

## Metodología para la toma de decisiones en bioética

LAURA RUEDA<sup>i</sup>

### INTRODUCCIÓN:

La resolución de problemas, son fenómenos en los que se ve involucrado el ser humano constantemente en sus actividades cotidianas. Sin embargo, tienen mayor o menor relevancia dependiendo de las circunstancias e impacto que tienen en la vida de las personas. Las situaciones y las relaciones humanas son elementos fundamentales del proceso para tomar decisiones. La toma de decisiones relaciona las circunstancias presentes de un conflicto con acciones que la llevaran hacia el futuro. La toma de decisiones también se basa en pasado; las experiencias y capacitación para el enfrentamiento de las situaciones desempeñan una parte importante para determinar las opciones que se consideran factibles o deseables.

El modelo racional para tomar decisiones y resolver problemas, en cualquier ámbito de conocimientos, supone que las decisiones más eficaces son resultado de un proceso de cuatro pasos, investigar la situación, desarrollar alternativas, evaluar las alternativas y elegir la mejor y después, implantar la decisión y darle seguimiento.

**1) Investigar la Situación:** Una buena investigación cubre tres aspectos: La definición del problema, el diagnóstico y la identificación de objetivos.

### **2) Revisar Alternativas de solución**

Esta etapa puede resultar razonablemente sencilla en el caso de la mayor parte de las decisiones programadas, pero no tan sencilla tratándose de decisiones complejas no programadas, sobre todo si existen limitaciones de tiempo.

### **3) Evaluar las alternativas y elegir la mejor entre las Disponibles:**

Cuando los profesionales cuentan con una serie de alternativas, tendrán que evaluar cada una de ellas con base en tres preguntas claves:

---

<sup>i</sup> Terapeuta Ocupacional. Licenciada en Ciencia de la Ocupación. Magíster en Bioética. Profesora Asistente Escuela de Terapia Ocupacional Facultad de Medicina. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. Universidad de Chile.

¿Es viable la alternativa? ¿Cuenta el sistema con los recursos necesarios para llevar a cabo la alternativa? ¿Satisface la alternativa todas las obligaciones jurídicas y éticas de la organización.

#### **4) Implantar la decisión y monitorearla:**

Cuando se ha elegido la mejor alternativa existente, los profesionales pueden hacer planes para abordar los requisitos y los problemas que se podrían encontrar al llevarla a práctica.

En el área del cuidado de la salud, los profesionales tienen especial capacitación y experiencia en los procesos de razonamiento clínico. La “mecánica del razonamiento clínico” es poco conocida, está basada en factores como experiencia y aprendizaje, razonamiento lógico inductivo y deductivo, interpretación de los datos que por sí mismo varían en reproducibilidad o validez, y en la intuición que a veces es difícil de definir. La calidad de este razonamiento, independiente del bagaje científico y tecnológico que posee la medicina, es lo que diferencia a un buen clínico del que no lo es.<sup>1</sup> Las habilidades intelectuales de análisis y de síntesis, así como los conocimientos de patología y experiencia, se van ajustando a las situaciones.

### **TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA**

Sócrates (siglo V AC), mediante la mayéutica, introduce, por primera vez, la reflexión personal como método de conocimiento. La resolución de conflictos es una de las actividades específicas de la bioética. Se resolverán dialogando, ya que la comunicación tiene mucho que ver con la ética.

La *bioética médica*, con sus características propias de *disciplina racional, pluralista y secular*, ha establecido métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas, conflictos y dilemas, mediante una metodología procedimental que permite su enfoque, estudio, y la consecuente toma de decisiones correctas,<sup>2</sup> esto es, “situadas” -en cada caso concreto y conforme a sus peculiaridades propias-, racionales, meditadas, argumentadas y honestas.

Siguiendo resumidamente el orden expositivo brindado por Gracia<sup>3</sup>, en su libro: “*Procedimientos de decisión en ética clínica*” los diferentes procedimientos de toma de decisión que surgieron en las últimas décadas, pueden ser agrupados de acuerdo con los distintos “lenguajes” éticos, pudiendo hablarse de cuatro grandes categorías.

En primer lugar, se describirá el método basado en la jerarquía de principios.

