

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS EN LOS COMITÉS DE BIOÉTICA.

ENFOQUES Y PROPUESTA DE APOYO

METHODOLOGY FOR ANALYZING CLINICAL CASES IN BIOETHICS COMMITTEES. APPROACHES AND PROPOSED SUPPORT

METODOLOGIA PARA A ANÁLISE DE CASOS CLÍNICOS NOS COMITÊS DE BIOÉTICA. ENFOQUES E PROPOSTA DE APOIO

Pedro J. Sarmiento M.¹

María de los Ángeles Mazzanti²

Elena Rey³

Pablo Arango⁴

RESUMEN

El presente trabajo examina y evalúa los modelos y las metodologías más importantes para la resolución de casos clínicos: 1) el principialismo, 2) el deontologismo, 3) el consecuencialismo, 4) la casuística, 5) la ética de la virtud y 6) la ética centrada en la persona (o ética “personalista”). Se sopesan las fortalezas y debilidades de cada una y se propone, además, un instrumento que facilite este tipo de análisis. Como grupo, se opta por una metodología que articula tres modelos: el enfoque de la virtud, el enfoque centrado en la persona y estos dos en armonía con una ética centrada en los principios. Las razones para esta opción integral están basadas, fundamentalmente, en el reconocimiento de la supremacía de la dignidad de la persona humana y de que las situaciones clínicas complejas requieren de una mirada integral tanto de la persona como de la práctica clínica. Esta última requiere de virtudes, principios éticos y del reconocimiento del ser humano como un ser dotado de dignidad intrínseca y, a su vez, como fundamento de la ética y de la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: metodología para la resolución de casos clínicos; bioética clínica; principialismo; ética de la virtud; ética centrada en la persona humana (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2016.20.1.2

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Sarmiento PJ, Mazzanti MA, Rey E, Arango P. Metodología para el análisis de casos clínicos en los comités de bioética. Enfoques y propuesta de apoyo. pers. bioét. 2016; 20(1): 10-25. DOI: 10.5294/pebi.2016.20.1.2

- 1 Universidad de La Sabana, Colombia.
pedro.sarmiento@unisabana.edu.co
- 2 Universidad de La Sabana, Colombia.
- 3 Universidad de La Sabana, Colombia.
- 4 Universidad de La Sabana, Colombia.

DATE RECEIVED:	2014-11-01
DATE SENT TO PEER REVIEWERS:	2014-11-15
DATE OF APPROVAL FROM PEER REVIEWERS:	2015-01-16
ACCEPTANCE DATE:	2015-02-16

ABSTRACT

This paper examines and evaluates the models and the most important methods for solving clinical cases; namely, 1) principlism, 2) deontologism, 3) consequentialism, 4) casuistry, 5) virtue ethics and 6) ethics centered on the person (or “personalist” ethics). The strengths and weaknesses of each are weighed and an instrument is proposed to facilitate this type of analysis. As a group, the preference is for a methodology that articulates three models: the virtue approach, the person-centered approach, and these two in harmony with an ethics centered on principles. The reasons for this comprehensive option are based primarily on recognition of the primacy of the dignity of the human person and on acknowledgement that complex clinical situations require a comprehensive view of both the person and clinical practice. The latter requires virtues, ethical principles and recognition of the human person as being endowed with inherent dignity and, in turn, as the foundation of ethics and clinical practice.

KEY WORDS: Methodology for solving clinical cases; clinical bioethics; principlism; virtue ethics; ethics centered on the human person (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Este trabalho examina e avalia os modelos e as metodologias mais importantes para a resolução de casos clínicos: 1) o principlismo; 2) a deontologia; 3) o consequencialismo; 4) a casuística; 5) a ética da virtude e 6) a ética centralizada na pessoa (ou ética “personalista”). Consideram-se as fortalezas e as debilidades de cada uma e propõe-se, além disso, um instrumento que facilite esse tipo de análise. Como grupo, opta-se por uma metodologia que articula três modelos: o enfoque da virtude, o enfoque centralizado na pessoa e esses dois em harmonia com uma ética focada nos princípios. As razões para essa opção integral estão baseadas, fundamentalmente, no reconhecimento da supremacia da dignidade da pessoa humana e de que as situações clínicas complexas requerem de um olhar integral tanto da pessoa quanto da prática clínica. Esta última exige virtudes, princípios éticos e reconhecimento do ser humano como um ser dotado de dignidade intrínseca e, por sua vez, como fundamento da ética e da prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: metodologia para a resolução de casos clínicos; bioética clínica; principlismo; ética da virtude; ética centralizada na pessoa humana (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

Muchos de los problemas de la atención clínica suscitan dificultades bioéticas que tradicionalmente han sido denominadas como “dilemas”. El caso del embarazo en presencia de cáncer de cuello uterino *in situ*, el manejo clínico y ginecoobstétrico de la eclampsia y la preeclampsia, los estados vegetativos persistentes, la llamada “muerte cerebral” y otras circunstancias problemáticas en la atención clínica han generado, y continúan generando, dificultades que deben ser afrontadas con responsabilidad con base en puntos de vista y criterios éticos que puedan ser universales (o “universalizables”), a fin de tener criterios unívocos, no sujetos al criterio particular del médico o de los médicos que las afrontan. En realidad, estas situaciones son mucho más que “dilemas”. Se trata de situaciones de disyuntiva y de duda que frecuentemente se resuelven de forma intuitiva, apoyados en mayor o menor grado en criterios individuales o institucionales, más o menos explícitos. Aunque se hayan propuesto metodologías cuya aplicación es variable, la mayoría de estas son aplicables —casi con exclusividad— al escenario clínico hospitalario y de investigación. No obstante, el ejercicio de la salud, aunque único en sus objetivos, tiene dificultades particulares que limitan con circunstancias sociales y culturales específicas que hacen de los casos en cuestión temas aún más difíciles.

Las teorías éticas en las que subyacen los procedimientos de decisión pueden ser resumidas, y en parte simplificadas, en seis claves o aproximaciones que describiremos a continuación: 1) el principialismo, 2) el deontologismo, 3) el consecuencialismo, 4) la casuística, 5) la ética de la virtud y 6) la ética centrada en la persona (o ética “personalista”).

