

LA TOMA DE DECISIONES EN ETICA CLINICA¹

Dr. Juan Pablo Beca I.

*Centro de Bioética, Facultad de medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.
Santiago de Chile*

La clásica relación médico paciente ha cambiado en los últimos 50 años, como lo han hecho todas las sociedades en su vida cívica, cada una a su propio ritmo. Las relaciones humanas verticales propias de la antigüedad y de la edad media, en la cual todo tipo de autoridad se vivió como relaciones de padres a hijos, incluyeron el paternalismo en la medicina. Este paternalismo médico evolucionó desde formas más duras a otras más moderadas. El enfermo primero fue sólo informado de su situación, luego se pidió su aceptación para ser tratado, para hoy reconocer y respetar el derecho a ejercer su capacidad de decisión ante su salud y enfermedad. Es el desarrollo de la autonomía de la persona no sólo en el terreno cívico o político sino en otros ámbitos que incluyen la medicina, con lo cual el clásico paciente ha pasado a ser un consumidor de servicios en modelos de salud más institucionalizada y de mercado. De esta manera el clásico paternalismo ha evolucionado hacia el reconocimiento y respeto a la autonomía del enfermo, con lo cual ha cambiado radicalmente la forma de tomar decisiones.

Pero no sólo ha cambiado el enfermo, también lo ha hecho la medicina. Con los continuos avances científicos y tecnológicos las alternativas de procedimientos e intervenciones diagnósticas y terapéuticas han llegado a magnitudes antes inimaginables. Y para cada una de ellas se hace necesario un proceso de decisiones que también es progresivamente más complejo y muchas veces conflictivo. La práctica clínica se enfrenta diariamente a problemas diagnósticos y terapéuticos que exigen decisiones en base a hechos que son también contextuales y que ponen en juego valores que necesitan ser debidamente ponderados. Por lo tanto parece lógico considerar que las decisiones en la práctica clínica

¹ Conferencia dictada el 28 Setiembre 2011 en el Seminario de la Academia Chilena de Medicina “Desafíos de la Bioética Clínica”.

son científicas y técnicas, pero son además decisiones morales en cuanto a elegir “el mejor” camino para cada situación. Esta decisión de “lo mejor” constituye de hecho una ponderación de valores, lo cual implica un juicio moral que exige un análisis de hechos, valores y deberes.

El tipo de decisiones complejas con problemas éticos es casi ilimitado. Siguiendo el ciclo vital podemos imaginar los problemas ético clínicos relacionados a cada una de sus etapas como control de natalidad, tratamientos de infertilidad, embarazo y aborto, tratamientos perinatales, prematuridad, malformaciones congénitas, enfermos críticos de dudosa recuperabilidad, pacientes terminales, cuidados paliativos con sus requerimientos específicos, los problemas del adulto mayor, así como todos aquellos que se relacionan con el fin de la vida y la búsqueda de una muerte digna, opciones de eutanasia o suicidio asistido, trasplante de órganos, etc. Entre las innumerable decisiones que es necesario tomar para el tratamiento y cuidado de enfermos complejos, cabe mencionar las que se refieren a enfermos terminales o críticos que incluyen tanto decisiones de limitación de tratamiento como de apoyo al enfermo y su familia, las que se muestran resumidamente en la tabla 1.

Cada una de estas situaciones incluye una infinidad de dudas o conflictos diferentes, con frecuentes problemas éticos que pocas veces son explícitamente identificados por los profesionales involucrados en el caso. Lo anterior significa que se resuelven de manera intuitiva, sin reconocer ni menos aún analizar sistemáticamente los valores en juego. De esta manera, aunque por la experiencia frecuentemente se resuelven de manera adecuada, no siempre es así. No se trata de que ocurran graves errores, pero sí que las soluciones podrían ser muchísimo mejores de lo que son. Imagínese el lector el caso de un enfermo de 90 años, con daño psico-orgánico y mala calidad de vida previa, que es llevado a un servicio de urgencia por apremio respiratorio. Confirmado el diagnóstico de una neumonía aspirativa con insuficiencia ventilatoria, la indicación médica debería ser su ingreso a cuidado intensivo y conexión a ventilación mecánica. Sin embargo en este caso particular dicha decisión, para ser éticamente correcta, no puede restringirse a criterios biológicos sin considerar y ponderar la calidad de vida, posibles expresiones de voluntad previa del paciente, creencias y expectativas familiares, contexto económico-social y las alternativas factibles de cuidado. El fundamento de la decisión no puede ser meramente intuitivo. Así como para establecer un diagnóstico y su terapéutica el clásico “ojo clínico” es insuficiente como fundamento, para buscar la conducta éticamente más correcta no basta con el llamado “olfato moral” que es la primera impresión basada en experiencias y criterios personales. Tanto el ojo clínico como el olfato moral pueden ser buenos puntos de partida pero exigen ser seguidos de una forma sistemática de análisis.