## 1.- EL ENFOQUE PRINCIPALISTA

Representa el primer enfoque de análisis situacional que diseñaron los profesionales dedicados a la bioética, recoge los antecedentes fundamentales de la disciplina:

Desde la tradición médica: se definen 2 principios, de Beneficencia y No Maleficencia

Desde la tradición normativa: El principio de Autonomía

Desde la tradición política: El principio de Justicia

El método principalista <sup>4</sup> recurre al lenguaje de los “principios” y de las “consecuencias”. Se determinan principios elementales con los que se analizan los casos concretos y las consecuencias que se seguirán en cada caso particular de la aplicación de esos principios, siendo tal el método que más adecuado para la toma de decisiones éticas en la clínica médica. Constituye un marco referencial que atiende a ciertas pautas (principios y reglas) destinadas a brindar un cierto orden sistemático a la reflexión y deliberación, desde el planteo del problema hasta la emisión del dictamen (recomendación) del caso, debiendo siempre primar la prudencia.

Para operacionalizar el análisis, se dividen en dos grupos de acuerdo a los valores éticos que cada principio representa, es decir, en primer lugar: los 2 principios que representan los elementos protectores más básicos de la condición humana. En segundo lugar aquellos 2 principios que si bien son protectores al igual que los anteriores, son susceptibles de adecuar a cada situación – conflicto. Se analizarán primero los de primer nivel (ética mínima) y luego los de segundo nivel (ética de los máximos) <sup>ii</sup>

---

*Recordando que, los principios han sido definidos de la siguiente forma:* (Beauchamp y Childress Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, New York-Oxford, 1994)

*Beneficencia:* indica procurar el bien del paciente en las intervenciones biomédicas, y, más genéricamente y más allá de la clínica médica, el de la sociedad toda (por ejemplo, en cuanto se la pueda beneficiar con un avance médico específico, aún teniendo en cuenta a las generaciones futuras)

*No-maleficencia:* obliga a no dañar al paciente, respetando su integridad psicofísica. Los autores lo distinguieron del anterior, señalando que todos nos consideramos más obligados a no hacer el mal a otros que a hacerles el bien, habiendo muchas ocasiones, sobre todo en medicina, en que se puede estar obligado a no hacer mal a los demás, aunque no a hacerles bien.

*Autonomía:* prescribe que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un agente moral autónomo, ordenando el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas, debiendo acatarse la decisión del paciente competente adecuadamente informado, cuya libertad no puede ser coartada; también preceptúa la protección de todas aquellas personas cuya capacidad de autodeterminación no es completa o se encuentra restringida (pacientes incompetentes).

Dado que, la jerarquización de estos principios no resulta ser fácil, es prudente recurrir a un *principio de balance o de ponderación* complementario (estimar riesgos / beneficios), recurriendo al concepto evaluativo de *calidad de vida*, el cual (bien entendido y libre de toda consideración “economicista”), referido al ámbito biomédico, atiende, en esencia, a las actuales condiciones de vida de un paciente determinado, comparadas con las que él juzga aceptables o deseables o con las que resulten efectivamente posibles, con el fin de mejorar esas condiciones de vida, en función de su propio beneficio y bienestar, estado que, de poder decidir por sí, en definitiva, corresponde que cada individuo defina, por supuesto, dentro de su propio contexto social y de acuerdo a pautas subjetivas únicas.<sup>5</sup>

Los principios de no-maleficencia y de justicia tienen carácter público, es decir, se refieren a nuestra relación con el exterior, y, por tanto, determinan nuestros deberes para con todos los seres humanos, en el orden de su vida biológica y social. Son, por ello, exigibles a todos por igual.

Los principios de beneficencia y autonomía pertenecen al ámbito privado de cada persona, ya que responden al desarrollo de su proyecto de vida, y dicha persona los tiene que gestionar de acuerdo con sus ideales. Así pues, justicia y no-maleficencia se deberían de anteponer siempre a beneficencia y autonomía. Los dos primeros principios son los que hay que respetar en la ética de mínimos y los otros dos se refieren a la ética de máximos y, por tanto, no necesariamente se tienen que compartir en el ámbito de la universalización

En resumen, los esquemas procedimentales, que han adquirido mayor aplicabilidad como guía de decisiones frente a dilemas bioéticos son:

Principios de 1 Nivel:

Justicia

No Maleficencia

Aborda el ámbito humano de las relaciones sociales. Marca lo correcto e incorrecto en el plano de la ética civil

---

*Justicia:* hace a la actuación de la justicia en materia de atención a la salud y, en particular, en las intervenciones biomédicas, primando la justicia *distributiva* en materia social, principalmente en cuanto a la asignación de recursos sanitarios (se habla aquí de “justicia sanitaria”) y a la competencia entre los distintos reclamos que es necesario atender (por ejemplo, para proteger la igualdad de acceso de todos a los servicios de salud y, en su caso, conceder la primacía en la adjudicación o utilización de determinados recursos), evitándose todo proceder discriminatorio. En la relación médico-paciente (de naturaleza prioritariamente contractual), prima la justicia *conmutativa*, por ejemplo, prestar al paciente el tratamiento convenido y en las condiciones acordadas<sup>ii</sup> -y no otro-, salvo razones médicas justificadas que aconsejen variar el plan terapéutico establecido, como ser la posibilidad de tratar una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada, o si se prefiere, de emergencia-, bioéticamente importa una excepción a la regla del consentimiento informado.

