesionales y no profesionales. Gráfico 1, Cuadro 5.

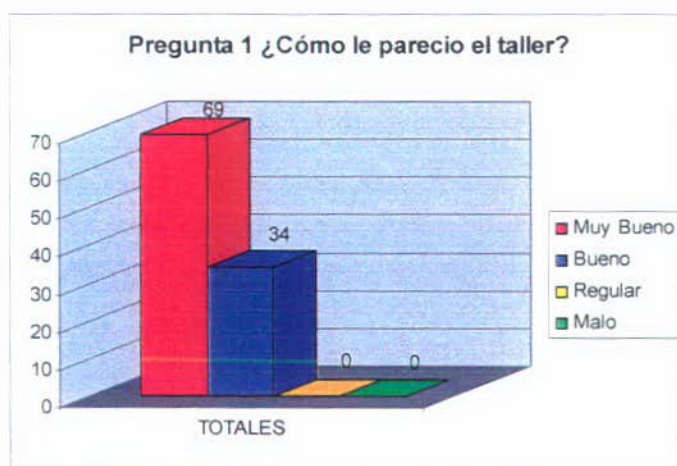


Gráfico 1

Cuadro 5

Pregunta 1 ¿Cómo le pareció el taller? Por ocupación

Ocupación	Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	TOTAL
Enfermera/o	24	9	0	0	33
Médica/o	10	7	0	0	17
Administrativa/o	9	3	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	6	4	0	0	10
Mucama/o	4	2	0	0	6
Odontóloga/o	4	0	0	0	4

Trabajador/a Social	2	3	0	0	5
Servicios Generales	3	1	0	0	4
Psicóloga/o	2	2	0	0	4
Chofer	1	3	0	0	4
Agente Sanitaria/o	3	0	0	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	69 (67%)	34 (33%)	0	0	103 (100%)

Pregunta 2.a: ¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre la bioética?

Las respuestas fueron En Gran Medida (67%), y Moderadamente (32%), arrojando un 99% de respuestas satisfactorias. El 1% respondió que Muy Poco. No hubo diferencias marcadas agrupando profesionales y no profesionales. Gráfico 2, Cuadro 6.

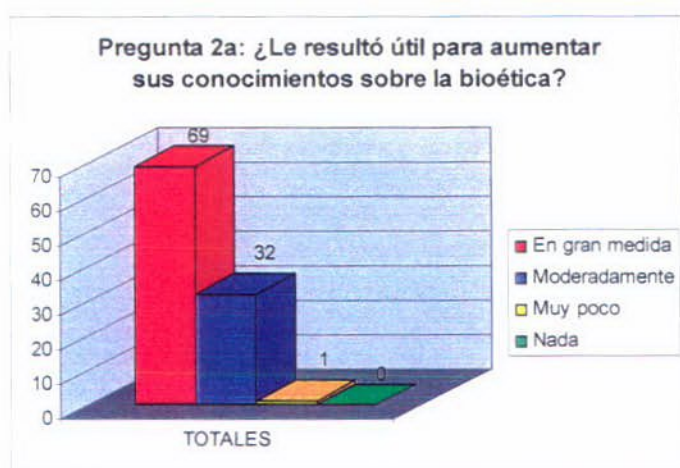


Gráfico 2

Cuadro 6

Pregunta 2a

¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre la bioética?

Ocupación	En gran medida	E) Moderadamente	Muy poco	Nada	TOTAL
Enfermera/o	20	10	0	0	30
Médica/o	13	6	1	0	20
Administrativa/o	9	2	0	0	11
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	9	2	0	0	11
Mucama/o	2	4	0	0	6
Odontóloga/o	4	0	0	0	4
Trabajadora Social	2	3	0	0	5
Servicios Generales	4	0	0	0	4
Psicóloga/o	2	1	0	0	3
Chofer	1	3	0	0	4
Agente Sanitaria/o	2	1	0	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	69 (67%)	32 (31%)	1 (1%)	0	102

Pregunta 2.b: ¿Y sobre los Comités Hospitalarios de Ética?

Un 48% respondió En Gran Medida, y una cifra similar Moderadamente. Un 4% respondió Muy Poco o Nada. Estas respuestas marcan el hecho de que la dinámica de los Talleres impuso más tiempo dedicado al trabajo en general sobre bioética, que al tema específico de los Comités, pudiendo

quedar dudas válidas respecto a su funcionamiento. En este caso se registraron diferencias entre profesionales y no profesionales (Cuadro 15), siendo probable que esto se deba a un mayor conocimiento previo entre los profesionales de las funciones de un Comité de Ética. Gráficos 3 y 4, Cuadro 7.

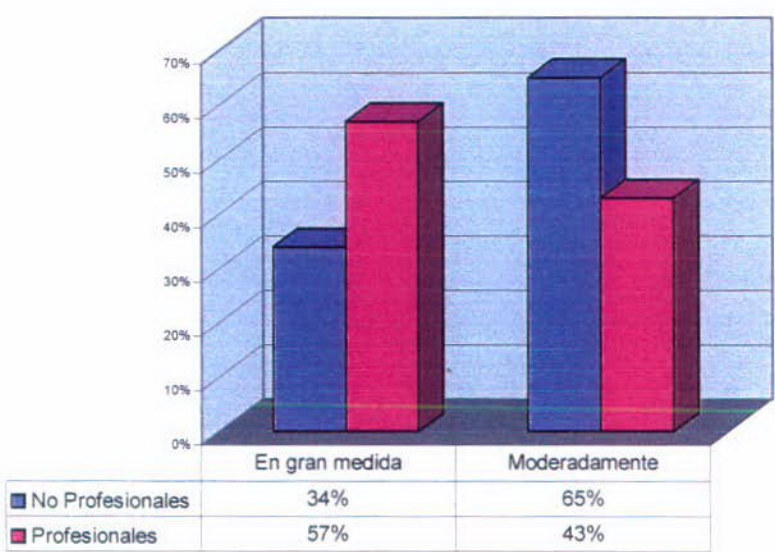


Gráfico 3

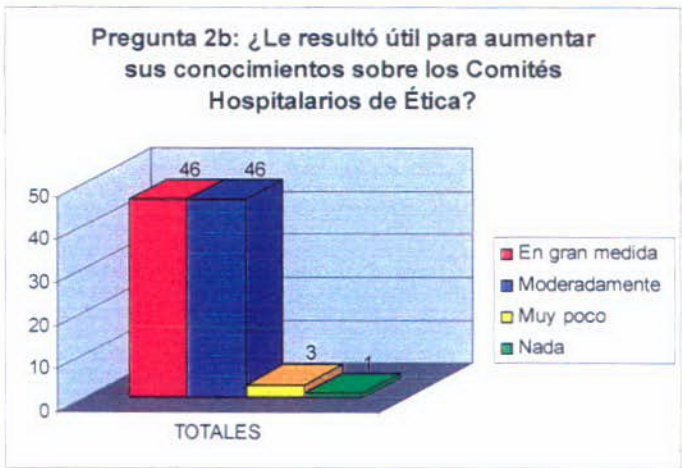


Gráfico 4

Cuadro 7

Pregunta 2.b

¿Le resultó útil para aumentar sus conocimientos sobre los Comités Hospitalarios de Ética?

Ocupación	En gran medida	Moderadamente	Muy poco	Nada	TOTAL
Enfermera/o	16	12	1	0	29
Médica/o	13	5	0	1	19
Administrativa/o	4	7	0	0	11
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	5	5	0	0	10
Mucama/o	1	5	0	0	6
Odontóloga/o	2	2	0	0	4
Trabajadora Social	1	3	0	0	4
Servicios Generales	1	1	0	0	2
Psicóloga/o	2	1	1	0	4
Chofer	0	4	0	0	4
Agente Sanitaria/o	1	0	0	0	1
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	46 (48%)	46 (48%)	3 (3%)	1 (1%)	96

Pregunta 3: ¿Le resultó claro el material didáctico entregado?

En Gran Medida (74%) y Moderadamente (26%) parecen resultados adecuados para el grado de dificultad del tema y la accesibilidad del texto. Es de destacar que desagregando “profesionales” y “no profesionales” se encuentran diferencias entre los porcentajes de respuesta a esta pregunta (Gráf. 5) , lo que parecería indicar posibles problemas de adecuación del lenguaje y conceptos utilizados en el texto. Este punto deberá ser revisado en el futuro, por no resultar satisfactorio. Gráficos 5 y 6, Cuadro 8.

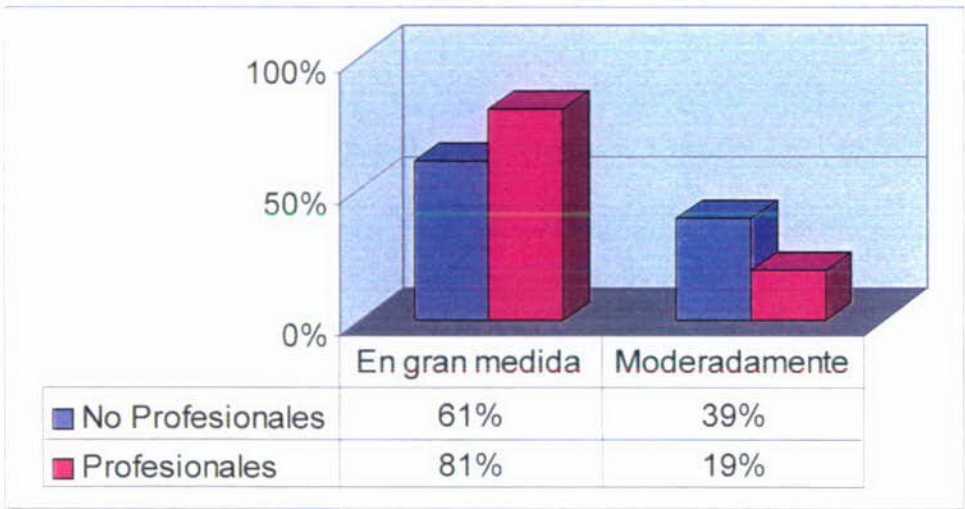


Gráfico 5

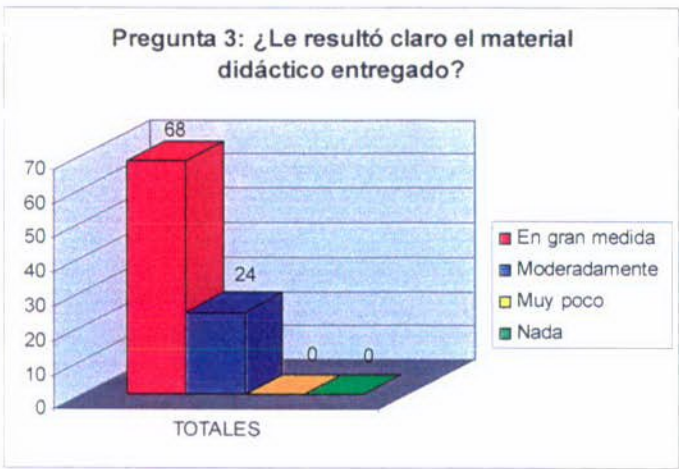


Gráfico 6

Gráfico 6

Cuadro 8**Pregunta 3****¿Le resultó claro el material didáctico entregado?**

Ocupación	En gran medida	Moderadamente	Muy poco	Nada	Total
Enfermera/o	23	7	0	0	30
Médica/o	16	2	0	0	18
Administrativa/o	8	3	0	0	11
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	5	3	0	0	8
Mucama/o	3	3	0	0	6
Odontóloga/o	2	2	0	0	4
Trabajadora Social	4	0	0	0	4
Servicios Generales	2	1	0	0	3
Psicóloga/o	4	0	0	0	4
Chofer	1	1	0	0	2
Agente Sanitaria/o	1	2	0	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	68 (74%)	24 (26%)	0	0	92

Pregunta 4: el 91% consideró Adecuada la cantidad de información del material. Sin embargo, un 8% la consideró Insuficiente, y un 1% Excesiva. También acá se observan diferencias entre grupos. Del 100% de quienes