Decisiones de limitación de tratamientos

- Ordenes de No Reanimar
- No realizar más procedimientos diagnósticos
- No más exámenes de laboratorio
- Abstención de nuevos tratamientos
- Suspensión de apoyo vasoactivos, antibióticos, etc,
- Suspensión de diálisis
- Retiro de ventilación mecánica
- Suspensión de nutrición artificial

Decisiones de apoyo al enfermo y su familia

- Analgesia y sedación
- Sedación en la agonía
- Acompañamiento
- Apoyo psicológico
- Apoyo espiritual
- Guía a subrogantes (familiares) y cuidadores
- Apoyo a la familia para el duelo

TABLA 1. *Tipo de decisiones ante enfermos críticos o terminales*

La toma de decisiones correctas en medicina exige método y fundamentos, tanto en lo biológico como en lo ético. Son competencias necesarias para todo profesional de la salud y no sólo para los miembros de comités o consultores. En este capítulo se presentan, de manera muy resumida, las bases de la deliberación como forma de análisis y una síntesis de dos propuestas de método de análisis ético-clínico llevadas a una guía práctica.

Agentes de decisión

Como ya se ha expresado, en la medicina contemporánea las decisiones clínicas son complejas y no pueden ser tomadas sólo por el médico. Los agentes de decisión incluyen en primer lugar al médico, o más bien a los médicos, por cuanto rara vez un médico estará decidiendo solo ante escenarios críticos. Por su parte el enfermo tampoco estará solo sino acompañado por su familia y una variable red social. A lo anterior se agregan otros profesionales no médicos de la salud, posibles consejeros externos de cada paciente, los

documentos u otras formas de expresión de voluntades anticipadas cuando existen, y órganos consultivos como los comités de ética asistencial o los consultores de ética clínica.

No sólo participan estos diversos agentes sino que ellos están influidos o dependen de factores que incluyen la capacidad del enfermo para comprender su situación y tomar decisiones, la misma capacidad en sus familiares, los problemas emocionales asociados inevitablemente a la enfermedad, y los temores, esperanzas, culpas o intereses diversos en juego. A lo anterior se agregan factores culturales, religiosos, los recursos disponibles, las políticas de salud o las regulaciones institucionales y la legislación vigente.

El conjunto de agentes de decisión y los diversos factores ya mencionados exigen procesos de decisiones compartidas que llevarán a determinaciones que son más complejas y muchas veces más lentas, pero finalmente más razonables y prudentes.

