

METODOLOGÍA DE LA TOMA DE DECISIONES EN COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Profesora: Victoria Cusí.

OBJETIVO

Se ha tratado ya lo que es un comité de ética asistencial, los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia que están ampliamente aceptados y en este capítulo nos hemos de plantear el modo de enfocar la toma de decisiones en casos difíciles y la metodología que pueda ayudarnos.

INTRODUCCIÓN

Las decisiones en clínica pueden ser muy difíciles porque puede ser que no estemos seguros de qué es lo mejor para el paciente, también puede ser que nos inclinemos a hacer algo que dudemos que moralmente sea correcto o porque quisiéramos sentirnos apoyados por otros profesionales, saber si nuestra perspectiva es compartida por otros compañeros. Hay casos que parecen que todas las opciones son malas y a pesar de ello, debemos tomar una decisión, por graves que sean los riesgos y por difíciles de prever y aceptar que sean las consecuencias. En otras ocasiones, los avances médicos crean nuevas opciones y los principios generales son poco adecuados para afrontar las nuevas situaciones. Finalmente, se da el hecho de que, actualmente las decisiones deben tomarse en un clima de ética plural y cosmovisiones plurales.

Algunas personas creen que, dado el clima moral actual, no es posible alcanzar ningún acuerdo sobre lo que está bien y lo que está mal y consideran que el subjetivismo y el relativismo moral son inevitables. Lo que se ve en la práctica es que, aunque las opiniones teóricas sean diferentes, e incluso parezcan incompatibles, es posible que personas de buena voluntad lleguen a acuerdos sobre lo que está bien en una situación determinada. De hecho, la mayoría de médicos puede llegar a acuerdos, en la mayor parte de situaciones clínicas.

También es preciso tener en cuenta que, aunque exista un amplio acuerdo, en cuanto a principios morales, la aplicación de estos principios a un caso concreto, es una tarea difícil y delicada, y aún lo es más determinar cuál es el prioritario, cuando en una situación pueden aplicarse dos o más de ellos. En estas situaciones el método de la ética es de gran ayuda. Todos los médicos conocen y aplican el método de organización de la información en la historia clínica: síntomas, signos, antecedentes, exploración, pruebas complementarias...que conducen a un diagnóstico y a la elección justificada de un tratamiento. Los problemas éticos que plantea el cuidado del paciente, también deben valorarse con método y con la misma habilidad que los problemas médicos.

FACTORES IMPORTANTES EN LA TOMA DE DECISIONES

Un factor fundamental lo constituye la **actitud** de la persona que ha de tomar las decisiones. El **método** proporciona el marco para tomar decisiones que garanticen que se tenga en cuenta los datos pertinentes y que se tomen las decisiones con la reflexión debida. Generalmente puede evitar los errores más graves pero no garantiza la infalibilidad. La autoridad del método se basa en las decisiones razonadas y respetuosas que se obtienen al utilizarlo.

Pre-requisitos

Al explicar el método de análisis de casos en comités de ética, F. Abel (fundador y Presidente del IBB) nos habla de los pre-requisitos necesarios para abordar correctamente la decisión ética. Estas condiciones, imprescindibles antes de comenzar el análisis ético de un problema clínico, son:

- a) historia clínica correcta,
- b) competencia profesional para la discusión científica del caso clínico y
- c) control de calidad.

En el momento de la discusión, el primer punto (a) es el de mayor importancia; los otros dos puntos son responsabilidad de la dirección médica y de la gestión. Una vez claro el problema clínico y las posibles alternativas de tratamiento, se pasa a considerar las dimensiones éticas que se refieren a la calidad de vida desde la perspectiva del profesional y desde la perspectiva del paciente/familia: es necesario respetar sus sistemas de valores. Los factores no clínicos, económicos y sociales principalmente, deben también tenerse en consideración.

Etapas de la reflexión:

El problema de hecho es cómo tomar decisiones racionales en situaciones de incertidumbre. En el caso que nos ocupa supone:

- examinar la probabilidad de que suceda un hecho determinado (en la evolución clínica),
- determinar las consecuencias inmediatas y a largo plazo de cada posible acción (o abstención) y
- comparar cada consecuencia con el propio sistema de valores y con el del paciente.
- Es imprescindible una calidad excelente de la práctica clínica y
- una correcta toma de decisiones por parte del personal sanitario.

La mayor parte de los problemas que se pueden plantear se encontrará en alguno de estos aspectos:

- en la indicación de la intervención médica,
- en los valores (preferencias) del paciente,
- en la calidad de vida del paciente o
- en factores externos (Jonsen).

