

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social
(CENDEISS)**



**Área de Bioética
Subárea Bioética Clínica y en Gestión**

**GUÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON POTENCIAL
CONFLICTO BIOÉTFICO EN LOS CENTROS ASISTENCIALES
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**



20 de junio, 2013

I. Introducción

El Área de Bioética, como instancia institucional responsable de las actividades en bioética, y con autoridad técnica y funcional en dicha materia (Junta Directiva CCSS, sesión n.º 7927, del 27 de enero de 2005), ha promovido el establecimiento de la red de Comités Locales de Bioética (CLOBI), y ha sido el ente coordinador de estos órganos, ubicados en todos los hospitales y en áreas de salud, desde que la Junta Directiva acuerda su creación el 27 de enero de 2005.

Siguiendo lo definido en el artículo 1, de la sesión mencionada, el Área de Bioética ha cumplido la misión de orientar y contribuir al respeto de los principios filosóficos y los valores institucionales, mediante la aplicación de la bioética en la toma de decisiones con respecto a la gestión en salud, la prestación de los servicios y la investigación con seres humanos.

Dos años después de la creación del Área se logra, en la sesión n.º 8123, artículo 2º, del 18 de enero de 2007, un giro importante, el cual está relacionado con la instalación de comités en los hospitales y el redireccionamiento de su función, para que realicen acciones, no solo en el ámbito de la bioética en investigación, sino también de la de la bioética clínica y gestión.

Este impulso que se da a la bioética clínica se ve reflejado, entre otros, en el documento “*Una Caja Renovada hacia el 2025*”, que emite los siguientes lineamientos estratégicos:

- *Otorgar un importante énfasis a la bioética clínica y en gestión como disciplina que busca encontrar un marco racional para sustentar avances en el conocimiento, de manera que puedan ser integrados al quehacer médico para el bien y el progreso de la atención de la salud, mediante lineamientos claramente establecidos que orienten las acciones en la atención. Este desarrollo debe reflejar la preocupación por el paciente como sujeto de derechos humanos inalienables.*
- *Se integrarán Comités de Bioética Clínica y en Gestión, como órganos multidisciplinarios asesores para la toma de decisiones conflictivas tales como trasplantes, separación de cuerpos, máquinas de preservación de la vida, abortos terapéuticos, trasplantes, etc.*

En el año 2007, el Área de Bioética inicia con la capacitación de las personas miembros de la red de comités locales de bioética mediante el curso *Bioética Clínica* y, en setiembre del 2009, se establece el proceso para el análisis bioético de casos clínicos. En ese mismo año, se publica la guía de referencia para dicho proceso, la cual contiene tres formularios: el primero, para la recepción de la solicitud de análisis (ACA-I); el segundo, para el análisis que realiza a lo interno el comité (ACA-II) y el último, para la entrega del informe con las recomendaciones que emana el comité de bioética (ACA-III) al solicitante.

Susana Vidal (2008) señala que

...se han descrito distintas causas como determinantes del surgimiento de la bioética que pueden ser resumidas en tres grupos de condicionantes: el creciente y desmesurado avance científico tecnológico de los últimos 50 años, el surgimiento de los derechos de los enfermos y el cambio de los modelos de asistencia sanitaria y el debate sobre el derecho a la salud. P.6

Ante este creciente avance biotecnológico y el cambio de los modelos asistenciales, entre otros factores, los comités deben encargarse de analizar y evaluar casos clínicos con el fin de proponer soluciones a los conflictos bioéticos que se presentan durante la atención a las personas usuarias y/o en el uso y aplicación de la biotecnología.

La constitución de los comités de bioética y el inicio de sus funciones en el ámbito de la bioética clínica, tiene como uno de sus objetivos, apoyar la toma de decisiones de quienes se enfrentan a conflictos bioéticos de difícil solución. Actualmente son poco consultados debido a diversas causas, entre las que sobresalen la dificultad de los profesionales de salud para reconocer los conflictos bioéticos durante la atención, la resolución de estos casos por ellos mismos, ya sea por desconocer que esta función la ejerce el comité, o bien, por temor a plantear la consulta. Hay que subrayar que los miembros del comité no son quienes deben tomar las decisiones, sino que solo orientan y/o brindan recomendaciones a quien ha consultado. Por tanto, su sugerencia de acción concreta no es vinculante, sino que deja abierta la puerta para quien debe tomar la decisión última, que corresponderá al propio paciente (en su defecto, a su representante legal) o al profesional de la salud, según sea la situación concreta.

Con el fin de orientar el quehacer de los Comités, el Área de Bioética propone la presente guía, con el fin de mejorar el proceso de identificación de casos clínicos con potencial conflicto bioético para que, a solicitud expresa del profesional en salud responsable del caso, o de la persona usuaria o su allegado, pueda dicho órgano emanar recomendaciones que contribuyan a visualizar el curso de acción óptimo dentro del conflicto bioético, con el mayor equilibrio posible de los principios bioéticos.