Comités de ética y consultoría ético-clínica

Los casos clínicos que plantean problemas éticos más complejos o críticos pueden ser consultados a los comités de ética asistencial cuyas funciones son la consultoría de casos, la docencia intrahospitalaria y la participación proactiva en las normas institucionales. Los comités analizan los casos clínicos que les son presentados aplicando un método previamente acordado y de esta manera ayudan a la solución del problema mediante recomendaciones o sugerencias debidamente fundamentadas que deben responder así a las preguntas y dudas del equipo profesional tratante. Sin embargo la responsabilidad profesional, moral y legal de las decisiones particulares corresponden a quienes toman las decisiones y no al comité que tiene calidad de órgano consultor (1). La experiencia ha mostrado, en diferentes partes del mundo, que los casos que son presentados a los comités son escasos o excepcionales. Por esta razón en muchos hospitales de EE.UU. se han establecido sistemas de consultoría ético-clínica, sea individual o en base a dos o tres consultores. Lo mismo ocurre en algunos países europeos y recientemente se ha iniciado esta forma de consultoría en Chile (2). La consultoría individual se realiza aplicando un método similar de análisis, pero tiene la limitación de carecer de la reflexión grupal de los comités con las diversas perspectivas interdisciplinarias de sus miembros. Es evidente que no reemplaza sino que complementa la labor de los comités de ética asistencial y llega a ser una forma de lograr más cercanía con los clínicos. La evaluación de la labor asesora de los comités y de las consultorías individuales es difícil de realizar, pero la experiencia y algunos estudios muestran que constituyen un aporte positivo para resolver los problemas ético-clínicos (3,4).

Deliberación y juicio moral

La lógica del juicio clínico es por su esencia probabilística y no apodíctica que es lo propio de las ciencias exactas. Por eso en el juicio clínico se debe buscar lo razonable y no la certeza. Esta “razonabilidad” se logra mediante la ponderación cuidadosa de todos los factores que intervienen en una situación particular, con el fin de disminuir su incertidumbre. Es lo que desde los griegos se entiende por deliberación. Más aun, a la decisión tomada mediante una deliberación prolongada se la consideró “prudente”. Los juicios morales, al igual que los juicios clínicos, son primariamente empíricos y concretos, en los cuales las conclusiones son inciertas y serán más razonables en la medida en que se ponderen cuidadosa y reflexivamente todos los factores implicados.

Ya Aristóteles llamó dialécticos a los juicios morales. Para estos juicios el diálogo con otros es la mejor forma de mejorar nuestro conocimiento y de llegar a decisiones de mayor sabiduría, proceso al que llamó “deliberación” (5). La deliberación ética es así una forma difícil y compleja de razonamiento, que evita los juicios a priori o emocionales e implica ponderar debidamente los principios, valores y conflictos de valor, así como las circunstancias y consecuencias de las decisiones. A ello se agrega el análisis de los cursos posibles de acción, la consideración del contexto de cada caso, los intereses en juego y el marco legal. Los procesos de deliberación suponen de sus participantes una destreza intelectual que exige condiciones de escucha atenta o activa de las demás opiniones, en especial de aquellas que difieren de las propias. Es relevante considerar que se delibera básicamente en el nivel de los *hechos* y en el de los *valores*, después de lo cual viene el nivel de los *deberes*. De esta manera la deliberación se constituye en el método o procedimiento de elección para emitir un juicio fundamentado para la toma de decisiones. Lo anterior es válido no sólo para los juicios morales, sino de igual forma para el análisis de los problemas ético-clínicos.

Métodos de análisis ético-clínico

La Bioética puede ser considerada tanto una disciplina o interdisciplina, pero también como una propuesta de método. Tomar decisiones en el ámbito de la ética tiene siempre dificultades porque los valores que las sustentan son subjetivos y pueden entrar en conflicto en el momento de su ponderación. En el terreno de la clínica se plantean igualmente diversas alternativas con resultados y consecuencias inciertas. Por esta razón, y para hacer posible una toma de decisiones más objetiva, se han propuesto diversas formas de analizar los amplios y variados temas que aborda la Bioética. Todas tienen en común, desde Santo Tomás de Aquino, dos fases o momentos básicos que son el análisis de los hechos y la fase normativa o de decisiones (6). El énfasis puede estar más en lo normativo o más en las situaciones, lo cual es más propio de un análisis bioético, si se entiende esta disciplina como una ética aplicada y situacional. En la casuística clásica, la interpretación de los

problemas morales se realiza empleando procedimientos basados en paradigmas y analogías que conducen a normas o máximas generales, pero no universales ni invariables. La casuística y la ética clínica actual se centran en casos y en la consideración de sus circunstancias que es esencial para determinar las acciones más correctas, aplicando de manera prudente las máximas o principios correspondientes.

