

## >> Haciendo lazos

### Debilidades y fortalezas de los CBH de bioética hospitalaria. Un comentario sobre sus funciones, funcionamiento, miembros y el impacto de la pandemia de covid 19

*Sabio, María Fernanda<sup>1</sup>; Lewkowicz, Andrés<sup>1</sup>; Alvarez, Mariana Yael<sup>1</sup>; Domínguez, María José<sup>1</sup>; Ross, Emiliano<sup>1</sup> \**



#### Introducción

Una de las formas en que la Bioética cobra vida y se expresa son los Comités de bioética hospitalarios (CBH). La sanción de la ley nacional 24.742 de 1996, que ordena su creación en el ámbito de los hospitales de autogestión o la ley 11044 de 1990 de provincia de Buenos Aires, una de las pioneras en Latinoamérica, favorecieron el desarrollo de estos comités en el contexto argentino. Si bien es posible rastrear algunos CBH previos, como los del Hospital de Clínicas de Buenos Aires, el servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, el centro Oncológico de Excelencia de la Fundación Mainetti, el hospital Emilio Civit de Mendoza y el hospital Francisco Javier Muñiz de la Ciudad de Buenos Aires, lo cierto es que el furor es posterior, aunque el éxito en su creación y continuidad no fue constante.

Durante la pandemia de Covid-19, parece haber habido un aumento en la creación y promoción de los CBH. La población ha escuchado hablar de protocolos de asignación de recursos y de la necesidad de contar con CBH que ayuden a delinear y a aplicar dichos protocolos. Pero, ¿qué son estos CBH? ¿Cómo se conforman? ¿Cuál es su función? En este breve artículo, presentaremos una reflexión sobre algunos de estos puntos. Nos centraremos en algunas de las fortalezas y debilidades de estos CBH y en el impacto que la pandemia ha tenido en estos.

---

<sup>1</sup> Este artículo es parte de la reflexión del proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján.

## Funciones, funcionamiento y miembros

Lo más interesante de estos espacios es su conformación y el papel que cumplen en las instituciones de salud. Las guías internacionales y la poca legislación nacional existente en torno a ellos los conciben como espacios plurales, interdisciplinarios, cuyos dictámenes son recomendaciones para los equipos de salud, los pacientes, familiares o distintos agentes que necesiten asesoramiento ante dilemas éticos del quehacer hospitalario. También tienen función docente, normativa y, más recientemente, se ha incluido la función de asesoramiento en ética institucional. Pero la razón de su aparición y la justificación central de su existencia son los dilemas de la vida hospitalaria, específicamente, en la atención de los pacientes. Es central tener presente que en estos espacios es insoslayable la escucha, la capacidad de argumentación, la predisposición para comprender y atender las razones o argumentos de los otros y, ante todo, la capacidad para alcanzar consensos. Lo que implica dejar de lado la negociación, en el sentido político del término. Quizá sí se puede pensar la negociación en el sentido del sujeto que negocia con sus propias creencias, valores y argumentos. Es decir que, los CBH invitan a poner entre paréntesis las propias convicciones para comprender la postura de quien tiene una perspectiva distinta. En este sentido, esta negociación puede implicar un cambio de perspectiva de la propia persona y una síntesis entre la perspectiva personal y la del otro.

Ahora, este consenso y esta multiplicidad de perspectivas necesitan, sin lugar a dudas, de la participación de diferentes personas con diversa proveniencia, formación y valores. ¿Hay límite a esta diversidad? Sí, lo hay o debería haberlo. Las personas que no están dispuestas a comprender ni escuchar razones ajenas, las personas autoritarias, las personas que no pueden trabajar en equipo, quienes crean poseer la verdad y valores universalmente reconocidos por toda la sociedad, no pueden ser bienvenidas porque no están dispuestas al intercambio honesto. El límite más importante es el reconocimiento y el respeto del otro como persona. Sin esto, el trabajo de los CBH no tiene sentido y no es posible. En este contexto, las jerarquías se desdibujan o deberían desdibujarse. Sin embargo, uno de los problemas que, a nuestro juicio, deben enfrentar los CBH es la jerarquía inherente a los hospitales. Uno de los escollos más difíciles es el impuesto por el modelo médico hegemónico, en el que la palabra del médico es central y casi sagrada, es decir, la palabra autorizada. No discutiremos ni analizaremos si esto es realmente así en la sociedad actual, pero sin duda, lo es en los hospitales. Claro que cada institución y equipo es un mundo, pero lo que prima es la verticalidad y la autoridad médica. Si esto debe o no ser así, no es el tema de este artículo, pero sí la reproducción de este modelo en los CBH. Es casi ingenuo esperar que sin un trabajo a conciencia y sin una conformación apropiada de estos espacios, la democracia y la igualdad que debe reinar en estos realmente se dé.

