



Revista Brasileira de Bioética

Marcela Paulina Bernal
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
marcelapaulinabernal@gmail.com

Sergio Almirón
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
sealmiron@gmail.com

Marcela Alejandra Artero
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
mcotrofe@yahoo.com.ar

Marianela Balanesi
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
marianelabalanesi@gmail.com

Javier Champredonde
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
jchampre@hotmail.com

Eleonora Foresi
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
eleonoraforesi@yahoo.com.ar

María Agustina Freije
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
agustinafreije85@gmail.com

Elba Gorostizu
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
agoro23@hotmail.com

Silvina Daniela Maté
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
silvinamate@gmail.com

Enrique Luis Pianzola
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
pianola@copetel.com

Patricia Marcela Urbandt
Comité de Bioética HIEMI-HIGA, Mar del Plata,
Argentina
urbandtmp@hotmail.com

Intervenciones pedagógicas de los Comités de Bioética en contextos clínicos: hacia la apertura de procesos deliberativos en una Unidad de Cuidados intensivos Neonatales

Pedagogical interventions of the Bioethics Committees in clinical contexts: towards the opening of deliberative processes in a Neonatal Intensive Care Unit

Resumen: Los Comités de Bioética cumplen una función educativa relevante al interior de los Equipos de Salud. En ese pensamiento desarrollamos intervenciones pedagógicas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal en un Hospital Público en Mar del Plata, Argentina. Estas actividades se basaron en la educación prolematizadora a través de talleres de inducción de reflexión-acción. El propósito fue el de favorecer la reflexión acerca de la fragmentación y automatismo de algunos procedimientos en áreas críticas de trabajo para generar cambios. Como conclusión se detectó la necesidad de espacios deliberativos y de establecer canales para la expresión de opiniones y emociones, para analizar y mitigar el stress moral generado a partir del trabajo. Los miembros del Equipo de Salud comenzaron a identificar cómo los dilemas bioéticos no resueltos impactan en las conductas personales y profesionales, y por lo tanto en los procedimientos y tratamientos conduciendo a tratamientos “fútiles”.

Palabras clave: Bioética. Didáctica. Educación Problematizadora. Deliberación. Futilidad.

Abstract: Bioethics Committees have a significant educative role in Health Services. In that way, pedagogical interventions were carried out at the Neonatal Intensive Care Unit (ICU) in a Mar del Plata, Argentina Public Hospital. They were based on Problematizing Education through workshops inducing reflection/action. The aim was to help reflection about fragmented and automatic procedures in critical work areas. As a conclusion the need of generate deliberative spaces emerged, as well as the need to establish channels for the expression of opinions and emotions, and mainly to analyze and relief the moral stress generated by working at the ICU. The Health Team members began to identify how non resolved bioethical dilemmas impacts on personal and professional behavior and therefore in procedures and treatments, often conducing to “futile treatments”.

Keywords: Bioethics. Didactics. Problematizing education. Deliberation. Futile treatments.

Introducción

En el año 1993 la UNESCO lanzó el Programa de Educación en Bioética, en 2005 los Estados miembros adoptaron la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, en cuyo artículo 23 se animó a los mismos a *“fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos”* y a *estimular “programas de comunicación y difusión de conocimientos sobre la bioética”* (UNESCO, 2005).

Los problemas éticos emergentes, sumados a las situaciones de exclusión de grandes grupos humanos, características de nuestra región/país, nos interpelan a plantear una bioética de amplio abordaje y mirada integral, que tenga la capacidad de avanzar hacia los espacios en los cuales los actores toman decisiones. La tarea de los Comités de Bioética, (en adelante CB), en este aspecto puede resultar muy enriquecedora y generar un gran impacto, a la par que permite visibilizar la tarea de estos, y favorecer la accesibilidad y generar vínculos con los profesionales del equipo de salud de la institución a la cual pertenecen. En este sentido, destacamos la función educativa de los CB, como facilitadora de los procesos de enseñanza-aprendizaje, para la construcción del conocimiento, de nuevas habilidades y competencias, dentro de una pedagogía crítica y democrática. Como expresa Susana Vidal, si bien las funciones de los Comités Hospitalarios de Bioética (CHB) se pueden agrupar en las denominadas educativas, consultivas y normativas *“sin duda la más importante (...) es la función educativa”* (Vidal, 2016, p. 26). Resaltando a continuación que *“incluso, aunque no desarrollen ninguna de las restantes, su existencia queda justificada si puede llevar adelante un programa educativo...”* (Vidal, 2016, p. 26). Por lo tanto, el ámbito asistencial surge como un escenario privilegiado para concretar la función destacada por Vidal. Pues allí es donde los valores, principios, perspectivas culturales, se traducen en acciones concretas, las diferentes posturas asumen nombres propios e interpelan al ser humano en relación con su capacidad reflexiva y problematizadora. (Vidal, 2008, p. 403-439).

