



**Comité de Ética Asistencial**  
Hospital Juan Noé Crevani



## *“FUNCIÓN NORMATIVA DE UN CEA: EXPERIENCIA EN CEA HJNC”.*



**Dr Patricio Ledezma Trullen**

**Médico Pediatra – Mg en Bioética Social y Salud Pública**

**Presidente CEAM – CEA HJNC, Arica**

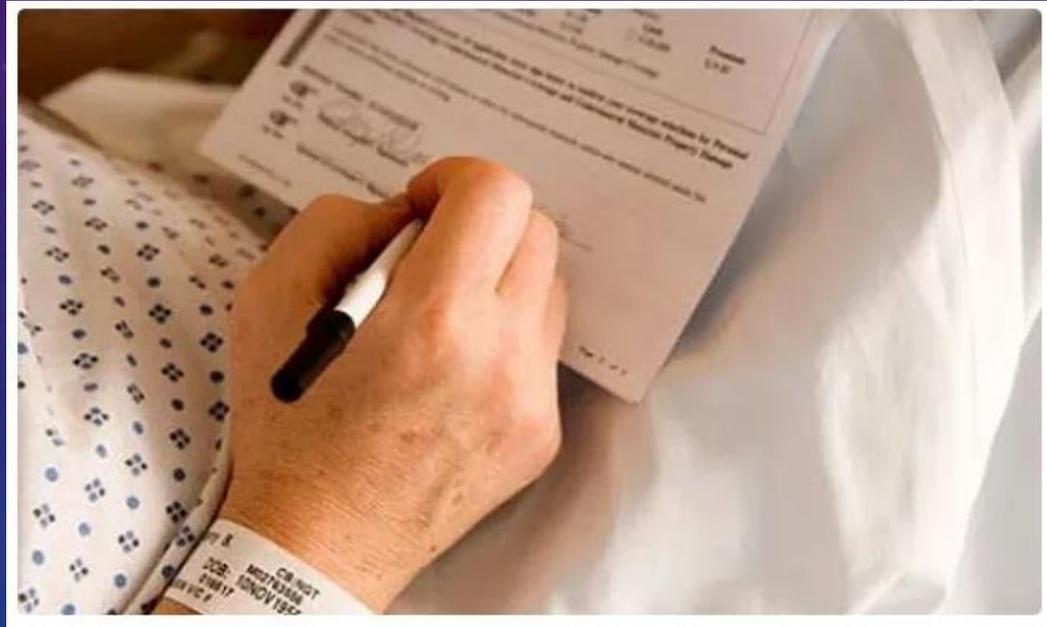


## NO TENGO NINGÚN TIPO DE CONFLICTO DE INTERESES



# ESTRUCTURA DE LA PRESENTACIÓN:

- CEA : funciones
- Función o “Dimensión” o “Asesoría normativa” ?
- Realidad actual y desafíos en CEA HJNC
- CEA – CEAM : Propuesta en lo “normativo”



# CEA : DEFINICIÓN Y FUNCIONES

- Los Comités de Ética Asistenciales instituidos por la ley N° 20.584, son órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella.
- Podrán constituirse estos comités en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados.
- (Decreto 62 Aprueba Reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética asistencial. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales).

# CEA : 3 FUNCIONES ELEMENTALES

- FUNCIÓN CONSULTIVA (principal función)
- FUNCIÓN EDUCADORA
- FUNCIÓN NORMATIVA

- FUNCIÓN NORMATIVA?
- DIMENSIÓN NORMATIVA ?
- ASESORÍA NORMATIVA ??
- RESPONSABILIDAD NORMATIVA ???



- RIESGO = “NAUFRAGAR ENTRA LA FORMA Y EL FONDO” (!!!)



# FUNCIÓN NORMATIVA . . . ¿EXPECTATIVAS EN LA SEMÁNTICA? ¿DISOCIACIÓN PARADIGMA-REALIDAD?

- En HJNC ARICA, constituida la UBH (consultoría ético-clínica) desde ENE 2022
- Asesoría Bioética clínica “bed-side”, aplicando CONSULTORÍA ÉTICO-CLÍNICA (Cons E-C)
- Identificación de conflictos y dilemas E-C en los servicios y unidades, pero también hallazgos de situaciones que requerían al menos una “orientación normativa”, y que no habían sido consultadas al CEA.

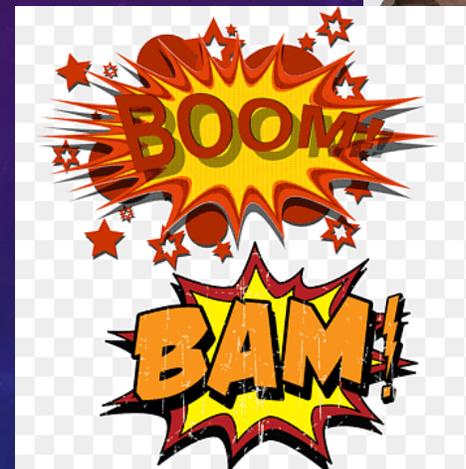
- **“siempre se ha hecho así”**
- **“qué importa...mientras el paciente firme la ficha estamos respaldados”**
- **“ya...bien...pero ¿Por qué mejor no lo elaboran Uds?”**