Las propuestas de metodología en Bioética o en Ética Clínica han sido diferentes en Estados Unidos y en Europa. Después de las primeras propuestas metodológicas de Thomasma y Pellegrino en los años 70, lo predominante en Norteamérica ha sido el Principialismo que desde 1979 plantea el análisis de casos mediante la “aplicación” de los cuatro principios de la ética biomédica propuestos por Beauchamp y Childress (7). Si bien los principios de Autonomía, No Maleficencia, Beneficencia y Justicia fueron considerados como *prima facie* y de igual jerarquía, en su aplicación particular a cada caso necesitan ser armonizados de tal manera que todos sean respetados en el mayor grado posible. Posteriormente, Albert Jonsen en 1982 propuso un método más sistemático de análisis ético clínico, seguido de conclusiones fundadas y defendibles, método que también ha sido llamado el “nuevo casuismo” (8). En Europa ha predominado un enfoque más filosófico que considera más las virtudes, con menor énfasis en la Autonomía. Diego Gracia en España propone el método deliberativo en el cual el análisis de los valores y sus conflictos, junto a la consideración de los cursos posibles de acción, constituyen la base para la toma de decisiones (9). Hay muchas semejanzas pero también énfasis diferentes en estas propuestas. En nuestra región la influencia principal ha sido la Principialista de Georgetown y el método deliberativo de Diego Gracia.

Una propuesta de síntesis

Sobre la base de la experiencia clínica y del trabajo en comités de ética asistencial, y después de ver la dificultad que se genera en la aplicación de métodos para el análisis ético clínico, se propone una metodología que sintetiza la propuesta casuística de Albert Jonsen con la deliberativa de Diego Gracia. La primera aporta más en la sistematización de los *hechos* y la segunda lo hace en la deliberación de los *valores* y cursos de acción, para culminar en conclusiones que corresponde al plano de los *deberes*.

Como toda propuesta de método en Bioética, la base siempre será asumir previamente un marco ético referencial. Como base de la fundamentación se acepta en este planteamiento la dignidad intrínseca del ser humano, junto con entender la Bioética como una ética cívica, secular, aplicada y como una ética de la responsabilidad, considerando siempre las circunstancias y las consecuencias de las decisiones. A lo anterior se agregan los cuatro principios de la ética biomédica, pero aplicados con la jerarquización propuesta por Diego

Gracia que considera de primer orden la No Maleficencia y la Justicia y de segundo orden a los principios de Autonomía y Beneficencia (10).

Una segunda condición para la aplicación de un método de análisis es la actitud de quien delibera, reconociendo que las posiciones personales pueden ser sesgadas o insuficientes, y que otros puntos de vista pueden ser igualmente válidos. La deliberación en grupo exige pues un alto grado de respeto y tolerancia a opiniones diferentes para llegar a conclusiones consensuadas y aceptarlas como más completas o mejores que las propias.

Otra premisa importante para aplicar métodos de análisis de casos ético-clínicos es considerar que siempre habrá grados de incertidumbre que dicho análisis no puede suprimir. Sin embargo, como el propósito es llegar a conclusiones que serán recomendaciones para responder a un problema y ayudar a un paciente concreto, es necesario considerar el mayor número posible de hechos clínicos, biológicos, contextuales y biográficos del enfermo. Finalmente las recomendaciones deberán ser factibles, legales y bien fundamentadas.

En base a lo anterior se propone, como una síntesis, un método que se inicia con una sistematización de los hechos utilizando el método que Albert Jonsen planteó con Siegler y Winsdale para ayudar a los clínicos y que llamaron “four boxes”, en referencia a los cuatro tópicos principales para el análisis (11). Luego de esta sistematización o deliberación sobre los hechos, se propone continuar con el método deliberativo de Diego Gracia (9) para el análisis de los valores y los deberes, los que no serán expresados como normas u obligaciones sino como recomendaciones con su debido fundamento.

Deliberación sobre los hechos

Los hechos que concurren en cada caso que plantea un problema ético clínico son numerosos y de diversa índole. La sistematización que se propone es ordenarlos en cuatro tópicos o categorías, que Jonsen denomina “cajas” y últimamente ha preferido llamarlos “células” para expresar que estos hechos se relacionan todos entre sí. Los tópicos son: indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y hechos contextuales. Cada uno de ellos incluye muchos elementos a ser incluidos en los respectivos tópicos.