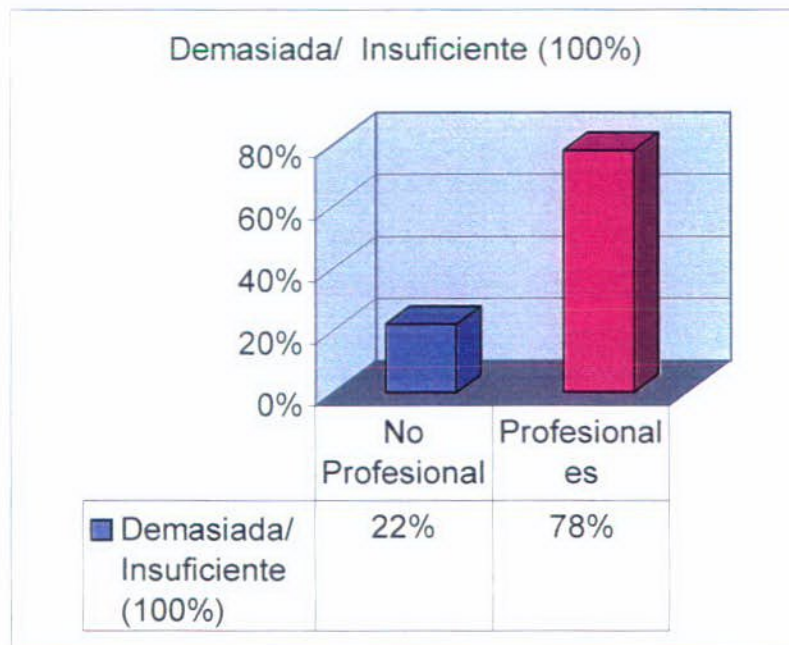
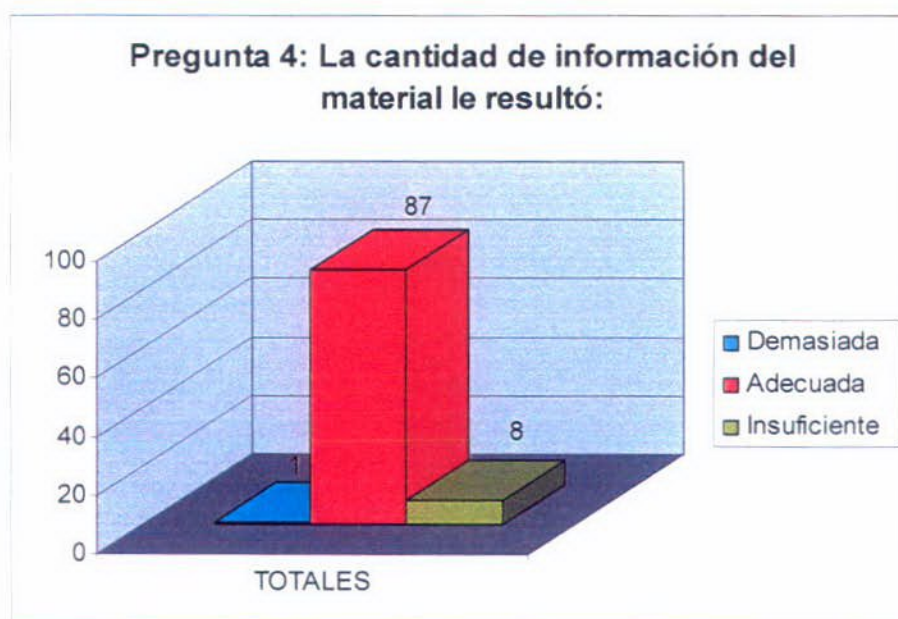


Gráfico 7



Cuadro 9

Pregunta 4

La cantidad de información del material le resultó:

Ocupación	Demasiada	Adecuada	Insuficiente	Total
Enfermera/o	0	28	2	30
Médica/o	0	15	3	18
Administrativa/o	0	10	1	11
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	0	7	1	8
Mucama/o	0	6	0	6
Odontóloga/o	0	3	1	4
Trabajadora Social	0	5	0	5
Servicios Generales	0	4	0	4
Psicóloga/o	1	3	0	4
Chofer	0	2	0	2
Agente Sanitaria/o	0	3	0	3
Fonoaudiología	0	1	0	1
TOTAL	1 (1%)	87 (91%)	8 (8%)	96

Pregunta 5: ¿Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia? El 83% consideró que En Gran Medida, y el 17% que Moderadamente, lo cual refleja una satisfactoria adecuación de los casos elaborados según los criterios mencionados al respecto. No hubo diferencias marcadas entre grupos. Gráfico 9, Cuadro 10.

elaborados según los criterios mencionados al respecto. No hubo diferencias marcadas entre grupos. Gráfico 9, Cuadro 10.

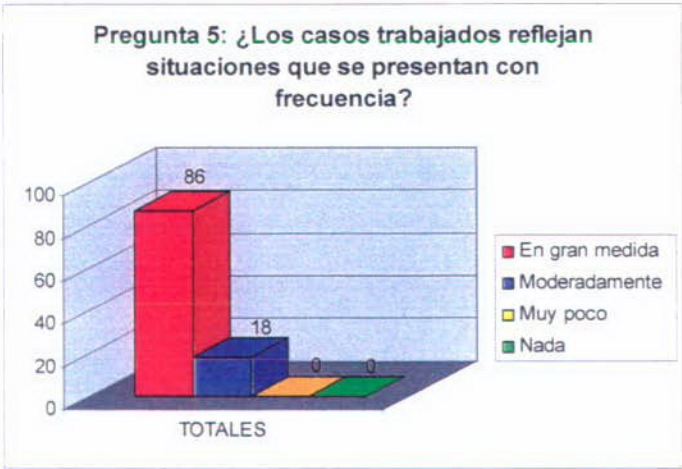


Gráfico 9

Cuadro 10

Pregunta 5
¿Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia?

Ocupación	En gran medida	Moderadamente	Muy poco	Nada	TOTAL
Enfermera/o	24	7	0	0	31
Médica/o	18	1	0	0	19
Administrativa/o	12	0	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	6	4	0	0	10
Mucama/o	4	2	0	0	6
Odontóloga/o	4	0	0	0	4
Trabajadora Social	4	2	0	0	6

Servicios Generales	3	1	0	0	4
Psicóloga/o	4	0	0	0	4
Chofer	3	1	0	0	4
Agente Sanitaria/o	3	0	0	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	86 (83%)	18 (17%)	0	0	104

Pregunta 6: ¿La exposición de los docentes le resultó clara y de fácil comprensión? Para el 79% lo fue En Gran Medida, y para el 21% Moderadamente. No hubo diferencias marcadas entre grupos. La diferencia de éste resultado con el de la pregunta 3, en la que se encontraba diferencia entre ambos grupos, parecería indicar la mayor dificultad para elaborar un lenguaje escrito accesible, que para la explicación verbal, mas rica por la posibilidad de debate y pregunta que posee. Gráfico 10 y Cuadro 11.

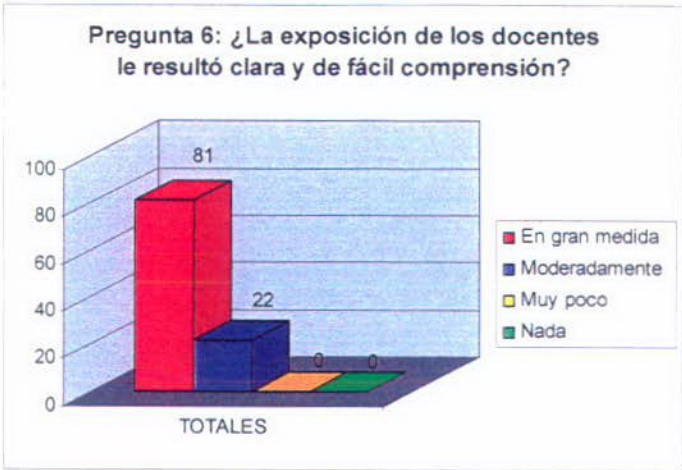


Gráfico 10

Cuadro 11

Pregunta 6
¿La exposición de los docentes le resultó clara y de fácil comprensión?

Ocupación	En gran medida	Moderada -mente	Muy poco	Nada	Total
Enfermera/o	18	11	0	0	29
Médica/o	20	0	0	0	20
Administrativa/o	10	2	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	10	0	0	0	10
Mucama/o	3	3	0	0	6
Odontóloga/o	3	1	0	0	4
Trabajadora Social	6	0	0	0	6
Servicios Generales	3	1	0	0	4
Psicóloga/o	3	1	0	0	4
Chofer	2	2	0	0	4
Agente Sanitaria/o	2	1	0	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	81 (79%)	22 (21%)	0	0	103

Pregunta 7.a: ¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva para el sistema de salud? Un 75% considera que En Gran Medida, un 22% Moderadamente, y un 3% que muy Poco. No hubo diferencias marcadas entre grupos. Gráfico 11 y Cuadro 12.

Pregunta 7.a: ¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva para el sistema de salud? Un 75% considera que En Gran Medida, un 22% Moderadamente, y un 3% que muy Poco. No hubo diferencias marcadas entre grupos. Gráfico 11 y Cuadro 12.

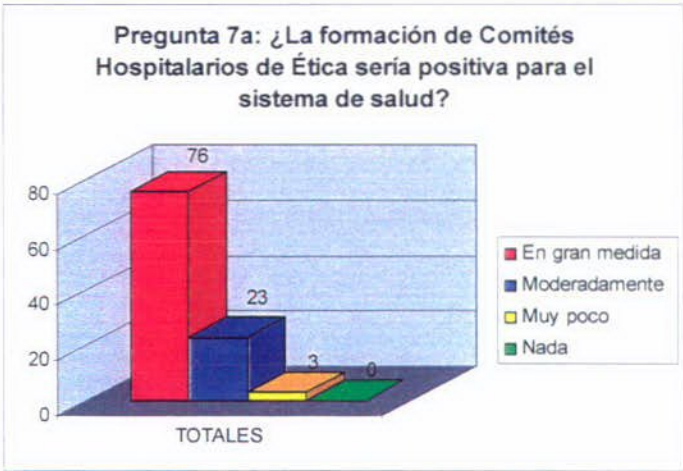


Gráfico 11

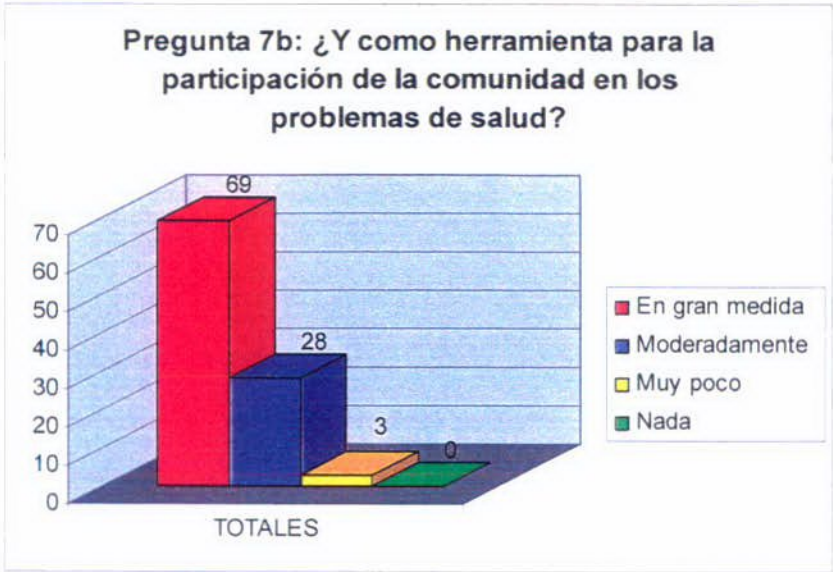
Cuadro 12

Pregunta 7.a
¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva para el sistema de salud?