## ALGUNAS SITUACIONES PESQUISADAS (vinculadas a aspectos ético -“normativos”)

- Falta de protocolos de ALTA VOLUNTARIA y ALTA ADMINISTRATIVA
- Conflictos con la “etiquetación” de pacientes en aislamiento y la visualización de estos en las visitas (CONFIDENCIALIDAD, DISCRIMINACIÓN, etc.)
- “Registros visuales” de enfermedades o condiciones para solicitar IC u opiniones y definir un curso de acción (situación transversal de estamentos, especialmente médico)
- Indicación de fármacos sin bases sólidas aún disponibles de real utilidad, utilizando recetas del hospital.
- Aplicación de consentimientos informados y validación de estos por la oficina de Calidad o la subdirección médica, para su posterior ejecución .....sin opinión del CEA !!!
- Asuntos más específicos: AET sin protocolo formal.
- Otros temas : acceso a información sensible, correos electrónicos masivos o con “remitente general”, etc.

# ¿CÓMO RESOLVER? ESTRATEGIAS APLICADAS

- Conversar directamente con las jefaturas, Dirección-sub y Oficina de Calidad.
- Posicionar la CEA con un ROL ASESOR ORIENTADOR y no como un elaborador de protocolos.
- Solicitar la revisión formal de los documentos por el CEA antes de la aprobación por la autoridad,. Participar en la elaboración en ciernes si el tema o instancia lo ameritan.
- Coordinar acciones comunes con la oficina de calidad en algunas materias específicas: CI, etiqueta de pacientes portadores de gérmenes, etc.
- Mostrar un rol acompañante y colaborador activo, especialmente a través de la cons E-C dependiente de la UBH en terreno, y no como un “consejo de ancianos” apartado de la realidad. (ROL FACILITADOR)



- **RIESGOS:**
- **SER VISTOS COMO UNA ESPECIE DE “POLICIA MORAL”**
- **PERCEPCIÓN PSEUDOPUNITIVA**
- **EXPECTATIVAS MUY CONCRETAS** (proceder con “pensamiento de diagrama de flujo”)
- **EXPECTATIVAS QUE DESCANSAN MÁS EN “BLINDAJE LEGAL”** que en “CONCIENCIA ÉTICA de la praxis”

**POLICE ETHICS**

A MATTER OF CHARACTER



Douglas Perez | Alan J. Moore  
Second Edition

## ALGUNOS LOGROS:

Nuevos protocolos: Alta adm y alta voluntaria, AET basado en protocolo de NIT, pauta de AET, pauta para elaboración de CI

Acciones en pisos: rótulo de pacientes (info-patologías-condición aislam, etc) : uso de etiqueta con info sin vulnerar info sensible.

Coordinación con otras oficinas del hospital trabajando actualmente en : migración de ficha papel a electrónica y protocolo de seguridad y acceso de la información de pacientes

Incorporación del CEA en la Unidad de ciber seguridad y en las reuniones semanales de la Of de Jurídica



- AFORTUNADAMENTE:
- Buena percepción de la acción con intención de “función normativa”.
- Reposicionamiento del CEA como entidad asesora y educadora : la cons E-C siguiendo recomendaciones de la ASBH ha sido fundamental.

(ASBH: Sociedad americana de Bioética y humanidades)

# Y DESDE LA CEAM: PROPUESTA DE MODIFICACIONES DECRETO 62

- 2023-2024. revisión del Decreto 62 y discusión de qué podría ser modificado y/o actualizado.
- CEAM : varias sesiones se han discutido observaciones , algunas ya elaboradas más concretamente.
- **Plan: tener un reglamento actualizado que sea más cercano a la realidad existente a nivel nacional en una forma transversal.**
- **2024-2025.** socializar las propuestas con los CEA del país y generar feedback para su redacción final

## EJEMPLOS:

- Continuar con concepto de “integrante” y no representante de servicio o unidad
- Integrantes : número mínimo de CEA, pero el máximo sea definido según realidad local.
- Obligatoriedad de sesionar, aunque no hayan casos para discutir.
- Renovación del staff: al menos 30% cada 9 años .
- Incorporar materia de discusión como los fármacos de altísimo costo.
- Fomentar la consultoría clínica, a través de visitas del CEA a los servicios o generando un equipo de Cons E-C (ASBH : individual – equipo – CEA)
- Horario protegido.
- Abogado ojalá externo al CEA.

# FINALMENTE

- La función o “rol asesor – normativo” debe ser posicionada con igual profundidad que la función consultiva.
- Es fundamental que el CEA salga de un “pseudoenclaustramiento” y vaya a los pisos, visitando los CR y Unidades e identificando fuentes o situaciones que eventualmente puedan mejorarse desde un punto de vista normativo, más allá del impacto legal.
- La Cons E-C o las visitas de integrantes del CEA debieran ser una práctica (individual – equipo– CEA) (ASBH).
- La función normativa (nivel micro-macro) debe ser vista en forma dinámica, permanente, con afán meliorista y nunca con carácter punitivo.



Comité de Ética Asistencial  
Hospital Juan Noé Crevani



**MUCHAS GRACIAS !!!**