

UD2: Método de la Bioética

Objetivos generales

- Aumentar la sensibilidad hacia los aspectos éticos y valorativos que tiene la Medicina actual
- Aportar elementos de juicio que permitan afrontar los problemas de una manera crítica y racional
- Introducir los valores y las actitudes profesionales necesarios para el mejor ejercicio de la Medicina en el momento presente.

Objetivos específicos

- Identificar los conflictos de valores y los problemas éticos que el ejercicio profesional encierra
- Potenciar la habilidad para argumentar y justificar éticamente las decisiones a tomar.
- Comprender y aplicar los métodos de análisis y decisión en los problemas éticos en la asistencia

Índice	
UD2: Método de la Bioética	1
1. INTRODUCCIÓN	2
2. Diego Gracia: Propuesta metodológica	2
2.1 Los principios de la Bioética.....	3
2.2 Jerarquía de valores.....	5
2.3 Deliberación.....	9
3. Cómo trabajar un caso (4)	9
3.1 Presentación del caso.....	10
3.2 Hechos: Comprensión del caso, aclaración de dudas.....	10
3.3 Valores: Identificación de problemas y valores	12
3.4 Deberes: Cursos de acción.....	14
3.5 Decisión final: curso óptimo.....	14
3.6 Prueba de la legalidad y publicidad.....	15
3.7 Documento de consejo.....	15
4. BIBLIOGRAFÍA	16
5. AUTOEVALUACIÓN	18
6. ACTIVIDADES	21

1. INTRODUCCIÓN

El médico en el ejercicio de su profesión está acostumbrado a enfrentarse a problemas, analizar datos y tomar decisiones y lo hace de forma metódica, es decir con método. Se trata del método clínico orientado a resolver problemas médicos que se va aprendiendo.

De la misma manera los problemas éticos pueden enfrentarse de forma metódica. Las diferentes metodologías o procedimientos para tomar decisiones morales podrían clasificarse en dos grandes grupos: aquellas que desde la razón establecen “a priori” los principios éticos que deben respetarse (**principialista** o **deontologistas**) y otras que consideran que el juicio moral se debe establecer “a posteriori” una vez evaluadas las consecuencias que se pueden predecir como probables o seguras (**consecuencialistas** o **teleologistas**).

A lo largo de los últimos treinta años, diversos autores han desarrollado diferentes metodologías, algunas deontologistas y otras teleologistas para la toma de decisiones morales en la práctica sanitaria.

Beauchamp y Childress son dos grandes autores en Bioética reconocidos fundamentalmente por establecer los cuatro grandes principios, que a su juicio son asumibles por todos los seres racionales del mundo sanitario: la no-maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. Sin embargo su fundamentación filosófica de la ética es bien distinta. Para Beauchamp estos cuatro principios son moralmente exigibles porque sus consecuencias son buenas, mientras que para Childress estos principios son realmente objetivos y por tanto deben exigirse siempre independientemente de sus consecuencias.

La experiencia de Beauchamp y Childress es un buen reflejo de lo que puede ocurrir en cualquier hospital de una ciudad occidental donde se respeta el derecho a la libertad de conciencia y el pluralismo moral como consecuencia del sistema democrático. Es en esa situación donde se hace necesario encontrar un procedimiento razonable y asumible por cualquiera.

Un tercer tipo de metodología para afrontar los problemas morales serían las basadas en las “**éticas de la responsabilidad o mixtas**” que son aquellas que partiendo de unos principios básicos tienen en cuenta además las consecuencias de las acciones morales que inspiran. Las consecuencias deben tener en cuenta los intereses de todas las partes implicadas. Hans Jonas va un paso más allá en la ética de la responsabilidad al incluir entre esos intereses los de las generaciones futuras (14). Y la forma de llegar a la “objetividad moral” es el diálogo, el intercambio de razones.

Las **éticas dialógicas o discursivas** desarrolladas por Habermas y Apel y defendidas por Cortina, introducen una dimensión comunitaria al razonamiento moral, de forma que del monólogo se pasa al diálogo, del yo pienso al nosotros argumentamos, de la subjetividad del sujeto moral a la intersubjetividad de todos los afectados por la norma. El imperativo categórico de Kant “obra según la máxima que pueda tornarse en ley universal” se reformula hasta tornar en “obra según la máxima que pueda ser sometida a la argumentación de todos los interesados y aceptadas por éstos en condiciones discursivas”.

2. Diego Gracia: Propuesta metodológica

Basándose en el modelo de los cuatro principios [Diego Gracia](#) propone un método de evaluación ética sólidamente fundamentado que proporciona un procedimiento ágil de toma de decisiones.

Esta propuesta traza un ideal ético que sirve de patrón moral para las acciones tanto de su planteamiento como de sus consecuencias (ética mixta), introduce una jerarquía de los valores



y propone la deliberación como instrumento para “aproximación a la verdad a base de integrar perspectivas distintas y complementarias” (5).

2.1 Los principios de la Bioética

La metodología se fundamenta en un sistema de referencia de carácter formal expresado en dos principios:

- principio ontológico: “el ser humano es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio”
- principio ético: “en cuanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen la misma consideración y respeto”.

Este sistema de referencia se propone como “objetivo”, es decir como exigible siempre, universalmente: los dos principios anteriores son válidos para cualquier ser humano y en toda situación, o lo que es lo mismo: no tienen excepciones.

Respecto al modo de poner en práctica los principios anteriores, y simplificando mucho, el método es un intento de mediar entre las prácticas más arraigadas: el deontologismo y el teleologismo. En la permanente toma de decisiones que exige la relación asistencial el método se propone no perder de vista principios y consecuencias.

Los cuatro principios básicos expuestos por Beauchamp y Childress, y actualmente aceptados en el discurso de la bioética quedan expresados de la siguiente manera:

- No Maleficencia, que obliga a no dañar a los demás -*primum non nocere*- y por lo tanto a realizar correctamente nuestro trabajo profesional;
- Justicia, que obliga a proporcionar a todos las mismas oportunidades en el orden de lo social; no discriminando, segregando o marginando;
- Autonomía, que exige reconocer que todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente; y
- Beneficencia, que exige hacer el bien, según los “criterios de bien” del posible beneficiado o paciente y a representarle cuando éste no pueda hacerlo por sí mismo.

2.1.1 No-Maleficencia:

Su definición deriva directamente del Sistema de Referencia: “todos los seres humanos tienen derecho a igual consideración y respeto en el orden de lo biológico”. Tiene dos dimensiones: la negativa, que supone “no hacer daño a nadie” y la positiva, referida a “procurar positivamente que la vida biológica de todos los hombres sea tratada con igual consideración y respeto”.