Ocupación	En gran medida	Moderada -mente	Muy poco	Nada	Total
Enfermera/o	24	6	1	0	31
Médica/o	13	3	1	0	17
Administrativa/o	9	3	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	9	1	0	0	10
Mucama/o	3	3	0	0	6

Odontóloga/o	2	2	0	0	4
Trabajadora Social	5	1	0	0	6
Servicios Generales	3	1	0	0	4
Psicóloga/o	2	2	0	0	4
Chofer	3	1	0	0	4
Agente Sanitaria/o	2	0	1	0	3
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	76 (75%)	23 (22%)	3 (3%)	0	102

Pregunta 7.b: ¿La formación de Comités Hospitalarios de Ética sería positiva como herramienta para la participación de la comunidad en los sistemas de salud? Un 69% consideró que En Gran Medida, un 28% que Moderadamente, y un 3% que Muy Poco, no existiendo marcada diferencia entre grupos.



Cuadro 13**Pregunta 7.b**

¿Y como herramienta para la participación de la comunidad en los problemas de salud?

Ocupación	En gran medida	Moderada -mente	Muy poco	Nada	Total
Enfermera/o	24	6	0	0	30
Médica/o	11	5	1	0	17
Administrativa/o	8	4	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	6	4	0	0	10
Mucama/o	2	3	1	0	6
Odontóloga/o	2	2	0	0	4
Trabajadora Social	5	0	1	0	6
Servicios Generales	2	1	0	0	3
Psicóloga/o	2	2	0	0	4
Chofer	4	0	0	0	4
Agente Sanitaria/o	3	0	0	0	3
Fonoaudiología	0	1	0	0	1
TOTAL	69 (69%)	28 (28%)	3 (3%)	0	100

Pregunta 8: ¿Le interesaría formar parte de un Comité Hospitalario de Ética? El 54% manifestó que En Gran Medida, el 38% que Moderadamente,

el 7% que Muy Poco, y el 1% que Nada. Existen, en esta pregunta, diferencias entre grupos (ver Cuadro 18), las que podrían ser atribuidas a un menor confianza del grupo no profesional en cuanto a la amplitud de criterios y la libertad de opinión en el seno de un Comité (hubo opiniones en este sentido durante las discusiones de casos). Gráficos 13 y 14, Cuadro 14.

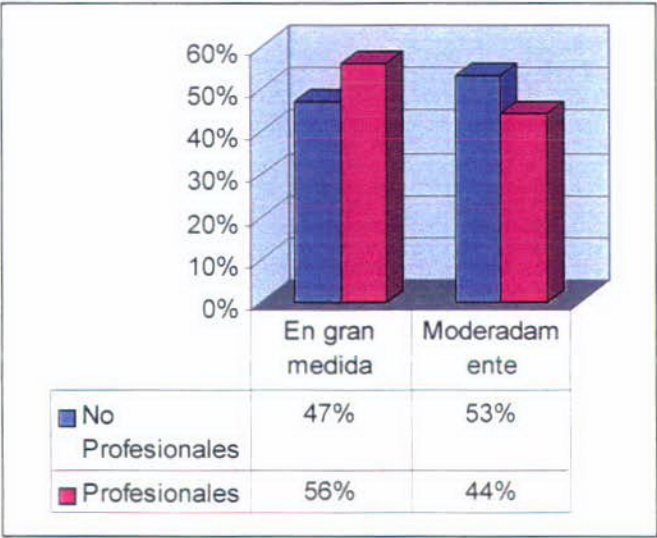


Gráfico 13

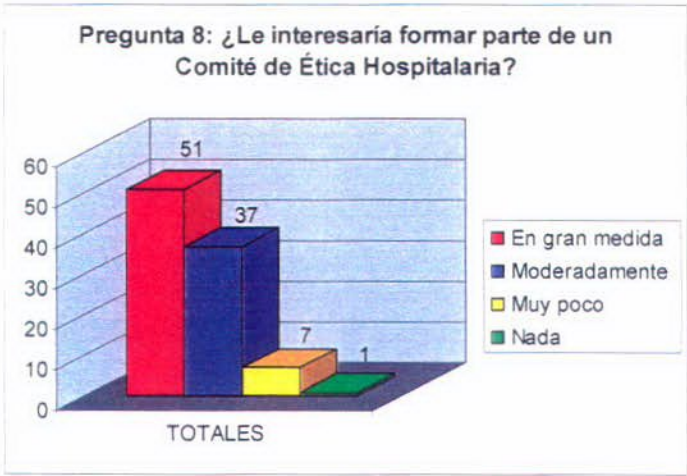


Gráfico 14

Cuadro 14

Pregunta 8 ¿Le interesaría formar parte de un Comité de Ética Hospitalario?

Ocupación	En gran medida	Moderadamente	Muy poco	Nada	Total
Enfermera/o	12	14	2	0	28
Médica/o	12	4	2	0	18
Administrativa/o	8	4	0	0	12
Laboratorio, Rayos, Electromedicina	6	2	2	0	10
Mucama/o	1	4	0	0	5
Odontóloga/o	3	1	0	0	4
Trabajadora Social	3	1	0	1	5
Servicios Generales	1	3	0	0	4
Psicóloga/o	3	1	0	0	4
Chofer	0	2	1	0	3
Agente Sanitaria/o	1	1	0	0	2
Fonoaudiología	1	0	0	0	1
TOTAL	51 (54%)	37 (38%)	7 (7%)	1 (1%)	96

Resultado de las *Observaciones* incluidas en la evaluación

En el registro de las observaciones se procuró respetar textualmente la opinión de los participantes. Al realizarse la elección de las que iban a ser transcriptas se aplicó un criterio ponderado de selección por relevancia, descartándose aquellas que expresaban únicamente satisfacción o interés por los Talleres. A juicio del autor constituyen una de las partes más relevantes de éste informe, por la riqueza de las opiniones vertidas.

Se transcriben a continuación:

- El tema me parece demasiado amplio, me interesaría enormemente poder continuarlo en tanto que me parece la respuesta a muchas preguntas internas (enfermera de UTI)
- Se debería haber hecho el taller antes de que en el Hospital se formara el Comité de Ética, y haber dado participación a todo el personal (medico)
- El taller realizado fue muy bueno, los temas tratados son muy interesantes y se relacionan muy parecidamente a los casos de la vida real y de nuestro trabajo diario. Me parecería muy importante que estos temas sean tratados mas seguidamente y sobre todo con todo el personal de salud y con la población en general (enfermero)
- Participar del Taller me resultó útil. Los casos trabajados reflejan situaciones que se presentan con frecuencia en mi lugar de trabajo.
- Sería interesante la capacitación anual del personal de salud para su actualización e implementar cambios de acuerdo a la evolución de la sociedad. También hacer mucho hincapié en valores morales y éticos como son: responsabilidad, compromiso, no discriminación, etc (enfermera)

- Debería tratarse de continuar con los Talleres de Bioética en forma permanente. Se aclararían muchas situaciones (enfermera)
- Es importante la participación de no profesionales (administrativos, mucamas, etc) porque permite un compromiso mayor con el sistema de salud. Sería bueno invitar a grupos de actividades críticas para las situaciones límites que ellos manejan (UTI, UTIP, profesionales y no profesionales)(enfermera)
- Muy buenos los encuentros, creo que deberían continuar y capacitar a todo el personal de salud. En el Comité se debe considerar que se encuentren representados todos los sectores. Para participar el Comité me gustaría capacitarme más, (este encuentro) es el primero en el que pude participar (enfermera auxiliar)
- Sería interesante que estos talleres fueran dados en todo el ámbito hospitalario, serviría para trabajar con un grupo que unifique criterios para así hacer mas rico todo el taller
- Personalmente me pareció muy importante el Taller, sugiero seguir con capacitaciones. En este Taller puntualmente es necesario que participemos todos para mejorar los distintos niveles de decisión. Con más horas de duración.
- ¿Qué pasa con los centros de salud?(psicólogo)
- Me hace bien compartir con los demás lo que pienso y siento (psicóloga)
- Muy buena la dinámica y la metodología, pero hubiera debido durar más (administrativa)

- La participación fue libre y respetada. Me hubiera gustado hacer (role playing, que ya se hizo en talleres en esa zona) y hubiera sido más participativo (mucama)
- Que la información llegue con tiempo (agente sanitario). Que el material hubiera llegado antes (trabajadora social)
- Me gustó el tema de escuchar la opinión de cada uno. Por ahí es lo que nos da la base para entender a la comunidad y al paciente (enfermero)
- Sería bueno hacerlo con gente de diferentes lugares
- Mantener el vínculo con los que participamos de los talleres
- Es importante la participación de no profesionales (médica general)
- El taller tiene un lenguaje muy técnico, me pareció más dedicado a los profesionales, y el sector de no profesionales queda al margen de los comités (chofer)
- Me parece muy bien que se realice de esta manera, donde participan todos los trabajadores de salud (chofer)
- Sería de mucha utilidad (el CHE) para nuestra situación como trabajadores en salud. Porque no se incluye en el CHE al personal de mantenimiento, mucamas y servicios generales, etc (electricista). En sus respuestas a la encuesta había colocado, frente a la pregunta sobre si serían positivos los comités para el sistema de salud que: "si, siempre y cuando participemos todos los trabajadores"

- Obviamente que será difícil conciliar acuerdos, con tantas visiones diferentes como dice Wast. La mesa, una silla, son varias piezas unidas, pero según el catalizador de cada uno será la interpretación. Pero no es imposible, y sería positivo (estadística)
- Debería participar el personal de conducción (varios)
- Ninguna ley puede dar poder al Comité. El poder, si lo tiene, es el de influir por sí mismo, por su autoridad moral, ser referente (técnico de laboratorio)
- Ojalá que los comités sean interdisciplinarios (supervisor de electromedicina)
- Muy interesante todo lo planteado y el intercambio interdisciplinario. Lástima que al final una médica plantea formar un comité solo con médicos. Esto demuestra lo difícil que es hacer (extensivo?) lo planteado en el taller (fonoaudióloga)
- Ya basta de visiones verticalistas (enfermero)
- La no aceptación de los profesionales de la interdisciplinariedad es lo que puede retardar todo este proceso (mucamo)
- Faltaron las facturas (trabajadora social)
- Creo que es necesario promover el encuentro de los agentes de salud para hablar. De que cosas, inicialmente no importa, el problema es que no existen canales y códigos comunes. A posteriori de lograr esto podemos empezar a poner el nombre a los contenidos: bioética (trabajadora social)

- Si los que participamos en el curso tuviéramos interés en formar un comité para mi no es muy fácil ya que muchas veces no hay comunicación desde el agente de salud al profesional. Muchas veces se hace difícil que un profesional participe una o dos horas en una charla educativa de los agentes sanitarios (agente sanitario)
- Deseo que sea una puerta que se abre para que podamos recordar nuestros derechos como seres humanos (enfermera)
- Como tantas cosas de nuestro país, el tema que hemos tratado es muy importante y sumamente interesante, pero soy escéptico respecto de la posibilidad de su implementación, y de sus alcances y permanencia en el tiempo. Ojalá me equivoque. Fundamento esto en las penurias que pasamos en nuestros trabajos y la vida cotidiana, que nos agobian y dejan poco margen para la creación de nuevas iniciativas e inversión de nuevos esfuerzos (médico)
- Considero los Comités de Ética de suma importancia pero para poder mantenerlos se necesita subsanar problemas básicos como recursos (p.ej. responder adecuadamente a las demandas de turnos de los pacientes) La comunidad debe participar a través de representantes (abogados, religiosos, etc) (médica)
- Es necesario mas personal profesional y no profesional con dedicación a los problemas de la comunidad (agente sanitario)
- Veo difícil la conformación de los Comités porque se podría malinterpretar. Necesitaríamos mas apoyo de ustedes (enfermera)

- Incentivar a toda la población hospitalaria a participar de todas las necesidades que el hospital requiera sin distinción de cargo o categoría (enfermera)
- Hubo muchas interrupciones (bioquímica)
- Sugerencia a los docentes: sería interesante poder compartir con el resto de nuestros compañeros de los distintos sectores, porque los casos que surgen (en nuestra zona) son muy diferentes a los que suceden en la ciudad. Nuestra comunidad está muy ligada a las comunidades mapuches y por ende la cultura nos obstaculizaría la aplicación de principios (auxiliar de estadística)
- Habría que hacer talleres con la comunidad (enfermera de la misma zona que la persona que dio la opinión anterior)

2.I.1.6. Armado e instalación inicial de la página Web www.neusalud.gov.ar/bioética con funciones de base de datos, actualización e intercambio.