Es frecuente observar que en muchos casos y decisiones las soluciones comparten elementos de una u otra perspectiva. El análisis de circunstancias clínicas obedece en buena medida al criterio y formación del equipo profesional, su formación bioética específica, el enfoque intelectual del comité asesor, los valores propios del profesional y de la institución. Se intentará sopesar las fortalezas y debilidades de cada una, de forma que pueda identificarse la solución que en un caso específico puede estar dando cauce resolutorio a un caso particular. En este trabajo, se propone un instrumento que facilite este tipo de análisis y, como grupo, se opta por el enfoque de la virtud junto al enfoque centrado en la persona en armonía con una ética enfocada en los principios. Las razones para esta opción integral están basadas, fundamentalmente, en el reconocimiento de la supremacía de la dignidad de la persona humana como sujeto moral, dotado de conciencia moral, con la que percibe el bien y el mal. Se reconoce que la persona, tanto del paciente como la del profesional que lo asiste, está posibilitada para el perfeccionamiento mediante la virtud. Esta vía facilitará, en últimas, el ejercicio práctico de la *phronesis* (la prudencia), virtud sin la cual la decisión ética es imposible. El equipo se opone a una ética “de receta” o algoritmo rígido, en la que no se ejercite la virtud de la prudencia. Reconocemos, como señala Aristóteles, que es la recta razón que se dispone al discernimiento del verdadero bien o mal en cada circunstancia; la prudencia es la virtud por excelencia en el manejo de las dificultades éticas (1).

Las demás aproximaciones no son descartables en su totalidad. Aunque posean elementos problemáticos, hay otros que tienen significado y utilidad práctica limitada en la decisión ética de un profesional o de un equipo de profesionales.

EL ANÁLISIS DE CIRCUNSTANCIAS CLÍNICAS
 OBEDECE EN BUENA MEDIDA AL CRITERIO
 Y FORMACIÓN DEL EQUIPO PROFESIONAL,
 SU FORMACIÓN BIOÉTICA ESPECÍFICA,
 EL ENFOQUE INTELECTUAL DEL COMITÉ
 ASESOR, LOS VALORES PROPIOS DEL
 PROFESIONAL Y DE LA INSTITUCIÓN.

El punto de vista sostenido en este trabajo se apoya en el criterio según el cual la prudencia no puede ser enseñada, tal y como se enseña un saber racional pero, no obstante, sí pueden darse los elementos para que pueda gradualmente ser adquirida y suficientemente ejercida. No consideramos que la prudencia, como objetivo para el resultado correcto de una decisión clínica, obedezca, con exclusividad, a la aplicación estricta de principios o algoritmos. La prudencia es el resultado de la integración del juicio maduro y complejo en el que se toman en cuenta elementos clave inscritos en el examen de los actos humanos, su intencionalidad y sus circunstancias. El acto moral que se vive en el escenario de la asistencia clínica requiere de idénticos elementos propios para el examen de cualquier acto humano (o acto moral). La dotación de conciencia, en la que se incluye la madurez de la personalidad, la calidad cognitiva, los motivos de la acción, la conciencia del fin que se persigue, la decisión autónoma, la elección racional, el uso y elección de medios morales para la acción, la realización del fin perseguido y la evaluación de las circunstancias hacen parte de los elementos del acto moral. El ejercicio clínico, en general, desde hace varias décadas se ha decantado por una tendencia a optar por lo práctico antes que por lo bueno. Se busca la verdad útil, y la

verdad moral es reducida a las preferencias personales. En esta pragmática, la verdad ética, con frecuencia, se encuentra avasallada por el imperio de la autonomía y la libre elección personal. La tecnociencia, que señaló las directrices del ejercicio de la medicina en el siglo XX, ha generado muchos interrogantes, al mismo tiempo que problemas en los que se hace difícil ver la verdad moral. La tarea del profesional no consiste en simplificar pragmáticamente estas auténticas dificultades morales que suscita el ejercicio de la ciencia aplicada a las decisiones clínicas. Optar por un reduccionismo pragmático, simplista y frívolo de muchos de los problemas éticos que emergen del ejercicio clínico, representa un serio peligro. Se requiere una alfabetización filosófica, antropológica y bioética mínima del profesional médico, a fin de que estos eventos humanos y morales sean examinados en su real dimensión y no reducidos a una mirada banalizada en favor de la comodidad intelectual, o de una pragmática que renuncia a la búsqueda de la verdad. Aunque la bioética sea una reflexión sobre lo práctico, no significa que el contenido mismo de su ejercicio sea igualmente práctico. Se requiere del ejercicio de la razón en favor de la verdad moral que no pocas veces se aparta de la verdad útil y práctica.

A continuación se presentan los contenidos y las dificultades de estas claves intelectuales.

EL PRINCIPIALISMO

En la medicina de corte anglosajón, desde los años ochenta, se han venido desarrollado varios modelos de análisis de los cuales derivaron muchos del célebre Informe Belmont. Este documento se centró en tres ejes esenciales que toda decisión debería tomar en consideración: la autonomía, la beneficencia y la justicia.

Estos tres principios esenciales que hunden sus raíces, con diferente énfasis, en la historia de Occidente, se convirtieron, en un primer momento, en uno de los estandartes más célebres de los primeros años de la bioética. De esta hipótesis bioética —dígase, también, cultural y esencialmente norteamericana— toma asiento el célebre principialismo de los autores Beauchamp y Childress (2), cuyo esfuerzo se orienta a resolver problemas ético-clínicos con base en la aplicación de estos principios universales (beneficencia, justicia y autonomía) —pretendidamente conocidos por todos—, con los que puede guiarse la actuación fundamental del médico. Si en algún momento del siglo pasado fue célebre la bioética, lo logró, en buena parte, por el principialismo de Beauchamp y Childress, que se presentaba como una herramienta útil y eficaz para “todo tipo de soluciones” (3).