No depende de la voluntad de las personas: no puedo hacer daño a una persona (ni aunque ella me lo pida). Es un principio de “obligación perfecta” que los demás pueden obligar a su cumplimiento. Tal es la razón, por ejemplo, del Derecho Penal.

2.1.2 Justicia:

Deriva también directamente del Sistema de Referencia: “todos los seres humanos tienen derecho a igual consideración y respeto en el orden de lo social”.

Cuando se discrimina a las personas en su vida social, no tratándoles con igual consideración y respeto, decimos que se comete una injusticia. Las dos dimensiones de este principio son: “no discriminar a nadie” y “procurar positivamente que en la vida social todos los hombres sean tratados con igual consideración y respeto”.

También se tiene obligación de cumplir este principio, y los demás pueden obligar a ello.



En su aplicación en Medicina, la No-Maleficencia es identificable con la buena práctica clínica, la “lex artis”, la corrección profesional, etc. La Maleficencia (hacer daño) se relaciona, por tanto, con la actuación médica imperita, imprudente, o negligente.

Las responsabilidades de No-Maleficencia recaen fundamentalmente sobre el médico y el personal sanitario. Por supuesto, como ocurre con los demás principios, su máxima expresión se produce cuando en la relación clínica se cumplen también todos los demás principios (Justicia, Autonomía y Beneficencia).

La Justicia en la relación clínica se traduce, al menos, en tres cuestiones: el trato justo, la igualdad de acceso y la distribución justa. La tercera cuestión se adscribe más al sistema sanitario, puesto que las responsabilidades de Justicia distributiva dependen de la capacidad de gestión del bien común. Por eso son, sobre todo, responsabilidades de los gestores: ministros, gerentes, directores, jefes de servicio, supervisores, etc. De todas formas, en la relación clínica todos los implicados son, en alguna medida, gestores y, por lo tanto, tienen responsabilidades a nivel individual de Justicia distributiva.

En cuanto al trato justo y a la igualdad de acceso, la responsabilidad de Justicia se reparte también entre todos los participantes en la relación clínica. A los médicos y a los sanitarios, en general, esto les afecta como un deber de “no discriminación”, de no procurar en su labor un trato injusto a nadie. En cuanto a la igualdad de acceso, también es su deber promover, en el ámbito que les compete, las medidas adecuadas para favorecerla.

El Sistema Sanitario tendrá, igualmente, obligación de procurar medidas para que se de esta no-discriminación, tanto en el trato en el medio sanitario como en el acceso a él.

2.1.3 Autonomía:

La Autonomía puede ser considerada como una facultad sustantiva de la realidad humana (la libertad) o como la característica de los actos de elección y/o acción libres.

Todos los seres humanos tienen, en principio, la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. El desarrollo de idea propia de perfección y felicidad se concreta a través de estos actos.

Se considera que un acto autónomo, para serlo, requiere de las siguientes características: intencionalidad, conocimiento, ausencia de control externo y autenticidad (coherencia con uno mismo, con el propio sistema de valores).

2.1.4 Beneficencia:

La Beneficencia consiste en hacer el bien a los demás. Una Beneficencia no paternalista es aquella que intenta hacer el bien, o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos lo pidan o lo acepten voluntariamente. En este sentido, la Autonomía es matriz de la Beneficencia y, por lo tanto y de algún modo previa a ella.

Lo beneficioso lo es siempre para uno mismo y en una situación concreta. Depende del propio sistema de valores y tiene, por ello, un carácter subjetivo.

Pueden darse casos en que el acto autónomo es imposible para una persona, ya sea por falta de información (p.ej. urgencia) ya sea por defecto en su competencia (p.ej. niños muy pequeños, personas en coma, etc.). El imperativo moral de la Beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del otro y, por lo tanto y en estos casos, a prestar toda la ayuda posible.

En la aplicación a la medicina, la Autonomía en la relación clínica corresponde siempre al paciente y se concreta fundamentalmente en el llamado “consentimiento informado”. El consentimiento informado es el reconocimiento de la competencia para la realización de actos autónomos de las personas enfermas que acceden a la relación clínica. Precisa de la



información adecuada, que da el médico, y de la capacidad de decisión del paciente autónomo ante cualquier decisión que le afecte en el ámbito de la relación clínica.

El principio de Autonomía no corresponde al médico o a otros sanitarios. No es sobre ellos sobre quienes se toman decisiones en la relación clínica, sino sobre el paciente. El médico ofrece sus conocimientos a los usuarios, en una actividad típicamente “de servicios”. Dedicarse a ella fue la decisión autónoma que le llevó a establecer relaciones clínicas con pacientes y que le adscribió a la obligación moral de No-Maleficencia.

La **objeción de conciencia** del médico ante determinadas actividades clínicas admitidas es la única excepción. En esos casos, se da preeminencia a la autonomía del profesional en esa relación clínica. Como excepción que es, debe ser justificable y justificada con absoluto rigor, limitarse a las experiencias o situaciones concretas y, por último, deben ponerse los medios para evitar que se vulnere el acceso de un paciente autónomo a una actividad clínica admitida.

La Beneficencia en la relación clínica hace referencia a “hacer el bien” al otro, al paciente, pero teniendo en cuenta su criterio. Así, lo beneficioso no es “lo bueno para mí”, ya que el paciente puede no considerarlo como bueno para él. Si se pretende beneficiar a alguien habrán de conocerse previamente sus deseos. Al médico, al sanitario, no se le pide que renuncie a su criterio moral de beneficencia, sino, más bien, que lo entienda como algo articulado con los de las otras partes de la relación clínica: la Autonomía del paciente y la Justicia.

También al paciente se le exigirá que articule su autonomía con el deber de No-Maleficencia del médico y con el deber de Justicia de la sociedad y del sistema sanitario.

El paternalismo (dar a los hijos lo que es bueno para ellos) y el maternalismo (dar a los hijos lo que necesitan para estar bien) han sido actitudes de médicos y enfermeras, respectivamente. Ambas han oscilado entre la Beneficencia y la tiranía propias de las relaciones clínicas “verticales” (7) o infantilizadas. Hoy, en una relación clínica madura, se considera al paciente adulto y capaz de expresar lo que es bueno para él y cuáles son sus necesidades. Si al médico y a la enfermera se les exige que sepan aplicar “lo bueno” y “cubrir las necesidades”, al paciente se le exigirá que se responsabilice de lo que le afecta.

