

Métodos de ética clínica estadounidense, europea y latinoamericana

American, european and latin american clinical ethics methods

DEMANDADO 9-6-2020 REVISADO 30-6-2020 ACEPTADO 7-7-2020

James F. Drane

Bioeticista

Edinboro University of Pennsylvania, Estados Unidos

Palabras claves

Bioética, ética clínica, Estados Unidos, Europa y América Latina

Key Words

Bioethics, clinical ethics, United States, Europe and Latin America

RESUMEN Las decisiones de ética médica entrañan siempre cierta dificultad. En el ámbito clínico se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Cada caso es diferente y no se puede determinar con anticipación cuál es la decisión correcta. Si se sigue un método adecuado al efectuar evaluaciones de índole moral, casi siempre se evitan los errores más graves y se adoptan decisiones defendibles. La ética médica es muchas cosas, pero en esencia es, necesariamente, una estrategia o método. La verdadera ética médica profesional requiere un método que conduzca tanto al discernimiento moral como a decisiones que sean uniformemente acertadas. Una de las funciones más importantes de un método es mantener las normas de evaluación vinculadas con los hechos. Los buenos métodos impiden que la ética médica caiga en la trampa de las falsas generalizaciones y la mantiene arraigada en las situaciones de la vida real.

ABSTRACT Medical ethics decisions always entail a certain amount of difficulty. Clinical alternatives make the adoption of well-founded decisions quite difficult. Each case is different and does not lend itself to a predetermined decision. If a satisfactory method is used to make moral evaluations, serious mistakes can almost always be avoided and defensible decisions made. Medical ethics is many things, but in essence it is necessarily a strategy or method. True professional medical ethics requires a method that leads to moral discernment as well as uniformly appropriate decisions. One of the most important functions of a method is to keep standards of evaluation linked to facts. Good methods prevent medical ethics from falling into the trap of false generalization and keep it rooted in real-life situations.

1 La dificultad de adoptar decisiones de índole ética

La ética médica se ocupa de decisiones que entrañan cierta dificultad. Los existencialistas nos recordaron la dificultad que supone el acto mismo de decidir, dado el efecto que las opciones tienen en la constitución del yo. Los profesionales de la medicina y de la ética son conscientes de esta dificultad, al menos en el sentido de que cada decisión difícil los obliga a renunciar a importantes posibilidades y a comprometerse con una opción determinada a la cual deben dirigir sus recursos.

Las tomas de decisiones en el ámbito clínico también pueden ser difíciles porque podemos sentirnos inclinados a hacer algo que es moralmente incorrecto. Las tentaciones no existen únicamente fuera de los hospitales. De hecho, el medio clínico no solo ofrece tentaciones que están fuera de lo común, sino que a veces también intensifica las tentaciones ordinarias y amplía su alcance.

En el ámbito clínico, aún más que en la vida corriente, se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Muchos casos clínicos son trágicos en el sentido de que todas las opciones parecen ser malas, y sin embargo hay que hacer algo. En muchos casos los riesgos son grandes y las consecuencias son difíciles de prever y de aceptar.

Una última dificultad característica del medio clínico deriva del hecho de que cada caso es diferente y no se puede determinar con anticipación cuál es la decisión correcta. En

cada situación clínica nueva es imprescindible analizar cuidadosamente los datos pertinentes.

2 ¿Puede la ética médica ser algo más que relativista?

La medicina moderna está estrechamente relacionada con las nuevas tecnologías y muy poderosas que ofrecen posibilidades sin precedentes. En consecuencia, abundan los nuevos problemas morales. Estos acontecimientos se produjeron al mismo tiempo que la secularización socavaba el antiguo orden moral basado en creencias religiosas ampliamente difundidas. El problema es no solo que cada adelanto de la medicina crea nuevas opciones de índole moral, sino también que la elección debe ahora efectuarse en un clima de pluralismo.

Esta situación ha llevado a muchos a desistir de la ética, pues afirman que en el clima moral de la actualidad es imposible llegar a un acuerdo sobre lo que está bien y lo que está mal, y consideran que el subjetivismo y el relativismo radicales son inevitables. Sin embargo, esta corriente parece ser innecesariamente pesimista. Aunque las opiniones contrarias se basen en creencias que parezcan incompatibles, es posible negociar y llegar a soluciones intermedias. A pesar de que las creencias sean diferentes, pueden conducir a principios idénticos, y las personas de buena voluntad pueden llegar a un acuerdo sobre lo que está bien aunque tengan distinto parecer en cuanto a los significados últimos o a las bases filosóficas de la ética. El utilitarismo de John Stuart Mill dista mucho de la ética de Jesús; sin embargo, el propio Mill afirmó: "La regla de oro de Jesús de Nazaret encierra la esencia completa de la ética utilitaria. 'No hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti' y 'Ama al prójimo como a ti mismo' constituyen el ideal de perfección de la moral utilitaria" (Mill, 1987: 24-25)¹. De hecho, la tendencia de distintos fundamentos teóricos hacia una lista similar de normas éticas (verdad, santidad de la vida, fidelidad, autonomía, beneficencia, justicia, igualdad, respeto por las personas,