El material para ser subido a la página se encuentra preparado, no habiendo sido posible ponerlo en la red por problemas técnicos que afectan al site www.neusalud.gov.ar. Cuando esta situación se normalice el material se colocará tal como estaba previsto.

Se adjunta CD con el material que será ubicado en la página Web.

]

2.I.1.7. Síntesis y reflexiones finales

Síntesis

Se desarrolló la Fase I del Proyecto de Desarrollo de la Bioética en la Provincia del Neuquen, con el auspicio de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquen y la asistencia técnica del Consejo Federal de Inversiones.

El objetivo del Programa es el establecimiento de Comités Hospitalarios de Ética en los hospitales del sector público del sistema de salud de la Provincia del Neuquen.

El Proyecto estuvo a cargo del Dr. Luis Justo, Profesor a cargo de la Cátedra de Bioética de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, con la colaboración y coordinación de la Dra. Andrea Macías, quien se desempeña como Coordinadora del Programa desde la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquen.

El desarrollo de la Fase I se implementó durante los meses de Agosto a Diciembre del año 2001, y constó de las siguientes etapas:

X 2.I.1. Organización de la Red Provincial de Comités Hospitalarios de Ética en la Provincia del Neuquen.

X 2.I.1.1. Planificación de la Red;

X 2.I.1.2. Preparación del material bibliográfico;

X 2.I.1.3. Convocatoria al personal y evaluación Pretaller;

2.I.1.4. Desarrollo de los Talleres de Difusión y Sensibilización;

2.I.1.5. Evaluación Postaller;

2.1.1.6. Armado e instalación inicial de la página Web www.neusalud.gov.ar/bioética con funciones de base de datos, actualización e intercambio.

Las etapas fueron cumplidas en forma satisfactoria, si bien debe destacarse el problema de ausentismo en los Talleres, que alcanzó al 42% de los convocados.

Se editó un manual "Bioética: Guía Práctica para el Personal de Salud", de 139 páginas, cuyos autores son los Dres. L. Justo y L. Acuña, con la colaboración de los Dres. C. Ambort, D. Esandi, T. Kantolic y A. Macías, y la Lic. D. García Arnaldos, destinado a los participantes en los Talleres.

Se planificaron 8 Talleres, de los que se realizaron 7, debiendo ser suspendido el último por razones de fuerza mayor ajenas a los docentes, por lo que se realizará en Febrero del 2002. Participaron 104 personas, incluyendo médicos, enfermeros, administrativos, técnicos de laboratorio, mucamas, choferes, psicólogos, trabajadoras sociales, agentes sanitarios, personal de mantenimiento, fonoaudiólogas, odontólogos, etc.

La evaluación de los Talleres permite concluir que:

1. Resultaron en general satisfactorios para los participantes
2. Un porcentaje elevado concurrió porque "lo mandaron" (24%) y un 20% manifestó no saber a que concurría
3. A la mayoría le sirvió para aumentar sus conocimientos sobre la bioética (99%) y sobre los Comités Hospitalarios de Ética (96%)

4. La totalidad (100%) consideró claro el material didáctico entregado, si bien hubo diferencias entre profesionales y no profesionales respecto al grado de claridad
5. El 91% consideró la cantidad de información como adecuada. Entre el 9% que no lo consideró así hubo una mayor incidencia de profesionales
6. El 100% de los participantes consideró a los casos como representativos de la práctica diaria
7. La totalidad consideró clara la exposición de los docentes
8. El 97% consideró como positiva la implementación de los Comités Hospitalarios de Ética para el sistema de salud y para la comunidad
9. Un 92% manifestó interés por formar parte de un Comité Hospitalario de Ética, en contraste con el 64% en la encuesta pretaller

Con respecto a la implementación de la página Web se prepararon los materiales necesarios para su armado, los que se incluyen en un CD adjunto. El armado en la red no pudo realizarse por problemas técnicos, quedando la información disponible para los técnicos de la Subsecretaría, ni bien se resuelvan las dificultades actuales.

Reflexiones

Los desafíos

Intentar la implementación de Comités Hospitalarios de Ética en el momento actual de nuestro país plantea varios desafíos. El primero es

el de preguntarse si este es en realidad el momento adecuado para hacerlo. La respuesta puede provenir otra pregunta: ¿Hay un momento óptimo para comenzar tareas vinculadas a la ética? Quizás una situación en la que los valores y las conductas se ven amenazados por una realidad desolada sea el momento propicio. Se hace hoy mas visible que nunca la situación de injusticia, de abandono, de desesperanza⁹. Los pedidos de ayuda aumentan, y también la violencia con que son hechos. El trato cotidiano se deteriora y el público se impacienta. La gente que trabaja en salud se siente agredida por los pacientes, por los salarios, por la falta de recursos para un trabajo adecuado. Es en éste momento cuando son necesarios mas que nunca los valores éticos, los andamiajes morales. Habiendo concluido que el momento es oportuno se plantea un segundo interrogante: ¿cómo armar los comités, a quien convocar, con que objetivos? Nos hemos planteado unas respuestas operativas, de carácter forzosamente provisorio, pero basadas en la convicción democrática.

Entendemos a los Comités Hospitalarios de Ética como un espacio democrático de reflexión ética sobre las prácticas en salud compartido por los trabajadores de la salud y la comunidad a la que sirven.

⁹ Aguiar D. La desocupación : algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales", Rev. de Ps. y Ps. de Grupo, T. XX, N° 1, 1997, Bs. As.

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

Sobre estos ejes hemos estructurado nuestra acción.

Un tercer desafío es el de trabajar sobre el lenguaje. El hábito académico se hace a veces sofocante y dificulta la comunicación en el habla cotidiana. Pero además, en la preparación del material se debe recurrir a ejemplos y vivencias habituales, vigentes, pertinentes. Así, en nuestro texto debimos cambiar un plato de ravioles por uno de guiso, alimento más frecuente en la zona rural cordillerana del Neuquén. Sin embargo no fue, aparentemente, suficiente. Parecería haber diferencias en lo que hace a la accesibilidad del texto entre los grupos que hemos denominado “profesionales” y “no profesionales” (denominación abierta a polémica). El grupo de no profesionales encontró a los materiales accesibles en gran medida en un 61%, cifra que se elevó entre los profesionales al 81% (pregunta 3, postaller). Esto puede deberse a dos causas básicas: 1) El lenguaje utilizado planteó diferente dificultad a los dos grupos; y 2) El grupo profesional tiene un mayor entrenamiento permanente en lectura de textos formativos. Probablemente la explicación se encuentre a mitad de camino entre ambas posibilidades, pero de todos modos es necesario realizar un mayor esfuerzo para poner ideas que ***son comprensibles por todos*** en un

lenguaje que no dificulte esa misma comprensión. El hecho de que la comprensión de la exposición oral de los docentes no arrojará diferencias entre grupos, abona la necesidad de adecuación del lenguaje escrito. Al abordar la exposición oral el que habla va observando las expresiones de los oyentes y regula los ritmos, los énfasis, las redundancias. Existen la pregunta, la aclaración, el diálogo. No resulta esto posible en lo escrito, donde el lenguaje permanece inmutablemente impreso, sin posibilidad de retroalimentación instantánea. La inserción de un pedido de sugerencias e ideas para modificar el material escrito al final del libro apunta a corregir este problema, por lo menos en futuras ediciones¹⁰.

Un cuarto desafío es el que proponen los casos. El mero conocimiento teórico, alejado de la experiencia cotidiana, desvinculado de los afectos, carente de consistencia tónica, es vivido como poco relevante, y resulta de escasa utilidad para estimular el debate necesario. Muchas veces obtiene como efecto el alejamiento del sujeto, quien ve lo planteado como ajeno e inalcanzable. No dudamos de la importancia de la discusión sobre el status ontológico de los clones, pero sí de su importancia para la atención de la salud en la cordillera patagónica. De ahí los objetivos planteados para los casos, ya explicitados en la página 22. El resultado de la evaluación postaller parece sugerir que el intento fue exitoso¹¹, ya que para la totalidad de los participantes los casos reflejaron situaciones que se presentan con frecuencia. De la movilización afectiva da cuenta también el calor de los

¹⁰ Adicionalmente nos ha llevado a pensar en la adecuación de los textos que escribimos para los estudiantes de medicina, que deberíamos someter a este mismo proceso pues, en definitiva, son para el uso de ellos.

¹¹ Debe destacarse el aporte de la Dra. A. Macías, quien elaboró los casos que luego discutimos en conjunto, a partir de su experiencia como médica generalista en la zona cordillerana y en Neuquén capital.

debates que se desarrollaron, hecho no cuantificable pero no por ello menos significativo.

Características de los debates

Como ya lo mencionáramos, existía el temor (por cierto fundado), de que la presencia en los grupos de debate de personal de distintas jerarquía laborales y profesionales inhibiera la participación de aquellos situados en posiciones "inferiores". Se intentó evitar este fenómeno a través de dos recursos. El primero fue la colocación de un caso introductorio ajeno a los problemas técnicos, y con cierto aire de fábula equívoca, lo que dio lugar a una discusión jocosa, jalonada de carcajadas y acusaciones entre géneros, que aflojó tensiones. El segundo fue fijar normas de debate en las que era estricto el requerimiento de respeto por todos los participantes y el de no descalificar opiniones sin una base argumentativa razonable, más allá de su proponente. En la realidad esto funcionó parcialmente, y si bien en ciertos grupos se generó una polémica vivaz e igualitaria, en otros se observó el peso jerárquico como monitor tácito. Posiblemente pretender lo contrario hubiera sido una expectativa desmedida.

Construcción colectiva

La construcción colectiva de conocimiento, a partir de las nociones previas de los participantes, resultó de una riqueza extraordinaria. Así, las respuestas a la pregunta *¿qué entiende por bioética?* arrojaron un conjunto de respuestas que abarcan y definen ampliamente a la misma. En este sentido, como se mencionara, resulta de justicia reconocer que el autor quedó sorprendido por la amplitud de las definiciones propuestas. Quien haya estudiado un mínimo de pedagogía sabe que la concepción de los

educandos como receptáculos vacíos que serán llenados por el saber que impartirá el docente, ha sido dejada de lado hace mucho tiempo por inadecuada. Sin embargo, para quienes nos hemos formado hace ya muchos años dentro precisamente de ese modelo, las actitudes consecuentes con el mismo surgen en forma refleja. Resulta así que lo que nos sorprende empíricamente no lo hace si reflexionamos en el campo teórico. Sin duda que este es, para quienes trabajamos en la docencia universitaria y con adultos en general, un campo de reflexión permanente para no dejarnos guiar por lo internalizado en épocas tempranas de nuestra formación.

La presencia de la realidad cotidiana

En la página 19 hablábamos del conflicto como presencia significativa en las opiniones recogidas en las evaluaciones de los participantes. Esta presencia fue también vehemente en los debates sobre casos, y evidentemente es vivida afectivamente como un hecho por momentos inexplicable. Quienes se han preparado para ayudar a los demás se sienten injustamente atacados por los mismos a quienes deben ayudar. Creemos encontrar explicaciones (quizás parciales e incompletas) vinculadas al grado de violencia social que la actual situación impone sobre los ciudadanos. Esta violencia encuentra cauce de expresión en unas instituciones no represivas, como lo son las que prestan servicios de salud y de educación. Es preciso encontrar espacios de reflexión común sobre estos fenómenos. Si los Comités Hospitalarios de Ética son útiles en ese sentido, bienvenida sea su utilidad, en tanto se evite que se transformen en espacios de ventilación de rencores personales. De la prudencia de sus integrantes dependerá ésta moderación.

La participación de la gente hacia el futuro

La participación fue notable y también la voluntad manifestada de encarar nuevas actividades para mejorar las prácticas en el futuro. Esta disposición para encarar nuevos proyectos resulta sorprendente y estimulante, dadas las circunstancias difíciles que atraviesa actualmente nuestro país. Sin duda una de las fortalezas mas grandes del Plan de Salud de la Provincia del Neuquen está en su gente.