Desde esta perspectiva, partimos del marco teórico de una educación problematizadora, que propone el encuentro con el otro y su ejercicio se posiciona como práctica liberadora. De esta manera, siguiendo a Paulo Freire (1985) *“...nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión y el mundo es el mediador”* (Freire, 1985, p.86). Nuestro comité se planteó la necesidad de educar en los espacios de práctica médica que se muestran con la necesidad de

encontrar opciones a ciertos dilemas. Teniendo en cuenta que trabajábamos en contextos altamente alienantes, como lo son los de la práctica de las Terapias Intensivas, propusimos un espacio de reflexión crítica grupal donde la concientización basada en el diálogo genere nuevas opciones de pensamiento y nuevo conocimiento, tendiente a incorporar la teoría bioética como herramientas de análisis para la práctica médica, para poder afrontar así los dilemas bioéticos cotidianos que no parecen estar abordados de manera profunda y que nuestro Comité viene a visibilizar.

En este contexto, partiendo de la inquietud planteada en una entrevista informal por algunos profesionales del Servicio de Neonatología de la institución a la cual pertenecemos, desde el marco teórico referido, propusimos, a los profesionales el desarrollo de dos intervenciones pedagógicas. El objetivo principal consistió en generar una reflexión conjunta sobre las causas que intervienen en la implementación de procesos de trabajo fragmentados y acrílicos, y la transformación de los mismos en procesos participativos que favorezcan la toma de decisiones consensuadas.

La necesidad de cambiar el paradigma en la relación médico/paciente, mejorar la comunicación entre los profesionales de salud y con los usuarios del sistema, y de fomentar procesos de trabajo que acoten la brecha existente entre la proclamación del derecho a la salud y sus implicancias y la efectiva implementación del mismo, es ampliamente reconocida por la literatura y se nutrió, en este caso, de la experiencia de algunos de los profesionales que integran nuestro Comité y que han realizado o realizan tareas asistenciales en el ámbito público o privado.

Creemos que los CB tienen la responsabilidad de detectar las necesidades de formación en bioética entre los profesionales de salud de los servicios de las instituciones a las cuales pertenecen, interviniendo sin asumir posturas rígidas o inflexibles, a través de propuestas deliberativas que favorezcan la reflexión y el debate. La interdisciplinariedad característica de todo Comité de Bioética, favorece esta dinámica. De esta forma, nos proponemos acercar la distancia entre la realidad y su complejidad, para intentar transformarla, achicando la brecha y poniendo luz entre lo observado y el observador (Rovere,1993),a partir de la función didáctica de nuestro comité de bioética, como facilitadora de los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Objetivos

Nos propusimos proponer espacios que generen una reflexión conjunta del equipo de salud sobre las causas que intervienen en la implementación de procesos de

trabajo fragmentados y acríticos, y la transformación de éstos en procesos participativos que favorezcan la toma de decisiones consensuadas.

Por otro lado, surge la necesidad de analizar la importancia del rol educativo de los Comités de Bioética en escenarios clínicos, identificando las estrategias de abordaje, metodologías, e impacto potencial. Para ello, presentamos estas experiencias prácticas que describen lo vivido en nuestra institución, el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil HIEMI, de la ciudad de Mar del Plata, Argentina, y que nos permiten analizar las temáticas surgidas de la reflexión conjunta del equipo de salud.

Metodología

Como metodología utilizamos recursos pedagógicos innovadores que combinaron lo lúdico, el debate y los estudios de caso, para generar espacios de reflexión, análisis y aprendizaje. Para evaluar los resultados, realizamos una encuesta que nos proveyó de datos cualitativos, que combinamos con técnicas de observación objetiva e indagación y análisis bibliográficos, con estudio exploratorio descriptivo en base a material documental y bibliográfico, para aportar a las conclusiones. Se administraron encuestas anónimas, posteriores a las actividades, que sirvieron para evaluar las intervenciones pedagógicas, con el objetivo de proporcionarnos elementos para la reflexión profunda sobre el impacto posible o potencial de nuestras intervenciones y los temas que surgieron de las mismas.

La importancia de la construcción y el aprendizaje del conocimiento en bioética

La tarea de educar en bioética, siguiendo a Susana Vidal (2012), es sin duda un enorme reto contenido en el contexto siempre dinámico y desafiante de los procesos de enseñanza-aprendizaje. Cuando se educa en bioética, se debe estar dispuesto a acompañar, motorizando en el otro el desarrollo de las competencias necesarias que permitan: identificar valores en juego, aprender a aplicarlos, a deliberar acerca de estos valores, y sobre todo, y por encima de todo, a estar abiertos a generar, sostener y guiar los procesos de toma de decisiones consensuadas. Educar en Bioética tiene que ver con facilitar el desarrollo de competencias para participar activamente en los procesos de toma de decisión. (Mickneall y Singer, apud Vidal, 2012, p. 21-22). Además, adherimos a la concepción de que *“La deliberación es el método para*

el razonamiento moral. Es el arte de incluir en nuestros juicios todos los elementos continentales a fin de tomar decisiones sabias” (Gracia apud Vidal, S. 2012, p. 21-22). De esta manera, se intenta lograr que los individuos desarrollen ciertas actitudes: la mente abierta a la opinión de otros, una disposición activa al diálogo, el respeto por los demás, la tolerancia hacia las elecciones, valores y principios del otro, que favorecen situaciones más empáticas en la práctica.