¹ Thomas Hobbes (1839, II: 144-145), que se aparta aun más de los fundamentos religiosos de la ética, hace la misma observación que Mill en *Uhlitanamsm* (1987).

racionalidad, etc.) derriba todo pesimismo indebido en cuanto a la posibilidad de superar el relativismo radical.

48

Las personas de buena voluntad, entre ellas los médicos comprometidos, pueden llegar a un acuerdo en la mayoría de las situaciones clínicas. En vista del importante compromiso de hacer lo que está bien y del acuerdo bastante amplio que existe en tomo a los principios éticos rectores, el problema fundamental se reduce al pensamiento moral competente, es decir, pasar por ciertas etapas intelectuales para llegar a una decisión.

3 Método y discernimiento en ética

El amor que carece de estrategia no es nada más que un sentimiento efímero, y lo mismo ocurre con la ética. El paso de los sentimientos morales a la ética se realiza por medio de una estrategia para efectuar evaluaciones morales. No todos los profesionales comprometidos llegan a la misma conclusión en cada caso clínico, pero la mayoría de las veces evitan los errores morales más graves y adoptan decisiones defendibles y respetables si siguen un proceso adecuado al realizar evaluaciones de índole moral. Aunque exista un amplio acuerdo de tipo general en cuanto a los principios morales, la aplicación de estos a un caso concreto es una tarea difícil y delicada, y es aún más compleja determinar qué principio tiene prioridad cuando se pueden aplicar dos o más a la vez. La ética médica es muchas cosas, pero en esencia es, necesariamente, una estrategia o método.

Al igual que la ciencia, la ética médica debe sopesar, evaluar, analizar y estudiar las relaciones entre datos empíricos. A diferencia de muchas escuelas de la ética filosófica, la filosofía aplicada en forma de ética médica se basa en situaciones concretas de la realidad en que los seres humanos viven y mueren. En consecuencia, los que ejercen la ética clínica deben, al igual que los científicos, recopilar hechos y analizarlos sistemáticamente. El profesional de la ética clínica competente es consciente de las premisas y presuposiciones básicas que intervienen incluso en la etapa inicial de recopilación de datos. La objetividad es una de las metas de la ética médica, pero se trata de una objetividad bien fundada, que tiene en cuenta las dimensiones subjetivas aun en la observación y la descripción, y no de una objetividad ingenua.

Ninguna estrategia ni método puede compensar el retraso de la madurez ética o las fallas del carácter de la persona que toma decisiones. Los individuos que se dejan llevar por impulsos o que tienen una personalidad antisocial o narcisista no pueden distanciarse lo suficiente de sus propios intereses para realizar evaluaciones objetivas, y menos aún para tomar medidas que beneficien a los pacientes. Las personas que toman decisiones en el ámbito clínico deben al menos haber alcanzado una etapa de madurez del carácter que les permita responder basándose en principios e ideales. De los médicos se espera que actúen ciñéndose a ciertos principios, pero son muy numerosos los casos de personas que han alcanzado una excelente reputación profesional sin un grado concomitante de madurez ética.

Sin embargo, un obstáculo mucho más común para el discernimiento ético es el hábito de tomar decisiones de índole moral sin la ventaja que ofrece un método adecuado. Cuando esto ocurre, lo que falta es la claridad en el discernimiento moral y no la capacidad caracterológica de discernimiento. Algunos profesionales que, con toda razón, se consideran personas decentes y rectas en realidad toman a las ligeras decisiones de gran importancia ética. Otros carecen de una estrategia sistemática o de un método reflexivo y adoptan decisiones en una forma más pragmática. Algunos acuden a las autoridades en la materia en busca de orientación moral, mientras que otros confían en su propia comprensión intuitiva de lo que es correcto. Con frecuencia se toman decisiones según las expectativas de ciertos grupos. Para que la ética médica sea adecuada, no debe basarse en actos irreflexivos. La verdadera ética médica profesional requiere un método ético que conduzca tanto al discernimiento moral como a decisiones que sean uniformemente acertadas.