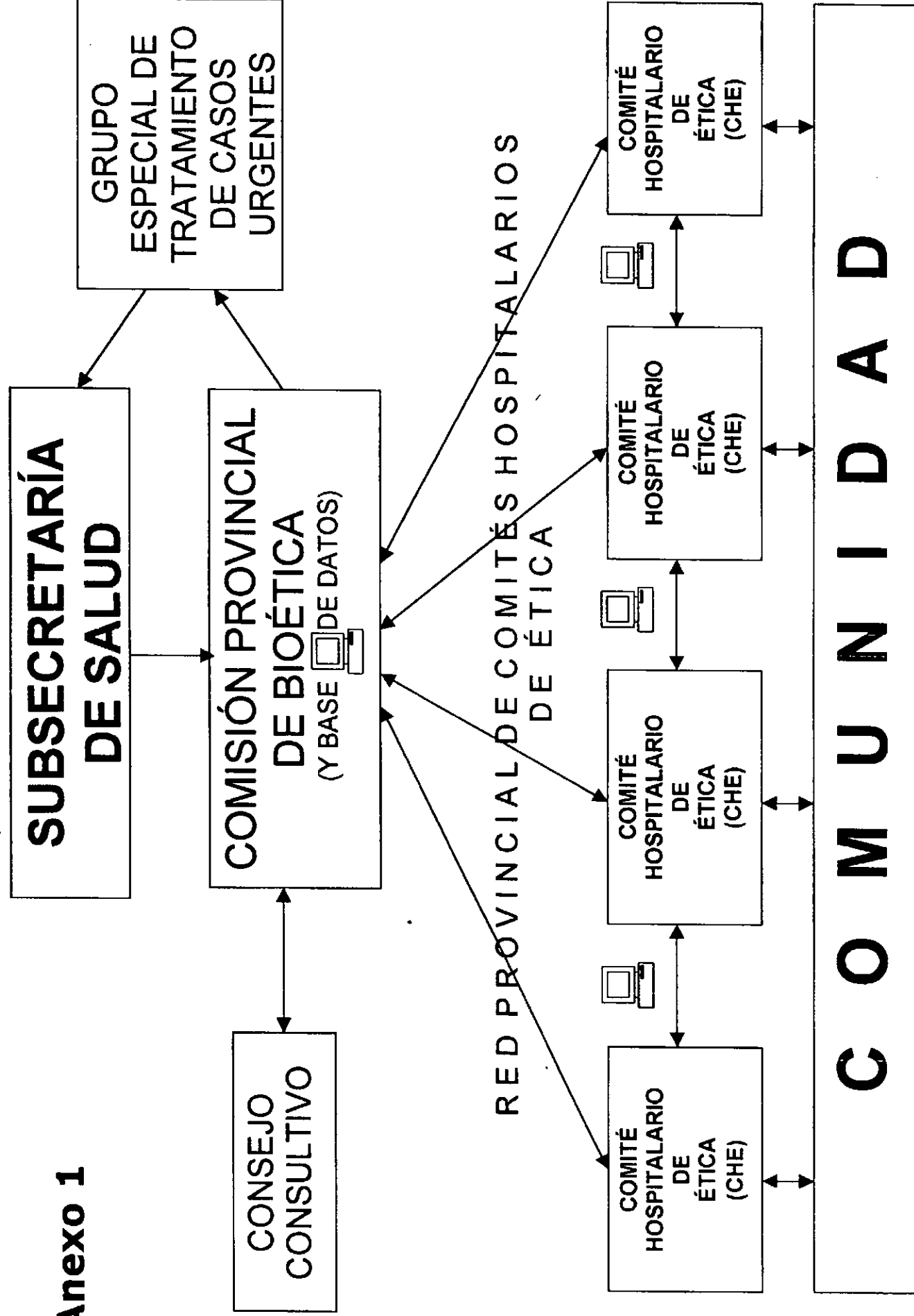
Y sin duda aún queda lugar para las utopías.

Luis Justo

Cipolletti, Diciembre del 2001

Anexos

Anexo 1



Anexo 2

Diez preguntas básicas sobre los comités hospitalarios de ética

Juan Carlos Tealdi

'Noticias', Sindicato Médico del Uruguay, No.55, Montevideo, 1992, págs.23-24.

La medicina actual ha incorporado a sus instituciones una nueva figura cuyo protagonismo, en las condiciones de salud de los países de América Latina, puede llevar a transformar profundamente la calidad de atención de nuestros hospitales. Aquí vamos a responder, brevemente, a diez de las preguntas que habitualmente nos hacen acerca de los comités hospitalarios de ética (C.H.E.)

(1) ¿Qué son los comités hospitalarios de ética?

Los CHE son grupos inter-disciplinarios que se ocupan de los problemas éticos que surgen de los hospitales en tanto instituciones de atención de la salud. No se ocupan así, específicamente, de cuestiones institucionales más generales como las relaciones laborales y la conducta entre trabajadores de la salud. Sus grandes temas de trabajo son, entre otros: el manejo de la información en cuanto a veracidad, confidencialidad o consentimiento; el derecho, costo y calidad en la atención de la salud,; y los problemas de las nuevas tecnologías para la reproducción, asistencia y prolongación de la vida.

(2) ¿Cuándo y dónde aparecieron?

El primer CHE que se conoce fue el creado en la Morris View Nursing Home (New Jersey, USA) en 1976, para decidir sobre la continuación o no del tratamiento en el célebre caso de Karen Quinlan, una adolescente en coma profundo y con respiración artificial. El antecedente del comité instituido en 1960 por Beldin Scribner en Seattle para decidir qué pacientes renales crónicos debían acceder a hemodiálisis, no reúne las características principales que a partir de Karen Quinlan tuvieron los CHE: efectiva interdisciplinariedad y discusión centrada en la justificación ética de los problemas abordados. A partir de 1983 comienza el gran desarrollo de estos comités en los Estados Unidos y luego en el mundo.

(3) ¿Qué funciones cumplen?

Ya es habitual señalar tres grandes funciones para los CHE: educativa, consultiva y normativa. Esto es: la educación del hospital y de su comunidad en los grandes temas de la bioética, disciplina que conjuga estas preocupaciones en su teoría y práctica, el análisis y discusión de casos clínicos para esclarecer problemas éticos de los mismos; y la elaboración de normas éticas así como la implementación de las ya existentes para una jerarquización del hospital como institución.

(4) ¿Quiénes los deben integrar?

Los CHE, aunque surgidos en una institución "médica", se integran con representantes de ésta y otras profesiones y sectores. En primer lugar otros trabajadores de la salud junto al médico: enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, administradores hospitalarios. En segundo término abogados,

religiosos, filósofos, antropólogos, sociólogos, etc. Por último y especialmente, representantes del paciente y de la comunidad. El número de miembros varía de seis a veinte. Esta diversidad asegura una ética pluralista en el comité. Algunos miembros pueden tener carácter estable y otros ser convocados específicamente para cada caso o normativa a desarrollar.

(5) ¿De quién dependen administrativamente?

Hay diversas alternativas. El CHE puede depender del Consejo de Gobierno en las instituciones públicas o privadas que lo tengan: esto les aproxima a la gestión política pero le aleja de los problemas clínicos. Puede depender del cuerpo médico y esto, si bien le acerca a los problemas de la atención pone en riesgo su objetivo principal: la defensa de los intereses del paciente. Puede depender, por último, de la administración del hospital: el director o el departamento de investigación y docencia. Quizás sea ésta sea la alternativa más equilibrada. En cualquier caso, su inserción nunca se hace en la "cadena de mandos" sino lateralmente como órgano asesor.

(6) ¿Cómo desarrollan su función educativa?

En primer término, el grupo que integrará el comité debe transitar por una etapa de autoformación. El coordinador y otros miembros deberán leer libros y artículos básicos, revisar casos clínicos ya cerrados, etcétera; para poder entrenarse en su función. Luego, y acaso paralelamente, se inicia una tarea educativa en el hospital: conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales y otras actividades. Por último, el CHE se proyecta hacia la comunidad: pacientes, familiares, centros comunitarios; para discutir los grandes temas de la bioética.

(7) ¿Cómo desarrollan su función consultiva?

El CHE comienza con una revisión retrospectiva de casos ya cerrados para poder adquirir habilidad en la identificación de problemas, cursos de acción y justificación ética de las alternativas. Luego decide qué casos recibirá en consulta: si los de un servicio determinado (Ej: terapia intensiva) o los de todos los servicios; si los de un tema determinado (Ej: veracidad, prolongación de la vida) o los de cualquier tema. También debe establecer quién puede consultar (médicos, enfermeras, pacientes, familiares); a quién se le informará de los resultados; quién podrá participar de las reuniones; etcétera. Y, sobre todo, el comité debe establecer en los distintos casos si sus conclusiones serán en forma de exposición de ventajas y desventajas en las alternativas, sugerencias de acción o recomendaciones.

(8) ¿Cómo desarrollan su función normativa?

El CHE debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional que en el campo de la salud se han ido estableciendo después de la Segunda Guerra Mundial: Declaraciones de Ginebra, Helsinki-Tokio, Sydney, Venecia, etcétera, de la asociación Médica Mundial y otros documentos de gran relevancia. Luego puede dedicarse a la elaboración de normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normas, recopila información ya existente, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas para hacerlo ampliamente comprensible y revisa legalmente el texto antes de aprobarlo.

religiosos, filósofos, antropólogos, sociólogos, etc. Por último y especialmente, representantes del paciente y de la comunidad. El número de miembros varía de seis a veinte. Esta diversidad asegura una ética pluralista en el comité. Algunos miembros pueden tener carácter estable y otros ser convocados específicamente para cada caso o normativa a desarrollar.

(5) ¿De quién dependen administrativamente?

Hay diversas alternativas. El CHE puede depender del Consejo de Gobierno en las instituciones públicas o privadas que lo tengan: esto les aproxima a la gestión política pero le aleja de los problemas clínicos. Puede depender del cuerpo médico y esto, si bien le acerca a los problemas de la atención pone en riesgo su objetivo principal: la defensa de los intereses del paciente. Puede depender, por último, de la administración del hospital: el director o el departamento de investigación y docencia. Quizás sea ésta sea la alternativa más equilibrada. En cualquier caso, su inserción nunca se hace en la "cadena de mandos" sino lateralmente como órgano asesor.

(6) ¿Cómo desarrollan su función educativa?

En primer término, el grupo que integrará el comité debe transitar por una etapa de autoformación. El coordinador y otros miembros deberán leer libros y artículos básicos, revisar casos clínicos ya cerrados, etcétera; para poder entrenarse en su función. Luego, y acaso paralelamente, se inicia una tarea educativa en el hospital: conferencias, jornadas, cursos, audiovisuales y otras actividades. Por último, el CHE se proyecta hacia la comunidad: pacientes, familiares, centros comunitarios; para discutir los grandes temas de la bioética.

(7) ¿Cómo desarrollan su función consultiva?

El CHE comienza con una revisión retrospectiva de casos ya cerrados para poder adquirir habilidad en la identificación de problemas, cursos de acción y justificación ética de las alternativas. Luego decide qué casos recibirá en consulta: si los de un servicio determinado (Ej: terapia intensiva) o los de todos los servicios; si los de un tema determinado (Ej: veracidad, prolongación de la vida) o los de cualquier tema. También debe establecer quién puede consultar (médicos, enfermeras, pacientes, familiares); a quién se le informará de los resultados; quién podrá participar de las reuniones; etcétera. Y, sobre todo, el comité debe establecer en los distintos casos si sus conclusiones serán en forma de exposición de ventajas y desventajas en las alternativas, sugerencias de acción o recomendaciones.

(8) ¿Cómo desarrollan su función normativa?

El CHE debe hacer respetar en el hospital, en primer lugar, las normas éticas de reconocimiento internacional que en el campo de la salud se han ido estableciendo después de la Segunda Guerra Mundial: Declaraciones de Ginebra, Helsinki-Tokio, Sydney, Venecia, etcétera, de la asociación Médica Mundial y otros documentos de gran relevancia. Luego puede dedicarse a la elaboración de normas éticas de procedimiento. Para ello el comité define el tema que será sujeto a normas, recopila información ya existente, consulta a personal del hospital sobre la factibilidad de las normas, evalúa el lenguaje de las mismas para hacerlo ampliamente comprensible y revisa legalmente el texto antes de aprobarlo.