2.2 Jerarquía de valores

Esta propuesta metodológica, está basada en la estructura de la racionalidad científica. Desde ella, puede llevarse a cabo el análisis de los problemas éticos en la relación clínica. Se resume en el siguiente esquema:

<p>I. Sistema de referencia moral (ontológico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premisa ontológica: el ser humano es persona y, en cuanto tal, tiene dignidad y no precio. • Premisa ética: en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto.
<p>II. Esbozo moral (deontológico):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: No-Maleficencia y Justicia. • Nivel 2: Autonomía y Beneficencia.
<p>III. Experiencia moral (teleológica):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias objetivas o de Nivel 1. • Consecuencias subjetivas o de Nivel 2.
<p>IV. Verificación moral (justificación):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrastar el caso con la “regla”, tal como se encuentra expresada en el Esbozo (paso II). • Comprobar si es posible justificar una “excepción” a la regla en ese caso concreto (paso III). • Contrastar la decisión tomada con el Sistema de Referencia, tal como se encuentra expresado en el primer punto (paso I). • Tomar la decisión final



2.2.1 El Sistema de Referencia Moral

El **Sistema de Referencia Moral** es el marco formal de la ética. Es decir, el marco en el que se inscriben los contenidos materiales que los seres humanos, en el sentido moral, damos a lo que “debe ser”. Desde este planteamiento, se considera que el contenido formal de la ética es transhistórico o trascendental, es decir, anterior a la razón, es pre-racional: todos los seres humanos tienen una dignidad ontológica especial que les hace ser, precisamente, realidades morales.

Los contenidos materiales de la moral, por el contrario, no son transhistóricos, sino que van siendo descubiertos por la razón. La razón parte de ideales y trata de explicarlos (ideal explicativo) dotándolos de contenido material.

En el “cómo” del razonamiento moral diríase que el Sistema de Referencia es principio de todo ulterior razonamiento y es a la vez canon que mide la validez de todos los momentos de la razón moral. Esos momentos son dos:

- el del esbozo, la norma o momento deontológico y
- el de la experiencia, incluidas las excepciones, o momento teleológico.

En el “por qué” del razonamiento moral se parte de que el ser humano es una realidad que tiene obligación de cumplir con los deberes morales mínimos (no matar, no discriminar, no mentir, etc.) y con alcanzar su propia perfección (apropiarse justificadamente de las posibilidades para ello). Desde este punto de vista, la razón moral es la puesta en marcha de esos dos deberes.

2.2.2 Los Esbozos Morales

Un **esbozo** son unas líneas directivas sobre las que se desarrolla una idea. En cualquier caso un esbozo es una traza, una obra inacabada que hay que perfeccionar. Un esbozo moral sería una idea básica sobre la que se sustentaría la moral. En la historia de la civilización ha habido multitud de esbozos: el Decálogo, los Proverbios y el Libro de la Sabiduría (Antiguo Testamento), la Tabla de Cebes, las Máximas de Epícteto, etc. Entre los esbozos que hoy tienen más predicamento se encuentra la Declaración de los Derechos Humanos, los Principios Belmont (en Bioética), la Teoría de la Justicia de Rawls, las Tablas de Valores, etc.

Los **Esbozos**, al tener carácter deontológico (normativo), se sustentan en la convicción y no en la experiencia. De ahí que se identifiquen con las llamadas “éticas de la convicción”. Los Esbozos necesitan siempre de un momento posterior de contraste con la realidad, pero no son meras convenciones puesto que parten de un “estable” que es el sistema de referencia. Por lo tanto, serán tanto mejores cuanto más se ajusten a ser expresión de dicho sistema.

Esbozar es suponer, hacer hipótesis, y los pasos posteriores no tienen otro objetivo que verificarlas. Un esbozo verificado es una tesis que al convertirse en tal no deja de ser un esbozo: esbozo verificado. La verificación es siempre parcial e incompleta. En el trabajo científico, cuando se verifica una hipótesis, ésta pasará a ser una “tesis” o “hipótesis verificada”. Esta verificación nunca puede hacerse de forma absoluta, lo que permite decir que la tesis siempre es revisable y mejorable. Esto es lo que ocurre con las tesis de los Derechos Humanos, de la tabla de valores, de los principios de la bioética, etc.

Por ejemplo: para Beauchamps y Childress (1), el Esbozo lo integran la Autonomía, la Beneficencia, la No-Maleficencia y la Justicia, pero sin un Sistema de Referencia previo y considerándolos principios u obligaciones irrenunciables (“prima facie”). Así, cuando no entran en conflicto, hay obligación de cumplirlos todos. Cuando lo hay, se ordenan jerárquicamente (“actual duties”). Dicho orden lo establecerá un Comité de ética o quien corresponda.



En el planteamiento de este esbozo se aceptan los cuatro principios desarrollados por la bioética (ver punto 2.1 Los principios de la Bioética).

Estos principios son considerados —siguiendo la teoría de Sir David Ross— como principios “prima facie” o intersubjetivos, es decir moralmente obligatorios si no entran en conflicto entre ellos, pero que deben ser jerarquizados para aquellas situaciones en que por entrar en conflicto no pueden ser preservados todos ellos. Según esta jerarquía interna la No Maleficencia y la Justicia marcan los mínimos éticos (universales) exigibles siempre, incluso por la ley. Sin embargo, la Autonomía y la Beneficencia tienen relación sobre todo con los proyectos vitales de las personas (particulares), con sus máximos éticos y sus propias jerarquías de valores. Tendrán que ser protegidos y han de respetarse, pero no podrán ser absolutamente exigibles si ello supone hacer daño (conflicto con No maleficencia) o discriminar (conflicto con Justicia).

Es en la experiencia práctica donde han de tenerse en cuenta las consecuencias y cuando haya conflicto entre estos principios, jerarquizarlos: en los actos respecto a uno mismo (intransitivos) primará la Autonomía, mientras que en los que implican a otros (transitivos) la No-Maleficencia y la Justicia serán irrenunciables.



Figura 1: Jerarquía de valores

La mejor situación, por supuesto, es aquella en la que se respetan todos los principios y se debe buscar ese respeto en las propuestas de cursos de acción posible. Las excepciones a los principios pueden hacerse a la vista de las consecuencias y siempre de modo justificado, procurando corregir las condiciones que generaron la excepción, sin elevarlas a rango de norma o principio.

NIVEL I

Comprende la ética de mínimos, del deber. Es el nivel “de lo correcto, donde se recogen deberes de obligación perfecta o de Justicia. En este nivel los criterios o principios obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas. De hecho, se puede obligar a cumplirlos con medios coercitivos.

Sus contenidos habrían de corresponderse con el derecho público, entendido como compendio de ética mínima civil.