Esta guía es un instrumento totalmente flexible, no exhaustivo, que pretende aportar elementos generales que deberían ser tenidos en cuenta para identificar potenciales problemas bioéticos vinculados a las prácticas en la atención en salud en cada centro asistencial.

II. Marco conceptual

Para identificar conflictos entre los principios bioéticos, se tomará como referencia la teoría principialista propuesta por Tom Beauchamp y James F. Childress en su obra *Principles of Biomedical Ethics*, y los principios derivados de esta teoría; también se buscará una fundamentación complementaria de las visiones éticas que promueven los principios universalizables, siguiendo la propuesta del bioeticista Francisco Javier León Correa, en su obra *Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social*.

En la presente guía se utilizarán las siguientes definiciones:

Bioética: Estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas– de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”. (Post, 2004)

Dignidad humana: Está relacionada con el honor y el respeto, elementos que deben guiar la actuación de los funcionarios de la Institución.

Toda acción del sujeto está en relación con los demás; por eso la dignidad no se conceptualiza en términos individualistas. Como seres sociales, esta debe ser vista dentro de la interacción entre el sujeto con otros individuos y con él mismo.

Es el valor esencial e intransferible de todo ser humano, independientemente de su condición social o económica, raza, religión, edad, sexo, etc., y constituye la base de todos los derechos.

Teoría principialista: Se refiere a los principios bioéticos, los cuales han sido definidos por Beauchamp y Childress (1994) de la siguiente forma:

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, aun teniendo en cuenta a las generaciones futuras).

No-maleficencia: Obliga a no dañar al paciente, respetando su integridad psicofísica. Los autores lo distinguen 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 el 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).

Principio de Justicia: Se refiere a la distribución de los recursos de la salud de forma equitativa.

Otros principios derivados de la teoría principialista a ser considerados en la relación entre el profesional de salud y la persona usuaria, según León F. (2009):

BIOÉTICA CLÍNICA
No-maleficencia
Deber de no abandono
Precaución
Responsabilidad profesional
Responsabilidad familiar
Justicia
Respeto de derechos pacientes
Equidad

Equidad en reparto de recursos
Protección del más débil
Eficiencia profesional
Continuidad de atención
Autonomía
Respeto a la autonomía
Promoción de competencia
Responsabilidad
Confidencialidad
Beneficencia
Calidad de vida: fin de la clínica
Excelencia profesional
Humanización del cuidado
Solidaridad
Ética del cuidado

III. Alcance de la guía

El alcance de la presente guía será la identificación de potenciales conflictos bioéticos dentro de la relación profesional de salud-persona usuaria, lo que se denomina microbioética o bioética clínica. No se pretende identificar problemas bioéticos a nivel institucional (mesobioética) o social (macrobioética).

IV. Proceso de identificación del conflicto bioético-clínico

Conociendo la teoría principialista y la propuesta de clasificación de principios rectores dentro los cuatro principios bioéticos, se puede proceder a identificar potenciales conflictos entre los principios bioéticos durante la atención en salud.

1. Análisis general de la situación ético-clínica

Figura 1
Análisis general de la situación



Como en todo ámbito de la vida, la primera condición para resolver adecuadamente si un problema debe ser consultado en el seno del comité de bioética, es haberlo identificado con la suficiente claridad. Por ello, si existe duda, el comité puede realizar un diagnóstico preliminar. En el caso que nos ocupa, el de los problemas bioético-clínicos, se aconseja formular las correspondientes preguntas de un modo operacional, que permita dar respuestas precisas. Así, por ejemplo, el planteamiento de un problema bioético-clínico muy frecuente en la práctica de la medicina es el siguiente: ¿Es moralmente lícito limitar la terapia X a este paciente?, ¿debo comunicar el diagnóstico de cáncer y su correspondiente pronóstico a un paciente?, ¿puedo hacer este procedimiento clínico sin informar a mi paciente de los posibles riesgos?.

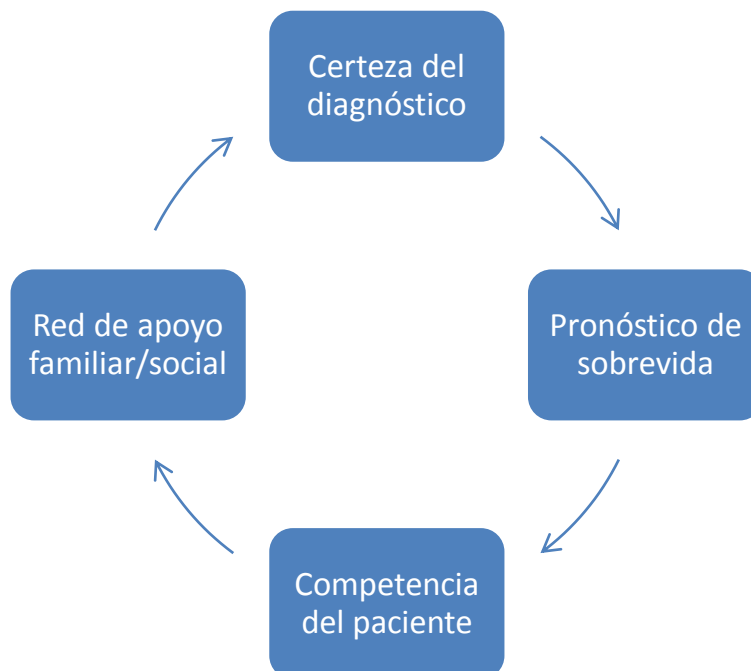
En la figura 1 se pueden encontrar los tres primeros puntos que debe plantearse el profesional clínico. 1- ¿Cuál es la condición real del paciente para afrontar el procedimiento clínico que le recomiendo o propongo realizar? 2- ¿Es el acto o procedimiento clínico una atención de emergencia? 3- ¿Cuál es la competencia del paciente para la tomar de decisiones?