El método proporciona el marco para la adopción de decisiones de índole ética que garantiza que se tengan en cuenta los datos pertinentes. Aclara los derechos y responsabilidades y asegura a una sociedad cada vez más desconfiada que las decisiones que son importantes para los pacientes y sus familiares se toman tras la debida reflexión. Sin embargo, el método no garantiza la infalibilidad. No siempre se tomará una decisión correcta. A pesar de ello, los errores más graves

se pueden evitar sistemáticamente, y este es un objetivo importante. La autoridad del método se basa en las determinaciones razonadas y respetuosas que resultan de su uso. A veces se necesita asesoramiento jurídico antes de tomar una decisión de tipo ético, pero la mayoría de las veces los jueces quedan satisfechos cuando las personas que intervienen debidamente en la adopción de una decisión lo hacen de manera cuidadosa y sistemática. Esto es algo que un buen método puede garantizar.

4 Métodos históricos y el énfasis en la situación

Las estrategias o métodos éticos clínicos recientes no son completamente nuevos, sino que en el curso de la historia han sido precedidos por otras versiones de cómo llegar a conclusiones defendibles que se encuentran en la ética religiosa. La teología moral del catolicismo, en particular, se interesó en estas estrategias para orientar las decisiones de los directores espirituales o para usar en la confesión. De hecho, se ha comprobado que los métodos históricos han influido mucho en las estrategias más ampliamente utilizadas en la ética clínica.

Cada modelo o estrategia tiene dos fases:

- 1 Dirige la atención a la recopilación de datos.
- 2 Aplica las normas de evaluación.

El modelo en sí refleja explícitamente una separación entre ambas fases. Con su método clásico, por ejemplo, santo Tomás de Aquino aplicaba las normas cristianas ordinarias, pero solo después de prestar mucha atención a los hechos. Llegó incluso a decir que las acciones humanas se consideran buenas o malas según los hechos o las circunstancias: "Actiones humanae secundum circumstantias sunt bonae vel malae" (Tomás de Aquino, 1988). Santo Tomás de Aquino considera que las circunstancias o los hechos del caso no son accidentales o de importancia secundaria. El juicio, sea correcto o no, no deriva exclusivamente de la estructura de un acto ni de la intención que lo informa. De los hechos o las circunstancias peculiares y particulares en las cuales se ejecuta un acto humano depende directamente que dicho acto sea considerado bueno o malo. Los hechos y las circunstancias son

tan importantes como las normas o principios de evaluación para determinar cuál es el camino acertado.

Lo que se aplica a la teología moral clásica se emplea también a la ética médica moderna. La ética médica surge del ámbito clínico y toda decisión está vinculada a un conjunto determinado de circunstancias llamado "caso". Algunos tipos de ética se complacen en generalidades y abstracciones, pero eso no ocurre con la ética teológica clásica ni con la ética médica contemporánea. Todos los métodos modernos útiles ponen claramente de relieve la explicación de los factores médicos, humanos y económicos que cambian y se entrecruzan en cada caso clínico.

La ética médica es, inevitablemente, situacional, y a fin de que un método sea viable debe ser útil para explicar las circunstancias propias del caso. Sin embargo, el carácter situacional no la convierte en una ética de situación. Ni la teología católica clásica ni la ética médica moderna constituyen una ética de situación en el sentido de ser radicalmente relativistas. En ambas tradiciones existen normas objetivas y determinaciones fundamentales de índole moral que han sido aceptadas. No obstante, en ambas un acto que en ciertas circunstancias sería considerado como un homicidio y como un acto indebido, en otras circunstancias podría considerarse que no es un homicidio y, por cierto, que no es incorrecto.

En la teología clásica se presta atención a los elementos de la evaluación que se relacionan recíprocamente con las explicaciones de los hechos o las circunstancias clínicas: códigos, leyes, precedentes, principios éticos, experiencias colectivas o individuales, argumentos racionales, normas culturales, autoridades en la materia y finalmente la fe. Para los creyentes hay autoridades religiosas; para los seculares hay autoridades filosóficas. Una de las funciones más importantes de un método es mantener las normas de evaluación vinculadas con los hechos. Los buenos métodos impiden que la ética médica caiga en la trampa de las falsas generalizaciones y la mantienen arraigada en las situaciones de la vida real.

5 La casuística y la ética clínica

Un ejemplo maravilloso de la manera en que el método orga-

niza la inteligencia para arribar a decisiones defendibles es la casuística, método que se originó en el estoicismo y en Cicerón y floreció durante los siglos XV y XVI, principalmente entre los teólogos jesuitas. La casuística es

la interpretación de problemas morales, empleando procedimientos del razonamiento basados en paradigmas y analogías, que conduce a la formulación de una opinión calificada sobre la existencia y el rigor de ciertas obligaciones particulares, expresada en términos de normas o máximas generales, pero no universales ni invariables, dado que se aplican con certeza únicamente en las condiciones características del agente y las órcunstancias de la acción (Jonsen y Toulmin, 1988: 257)².