La difusión de estos tres principios, a los que posteriormente se añadió el principio de no maleficencia, fue tan popular como criticada. Una de las más duras críticas consistió en sostener que dicho modelo es una propuesta que carece de contenido antropológico que encarne la aplicación o justificación de estos principios. Con estos principios suspendidos en el “éter”, como algunos sostienen, y sin ninguna jerarquía entre ellos al igual que sujetos a contenidos de interpretación diversa e incluso, en algunos casos, contrapuesta, el principialismo perdió buena parte de su crédito como estrategia de solución a los problemas clínicos (4).

A estas críticas se sumaron otras que señalaron al principialismo como un análisis de carácter más consecuencialista que deontologista, aunque en principio intentara conjugar ambos modelos. Dada su naturaleza, de alguna forma artificial, el principialismo se ha decantado más como una versión clínica del pragmatismo que pretende,

antes que principios, resultados prácticos aplicables a un escenario multicultural, multiétnico y pluralista. Aunque en una *prima facie* su formulación es válida e incluso útil, la resolución de casos clínicos complejos, la aplicación universal y exclusiva es problemática por varias razones: 1) no solamente no existe jerarquía en su formulación, sino que, 2) la interpretación sobre los mismos es auténticamente problemática. En efecto, la aplicación del principio de beneficencia puede ser compleja pues su contenido puede ser interpretado de forma diferente en una misma situación (5, 6).

EL DEONTOLOGISMO

Por deontología debe entenderse el estudio de los deberes éticos de una profesión. La deontología médica recoge el conjunto de principios, normas y deberes propios de la profesión médica que se refleja en los códigos antiguos, desde el código de Hammurabi y el juramento hipocrático, hasta los códigos universales contemporáneos. De esta perspectiva derivan afirmaciones tales como que “el médico debe siempre obrar en beneficio del paciente”, abstenerse siempre de obrar el mal, “no aplicar la eutanasia ni aunque el paciente se lo solicite”, u otros más generales tales como “hacer el bien y evitar el mal”. Muchos de los principios deontológicos hoy son materia de controversia bioética, aunque en su mayoría siguen siendo vigentes (7).

La perspectiva deontologista o “del deber” tiene raíz en el pensamiento ético kantiano sobre la moral. Según el enfoque de Kant, la buena moral debe ser orientada por morales universales y universalmente aplicables (lo que el mismo Kant denominó “imperativo categórico”), sin considerar las consecuencias, porque estas, según Kant, de alguna manera, atendiendo a su cumplimiento, serán siempre morales.

Una de las características del modelo deontologista consiste en basar su criterio moral en principios de razón, de lo que deriva la responsabilidad moral del sujeto cuando hay efectos negativos en su acción (8). Así, por ejemplo, mentir no está dentro de este razonamiento moral, incluso si evitara una mala consecuencia, por ejemplo, la muerte de una persona. No mentir, es una norma deontológica y, por tanto, decir siempre la verdad es un comportamiento enmarcado dentro de una norma universal. Asimismo, ser veraz es un sagrado mandamiento de la razón, que es incondicionalmente exigido y no limitado por condición alguna.

El enfoque deontologista se opone al consecuencialismo en la medida en que lo considera un error. La consecuencia no justifica la acción sin los argumentos que justifican la relación entre la acción y la consecuencia.

El deontologismo no supone una dificultad o problemática ética como otros modelos. Se trata de una aplicación deductiva de los principios al escenario práctico. Aunque esto entrañe de hecho algunas dificultades, es una guía formal y práctica para el ejercicio de la profesión cuyo contenido, también, en alguna medida puede estar sujeto a la controversia.

EL CONSECUENCIALISMO

El consecuencialismo es una corriente de pensamiento moral en la cual, como sugiere su nombre, los resultados de una acción son considerados, en definitiva, el criterio

moral con el que puede determinarse la moralidad de una acción. Así, las consecuencias de cualquier acción, en cierto modo, compensan y superan cualquier otra consideración en la deliberación moral. Para el consecuencialismo, lo importante son las consecuencias. Dicho brevemente, la moralidad de una acción se mide por las consecuencias de la misma. Una acción éticamente correcta es la que conlleva buenas consecuencias, y una incorrecta, lo contrario.

La mayoría de las teorías consecuencialistas se centran en la maximización de las situaciones óptimas —después de todo, en este enfoque “si algo trae buenos resultados, más de lo mismo será mejor”—. De esta forma, la expresión: “No existen buenas o malas acciones, sino, tan solo, las consecuencias”, es falaz y éticamente inconsistente, porque las buenas o malas acciones se pueden calificar con la condición de examinar en su conjunto el objeto de la acción considerado en sí mismo y la intención de la persona, y no, exclusivamente, las consecuencias que se originan de esta acción.

Muchas situaciones en bioética han sido resueltas con un enfoque consecuencialista. Por ejemplo, Peter Singer propone como “solución” para los neonatos con enfermedades genéticas graves su “eutanasia” (9, 10). Así, los consecuencialistas argumentan que si existe una acción que lleve a mejores consecuencias esta se debe tomar con base en argumentos sólidos que correlacionen la

UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS
DEL MODELO DEONTOLOGISTA
CONSISTE EN BASAR SU CRITERIO
MORAL EN PRINCIPIOS DE
RAZÓN, DE LO QUE DERIVA LA
RESPONSABILIDAD MORAL DEL
SUJETO CUANDO HAY EFECTOS
NEGATIVOS EN SU ACCIÓN.

acción con la consecución, con independencia de las intenciones del agente. Esta perspectiva problemática e inconsistente éticamente, es, con frecuencia, el trasfondo de muchas decisiones clínicas que necesariamente conducen a errores con lamentables consecuencias.