Nunca hay que perder de vista que **el objetivo es siempre buscar lo mejor para el paciente.**

Condiciones exigibles antes de comenzar la discusión de un problema ético:

1. Se ha de partir de la base de una excelente práctica profesional, requisito indispensable para poder plantearse la existencia de un problema ético. F. Abel considera éste, uno de los prerrequisitos éticos. Si no hay una excelente práctica profesional, no pueden tratarse de manera adecuada muchos problemas éticos.
2. Una vez comprobada esta condición, se ha de identificar el problema o problemas morales y hacerlos explícitos.

3. Es preciso, además, que exista una posibilidad real de elección entre acciones distintas y,
4. que la persona involucrada sea capaz de valorar de modo suficiente cada curso de acción posible y sus consecuencias. Si no es competente, esta persona tiene derecho a ser protegida.

Referentes éticos

Es importante disponer de un código de referencia a la hora de tomar decisiones clínicas. Los principios ya expuestos u otras máximas: *la persona humana es fin en sí misma y no puede ser instrumentalizada (Kant), Trata a los demás como desearías que te trataran a ti (regla de oro....nos pueden ser de ayuda como instrumentos para resolver algunas situaciones.*

Uno de los códigos más antiguos en relación con el comportamiento médico es el juramento hipocrático. Parece que durante muchísimos años ha sido suficiente como código de conducta para médicos. Todos hemos oído que la medicina debe curar, si puede, si no puede curar, debe aliviar y si no puede curar ni aliviar, debe consolar. Si bien en principio todo el mundo estaría de acuerdo con estas aseveraciones, lo cierto es que, en algunos casos que se nos plantean hoy día, no son suficientes para conducirnos hasta soluciones razonadas para los problemas a los que nos enfrentamos.

¿Qué ha cambiado?

- Que actualmente disponemos de más y mejores medios técnicos que nos permiten optar por diversas soluciones, en algunos casos ninguna de ellas satisfactoria, y debemos elegir forzosamente una de las alternativas.
- Que los medios técnicos de que disponemos nos permiten mantener la vida biológica durante mucho tiempo, en condiciones que antes eran impensables. La evolución, la historia natural de las enfermedades, se ha modificado. Estamos en posesión de un arsenal diagnóstico y terapéutico muy distinto, que además de tener efectos beneficiosos, también ejerce efectos nocivos.
- Que se contempla al paciente de otro modo. Hasta hace treinta años el médico "governaba", disponía. Aceptaba la responsabilidad del cuerpo de sus pacientes pero les exigía obediencia: debían hacer lo que les mandaba sin discusión. Se trataba de un enfoque deontologista (ética deontologista o de deberes profesionales), se aplicaban las leyes del código único (código deontológico). El cambio más profundo que se ha producido en los últimos años ha sido el reconocimiento de la persona del paciente como agente moral autónomo. Es decir, el paciente tiene derecho a ser informado correctamente y a rehusar el tratamiento que se le propone, si no es compatible con su escala de valores. El reconocimiento médico de este hecho fundamental se enfrenta a la formación hipocrática tradicional en que la relación médico-paciente, reconocida como asimétrica, se establece sobre la base de que quien sabe lo que conviene al paciente es el médico, como hemos dicho antes. Si utilizamos el lenguaje de principios, podemos decir que actualmente en general, se prioriza el principio de autonomía moral del paciente. Es preciso respetar sus valores. Tampoco hay que olvidar que el objetivo de la medicina sigue siendo buscar el bien del paciente y evitar el mal.

Calidad de vida

Actualmente podemos modificar la historia natural de las enfermedades y podemos mantener la vida biológica en situaciones muy precarias que, según su evolución natural, conducirían a la muerte en un breve plazo de tiempo. En algunas ocasiones es lícito preguntarse si “¿es necesario hacer todo lo que es posible hacer?”. La respuesta es “sí, siempre que sea en beneficio del paciente”. Pero, ¿lo es siempre? ¿Cualquiera de los beneficios de la medicina, lo será de verdad para un paciente determinado? La respuesta no siempre es clara. También es importante conocer y respetar la opinión del propio paciente sobre este punto. Esta cuestión ya se ha abordado desde el punto de vista legislativo y los pacientes pueden expresar su propio punto de vista en el documento de “voluntades anticipadas”. A menudo podemos mantener la vida biológica por encima de cualquier otra consideración. La pregunta fundamental es: **¿el respeto por la vida implica siempre la necesidad de alargarla?**

Ante esta pregunta hay tres respuestas posibles:

1. Actitud vitalista, que se corresponde a lo que se conoce como “Sanctity of life” o sacralización de la vida biológica.
2. Valoración de la calidad de vida según criterios utilitaristas, también conocida como “Quality of life”.
3. La tercera respuesta es la de aquellos que consideran la vida como un valor básico, fundamental, pero consideran también que es necesaria una cierta calidad de vida para mantener la obligatoriedad de conservarla y que el deber de conservar la vida no urge en condiciones particularmente difíciles. “La vida humana no es un bien absoluto sino que está en función de otros valores que pueden conseguirse con ella y que hacen posible darle un sentido” (F. Abel).