Las suposiciones teóricas (derecho o teoría natural) influyeron ciertamente en el pensamiento casuístico, al igual que en la ética médica moderna (deontología y utilitarismo), pero cuanto más se acerca uno a la solución de un problema clínico, más se aleja de consideraciones teóricas explícitas e implícitas.

Un caso (de "cadere", caer) de ética clínica es una declaración de los actos o asuntos que incluye una referencia a lo que la teología clásica llama las circunstancias: ¿quién?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué?, ¿cómo? y ¿por qué medios? En el método casuístico, las circunstancias (de "circum", alrededor, y "siare", estar) literalmente estaban alrededor de los elementos centrales que se llamaron máximas (normas o directrices morales que orientan la adopción de decisiones de índole moral). Las máximas, consideradas como normas morales, más que una teoría, siguen siendo los principales elementos para la evaluación en el ámbito de la ética clínica. Por ejemplo, "los pacientes legalmente competentes tienen derecho a decidir"; "los médicos deben actuar en función de lo que es bueno para el paciente desde el punto de vista médico"; "los médicos no deben matar a los pacientes". El valor práctico de una máxima radica en su utilidad para adoptar rápidamente decisiones defendibles.

Lo más común es que a un caso se aplique más de una máxima y la función del profesional de la ética clínica es determi-

² Esta es una referencia útil para cualquiera que esté interesado en la casuística y espeaalmente para los expertos en ética clínica. Los autores presentan argumentos convincentes en defensa de la idea de que la ética médica moderna se basa en la casuística.

nar qué norma debe prevalecer. Cualquier cambio en las circunstancias conducirá a la aplicación de otras máximas, de manera que hay que prestar constantemente mucha atención a las características del supuesto. La casuística en el pasado y la ética clínica en la actualidad se centran en casos, y las circunstancias son imprescindibles para determinar qué está bien y qué está mal.

En la casuística clásica ciertos casos servían de paradigma y ejemplificaban las máximas que prevalecían en un conjunto de circunstancias determinadas. En la medida en que se demostrara que un caso era similar al del paradigma o se apartaba de él, la decisión o fallo en cuanto a su corrección o incorrección adquiriría mayor o menor certidumbre. Todo dependía de la influencia recíproca de las circunstancias y las máximas. Lo mismo ocurre con la ética en el ámbito de la medicina clínica. Las decisiones en cuanto a la corrección o incorrección de las mismas en un caso clínico se basan en circunstancias y se justifican según una máxima o una norma. Por consiguiente, la casuística, que Voltaire y otros creyeron haber destruido con la crítica cínica, parece estar en vigencia en la ética médica contemporánea.

La ética médica clínica no tiene tiempo para la consideración abstracta de la ética teórica, ni muestra ningún interés o inclinación por esta actividad. Además, la teoría abstracta no redundará en ningún beneficio para la adopción de decisiones clínicas. En cambio, la casuística se centra en las circunstancias del caso y prefiere emplear directrices concretas (máximas). En el ámbito clínico contemporáneo, al igual que en el contexto histórico en el cual se desarrolló la casuística, existen presiones para tomar decisiones así como la necesidad de justificar dichas decisiones. El experto en casuística se enfrentaba con un caso confesional o un dilema de orientación espiritual; el experto en ética médica se enfrenta con distintas opciones en un caso médico que se deben evaluar rápidamente a fin de tomar una conclusión oportuna. Hay ciertos temas o consideraciones que siempre se deben tener en cuenta y se indican en los distintos métodos que orientan a la ética médica clínica.

6 Métodos de ética clínica aplicados en los Estados Unidos³

Poco después de que comenzó a difundirse el concepto de la ética médica contemporánea, a fines de los años sesenta y durante los setenta, David Thomasma preparó un programa de ética clínica en la Universidad de Tennessee, en Memphis, El programa estaba inmerso en el medio clínico y el método que estableció para la adopción de decisiones de índole ética era similar al empleado para tomar decisiones médicas. Este autor desglosó el proceso de razonamiento moral en relación con los casos en seis pasos y enseñó a los médicos a seguirlos. Con el correr de los años modificó un poco los pasos, pero básicamente son los siguientes:

- 1 Describir los hechos médicos del caso.
- 2 Destacar los valores (metas, intereses) de todas las partes involucradas en el caso: médicos, pacientes, personal, hospital.
- 3 Indicar cuál es el principal conflicto de valores.
- 4 Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número de valores en el caso.
- 5 Escoger una forma de actuar.
- 6 Defender la decisión tomada (Thomasma, 1978: 36)⁴.