LA CASUÍSTICA

El modelo casuístico se refiere a la aplicación de principios o de razonamiento ético a partir de casos (11). Así, la solución del caso no emerge de una deducción de principios ni de la evaluación de las consecuencias, sino del caso mismo. Uno de los modelos más conocidos de la casuística es el de Jonsen y Toulmin (12), que intentaron incorporar un modelo particular de la casuística (el de la práctica confesional católica), a las disputas morales bioético-clínicas contemporáneas. La nueva casuística de Jonsen y Toulmin, aplicada al escenario clínico, se trata de la llamada “ética de situación”, según la cual las decisiones morales y las circunstancias que las generan son únicas e irrepetibles, por lo que es imposible aplicar leyes universales o principios que las expliquen. Toulmin criticó el célebre modelo principialista de la bioética al referirse a este como una especie de “tiranía de los principios”, según la cual ellos caen en una especie de rigorismo tiránico al proponer reglas generales y omitir la necesidad de matices en el análisis de situaciones de conflicto (12). Toulmin sostiene que el conocimiento ético no es exacto e irrefutable. Existe, por el contrario, una analogía entre el conocimiento médico y el ético: ambos llegan siempre a un juicio “razonable”, más que a un juicio “exacto” (13). De esta forma, la casuística se propone como un punto intermedio entre, de un lado, el “absolutismo” de la teoría moral y, del otro, el relativismo que podría resultar al considerar la falta de acuerdo entre esas mismas teorías. La casuística o ética de la situación

aborda diversos aspectos de cada caso, especialmente el contexto sociocultural y legal-administrativo, que pueden ser determinantes para la toma de decisiones. Cada caso clínico, especialmente aquellos que planteen problemas éticos, puede ser analizado a la luz de cuatro parámetros: “1) las indicaciones médicas, 2) las preferencias del paciente, 3) la calidad de vida, y 4) los aspectos contextuales, definidos estos como el contexto social, económico, jurídico y administrativo en el que se enmarca el caso” (14). A pesar de la celebridad que este método tuviera durante algunos años, también ha sido criticado con al menos cinco objeciones principales: 1) el análisis del caso en el enfoque de la casuística requiere una cierta uniformidad de puntos de vista que no siempre está presente en una sociedad pluralista; 2) el método difícilmente puede lograr un consenso sobre cuestiones controversiales; 3) en el método no hay cabida para examinar críticamente el papel de las intuiciones sobre los casos; 4) el análisis casuístico puede producir diferentes conclusiones sobre los casos en que se eligen los paradigmas alternativos, y 5) el método no puede articular adecuadamente los motivos de sus conclusiones (15- 17).

LA ÉTICA DE LA VIRTUD

Varios autores norteamericanos como McIntyre, Edmund Pellegrino y Thomasma, han subrayado la importancia de las cualidades humanas, el buen carácter de la persona del médico y de sus virtudes para lograr una actuación correcta ética y humanizada de cara al paciente (18). En oposición al principialismo que centró su atención en las acciones, estos autores volcaron su atención en la perspectiva del médico que actúa, en sus hábitos y cualidades personales aplicables a todo el devenir de su práctica.

LA PROPUESTA DE LA ÉTICA DE LA VIRTUD ASPIRA A SUPERAR EL COMPORTAMIENTO BASADO EN LA DESCONFIANZA E INCAPACIDAD DE EVALUAR Y VALORAR LOS INTERESES DEL PACIENTE.

Es un hecho, compartido por muchos, que en las últimas décadas han confluído muchos factores en la sociedad que amenazan las relaciones de confianza que hay entre el paciente y el médico. Según Pellegrino, hay un modelo individualista que sustenta la estructura del acto médico pero que determina un funcionamiento burocrático y de control financiero (19).

La propuesta de la ética de la virtud aspira a superar el comportamiento basado en la desconfianza e incapacidad de evaluar y valorar los intereses del paciente. Se trata de establecer la confianza como el requisito indispensable para las relaciones humanas y profesionales, y de buscar, en todo momento, no anteponer los criterios clínicos o su propia percepción de lo que es bueno o malo para el paciente (20). La aspiración esencial de este modelo centrado en la virtud se orienta a obtener y fortalecer una relación fiduciaria entre ambos, la cual, además de poseer dimensiones morales específicas, constituye el fundamento de la ética profesional (21).

Así, sostiene Pellegrino, en el camino de las virtudes, especialmente las virtudes médicas, es indispensable el cultivo de las humanidades. De esta perspectiva es su célebre frase cuando señala que “la medicina es la más humana de las ciencias y la más científica de las humanidades” (22). Según Pellegrino, la teoría o la ética de la virtud, constituyó la base moral de la mayor parte de la historia del mundo y por ello es imposible de excluir en cualquier debate moral.

En el ejercicio clínico hay siempre un terreno para la intención, las convicciones y los fines para llevar a cabo acciones en un quirófano, un peritaje médico-legal o una decisión clínica en la cabecera de la cama del paciente. De esta forma, el juicio moral objetivo en el escenario clínico está presente, lo mismo que el juicio de su conciencia. No hay diferencia entre el juicio moral que sucede en el escenario clínico que en el que puede haber en cualquier otro escenario. En este camino, solo la práctica de las virtudes, que como hábito afectan directamente el ser del agente —en este caso del médico—, permite al sujeto ser capaz de intuir las decisiones y los pasos más justos y prudentes de cara a su paciente, sus colegas y su propia vida.

En efecto, la noción de virtud (*areté*) es entendida por Pellegrino como “excelencia”, es decir, como aquel hábito que facilita al agente llevar a cabo un acto, una acción o un comportamiento con la mejor adecuación y la máxima perfección en el marco de la ponderación y la prudencia. El hábito y ejercicio de las virtudes, lo mismo que la educación del espíritu humano en ellas, desde los primeros años y la primera juventud, permitirá adquirir esta “segunda naturaleza”, de la que hablara Aristóteles, la cual constituye una singular sabiduría de la que emerge la prudencia, que solo florece en el conjunto de muchas virtudes.

Así, el enfoque de la virtud en la perspectiva clínica no se diferencia de la propuesta de Aristóteles. La virtud

no es genérica, sino particular, esencialmente individual. Lo mismo es el objetivo de la ética, “lograr que el hombre actúe en el camino del bien, se haga bueno y por lo tanto feliz”. Aristóteles respondió a la pregunta socrática de si la virtud podía enseñarse de forma afirmativa. Desde luego que las virtudes pueden enseñarse y con ello el objetivo de hacer el hombre bueno es posible y realizable. Pellegrino también está convencido de esto. Su enfoque, como puede verse, es auténticamente aristotélico-tomista. La virtud en el médico es enseñable y puede verse en acción en el escenario clínico. Se trata de una ética teleológica en la cual, la calidad moral de un acto deriva del acto considerado en sí mismo, de la intención o el fin que persigue y, en el hombre de fe, la visión de Dios y de la vida eterna (23).