Ante la dificultad para responder a las preguntas anteriores (exceptuando la atención de emergencias, en que prima la integridad, la salud y la vida del paciente u otras situaciones establecidas en la normativa institucional y nacional donde existe imperativo legal, por ejemplo, vacunación), empieza a materializarse el conflicto entre los principios bioéticos, y la probable consulta al comité de bioética.

2. Análisis de la información clínica éticamente relevante

Figura 2

Información relevante que debe estar presente en el manejo de un caso clínico



Todo análisis de un potencial problema bioético-clínico que aspire a ser realista ha de estar fundado en datos clínicos objetivos. En este contexto, la aplicación de las reglas formales de inferencia propuestas por la medicina basada en evidencia puede resultar de mucha utilidad. Pero, como se sabe, en la práctica clínica contar siempre con datos clínicos objetivos es poco frecuente por múltiples situaciones. El profesional en salud debe plantearse, antes de recomendar un tratamiento o procedimiento clínico, cuál es la certeza diagnóstica, cuál es el pronóstico de supervivencia del paciente, y con cuáles redes de apoyo cuenta este para enfrentar posibles procesos de recuperación, entre otros aspectos. Con estos datos clínicos, el profesional en salud debe asesorar al paciente en la toma de decisiones. Dependiendo de la competencia y la capacidad del paciente, entrará en juego el representante legal.

Ante la imposibilidad de una certeza diagnóstica, así como ante la incompetencia o incapacidad del paciente, la ausencia de representantes legales o la inexistencia de adecuadas redes de apoyo familiar y social que contribuyan al éxito de una intervención clínica, la recomendación de un procedimiento clínico se ve obstaculizada y se materializa el conflicto entre los principios bioéticos, por lo que la consulta al comité de bioética es de trascendencia. Por el contrario, si el profesional en salud cuenta con esta información y elementos presentes, puede pasar al siguiente punto.

3. Evaluación de alternativas de acción y sus resultados

Figura 3
Análisis de las alternativas que se proponen al paciente

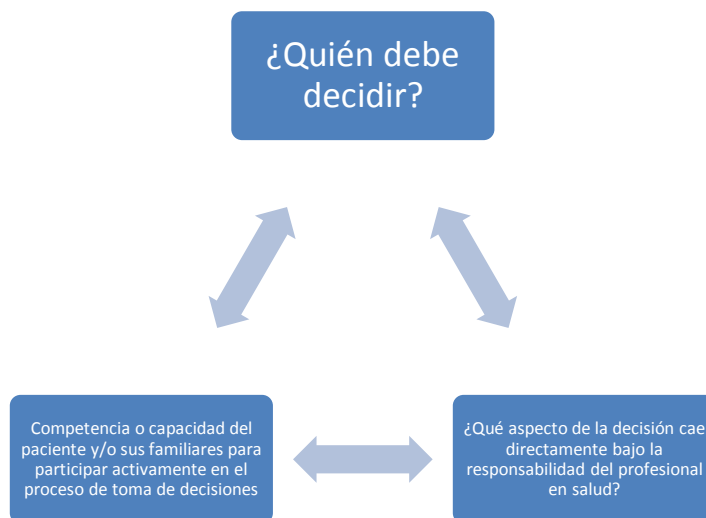


Cuando el profesional en salud se encuentra en la planeación de las alternativas de procedimientos clínicos para proponérselas a la persona usuaria (paciente), debe tener certeza de los datos clínicos expuestos en el punto anterior, y una vez discernida la mejor intervención desde el plano técnico, debe cuestionar si dicho procedimiento clínico es pertinente en las circunstancias y condiciones que se encuentra el paciente, a razón de establecer, en primer lugar, el riesgo/beneficio y, luego, el costo/beneficio. Si la opción de procedimiento clínico es la mejor alternativa de acción por los resultados esperados, y el paciente tiene capacidad y competencia para aceptarla a través de un proceso de consentimiento informado, no se está frente a potencial conflicto bioético; por el contrario, si la alternativa de acción y sus posibles resultados representan una elevada morbilidad y/o mortalidad, un costo elevado para el paciente,

o bien, este no cuenta con capacidad cognitiva, volitiva y de juicio, se está frente a un potencial conflicto entre los principios bioéticos.