Thomasma defendió su método y la necesidad de que los médicos clínicos aprendan los procedimientos del razonamiento ético en un libro que escribió en 1981 junto con Edmund Pellegrino (Pellegrino y Thomasma, 1981). Posteriormente, en 1982, Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade publicaron un libro sobre ética médica, dirigido específicamente a los médicos con el fin de facilitar la adopción de decisiones clínicas (Jonsen, Siegler y Winslade, 1982 y Siegler, 1982). En esa obra reducen los seis pasos de Thomasma a cuatro, en los cuales incorporan numerosas consideraciones complejas. Reconociendo que los médicos están acostumbrados a tomar decisiones de índole médica siguiendo un método determinado, pero se sienten incómodos con las decisio-

³ Los métodos presentados en este texto son versiones resumidas de los originales. Los textos completos se puede encontrar en los libros y artículos citados.

⁴ El esquema citado es una versión actualizada de la publicada en 1978, es la que Thomasma usa en la Louola University Chicago stritch School of medicine.

nes de tipo ético, los autores analizan las razones de la incomodidad de los médicos y proponen resolverla por medio de un enfoque sistemático de los problemas éticos. El objetivo de su método es proporcionar a los médicos una lista comprobatoria a fin de garantizar que tengan en cuenta todos los elementos pertinentes: cuáles son los hechos más importantes del caso, cómo se deben organizar los hechos a fin de que conduzcan a consideraciones críticas, y cómo se deben sopesar las distintas consideraciones de índole ética. Los cuatro pasos son los siguientes:

- 1 Indicaciones médicas (el ámbito del médico): diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, estrategia clínica basada en los riesgos y beneficios de los distintos tratamientos, y características particulares del paciente.
- 2 Preferencias del paciente (decisión adoptada por el paciente basándose en indicadores médicos): cómo manejar un conflicto entre las indicaciones médicas y las preferencias del paciente: consideraciones sobre competencia; cómo pasar por alto la negativa del paciente; qué hacer cuando el paciente no es legalmente competente y se está muriendo.
- 3 Consideraciones sobre la calidad de la vida: cuando un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo, otra persona debe decidir en su lugar si un tratamiento será beneficioso o creará una carga adicional (es decir, ¿vale la pena la operación, el tratamiento con radiaciones, el régimen médico, etc.?). Se asigna un valor a las características de la experiencia humana (conciencia, funciones de relación, dolor, función). La calidad de la vida se evalúa únicamente cuando el paciente no puede elaborar sus propios juicios, no se conocen sus preferencias y las metas médicas son limitadas (por ej., enfermedades terminales, pacientes en estado de inconsciencia permanente, neonatos discapacitados, casos en los que se ha dado la orden de no aplicar la reanimación cardiopulmonar).
- 4 Factores socioeconómicos (cuando las decisiones afectan a terceros): las decisiones clínicas tienen repercusiones que no se limitan a la tríada médico/paciente/representante, sino que abarcan también la familia, la escasez de recursos, los fondos disponibles, las necesidades en el campo

de la enseñanza de la medicina, la seguridad y el bienestar de la sociedad. Estos factores se sopesan en último término y en la adopción de las decisiones ordinarias no se les atribuye la misma importancia que a los anteriormente mencionados, pero cada día son más importantes.

Este método no solo orienta a las personas que deben tomar decisiones en el examen de los temas básicos, sino que también les indica cuándo deben tener en cuenta cada elemento y cuánta importancia deben atribuir a cada uno. Los cuatro temas generales son relativamente sencillos, pero cada categoría incluye muchos elementos y niveles diferentes de reflexión ética. Un modelo ético elaborado por James F. Drane trata de separar los distintos elementos y niveles discursivos y mostrar la manera en que las personas que toman decisiones proceden en forma lógica de un elemento o nivel a otro. Al igual que el modelo anterior, consta de cuatro partes principales:

- 1 Fase expositiva: guía para señalar los hechos pertinentes.
 - A Factores médicos: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, metas médicas acordes con la realidad, eficacia del tratamiento, incertidumbre relacionada con la comprensión científica en el ejercicio de la medicina.
 - B Factores personales: ¿quién es el paciente y qué quiere? ¿cuáles son los intereses, deseos, sentimientos, presentimientos y preferencias del paciente, los médicos, el personal, los administradores del hospital y la sociedad?
 - C Factores socioeconómicos: costos para el paciente, la familia, el hospital, la entidad proveedora de atención médica, la compañía de seguros, el gobierno nacional y la comunidad local.
- 2 Fase racional: guía para el análisis de los datos pertinentes.
 - A Categorías relacionadas con la ética médica: expresiones tales como consentimiento con conocimiento de causa, rechazo del tratamiento, confidencialidad, experimentación y eutanasia son ejemplos de una taxonomía general para la organización de los datos y la consulta de publicaciones. El lenguaje de la ética médica proporciona los instrumentos para reflexionar sobre los casos.
 - B Principios y máximas: la beneficencia, la autonomía, el respeto, la verdad, la fidelidad, la santidad de la vida y la

justicia son normas ampliamente aceptadas. Existen también directrices más concretas expresadas en forma de normas específicas: no prolongar la agonía, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos de los pacientes legalmente competentes.

- C Decisiones de índole jurídica y códigos profesionales: los casos que constituyen paradigmas jurídicos orientan la reflexión sobre otros: por ejemplo, un caso como el de Karen Ann Quinlan. Los códigos profesionales, actualizados por las organizaciones profesionales, también orientan la reflexión.
- 3 Fase volitiva: el paso de los hechos y la reflexión a la adopción de decisiones.
 - A Ordenamiento de los beneficios: cuando se puede proporcionar más de un beneficio o satisfacer más de un interés, hay que preparar una lista según el orden de precedencia. Por ejemplo, las preferencias de los pacientes legalmente competentes tienen prioridad sobre las del médico o los familiares; en una epidemia, el bienestar de la sociedad tiene precedencia frente al bien individual.
 - B Ordenamiento de los principios: cuando entran en juego principios incompatibles, hay que ordenarlos según las creencias personales y los compromisos profesionales. La prioridad de los médicos es la beneficencia (atender al paciente, curarlo, salvarle la vida, aliviarle el dolor). Existen otros principios que también se respetan, pero que no tienen prioridad sobre la beneficencia.
 - C Adopción de una decisión: los profesionales toman decisiones con la mayor prudencia y sensibilidad que su madurez personal les permite. Hay que tomar precauciones especiales en los casos en que una decisión dé por resultado la muerte del paciente.
- 4 Fase pública: preparación para el escrutinio público y la defensa de las decisiones.
 - A Explicitar las hipótesis y tomar conciencia de los factores subjetivos y de las creencias fundamentales.
 - B Establecer una correlación entre las razones y los sentimientos. Esforzarse por aplicar los principios, las máximas y las normas en forma coherente.
 - C Organizar los argumentos para el discurso público. En una sociedad pluralista, para que la ética sea aceptable debe

estar respaldada por razones convincentes (Drane, 1988: 64-67).

58

Los métodos de Thomasma (1978), Jonsen et al. (1982), Siegler (1983) y Drane (1988) abordan los mismos puntos básicos, pero difieren en la explicitud con que se indican los elementos clave en el esquema. Ninguno de los autores estaría en desacuerdo con los elementos incluidos en el modelo de los demás. Cada modelo trata de promocionar un procedimiento que se pueda emplear para tomar decisiones clínicas independientemente de las creencias teóricas (utilitarias o deontológicas, religiosas o seculares) del individuo que tome las decisiones (Brody, 1981)⁵. Por consiguiente, los métodos difieren en cuanto a la selección de términos, el ordenamiento de temas, la importancia de estos y la secuencia temporal.

7 El método europeo y el latinoamericano

Hans-Martin Sass, director del Centro de Ética Médica de Bochum, Alemania, es el autor principal del "Protocolo de Bochum". José A. Mainetti, director del Instituto de Humanidades Médicas de la Universidad de La Plata, Argentina, apoya fervientemente este método como alternativa frente a los enfoques estadounidenses de la bioética, que -según Mainetti- reflejan la cultura, la sociedad y la medicina de dicho país. Mainetti considera que la bioética estadounidense, como la vida de este pueblo, tiene una orientación tecnológica, secolar y pluralista. Sin embargo, en opinión de Mainetti la ética médica estadounidense se ha acercado últimamente a los estilos europeo y latinoamericano. La tradición médica de Europa y América Latina es más humanista, y la ética médica en ambas regiones no está tan fuertemente vinculada a las teorías deontológica y utilitaria. Según Mainetti, como es menos formalista y está menos sujeta a teorías y normas, puede contribuir a una renovación del ejercicio de la medicina.

