

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Modelos deliberativos y toma de decisiones en ética clínica.

Rovaletti, María Lucrecia.

Cita:

Rovaletti, María Lucrecia (2021). *Modelos deliberativos y toma de decisiones en ética clínica. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/171>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/KVq>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MODELOS DELIBERATIVOS Y TOMA DE DECISIONES EN ÉTICA CLÍNICA

Rovaletti, María Lucrecia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Se trata de desarrollar un modelo o guía para la toma de decisiones en ética clínica, a fin de acercarnos a una adecuada deliberación en orden al obrar responsable, en conformidad con los valores y principios morales. Si la fundamentación es el momento teórico o universal, el procedimiento de decisión es el momento práctico o particular. Los actos morales son actos complejos, con componentes diversos como la acción misma, los motivos, las intenciones, los medios, las consecuencias, las circunstancias, el contexto, etc. Por eso, la cuestión es qué criterio se debe utilizar a la hora de emitir un juicio moral. Cuando uno se propone conseguir un fin, busca a su vez los medios necesarios para realizarlo, pero cada uno de estos implica a su vez otro acto moral distinto con toda su complejidad. Finalmente, uno puede encontrarse con las consecuencias -una o varias - según la finalidad perseguida, pero también muchas otras colaterales. El fin conseguido puede o no coincidir con el fin perseguido (intención), y si coinciden se habrá logrado el éxito propuesto, en caso contrario se habrá fracasado. ¿Cómo lograr una fundamentación del acto moral, que alcance también los motivos, consecuencias, contexto, situación personal?

Palabras clave

Toma de decisiones - Modelos deliberativos - Responsabilidad - Ética clínica

ABSTRACT

DELIBERATIVE MODELS AND DECISION-MAKING IN CLINICAL ETHICS

It is about developing a model or guide for decision-making in clinical ethics, to approach an adequate deliberation to act responsibly, in accordance with moral values and principles. If the justification is the theoretical or universal moment, the decision procedure is the practical or particular moment. Moral acts are complex acts, with diverse components such as the action itself, motives, intentions, means, consequences, circumstances, context, etc. The question, therefore, is what criterion should be used when making a moral judgment. When one sets out to achieve an end, one seeks the means necessary to achieve it, but each of these in turn implies another different moral act with all its complexity. Finally, we may find the consequences - one or several - depending on the purpose pursued, but also many other collateral ones. The end achieved may or may not coincide with the

wanted end (intention), and if they coincide the proposed success will have been achieved, otherwise we will have failed. How to achieve a justification of the moral act, which also reaches the motives, consequences, context, personal situation?

Keywords

Decision making - Deliberative models - Responsibility - Clinical ethics

“La incerteza que se establece en el personal de salud en numerosas situaciones clínicas, ya sean incertezas diagnósticas o dudas en cuanto al tratamiento apropiado, lo coloca frente a elecciones a menudo extremadamente difíciles. De la multiplicidad de posibilidades nace la posibilidad de decidir, posibilidad que en el dominio de los cuidados, reviste un carácter de necesidad. Decidir es poner término a la deliberación y cortar el caudal de posibilidades para encontrar la proposición que parezca la más pertinente, es decir la más justa, la más adecuada y la más equitativa. No hay decisión sino en la incerteza y la incerteza se encuentra en la mayor parte de los dominios del cuidado. Es precisamente esto lo que dificulta el cuidado médico”. (Aizria, 714-5)

Una ética para los nuevos desafíos

La ética del siglo XX, alejada de los asuntos prácticos surgidos como consecuencia del desarrollo de las tecno-ciencias así como de los cambios políticos y culturales, había centrado su preocupación en cuestiones normativas o de fundamentación. Será la *ética aplicada* como disciplina, la que intente responder a una serie de situaciones como los desafíos tecno-científicos, el pluralismo moral, los nuevos derechos de las minorías y la misma crisis de la medicina. En efecto, la toma conciencia, los costos en salud, la expansión de los servicios médicos y su encarecimiento por la alta tecnología han obligado a asignar de modo racional los recursos disponibles. El problema de la *justicia distributiva* se transformó en una cuestión ética y económica. A su vez, el ocaso del paternalismo médico y la mayor participación del paciente en las decisiones se tradujo en nuevas modalidades de atención que apelan al *principio de respeto a la autonomía*[1].

Aparecen también cuestionadas las mismas actividades profesionales y muchas otras instancias de la vida económica y socio-política. Todo un pluralismo moral busca expresar una nueva cultura, basada en la libertad, la justicia y la igualdad.

Estos nuevos actores sociales y los extraordinarios resultados de las investigaciones plantean nuevos interrogantes de relevancia social y de señalada conflictividad moral, y imponen una ampliación y revisión de la ética, desde sus puntos de vista, de sus métodos hasta de su terminología.