4. Posible resolución técnica del caso clínico

Figura 4
Proceso de toma de decisión sobre el procedimiento clínico a realizar



Una vez que se ha llegado a esta etapa, y no se ha materializado un conflicto bioético, porque ha existido ausencia de los elementos mencionados en los puntos anteriores o no hay evidencia de la presencia de un riesgo inherente al procedimiento clínico que desequilibre los principios bioéticos, se culmina con la toma de decisión final sobre el procedimiento o los procedimientos clínicos que recomienda el profesional en salud. Dicha decisión debe estar precedida (salvo excepciones establecidas en la normativa institucional y nacional) por el proceso de consentimiento informado, en el cual se debe plantear la última pregunta: ¿quién debe decidir? En este punto, la pregunta se contesta estableciendo la capacidad cognitiva, volitiva y de juicio del paciente, no solo para decidir el aceptar o rechazar el procedimiento clínico, sino para comprender la información suministrada por el profesional en salud.

Si el paciente tiene la capacidad para comprender y tomar decisiones respecto al procedimiento recomendado, o en su defecto, cuenta con un representante legal, y se cumplió con todos los aspectos propios del consentimiento informado, no se estaría, en teoría, frente a un conflicto bioético, mientras que si, por el contrario, el paciente no tiene capacidad, no existe participación del representante legal o de los familiares o bien, se le delega al profesional en salud la toma de decisión (exceptuando situaciones de emergencia y otras que la ley establece), se está de cara a un conflicto bioético-clínico que debería ser analizado en un comité de bioética.

V. Conflictos bioéticos para cada principio

5.1 Principio de autonomía

Según Immanuel Kant y John Stuart Mill (citados por Siurana 2006), la autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales.

Este principio no cubre a las “personas no autónomas”.

“El principio no debe ser usado por personas que no pueden actuar de una manera suficientemente autónoma (...) porque son inmaduros, incapacitados, coaccionados o explotados y pacientes drogodependientes son ejemplos típicos.” (Beauchamp y Childress, 1994, p. 127)

El lado operativo de la autonomía personal es la capacidad para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud. (Dworkin, 1995)

Cuando el paciente no cuenta con capacidad, se pierde un elemento fundamental para el proceso de consentimiento informado, por lo que su voluntad es sustituida por la de un representante legal, familiar y, a veces, por la de los profesionales en salud. Esta situación por sí sola es motivo para valorar la presentación del caso a un comité de bioética.

La valoración del respeto al principio de autonomía incluye, según Draper y Dawon (1990; 35: 285-289), al menos, el planteamiento de cuatro preguntas:

1. ¿Comprende el paciente la enfermedad para la que se propone el tratamiento?
2. ¿Comprende el paciente la naturaleza y el propósito del tratamiento?
3. ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de seguir el tratamiento?
4. ¿Comprende el paciente los beneficios y los riesgos de no seguir el tratamiento?

Estas preguntas son útiles para establecer el grado de capacidad y competencia del paciente, quien con la adecuada información y sin limitaciones a su voluntad, puede ejercer su autonomía.

Si por el contrario, el paciente tiene incapacidad o se evidencia limitación a su libre voluntad, se debe valorar remitir el caso al comité de bioética o bien proteger con las medidas administrativas y legales correspondientes.

Una atención con sentido paternalista, según el bioeticista León Correa (2009), deberá justificarse solo si responde a carencias reales de autonomía, si se expresa solo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que el paciente pueda superarlas en la medida de lo posible.

La autonomía no es solo el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado, sino también el deber ético de los profesionales de salud de promover la competencia y de ayudar –en forma no paternalista– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. En los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, se debe buscar al mejor representante de los intereses del paciente.

5.1.1 Cómo identificar conflictos con el principio de autonomía

La pregunta a plantear para identificar roces con el principio de autonomía será: ¿Es el paciente sujeto competente y con capacidad cognitiva, volitiva y de juicio? Si la respuesta es sí y concuerda con la recomendación del profesional en salud en torno a un procedimiento clínico, no hay evidencia de conflicto bioético.

Si el paciente es incompetente o es incapaz, debe plantearse la interrogante de si estas condiciones son temporales o permanentes. Si son temporales y la decisión sobre el procedimiento clínico se puede postergar hasta que el paciente recupere su capacidad, no habría conflicto bioético. Si la respuesta es negativa y el procedimiento clínico es determinante para la integridad, salud o vida del paciente en el corto plazo (sin ser todavía una situación de emergencia u otra establecida por ley), se debe determinar la persona que pueda ejercer la autonomía por sustitución (consentimiento informado por sustitución). En este nivel, el profesional en salud debería estimar remitir el caso al comité de bioética. Esta referencia es necesaria si la decisión no se encuentra libre de coerciones internas o externas identificables.