Es identificado como el nivel de la Ética de mínimos y establece “Lo que todos están obligados a no hacer”

Principios de 2 Nivel:

Autonomía

Beneficencia

Aborda el ámbito humano de las relaciones privadas. Considera lo subjetivo y Valora lo bueno o malo de las situaciones. Se enmarca públicamente entre lo que esta autorizado: “Lo que cada uno libremente puede hacer”

## 2. EL ENFOQUE CASUÍSTICO

Se emplea aquí el lenguaje de los “casos” y las “máximas”. Afirmando que no existen “hechos” sin “valores” y que no hay modo de juzgar caso alguno desde principios éticos, se procede al análisis de casos concretos (que conjugan los hechos y los valores) desde “máximas” de actuación, las que, en cuanto tales, condensan la sabiduría práctica del momento, siendo de carácter probable y no axiomático.

La experiencia moral es siempre casuística, en el sentido de que el análisis se efectúa desde las máximas y existe siempre más de una máxima aplicable, la deliberación se centra en una ordenación y jerarquización de esas máximas.

Jonsen, Siegler y Winslade,<sup>6</sup> desarrollaron este Procedimiento, como un análisis situacional, especialmente de casos clínicos, donde el principalísimo no permite rescatar antecedentes individuales. Se divide en tres partes:

### EL CASO CLÍNICO

Aborda los Criterios Médicos:

Enfermedades Agudas, reversibles de eficaz diagnóstico y tratamiento.

Enfermedades Críticas, irreversibles mortales

Enfermedades crónicas, eficaz diagnóstico, tratamiento paliativo, ambulatorias.

### COMENTARIO MORAL

#### 1. Preferencias del paciente:

- a) Naturaleza ética, legal y psicológica de las preferencias del paciente, para consentir o rehusar un tratamiento
- b) Consentimiento informado y/o rechazo del tratamiento.
- c) Testamentos vitales
- d) La desobediencia y los casos “difíciles

#### 2. Calidad de vida:

- a) Calidad de vida y supresión de terapéuticas ineficaces.
- b) Calidad de muerte y eutanasia
- c) El Tratamiento del dolor en pacientes terminales.

### 3 .Factores socioeconómicos:

- a) Condiciones económicas de la familia
- b) El costo de la asistencia sanitaria
- c) La distribución de recursos sanitarios

### CONSEJO MORAL

#### 1. Escala Ética:

- a) Preferencias del paciente
- b) Indicaciones médicas
- c) Calidad de vida
- d) Factores socioeconómicos

2. Consideraciones Morales : se elaboran a partir de todo el análisis anterior y va ha establecer decisiones en torno a la evaluación de las acciones posibles de seguir.

Se concluye con la definición de cada posible Acto como: **Permitido, Obligatorio o Prohibido**

### **3.- LAS ÉTICAS DE LA VIRTUD Y EL MODELO NARRATIVO<sup>7</sup>**

Las primeras emplean el lenguaje de la “virtud” y del “vicio” (hábitos y actitudes), siendo tal el sentido de toda la ética médica clásica, cuyo problema central y prácticamente único fue el de las actitudes o cualidades de carácter que debía tener el buen médico, criterio que fue llevado a diversos textos deontológicos, y aún legales.

No cabe duda alguna acerca de las importancia de estas éticas, que siguen siendo (son) imprescindibles para la formación del profesional de la salud en el nivel de las actitudes; tampoco, de que aquél debe saber ejercitar -mejor aún, contar y actuar- determinadas virtudes morales que hacen al buen desempeño de su labor profesional diaria, en particular, en cuanto a la *prudencia* que debe presidir toda toma de decisión. Pero es claro que no se puede obligar nadie a “ser virtuoso”, y que, aún siéndolo, ello no resulta aquí suficiente. Porque para ser un “buen médico” -y no tan sólo un “médico bueno”- no basta con contar con determinadas virtudes, sino que se requiere que posea conocimientos -no sólo médicos, sino también de ética médica y de derecho y habilidades -propias de su ciencia, y pautas éticas de decisión y acción- a fin de que pueda resolver -o al menos, intentar hacerlo a conciencia- los casos conflictivos que se le presenten.