Los nuevos modelos de ciencia que llevan a asociar los hechos y los valores, y las exigencias de la sociedad que buscan esclarecer y orientar estos desafíos han dado lugar al llamado “giro ético”, (A. Bonilla, 2005).

Pero esta “ética aplicada” no constituye una mera *aplicación* de los principios generales, de las normas, de los valores y/o modelos de conducta ya conocidos a situaciones o *casos* particulares, sino más bien de una *ética orientada a la aplicación* (H. Hastedt), una ética que otorga similar importancia tanto a la reflexión ética fundamental como al planteamiento de los problemas prácticos a los que busca responder del modo más razonable posible.

Más aún, como la *ética aplicada o bioética* “es una práctica discursiva y un discurso práctico” que designa no sólo *discursos* -monografías, tesis, artículos- sino también *prácticas* -comités, comisiones, consejos, colectivos de todo tipo con sus respectivas funciones-. Así, los debates, discusiones, interacciones comunicacionales, argumentaciones se realizan con vista a una toma de decisiones y a orientar la acción; a su vez las prácticas generan teorías, argumentaciones, discursos... “no se trata de un signo de confusión, sino de sus estatus específico” (Hottois, 2001, 125).

Ahora bien, como los problemas éticos surgen en distintos ámbitos dotados de sus peculiaridades, se generan un conjunto de éticas aplicadas a partir de las urgencias de cada uno de los campos -economía, política, medicina, derecho, psicología, psiquiatría etc.-, comprometiendo no sólo varias ramas del conocimiento sino también sus prácticas profesionales. Así se habla de bioética, bio-derecho, psico-ética, bio-economía, ética ecológica, bio-política, bi-economía...

Todavía más, esta nueva disciplina moviliza una nueva *sensibilidad*, promoviendo nuevas actitudes ante situaciones conflictivas y dilemáticas, no sólo ante las nuevas orientaciones de las ciencias sino también ante las transformaciones en la sociedad actual que nos plantean el respeto por las diferencias, la búsqueda de modalidades de consenso y/o deliberativas, respetando la autonomía de los sujetos especialmente aquellos vulnerables.

En este sentido, la ética aplicada constituye una convocatoria al trabajo conjunto dada la necesidad de esclarecer y solucionar de problemas urgentes que afectan a todos los ciudadanos, pero también una convocatoria *dialógica* dada la multiculturalidad y secularización que rige nuestra época. En efecto, la índole de los nuevos conflictos hace evidente la necesidad de superar el enfoque estrechamente disciplinar de la ética filosófica con un tratamiento más adecuado a la complejidad de los problemas.

“El origen mismo y sin duda la causa de los problemas éticos hay que buscarlo en la sociedad pluralista” donde los desarro-

llos de la ciencia y la técnica se realizan independientes de todo dogma, donde las diversas creencias pueden coexistir y debatir el sentido de la vida y de la muerte. Negar esta situación es necesariamente desnaturalizar la ética aplicada”, señala Hottois (2001, 125).

Autonomía y responsabilidad

La tecnología moderna ha incentivado unas acciones de tal magnitud, impensables en otros momentos, que ha generado objetos y acciones nuevas dando lugar a consecuencias inéditas. Todavía más, el concepto de *responsabilidad* nos enfrenta a la incerteza que cada uno tiene en el momento de tener que realizar una elección. El peso de las organizaciones e instituciones no dispensa a los “agentes” de asumir sus implicaciones personales en sus comportamientos aunque no tengan un estatus de “responsable” por su jerarquía. Aunque a veces uno se pueda sentir privado de una verdadera autonomía y una real responsabilidad, la relación con los usuarios obliga a asociarse a un doble momento de *responsabilización*, que concierne tanto a los usuarios como a los profesionales que los acompañan.

Ser responsable, significa responder o hacer-se cargo de algo ante alguien. El verdadero sujeto moral, es aquel que se siente uno entre sus semejantes, junto a los otros, y teniendo que responder ante ellos. Precisamente, en la adhesión a los principios universales considerados a la luz de la preocupación por el otro concreto, reside la conciencia moral.

En este sentido, el concepto de *autonomía* no puede abstraerse de la condición humana como vulnerable y frágil, y la persona como un “sujeto situado”. De allí la importancia fundamental de conceptos de *responsabilidad* y *solidaridad* no sólo por parte de cada uno sino también del Estado, en orden a la protección de los seres humanos vulnerables, cuanto más en la actual llamada *sociedad de riesgo* (Beck).

El individuo sólo podrá sentirse responsable de algo con otros individuos con los que comparte la responsabilidad o la coresponsabilidad.