Pautas y Recomendaciones para la Abstención y/o Retiro de los Métodos de Soporte Vital en el paciente Crítico.

Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva*

La existencia de límites en la atención médica constituye una realidad en la práctica de la medicina que ya fue bien reconocida desde la época hipocrática en relación al principio de no maleficencia ("primum non nocere") y a no provocar un sufrimiento mayor al paciente que el eventual beneficio que pueda derivarse del tratamiento. Sin embargo y aun después de tantos siglos, en este tiempo existen tres circunstancias por las que el análisis de los límites de la atención en medicina crítica adquiere una importancia especial.

- *La aplicación ilimitada de todos los tratamientos posibles*, incluyendo entre ellos a los diferentes métodos de soporte vital, puede conducir a una prolongación indefinida de la agonía del paciente y demorar la llegada inevitable de la muerte con la posible generación de cuadros de *encarnizamiento terapéutico*.
- *La vigencia del principio de autonomía* que atiende a las preferencias del paciente, a su calidad de vida y a la valoración exclusiva del significado del "bien" para cada uno.
- *La creciente dificultad y complejidad para establecer la efectividad de un tratamiento* en cada paciente a pesar de los permanentes intentos derivados de una medicina basada en la evidencia (metaanálisis, scores pronósticos, medición de la efectividad, de la eficacia y de la eficiencia).

La aceptación de plantear un *concepto amplio de futilidad* podrá ayudar a la comprensión del problema del límite en la atención al considerar que una acción médica puede ser fútil en una circunstancia y no en otra, porque esta cualidad reside más en el análisis del objetivo del tratamiento que en las características de su propia naturaleza. De este modo, si la

* Gherardi, Carlos R. (Director); Biancolini, Cesar; Butera, Juan; Calvillo, Lidia; Canteli, Maria; Cardonnet, Luis; Maglio, Francisco; Montrul, Mauricio; Pacin, Juan.

determinación de los objetivos finales de un tratamiento están reservados exclusivamente al paciente será a él a quien corresponda calificar de fútil una acción médica, teniendo en cuenta no sólo su respuesta fisiológica inmediata (la determinación de la futilidad fisiológica le corresponde con exclusividad al médico) sino el probable resultado final sobre el conjunto del organismo.

Si bien el concepto de limitación en el esfuerzo terapéutico es similar en toda la medicina las dificultades operativas existentes para su aplicación en Terapia Intensiva surgen de la característica del *paciente crítico* y de la naturaleza intrínseca de los métodos de *soporte vital*, lo que establece una clara diferencia entre la toma de decisión en estas salas respecto de las otras modalidades de atención médica.

El *paciente crítico* se define por la existencia actual o probable de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte resulta siempre una alternativa posible y eventualmente próxima. La naturaleza crítica de un padecimiento puede sobrevenir al comienzo, durante el transcurso o al final de cualquier enfermedad.

El *soporte vital* es toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Comprende actualmente y por extensión desde la ventilación mecánica y el sostén hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parenteral.

Resulta indispensable comprender que *las decisiones sobre los métodos de soporte vital tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación de la muerte del paciente crítico. Cada uno de estos métodos pueden no ser aplicados en cada paciente o suspendidos luego del comienzo de su indicación.*

En la práctica médica existe una diferencia operacional y de responsabilidad moral individual entre "actuar" y "dejar de actuar". En todas

las encuestas efectuadas a los trabajadores de la salud se ha constatado que resulta mucho más difícil suspender un método de soporte vital que no aplicarlo y a su vez ésta actitud abstencionista resulta mucho más fácil en un medio asistencial de autocuidado o de cuidado paliativo que en el área de Terapia Intensiva. Esta diferenciación claramente percibida en la práctica resulta cierta más allá del principio de equivalencia moral por el que no existiría diferencia entre ambas acciones.

Finalmente, toda esta problemática que simplemente se ha enunciado y que transcurre en el escenario médico, forma parte de un complejo entramado cuyo debate se inserta en el marco interdisciplinario de la Bioética dentro de la cual los conflictos y las tensiones que se suscitan en el fin de la vida ocupan un espacio muy importante.

Las profundas implicancias médicas, morales, sociales y jurídicas que tienen las acciones que son objeto de este comentario han llevado al Comité de Bioética de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva a proponer un conjunto de recomendaciones que puedan ayudar a guiar la conducta de los colegas frente a las habituales y crecientes dificultades que se plantean en la práctica cotidiana de esta especialidad. Estas pautas y recomendaciones resultan de la compilación de un conjunto de ideas destinadas a facilitar la actuación del grupo médico frente a diversas circunstancias.

-
1. La fuente de autorización primaria de la decisión de tratar o no tratar emana del paciente. Este derecho para autorizar el tratamiento es independiente de la naturaleza de la enfermedad y de su estado evolutivo.
 2. La existencia de un testamento vital o directiva anticipada del paciente, convenientemente verificado en su existencia y actualidad, deberá constituir una prioridad para ser respetado con independencia de la opinión del médico (equipo asistencial) y de la familia.
 3. La comunicación con el paciente deberá ser reemplazada por la familia sólo en caso de incompetencia del primero. A este respecto en medicina crítica deberá recordarse que el concepto de competencia implica la

consideración cuidadosa de la existencia de plena lucidez mental, comprensión de la información suministrada y libertad para la toma de una decisión voluntaria.

4. La comunicación con el paciente o en su defecto con la familia debe ser diaria y establecida de modo permanente con miembros del equipo médico de planta. De este modo se facilitará un diálogo transversal y continuo que atienda a los objetivos del tratamiento y no solamente a los eventos ocurridos cada día. La información transferida diariamente sólo por los médicos de guardia (siempre distintos cada día), que también frecuentemente es necesaria, tiende a comunicar los hechos del día sin considerar exhaustivamente la valoración general del cuadro clínico y la idea directriz general del tratamiento. A este respecto también debe valorizarse la experiencia mayor de los médicos de planta en el difícil y complejo tema de la comunicación. En el caso particular de la comunicación con la familia siempre debería mantenerse en lo posible con las mismas personas para favorecer la comprensión de los hechos y facilitar sus propias decisiones. El análisis permanente de la situación evolutiva y sus alternativas permitirá asimismo la eventual reconsideración de los acuerdos sobre el tratamiento.

5. La toma de decisión sobre la abstención o retiro de los métodos de soporte vital en un medio asistencial como Terapia Intensiva son en general dependientes de la iniciativa médica, salvo en los casos en que exista una directiva anticipada.

6. Es aconsejable que las decisiones en Terapia Intensiva, respecto a la abstención o retiro de métodos de soporte vital, sean discutidas y compartidas por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeros, kinesiólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. En este debate, si existiera disenso y se lo considerara conveniente, puede darse intervención al Comité de Ética de la Institución antes de tomar la decisión correspondiente.

7. Resultará conveniente que las decisiones acerca de la actitud a tomar frente a los métodos de soporte vital comiencen activamente antes del

ingreso del paciente al área de Terapia Intensiva. La admisión inadecuada de un paciente puede ser el comienzo de un sucesivo y habitual conjunto de acciones médicas de difícil contención. También el equipo médico puede consensuar con el paciente o la familia, previamente a su ingreso, en qué situaciones se decidiría la externación del paciente para que éste no se exponga a ser sometido a determinados procedimientos difíciles de prever o limitar en la misma área.

8. Habitualmente el equipo médico planteará la posible abstención o el retiro del soporte vital frente a alguna de las siguientes circunstancias:

8.1. Cuando no existan evidencias de haber obtenido la efectividad buscada (ausencia de respuesta en la sustitución del órgano o la función), o existan eventos que permitieren presumir que tampoco se obtendrán en el futuro.

8.2. Cuando solo se trate de mantener y prolongar un cuadro de inconciencia permanente e irreversible (p.ej. estado vegetativo persistente).

8.3. Cuando el sufrimiento sea inevitable y desproporcionado al beneficio médico esperado.

8.4. Cuando se conozca fehacientemente el pensamiento del paciente sobre la eventualidad de una circunstancia como la actual, en el caso de una enfermedad crónica preexistente (informe personal, del médico de cabecera si existiere o del familiar).

8.5. Cuando la presencia de irreversibilidad manifiesta del cuadro clínico, por la sucesiva claudicación de órganos vitales, induzca a estimar que la utilización de más y mayores procedimientos no atenderán a los mejores intereses del paciente.

9. La propuesta de abstención o retiro de un método de soporte vital deberá ser efectuada, si fuera posible, al paciente, y si éste no es competente, deberá ser comunicada y explicada detenidamente al familiar, cuyo acuerdo resulta, en principio, indispensable.

10. En medicina crítica existen especiales circunstancias en que, por la agudeza de la situación clínica (detención cardiocirculatoria, shock, insuficiencia respiratoria), por la urgencia en la toma de decisión (reanimación cardiopulmonar, intubación y colocación de un respirador mecánico, implante de un marcapaso transitorio), o por la valoración inmediata del resultado (futilidad fisiológica), la decisión debe ser tomada tanto en el sentido de la abstención como del retiro por el médico responsable sin consulta o comunicación previas.

11. En ningún caso la abstención o el retiro de un método de soporte vital significará privar al paciente de todas las medidas que atiendan a su confort físico, psíquico y espiritual así como la posibilidad de su traslado al área de cuidados paliativos si correspondiere. La aplicación de una ética del cuidado, que alivie el sufrimiento y mejore la calidad de vida remanente, estará siempre presente en todas las situaciones.

12. Las dificultades en arribar a un acuerdo con los familiares del paciente generalmente se vinculan a una primaria incomprensión y desconocimiento real de la situación planteada, por lo que deberán extremarse todas las habilidades y el esfuerzo en transmitir la racionalidad de las medidas propuestas por el equipo médico. En la relación interpersonal establecida deberá tomarse especial resguardo en visualizar que la opinión del familiar trata de expresar fielmente los verdaderos intereses del paciente.

13. Si a pesar de todo no existe acuerdo de la familia con la propuesta médica resultan posibles las siguientes alternativas:

13.1. Consultar a un médico elegido por la familia o por consenso para lograr una mayor comprensión entre las partes.

13.2. Consultar con el Comité de Ética de la institución.

13.3. Si existe desacuerdo entre los diversos miembros de la propia familia deberá intentarse de todas formas la obtención del consenso, incluso también a través de la intervención del Comité de Ética. Si no obstante esto no fuera posible convendría priorizar la opinión del familiar que resulte con mayor compromiso afectivo con el paciente por su convivencia habitual.

14. Si no se obtiene el acuerdo a pesar de lo anterior existen las siguientes posibilidades:

14.1. Considerar la factibilidad del traslado del paciente a otra institución donde el equipo médico coincida con la opinión de la familia.

14.2. Cuando lo anterior no fuera posible y se trate de la aplicación de un procedimiento que exija un equipo mecánico o electrónico (respirador, marcapaso), cuyo número es siempre limitado, el equipo médico podrá dejar constancia que el mismo podrá ser retirado si lo requiriera otro paciente conceptuado como recuperable según el juicio del equipo médico.

14.3. Siempre queda abierta para el equipo médico la solicitud de intervención judicial.

15. Todo paciente competente tiene derecho a rechazar todo tratamiento que le fuera indicado por el equipo médico aunque sean aquellos que puedan salvarle la vida. Esta afirmación incluye también a la abstención y/o retiro de los métodos de soporte vital. En esta circunstancia el médico o algún integrante del equipo asistencial puede plantear una objeción de conciencia que deberá ser respetada.

16. En todas las circunstancias posibles que se han mencionado, *todos los hechos, opiniones, consultas y posiciones diversas ante cada una de los eventos ocurridos deberán constar con toda precisión en la Historia Clínica correspondiente.*

Referencias Bibliográficas

1. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine: "Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill", *Crit. Care Med.*, 1990; 18, 1435-1439.

2. American Thoracic Society: "Withholding and withdrawing life-sustaining therapy", *Annals of Internal medicine*, 1991;115, 478-485.