Bajo el título “**indicaciones médicas**” se incluyen los diagnósticos con sus grados de certeza o incertidumbre, la condición aguda, crónica, crítica o terminal del enfermo, y los tratamientos indicados según las guías clínicas y la experiencia terapéutica para dicha condición, los objetivos de cada uno de los tratamientos o intervenciones que se están utilizando, el pronóstico de vida o de recuperabilidad funcional con o sin el uso de dichos tratamientos, los riesgos y los efectos adversos. Ver figura 1. Cuando se relacionan estos

hechos médicos a la luz de los principios de la Bioética, en este análisis están en juego los principios de No Maleficencia y de Beneficencia.

La consideración de las **“preferencias del paciente”** lleva al conocimiento de los valores del enfermo, en su evaluación personal de los beneficios y riesgos del tratamiento. Será entonces necesario preguntarse si ha sido bien informado y cuáles son sus esperanzas y propósitos, qué quiere el paciente y si ha comprendido cabalmente su situación y su posible tratamiento. Es imperioso determinar la capacidad del paciente para decidir, y si no la tiene definir quién lo puede representar válidamente. Como frecuentemente el enfermo no estará en condiciones de expresar su opinión, se hace necesario conocer qué ha manifestado antes y si ha escrito alguna forma de voluntad anticipada, lo cual en nuestro medio es excepcional. En los casos en los que no existen expresiones previas de voluntad, la forma de respetar sus preferencias y valores será mediante un proceso de decisiones compartidas con los familiares que más lo conocen, haciéndoles ver que la decisión debería ser coherente con los valores del paciente, con lo que él opinaría si pudiese hacerlo. Ver listado de temas en la figura 1. Al incluir en las decisiones la mayor información posible acerca de las preferencias del paciente se estará respetando el principio de Autonomía.

Al analizar **“calidad de vida”** del enfermo la pregunta principal es la probabilidad de poder volver, después de los tratamientos propuestos, a su calidad de vida previa o a una calidad de vida que él considere aceptable. La apreciación de calidad de vida es esencialmente subjetiva, evolutiva y dependiente de las expectativas y temores personales. Lo relevante es que se eviten los sesgos de profesionales y de familiares en esta apreciación. Los aspectos a considerar en calidad de vida se refieren al déficit intelectual, físico o social con los que pudiese quedar el paciente si sobrevive, y si él está dispuesto a asumirlos. En este plano es relevante considerar también las alternativas existentes de apoyo, rehabilitación y cuidados paliativos para el caso particular. Un listado de estos temas aparece en la figura 1. Si la calidad de vida probable se analiza desde los principios, nuevamente el tema será Beneficencia y Autonomía, incluyendo de manera muy importante el criterio de proporcionalidad terapéutica.

Y la cuarta “caja” son los **“hechos contextuales”**. Entre ellos están la realidad familiar con sus temores y posibles conflictos, los recursos económicos o previsionales del enfermo, la asignación de recursos institucionales privados o estatales, así como los intereses de tipo médico, académico o aun económico de los profesionales tratantes, y la posible investigación científica. A lo anterior se agregan como hechos contextuales muy determinantes, situaciones de tipo legal y las creencias religiosas del enfermo y de su familia. Un listado de hechos contextuales aparece en la figura 1. Estos hechos son generalmente poco conocidos por los profesionales tratantes y rara vez figuran en la historia clínica. Si se analizan desde los principios bioéticos, hay hechos claramente vinculados a la Justicia, pero también los hay a la Beneficencia.

Esta forma de descripción de los hechos, ordenados o sistematizados en las cuatro “cajas”, ha sido propuesta como un punto de partida para iniciar el análisis y la aplicación de principios o normas de manera más concreta. Sus autores consideran que así se evita una deliberación centrada en lo abstracto de los principios bioéticos u otros criterios o teorías morales. Piensan que cuando se inicia el análisis de casos particulares desde los principios existe la tendencia a centrar la discusión en el principio que aparece inicialmente como prioritario, como podrían ser la beneficencia o la autonomía, dejando de lado otros temas. En esta propuesta de síntesis en cambio, proponemos pasar de la sistematización de los hechos a la deliberación de los valores y después al análisis de los cursos de acción.