Los principios de No-Maleficencia y de Justicia que integran este nivel son principios objetivos y universales, de bien común y de obligado cumplimiento. Están regidos por el criterio de universalización, en la consideración de que todos los seres humanos tienen una dimensión en la que han de ser tratados por igual, con la misma dignidad y respeto.

NIVEL II

Este es el nivel que responde a la ética de máximos, de la felicidad, de la perfección. Es el nivel “de lo bueno”. No se corresponde en absoluto con el derecho, sino con la moral. Este nivel recoge los llamados deberes de “obligación imperfecta”, sobre los que no se puede obligar desde fuera.

Los principios de Autonomía y Beneficencia son subjetivos y particulares o de bien particular. Este nivel se refiere a los proyectos de vida basados en el propio sistema de valores. Estos proyectos son autónomos, dependiendo de las capacidades, dificultades, etc., de cada uno. Desde ellos, todos los humanos son distintos. De ahí que este nivel esté regido por el principio de particularización y no de universalización, que era propio del Nivel 1 (No-Maleficencia y Justicia).

2.2.3 La Experiencia Moral

La existencia de la ética (vida moral) está ligada a la experiencia. Sin este momento de concreción, la vida moral sería imposible, como cualquier otra actividad del ser humano. La experiencia moral es siempre casuística, específica y concreta. Las normas y los principios tienen un momento de aplicación inevitable en ella. Y es en la experiencia cuando el esbozo se prueba y la realidad lo aprueba o rechaza. Si lo reprueba totalmente habría que cambiar el esbozo, si lo reprueba en un caso particular, se está ante la excepción.

Desde este planteamiento, la experiencia moral es teleológica (consecuencialista) y las decisiones morales (la apropiación de posibilidades) exigen el ejercicio de una “ética de la responsabilidad”: hay que preguntarse siempre por las consecuencias y considerarlas un momento del razonamiento moral.

En este momento de dicho razonamiento moral, una cosa es la jerarquía en el Esbozo y otra la urgencia. Los criterios de urgencia hacen que, en ocasiones, se pueda actuar contra la jerarquía, eligiendo valores inferiores en vez de los superiores, en razón de las consecuencias. Nuevamente se trataría de excepciones.

La legitimidad de la excepción viene dada por el “sistema de referencia”. No hay excepciones a éste, sino al esbozo. La excepción puede no cumplir con el nivel de jerarquía propuesto por el Esbozo, pero sí con el Sistema de Referencia.

Siguiendo el esquema del Esbozo, las consecuencias de cada acto (el Esbozo no sólo se aprueba globalmente, sino también en cada situación, en cada caso) pueden ser:

- objetivas: correctas o incorrectas, cuando se refieren al primer nivel, es decir, a la No-Maleficencia y a la Justicia;
- subjetivas: buenas o malas, cuando se trata del segundo nivel: Autonomía y Beneficencia.

En la práctica, en la experiencia moral, un acto puede tener consecuencias diversas. Puede ser: correcto y bueno, incorrecto y malo, correcto y malo, incorrecto y bueno. También puede tener consecuencias en un sólo nivel, siendo correcto o incorrecto (objetivo: para los demás) o bueno o malo (subjetivo: para mí).



2.2.4 La Justificación Moral

Las personas hacen su propio “ajustamiento”, tienden a justificarse, a justificar sus actos. Los animales actúan por selección natural y su horizonte es el de la “justeza natural”; el ser humano es libre, actúa por elección y, por lo tanto, su horizonte es el de la “Justicia moral”.

La justificación, desde el método de la razón, tiene por objeto verificar los Esbozos en la Experiencia, a partir de los datos del Sistema de Referencia. El Esbozo es, por necesidad, concreto y está determinado individual, social e históricamente. La verificación racional también comparte estas características. En el ámbito moral la verificación es la justificación. Justificar es dar la razón al Sistema de Referencia a través de la verificación del Esbozo.

Por eso, cuando se trata de justificar una decisión, es preciso un último paso para tomarla: contrastarla con el Esbozo y con el Sistema de Referencia. Si supera esta verificación, la decisión adquiere la condición ética o de “deber”.

Sólo en las excepciones, a la vista de las consecuencias objetivas y/o subjetivas, se puede no exigir que se cumpla el orden jerárquico del Esbozo. Sin embargo, no se aceptará la excepción si no soporta el contraste con el Sistema de Referencia.

2.3 Deliberación

La deliberación es un procedimiento técnico que permite decidir de forma razonable en situaciones en las que no existe ni puede existir certeza. Pero sí existe la posibilidad de ponderar —de forma cuidadosa, metódica y prudente— los distintos factores, datos y puntos de vista. Es lo que se denomina “toma de decisiones razonables en condiciones de incertidumbre”. La deliberación prudente es el método propio del razonamiento práctico, mientras que la demostración cierta es la aspiración del razonamiento teórico.

La práctica de la deliberación resulta muy clara si se toma el ejemplo de una sesión clínica: en ella se debate sobre la situación del afectado (familiar, social, sanitaria, económica...) con el fin de proporcionarle el mejor servicio. La deliberación consiste en valorar los datos, escuchar los distintos puntos de vista —que se basan en distintos conocimientos y experiencias— ponderar los posibles beneficios o perjuicios de las distintas posibilidades de actuación para, por fin, poder tomar una decisión prudente en su beneficio.

La deliberación no es un método de consenso. No todos tienen que llegar a la misma conclusión, puede incluso dar lugar a distintas decisiones. La deliberación es un proceso, un descubrimiento, no un resultado. En una deliberación no hay ganadores ni perdedores pero debe servir para que afloren incoherencias e irracionalidades, también para administrar discrepancias o acercar puntos de vista. La deliberación es tan sólo, un instrumento de ayuda para actuar con prudencia y responsabilidad.

3. Cómo trabajar un caso ⁽²⁾

A la hora de analizar un caso se hace necesario seguir una serie de pasos que permitan su estudio de una forma sistemática y metódica para evitar cometer errores.