Proponemos focalizar en el desarrollo de competencias para participar activamente en los procesos de toma de decisión, y para lograrlo se requiere de cierta metodología educativa que parece estar reñida con las formas tradicionales de enseñanza. Desde esta perspectiva, no compartimos la idea de que enseñar bioética sea lo mismo que enseñar cualquier otro saber, como, por ejemplo, el de la medicina clínica, por ello, entendemos que la pedagogía de la problematización, referida como marco teórico en la introducción, es la herramienta indicada para abordar este tipo de intervenciones. En este sentido, compartimos la perspectiva de Susana Vidal (2012) al respecto.

“En América Latina el modelo de la problematización tuvo un importante desarrollo a través del programa de educación de adultos impulsado por Paulo Freire en las campañas de alfabetización masiva en Brasil. En esta propuesta la educación se entiende como “herramienta” para la construcción de un sujeto crítico de transformación social, recuperando los valores de la propia cultura como elementos problematizadores de la realidad, a partir de los cuales se construye el programa educativo. El aprendizaje, así, es factor de cambio de las actitudes y las propias prácticas hacia un proceso de transformación social”. (Vidal, 2012, p. 26).

Podríamos también anticipar que la estrategia de educación en escenarios clínicos integra lo que se conoce como capacitación permanente, en el cual se abordan en forma prioritaria los problemas emergentes al interior de cada servicio, los cuales, a su vez, reflejan la problemática de la comunidad en la cual se insertan. El proceso de capacitación debe ser permanente, en el ámbito de los servicios y relacionado con la problemática real de la institución y la comunidad, debe apuntar a la creación de una conciencia crítica de los agentes de salud para con sus propias prácticas y abrir canales de comunicación con la sociedad a la que se prestan las acciones de salud. En el momento en el cual el CB sale a accionar la bioética y se sitúa en el relato de los integrantes de los equipos de salud, salen a la luz las dificultades y los retos que

se deben enfrentar diariamente. En consonancia con la pedagogía de la problematización, las intervenciones propuestas estarán destinadas a generar un pensar y reflexionar colectivo, que *“indaga en la realidad para problematizarla, en contextos reales”* (Vidal, 2012, p. 28).

Los antecedentes de intervenciones pedagógicas de nuestro comité de bioética hospitalario

El CB de nuestro hospital, cuenta con antecedentes de intervenciones en escenarios clínicos desde su fundación. Reiteradamente se intentó facilitar la construcción del conocimiento de la bioética en el equipo de salud. En las intervenciones realizadas anteriormente, en forma de ateneo o de talleres, se delimitaron los alcances de esta transdisciplina, se reflexionó acerca de los elementos que caracterizan la existencia de un dilema bioético. Se realizó una capacitación sencilla que buscaba que los profesionales de la salud puedan identificar y reconocer los derechos de los pacientes, en especial en relación con su autodeterminación sobre la aceptación o rechazo de tratamientos médicos, materializado en un debido proceso de consentimiento informado (CI), en que se preserve su derecho de información y autonomía.

Durante el mes de noviembre del año 2017, a pedido del Servicio de Trabajo Social del Hospital Interzonal Materno Infantil “Tetamanti” de Mar del Plata (HIEMI), se realizaron dos experiencias educativas por parte del CB destinadas a todo el equipo de salud: una jornada con un expositor externo para intentar mejorar la comunicación dentro de todos los servicios entre sí en protección de la seguridad de los pacientes, y un ateneo hospitalario en la sala principal de conferencias del hospital para informar sobre los derechos de los mismos y para facilitar el respeto de la autonomía progresiva de los menores de edad, luego de la sanción del Código Civil y Comercial.

Descripción de las experiencias didácticas propuestas en el enfoque problematizador: Intervenciones didácticas en el contexto de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Con estos antecedentes, en el año 2018 se realizaron las intervenciones didácticas para los profesionales de salud del Servicio de Neonatología. Este servicio es un área cerrada, con toda la complejidad e impacto que esto implica y algunas peculiaridades que la caracterizan. Este avance científico al interior de los servicios de neonatología no ha sido debidamente balanceado por el contrapeso que implica *un cuidado*

humanizado, entendiendo por tal a todo cuidado que tenga como objetivo final el respeto por la dignidad de la persona. Por ello, se ha afirmado la urgente necesidad de individualizar el cuidado y realizar un abordaje integral, evitando especialmente la profundización de procesos de trabajo algorítmicos, fragmentados y acrílicos. Es en este punto en el que se torna necesaria la función educativa de nuestro comité.