El modelo de la virtud se opone, radicalmente, a la ética del deber, en la medida en que atribuye al sujeto y a su perfección, mediante la virtud, el único camino para alcanzar el bien. Tal escenario es aplicable en la atención clínica y la búsqueda del camino correcto. La ética de la virtud se opone, además, a la ética del consecuencialismo, que niega la virtud del agente y mide la acción sin considerar la intención.

Otros autores como Alasdair MacIntyre, William Frankena, Elizabeth Anscombe y Edmund Pincoff, y el teólogo protestante Stanley Hauerwas, junto con Pellegrino, han fecundado la recuperación de las virtudes en el marco de la ética filosófica sin esgrimir ni negar las dificultades que este modelo plantea para las sociedades actuales señaladas por el pluralismo y la democracia (24).

ÉTICA PERSONALISTA O CENTRADA EN LA PERSONA

Los principios de la Bioética centrada en la persona han sido propuestos —entre otros autores— por Elio Sgreccia

(25). Se trata de un enfoque bioético cuya opción se centra en la persona humana y su significado antropológico y ontológico. La bioética llamada “personalista” está estrechamente vinculada con la filosofía personalista y nutrida por un importante número de autores como Emmanuel Mounier, Martin Buber, Jacques Maritain, Nédoncelle, Pareyson, Edith Stein, Emmanuel Lévinas, Karol Wojtyła (26), Romano Guardini, Gabriel Marcel, Julián Marías, Xavier Zubiri y Dietrich von Hildebrand. La bioética centrada en la persona (evitando con esta expresión incluir a la bioética dentro de otro de los “ismos”) se constituye en un paradigma amplio y consistente para examinar las dificultades éticas y bioéticas del ejercicio clínico.

Sobre su metodología, señala Burgos, “emplea un método propio que es una modulación del método fenomenológico en el que se desactivan los componentes idealistas y se posiciona frente a la modernidad de modo crítico y constructivo al mismo tiempo. No acepta la idea matriz de la modernidad, pero sí algunas de las novedades filosóficas que ha aportado, como el yo, la subjetividad, la libertad como autodeterminación” (27). La Bioética centrada en la persona se plantea desde dos características disciplinares originales: como un puente entre las ciencias biomédicas y las materias humanistas (26), y como una estructura antropológica que se afianza en una base ética abierta a la metafísica (28), con un planteamiento o modelo denominado “personalismo ontológico”, en el cual se reconoce el valor central de la persona como punto de referencia esencial para responder a las nuevas problemáticas surgidas en el contexto del progreso científico y tecnológico (28).

En esta perspectiva, la bioética debe orientarse fundamentalmente a asegurar el respeto de lo que constituye

su objeto: la salvaguarda de la vida humana. Así, el principio de respeto de la vida puede ser considerado como el principio eminente de la bioética, es decir, el que guía e inspira la aplicación de todos los demás (29), de lo que se deriva, por tanto, que la bioética centrada en la persona promueve el respeto por la dignidad de la persona humana, fundamentando así una perspectiva centrada en parámetros éticos de referencia que faciliten la adhesión de la autonomía personal y el ejercicio responsable de la libertad, dentro de un contexto social y cultural que no demande una innecesaria magnificación del principio de autonomía. “Al ser la calidad, en sentido estricto, un atributo de la vida personal, ha de ser evaluada con instrumentos que tengan en cuenta una reflexión sobre la vida misma y su contexto, y no primariamente desde la autonomía personal” (30).

El método propuesto para el ejercicio de la bioética centrada en la persona, además del enfoque multidisciplinar e interdisciplinar, consiste en considerar la ética y la persona como principio ordenador para la toma de decisiones entre las diferentes disciplinas (26). La ética que se considera necesaria es la que responde a lo que el ser humano es, ontológicamente considerado, perspectiva que permite su plena realización. Así, existen principios rectores o de orden más general, como el principio de respeto por la vida, y otros de orden más instrumental, como el principio del doble efecto, que se resumen a continuación:

- Principio de inviolabilidad de la vida humana (o de respeto por la vida física): este principio antecede a todos los demás.
- Principio de libertad y responsabilidad: obligación moral de cuidar la vida y la salud propia y ajena.

- Principio de totalidad o principio terapéutico: rige la licitud de toda la terapia médica y quirúrgica, por el cual es lícito sacrificar una parte en beneficio del todo unitario e integrado del hombre.
- Principio de proporcionalidad terapéutica: por el cual existe la obligación moral de implementar solo aquellas soluciones terapéuticas que guarden la debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.
- Principio del doble efecto: o voluntario indirecto, que define algunas condiciones que hacen lícita la implementación de una acción que tiene dos efectos: uno positivo o deseado y otro negativo o solo tolerado.
- Principio de sociabilidad y subsidiariedad: sociabilidad como el deber de cuidar del bien propio y el de los demás; subsidiariedad como el deber de una comunidad de cuidar más a quien está más necesitado.

Existen, además, otros principios tradicionales de la ética médica, que son concordantes con la visión personalista, entre los cuales se puede:

- Primero es no hacer daño: *primum non nocere*.
- Principio de confidencialidad médica: secreto médico.
- Principio de veracidad: derecho a la verdad soportable.
- Principio de prevención: identificación y acción sobre los riesgos.
- Principio de no abandono: aunque no haya posibilidades de curación es mandatorio cuidar y consolar.

La metodología de la bioética centrada en la persona para el análisis de casos está marcada por su sencillez (27). Su

método es triangular e interdisciplinar. Triangular porque, en un primer momento, estudia el problema teniendo en consideración los aspectos científicos y médicos en el marco de dos preguntas sencillas: 1) ¿qué se hace?, 2) ¿qué técnicas y medios se utilizan? En un segundo momento, se reflexiona acerca de las implicaciones antropológicas y éticas, es decir, lo que esa determinada técnica supone para el hombre y las generaciones futuras. En tercer lugar, se busca encontrar una solución práctica, tanto en su vertiente clínica como en aquella jurídica, en la cual, en muchos casos, hay vacíos legales.