5.2 Principio de beneficencia

Para actuar bajo el principio de beneficencia, el profesional en salud debe tener precaución de no incurrir en el paternalismo, cuidando los aspectos que determinan, tanto la excelencia profesional, (la actualización periódica, el uso de la Medicina Basada en la Evidencia --MBE--, el uso de guías de práctica clínica, entre otros), como lo referente a la humanización del cuidado. Un ejemplo clásico de la aplicación de este principio, es la proporcionalidad terapéutica, para evitar caer en conductas extremas, ya sea por exceso (enseñamiento terapéutico o distanasia), o por defecto.

5.2.1 Cómo identificar conflictos con el principio de beneficencia

Algunas de las preguntas que deben plantearse para saber si se cumple con este principio son: ¿Está siendo tratado el paciente con excelencia profesional? ¿Se le aplican herramientas metodológicas al paciente durante los procedimientos clínicos, como la MBE? ¿Su patología está siendo tratada bajo una guía de práctica clínica? ¿Se le aplican al paciente los preceptos de la ética del cuidado, satisfaciendo sus necesidades específicas? ¿Se está cumpliendo con el principio de proporcionalidad terapéutica?

Si existe dificultad o negativa en la respuesta a una o a todas las preguntas anteriores, el caso clínico debería indudablemente ser remitido a análisis bioético por parte del comité.

5.3 Principio de no-maleficencia

Corresponden al principio de no-maleficencia, el deber de no abandono, el principio de precaución y la responsabilidad profesional y familiar.

Para no violentar el principio de no-maleficencia, el profesional en salud no debe caer en el abandono al paciente. Si esto ocurriera, el comité de bioética debería analizar las causas. Ejemplos son los conflictos de interés u objeción de conciencia en cuyo caso el comité establecerá las acciones óptimas a seguir.

Cuando el profesional en salud resguardando el principio de precaución prevé la materialización de un potencial riesgo, mediante el consentimiento informado debe comunicar al paciente la latencia de este riesgo, y establecer la relación riesgo/beneficio de manera responsable. Asimismo, debe asesorar a su paciente para que, en capacidad y con plena voluntad, pueda decidir y asumir junto con su familia, si corresponde, el riesgo del procedimiento clínico recomendado. El comité puede asesorar en recomendaciones sobre procedimientos en donde el principio de precaución se puede violar por las condiciones de salud-enfermedad del paciente. Además, puede asesorar sobre la objeción de conciencia del profesional de salud, ante la violación del principio de precaución al realizar un procedimiento clínico riesgoso y con poco beneficio para el paciente.

5.3.1 Cómo identificar conflictos con el principio de no-maleficencia

La clave fundamental es cuestionarse si como profesional en salud, ante la negativa del paciente a recibir el tratamiento o procedimiento clínico recomendado, se declina la responsabilidad de ejercer como su profesional en salud, sin brindar alternativas u opciones terapéuticas o explorar las razones de la negativa del paciente.

Lo segundo es identificar si el riesgo de complicaciones derivadas sobrepasa el posible beneficio esperado de un procedimiento clínico. Ante esto, la consulta al comité de bioética se hace obligatoria para que, de manera imparcial, pueda establecer el riesgo/beneficio, no desde el punto de vista técnico-médico, sino con base en las preferencias del paciente y en las alternativas posibles para su condición de salud-enfermedad. Cuanto más riesgoso se torne un procedimiento clínico y menos alternativas existan de tratamiento, más imperativo se hace la toma de decisión informada y responsable del paciente y la consulta al comité local de bioética.

5.4 Principio de justicia distributiva

En este principio, las preguntas que se deben hacer frente al paciente son:

¿Se están respetando los derechos del paciente? ¿Se está siendo equitativo durante su atención en salud? ¿Se le da protección si es un paciente vulnerable o en riesgo de vulnerabilidad? ¿Se da una atención eficiente? ¿Se da continuidad de la atención al paciente?

Cualquier respuesta negativa a una de estas preguntas representa una violación al principio bioético de justicia.

Debe ser evidente en toda atención clínica el respeto a los derechos y a la legalidad vigente. El paciente también es un sujeto de derechos legítimos; no se pueden tolerar las discriminaciones injustas (exceptuando las discriminaciones por motivos clínicos, de emergencia, entre otros).

Se debe dar protección a los usuarios más vulnerables o ya vulnerados, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia, en la atención.

La eficiencia profesional debe cuidar la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados. Se trata de una exigencia moral, puesto que hay que optimizar los recursos, los cuales son limitados.

El profesional en salud, luego del análisis riesgo/beneficio, debe plantear el balance entre costo/beneficio de la intervención que propone, interpretando la palabra costo en su sentido más amplio (costo físico, psicológico, económico y espiritual).

VI. Algunos problemas encontrados que influyen en la violación a los principios bioéticos:

- En las visitas médicas hospitalarias, en ocasiones, se discuten los diagnósticos en presencia del paciente, lo cual constituye una indiscreción que provoca disconformidad.
- En muchos centros, no hay privacidad para efectuar la entrevista al paciente.
- Hay una comunicación deficiente bastante generalizada entre profesionales de salud, pacientes y familiares.
- Hay poca percepción del riesgo por parte de los pacientes. Además, estos no demuestran responsabilidad con respecto a su salud.