No obstante, existen varios factores que suelen conspirar contra este cuidado individualizado. Estos han sido claramente graficados por Arnaez et al (2017), en un estudio publicado en 2017:

“los recursos insuficientes, la desconfianza acerca de las capacidades del resto del equipo, la agresividad de los tratamientos sin evaluar beneficios y la incertidumbre pronóstica. Estos, entre otros aspectos, impactan en la persona (anestesia moral y emocional, desajustes físicos y psicológicos), en el equipo (intolerancia a la discrepancia, menos cohesión del grupo), la familia (comunicación poco asertiva) y el paciente, determinando un empeoramiento en la calidad de atención y repercutiendo negativamente en los procesos de toma de decisiones” (Arnaez, 2017, p. 87)

Como resultado de una entrevista informal en la que algunos enfermeros solicitaban a nuestro Comité información sobre bioética, detectamos la necesidad de una intervención pedagógica para Servicio de Neonatología del hospital, ya que se expresó la frustración y malestar que genera el cuidado de pacientes crónicos cuyo tratamiento es percibido retrospectivamente como fútil, en algún punto de la estadía de los pacientes en la Unidad. Este planteo fue el disparador que inició el trabajo por parte del CB de planificación, implementación y evaluación de dos talleres pedagógicos de reflexión-acción. Las intervenciones fueron diseñadas por el Lic. Sergio Almirón, especialista en educación, integrante del CB, identificándose en cada caso objetivos específicos, dinámica de trabajo, técnica de observación y evaluación. Las mismas se anunciaron entre los profesionales y se implementaron de manera de potenciar la posibilidad de concurrencia de todos los profesionales del equipo de salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos). Durante la realización de los talleres implementamos la técnica de observación objetivada, para analizar cualitativamente las actividades. Con posterioridad a su realización, evaluamos sus resultados, a través de una encuesta realizada en forma anónima por los participantes. Elaboramos un informe a partir de los datos cualitativos relevados en el cual recogimos las intervenciones de los profesionales, la dinámica en la comunicación y los temas surgidos.

Las intervenciones pedagógicas realizadas: Descripción de los talleres

Primer taller: “Los tres lenguajes en la relación médico-paciente: tres lenguajes en bioética”

Participaron en el primer taller 24 personas, todos profesionales del servicio de neonatología: 13 médicos, una asistente social, una terapeuta ocupacional, y nueve enfermeras. Además, se hicieron presentes en la actividad la mayor parte de los integrantes del Comité.

El objetivo general quedó redactado en los siguientes términos: lograr sensibilización, reflexión y la necesaria concientización en el equipo de salud ante los dilemas bioéticos que se presentan en el servicio, mientras que el objetivo específico buscaba lograr una respuesta grupal del funcionamiento del servicio en lo referente a la mirada y accionar bioético, y que esta respuesta sea superadora del funcionamiento actual como compartimentos estancos por guardias y que, a su vez, represente todas las voces de los agentes de salud involucrados.

El desarrollo del mismo se planteó en 3 etapas. En una primera etapa, el coordinador explicó la actividad y se solicitó a los participantes que eligieran alguna situación clínica o procedimiento frecuente del servicio, y que describan los aspectos científicos, los personales (percepciones, sentimientos y emociones que surjan en el abordaje del paciente) y, por último, pongan en palabras lo que piensan que percibe el paciente desde su incubadora.

Se conformaron 4 grupos de 6 integrantes cada uno bajo la premisa que médicos y enfermeras interactúen al interior de cada grupo. La intención era que el Equipo de Salud se exprese en la producción grupal disolviendo los roles y vínculos profesionales cotidianos y a veces conflictivos. Esta primera actividad, basada en la dinámica del “torbellino de ideas”, donde todos aportan a la producción del afiche sus convicciones y opiniones sin coerciones ni condicionamientos, permitió el amalgamamiento del grupo y la expresión del Equipo de Salud como un todo.

La última etapa fue la etapa reflexiva. El coordinador estimuló el intercambio de ideas en un clima de confianza, sin sancionar las diferentes expresiones, cumpliendo el rol de mediador entre las diferentes posturas que fueron apareciendo, con el aporte interdisciplinar del resto de los integrantes del CB, relacionando y ampliando los marcos teóricos.

De esta manera, en la puesta en común final la “voz del paciente”, interpretada por el equipo de salud, se pretendió enriquecer con el imaginario colectivo del conjunto. Es decir, se intentó que los profesionales se pongan empáticamente en el lugar del paciente.

Segundo taller: “Refranes: la otra mitad”

Esta actividad se planteó a partir del pedido del propio equipo, debido a la amplia repercusión e impacto de la primera. Asistieron a dicha actividad un total de 27 participantes, 14 médicos, 10 enfermeras, 2 trabajadores sociales y una psicóloga.

Antes de que ingresen los participantes, se colocaron en la sala carteles en los que se narraban casos clínicos con algún componente de dilema bioético y pequeños diálogos o reflexiones relacionados con situaciones cotidianas del servicio vinculadas con déficits de comunicación, situaciones de vulnerabilidad, comunicación con las familias, ingreso y participación de los padres en el cuidado, etc.

Los objetivos en esta segunda experiencia quedaron planteados en los términos que siguen: como objetivo general se procuró sensibilizar, reflexionar y concientizar acerca de los dilemas bioéticos que se presentan en el servicio. Como objetivos específicos se apuntó a lograr una respuesta grupal del funcionamiento del servicio en lo referente a la mirada y accionar bioético y especialmente sobre las terapias fútiles, procurando que los profesionales puedan elaborar respuestas superadoras del funcionamiento actual como compartimentos estancos por guardias y que, a su vez, puedan estar representadas todas las voces de los agentes de salud involucrados.