De conflictos y dilemas

A primera vista, pareciera que frente a los conflictos éticos, la respuesta pudiera provenir primariamente de los códigos deontológicos. Sin negar la importancia que las *deontologías* han adquirido en la formación académica, es preciso insistir que éstas se mueven siempre en el marco de los “deberes profesionales”, de las asociaciones, colegios y corporaciones. El *nivel ético* se refiere a *conflictos* y *dilemas*, *acuerdos* y *desacuerdos*, y es previo al nivel legal.

Las decisiones morales no son decisiones con certeza, ni surgen de juicios analíticos, solo son decisiones prudentes, juicios sintéticos, probables, de experiencia: que el juicio sea incierto no quiere decir que no sea racional.

La complejidad de los actos morales[2] conlleva distintos tipos de dificultades a la hora de tomar decisiones y cuando se toman,

se deben contemplar las diferentes perspectivas del problema y tener en cuenta los intereses de todos los allí afectados. Más aún, para que un procedimiento funcione o no, depende no sólo del procedimiento mismo, sino también de la actitud o mentalidad del que lo utiliza, es decir del *marco de referencia* (D. Gracia, 1991, p.123-124).

La ética aplicada, campo de intersección de múltiples disciplinas y la ética, requiere una metodología dialógica para lograr decisiones moralmente legítimas, mas aún cuando se trata de decisiones sanitarias que conciernen a los otros: éstas afectan a la vida y la muerte de otras personas, y requieren atender al punto de vista del paciente, de su familia y de su posibilidad de expresarlo.

En el área de la *salud*, la responsabilidad no puede reducirse a la relación entre dos individuos por importante que ésta sea, ni a una solitaria dedicación profesional. Se trata de un campo, donde transita las patologías de diverso tipo, el personal sanitario y el usuario, la administración hospitalaria, los proveedores farmacéuticos, los científicos y los técnicos, los familiares del paciente, y unas normativas que nos obligan a hacernos responsables de unos derechos fundamentales entre los cuales está la protección de la salud.

Así pues, el *procedimiento de decisión* ofrece unos criterios generales para la toma las decisiones, pero la responsabilidad de la decisión es finalmente del agente moral que es el que decide. Pero nada nos asegura que la decisión tomada, aplicando escrupulosamente el procedimiento, sea la más correcta, o la mejor. Precisamente, la ética no nos ofrece respuestas exactas, sólo nos guía a acciones razonables. Las *teorías éticas* no garantizan que sea siempre posible resolver satisfactoriamente los *conflictos* y *dilemas*, precisamente porque en la vida moral no existen certezas absolutas sino más bien decisiones *prudentes*, por eso pueden darse también *desacuerdos*.

Se habla de *conflicto moral* cuando el agente moral se encuentra ante una *encrucijada moral*, es decir tiene que elegir entre dos o más alternativas, pero ninguna de ellas está libre de problemas éticos. Por ejemplo, ¿se debe guardar el secreto cuando están en juego los derechos fundamentales -como la vida o la salud- de una tercera persona, como en el caso Tarasoff? Por eso puede existir también el *desacuerdo moral*, como en este caso, cuando otro juez emitió una opinión contraria a la *mayoría*: la revelación del secreto no constituye una violación de los derechos fundamentales del paciente. Hay un auténtico conflicto moral, y serán las teorías morales las que busquen encontrar soluciones *racionales* a estos conflictos.

En el *desacuerdo*, a diferencia del *conflicto*, los sujetos morales no están en un estado de perplejidad, sino se sienten seguros de la justeza o del acierto de sus propios argumentos para apoyar sus respectivas posiciones, no pudiendo considerarlos a ninguno de ellos es una persona inmoral o ha querido emitir un fallo injusto. No obstante, es evidente que sus tomas de posición son irreconciliables entre sí. Desacuerdos morales similares surgen

en nuestra sociedad en torno a los debates sobre el aborto, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, la despenalización de las drogas o el uso de animales para la experimentación científica. No se niega con esto que también hay situaciones en las cuales la perplejidad provenga de razones exclusivamente subjetivas.

El *dilema moral* en cambio plantea dos alternativas o soluciones posibles, percibiendo argumentos morales a favor y en contra de cada una de ellas, quedando en una situación de perplejidad moral, lo cual dificulta la toma de decisiones con buena conciencia.

Diego Gracia ha sido crítico con la mentalidad que él llama “dilemática” en bioética, pues ha venido a usarse en nuestras lenguas modernas como sinónimo de “conflicto moral”. Esta manera de hablar resulta problemática porque induce a pensar que ante cualquier conflicto moral existen solamente dos soluciones posibles, opuestas e incompatibles entre sí.