En este sentido, es posible encontrar bibliografía a nivel mundial que da cuenta de que, en su mayoría, los CBH están conformados por un número mayoritario de médicos, aunque esto ha cambiado con los años. Cabe preguntarse si esto es conveniente o si mejora la perspectiva ética o la posible resolución de los casos clínicos. Si partimos de la premisa de que la idea de los CBH es la amplitud de perspectivas, esta sobre representación médica puede ser un inconveniente. Aunque se ha argumentado que los médicos entienden mejor los problemas que se presentan en la atención de los pacientes, si asumimos la jerarquía intrínseca a las instituciones de salud, ¿la voz médica, al ser mayoritaria y tener mayor reconocimiento, no podría “tapar” las otras?

Sumemos otra complejidad: ¿el personal de enfermería no tiene también un conocimiento amplio del ámbito hospitalario? La mayoría de los casos que se presentan a los CBH son de difícil solución y, muchas veces, requieren seguimiento y atención de enfermería. Sin embargo, estos profesionales, que son tan transversales a la atención de los pacientes como lo son los médicos, no se encuentran sobre representados. Es más, muchas veces, ni siquiera están representados y algunas guías no los tienen en cuenta como personal necesario en la conformación de los CBH. Cabe aclarar que, en el caso de la participación del personal de enfermería en los CBH, parece existir una dificultad adicional compuesta por múltiples factores: es personal concebido por el sistema de salud y, muchas veces por ellos mismos, como personal subordinado, lo que puede dificultar la participación en los CBH de igual a igual con el resto de los miembros, sobre todo, en los CBH con menos experiencia y menos trayectoria; en muchos casos, no cuentan con apoyo de sus superiores; en otros casos, no logran ni la comprensión ni la ayuda de sus colegas a la hora de asistir a las reuniones; tampoco cuentan con apoyo institucional lo que implica el no reconocimiento del tiempo para las reuniones, de remuneración si estas son en un horario no laborable ni reconocimiento de curriculum en caso de concurso o promoción. El caso de enfermería es particularmente interesante porque su perspectiva disciplinar sobre las necesidades de las personas que asisten a los centros de salud es única. Sobre todo, cuando se trata de personas internadas o que requieren largo tratamiento. Sin embargo, el porqué de las dificultades para su participación en estos espacios ha sido poco estudiado. Tampoco se comprende la falta de perspectiva sobre los beneficios de su participación en los CBH. Sin duda, los equipos de salud se verían favorecidos al contar con profesionales de enfermería con entrenamiento en detectar y analizar dilemas éticos y en argumentar y consensuar posibles soluciones.

En cuanto a otros miembros que componen los CBH, las guías los nombran de a uno. Es decir, al menos un abogado, un especialista en bioética, un representante de la comunidad, etc. Con esta conformación, se espera contar con una suerte de representación de las diversas perspectivas. Claro que es posible preguntarse si la

palabra “representante” es adecuada. Ya que cada CBH tiene su estatuto que especifica la forma de inclusión como miembro y esto, por lo que sabemos, no implica la votación democrática de los que se suponen representados.

Detengámonos un momento en el miembro de la comunidad, que se supone, debe ser representativo de esta. Se espera que este miembro pueda hablar en nombre de las personas que asisten a un centro de salud, pero esto, muchas veces, no es posible. Por ejemplo, en centros polivalentes, ¿qué paciente, usuario o persona es la más idónea para representar los intereses de quienes asisten a dicha institución? No cabe duda de que este integrante es fundamental. Tampoco de que muchos CBH eligen a una persona cualquiera para cumplir con lo que las guías estipulan, sin tener en cuenta las características que este integrante debería satisfacer o sin poder encontrar el perfil más adecuado para cumplir dicho rol.