La ética médica europea presta más atención a las consideraciones sobre las virtudes y está menos sujeta a los principios. Por lo tanto, requiere un método propio que evite incluso la

⁵ En este libro, el autor presenta un esquema de distintos métodos, según las creencias teóricas de cada uno: utilitaristas, deontológicas, etc.

aparición de una estrategia técnica aplicada por técnicos expertos para obtener soluciones socialmente aceptables. Mainetti encuentra un método de este tipo en el “Protocolo de Bochum”, que al igual que otros que hemos visto consta de cuatro fases, cada una de las cuales se divide en apartados. Este método se compone básicamente de preguntas:

- 1 Identificación de los datos científicos médicos: ¿cuál sería el mejor tratamiento teniendo en cuenta los datos científicos-médicos?
 - A Reflexiones generales: ¿diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, beneficios o resultados del tratamiento, pronóstico en caso de que no se administre tratamiento?
 - B Reflexiones especiales: ¿cómo se aplican a este paciente en particular las opciones terapéuticas con sus distintos beneficios y responsabilidades?
 - C Tarea del médico: ¿existen las condiciones clínicas necesarias para proporcionar un tratamiento apropiado? ¿es el médico competente? ¿son claros los conocimientos médicos en este campo? ¿Se reconoce lo que la medicina ignora?
- 2 Identificación de los datos ético-médicos: ¿cuál sería el mejor tratamiento teniendo en cuenta los factores ético-médicos?
 - A La salud y el bienestar del paciente: ¿cuáles son las cargas de responsabilidad (física y espiritual) de cada opción terapéutica?
 - B Autodeterminación del paciente: ¿qué valores, actitudes y grado de comprensión tiene el paciente? ¿se puede respetar la participación del paciente y sus propias decisiones o se hará caso omiso de ellas y se aceptará la decisión que otra persona tome en su lugar?
 - C Responsabilidad del médico: ¿se puede mediar en los conflictos entre el médico, el paciente, el personal hospitalario y la familia sin socavar la confianza, el carácter confidencial y la verdad? ¿qué grado de claridad, certeza o duda existe en tomo a la idoneidad de las categorías éticas y la relación entre ellas?
- 3 Manejo del caso: ¿Cuál es la mejor decisión en vista de las consideraciones precedentes?

- A ¿Cuáles son las opciones más aceptables teniendo en cuenta los datos ético-médicos? ¿Se necesitan más consultas o se debe trasladar al paciente?
- B ¿Cuáles son las obligaciones concretas del médico, el paciente, el personal y la familia teniendo en cuenta el tratamiento seleccionado?
- C ¿Existen argumentos contrarios a esta decisión? ¿Se conversó sobre la decisión con el paciente? ¿Se obtuvo su consentimiento?
- 4 Preguntas adicionales sobre la evaluación ética:
- A En los casos que requieren tratamiento prolongado: revisión regular del tratamiento médico y la evaluación ética. ¿Es flexible el plan de tratamiento? ¿Se tienen en cuenta las medidas paliativas si el pronóstico es sombrío? ¿Se garantiza que se tengan en cuenta los deseos expresos y presuntos del paciente?
- B Cuando existen factores sociales: complicaciones familiares, emocionales, profesionales y económicas. ¿Puede el paciente, la familia o la comunidad hacer frente a las complicaciones? ¿Se fomenta la integración social, la felicidad y el desarrollo de la personalidad del paciente? ¿Cómo se deben evaluar estos factores sociales desde el punto de vista de las consideraciones científico-médicas y ético-médicas?
- C En los experimentos terapéuticos y de otro tipo: ¿qué efecto tiene el experimento en las consideraciones médico-éticas? Si no se proporciona información completa al paciente o si este no comprende la información recibida, ¿se justifica el experimento? Si el paciente no ha dado su consentimiento, ¿se justifica el experimento?, ¿fue justa la selección de pacientes?, ¿pueden los pacientes abandonar el experimento en cualquier momento?

8 Semejanzas y diferencias entre los métodos bioéticos estadounidenses, europeos y latinoamericanos

Las similitudes entre los métodos europeo, latinoamericano y estadounidense son muchas, pero el primero tiene varias características distintivas. Aunque los principios son los mismos, en el sistema de Bochum se atribuye menos importancia a la autonomía. Por ejemplo, el apartado sobre autodeterminación del paciente refleja el punto de vista del médico. El Protocolo pregunta qué sabe el médico sobre el sistema de

valores, las actitudes y el grado de comprensión del paciente. Este enfoque lleva a la siguiente pregunta: "¿En qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?" (Sass, Viefhues y Mainetti, 1988). Un planteamiento de este tipo sería inimaginable en el método estadounidense, que por razones culturales hace gran hincapié en la autonomía del paciente. En el "Protocolo" de Bochum, las decisiones relativas al tratamiento incumben principalmente al médico, a quien se le pide que considere la posibilidad de conversar sobre ello con el paciente y que después decida si respetará o no las preferencias de este. La misma diferencia que existe en la importancia que se atribuye a la autonomía del paciente respecto de los valores del médico se observa en el apartado sobre experimentación. El Protocolo incluye preguntas sobre la justificación de las investigaciones en los casos en que no se informa al paciente o en que este no ha dado su consentimiento. En los Estados Unidos, un comportamiento de este tipo por parte de un médico sería ética y jurídicamente indefendible.