La bioética es, en este modelo, esencialmente interdisciplinar porque incluye y hace intervenir elementos que provienen de la ciencia, la filosofía, el derecho, la economía y de otras ciencias (31).

El enfoque multidisciplinar e interdisciplinar es el aspecto más destacado de la metodología de la Bioética. Al afrontar cualquier problema, es necesario partir de un conocimiento serio de los datos científicos, proporcionados precisamente por las ciencias biomédicas. Para entender los términos y significados en los que hoy se plantea un problema, se necesitan datos sociológicos y culturales; en este caso, los proporcionan la historia, la sociología y la psicología social. Además, hay muchos problemas en los que se ha producido ya, o existe la necesidad de que se produzca una intervención legislativa del Estado o también de organismos internacionales, lo que hace necesaria la aportación de ciencias jurídicas y políticas (26).

De forma práctica, la bioética centrada en la persona define conceptos bioéticos clave tales como “autonomía”, “vida”, “libertad”, “muerte”, “decisión ética”,

“sufrimiento” y “responsabilidad”, desde lo que la persona humana es, comprendida ontológicamente (27).

OTROS ENFOQUES QUE ORIENTAN DECISIONES CLÍNICAS

Otros enfoques como el utilitarismo y el pragmatismo en la clínica pueden orientar decisiones clínicas a menudo equivocadas por anteponer valores a la vida humana. Uno de ellos es el utilitarismo, doctrina que hace parte de una ética materialista, que sostiene que el fin último de la conducta humana es la felicidad, y relaciona la conducta buena (ética) y mala (no ética) con el placer y el dolor. En palabras de John Stuart Mill, el utilitarismo es:

...la doctrina que acepta como fundamento de la moral a la utilidad como principio de la máxima felicidad, donde las acciones son correctas en proporción a su tendencia a promover la felicidad, e incorrectas si tienden a producir lo contrario a la felicidad. Por felicidad se entiende el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad al dolor y la privación del placer (32).

En el ejercicio clínico la solución pragmática y utilitaria se orienta frecuentemente por la pregunta “qué debo hacer?” (33, 34), y su base esencial está determinada por la metodología del consenso dentro del equipo terapéutico. Las oposiciones “costo-beneficio” y “costo-eficiencia” pueden representar algunas de las fórmulas pragmáticas de felicidad y valoración de situaciones clínicas problemáticas a la luz explícita o implícita del utilitarismo.

Otros, como Diego Gracia, proponen que existen dos aproximaciones diferentes a los problemas éticos, así como al modo de usar estas metodologías, a las que ha

SI BIEN ES CIERTO QUE EXISTEN CASOS SEMEJANTES, ES PRECISO AFIRMAR QUE NO TODOS SON “IDÉNTICOS”, PUES SE DEBEN CONSIDERAR ELEMENTOS PROPIOS DEL AGENTE MORAL O DE LOS AGENTES MORALES IMPLICADOS, ASÍ COMO DE LAS CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS QUE RODEAN Y AMBIENTAN CADA CASO.

denominado como “dilemática” y “problemática”. El objetivo de la primera es elegir entre diferentes posibilidades, generalmente dos. Su método es la teoría de la elección racional. Por el contrario, la segunda pone más el acento en el camino que en la meta; se fija más en el procedimiento que en la conclusión, entre otras cosas porque no es evidente que los problemas morales tengan siempre solución, y que, de tenerla, esa solución sea una y la misma para todos. La primera es una aproximación “decisionista” a los problemas éticos, en tanto que la segunda es básicamente “deliberativa” (35).

Otros enfoques, tales como la ética del cuidado (*Ethics of care*), desarrollados por feministas en el siglo XX, se oponen y apartan de las claves anteriores porque antes que enfatizar normas universales y la imparcialidad, hacen hincapié en la importancia de la respuesta práctica y el cuidado. El cambio en la perspectiva moral se manifiesta en la pregunta clave: “¿cómo responder activamente?”, en vez de preguntarse por “¿qué es lo justo?” (36). Las promotoras de la ética del cuidado critican la aplicación

de las normas universales como “algo moralmente problemático”, ya que engendran una especie de “ceguera moral” o indiferencia (36). Se trata de una ética de la atención que enfatiza la necesidad de la capacidad de respuesta en las relaciones (prestar atención y escuchar y responder). Su lógica es inductiva, contextual, psicológica, más que deductiva.

CUESTIONARIO PARA PROFUNDIZAR EN EL ANÁLISIS DE CASOS BIOÉTICO CLÍNICOS

Se admite que el análisis de casos bioético clínicos hace parte de un ejercicio bioético complejo, con niveles de aproximación variables y dependientes, en cualquier caso, del grado de información, madurez y experiencia, tanto de los profesionales como de los comités bioéticos clínicos asistenciales que los estudian. Por esta razón, el nivel de dificultad de cada caso es variable, sujeto a estos condicionamientos y a otros específicos de cada circunstancia. Casos que algunos pueden considerar francamente difíciles, pueden ser “invisibles” a los ojos de un comité débilmente formado.

Si bien es cierto que existen casos semejantes, es preciso afirmar que no todos son “idénticos”, pues se deben considerar elementos propios del agente moral o de los agentes morales implicados, así como de las circunstancias específicas que rodean y ambientan cada caso.

A continuación se propone un cuestionario de profundización que ayudará a ver elementos bioéticos implicados en los casos que deberían ser examinados. Se trata de un paso más allá de una fórmula simple que respete los principios generales que deben siempre ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar circunstancias de significado ético particular.