VII. Resistencia de los profesionales en salud a someter los casos a análisis y deliberación bioética

Existe cierta resistencia de los profesionales en salud a elevar los casos a los comités de bioética, pese a que identifican un conflicto bioético durante la atención de un paciente. Sobre este punto, se mencionan algunos elementos importantes para desmitificar la deliberación o análisis bioético que realiza el comité:

- La deliberación, o decisión compartida, es el método que se aplica para la resolución de conflictos bioéticos.
- Es posible encontrar solución a casi todos los conflictos éticos que se plantean en la asistencia sanitaria. Son pocos los que se mantienen como dilemas.
- La deliberación facilita la detección de errores técnico-médicos.
- Aunque el respeto a la dignidad humana impone como mínimo la autonomía del paciente, cuando entran en confrontación unos principios de bioética con otros, es necesario deliberar. En esas situaciones resulta útil aplicar la jerarquía de valores, priorizando el respeto a la no maleficencia y a la justicia frente al derecho a la autonomía o a la beneficencia (“primum non nocere”)

Para Diego Gracia (2001) existen profesionales que toman decisiones rápidamente, sin pasar por el largo proceso de evaluación del paciente; otros no consideran que la deliberación o análisis bioético sea necesario. Ello se debe, en muchas ocasiones, a inseguridad y miedo ante el proceso de deliberación o análisis bioético. Por eso, puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica.

El análisis bioético busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso supone ponderar, tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. De esta manera se identificarán, todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles, lo que permitirá recomendarle al solicitante el curso de acción óptimo.

VIII. Ejemplos de consultas que se pueden plantear ante un comité local de bioética:

- Cuándo y cómo informar al paciente y su familia sobre un procedimiento, pronóstico u otra situación.
- Decisiones de continuar o no tratamientos de enfermos de mal pronóstico.
- Cuándo dar o no de alta a pacientes terminales.
- Cómo establecer la proporcionalidad de ciertos tratamientos en circunstancias especiales.
- Cómo decidir la expansión de medidas paliativas.
- Cuándo establecer órdenes de no resucitar.
- En qué circunstancias se puede o no suspender la ventilación mecánica.
- Cuándo, a quién y para quién solicitar órganos para trasplantes.

8.1 Cuáles podrían ser ejemplos de casos para análisis en un comité local de bioética:

- Distanasia (llamado también encarnizamiento terapéutico)
- Intubación de un neonato con anencefalia
- Resguardo de información terapéutica que puede comprometer emocionalmente a personas vulnerables desde el punto de vista psicológico o psiquiátrico.
- Toma de decisiones clínicas en personas con enfermedades neurodegenerativas que afecten parcialmente su capacidad de comprensión, y en donde haya que revelar información terapéutica para la toma de decisiones de diagnóstico o tratamiento médico y/o quirúrgico.
- Planteamiento de la opción de no-resucitación o reanimación cardiopulmonar en personas con enfermedades declaradas terminales, en las cuales el pronóstico de sobrevida es bajo.
- Tratamientos a personas con enfermedades declaradas en fase terminal y que además sumen una alteración en su capacidad de comprensión, y en las cuales el pronóstico de sobrevida es bajo y se plantea la opción de no-resucitación o reanimación cardiopulmonar.
- Relación con personas que toman una decisión de rechazo a una intervención o tratamiento con derecho en su autonomía y el profesional en salud estima que dicha decisión va en contra del principio de beneficencia.
- Interrupciones de embarazo cuando peligr la vida de la madre, pero ella misma puede objetar dicha interrupción.
- Transfusiones sanguíneas en personas testigos de Jehová.
- Esterilización quirúrgica de personas portadoras de síndromes congénitos.
- Resecciones quirúrgicas corporales o viscerales en personas portadoras de cariotipos predisponentes a neoplasias.

8.2 Ejemplo de caso clínico para análisis bioético:

Doña Juana es una paciente femenina de 84 años de edad, diagnosticada con neoplasia gástrica maligna, la cual fue tratada con quimioterapia y gastrectomía en el año 2007. Sumado a esto, en el año 2008 se documenta metástasis hepática. Además, su estado nutricional es inadecuado, ya que se encuentra con obesidad y desbalance proteico. También sufre de depresión leve, HTA y dislipidemia. El médico de la unidad de cuidados intensivos, responsable de la paciente, ordena una biopsia de hueso para descartar la presencia de metástasis ósea. La paciente se encuentra en sedación, y los familiares se oponen a dicha intervención diagnóstica.

IX. Cuáles no son funciones de un comité local de bioética

- Brindar amparo directo a casos en litigio ante instancias administrativas o judiciales.
- Ser un ente con una función sancionadora en la ética profesional.
- Resolver conflictos entre profesionales (códigos de conducta) o de estos con el resto del personal (administrativos).
- Realizar un análisis de problemas socio-económicos.

El comité local de bioética no podrá emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales. Tampoco podrá proponer la imposición de sanciones.

El comité local de bioética no podrá sustituir a las comisiones de ética y deontología de los colegios profesionales.