Deliberación sobre valores y principios

En esta fase del proceso deliberativo resulta importante inferir los valores que están en juego en el caso particular, primero sólo enumerándolos para luego definir qué valores pueden estar en conflicto. Si bien definir valores es de por sí difícil y subjetivo, lo relevante es hacerlo a partir de las percepciones personales de cada uno. Es frecuente que en esta etapa haya cierta confusión y también superposición entre valores y principios. Así se puede referir a beneficencia o a justicia como valores, lo cual no es un error pues son valores y también son principios de Bioética en cuanto son orientadores de los deberes.

Para aclarar un poco más el concepto, cabe recordar que hay valores de diversos tipos: físicos, espirituales, estéticos, intelectuales, afectivos, económicos, políticos, religiosos, etc. y todos ellos pueden interrelacionarse con los hechos clínicos. Lo importante de la etapa de deliberación de los valores es reconocer su presencia en el caso en análisis, evitando imponer una valoración puramente personal. Este simple reconocer la presencia de diferentes valores en el caso lleva necesariamente a la pregunta de cómo ponderan estos valores, no tanto los profesionales como el paciente o sus representantes. Por ejemplo cómo valora calidad y cantidad de vida, cómo valora la vida antenatal o neonatal, de qué forma sus decisiones están influidas por situaciones familiares o creencias religiosas, etc. Se trata de poder llegar a fundamentar las conclusiones o recomendaciones en los valores del enfermo y no en los de los médicos y otros profesionales. Este es el verdadero respeto de la autonomía del enfermo, por sobre la firma eventual de autorizaciones o formularios de consentimiento informado para algunos procedimientos.

INDICACIONES MEDICAS

1. Diagnósticos y problemas médicos
2. Pronóstico
3. Es problema agudo?, crónico?, crítico?, reversible?, terminal?
4. Objetivos del tratamiento?
5. Probabilidad de éxito
6. Qué se hará si se fracasa?
7. Cómo se beneficiará al enfermo y se evitará dañarlo?

PREFERENCIAS DEL ENFERMO

1. Qué ha expresado el enfermo?
2. Ha sido informado, ha comprendido y ha consentido al tratamiento?
3. El enfermo tiene capacidad?
4. Existen expresiones previas de voluntad?
5. Si es incapaz, quién lo subroga?
6. No coopera con el tratamiento, porqué?

CALIDAD DE VIDA

1. Probabilidad de recuperar calidad de vida previa, con y sin tratamiento,
2. Hay sesgos en la evaluación de calidad de vida que realizan los profesionales?
3. Qué déficit mental, físico o social puede producirse después del tratamiento?
4. Puede considerarse como indeseable la condición actual o futura?
5. Hay planes para limitar tratamientos?

CONTEXTO

1. Hay hechos familiares que influyen en las decisiones?
2. Hay intereses médicos que influyen?
3. Hay factores económicos que influyen?
4. Qué factores religiosos o culturales hay?
5. Hay problemas de asignación de recursos?
6. Hay implicancias legales en las decisiones?
7. Es un caso de investigación?
8. Hay conflictos de interés?

Figura 1. *Hechos de las indicaciones médicas, preferencias del enfermo, calidad de vida y contexto*

Junto a la definición de los valores y al esclarecimiento de los conflictos de valor presentes en el caso particular, es importante analizar los principios en juego en las dudas o problemas éticos. Implícito en la consideración de principios éticos está el marco ético referencial que cada grupo o comité que delibera ha asumido previamente y en torno al cual se hace posible el diálogo. Si se utilizan los cuatro principios clásicos de la Bioética será también necesario hacerlo, como ya se ha expuesto, en base a su debida jerarquización.