Es importante identificar adecuadamente si el problema en cuestión es un asunto bioético o, por el contrario, un asunto que no hace parte del interés de un comité bioético clínico asistencial. Por ejemplo, algunos temas pueden ser considerados en otras instancias no necesariamente bioéticas. Algunas quejas y reclamos son a menudo mal direccionados al comité bioético asistencial, especialmente cuando hay otras instancias para ser evaluadas y consideradas. Es importante tener en cuenta que un problema bioético es una dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente en cuya circunstancia es preciso el concurso de valores y principios que pueden o no estar en conflicto con otros valores, principios o intereses. Se trata de una distinción entre lo que se debe hacer y lo que de acuerdo con la literatura más reciente, o la costumbre, se hace sin ningún cuestionamiento.

Se presenta además, una “fórmula breve” que, aunque pueda calificarse de obvia, es necesario tener como una guía inicial sobre la cual profundizar.

CONCLUSIONES

El problema de la fundamentación de la moral fue un asunto que interesó en el pasado a los filósofos morales. Hoy afrontamos un giro práctico y aplicado que obliga a tomar decisiones concretas sobre la vida de los individuos. Todavía necesitamos determinar si el método deductivo utilizado en el principialismo, o el inductivo o el hermenéutico utilizado en los demás enfoques, pueden cooperar de forma conjunta en la búsqueda de soluciones concretas de cara a los pacientes.

La exigencia interdisciplinar en este debate, como también para la bioética misma, es ineludible. A esto se suma el factor clave de la experiencia de los comités

bioéticos clínicos asistenciales. Un comité experimentado y adecuadamente formado, resolverá con mayor protitud y acertividad los casos de estudio. En la tarea de resolver casos clínicos es importante identificar, lo más pronto posible, algunos principios fundamentales con los cuales se puede estar de acuerdo antes de entrar en el ejercicio resolutorio.

Es un hecho que las situaciones bioético clínicas pueden ser asumidas a la luz de los enfoques presentados, con más o menos éxito. En este punto también es necesario resaltar que, en algunos casos, no siempre existe una única solución. Pueden coexistir dos o más soluciones cuyo peso debe evaluarse a la luz de criterios éticos objetivos y visibles.

Las aproximaciones a partir de una ética centrada en los principios clásicos de la bioética, así como la perspectiva deontologista, consecuencialista, de la virtud y centrada en la persona, poseen elementos que deben ser considerados en conjunto a la hora de tomar decisiones. No se trata de una solución sincretista. Se trata de dar salida a conflictos prácticos que deben estar apoyados por grupos humanos que no siempre comparten idénticos principios para resolver situaciones.

Nuestra opción por el enfoque centrado en la persona y en la virtud, obedece, en buena medida, al reconocimiento de la supremacía de la dignidad de la persona humana y de que las situaciones clínicas complejas, requieren de una mirada integral tanto de la persona como de la práctica clínica. Esta última requiere de virtudes y principios éticos, y del reconocimiento del ser humano como un ser dotado de dignidad intrínseca y, a su vez, como fundamento de la ética y de la práctica clínica. A estos elementos se añada la posibilidad de

CUESTIONARIO PRÁCTICO DE APOYO PARA INTRODUCIRSE EN EL ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS INDIVIDUALES

Fórmula breve	Con relación al problema, cuestión o interrogante bioético
1. ¿Está comprometida la vida del paciente y se respeta? 2. ¿Se ha considerado en todo momento al paciente como persona? 3. ¿Son conscientes el médico y la familia de la responsabilidad sobre su paciente? 4. ¿Se han evaluado los riesgos y beneficios de la decisión? ¿Se asumen riesgos innecesarios? 5. Referencia a principios clave: a. Respeto total a la vida humana. b. Principio de libertad y responsabilidad (Consentimiento Informado) c. Principio de totalidad o terapéutico d. Principio de proporcionalidad e. Principio de solidaridad y subsidiaridad f. Principio del doble efecto (si aplica)	1. ¿Quién y a quién se consulta respecto del caso en cuestión? 2. ¿Se tiene una documentación lo más completa posible del caso? ¿Se han propuesto soluciones bioéticas en situaciones semejantes o análogas? ¿Son aplicables? 3. ¿Es realmente un problema bioético? 4. ¿Se identificó cuál es el principal problema bioético y cuáles los de segundo nivel de atención? 5. ¿Cuál es el objeto (acto considerado en sí mismo), la finalidad (la intención del sujeto que actúa) y las circunstancias que rodean cada decisión?
Con relación al paciente	Con relación al profesional y a la institución
1. ¿Es menor de edad? 2. ¿Puede decidir el paciente por sí mismo? ¿Qué grado de competencia tiene para consentir? 3. ¿Se tiene información, suficiente y completa, de la situación clínica, psicológica, personal, social y de credo que profesa el paciente? 4. ¿Se han considerado las creencias y preferencias del paciente? 5. ¿Se ha verificado la comprensión del caso y sus circunstancias por parte del paciente y sus familiares? 6. ¿Está informado adecuadamente el paciente? ¿Cuál es la opinión y las preferencias del paciente respecto del caso? 7. ¿La familia del paciente está suficientemente informada y acompañada para apoyar el consentimiento en caso de que este no pueda consentir? 8. ¿Hay consenso en relación con la opinión de la familia?	1. ¿Cuál es la opinión del médico tratante? ¿Hay controversia clínica? ¿Se puede dirimir ante otra instancia clínica? 2. ¿En la situación hay cabida para la objeción de conciencia del profesional? 3. ¿Está capacitada técnica y profesionalmente la institución para afrontar el caso y los procedimientos indicados y cuestionados? 4. ¿Cuál es la opinión del comité bioético clínico? (en caso de que exista) 5. ¿La alternativa propuesta compromete criterios de proporcionalidad terapéutica o del uso justo o injusto de recursos técnicos o económicos institucionales? 6. ¿Interfiere el tipo de aseguramiento la atención y solución propuesta al bien objetivo o a la persona del paciente?
Respecto a la situación clínica	
1. ¿Existe un diagnóstico cierto, un conocimiento objetivo del estado de evolución, y se tienen identificadas las posibles mejores alternativas de manejo? ¿Las alternativas propuestas están suficientemente probadas? 2. ¿Se tienen en cuenta los riesgos de las alternativa implicadas? 3. ¿En qué grado se encuentra comprometida o amenazada la vida o la integridad personal del paciente en relación con las alternativas propuestas? 4. ¿Dentro de las posibles soluciones se ve comprometida biológicamente la vida o la salud de otras personas (embrión o feto)? 5. ¿Dentro de las posibles alternativas se ve comprometida la salud o funcionalidad de otros órganos o funciones? ¿En qué grado? 6. ¿Se busca auténticamente en todo momento el bien verdadero del paciente, concebido de forma integral? 7. ¿Intervienen en la decisión las creencias religiosas o personales del paciente? ¿Se tienen en cuenta dentro del caso? 8. ¿Qué dice la legislación al respecto de circunstancias como la que se afronta? 9. ¿La decisión compromete social y económicamente a otras personas? 10. ¿Tiene acudientes o cuidadores en posibilidad de atención satisfactoria? 11. ¿Existen o se han considerado otras alternativas que respeten el punto de vista y los deseos del paciente? 12. ¿Existe testamento vital o documento de voluntades anticipadas? ¿Qué fecha tiene su firma?	