De hecho, en los últimos veinte años se ha producido un cambio en la mentalidad hospitalaria. Ante la capacidad de la tecnología médica actual de prolongar la vida hasta que sea una prolongación del morir, defendida por algunos, hay otros médicos y filósofos que creen que la mejor manera de respetar la vida es respetar los valores de los usufructuarios de esta vida. Siempre hay que respetar los deseos de los pacientes y hay que evitar la prolongación indebida de la vida, que es un tipo de violencia que se perpetra hoy sobre el paciente y sus familiares por una utilización irresponsable de la tecnología médica. Podemos decir que no hay que utilizar medidas desproporcionadas y que hay que evitar los tratamientos fútiles.

Entendemos por tratamiento fútil aquel tratamiento que clínicamente no es eficaz. No mejora la enfermedad de base, ni las interurrencias ni la sintomatología. Cualquier esfuerzo para obtener un resultado que, aunque posible, la razón y la experiencia nos dicen que es muy improbable. La razón de no instaurar o de suprimir un tratamiento de estas características reside en las molestias que el tratamiento mismo produce al paciente y en que el beneficio esperado es mínimo. Se trata, pues, de un tratamiento desproporcionado.

Uno de los problemas que nos podemos encontrar en el análisis de casos en comités de ética asistencial es el que se plantea cuando hemos de transgredir un principio *prima facie*. En estos casos hemos de tener en cuenta tres puntos:

- El objeto moral que se busca ha de ser realista.
- No tenemos otra alternativa moralmente preferible
- Hemos de buscar la trasgresión moral menor
- El agente debe tomar las medidas necesarias para minimizar los efectos de la trasgresión.

Aspectos puntuales que pueden ser fuente de conflicto en las primeras etapas de la valoración (pre-requisitos):

- Diagnóstico de seguridad: en medicina, que es una ciencia de probabilidades estadísticas, no es posible alcanzar una seguridad del 100%.
- Pronóstico a la luz de los conocimientos actuales: pero utilizando los conocimientos científicos disponibles.
- Posibles alternativas de tratamiento o de actuación, con análisis de las consecuencias que se derivarán de ellas.
- Decisiones que en ocasiones es preciso plantear:
 - Si no hay diagnóstico de certeza, ¿es preciso consultar a un experto?
 - Si existen métodos de diagnóstico o de tratamiento de los que no disponemos, ¿debemos trasladar al paciente?

Vale la pena poner especial cuidado en:

- Preguntar todo lo que sea necesario hasta estar seguro de que se ha entendido bien
- Aclarar el significado de las expresiones dudosas.
- Identificar claramente el problema.
- Averiguar si hay circunstancias especiales.
- Conocer la opinión del propio paciente y/o de su familia.

PROPUESTAS METODOLÓGICAS

ANÁLISIS DE CASOS Y DECISIONES ÉTICAS EN MEDICINA

Francesc Abel

Instituto Borja de Bioética

OBJETIVO: Buscar lo que sea mejor para el paciente

- **Pre-requisitos éticos**

1. Historia clínica correcta.
2. Competencia profesional para la discusión clínica del caso.
3. Atención humana e integral al paciente.

- **Análisis de los aspectos médicos**

1. Cuáles son los hechos médicos específicos.
2. Cuál es el problema concreto que se plantea y motiva la consulta.
3. Identificar las alternativas de acción posibles.
4. Examinar la probabilidad de que suceda un acontecimiento determinado.
5. Analizar las consecuencias previsibles a largo plazo de cada alternativa y los efectos secundarios de cada una.
6. Analizar la calidad de vida desde cada alternativa.
7. Identificar qué es lo que debemos evitar y las consecuencias que nos parecen inadmisibles.

- **Valores y opinión del paciente**

1. Comparar cada alternativa de acción con el sistema de valores del paciente y del equipo asistencial.
2. ¿Existe una posibilidad real de elección entre acciones diferentes?
3. La persona involucrada (o su tutor) ¿es capaz de valorar los diferentes cursos de acción y sus consecuencias?
4. ¿Cuál es la opinión del enfermo y de sus familiares?
5. Ver si hay aspectos no clínicos a tener en cuenta.