Además, se procuró que los profesionales puedan reconocer que la terapia fútil es, al menos, deshumanizante, advertir que ciertas terapias, en determinadas circunstancias, se convierten en encarnizamiento terapéutico, reflexionar sobre casos concretos y vivenciales de terapias fútiles en el hospital y considerar la importancia de la aplicación de los principios de Relatividad, Equivalencia, Proporcionalidad y Equidad a fin de evitar la futilidad en la acción terapéutica.

Desde los aspectos estrictamente grupales/vinculares se planteó como objetivo que los profesionales pudiesen ser capaces de reconocer la imposibilidad de realizar ciertas tareas en forma individual, advertir la necesidad de ayudar y de recibir ayuda, reflexionar sobre el concepto de solidaridad, y visibilizar la importancia de la comunicación entre los actores involucrados.

Se explicó a los participantes la dinámica de trabajo, pidiéndoles que se dispusieran en un círculo. Mientras tanto, y a los fines de impedir que dialoguen entre ellos para desarrollar otros mecanismos de comunicación no verbal, se les dijo que debían colocarse un bolígrafo en la boca (en forma horizontal), focalizando en la necesidad de la comunicación no verbal.

Paralelamente, los coordinadores fueron colocando en la espalda de cada participante, un papel escrito con la mitad de un refrán popular. Se les explicó la consigna y se les pidió salieran en la búsqueda de la mitad del refrán que les faltaba para completarlo. Cuando cada uno de los participantes lograra encontrar, sin hablar y a través de un trabajo que necesariamente implicaba la ayuda de algún compañero, su 'otra mitad', (que desconocían ya que no tenían acceso por estar en su espalda), el refrán quedaba completo. Esta consigna se realizó con algunas complicaciones ya que muchos intervinientes tuvieron dificultades para poder encontrar al compañero que completaba la mitad, visualizando la importancia de la necesidad del trabajo colaborativo.

Cuando terminaron de desarrollar la primera consigna, el coordinador pidió a cada pareja que lea el refrán y estimuló la reflexión acerca de los obstáculos y sentimientos que generó esta instancia de trabajo enfocando los objetivos comunicacionales y de integración grupal mencionada más arriba. A continuación, el coordinador pidió a las parejas participantes que lean todos los afiches e intenten relacionar significativamente el refrán con algún/os afiche/s.

Se inició luego la instancia de puesta en común grupal. El coordinador enfocó y profundizó cada reflexión. En esta instancia los participantes pensaron, debatieron, discutieron, acordaron, consensuaron y disintieron, lucharon contra sus prejuicios y lugares comunes de su profesión, plantearon conflictos propios de la institución y del abordaje interdisciplinario. Se observó una dinámica bastante común en la cual los profesionales se refugian en lo instituido a la par que se aventuran en lo instituyente (Castoriadis, 1997).

Resultados

Dada la metodología cualitativa seleccionada, no podemos hablar de resultados cuantificables. No obstante, de la observación objetivada y de la encuesta anónima posterior, pudimos visibilizar los siguientes temas surgidos en las intervenciones didácticas, que nos interpelaron y provocaron nuestra profunda reflexión.

Se detectaron dificultades y fallas en la comunicación y discursos ambivalentes y contradictorios respecto de la posibilidad de los padres de participar en el cuidado de sus hijos internados: La participación de los padres en el cuidado de sus hijos y el ingreso irrestricto a la Unidad es un derecho que, en Argentina se encuentra respaldado por la Ley 26929 –conocida como Ley de Parto Humanizado–, y su más específico Decreto Reglamentario 2035/2015.

Se evidenció claramente que este tema aún genera una fuerte resistencia por parte de los profesionales del servicio. Además de tratarse de un derecho legal y específicamente reconocido por la ley argentina, existe sobrada evidencia científica que prueba los beneficios de incluir a los padres como cuidadores principales durante su internación en la neonatología. El concepto de “asociarse con los padres” para el cuidado del bebé es mucho más que simplemente permitirles permanecer dentro de la Unidad. Es una filosofía del cuidado que reconoce que son los padres quienes mayor influencia habrán de tener sobre el desarrollo de la salud y bienestar del niño.

“El ambiente de la UCIN, puede convertirse en un espacio confortable siempre que cuidadores compasivos sean capaces de alentar a los padres a permanecer al lado de sus bebés, enseñarles como comprender las claves del comportamiento de sus hijos y como proveer un posicionamiento y manejo postural apropiado para el desarrollo, proveer escucha activa a los procesos de los padres de shock, enojo, y duelo por la pérdida de un embarazo ‘normal; y/o un nacimiento de un bebé de término / sano, y ayudarlos a sanar las heridas que provoca la interrupción del vínculo con sus bebés”(Altimier, L, Phillips R., 2016, p. 14)

Además de las opiniones vertidas por cada profesional en relación con este punto, quedó evidenciada la inexistencia de políticas escritas institucionales respecto de este aspecto crucial y determinante en la evolución de los niños que requieren internación en este tipo de Unidades.