obtener resultados positivos con este enfoque en cualquier situación “inesperada”. Si el objeto de la bioética clínica y de los comités es el de proteger a la persona, la perspectiva centrada en ella da más seguridad que el enfoque consecuencialista o simplemente deontologista. Esta perspectiva se consolida, aún más, cuando recordamos que el objetivo fundamental del ejercicio médico es el bienestar del paciente.

La guía propuesta aquí señalada, es otro parámetro adicional con el que puede apoyarse el trabajo de un comité. No cabe duda de que el diálogo en medio de este proceso es definitivo. Sin él, las soluciones podrán alcanzarse, pero el ejercicio de la bioética estará aún pendiente.

REFERENCIAS

1. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Trad. Patricio de Azcárate. Madrid; s.f.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
3. Bustamante B. Bioética, crítica y sociedad: más allá del principialismo. *Rev Colomb Bioét*. 2010;27(4):417-32.
4. Sieckmann J. *La teoría principialista de los derechos fundamentales: estudios sobre la teoría de los derechos fundamentales de Robert Alexy*. Madrid: Marcial Pons; 2011.
5. Clouser D, Gert B. A critique of Principialism. *J Med Philos*. 1990;15(2):219-36.
6. Requena-Meana P. Sobre la aplicabilidad del principialismo norteamericano. *Cuad Bioét*. 2008;19(65):11-27.
7. Mohíno J. Causalidad, consecuencialismo y deontologismo. *Doxa Cuad Filos Derecho*. 1990;6:461-500.
8. Montoya J. El marco de la reflexión: utilitarismo y deontologismo. *Anthr Barc*. 1989;96:36-9.
9. Francione G. El error de Bentham (y el de Singer). *Teorema*. 1999;18(3):39-60.
10. Romero D. La pobreza, el crecimiento demográfico y el control de la natalidad. Una crítica a la perspectiva ética de Peter Singer sobre la relación entre ricos y pobres. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):531-41.
11. Tomlinson T. Casuistry in medical ethics: rehabilitated, or repeat offender? *Theor Med*. 1994;15(1):5-20.
12. Toulmin S. The Tyranny of Principles. *Hastings Cent Rep*. 1981;11:31-9.
13. Grodin M. *Meta Medical Ethics*. Dordrech: Kluwer; 1995.
14. Hernando P, Marijuán M. Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. *An Sis San Navar* [Internet]. 2006;9(6). [Visitado 2014 Dic]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272006000600010>
15. Strong C. Critiques of casuistry and why they are mistaken. *Theor Med Bioeth*. 1999;20(5):395-411.
16. Cortina A. El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades humanas*. Isegoría. 1996;13.
17. Junges J. Bioética como casuística e como hermenêutica. *Rev Bras Bioét*. 2011;1(1):28-44.
18. Hursthouse R. *On virtue ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
19. Pellegrino E. Rationing Health Care: The Ethics of Medical Gatekeeping. *J Contemp Health Law Policy*. 1986;2:23-5.
20. Pellegrino E, Thomasma, D. *The virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
21. Díaz G. La ética de la virtud y la bioética. *Rev Colomb Bioét*. 2009;4(1):93-128.
22. Pellegrino E. The Humanities in Medical Education. Entering the post Evangelical Era. *Theor Med*. 1984;253-66.

23. Pellegrino E, Thomasma D. *The Christian virtues in Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
24. Oakley J, Cocking D. *Virtue ethics and professional roles*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
25. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Madrid: BAC; 2009.
26. Ciccone L. *Bioética*. Madrid: Palabra; 2006.
27. Burgos J. ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. [Internet]. Almu-di.org; 2013. Disponible en: <http://www.almudi.org/Articulos/ID/8159/Que-es-la-bioetica-personalista-Un-analisis-de-su-especificidad-y-de-sus-fundamentos-teoricos>
28. Russo G. *Storia della bioética dalle origini ad oggi. Le origini, il significato, le istituzioni*. Roma: Armando; 1995.
29. Andorno R. *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos; 1998.
30. Gamboa G, Sarmiento P, et al. *Bioética en la práctica. Casos comentados*. Chía: Ediciones Universidad de La Sabana; 2013.
31. Postigo E. *Bioética, concepciones antropológicas y corrientes actuales* [Internet]. S.F [Visitado 2014 Ene 6]. Disponible en: http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=4335
32. Stuart Mill J, Papineau D. *El utilitarismo*. Filosofía. Barcelona: Blume; 2004.
33. Fins J, Miller F. *Clinical pragmatism: bridging theory and practice*. Kennedy Inst Ethics J. 1998;8:37-42.
34. Fins J. *Approximation and negotiation: clinical pragmatism and difference*. Camb Q Healthc Ethics. 1998;7:68-76.
35. Gracia D. *La deliberación moral en bioética: interdisciplinariedad, pluralidad, especialización*. Rev Ideas Valores. 2011;60(147):25-50.
36. Gilligan C. *Moral Orientation and Moral Development. The Feminist Philosophy Reader*. Boston: McGraw Hill; 2008.