La metodología aquí propuesta, que es la que habitualmente utilizan los Comités de Ética Asistencial, se ha estructurado seis pasos que se ordenan en tres niveles: el de los hechos, el de los valores y el de los deberes

NIVEL	PASOS
I. HECHOS	1. Presentación del caso
	2. Aclaración de dudas
II. VALORES	3. Identificación de problemas y valores en conflicto
III. DEBERES	4. Deliberación, propuestas de cursos de acción
	5. Curso óptimo
	6. Prueba de legalidad y publicidad



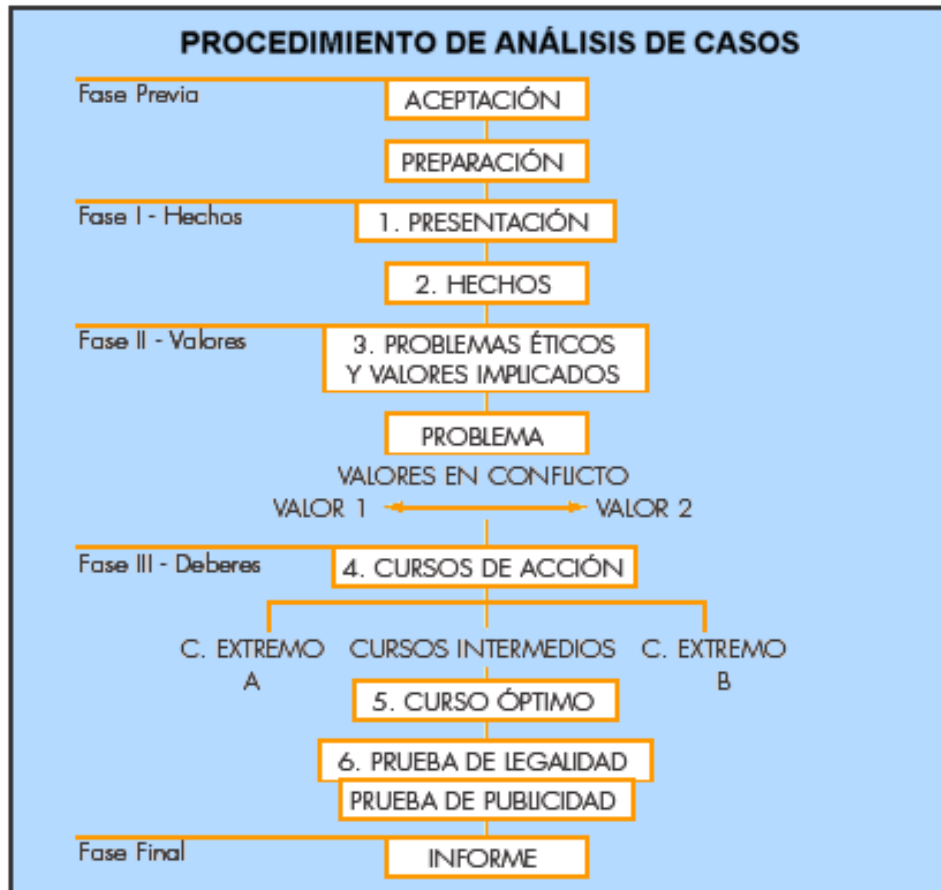


Figura 2. Procedimiento de análisis de casos. Tomado de la Guía para CEAs de la Junta de Castilla y León (4)

3.1 Presentación del caso

Cuando se presenta un caso ético es fundamental preservar la confidencialidad de los datos. Por ello se ha de eliminar y/o se modificar todo aquello que permita la más mínima identificación del paciente o del personal interviniente. Además de las medidas expuestas los integrantes del grupo que lo estudia (miembros de un comité) tienen que ser extremadamente cuidadosos con los comentarios y el uso de estos casos.

Existen modelos de presentación de casos que estructuran la información presentada de forma que se facilite su posterior revisión ética. El propuesto por Jonsen-Siegler-Winslade (4, 4) considera que los hechos cruciales, problemas y valores giran en torno a cuatro aspectos que, si se revisan de forma ordenada, facilitan el posterior análisis e identificación de valores:

- indicaciones médicas
- preferencias del paciente ,
- asuntos relacionados con la calidad de vida
- rasgos contextuales.

3.2 Hechos: Comprensión del caso, aclaración de dudas

Una vez leído el caso se pasa a la “fase de preguntas”. Los miembros de un CEA, que pertenecen a profesiones, estamentos y especialidades diversas tienen que entender correctamente todos los aspectos de la historia que se ha presentado. Dada su multidisciplinariedad esto es difícil en un primer momento. Sin embargo, este tipo de grupos funcionan con la premisa de la validez de cualquier integrante, se trata de establecer lo que Habermas (10) denomina unas condiciones ideales de diálogo donde:

- a) nadie que pueda hacer una contribución relevante puede ser excluido de la participación;
- b) a todos se les dan las mismas oportunidades de hacer sus aportaciones;
- c) los participantes tienen que decir lo que opinan;
- d) la comunicación tiene que estar libre de coacciones tanto internas como externas, de modo que las tomas de posición con un sí o con un no ante las pretensiones de válida susceptibles de crítica únicamente sean motivadas por la fuerza de convicción de los mejores argumentos.

Este clima de simetría debe permitir la aclaración de toda duda y hacer que cualquiera pueda preguntar lo que no entiende y le sea respondido y explicado adecuadamente. También se facilitará la deliberación posterior.

Esta fase exige:

- Leer y exponer el caso con detenimiento
- Preguntar todo lo que no se ha entendido
- Preguntar sobre lo que se ha dicho y, también, sobre lo que no se ha dicho
- Pedir la intervención de un experto de la especialidad o ámbito de que se trate el caso, cuando no haya posibilidades de dar respuesta a las dudas dentro del CEA.

Al principio, sobre todo, es frecuente que en esta fase los participantes más que preguntar, emitan juicios de valor, incluso con datos que no se han aportado, pero que presuponen. Es necesario disciplinarse en este sentido, porque el diálogo, entre los miembros y con el ponente, se ve dificultado al hablarse de suposiciones no contrastadas.

Otros aspectos son la confianza y la veracidad. Cuando se pregunta al ponente y éste responde, normalmente no suele haber razones para dudar de la veracidad de lo que dice. Cuando se presentan datos alrededor del caso, de la bibliografía o de la experiencia propia se suponen las mismas premisas de confianza y veracidad. A veces, en el calor del diálogo, se duda de los datos del interlocutor, porque no se ajustan a los de otro (es cuestión de comprobarlos) o porque no responden a alguna intuición de quien duda (tendrá que demostrar las razones de sus dudas).

Las preguntas al ponente sobre las razones por las cuales ha presentado ese caso y no otro, o por las que lo considera un caso éticamente conflictivo, no proporcionan más respuesta que la visión de quién presenta el caso. Por lo tanto, la respuesta sólo es una aportación más para su comprensión. A veces, se tiende a centrar todo el análisis en responder a la expectativa presentada por el ponente y, en realidad, un CEA debería mantener abiertas todas las posibilidades. Es decir: las que se aprecian desde el principio y las que necesitan mayor profundidad y/o pluralidad para mostrarse.