La razón moral se ve forzada a convertirse en razón teórica porque se toca en la realidad con *la existencia de conflictos* y *desacuerdos morales* que exigen que se pueda dar cuenta ponderada, racionalmente justificada, de las propias opciones morales. Se trata de pasar del conocimiento intuitivo y confuso de la vida moral a un saber moral fundado, razonable y coherente: una *teoría ética*. Sin embargo, también este conocimiento teórico presenta incompatibilidades lógicas, porque a veces se muestra incompatible con el de otros tiempos, porque puede ser incompatible con los saberes científicos actuales y con las nuevas experiencias de la comunidad humana o del mismo sujeto, por ser contextos en continua evolución. Finalmente porque nuestro conocimiento moral puede ser incompatible con el de otros sujetos morales.

A nivel de orden práctico, las pautas de conducta y las apetencias del sujeto pueden colisionar con el conocimiento teórico, los usos que la vida social con los deberes que se desprenden de ese conocimiento e incluso la colisión de dicho conocimiento con las expectativas sociales.

Para D. Gracia (2004, p. 26), *la racionalidad moral no es dilemática. Las soluciones dilemáticas no son sólo poco realistas sino por lo general inmorales. La razón humana es problemática y deliberativa* (o.c., 35-6). Este tipo de mentalidad dilemática se da tanto entre los utilitaristas como entre los deontologistas fuertes. Ambos presuponen que los juicios morales se pueden resolver con certeza, con exactitud, que sólo una respuesta es correcta y que la verdad moral es universal.

La *actitud problemática* es muy distinta. Los problemas morales pueden tener muchas soluciones y varias de ellas pueden ser correctas a la vez. La corrección de una no implica necesariamente la incorrección de todas las demás. Por supuesto, habrá algunos cursos de acción claramente incorrectos pero puede haber varios correctos al mismo tiempo. Lo importante no es la solución a la que se llegue sino el proceso, el camino por el que se ha llegado a esa solución. La actitud problemática es *delibe-*

rativa. Tanto la actitud problemática como la deliberación como método de resolución de problemas morales son aplicables a diferentes procedimientos.

Comité asistencial y proceso de deliberación

En los Comités asistenciales de las instituciones de salud (Gracia, 2001), el proceso de *deliberación* no implica la *toma de decisiones* por parte de sus miembros, pues sus planteos sólo son consultivos, no vinculantes y no tienen carácter ejecutivo ni decisorio. Sin embargo, esto no exonera a los miembros del Comité de su responsabilidad, que es la de clarificar y evaluar el caso a fin de contribuir a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, pero también satisfacer a los profesionales y usuarios del sistema de salud.

En el ámbito de los deberes de *gestión privada* será el paciente, o el médico responsable, o el familiar, o el gestor sanitario, el que tome *las decisiones*.

En cuanto a los deberes de *gestión pública*, sólo serán exigibles por los demás en el caso de que se hayan convertido en normas legales. El jurado en unos casos, y el juez en otros, deliberan antes de emitir una sentencia y aquí la *deliberación* sí tiene carácter decisorio (Gracia, 2001).

En cualquier caso, es importante no confundir *deliberación* con *toma de decisiones*. La *deliberación* puede hacerla una persona o un conjunto de personas distintas que tienen que tomar la decisión. La *deliberación* es una ponderación razonable, y la decisión razonable tomada tras una prolongada *deliberación* se la denomina *prudente*. [3]

La *deliberación* puede ser individual cuando el agente de salud o profesional responde ante el paciente pero es éste el que toma la decisión. También la *deliberación* puede ser colectiva como es el caso del *Comité asistencial* ante casos complejos, procedimiento que a su vez sirve de experiencia formativa para otros profesionales.

El profesional sanitario también delibera consigo mismo cuando tiene que decidir ante un paciente.

Ahora bien, la *deliberación ética* no tiene por qué ser distinta de estas otras. Sus funciones son muy similares a las de las sesiones clínicas: el análisis de los problemas complejos y la ayuda en la toma de decisiones difíciles. En este sentido, la *deliberación* clínica y ética constituye el núcleo de la actividad sanitaria. Los juicios éticos, como los que pertenecen al campo de la salud, son primariamente empíricos y concretos, y nunca alcanzan a cubrir completamente la realidad a la que se refieren. Por eso, el procedimiento de *toma de decisiones* no puede reducirse a una fórmula, sino que exige un análisis detallado y reflexivo de los principales factores implicados. He aquí la «*deliberación*» (Gracia, 2001).

Más allá de la *deliberación clínica* que el profesional realiza ante un paciente concreto, hay también una *deliberación ética* pero no siempre los profesionales acuden a ésta. ¿La consideran innecesaria, o temen enfrentar con la angustia, las inseguridades

o los miedos? Cuando esto ocurre, se precipita en sus juicios y en sus acciones, sin poder ponderar los principios desde los cuales juzga, los valores implicados en esas circunstancias, los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, así como las consecuencias del caso. Tampoco se tiene claro el marco legal, el consejo no directivo y la ayuda en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho a hacerlo no coincida con la que vía que el profesional considera correcta.