En lo que respecta a la comunicación, surgieron las dificultades para trabajar en equipo, escuchar al otro y consensuar decisiones. La comunicación con los padres, y el posible déficit comunicacional, como posible disparador de dilemas éticos o tratamientos fútiles, que se instalan sin que se sepa en qué momento el equipo de salud cruzó el límite de lo razonable, fue también un tema abordado ya que una de las situaciones lo planteaba. Algunos enfermeros hicieron referencia a los altísimos niveles de

estrés y angustia de los padres de los bebés internados y la dificultad para andamiar el lenguaje médico a efectos de que sea asimilable por ellos.

Surgieron algunas preguntas y también hubo disenso en este aspecto: ¿Sabemos –conocemos- los padres el cuadro de gravedad que atraviesan muchos prematuros? ¿Se escuchan las verdaderas necesidades de los padres? ¿Se indaga acerca de sus deseos?

En relación al trabajo en equipo, las quejas aparecieron en todas las profesiones y en todos los niveles, no obstante, se evidenció una ausencia de auto-crítica y abordaje franco en relación a esta temática. El trabajo “por guardias” versus el consenso para la toma de decisiones, quedó claramente expresado por los profesionales. Gracias a los aportes de la coordinación, se pudo reflexionar acerca del impacto que esto puede tener en la instalación de tratamientos fútiles.

La sobrecarga de trabajo como potencial causa de errores y la “cultura punitiva del error”. El déficit de recursos humanos y materiales es una problemática compleja que afecta a gran parte de las instituciones de salud pública de la Argentina. Impacta en la calidad de la atención y genera malestar profundo entre los profesionales que deben lidiar a diario con esta realidad. Esta temática surgió espontáneamente, haciéndose hincapié en los errores que potencialmente pueden cometerse como consecuencia de ello.

Una de las situaciones planteadas en los afiches disparadores describía un potencial error de medicación cometido por una enfermera y su temor a expresar el mismo. Algunos profesionales señalaron de qué manera el error impacta a los profesionales de la salud, formados para curar o confortar, no para hacer daño. La cultura punitiva frente al error fue señalada, y se generó cierto consenso para trabajar en revertir esta realidad institucional y rescatar los errores como una oportunidad de aprendizaje.

Teniendo en cuenta los prejuicios profesionales y la escasez de herramientas para el abordaje de determinadas situaciones de vulnerabilidad de la comunidad, uno de los casos que generó mucha polémica fue el de los juicios de valor que suelen escucharse respecto de madres con problemas de adicción y consumo durante el embarazo, que impactan negativamente en la salud del bebé. Los prejuicios de los profesionales de la salud frente a estas “situaciones de vulnerabilidad” (tal y como atinadamente calificaron los asistentes sociales en su intervención) fueron reconocidos por todos, y se pusieron en palabras tales como “Reconozco que me descompensa el tema de las drogas”.

Una enfermera añadió que, en tales casos, “lo que en realidad nace –antes que un bebé- es un prejuicio”. Y que únicamente los espacios de escucha, que todos coincidieron son escasos o ausentes, habilitan la posibilidad de generar una mirada libre de prejuicios que permita entablar relaciones terapéuticas tendientes a la búsqueda de intervenciones que puedan redundar en beneficio de esa díada, independientemente de que, dada la complejidad y multi-causalidad que se encuentran en la raíz de los problemas de adicción, los resultados puedan resultar frustrantes.

Ausencia de formación para contener e intervenir de manera terapéutica en los procesos de duelo y de espacios reflexivos para canalizar el estrés moral. Las restricciones que suelen encontrarse en el ejercicio cotidiano de la profesión, pueden llevar a generar lo que hace poco se ha descrito por Prentice et al (2017) como “distrés moral”, una angustia que puede aparecer en los momentos en los que a pesar de que los actores tienen criterios morales e ideas claras, no pueden llevarlas a cabo por impedimentos externos, tanto institucionales, sociales o contextuales.

Los participantes evidenciaron la necesidad de generar espacios que favorezcan la expresión de opiniones y emociones, y que permitan generar “dudas” respecto de “lo instituido” y aceptar “lo instituyente” como producto del consenso grupal (Castoriadis, 1997).

Limitación del soporte vital y futilidad de los tratamientos. Este tema fue planteado como cierre de la actividad, a través de la exposición de cuatro casos clínicos de tratamientos fútiles. Los participantes pudieron visualizar y poner en palabras de qué manera los déficits en la comunicación y la ausencia de consenso, son potenciales fuentes que colaboran, entre otras causas, a la instauración de tratamientos fútiles.

Al respecto, se ha dicho que:

“La fragmentación en la mirada suele ser frecuente en nuestros servicios. Dicha fragmentación puede originarse a partir de las distintas profesiones, guardias, especialidades o criterios individuales. Esto, lógicamente, conspira contra el abordaje integral, requisito imprescindible siempre que se intente alcanzar el objetivo de tomar decisiones consensuadas. La falta de consenso y esta toma de decisiones fundamentada en criterios fragmentados, podrían determinar rumbos inciertos, no deseados, que fundamentan la afirmación que los dilemas éticos –excepto en algunos casos específicos- no suelen instalarse en forma inesperada o repentina en nuestros ser-

vicios, sino que son la consecuencia de los aspectos antes mencionados”
(Balanesi, 2018, p. 41)

Discusión

De la indagación, exploración y análisis bibliográfico que hemos realizado, no hallamos trabajos semejantes para poder comparar a los fines de una discusión argumentativa y contra-argumentativa relevante. Podemos comparar estas actividades didácticas con las anteriores intervenciones de nuestro comité. En estas últimas el rol de los participantes fue pasivo, desde una mirada tradicional y expositiva, diferente a las nuevas propuestas en las que se planteó un rol activo, en coherencia con el marco teórico seleccionado. En este último se concibe al mundo como mediador y al hombre educado en comunión. En comparación con las anteriores intervenciones, podemos analizar las experiencias narradas en este trabajo como potenciadoras de una mayor reflexión sobre las problemáticas contextualizadas, dando lugar a mayor interacción, diálogo y concientización.