La intervención de especialistas o expertos (en temas clínicos, jurídicos, sociales, etc.) suele producirse de tres formas. Lo habitual es que dada la pluridisciplinariedad del CEA haya alguien de la comisión que pueda responder por sus conocimientos específicos y su experiencia. Otra forma es que alguien del CEA derive la pregunta a algún experto recogiendo los datos necesarios y la tercera solución es convocar directamente a los expertos para que acudan a la comisión.

Todas las preguntas y sus respuestas en esta fase servirán para completar el caso y delimitar claramente el contexto del mismo. En el dictamen definitivo se recogerá el resumen de todo ello, es decir los aspectos significativos que hayan sido aclarados en esta fase de preguntas y que suele considerar los siguientes aspectos.

1. ASPECTOS CLÍNICOS. Centrarse en los aspectos relevantes para el caso concreto: diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
2. ASPECTOS JURÍDICOS. Revisar la legislación al respecto, códigos deontológicos, bibliografía casos similares, recomendaciones y protocolos. Leyes generales de



medicina (ley general de sanidad, autonomía del paciente) leyes civiles (constitución, código civil, código penal, ley protección de datos personales, derecho al honor y la intimidad), leyes específicas (sobre investigación biomédica, ensayos clínicos, trasplantes, reproducción asistida etc)

3. ASPECTOS ASISTENCIALES: trato recibido, acceso a los servicios, posible discriminación etc
4. DESEOS DEL PACIENTE: explícitos (voluntades anticipadas, manifestados al equipo sanitario) o implícitos (profesión, costumbres, confesión religiosa etc).
5. PAPEL DE LA FAMILIA Y SU POSIBLE SUSTITUTO O TUTOR

3.3 Valores: Identificación de problemas y valores

Los problemas éticos surgen cuando dos o más valores entran en conflicto, es decir, cuando en una situación se enfrentan dos valores de forma que si se toma una decisión a favor de uno de ellos, el otro se ve ineludiblemente perjudicado.

En esta fase del método procede detectar los problemas e identificar los valores en conflicto.

3.3.1 Detección de problemas.

Hay que tener en cuenta que un caso ético es problemático porque plantea varios problemas que hay que resolver. No se trata de analizarlo en términos dilemáticos, es decir, no se trata de elegir entre dos opciones sino de buscar la vía de solución menos lesiva para los valores en conflicto, buscar la salida más razonable y prudente previendo las posibles consecuencias.

Los problemas se suelen plantear en lenguaje natural: “me parece problemático...” o “veo un problema en...” y habitualmente en cada caso se detectan alrededor de diez.

Son problemas sobre la corrección de las prácticas clínicas, los protocolos de actuación, la interdisciplinariedad de la asistencia, el papel de cada estamento profesional, las condiciones y recursos de los centros, la legislación que puede afectar al caso, la autonomía del paciente-usuario, la actitud de la familia, la sustitución del paciente incompetente, la confidencialidad, la comunicación, etc.

Aunque los problemas siempre están relacionados entre si, la enumeración por separado de cada uno de ellos permite analizarlos con más claridad y evitar la confusión en el debate.

Puede ser que lo que a unos miembros les parece problemático a otros no se lo parece; en estas situaciones se recogen todas las aportaciones siempre, ya que será en el momento de la discusión cuando puedan aclararse esas controversias.

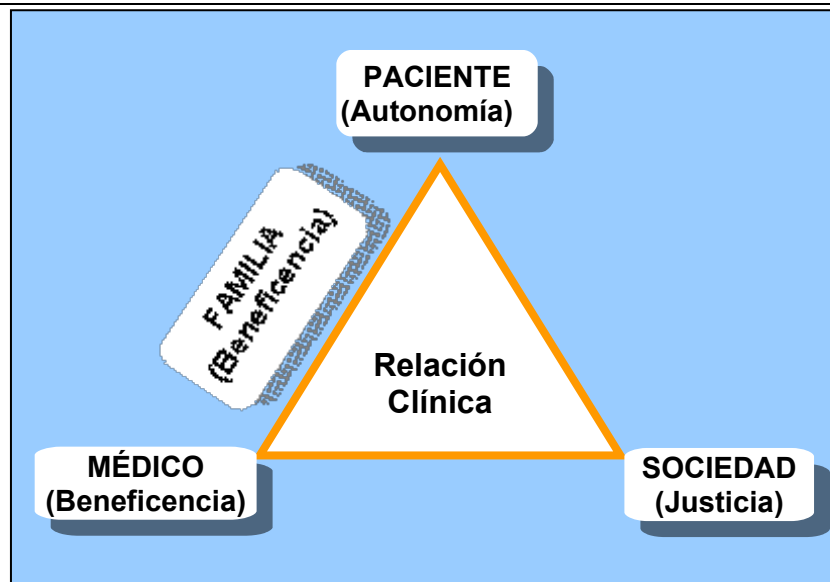
3.3.2 Identificación de valores.

Con la práctica se comprueba que los problemas, en cada caso, giran en torno a los componentes de la relación clínica, a los hechos y a los valores en juego.

Tanto en la fase de comprensión como en la deliberación las preguntas y los problemas se refieren y se pueden agrupar alrededor de los cuatro principios de la bioética: No-maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia. Sin embargo, es preferible expresarse en estas fases, sin demasiados esquemas previos, evitando el “chequeo de los cuatro principios” si no se quiere caer en una cierta simplificación del análisis. También es cierto que teniendo estos cuatro criterios siempre presentes es difícil olvidar aspectos importantes del caso.

La identificación y análisis de los problemas se realiza en el contexto de la relación clínica. Esta relación está formada esencialmente por el paciente, la familia y allegados, el médico y otros profesionales de la salud y el sistema sanitario. Las diversas atribuciones, en esta relación compleja, pueden esquematizarse de la siguiente forma:





Sobre el paciente autónomo recae el deber de desarrollar y ejercer su Autonomía: solicitar asistencia cuando lo necesite, atender, analizar, pensar, preguntar y decidir sobre lo que le atañe en la relación clínica, y el deber de contribuir a la Justicia: aceptar, en aras a la no-discriminación de nadie, las medidas que se precisen, incluso a costa de su propio bienestar, y contribuir al mantenimiento del Sistema Nacional de Salud.

El médico no-maleficente, en el ámbito asistencial y de conocimientos que le corresponde, ha de hacer el bien y ayudar en sus necesidades al paciente que lo solicita e informarle adecuadamente. Sobre el médico recae el deber de no hacer daño al paciente, no discriminarle y no vulnerar su Autonomía (p.e. no informando o no haciéndole protagonista de la toma de decisiones que conlleva su asistencia).