La *deliberación* como procedimiento requiere distintas fases [4]:

1. Presentación del caso por el responsable de tomar la decisión: determinación de los fenómenos clínicos, psicológicos, socio-culturales, legales y eventualmente creencias religiosas.
2. Discusión de los aspectos clínicos de la historia y sus antecedentes.

III. Identificación de los problemas éticos que presenta.

1. Identificación de los cursos de acción éticamente posibles. Los problemas éticos implican siempre conflictos de valor, y los valores tienen como soporte necesario los hechos. Por ello se requiere un estudio minucioso de los hechos clínicos, para precisar e identificar los problemas de valor. Para evaluar el curso de acción, hay que analizarlo en dos fases, contrastando los principios éticos en juego y las consecuencias previsibles. Ha aquí la tensión entre principialistas a ultranza y los consecuencialistas extremos.
2. Deliberación del curso de acción posible más óptimo.
3. Decisión final.

VII. Argumentos en contra de tal decisión y argumentos en contra de esos argumentos, argumentos que podrían defenderse aún públicamente o que podrían servir de ejemplo en situación similar o que serían una buena opción si yo fuera el que sufriera las consecuencias. Siempre es conveniente seguir algún procedimiento, sean éstos u otros.

Ningún principio ético --beneficencia, no maleficencia, respecto a la autonomía, justicia-- puede plantearse de modo absoluto, sin excepciones. Por ello, la *deliberación ética* ha de realizarse siempre en dos tiempos: contrastar el hecho a considerar con los estos principios, y evaluar las circunstancias y las consecuencias, por si éstas permitieran o exigieran hacer una excepción a los principios.

Se trata de articular prudentemente principios y consecuencias, por eso se habla de las «*éticas de la responsabilidad*».

- 1.1. La *evaluación de la calidad ética de cada curso de acción* puede hacerse siguiendo los siguientes pasos:
- 2.1) Contraste del curso de acción con los principios ético: análisis de los principios involucrados en el caso: *respeto a la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia*. Como los principios de no maleficencia y de justicia tienen carácter público, y determinan por tanto nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos tanto en el orden de

su vida biológica (principio de no maleficencia) como en el de su vida social (principio de justicia), definen también nuestros deberes que son universalizables y exigibles a todos por igual, incluso coactivamente y por eso adquieren forma jurídica.

Los principios de *respeto a la autonomía y beneficencia* marcan, por el contrario, el espacio privado de cada persona, que cada uno puede y debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Los dos primeros principios se corresponden con una «ética de mínimos» y los otros dos con la «ética de máximos», para hablar en términos de Adela Cortina.

1.2) Identificación de los *conflictos entre valores o principios*.

Los deberes propios de la *ética de mínimos* son más restringidos que los de la *ética de máximos*, pero en general gozan de una mayor exigencia y prioridad. Es frecuente que los conflictos éticos surjan como consecuencia de su conceptualización como públicos o privados.

1.1) *Evaluar de las consecuencias previsibles que concurren en el caso concreto y las consecuencias previsibles de la decisión:*

Aunque esta evaluación nunca puede ser exhaustiva, debe hacerse cuidadosamente, dado que las circunstancias pueden ser agravantes, atenuantes o eximentes. Se requiere además tener capacidad de detectar situaciones de riesgo.

En este último caso, el deber cede ante esa circunstancia concreta, pues la aplicación indiscriminada del principio es incompatible con el respeto debido a los seres humanos. Por ejemplo, decir siempre la verdad pues puede resultar claramente ofensivo.

1.2) *Examinar si se puede y si se debe hacer una excepción a los principios o normas,* cuando su aplicación resultaría atentatoria contra la dignidad del ser humano. Así, en el caso de los deberes públicos que han adquirido forma jurídica, la excepción puede hacerla bien el juez, bien la ley, despenalizando la aplicación de la norma en ciertos supuestos: con ello no se está definiendo la licitud o ilicitud moral de tales actos, sólo se afirma que cuando se dan ciertas circunstancias, son considerados como deberes de gestión privada y no de gestión pública. La experiencia muestra que un procedimiento como éste, puede resolver muchos conflictos éticos o al menos clarificar situaciones, aun en el caso en que no desaparezcan completamente las opacidades o los problemas.

Queda ahora por considerar un modelo o *guía para la toma de decisiones éticas*, a fin de acercarnos a un *obrar responsable*, en conformidad con los valores y principios morales. Si la fundamentación es el momento teórico o universal, el *procedimiento de decisión* es el momento práctico o particular.

Los actos éticos son actos muy complejos, entre los cuales se pueden considerar: la acción misma, los motivos, las intenciones, los medios, las consecuencias, las circunstancias, el contexto, etc. La cuestión es qué criterio se debe utilizar a la hora de emitir un juicio ético.