Desde estas intervenciones didácticas, y a través del modelo pedagógico seleccionado proponemos deconstruir la concepción epistémica del modelo médico hegemónico para facilitar un cambio de paradigma que permita decisiones más humanizadas. Desde el debate, la construcción colectiva del conocimiento, la relación entre la teoría y la práctica, intentamos que estos espacios habilitados se presenten como lugares comunes en los que se pueda poner en cuestión el modelo hegemónico y configurar nuevos pensamientos que ayuden a atravesar las situaciones dilemáticas desde otros enfoques.

De la observación objetivada, las opiniones de los participantes y la puesta en común, hubo coincidencia con los resultados de las encuestas que resaltaron la importancia de este tipo de espacios para debatir, reflexionar críticamente y compartir opiniones y pensamientos de situaciones estresantes y movilizantes para el personal de salud. Destacamos algunos temas que fueron los más visibilizados por los participantes y por los integrantes del CB que generaron la necesidad de propuestas a futuro.

El tema de la muerte y la comunicación de malas noticias es un contenido recurrente que los participantes propusieron trabajar. Interpretamos que este tema preocupa por ser un tema silenciado y considerado tabú en la cultura occidental. La

muerte de un niño recién nacido representa un duelo diferente para las personas involucradas, incluso para el equipo de salud. Los casos planteados en las actividades incluyeron estas problemáticas que pusieron en evidencia la necesidad de construir mejores canales de comunicación que sostengan y tiendan a suavizar las situaciones de stress generadas.

En segundo lugar, se ponderó el trabajo desde las diferentes disciplinas, habiéndose visualizado dificultades en cuanto los diferentes enfoques y la comunicación jerárquica dentro del equipo de salud, derivada del paradigma del modelo médico hegemónico. Pudimos observar como positivas nuestras intervenciones y la comunicación final, que derivó en conversaciones profundas sobre las dificultades planteadas. Médicos, enfermeros, terapistas ocupacionales, psicólogos, suelen tener diversas miradas, que pudieron ser expuestas en las intervenciones con la mediación comunicacional del CB, que permitió amortiguar las diferencias y acercar los discursos. En este sentido, la importancia del trabajo colaborativo interdisciplinar permitió conocer las opiniones más allá de las jerarquías, los preconceptos y los prejuicios que suelen profundizarse ante los momentos críticos. Por ello, vimos como muy acertada la decisión de la conformación grupal para tener en cuenta la participación de todos los sectores. El trabajo en equipo permitió que las decisiones no pesen tanto, que los errores puedan ser compartidos, y contruídos como aprendizaje.

Otro tema controvertido tiene que ver con el encarnizamiento terapéutico y los tratamientos fútiles que preocupan en gran medida al equipo de salud. Se presentaron los diferentes enfoques como contradictorios entre sí, los participantes compartieron algunas cuestiones en este sentido, pero en otras encontraron debate. Resultó difícil derribar lo instituido de manera implícita, costumbrista y culturalmente. La habilitación de un espacio de debate resulta indispensable.

Estas experiencias constituyen el primer paso para la puesta en marcha de futuras intervenciones didácticas para trabajar los temas que preocupan al equipo de salud y que constituyen obstáculos de su tarea cotidiana. En función de proponer siempre la mejora del sistema, la optimización de los recursos, y elevar la calidad de un servicio indispensable, consideramos necesario continuar con las propuestas de generar estos espacios de reflexión conjunta que nos permita aprender con otros, y construir juntos conocimiento que sirvan para mejorar la práctica de la atención en salud hospitalaria pública.

En este sentido, la metodología didáctica utilizada parece brindar un marco propicio para desarrollar los espacios exigidos desde la práctica en áreas críticas. Espacios de contención, de búsqueda y reflexión sobre las posibles respuestas a problemas, como así también para la toma de decisiones consensuadas ante situaciones dilemáticas, se potencian en estas experiencias didácticas. Los resultados positivos y los impactos cualitativos registrados subjetivamente a través de las encuestas, se reflejaron en una mayor presencia de temas bioéticos en las conversaciones del equipo de salud, además de un aumento de consultas al CB. De esta manera, consideramos propicio nuestro enfoque didáctico para continuar generando espacios reflexivos y abiertos, donde el conocimiento se construya y se comparta de manera horizontal.