3. The Society of Critical Care Medicine. Ethic. Committee: "Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments", *Crit. Care Med.*, 1992; 20,320-326.

4. Council on ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Decisions near the end of life", *JAMA*, 1992; 267, 2229-32.

5. Report of the Council on Ethical and judicial affairs. American Medical Association: "Medical futility in End of life Care", *JAMA*, 1999; 281, 937-94.

BIOÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD

Lic. Elisa Dibárbora

Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario

-Secretaria de la Comisión de Bioética del Colegio de Médicos de la 2da.

Circunscripción de la Pcia. De Santa Fe

RESUMEN

La confidencialidad es uno de los ejes fundamentales de la relación médico - paciente. La podemos entender como un deber del médico y a la vez un derecho del paciente. Constituye el principio moral necesario para una relación sanitaria óptima ya que una persona sólo depositará su confianza en aquel profesional que respete su intimidad y privacidad. Pero sin dejar de mencionar que ese deber - derecho no es absoluto sino que debe subordinarse a un derecho superior que es el respeto por la vida de las otras personas que conforman una sociedad.

El tema de la confidencialidad se remonta a los albores de la medicina; ya en el juramento hipocrático encontramos la siguiente afirmación:

"...Y cuanto vea o escuche en el ejercicio de la profesión, o aun fuera de la profesión en la convivencia con los hombres, si no se debe divulgar en el exterior, lo callaré, considerándolo un secreto sagrado..."

Sin embargo es a partir de la aparición de la bioética, hace un par de décadas, que cobra real importancia como derecho del paciente con una reglamentación específica y no sólo como una virtud propia del buen médico como se había entendido tradicionalmente.

La confidencialidad es entendida como fe, confianza que una persona deposita en otra. En nuestro caso, referido al ámbito de la salud se denomina **secreto médico**. Entendemos por secreto

"La prohibición moral de descubrir o revelar: a) hechos ocultos, cuya naturaleza exige que no se los divulgue, b) noticias o informaciones recibidas por canales confidenciales." (1)

El secreto puede ser:

- Natural: Cuando el tema es por su esencia propia, y a nuestro buen entender, algo que no debe divulgarse.
- Prometido: el que se funda en un compromiso de no revelar una información recibida.
- Pactado: Cuando es una condición preliminar impuesta a ciertos datos que alguien posee y se determina de antemano a quien se transmitirá y a quien no.
- Profesional: Es el secreto pactado en equipos de trabajo (médicos, abogados, psicoterapeutas, etc.) cuya necesidad surge en virtud de las características propias de cada actividad.

Cualquiera sea la clase de secreto a que nos remitamos, todos tienen su fundamento en primer lugar, en la dignidad de la persona humana, cuya intimidad debe ser respetada; y en segundo lugar en el principio del bien

común ya que las Instituciones de la sociedad deben ofrecer confianza a sus miembros respecto a situaciones que pertenecen a su ámbito privado.

Respecto a las diversas clases de secreto que hemos mencionado, queda claramente establecido que el secreto médico corresponde al profesional y el compromiso que se asume es el de no revelar nada de lo que se ha tenido conocimiento en el ejercicio de la relación clínica. Al igual que otros ámbitos laborales el equipo de salud (personal médico, de enfermería, de psicología, de laboratorio, trabajo social, administración, y todas las personas involucradas en la atención de un paciente) al tener acceso a datos que por su propia naturaleza se consideran confidenciales, deben guardar celosamente esa información y circunscribirla en cada caso a las personas que estrictamente estén autorizadas y la requieran para la mejor atención de la salud en general.

Lo expresado anteriormente nos lleva a un problema bastante frecuente en la práctica médica cotidiana. Se trata del surgimiento de las preguntas: ¿Quiénes tienen derecho a la información?; ¿Quiénes creen tener derecho? y ¿Cuándo puede violarse el secreto médico?.

Quiénes tienen derecho a saber

El secreto médico figura entre los derechos de los pacientes y por lo tanto si existe un derecho a la intimidad y a la privacidad, esto es correlativo de una obligación o deber del médico a respetar ese ámbito.

El paciente es la primera persona que tiene derecho a recibir la información, y en casos en que se trate de menores o incapaces, sus padres, familiares o representantes legales. Todo profesional relacionado con la atención sanitaria del mismo. Y por último, bajo la responsabilidad del facultativo tratante, a quienes él considere que deban tener esa información para evitar un mal mayor.(2)

Es evidente que la afirmación "evitar un mal mayor" alude a un riesgo grave. Por ejemplo, una enfermedad que comprometa directamente la vida de otras personas. En este caso queda claro que si bien existe, fundado en el principio de autonomía, el derecho a la privacidad, el respeto por la vida es superior.

"Poner, a sabiendas, a las otras personas en riesgo de adquirir una enfermedad fatal es una forma de conducta para la cual no puede haber una justificación ética." (3)

Quiénes creen tener derecho a saber

En este punto es interesante tomar en cuenta que se amplía el espectro de personas o entidades interesadas en acceder a datos confidenciales. Si, por ejemplo, tenemos en cuenta los grandes avances que se han realizado en el campo de la genética, ya es un problema innegable, en los países desarrollados

científica y tecnológicamente, la pretensión de obtener datos confidenciales por parte de empleadores o empresas de seguridad social.

También es común la demanda de información del departamento de auditoría de las obras sociales o compañías de seguros de vida.

Debemos dejar claramente establecido que también las excepciones están reglamentadas y no se debe ceder a las presiones de quienes no están autorizados, e insisten en ello, aún cuando a todas luces es manifiesto que sus reclamos tienden al propio beneficio y no al de la persona involucrada o al bien común de la sociedad.

Cuando puede violarse el secreto médico

Nos referiremos en primer lugar a las causas naturales que pueden llevar a que cese la obligación de guardar un dato confidencial:

"1) la persona interesada permite la revelación; 2) la materia deja de ser secreta; 3) si un motivo adecuado justifica la violación del secreto." (4)

Ahora pasaremos al tema de las causas que podríamos denominar "sociales" para suspender el derecho a la confidencialidad.

Debemos atender cuidadosamente a estos aspectos ya que:

"Las excepciones a las reglas morales exigen siempre una cuidadosa justificación". (4)

Hay consenso general desde el punto de vista bioético en que los motivos que lleven a la ruptura del secreto médico deben ser realmente extraordinarios y se han reducido a dos; cuando afectan 1) intereses colectivos y 2) derechos y libertades de terceros.

En resumen tanto las causas naturales como las sociales tienden a respetar la autonomía y preservar la intimidad y privacidad del paciente; pero se impone un límite al colisionar el derecho a la confidencialidad de un individuo con el derecho de otras personas a preservar intereses superiores al de mantener el secreto como es el derecho a la vida.

Desde una perspectiva ética podríamos hacer un análisis desde dos puntos de vista: deontológico y consecuencialista.

La fundamentación deontológica afirma que son deberes: 1) el respeto por la autonomía y el derecho a la intimidad de las personas y 2) el deber de fidelidad a las promesas. Sin embargo no se trata de un deber absoluto sino vinculante *prima facie* esto es que en determinadas circunstancias, cuando entra en conflicto con otros deberes morales puede no llegar a ser un deber en acto o real (*actual duty*).

La fundamentación consecuencialista nos habla de los efectos negativos que implica la revelación de un secreto profesional. Por lo que no podemos dejar de mencionar una constante en este tema: Sólo circunstancias muy excepcionales pueden romper la obligación de confidencialidad. En todos los casos deberá valorarse, desde una visión utilitarista, la relación riesgo - beneficio. O sea, justipreciar los posibles daños que ocurrirán tanto en un caso (mantener el secreto) o por el contrario, dejar de respetarlo.

Es un deber del médico guardar información confidencial, pero también lo es proteger la salud de toda la sociedad y no sólo de alguno de sus miembros.

Conclusión

La confidencialidad es uno de los ejes fundamentales de la relación médico - paciente. La podemos entender como un deber del médico y a la vez un derecho del paciente.

Constituye el principio moral necesario para una relación sanitaria óptima, ya que una persona solamente depositará su fe y confianza en aquel profesional que respete su intimidad y privacidad. Pero sin dejar de mencionar que ese derecho no es absoluto sino que debe subordinarse a un derecho superior que es el respeto por la vida de las personas que conforman una comunidad con presupuestos morales en común.

Citas

(1) SIDA y Bioética. Capítulo III. Confidencialidad, libertad y los derechos de las personas. Pág. 151.

(2) Extraído del texto del Decreto 1.244 - 91. Artículo 2do., de nuestra ley 23.797 - 91.

(3) Macklin, Ruth: Etica y SIDA: Los dilemas y los problemas. Texto de la teleconferencia dictada el 11/10/95 a los servicios de Salud del país, organizada por la Comisión Nacional del SIDA - CONASIDA - del Ministerio de Salud. Pág. 8.

(4) IDEM cita (1). Pág. 153.

Declaración Universal de los Derechos Humanos

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo figura en las páginas siguientes. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera "distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios".

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión;

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones;

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y

Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso;

La Asamblea General

proclama la presente

Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraterna­lmente los unos con los otros.

Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Anexo 3

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

Psicólogos

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

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

Bioquímicos y odontólogos

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

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

Técnicos (laboratorio, rayos, etc)

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

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

Trabajadores Sociales

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

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

Enfermería (auxiliares y profesionales)

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

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

Médicos

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

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

1-Un cirujano, un clínico y cuatro subespecialistas

Administrativos

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

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

Servicios Generales

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

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

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

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

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGGC

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

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

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

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

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGCC

Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según función y lugar de trabajo
Zona Sanitaria IV, Junín de los Andes, 8 y 9 de noviembre de 2001

San Martín D.L.A.	2	1	1	1	2			1personal de limpieza	1	9
Junín D.L.A.	2			1	2	1	1	1personal de limpieza		8
Villa La Angostura/ Traful	1				1			1chofer	1	4
Las Coloradas					1	1		1cocinera		3
Jef.Zona									1	1
Total	5	1	1	2	6	2	1	4	3	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGCC

Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según función y lugar de trabajo
Zona Sanitaria II, Zapala, 22 y 23 de noviembre de 2001

Zapala	2			2	1		1	1	2	9
Mariano Moreno		1			1					2
Las Lajas					1	1			1	3
Bajada Del Agrio	1								1	2
Lonco pué Caviahue	1				1				1	3
El Huecú					1	1				2
Aluminé		1			1	1				3
Jefatura de Zona								1		1
Total	3	1	1	2	7	3	2	2	4	25