Cuando uno se propone conseguir un fin, se buscan los medios necesarios para realizarlo y cada uno de éstos implica a su vez

otro acto ético distinto con toda su complejidad. Uno se encuentra con las consecuencias una o varias y otras muchas colaterales: el fin conseguido puede o no coincidir con el fin perseguido (intención), si coinciden se habrá logrado el éxito propuesto, en caso contrario se habrá fracasado.

¿Cómo fundamentar entonces un acto ético que alcance los motivos, las consecuencias, el contexto, la situación personal?

Desde las éticas de la responsabilidad sabemos que las convicciones éticas no bastan, pues también están las consecuencias. Desde la voluntad del agente moral, importan los motivos, las intenciones, las creencias, etc., pasando por la voluntad del que recibe la acción (paciente moral), el acto mismo, las consecuencias, el contexto, las circunstancias, etc.

Se pueden hacer juicios éticos una vez concretado el acto, pero se requiere también poder previamente emitir juicios sobre las posibilidades de actuación de cada uno para la toma de decisiones: se trata de prever las consecuencias de cada uno de los cursos de acción posibles, de enjuiciarlos y de tomar una decisión en condiciones de incertidumbre, de pensar en las probabilidades de conocimiento de mínimo hasta de máximo... Nada más alejado de una especie de protocolo.

Las decisiones éticas no son decisiones con certeza, ni surgen de juicios analíticos, solo son decisiones prudentes, juicios sintéticos, probables, de experiencia. Ahora bien, que el juicio sea incierto no quiere decir que no sea racional. “La ética tiene como función racionalizar la incertidumbre” (Gracia, 1991. p. 89).

Así pues, el procedimiento de decisión ofrece unos criterios generales para la toma las decisiones, pero la responsabilidad de la decisión es finalmente del agente moral que es el que decide. Pero nada nos asegura que la decisión tomada, aplicando escrupulosamente el procedimiento, sea la más correcta, o la mejor. Precisamente, la ética no es una ciencia exacta, sólo presenta acciones razonables.

Mas aún, a veces no hay una única solución correcta, siendo el resto de las posibilidades falsas. Pueden darse varias soluciones que pueden ser correctas al mismo tiempo (Gracia, 2000, pp. 21-41). Otras veces, ninguna de las opciones posibles lo deja a uno satisfecho y se elige la menos mala, lo cual uno queda en desasosiego. Sin embargo, esto no nos excusa de seguir un procedimiento y justificar as razones de la toma decisión.

Farmer et al.(2013) analizan la *toma de decisiones* a nivel micro, meso y macro-ético, y plantean la deliberación desde la fórmula «saber, deber, poder y preveer». Proponen:

A nivel micro

- Analizar los distintos *modelos* a disposición
- En cuanto a *los antecedentes*: identificar las preocupaciones, tensiones, malestares, cuestiones y conflictos bioéticos desde el punto de vista de diferentes actores
- Pensar el caso o pensar en tal persona y su caso; determinar los hechos clínicos y psicosociales del caso; examinar los hechos, recoger toda la información y/o todas pruebas que existan, analizar si hay desacuerdos sobre los hechos, identificar

las perspectivas de los principales interesados.

- Examinar la situación a determinar: si se trata verdaderamente un conflicto, un desacuerdo, un dilema ético; si hay normas de ejercicio, de políticas o de leyes que indiquen como proceder
- los actores y su rol: los miembros del comité, la participación de los expertos externos
- pensar la situación en conjunto, conciliar la responsabilidad y colegialidad - comprender y sostener a la persona enferma o al representante en términos afectivos, cognitivos, sociales. Competencia e integridad de estos actores
- En cuanto a *la toma de decisiones*: pensar la situación en conjunto, conciliar la responsabilidad y colegialidad; analizar como tomar las mejores decisiones en caso de divergencias, cómo decidir en caso de excepción, reflexionar en el momento de la decisión y su justificación, esforzarse por lograr consenso por avenencia cuando no se logre el consenso pleno; analizar las normativas; documentar la decisión como prueba; buscar los medios y sostenes necesarios para poner en obra la acción elegida; solicitar el consentimiento del paciente o su representante/s.
- Analizar la *decisión a la luz de los principios de beneficencia y maleficencia, autonomía y justicia distributiva*, identificar opciones de atención o intervención, los valores éticos en juego, calidad de vida, proporcionalidad de cuidados y límite de los tratamientos; pensar en las decisiones individuales frente a las elecciones de la sociedad, observar las medidas de excepción.
- En el *caso del fin de la vida*: tener en cuenta los desafíos que influyen en las decisiones de cuidado, la situación personal, la angustia de muerte. La medicina moderna ¿acentúa la denegación de la muerte? ¿busca domar la muerte?
- En cuanto a los *servicios de salud*: considerar la complejidad de los mismos, decidir entre las necesidades individuales y las colectivas, atender a la justicia distributiva y equidad de acceso a los servicios, a las demandas individuales en los tratamientos de excepción, justipreciar la reserva los medicamentos en el establecimientos.