No obstante estos resultados, que podríamos observar como positivos inicialmente, con un incremento del pedido de recomendaciones no vinculantes al CB, se presentaron posteriormente con un tinte de medicina defensiva. Asimismo, la pregnante concepción biologicista de la salud se manifestó a través de las resistencias expuestas por algunas decisiones del equipo de salud que nos interpeló sobre la necesidad de reforzar los procesos de enseñanza-aprendizaje en forma persistente y permanente desde el CB, en coherente con el marco teórico de la pedagogía problematizadora.

Conclusiones

La escasez o ausencia de recursos humanos y materiales parecen someter a los profesionales a una vorágine de trabajo acrítica y fragmentada, conforme la cual, parafraseando a Spinelli, “lo urgente desplaza a lo importante” (Spinelli, 2010).

Esta percepción podría ser considerada como el común denominador hallado entre los participantes y una de las causas que obstaculizan la posibilidad de implementar un cuidado más humanizado, centrado en la individualidad de las personas sujetos de la atención e integrado con las familias como protagonistas del bienestar y cuidado del hijo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Muchos de los estresores que han sido señalados desde la bibliografía como causantes de distrés moral surgieron a partir de la dinámica propuesta entre los participantes de los talleres: la falta de asertividad en la comunicación, la incertidumbre pronóstica propia de la prematuridad, las dificultades para consensuar decisiones en equipo. La ausencia o déficits de procesos deliberativos podrían también considerarse como una consecuencia de la percepción de la necesidad de tomar decisiones

urgentes, impuestas o justificadas por la vorágine de trabajo en un contexto adverso y estresante. Si bien los participantes parecen poder reconocer el impacto de dichos déficits, tanto en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes como en su propia subjetividad, carecen de herramientas para visualizar e implementar otro tipo de procesos de trabajo. En este sentido, también se observaron prejuicios profesionales y falta de herramientas para afrontar las vulnerabilidades y las situaciones de duelo.

Facilitar, promover y sostener la apertura de espacios institucionales, abiertos a la participación de todos los integrantes del equipo de salud, cuyo propósito principal se centre en la reflexión, el debate horizontal y la revisión crítica de los procesos de trabajo, podría favorecer e impulsar la construcción conjunta y consensuada de formas de abordaje más humanizadas y por ende, más satisfactorias para usuarios y profesionales. Los CB institucionales pueden asumir el rol de alentar y contribuir en la apertura de estos espacios.

Como palabras finales, consideramos que las intervenciones pedagógicas de los CB en espacios clínicos pueden servir como disparadores que pongan en evidencia la necesidad -no siempre advertida al interior de los equipos de salud-, de compartir experiencias, debatir, consensuar y construir conjuntamente nuevas estrategias de abordaje. Velar por el respeto de los principios bioéticos habrá de conducir, necesariamente, hacia un cambio de paradigma en la relación equipo de salud-paciente. Toda intervención puesta al servicio de dichos principios es una responsabilidad y compromiso que debemos estar dispuestos a asumir.

Referencias

1. Altimier, L, Phillips R. The neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn Infant Nurs Rev.* 2016: 230-244.
2. Arnaez J, Tejedor JC, Caserío S. et al. La bioética al final de la vida en neonatología: cuestiones no resueltas. *An Pediatr (Barc).* 2017;87(6): 356.e1-356.e12.
3. Balanesi, M. Aspectos éticos en el cuidado intensivo neonatal. Comentario de artículo. *Revista de Enfermería Neonatal FUNDASAMIN.* Diciembre 2018: 39-43.
4. Castoriadis, C, *El imaginario social instituyente*, Biblioteca Omegalfa, Paris 1997.
5. Congreso de la Nación Argentina. Ley 25929, de Parto Humanizado, 2004. Poder Ejecutivo de la Nación. Decreto reglamentario 2035/2015.
6. Freire, P. *Pedagogía del oprimido*; S XXI editores; 32° edición; Bs As; Argentina; Trad. Mellado, Jorge; 1985.

7. Prentice T, Gillian J, Davis PG, Javier A. The use and misuse of moral distress in neonatology. *Semin Fetal Neonatal Med* 2018, 23 (1): 39-43
8. Rovere M. Planificación Estratégica de RRHH en Salud. PALTEX/OPS editor, Washington: OPS; 1993.
9. Spinelli, H. Las dimensiones del campo de salud en la Argentina. En *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 6 (3): Septiembre-diciembre. 2010.
10. UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, artículos 19 incisos b y d, artículo 23 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.
11. Vidal S. Los Comités Hospitalarios de Bioética (Introducción a la Bioética Institucional). Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe (UNESCO-Mon tevideo). Programa de base de estudios sobre bioética – Parte 1: Programa temático. Programa de educación en ética –Módulo III. Unidad 4. Cohorte 2016.
12. Vidal S. M. Introducción a la Bioética Institucional: Los Comités Hospitalarios de Bioética. En Garay, O. E. (coord.) *Bioética en Medicina*. Ed Ad-Hoc, Bs As, 2008: 403-439.
13. Vidal, S. Nuevas y viejas preguntas en la educación en bioética. En *La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia y la Cultura. Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe. Programa Regional de Bioética y Ética de la Ciencia, UNESCO. 2012: 15-36. *Bioética*, Red. Programa de Educación Permanente en Bioética. 2012.

Recibido: 30/09/2019. Aprobado: 30/12/2019.