Andrea Macías
Programa de Desarrollo de Bioética
DGGC

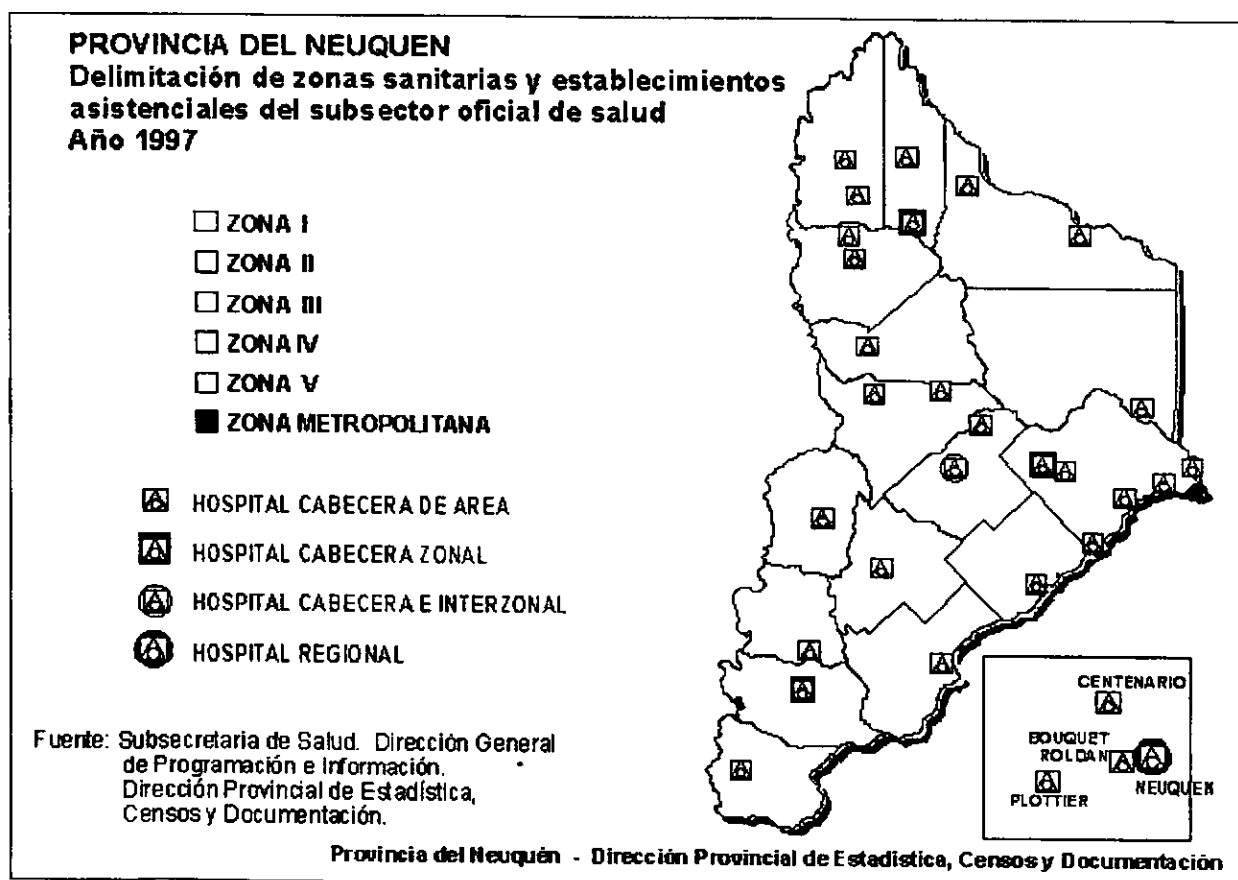
Convocatoria para el Taller de Sensibilización en Bioética según función y lugar de trabajo
Zona Sanitaria I, Plottier, 11 y 12 de diciembre de 2001

										Total
Centena Rio	1			1	1	1		1		5
Plottier	1	1		1			1		1	5
Senillosa			1		1			1		3
SanPatric del Chañar					1	2			1	4
Rincón de los Sauces	1				1				1	3
El Chocón					1		1		1	3
Jef.Zonal								1	1	2
Total	3	1	1	2	5	3	2	3	5	25

Andrea Macías
 Programa de Desarrollo de Bioética
 DGGC

Anexo 4

ZONAS SANITARIAS PROVINCIA DEL NEUQUEN



Anexo 5

Caso introductorio

ISLAS

Hay dos islas separadas por un mar lleno de tiburones. En la primera isla viven una muchacha de 22 años y su mamá. En la segunda viven el novio de la muchacha y un amigo del novio. La única forma de pasar de una isla a otra es en una barca a cargo de un lancharo.

Un día la muchacha quería ir a la otra isla para casarse con su novio y fue a ver al lancharo para que la llevase.

El lancharo le dijo que con mucho gusto la llevaba con tal que tuviera relaciones sexuales con él. La muchacha le contó a su mamá y le preguntó qué hacía: la mamá le dijo "Hija, esta decisión te corresponde a ti, haz lo que creas más conveniente".

La muchacha pagó el precio del lancharo y éste la llevó a la otra isla. Apenas llegó la muchacha le contó todo a su novio. Entonces éste le dijo a la muchacha "Así ya no me puedo casar contigo".

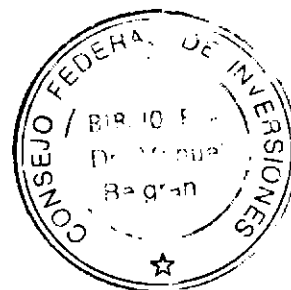
En ese momento se acercó a la muchacha el amigo del novio y le dijo: "Mira, yo siempre te he querido mucho; me da tristeza que te hayas quedado así, cástate conmigo".

Aquí termina la historia.

El instructor pedirá que cada persona se identifique con cada uno de los personajes, escribiendo por orden jerárquico el número 1 para aquel personaje con el que más se identifique, el número 2 para el siguiente y así sucesivamente.

Hecha la jerarquización personal, cada grupo procurará ponerse de acuerdo en una sola escala de valores, a partir de decisiones razonadas y en las que todos estén de acuerdo. Se trata de que cada uno explique por qué hizo su jerarquización.

Hacer un plenario.



Anexo 6

Casos para la discusión en el Taller

1) Teresa de 28 años, está con Hugo desde los 19, tienen cinco hijos hermosos. Ella trabaja para la ley 2128 y él en changas, nunca les faltó qué comer. Se llevan bastante bien salvo en un punto que no logran ponerse de acuerdo: cómo cuidarse. Teresa expulsó dos DIU y no tolera las pastillas, ya probó varias marcas distintas. Hugo no soporta la idea de tener que usar el preservativo con su mujer y quien sabe por cuantos años. Consulta con la trabajadora social del centro de salud porque escuchó por tele que en Río Negro varias mujeres las operaron de las trompas porque no querían tener hijos nunca más. Quiere saber si ella en Neuquén también puede hacerse esa operación.

2) Silvana está terminando su tesis de doctorado en ingeniería nuclear en el Instituto Balseiro de Bariloche. Luego viajará a Estados Unidos donde fue contratada para sumarse a un proyecto de investigación de primer nivel. Tiene 30 años y está en los comienzos de una carrera brillante. Pero no todo está bien, aunque ayer su ginecóloga le haya dicho que en la ecografía daba todo normal, que no habían quedado restos y por lo tanto no era necesario hacer un legrado. Silvana no puede controlar tanta angustia, a pesar de que sólo había sido colocarse unas pastillas en la vagina, después una pérdida casi como una menstruación y nada más. No es justo, ella siempre se cuidó como le indicó su médica, fue siempre muy obsesiva con ese tema. Un bebé es impensable, le arruinaría todos sus proyectos profesionales para los cuales se está formando desde hace más de diez años.

Dos meses más tarde, después de mucho meditarlo, le dice a su ginecóloga que decidió ligarse las trompas y no tener nunca un hijo ya que es incompatible con lo que quiere para su vida. La médica se niega diciéndole que puede arrepentirse y que, además, es una práctica no permitida por la ley.

3) A Marcelo lo acaban de internar. Hace varios meses que no está nada bien, adelgazó mucho, se siente muy cansado, sin ganas para nada. Casi no puede comer, todo se le queda como atorado en el pecho. Teme lo peor y le pide a su médico que, si llega a tener algo malo, no se lo oculte.

La mujer y la mamá de Marcelo están muy preocupadas, también temen lo peor, pero piensan que él no soportaría vivir sabiendo que tiene cáncer. A pesar de conocer lo que quiere Marcelo, le piden al médico que no se lo diga, que ellas ya verán cómo manejar el problema.

4) Es enero y Victorino, agente sanitario está haciendo la ronda en el puesto de los Sepúlveda a unos diez Km del pueblo. Se sorprende al encontrar a Danilo en la casa "de abajo" y no en la veranada. Danilo lo lleva aparte, fuera de la casa. Le dice que "el amigo le gotea" desde hace mucho y que

ya no aguanta más. Bajó desde la veranada para verlo a él y que le diera algo. Pero que ni se le ocurra decírselo a ese hijo é la gran puta del doctor. Hace dos años me pasó lo mismo, el doctor llamó a la patrona, le dio unas pastillas, aunque a ella no le pasaba nada, y me dijo que tenía que hacer uso con esa goma. La Eladia se avivó que había estado atorranteando por ahí y no me habló por un mes. Justo a mí me tiene que tocar este quilombo, piensa Victorino, y le dice a Danilo que vaya al pueblo al otro día que él va a ver cómo ayudarlo.

5) Julia no da más. Es la una de la mañana, está trabajando desde las dos de la tarde, su compañero no vino a relevarla y quedó recargada. Hace siete días que le toca el turno noche; para colmo le suspendieron el franco porque una compañera se enfermó. Se sienta cinco minutos y toma unos mates que le ceba la mucama (el médico y el chofer están de pasiva en sus casas). Fue un día de locos, piensa Julia: dos partos, don Sixto Hernández que se cayó del caballo y hubo que derivarlo urgente y, la frutillita del postre, doña Isolina internada desde hace cuatro días con indicaciones de rotarla cada dos horas, sin familiares para ayudar. Bueno en realidad las tres últimas noches la abuelita durmió como un tronco, la dejé descansar, daba lástima despertarla para darla vuelta. Por fin se hacen las seis y Julia se va a su casa. Cuando vuelve cuatro días más tarde, dos de franco y otros dos de artículo 80, se entera que doña Isolina tuvo que ser derivada a causa de una escara que se complicó.

6) Pobre Héctor, no pega una. Chocar diez días después de haberse comprado el Falcon. Y eso que la sacó barata, después de ver el auto no podés creer que sólo se haya fracturado la pierna. En dos partes dicen y expuesta, lo tuvieron que derivar urgente a Neuquén. No puede ser che, este pueblo ya tiene casi diez mil habitantes y el hospital no tiene traumatólogo. ¿Qué somos nosotros, ciudadanos de segunda? Para colmo llega al Castro Rendón y sin bajarlo de la ambulancia lo mandan a una clínica porque tiene obra social. De nada sirvió que la mujer llorara, rogara y pataleara. Dijeron que tenían pocas camas, reservadas para la gente sin obra social. Y ahora la mujer ya no sabe a quién mas pedirle prestado para pagar coseguros, descartables y no sé cuántas cosas más. Con cuatro hijos y cuatrocientos pesos de sueldo al mes, ya era un milagro que hubiera podido comprarse esa batata modelo '86. No si, pobre Héctor, no pega una.

7) Después de cinco horas de cola, Cristina se quedó sin turno para el dentista para Brisa, su hija de cuatro años, que tiene la dentadura destruida por las golosinas. El día anterior la nena no había podido dormir del dolor por caries en uno de sus dientitos. Era el tercer día que hacía cola y se quedaba sin turno. La llevará por guardia y tendrá que bancarse el reto del enfermero y después el del médico, como si a mí me gustara ver a Brisita con dolor. Ya la tenían harta, pero se quedaría callada, a ver si no le dan el calmante. Total para hablar al dope son todos mandados a hacer, desde el

médico hasta la Marta que tiene obra social, saca el turno por teléfono y encima protesta porque no le dan turno para la hora exacta que ella desea. Si tuviera que hacer cola por horas se le caerían los dientes a pedazos.

8) Luego de sacarle sangre a un paciente internado Analía, técnica de laboratorio,

se pinchó con la aguja. No lo puede creer, siempre fue muy cuidadosa durante sus diez años de profesión. Ya en el laboratorio y luego de lavarse bien la herida, le hace el test de VIH y hepatitis B a la sangre del paciente. Al dar negativos, se queda más tranquila y, sin comentar con nadie lo sucedido, continúa trabajando.

9) Es verano y Mirta vuelve a sufrir. Tiene várices desde muy joven y cada enero lo mismo. Que las piernas se le hinchan, le duelen y para colmo la venda elástica que resulta insoportable por el calor. Ni hablar que siempre usa pantalón largo. Pero ese verano dice basta. Va al médico y le pregunta si hay posibilidades de operarse y si es muy riesgoso. Le dice que no, que es una operación sencilla, de poco riesgo, que siempre existe, por ejemplo la infección de las heridas y a continuación le explica cómo es la cirugía. Mirta se opera, todo sale bien, no lo puede creer volver a usar polleras cortas sin medias.

Quince años más tarde, Mirta está casi igual que antes de operada. Va a otro médico, quiere saber si es porque la operaron mal. El médico le dice que no, que después de un tiempo las várices vuelven a aparecer y a continuación le explica el porqué. Mirta sale del consultorio pensando que, de haberlo sabido quizás no se hubiera operado, después de todo la venda elástica y el dormir con la cama inclinada no era tan terrible, además ahora usa igual polleras cortas y al que no lo gusta que no mire.