El Protocolo de Bochum es tan formalista y técnico como los modelos estadounidenses, pero presenta elementos que no figuran en los últimos. Se encuentran referencias más explícitas a asuntos epistemológicos: "¿Qué factores importantes ignora el médico?" "¿Son los conceptos médicos suficientemente claros?" Tener en cuenta la ignorancia y la falta de claridad de los médicos son conceptos ajenos al estilo estadounidense. De hecho, los médicos jóvenes se esfuerzan mucho durante su formación para dar una impresión de certidumbre y confianza en sí mismos (algunos dirían de infalibilidad). Cualquier sugerencia en el sentido de que se informe a los pacientes sobre las limitaciones cognoscitivas o técnicas del médico sería considerada contraria a la realidad y hasta antiterapéutica por la mayoría de los facultativos de los Estados Unidos.

El método de Bochum pasa de lo sencillo a lo complejo. Mientras, que el modelo de Thomasma ofrece el esquema más sencillo de asuntos críticos. Siegler enumera solo cuatro temas, pero en cada uno de ellos incluye varias consideraciones más complejas. Drane desglosa algunos de los asuntos complejos y los organiza según un plan epistemológicamente gra-

dual. El Protocolo de Bochum incorpora asuntos clínicos, éticos y epistemológicos y abarca distintas situaciones clínicas. Para evaluar los distintos modelos se necesitaría hacer una prueba de su eficacia y utilidad para los profesionales: ¿en qué medida tiene en cuenta los elementos cruciales la persona que toma una decisión? ¿percibe los problemas cruciales? ¿se señalan los asuntos que podrían pasar inadvertidos? ¿es el modelo pragmático o clínicamente viable? En mi opinión, cada modelo tiene sus ventajas y desventajas, y tengo la impresión de que cada profesional decidirá por sí mismo cuál da mejor resultado y de qué manera se puede perfeccionar el modelo más viable.

9 Conclusiones

En conclusión, los distintos enfoques para la adopción de decisiones de índole ética son más que comprensibles. La medicina europea y la latinoamericana son más humanistas en el sentido de que la formación médica continúa incluyendo filosofía de la medicina, historia de la medicina, antropología médica y, actualmente, ética médica. Con una formación de este tipo es más fácil optar por un enfoque menos técnico y más complejo desde el punto de vista filosófico para tomar decisiones. En los Estados Unidos, en cambio, los médicos y la medicina tienen una orientación más clínica que no tiene tanto en cuenta los aspectos filosóficos del ejercicio de la medicina. Sus aspectos positivos son más bien de índole pragmática. En condiciones ideales, un método debería ser a la vez clínicamente práctico y filosóficamente complejo. Si existiera una mayor cooperación entre los expertos en ética clínica de los Estados Unidos, Europa y América Latina, nos acercaríamos más a la consecución de ambas metas.

Bibliografía

- Aquino, Tomás de (1988) *Suma de teología*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1 y 11, cuestión 18, art. 3.
- Brody, H. (1981) *Ethical Decisions in Medicine*, Boston, Little Brown, 2 edc.
- Drane, JF. (1988) "Ethical workup' guides clinical decision making", *Health Progress*, 69(11), 64-67.
- Hobbes, T. (1839) "Letnathan", *The English Works of Thomas Hobbes*, William Molesworth, London, John Bohn, t. II y III, cap. XV, 144-145.

- Jonsen, A., Siegler, M., Winslade, W. (1982) *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decision in Clinical Medicine*, New York, Macmillan.
- Jonsen, AR., Toulmin, SE. (1988) *The Abuse of Casuistry*, Berkeley, University of California Press,
- Mill, JS. (1987) *Uhlitanamsm*, London, Longmans and Green, cap. 11, 24-25.
- Pellegrino, E., Thomasma, D. (1981) *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford University Press.
- Sass, HM., Viefhues, H., Mainetti, JA. (1988) *Protocolo de Bochum para la práctica ético-médica*, Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 2 edc.
- Siegler, M. (1982) "Decision-making strategy for clinical-ethical problems in medicine", *Arch Intern Med.*, 142(12), 2178-2179.
- Thomasma, D. (1978) "Traming in medical ethics: an ethical workup", *Forum on Medicine*, 1(12), 36.