Nivel meso: las autoridades en los establecimientos de salud.

- describir la situación e identificar los problemas éticos involucrados
- identificar a los individuos, grupos y organizaciones involucrados, sus roles, objetivos y valores en relación con las intervenciones en cuestión
- recopilar información sobre los hechos e identificar aquellos que son relevantes para la cuestión ética, los factores contextuales

Nivel macro institucional:

- tener en cuenta los niveles interinstitucionales, de gobierno, las normas y limitaciones institucionales y gubernamentales, las leyes locales y nacionales, las normativas y declaraciones internacionales; los códigos deontológicos.

La complejidad de los actos éticos conlleva gran dificultad a la hora de tomar decisiones, dado que implica evaluar las diferentes perspectivas del problema y tener en cuenta los intereses de todos los implicados en el mismo y afectados por la decisión.

La ética aplicada, campo de intersección de múltiples disciplinas requiere una metodología dialógica para tomar actualmente decisiones éticamente legítimas, mas aún cuando se trata de decisiones sanitarias que conciernen a los otros.

Tomar decisiones afecta a la vida y la muerte de otras personas, requiere además de tener en cuenta el punto de vista del paciente, de su familia y que cada uno pueda expresar su punto de vista.

La razón humana es problemática y deliberativa. Los problemas morales pueden tener muchas soluciones y varias de ellas pueden ser correctas a la vez. La corrección de una no implica necesariamente la incorrección de todas las demás. Por supuesto, habrá algunos cursos de acción claramente incorrectos pero puede haber varios correctos al mismo tiempo. Lo importante no es la solución a la que lleguemos, sino el proceso, el camino por el que hemos llegado a esa solución.

NOTAS

[1] Uno de los cambios más importantes en la atención sanitaria y de decisiones terapéuticas (Villagran et al.) ha sido la transición desde un *modelo centrado en la enfermedad a uno centrado en el paciente*: es la sustitución de una aproximación *paternalista* por otra más *deliberativa*. Y respecto de los tratamientos farmacológicos, es el paso del concepto de *cumplimiento o adherencia* al de *concordancia o acuerdo terapéutico*. A su vez, el concepto de *concordancia* es presentado como el objetivo final de un *proceso de negociación y corresponsabilidad* en la *decisión de elegir un tratamiento* al que se ha denominado *proceso de decisión compartida* (PDC) (*shared decision making*). Ahora bien, el PDC constituye un procedimiento que se realiza en etapas: desde la asociación médico-paciente, la información sobre opciones, los pros y contras, la deliberación sobre las mismas y su relación con valores y preferencias del paciente, y finalmente la decisión consensuada. Sin embargo, la posibilidad de aplicar el *proceso de decisión compartida* en *salud mental* depende de la *capacidad* del enfermo mental. J. Drane discrimina tres niveles de *competencia* -mínimo, mediano y elevado- que permiten evaluar esta dimensión central en la práctica clínica de la salud mental. Por eso, el PDC no es conveniente usarlo en trastornos mentales graves, o cuando está alterada su capacidad para tomar decisiones, de allí la necesidad de evaluarla en práctica clínica.

[2] No se tendrá en cuenta la distinción entre los términos “moral” y “ético”.

[3] Gracia (2001): la “deliberación” y la “prudencia” son las dos condiciones del razonamiento práctico, mientras la “demostración y la certeza” lo son del razonamiento teórico.