El comité local de bioética no podrá sustituir las responsabilidades de las personas u órganos directamente encargados de la gestión en salud.

Los formularios para solicitar análisis bioético de un caso clínico están disponibles en

<http://www.cendeisss.sa.cr/etica/bioclignes.htm>

Para más información, puede dirigirse a:

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social

Área de Bioética

Teléfono: (506)2519-3044

Fax: 2220-1560

www.cendeisss.sa.cr



ANEXOS

Ejercicios de comprobación:

Principios de la bioética: beneficencia y no maleficencia

Planteamiento n.º1:

1-) Entra por las puertas de emergencias Juan, de 85 años. En el último mes ha perdido 8 kg, no tiene apetito y solo sabe decir que no se encuentra bien. Se le realiza una TAC donde se aprecia una masa retroperitoneal con aspecto de malignidad. Para confirmar el diagnóstico es necesario realizar otras pruebas.

Posibilidades:

1. Para tomar una decisión, es fundamental conocer el diagnóstico exacto. Se le realizarán todas las pruebas necesarias para ello.
2. Se le explicará la necesidad de realizar más pruebas, y si el paciente prefiere evitar nuevas exploraciones, se acepta la decisión.
3. A los 85 años, los pacientes no tienen el suficiente criterio para tomar decisiones; por tanto, se consultará a la familia.
4. De no realizar más pruebas complementarias, se pueden cometer errores evitables por lo que, en el caso planteado, debemos practicar medicina defensiva.
5. Las actuaciones planteadas en las opciones 2 y 4 son correctas.

Planteamiento n.º 2:

2-). ¿Cuándo se puede decir que un procedimiento, aplicado a un paciente, es inapropiado?

1. Cuando el objetivo por el que se aplica no es mejorar el diagnóstico o la evolución de la enfermedad, sino aumentar el archivo documental del médico sin que el paciente sea advertido de ello.
2. Cuando el paciente está en una situación de enfermedad demasiado avanzada para responder favorablemente a la intervención.
3. Cuando el riesgo de complicaciones derivadas sobrepasa el posible beneficio.
4. Solo las respuestas 2 y 3 son correctas.
5. Las tres respuestas son correctas.

Planteamiento n.º 3:

3-). ¿En qué situaciones puede un médico estar actuando con maleficencia?

1. Cuando proporciona información sesgada a un paciente, para que acepte el tratamiento que desea darle.
2. Cuando le proporciona la información por escrito y no se preocupa de comprobar si la comprende.
3. Cuando se le invita a participar en un ensayo clínico con promesas engañosas, como "así estará usted mejor controlado que si no participa, porque le haremos un análisis todas las semanas".
4. Cuando, ante la negativa del paciente a recibir un tratamiento aconsejado, declina la responsabilidad de ejercer como su médico.
5. Todas las situaciones suponen actuación maleficente.

Planteamiento n.º 4:

4-) ¿En cuáles de las siguientes prácticas no se respeta el principio de beneficencia?

1. Cuando el médico receta al paciente un medicamento sin tener en cuenta las preferencias de este en cuanto a forma de presentación, priorizando la forma genérica del medicamento.
2. Cuando el médico repite cualquier tratamiento que el paciente le solicita, sin tener en cuenta las posibles contraindicaciones.
3. Cuando el médico pone por delante de los intereses de un paciente concreto los objetivos marcados por la dirección médica.
4. La respuesta 1 y 3 son correctas.
5. Todas las respuestas son correctas.

Principios de la bioética: autonomía

Planteamiento n.º5:

5-) Luis acude a su médico para pedirle un medicamento que su vecino le ha dicho que es muy bueno.

Posibilidades:

1. El médico debe respetar la autonomía del paciente y acceder a su petición.
2. El paciente nunca debe decidir sobre sus preferencias en materia de medicamentos.
3. El médico tendría que indagar sobre las razones por las que tiene confianza en ese medicamento.
4. Acceder a la petición de este paciente no es respetar su autonomía, ya que el paciente no es experto.
5. La decisión más ajustada a los valores bioéticos, de prescribir o no el medicamento, dependerá del precio de este.

Principios de la bioética: justicia distributiva

Planteamiento n.º 6:

6-) Una paciente con obesidad acude a la consulta para solicitar un análisis. Dicha paciente se incorporó hace unas semanas al protocolo de adelgazamiento del centro asistencial en salud, por lo que tiene un análisis reciente. Como no perdía peso, ha acudido a una consulta médica privada y el médico le solicita los mismos análisis que se le determinó hace un mes.

¿Cómo habría que actuar en este caso?

1. Como tiene un análisis similar hecho recientemente, no hay motivo clínico para repetirlo en tan breve plazo y, de hacerlo, se estaría haciendo un mal uso de recursos, lo cual es una transgresión del principio de justicia.
2. Respetando la autonomía de la paciente, se le tendría que repetir el análisis.
3. No es adecuado repetir la determinación, pero se puede ofrecer a la paciente una copia del último análisis que se hizo.
4. No hay razón para practicar análisis, ya que tiene uno reciente.
5. En esta situación se plantea un conflicto entre el respeto a la autonomía de la paciente, respecto a cuestiones relacionadas con su salud, y la justa utilización de los recursos del centro asistencial.
6. Solo las respuestas 1, 3, 4 y 5 son correctas.
7. Solo las respuestas 1, 3 y 5 son correctas.
8. Todas las respuestas son correctas.