Las familias y allegados en la relación clínica tienen una función de Beneficencia fundamental. No deben vulnerar la Autonomía del paciente y, cuando éste no pueda hacerlo, decidirán por él siempre en su beneficio (lo que incluye el promover el cumplimiento de sus deseos). Evidentemente, las obligaciones de no hacer daño al paciente y de participar en el desarrollo de un sistema sanitario justo les afecta como mínimo ético exigible.

Por último, el sistema sanitario público tiene que asegurar que no se generen en su seno situaciones de daño, injusticia o discriminación. La promoción de medios que favorezcan la Beneficencia o, al menos, la No-Maleficencia de los médicos y sanitarios y la Autonomía de los pacientes-usuarios han de ser objetivos del sistema sanitario.

A menudo choca la obligación de beneficencia del sanitario con la autonomía del paciente, o la beneficencia de la familia frente a la justicia de sistema sanitario, o la autonomía del facultativo frente a la autonomía del paciente.

3.4 Deberes: Cursos de acción

En esta fase se hace evidente la necesidad de una buena formación en fundamentación y metodología en bioética. El lenguaje común permitirá que los términos y sus contenidos sean compartidos y hagan posible el diálogo. La deliberación será el método de trabajo adecuado para la tomar decisiones responsables.

Los problemas se analizan de uno en uno seleccionando finalmente el que se considera más importante, causa de los demás que a menudo suele ser el que ha originado la consulta. El análisis y las propuestas posteriores van relacionando los problemas “en cascada”.

La pluridisciplinariedad es una condición imprescindible en los grupos de discusión que tiene que facilitar que estén representados todos los valores implicados en las relaciones clínicas. Por eso, en ausencia de alguna de las partes, es necesario mantenerse muy atentos durante los análisis. Repasar los criterios que se sostendrían desde cada principio ético resulta muy útil para evitar esas carencias.

En los debates y en las propuestas pueden presentarse discrepancias y alternativas a los cursos de acción que se planteen. Siempre que se expongan y argumenten racionalmente su inclusión en el acta o en el dictamen será un factor más de enriquecimiento de su contenido.

3.5 Decisión final: curso óptimo

El intercambio de opiniones y el contraste de distintas sensibilidades ayudarán a encontrar el curso de acción óptimo, no sólo bueno.

A menudo entre los extremos de preservar uno de los valores en conflicto perjudicando el oponente, suele encontrarse la respuesta óptima. Es lo que Aristóteles denominaba el “justo medio”. Aunque no hay reglas fijas ya que todo depende del análisis de los matices, el curso de acción óptimo suele ser el más prudente, más sensato, es decir, aquel que respete en mayor medida y número de valores en juego.

Al plantear un curso de acción y lo que se espera del mismo, el procedimiento exige revisar que esa nueva situación en la relación clínica respete el sistema de referencia. Incluso si se hace una excepción, ésta no debe vulnerar dicho sistema aunque no responda al esquema del esbozo moral teniendo en cuenta las consecuencias. El deber primario es cumplir con los principios y por ello si se hace una excepción ésta debe ser debidamente justificada.

Ante una situación de excepcionalidad deben cumplirse dos requisitos:



Las dificultades al discutir.

La experiencia con los CEAs ha puesto en evidencia algunas dificultades al discutir que parecen repetirse. Todas ellas se superan fácilmente si quien modera tempera los ánimos, controla la correcta organización del tiempo y es capaz de mantener el debate dentro de los cauces del método elegido:

- *A veces con utilizar un tono más alto y fuerte al hablar o con repetir muchas veces lo mismo, se cree dotar de mayor solidez al argumento;*
- *Otras se entra en una especie de tertulia comentando como meras anécdotas inexplicadas los criterios propios o ajenos, o bien nos aferramos al criterio expuesto por un experto (sobre todo si es jurista) con una especie de fe que refleja cierta “pereza mental”.*
- *En ocasiones, la emoción o la intuición se convierten en la base exclusiva de un análisis.*
- *Además, sobre todo al principio, se realizan “juicios sumarísimos” a los ponentes, indicándoles como eran clarísimos los problemas y las soluciones que ahora se les señalan.*
- *También se suele producir el silencio total de algunos miembros, a menudo porque no se les facilita el tono ni el tiempo para hablar.*

Estas y otras situaciones se dan más fácilmente si quien modera pasa de dar la palabra, remitir el debate a su cauce y resumir las intervenciones, a protagonizar cualquiera de los modos de discusión descritos aquí.



- quien hace la excepción tiene la carga de la prueba
- deben ponerse los medios necesarios para evitar las causas que provocan esa situación y así superar la excepcionalidad.

Así por ejemplo si se decide no informar a un paciente sobre su enfermedad debe justificarse con argumentos serios, reales y razonables. Si la razón para no informarle es que sufre una depresión y eso podría empeorarla, será necesario tratar la depresión e informarle en cuanto revierta la situación.

3.6 Prueba de la legalidad y publicidad

Una vez elegido el curso de acción que se considera óptimo debe someterse a las pruebas de legalidad y publicidad.

Prueba de legalidad: consiste en comprobar que la solución propuesta no es contraria al marco jurídico, sino que respeta el deber legal.

Aunque es necesario conocer la ley y tenerla presente en todo momento, suele recomendarse dejar esta prueba para el final del proceso para no condicionar la actuación final ya que una solución estrictamente legal no es necesariamente la más buena, es más, enrocarse en la respuesta legal al problema sin ver más allá puede ser percibido como una amenaza para alguna de las partes en conflicto.

Prueba de la publicidad. Hace referencia a la transparencia de las actuaciones que se ha decidido llevar a cabo, es decir, se ha de estar dispuesto a defender públicamente el curso de acción elegido.

Prueba de temporalidad. También se suele mencionar la prueba de temporalidad según la cual una vez decidido cuál es el curso de acción óptimo conviene someterlo a la hipótesis de si resistiría el paso del tiempo una vez se haya “enfriado” la situación, o lo que es lo mismo, si transcurrido un plazo se tomaría la misma decisión.