[4] Para una revisión de los distintos *Modelos de Evaluación de Conflictos Éticos*, cfr.: Ruiz Cano, J. Cantú-Quintanilla, G. et al (2015) Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72 (2): 89-98.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizria, E. (2014) *Connaissance, incertitude et décision dans la pratique*. En Hirsch, E. (Ed.) *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes, repères*. Tours: Érès (pp, 707-717).
- Aubry, R. (2013) « Préface », dans F. Barruel et A. Bioy, *Du soin à la personne. Clinique de l'incertitude*, Paris, Dunod.
- Beck, U. (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*, Barcelona: Paidós.
- Bonilla, A. (1998) La ética aplicada, *Enoikos*, N° 13, pp. 42-48.
- Bonilla, A. (2006) ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En Losoviz A., Vidal, D. y Bonilla, A. (comp.) *Bioética y Salud Mental*, Buenos Aires: Akadia, pp. 77-88.
- Cardozo, C.N. (2013) "Protocolo para la presentación y análisis de casos clínicos ante los Comité de Ética Asistencial. *Revista de Bioética y Derecho*, N° 29, Septiembre, pp. 24-34
- Cottone, R., Hartley, M., Tarvydas, V. (2001) *Ethics and Decision Making in Counseling and Psychotherapy*. New York: Springer.
- Couceiro, A. (1999) "Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo". En: Couceiro, A., (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.
- Dahl Rendtorff, J. y Kemp, P. (2000) *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Vol. I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Barcelona-Spain: Centre for Ethics and Law, Copenhagen, Denmark and Institut Borja of Bioethics, Barcelona, Spain (Report to the European Commission of BioMed-project. Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw 1995-1998.
- Drane, J.F. (1999) Las múltiples caras de la competencia (pp. 163-176); Métodos de ética clínica (pp. 187-200). En Couceiro, A. (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.
- Drane, J. (1985) The many faces of competency; The greater the risk, the stricter the standard. *The Hastings Center Report*, Vol.15, 2, pp. 17-21.
- Emanuel, E.J., y Emanuel, L.L. (1999) Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro, A., (ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela.
- Farmer, Y., Bouthillier, M-E., Roigt, M-E. (dir.) (2013) *La prise de décision clinique. Perspectives micro, méso et macro éthique*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ferrer, J.J.- Álvarez, J.C. (2003) *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*, Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Garzón Auvrcón, N. (2001) Toma de decisiones éticas. *Cátedra Manuel Ancizar- Ética y Bioética / Semestre 1, 2001*. Disponible el 1/7/2021 en: http://www.bdigital.unal.edu.co/783/10/263_-_9_Capi_8.pdf
- Gracia Guillen, D. (2004) *Como arqueros al Blanco*. Madrid, Editorial Triacastela.
- Gracia, D. (1991) *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Madrid: Eudema.
- Gracia, D. (2000) La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica. En: Sarabia, J., y De los Reyes, M. (ed.). *Comités de ética asistencial*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Gracia, D. (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*, 117 (1) pp. 18-23.
- Gracia, D. (2004) La deliberación moral: el método de la ética clínica. En Gracia, D. y Júdez, J. (ed.) *Ética en la práctica clínica* (pp. 21-32). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud- Editorial Triacastela.
- Hastedt, H.: *Aufklärung und Technik*, Frankfurt a.M., Suhrkamp, 1991.
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (2004) *La prise de décision en éthique clinique*. Document de réflexion du Comité d'Éthique. Montreal.
- Hottois, G. et al. (eds.) (2001) *Nouvelle encyclopédie de la Bioéthique; Médecine, Environnement, Biotechnologie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hottois, G. et al. (eds.): *Nouvelle encyclopédie de la Bioéthique; Médecine, Environnement, Biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck Université, 2001
- Instituto Borja de Bioética: *BASIC ETHICAL PRINCIPLES in european bioethics and biolaw*. Vol. I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability y Vol. II: Partner's research. Report to the European Commission of the BIOMED-II Project Jacob Dahl Rendtorff and Peter Kemp: Institut Borja de Bioética, Barcelona 2000.
- Jaeger, M. (2009) Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation. *Vie sociale*, N° 3, pp. 71-81. Disponible el 10-06-2015: http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=VSOC_093_0071#s1n4
- Legault, G.A. (2010) *Professionnalisme et délibération éthique*. Quebec: Presses de l'Université du Québec
- Pineda Sánchez, A. (2021) Inteligencia emocional y toma de decisiones bioéticas. *Revista Iberoamericana de Bioética / n° 16 / 01-11 [2021] [ISSN 2529-9573] DOI:10.14422/rib.i16.y2021.00*. Disponible el 20-06-2021: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/13603/15032>
- Ramos Pozón, S. (2015) La historia clínica en salud mental. *Acta bioethica*, 21 (2) pp. 259-268
- Ricoeur, P. (1995) Le concept de responsabilité. Essai d'analyse sémantique. En *Le Juste I*. Paris: Ed. Esprit (pp. 41-70)
- Rotondo de Casinelli, M.T. (2018) Metodología de la Bioética. Análisis de casos clínicos. *Revista Uruguaya de Cardiología*, vol. 33, núm. 2, pp. 172-180, 2018. Disponible el 20/06/2021 en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4797/479760117006/html/index.html> \l "corresp1"
- Rovaletti, M. L. (2007) ¿Es posible pensar una Psico-ética?, *Vertex* N° 75, Vol. XVIII, septiembre-octubre, pp. 370-375;
- Ruiz Cano, J. Cantú-Quintanilla, G. et al (2015) Revisión de modelos para el análisis de dilemas éticos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72 (2): 89-98
- Simón, P. (2000) *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela.
- Villagrán, J.M.; Lara Ruiz-Granados, I. y González-Saiz, F. (2015) Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* vol.35 no.127 Madrid. jul./sep. Disponible el 20/06/2021 en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300002>