Deliberación sobre los deberes

Los hechos, analizados en la forma propuesta, permiten examinar otros problemas que siempre son más amplios que la razón por la cual un caso particular es presentado a un comité de ética asistencial. Por lo tanto el paso que corresponde es reconocer o explicitar problemas concretos a los cuales se responderá con recomendaciones para que los profesionales tratantes, de manera compartida con los pacientes o sus representantes, tomen las respectivas decisiones. Los problemas suelen ser primero planteados como “hasta dónde llegar con un tratamiento”, “¿es posible limitar el esfuerzo terapéutico?”, “¿hay que aplicar esta técnica en este enfermo?”, etc. Si bien estos son los problemas principales, porque son los que más inquietan a quienes los formulan, siempre existen otros problemas, de diversa índole, que se derivan de los hechos sistematizados como se ha planteado. Habrá así problemas de cómo pacientes y familiares enfrentan un diagnóstico y su pronóstico, cómo respetar mejor la voluntad o autonomía de un paciente, cómo incluir estimaciones de calidad de vida en las decisiones, qué apoyos sociales, familiares, espirituales u otros se necesitan, etc. Diego Gracia afirma que en cada caso hay siempre más de cinco problemas que inicialmente no se han planteado.

Esta etapa del proceso de análisis ético clínico es la concreción de todo lo anterior. Resultará más fácil en la medida en que los hechos y los valores se hayan analizado cuidadosamente. Aunque se ha titulado como deliberación de “deberes”, ello debe entenderse como recomendaciones del cuerpo deliberante para que los respectivos agentes de decisión decidan y actúen consecuentemente con ellas.

Como respuesta a los problemas que se han reconocido en cada caso surgen los cursos de acción posible. Es importante en el proceso deliberativo no apurar esta etapa para evitar las propuestas intuitivas con sus inevitables sesgos. La recomendación es formular primero los cursos extremos de acción, como podría ser aplicar todo tratamiento posible o ninguno, para luego pensar en los posibles cursos intermedios de acción. Siempre habrá cursos de acción que pueden responder a cada uno de los problemas que se han reconocido en el caso en discusión, de manera de llegar a recomendar formas prudentes de actuar y además incluir acciones que no se habían planteado antes, tales como cuidados paliativos, tratamientos sintomáticos, apoyos familiares, emocionales, espirituales y otros.

Finalmente, las recomendaciones necesitan estar fundamentadas, lo cual significa que los informes escritos requieren expresar también las razones por las cuales se formulan. No se trata de escribir complejos fundamentos filosóficos sino de expresar resumidamente de qué manera las recomendaciones formuladas respetan los principios éticos y los valores que se han reconocido como los más relevantes en el caso. Por último, una prueba de fundamentación recomendada por Diego Gracia es preguntarse si las recomendaciones podrían ser generalizables y públicamente defendidas, y si respetan la legalidad vigente, lo cual no necesariamente necesita escribirse en informes o actas.

En la tabla 2 se resume el método propuesto, expresado como una pauta o guía sugerida para facilitar el análisis de casos ético clínicos:

PAUTA DE ANALISIS ETICO-CLINICO

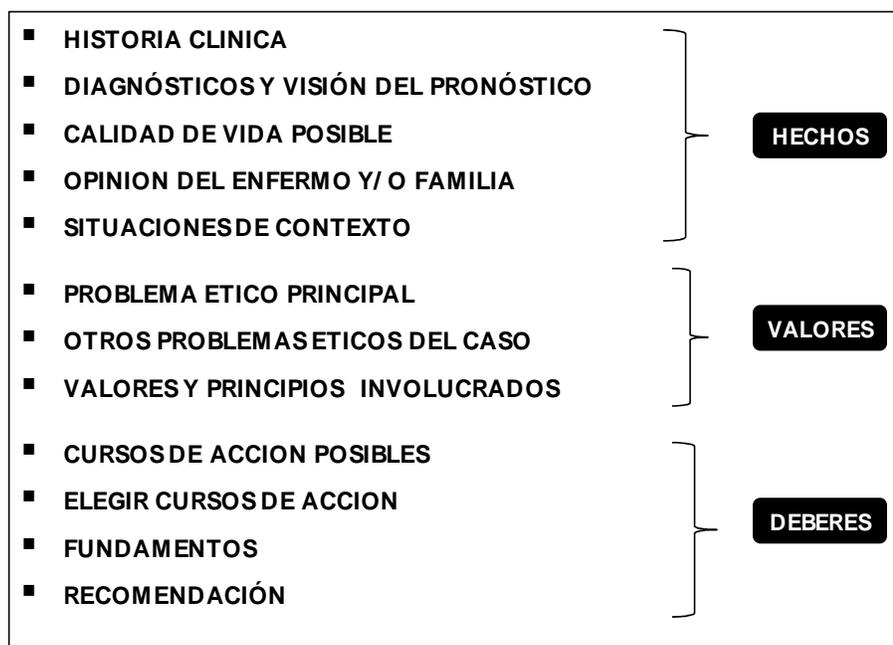


Tabla 2. *Pauta de análisis que combina métodos casuístico de Albert Jonsen deliberativo de Diego Gracia*

Conclusión

Las situaciones clínicas complejas son en la medicina contemporánea casi ilimitadas en su número y variedad a lo largo del ciclo vital. Las alternativas de intervenciones diagnósticas y terapéuticas son progresivamente más numerosas planteando diversas alternativas para cada caso. No sólo ha cambiado la medicina sino la sociedad y el enfermo, quien tiene el derecho a estar informado y tomar sus decisiones, o al menos a participar activamente en ellas. Las decisiones son por lo tanto procesos de toma de decisiones en los cuales participan médicos, otros profesionales, pacientes, familiares, los comités de ética asistencial y los consultores ético-clínicos. Para ello es necesario definir y aplicar un método que tome en consideración, junto a los hechos clínicos, las circunstancias, valores y consecuencias de las diferentes alternativas para cada caso. Para elegir el camino que otorgue el mayor beneficio para el enfermo el método debe ser, como en los juicios morales, empírico y probabilístico con la necesidad de llegar a decisiones razonables y prudentes después de considerar y ponderar todos los elementos en juego. El método es por la tanto la deliberación, la cual se centra básicamente en el análisis de hechos, valores y deberes.

En base a las propuestas de Albert Jonsen y de Diego Gracia se plantea una metodología de síntesis partiendo de un marco teórico que reconoce la dignidad de la persona humana y la aplicación jerarquizada de los principios de la Bioética. La propuesta es seguir un método deliberativo que analiza primero los hechos clínicos, calidad de vida, voluntad del enfermo y el contexto particular del caso, para continuar analizando los problemas éticos, los valores y principios en juego, y concluir en decisiones o recomendaciones en base a cursos de acción elegidos después de analizar todas las alternativas confrontadas con sus valores y fundamentos.

Referencias:

1. Couceiro A., Beca J.P. Los Comités de Etica Asistencial y las Repercusiones Jurídicas de sus Resoluciones. *Rev Med Chile* 2005; 134: 517-519
2. Beca J.P. Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioetica & Debat* 2008; 14 (45): 1-5
3. Schneiderman,L.J., Gilmer,T., Teetzel,H.D., Dugan,D.O., Blustein,J., et al. . Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 1166-1172

4. Beca J.P., Koppmann A., Chávez P., Delgado I., Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ético clínica en cuidado intensivo. *Revista Médica de Chile* 2010; 138: 815-820
5. Gracia D. La Deliberación Moral: El método de la Etica Clínica. *Medicina Clínica (Barc)* 2001; 117: 18-23
6. Drane J. Métodos de ética clínica. En *Bioética para Clínicos*, A. Couceiro, Triacastela, Madrid, España 1999
7. Beauchamp T, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*, 5ª Ed., Oxford University Press, New York, 2001
8. De los Reyes M, Rubio JM. “Metodología de análisis de casos clínicos: procedimientos y deliberación”. En *Bioética y Pediatría, Proyectos de vida plena*. De los Reyes y Sánchez Ed., Ergon, Madrid, 2010
9. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Eudema 1991. 2ª Ed. Madrid, Triacastela, 2007
10. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad, Madrid, 1989
11. Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W. *Clinical Ethics*, 4th Ed. McGraw Hill, New York, 1998