Retomemos la lógica institucional: los CBH siempre cuentan con un coordinador o presidente. Este no solo lleva la agenda, organiza y ordena las reuniones y ayuda a los miembros a mantenerse actualizados, sino que también es la cara visible de los CBH. Es el lazo o vínculo que, cuando es necesario, representa al CBH en su conjunto. No es difícil confundir a los coordinadores con el CBH en pleno o con una suerte de jefe. Esto hace que su rol no pueda ser desempeñado por cualquiera. No basta con contar con una formación sólida, sino que es necesario que no tome la palabra propia como la palabra del conjunto. Que no confunda la parte con el todo. Pero la lógica verticalista de la mayoría de las instituciones de salud contribuye y exacerba la problemática. Estas instituciones, por lo menos en Argentina, suelen ser personalistas y jerárquicas. Es muy fácil para un coordinador confundir su rol y hablar como si fuera el CBH o para un miembro del equipo de salud o del cuerpo directivo suponer que la respuesta dada en un pasillo por un coordinador es la respuesta del CBH en su conjunto. Este es un problema serio que no debería tomarse a la ligera, ya que esto contradice la razón de ser de los CBH. Rompe con el consenso, la democracia, la transversalidad, la construcción participativa y colectiva del dilema y su posible respuesta.

De la misma forma, un problema recurrente es que las recomendaciones de los CBH suelen ser tomadas como resoluciones mandatorias, pero es necesario tener presente que la ética no da respuestas últimas y que los CBH pueden equivocarse. Si bien estos deberían estar conformados para incluir miradas variadas, esto no es garantía de nada. No nos adentraremos en esta problemática, pero la composición de los CBH debe tener en cuenta la inserción en la institución. No todo miembro es adecuado para todo CBH ni toda conformación es adecuada a todo contexto. Dicho esto, no solo el error es posible, sino que es posible que la recomendación no sea apropiada para el paciente particular o no sea aplicable en la institución en la que se encuentra inserto el CBH. De ahí la importancia del representante de la comunidad, así como del marco

teórico y la metodología que el CBH implemente en el análisis y discusión de casos. Las teorías trasplantadas, sin ninguna adaptación, pueden traer serios inconvenientes. Lo óptimo es que los miembros conozcan los valores de la comunidad y de los miembros del centro de salud en el que se encuentran inmersos. A esto debe sumarse que las situaciones que analizan los CBH, en su mayoría, son dinámicas. Sin embargo, los dictámenes son una foto, un momento. Quizá no porque no miren la historia que condujo al dilema, pero sí porque el futuro es imposible de adivinar. Por lo que puede suceder, y de hecho a veces sucede, que lo que se recomienda en el tiempo X no resulte apropiado para el tiempo Y. Por ello, creemos recomendable revisar los dictámenes, tanto si estos llevaron a una resolución definitiva, como si estos llevan a una respuesta que puede modificarse en el tiempo.

## **Los CBH durante la COVID-19**

Un punto central durante la pandemia de Covid 19 fue que los CBH tomaron notoriedad y se visibilizó su necesidad, por lo que se promocionó su creación. Esto tiene muchas ventajas, pero también muchos problemas. Empecemos por los problemas.

Hemos dicho que los CBH tienen una conformación precisa o, por lo menos, las guías recomiendan cierta conformación. Se puede estar o no de acuerdo con lo aconsejado, pero lo cierto es que estas guías y normativas tienen en cuenta la necesidad de pluralidad en las perspectivas de los integrantes de los CBH. Así, podría sostener que la conformación que se propone que es bastante aceptable, pero no es fácil de lograr. Hemos adelantado la dificultad para lograr la participación del personal de enfermería y para definir el perfil del representante de la comunidad y encontrar una persona idónea para cumplir ese rol. Cuando un CBH es conformado de urgencia, surgen otras dificultades. Por ejemplo, se recomienda la presencia de un abogado y esta recomendación es más que atendible, dado que no se debe recomendar lo ilegal y los miembros de un CBH no están obligados a conocer todas las leyes ni a saber cómo interpretarlas. Es cierto que las instituciones suelen contar con abogados propios, pero estos pueden enfrentar conflictos de interés si forman parte de un CBH: ante un dilema, ¿qué prima, el interés del paciente o de la institución? Queda en evidencia que la elección de un abogado no puede ser un trámite ni un requisito burocrático que debe cumplirse a la ligera.