En cuanto a la “ética narrativa” (que, al igual que el “casuismo”, rechaza cualquier sistema de principios), apelando a la “razón discursiva” -y centrándose los hábitos y actitudes-, procedimentalmente, para el análisis de los conflictos éticos, postula que ellos deben entenderse como “historias” rivales, las que difieren por los

hábitos (virtudes / vicios) y actitudes (carácter) de sus protagonistas, interpretando a estos conflictos como un desacuerdo en los hábitos y en el carácter, es decir, en la trama básica de la “historia” (entendida como un proceso, dinámico y vital, que se narra).

Los procedimientos enunciados anteriormente (1 y 2) sirven para tratar los conflictos que se presentan. El procedimiento narrativo sirve para evitar los conflictos. Se basa en el ejercicio de las competencias, (virtudes) o dimensiones que son del dominio profesional siguiendo criterios de excelencia.

Este método resulta particularmente útil en medicina familiar y comunitaria -en cuanto ambas revisten calidad preventiva y educativa-, pero advirtiéndose que como las cuestiones que se plantean en la práctica hospitalaria tienen que ver prácticamente siempre con la toma urgente de decisiones diagnósticas o terapéuticas -referenciadas al “cómo actuar”, esto es, qué hacer, qué no hacer y qué dejar de hacer, el procedimiento ético es aquí absolutamente decisivo, lo cual debe ser exacto, por lo cual el método narrativo no resulta idóneo para el tratamiento de estos problemas.

#### **4. PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DECISIONAL<sup>8</sup>**

Se utiliza aquí el lenguaje de los “hechos” y de los “valores”. Los primeros serían los “datos biológicos” de la historia clínica -nivel de consideración técnico-, sobre los cuales se monta luego el problema de los valores morales -nivel de consideración ético-, abordaje que ha sido asumido como propio por el llamado “análisis decisional”, que parte de la premisa de que no se requiere de certeza para decidir de modo racional, siendo racional aquella decisión que optimiza el resultado aún en condiciones de incertidumbre.

Es cierto que las decisiones clínicas se fincan en una lógica probabilística y que al médico no se le puede requerir certeza (sino prudencia, racionalidad y razonabilidad), pero el análisis decisional clásico sólo toma en cuenta las consideraciones de los hechos, no así los valores, ya que parte del cálculo de utilidad esperada de cada alternativa existente, y, a la vista de todas ellas, identifica la que considera óptima, marginando así, por y con ello, a los valores, opiniones y deseos de las personas implicadas en cada caso, entre las cuales aquí se encuentra nada menos que el paciente. Por ello, a la ponderación estadística de los diversos cursos de acción (utilidad objetiva) se añade la ponderación de los intereses de dichas personas (utilidad subjetiva), proceso por cierto complejo, pero que se ha advertido que conduce a una mejor calidad asistencial. En ética clínica, se emplean los llamados “árboles de decisión”, listas que permiten evaluar los hechos y los valores existentes en el caso y decidir a la vista de todos ellos.

---

## Referencias Bibliográficas

- <sup>1</sup> Beltrán, O. Torres, D. El proceso diagnóstico. Rev Colomb Gastroenterol 19 (3) 2004
- <sup>2</sup> Durand, G. *La bioética*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1992, pp. 24/5 y 109/113
- <sup>3</sup> Gracia, D. “Métodos de análisis de los problemas éticos en la clínica médica”, *Separata de los Anales de la Real Academia de Medicina*, t. CIX, Cuaderno Segundo, Madrid, 1992, pp. 371/386.
- <sup>4</sup> Gracia, Diego: *Procedimientos de decisión en ética clínica*, EUDEMA, Madrid, 1991.
- <sup>5</sup> Blanco, L G. *Notas acerca de los procedimientos de toma de decisiones éticas en la clínica médica y el derecho argentino*. Cuadernos de Bioética Ed. Ad Hoc. 2005. Argentina
- <sup>6</sup> Jonsen, A. Siegler, M. Winslade, J (1998): *Clinical ethics* (4ª edición), MacGraw-Hill, Nueva York
- <sup>7</sup> Gracia, D.: *Procedimientos...*, cit., pp. 46/56
- <sup>8</sup> Gracia, D.: *Procedimientos...*, cit., pp. 38/45 y 98