- Redactar un resumen-recapitulación.

- **Recomendación:** después de escuchar la opinión de los miembros del Comité debe hacerse una recomendación.

PRINCIPIOS

Respeto a las personas (dignidad de la persona humana)

- La persona ha de ser tratada como agente moral autónomo (derecho a la autodeterminación)
- La persona con autonomía reducida tiene derecho a ser protegida
- Derecho a la vida, vida digna, muerte digna.

Beneficencia i no-maleficencia (haz el bien y evita el mal): de menos a más

- No hagas daño a nadie
- Evita o prevé el mal
- Elimina el mal
- Promueve el bien

Justicia (a cada uno lo suyo: distribución equitativa de cargas y beneficios)

- A cada cual según su necesidad
- Favorecer a los más débiles si la desigualdad resulta inevitable.

Coherencia

La acción no debe erosionar, a la larga, el principio que se desea proteger.

INSTRUMENTOS

- Obra según una máxima que pueda convertirse en una norma universal (Kant).
- Obra de tal manera que la persona humana no sea utilizada como un medio sino como un fin (Kant).
- Tratar a los demás como desearíais ser tratados (regla de oro).
- Principios de doble efecto, de totalidad, de colaboración (material y formal), de razón proporcionada.
- Balance de ventajas (beneficios) e inconvenientes (riesgos) para utilizar los medios proporcionados y evitar los desproporcionados.
- Experiencia y consejo (Comités de Ética o similares).
- Códigos y normativas (éticas y jurídicas).

PROCEDIMIENTO DE GALVESTON

I. Indicaciones para la intervención médica.

1. ¿Cuáles son los hechos médicos específicos?
2. Si el tratamiento está indicado, ¿cuáles son las opciones terapéuticas, los posibles efectos colaterales y las consecuencias esperadas?
3. ¿Existen circunstancias especiales en este caso que planteen problemas éticos?

II. Preferencias del paciente

1. ¿Cuáles son las preferencias (valores) más importantes del paciente?
2. ¿Tiene el paciente capacidad para elegir?
3. ¿Cómo deben efectuarse el consentimiento y la información?

III. Calidad de vida

1. ¿Qué se entiende por consideraciones de calidad de vida?
2. ¿Cuándo surgen las cuestiones de calidad de vida?
3. ¿Cómo pueden resolverse?

IV. Factores no clínicos

1. ¿Cuáles son los factores no clínicos en contraste con los factores clínicos?
2. ¿Qué factores son relevantes en este caso?
3. ¿Deben influir estos factores en las decisiones clínicas?

V. Resumen del caso y plan de actuación

METODOLOGÍA: Dr. Edmund Pellegrino

A. Ética substantiva: ¿Qué debo hacer en este caso?

1. Analizar el contexto clínico: diagnóstico, pronóstico, tratamiento posible y alternativas.
2. Contexto ético:
 - ¿Cuales son los problemas éticos del caso?
 - ¿Cuáles son los principios implicados?
 - ¿Cuales son los valores morales del paciente, del médico, de la sociedad?
3. Definición del conflicto ético o de los conflictos éticos.
4. Cómo resolver estos conflictos: cuáles son las razones (principios, virtudes, deberes, reglas).
5. Qué acción se recomienda.
6. Cuales son los argumentos en contra.
7. Qué respuesta tenemos.
8. Examinar de nuevo nuestro posicionamiento personal.

B. Ética de procedimiento:

1. Quién decide.
2. Con qué criterios.
3. Cómo se resuelven los conflictos

C. Estructura profunda de la decisión

1. Filosofía de la relación médico-paciente
2. Interpretación de los principios *prima facie*: beneficencia, justicia, autonomía y reglas derivadas.
3. teorías éticas:
 - Teleológicas
 - Deontológicas
 - Virtudes
4. Fuente última de moralidad: antropología filosófica, teológica, socio-histórica, existencialista, moral de sentimientos, biológica.

BIBLIOGRAFIA

Abel, F. Historia y funciones de los Comités de Ética Asistencial. Labor Hospitalaria nº 244, 110-117, 1993

Abel, F y Cambra, F. Neonatología y discapacidad severa. En Diagnóstico prenatal, Neonatología y discapacidad severa: problemas éticos. Ed Institut Borja de Bioètica i Fundacion Mapfre Medicina; 2001.

Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. Clinical Ethics: a practical approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 4º ed. New Cork. McGraw-Hill; 1998.

Torralba, F. Filosofía de la Medicina. En Torno a la obra de E.D. Pellegrino. Ed. Institut Borja de Bioètica y Fundación Mapfre Medicina; 2001.