Planteamiento n° 7:

7-) Un paciente con cefalea crónica acude a su consulta para solicitar una resonancia magnética. Ha visto en la televisión un programa en el que se ponderaban los excelentes resultados de este medio diagnóstico y está convencido de que puede ayudarlo a terminar para siempre con sus crisis de dolor de cabeza.

¿Qué hacer?

1. Aunque se pueda solicitar la exploración no procede hacerlo porque, al ser un problema crónico, se daría un mal uso de los recursos. Por ello, lo conveniente es negarse sin más explicaciones.
2. Si no se puede solicitar la exploración, lo adecuado es derivar al paciente a la consulta del servicio de neurología para que sea allí donde se le solicite la resonancia magnética.
3. Tras deliberar con el paciente, lo adecuado es, si continúa con la impresión de que es necesaria una resonancia, derivarlo al especialista para una segunda opinión.
4. Es más prudente solicitar la exploración, ya que la medicina no es una ciencia exacta y después podríamos arrepentimos.
5. La decisión de no pedir la exploración implica el compromiso de hacer un seguimiento adecuado del paciente, para detectar cualquier cambio en los síntomas habituales.
6. Solo las respuestas 3 y 4 son correctas.
7. Solo las respuestas 2 y 4 son correctas.

Planteamiento n° 8:

8-) En una revisión rutinaria, un especialista prescribe a uno de nuestros pacientes, que está bien controlado, un medicamento similar al que está tomando, pero de reciente aparición en el mercado y, por ello, es más caro. El paciente nos solicita repetición de la receta:

¿Cómo proceder?

1. Lo adecuado es señalar al paciente lo bien controlado que estaba con la medicación anterior y, en consecuencia, invitarle a volver a tomarla y abandonar la nueva, pero respetar la prescripción según la voluntad del paciente.
2. Habría que negarse a repetir la prescripción si no es una novedad que aporta un beneficio terapéutico.
3. Sería conveniente pactar con el paciente la posibilidad de regresar al tratamiento antiguo si, en un plazo razonable, no se demuestran mejores controles.
4. Habría que deliberar con el paciente sobre la poca conveniencia de cambiar el tratamiento, pero sin desacreditar al colega.
5. No es prudente modificar un tratamiento prescrito por un especialista.
6. Solo las respuestas que figuran en las opciones 1, 3 y 4 son correctas.
7. Solo las opciones 1, 3, 4 y 5 son correctas.

Referencias bibliográficas

Anguita, Verónica. La presentación de casos clínicos al comité de ética hospitalaria, monografía recuperada el 25 de marzo 2013 de la dirección: http://etica.uahurtado.cl/documentos/comite_hospitalario.pdf

Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). Principles of Biomedical Ethics. (Fourth Edition). Oxford University Press. New York,

Comisión de Bioética de Castilla y León. Órgano consultivo del Sistema Regional de Salud, adscrito a la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Disponible en:

www.salud.icyl.es/sanidad/cm/profesionales/images?locale=es_ES&textOnly=false&idMmedia=623

Draper RJ, Dawson DD. (1990) Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist. Can J Psychiatry. 35: 285-289

Dworkin G. (1995) The Theory and Practice of Autonomy. Cambridge University Press, Cambridge.

Fletcher J.C. et al. (1995) Introduction to Clinical Ethics. University Publishing Group. Maryland,.

Gracia D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin. Barcelona, España; 117: 18-23.

Gracia D. (1991). Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema Universidad.

Lavados, M. & Serani, A. Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones. Ediciones Universidad Católica. Santiago.

León, F. (2009) Fundamentos y principios de bioética clínica, Institucional y Social. Acta Bioethica; 15 (1): 70-78. En <http://www.paho.org/Spanish/BIO/acta19.pdf>. Recuperado en marzo 2013.

Levi, B.H. Four Approaches to Doing Ethics. The Journal of Medicine and Philosophy 1996, 21: 7-39.

Lo, B. & Scroeder, S. Frequency of Ethical Dilemmas in a Medical Inpatient Service. Arch Intern Med 1981; 141: 1063-4.

Pellegrino, E.D. (1988) For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. Oxford University Press, New York.

Pellegrino, E.D. The Metamorphosis of Medical Ethics. A 30 Year Retrospective. JAMA 1993; 269: 1158-62

Post Stephen (2004) Encyclopedia of Bioethics, Stephan G. Post (Ed). New York, Mc Millan Thomson Gale, 3rd ed, , Vol I, p.XI.

Siurana J. (2006). Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. Veritas. Vol. I, N^o 15: 223-244.

Vidal, Susana. (1998) ¿Cómo presentar un caso clínico al Comité de Ética? Córdoba.