3.7 Documento de consejo.

En un Comité de Ética Asistencial tras efectuar el análisis y plantear los posibles cursos de acción éticamente más respetuosos con los valores en juego, se elabora un documento-resumen. Este tipo de documento es el que se entregará a quién hace la consulta. El dictamen recogerá:

1. Resumen del caso: presentado por el ponente.
2. Aspectos significativos que hayan sido aclarados en la fase de preguntas (paso 2)
3. Problemas enumerados (paso 3).
4. Cursos de acción (paso 4):
 - Se exponen punto por punto los cursos de acción que se proponen a cada problema.
 - Se incluye junto a cada uno una somera explicación del análisis sobre el que se sustenta y sobre los resultados esperables de su aplicación.
 - Cuando se establecen las relaciones “en cascada” se resumen en otro punto.
 - También se recogen las excepciones a los principios cuando se hacen, su justificación y las propuestas para su futura corrección
 - Se indica el grado de consenso, si se considera significativo, las discrepancias y las otras alternativas planteadas por miembros de la CEA.



Estos documentos o dictámenes a petición tienen carácter únicamente asesor, la decisión final corresponde a quien hace la consulta. Poner en práctica las recomendaciones hechas dependerá del interés y validez del contenido, del adecuado nivel de profundidad y racionalidad en sus dictámenes.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp T.L. y Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. Nueva York: Oxford Univ. Press, 1979.
2. Comités de Ética Asistencial de la CAPV. Memoria manual 1992-1996. Pg. 69-73.
3. Comisión de bioética de Castilla y León. *Guía para Comités de Ética Asistencial*. Ed. Junta de Castilla y León. 2008. En red URL: http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/institucion/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=85294. Fecha de consulta: 23/02/09.
4. Costa Alcaraz, AM; Carlos Almendro Padilla. *El análisis de dilemas éticos*. Formación bioética. Fisterra 2004. URL: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/dilemas.asp>. Fecha de consulta: 31/12/2004.
5. GRACIA D. *Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico*. HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema de mes on-line No 1, marzo 2006. ISSN: 1886-1601. URL: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero1/articulo.pdf. Fecha de consulta: 20/01/09.
6. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
7. Gracia D. *La práctica de la Medicina*. En: Tratado de Medicina Interna. Medicine (6ª ed). Madrid. Feb. 1992: 3-10.
8. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema, 1991
9. GRACIA, D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica*. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23
10. HABERMAS, Jürgen. *Ética discursiva*. En GÓMEZ, Carlos (Coord.), *Doce textos fundamentales de la Ética del siglo XX*. Ed. Alianza editorial, Madrid, 2003. Pg. 174-184.
11. Jonsen, A.R.,-Siegler, M,-Winslade,W. *The four topics: Case Analysis in Clinical Ethics*. En Silbergeld, MA, Jonsen, AR, Pearlman, RA, *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice*. Jones & Bartlett Publishers, 2007. Pg. 164
12. JONSEN, A. *Writing a Medical Ethics Case*. En ELLS, C y HUGLE, T. (eds.) *Publishing Without Perishing: A Handbook for Graduate and Professional Students on Publishing in Bioethics and the Medical Humanities*. Society for Health and Human Values. Virginia (EEUU), 1997. Pg. 12-15. En red URL: <http://www.asbh.org/publications/pdfs/publish.pdf>. Fecha de consulta: 10/09/08.
13. MARTÍN ESPÍLDORA, N. *Metodología del análisis de casos en Ética Clínica*. Unidad 3. Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza. URL: <http://www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo3/Unidad%203%20Análisis%20de%20Casos.pdf>. Fecha de consulta: 20/01/09.
14. MICHELIN, J. *La ética del discurso como ética de la responsabilidad*. Lit. lingüíst. [online]. 2003, no.14, p.213-224. ISSN 0716-5811 URL: <http://www.scielo.cl/scielo.php?>



[script=sci_arttext&pid=S0716-58112003001400015&lng=es&nrm=iso](http://ocw.ehu.es/ciencias-de-la-salud/bioetica/script=sci_arttext&pid=S0716-58112003001400015&lng=es&nrm=iso). Fecha de consulta: 26/08/07.



5. AUTOEVALUACIÓN

1. El denominado principio de “No Maleficencia” hace referencia a las obligaciones:

- a) De legislación
- b) De equidad
- c) De consentimiento informado
- d) De no discriminación.
- e) De buena práctica

2. La diferencia entre Principio de No Maleficencia y Principio de Beneficencia vino determinada por:

- a) La obligación de cuidar al paciente
- b) El respeto por la autonomía del paciente
- c) La prescripción más indicada
- d) El cumplimiento de la ley
- e) La decisión médica

3. El principio de Justicia hace referencia a la obligación de:

- a) Dar a todos los pacientes lo mismo
- b) Obtener recursos para los servicios
- c) Ajustar adecuadamente los tratamientos
- d) No discriminar en la asistencia
- e) No hacer malpraxis

4. Es un mínimo ético para los profesionales sanitarios:

- a) Curar a los pacientes
- b) Respetar los deseos del paciente
- c) No lesionar la integridad del paciente y respetar sus valores
- d) Hacer lo que consideren indicado en cada caso
- e) Formarse en bioética

5. En un análisis de caso, la ausencia de decisión informada en la relación clínica se relacionaría con:

- a) El trato incorrecto entre médico y el paciente
- b) La autonomía del paciente
- c) La judicialización de las relaciones sanitarias



- d) La madurez de los servicios sanitarios
- e) Ninguna de ellas

6. Cual de estas relaciones es incorrecta:

- a) Deontología-principios
- b) Teología-consecuencias
- c) Axiología-valores
- d) Ética-moral
- e) Todas son correctas

7. La Ética de mínimos recoge:

- a) Acuerdos intersubjetivos universalizables
- b) Leyes relacionadas con la asistencia sanitaria
- c) Síntesis de la moralidad revelada
- d) Normas despenalizadas de convivencia
- e) Criterios universalizables invariables

8. El criterio de justicia se caracteriza por:

- a) Depender del personal sanitario
- b) Ser un máximo ético
- c) Referirse al acceso, al trato y a la distribución de recursos
- d) Identificarse con la ley
- e) Ninguna de ellas

9. Hacer el bien al paciente es:

- a) No hacerle daño
- b) Respetar su idea de bien
- c) Evitarle el daño
- d) Promover que se haga bien a si mismo
- e) Ayudarle a que no se haga mal

10. Una vez elegido un curso óptimo de acción en el análisis de un caso clínico conviene someterlo a pruebas de:

- a) Legalidad, pertinencia e integridad
- b) Legalidad, publicidad y temporalidad
- c) Publicidad, temporalidad y pertinencia
- d) Temporalidad, legalidad e integridad



e) Confidencialidad, razonabilidad e integridad

-----Clave-----

1. (e)
2. (b)
3. (d)
4. (c)
5. (a)
6. (b)
7. (a)
8. (c)
9. (b)
10. (b)



6. ACTIVIDADES

1. Buscar, resumir y presentar un documento real de recomendaciones de Comité de ética existente.