Lo mismo puede decirse, aunque en un sentido distinto, de los miembros externos a la institución. Las guías recomiendan que los CBH cuenten con personas que no sean empleadas del centro de salud para garantizar una mirada externa y no teñida por las lógicas intrínsecas de cada institución. El problema es cómo encontrar personas comprometidas, dispuestas a formarse, reunirse, deliberar y que tengan el perfil antes descrito...

¿Y qué pasa con el personal médico? En tiempo de pandemia se encuentra desbordado por lo asistencial. Sin embargo, la mirada médica es importante en estos temas y son ellos quienes deberán implementar las recomendaciones del CBH. Así como son ellos quienes mayormente se acercan a los CBH a realizar las consultas. ¿Los profesionales de la medicina realizarían consultas a un CBH sin médicos? A esto debe sumarse que los profesionales de la enfermería también estaban sobrepasados por la situación, por lo que su participación encontró más obstáculos que los habituales.

Otro problema tan importante como los anteriores: los CBH suelen tener miembros con buena voluntad, pero sin formación. Las guías recomiendan que los miembros se formen, ya sea participando de cursos, congresos, jornadas o, de una forma más “artesanal”, que aprendan de la experiencia de los miembros con más antigüedad y experiencia. Esta “capacitación” lleva su tiempo. Además, se espera que los miembros nuevos aporten nuevas perspectivas y si estos aprenden de los antiguos, esto se puede ver dificultado. De hecho, las guías también recomiendan la incorporación de un especialista en Bioética. Se puede interpretar esta recomendación como una manera de paliar la escasa formación de algunos miembros. ¿Pero qué pasa con un CBH formado entre gallos y media noche? ¿Quién y cómo escoge a sus miembros? ¿Qué tipo de estatuto se podría dar? ¿Qué tipo de formación en tiempo récord puede lograr? ¿Qué clase de representación? No debe perderse de vista que una de las razones para apresurar su conformación fue la posibilidad real de que se tuviera que decidir cómo administrar un recurso escaso y estratégico como los respiradores. Afortunadamente, los centros de salud de nuestro país y sus profesionales prácticamente no debieron enfrentar este dilema.

No dejemos de lado las ventajas. La promoción de los CBH podría ser la piedra angular para una mejora de su situación en las instituciones de salud. Estos organismos no siempre son bien vistos, no siempre se comprende su función y es un trabajo de muchos años lograr el prestigio, el reconocimiento y que los profesionales se acerquen a realizar consultas o participen de las propuestas formativas de los CBH. Quizá la pandemia resultó un facilitador al darles notoriedad. A esto se suma que muchas instituciones solicitaron a estos CBH que propusieran protocolos de manejo de recursos escasos o de ingresos a UTI. Este pedido los ha visibilizado aún más. Esto allana el camino para lograr más reconocimiento y mayores facilidades en las instituciones. Por ejemplo, esto podría usarse a favor del personal de la institución en general y de los profesionales de enfermería en particular para que cuenten con apoyo de sus superiores o colegas para participar de estos espacios, así como con el reconocimiento institucional, sea con la asignación de horas protegidas, con el reconocimiento de curriculum para concursos o promociones o con otros mecanismos.

Pero, debemos hablar de la realidad de lo sucedido con los CBH en pandemia. En su mayoría no han recibido consultas específicas sobre pacientes con Covid 19. Incluso, aquellos CBH que han propuesto guardias de 24 hs. no han sido consultados. Cabe esta aclaración porque las urgencias pueden suceder en cualquier horario, y no solo en el que se encuentra la mayor actividad presencial del hospital, que suele ser durante la mañana.

La falta de solicitud de asesoramiento puede interpretarse de diferentes maneras. En este caso, no es posible alegar desconocimiento, dada la promoción antes dicha. Pero quizá, sí el apremio ante la emergencia y la falta de hábito de la consulta. Un ejemplo común es el de la UTI y la necesidad de asignar un respirador. Si esto sucede en una guardia de noche, la tendencia es a tomar una decisión rápida con los elementos a la mano. Difícilmente se tenga presente la existencia de un CBH en esa circunstancia ni la posibilidad de consultarlo. Esto muestra que hay mucho camino por delante. ¿Si los CBH no pueden actuar en situación de emergencia como es una pandemia, si no son consultados, si el equipo de salud no los tiene presente, entonces, cuándo son realmente necesarios y por qué? El escenario de pandemia parece haberlos puesto en la escena para el afuera de las instituciones y para el delineamiento de protocolos de acción, pero parece haberlos dejado fuera de la consulta. Esto no favorece al equipo de salud que dejó de lado un posible apoyo, ni a los CBH, que no fueron capaces de cumplir sus funciones en un momento crucial. No queremos afirmar que todos vivieron la misma realidad, pero CBH con antigüedad y experiencia no fueron consultados más allá del protocolo. Quizá no hubo ocasión, pero quizá sea necesario trabajar la identificación de los dilemas y la dinámica de las consultas a los CBH, para que los profesionales cuenten con apoyo a la hora de tomar decisiones difíciles.

Los CBH tienen un largo camino aun por recorrer, sobre todo aquellos que fueron creados en pandemia. Será parte de este camino el generar espacios de consulta que permitan a los CBH y los equipos de salud aprender a trabajar en conjunto. Si bien sabemos que es un trabajo arduo, también sabemos que se trata de un trabajo que puede tener grandes beneficios no solo para el personal de salud, sino también para los pacientes.

**María Fernanda Sabio** es Profesora de Enseñanza Media y Superior en Filosofía y Doctora en Humanidades Médicas de UBA y Especialista en Bioética de FLACSO y en Enseñanza en Entornos Virtuales de UNQ. Es profesora investigadora de UNLu y FLACSO y Coordinadora del Comité de Bioética y de Ética en Investigación del Hospital Posadas. Dirige el proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján. [mariaferndasabio@gmail.com](mailto:mariaferndasabio@gmail.com)

**Andrés Lewkowicz** es Profesor y Licenciado en Ciencias de la Educación de la UNLu y Especialista en Metodología de la Investigación de UNLa. Es docente en UBA, UNLu, UNAHUR y UNLZ. Es investigador en el proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján. [andres.lewkowicz@yahoo.com.ar](mailto:andres.lewkowicz@yahoo.com.ar)

**Mariana Yael Álvarez** es licenciada en enfermería y licenciada en administración de la UNLu. Es docente-investigadora en la UNLu, trabaja como enfermera asistencial en el HNDB Sommer y como administrativa en el HIGA Vicente López y Planes. Es investigadora en el proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján.

[marianayalvarez@hotmail.com.ar](mailto:marianayalvarez@hotmail.com.ar)

**Emiliano Ross** es médico oftalmólogo de la UBA, Magíster en Investigación Clínica del Htal. Italiano y doctorando en la Facultad de Medicina de la UBA. Es secretario del Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional Posadas y miembro del Comité de Bioética Hospitalaria de la misma institución. Es investigador en el proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján. [ross.e.facundo@gmail.com](mailto:ross.e.facundo@gmail.com)

**María José Domínguez** es Licenciada en Enfermería por la Universidad Austral y Profesora en Enfermería por la Universidad del Salvador. Es Profesora Adjunta de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Luján. Es investigador en el proyecto de investigación “Los profesionales de enfermería y los Comités de Bioética Asistencial y de Ética de la Investigación en Argentina. Modos y niveles de participación, dificultades, condiciones sociodemográficas, laborales económicas y trayectorias formativas”, financiado por el departamento de Educación de la Universidad Nacional de Luján. [mjdominguez@mail.unlu.edu.ar](mailto:mjdominguez@mail.unlu.edu.ar)

*Las opiniones vertidas en esta sección son de exclusiva responsabilidad de quienes las emiten y no representan, necesariamente, el pensamiento de Bioeticar Asociación Civil.*