UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA CLÍNICA
Análisis de casos en la práctica obstétrica

MARIO ORLANDO PARRA PINEDA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
Noviembre de 2016
UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN BIOÉTICA CLÍNICA
Análisis de casos en la práctica obstétrica

MARIO ORLANDO PARRA PINEDA

Tesis de Grado para optar al Título de Doctor en Bioética

DR. FABIO GARZÓN DÍAZ
(Julio 2013 - Junio 2015)
DRA. CHANTAL ARISTIZÁBAL TOBLER
(Julio 2015 - Agosto 2016)
Director de Tesis

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN BIOÉTICA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
BIOÉTICA, EDUCACIÓN Y CULTURA
BOGOTÁ, D.C.
Noviembre de 2016
A mis padres:

María Ammy Pineda de Parra
Mario Ismael Parra Castellanos
Agradecimientos

A la Universidad Militar Nueva Granada por haberme permitido cursar el Doctorado en Bioética en su prestigiosa institución, y al excelente grupo de profesores que me acompañaron durante este proceso formativo. En especial, a los doctores Fabio Garzón Díaz y Chantal Aristizábal Tobrel, quienes fueron los tutores de esta tesis, por su guía y colaboración.

A la Universidad Nacional de Colombia, la Facultad de Medicina y el Departamento de Obstetricia y Ginecología por brindarme el respaldo necesario para la realización de estos estudios, y a los estudiantes de la carrera de Medicina que cursaron la asignatura de Bioética, en el primer semestre de 2016, quienes participaron en la presente investigación.

A mi familia, a mis padres y a Nelson Enrique por la motivación y el apoyo incondicional recibido en favor de mi realización personal y profesional, sin los cuales hubiera sido imposible la elaboración y culminación de este trabajo.
# Tabla de Contenidos

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sección</th>
<th>Página</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Introducción</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>1. El planteamiento del problema</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1 Antecedentes del problema</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1 Los problemas bioéticos en obstetricia en Colombia</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1.1 Aspectos generales relativos a la salud de la mujer y su apoyo</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1.2 Aspectos relativos al embarazo y el feto</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1.3 Aspectos relativos al aborto y a la anticoncepción</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.1.4 Aspectos éticos en la formación médica</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1.2 Los métodos de toma de decisiones en bioética clínica</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>1.2 Descripción del problema</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1.3 Formulación del problema</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>1.4 Objetivos de la investigación</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>1.5 Justificación de la investigación</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El marco teórico</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Moral, ética y bioética</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.1 Moral y ética</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.2 Bioética</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.3 Conclusiones</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 El método de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.1 La fundamentación bioética</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.2 El método de toma de decisiones</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.3 Crítica de la metodología</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2.4 Conclusiones</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Los métodos de toma de decisiones de Diego Gracia</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1 El método principalista</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1.1 La fundamentación bioética</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1.2 El método de toma de decisiones</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1.3 Evolución de los problemas éticos</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1.4 Críticas de la metodología</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1.5 Conclusiones</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2 El método deliberativo</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.1 La fundamentación bioética</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.2 La deliberación</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.3 El proyecto humano</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.4 El acto moral</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.5 El método de toma de decisiones</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.6 Dificultades de la deliberación</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.7 Críticas de la metodología</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2.8 Conclusiones</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La metodología de la investigación</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 Fundamentación epistemológica</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Enfoque de la investigación</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 Diseño de la investigación</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4 Técnicas de la investigación</td>
<td>129</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5 Descripción de los instrumentos de la investigación</td>
<td>132</td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. Resultados de la investigación ........................................................................................................ 133
   4.1 Primera etapa. Análisis comparativo de tres de los principales métodos para
la toma de decisiones en bioética clínica: el método principalista de
Tom Beauchamp y James Childress, y los métodos principalista y
deliberativo de Diego Gracia ............................................................................................................. 133
   4.1.1 La fundamentación bioética .................................................................................................. 133
   4.1.2 El caso clínico ....................................................................................................................... 135
   4.1.3 El problema moral ................................................................................................................. 141
   4.1.4 La toma de decisiones ......................................................................................................... 144
   4.1.5 Conclusiones ......................................................................................................................... 150
   4.2 Segunda etapa. Propuesta de un método para la toma de decisiones en
bioética clínica .................................................................................................................................. 157
   4.2.1 La fundamentación bioética ................................................................................................ 158
      4.2.1.1 La moral común ............................................................................................................. 161
      4.2.1.2 El constructivismo axiológico ....................................................................................... 164
      4.2.1.3 La deliberación ............................................................................................................... 166
      4.2.1.4 El consenso .................................................................................................................... 182
   4.2.2 El sistema de referencia moral ............................................................................................. 185
   4.2.3 El caso clínico ........................................................................................................................ 187
   4.2.4 El problema moral ............................................................................................................... 191
   4.2.5 La propuesta de solución del problema moral ...................................................................... 194
   4.2.6 La recomendación final ....................................................................................................... 204
   4.2.7 La epicrisis ............................................................................................................................ 207
   4.2.8 La dignidad humana ............................................................................................................ 210
      4.2.8.1 Definición ....................................................................................................................... 210
      4.2.8.2 La dignidad humana y la vida de los seres humanos ..................................................... 226
      4.2.8.3 La dignidad humana y la bioética .................................................................................. 231
      4.2.8.4 La dignidad humana y el derecho ............................................................................... 235
      4.2.8.5 La dignidad humana y la vida futura ............................................................................. 237
      4.2.8.6 Conclusiones ................................................................................................................... 239
   4.2.9 Los principios bioéticos centinelas ...................................................................................... 242
      4.2.9.1 El principio de no maleficencia ..................................................................................... 243
      4.2.9.1.1 El concepto de daño .................................................................................................. 243
      4.2.9.1.2 El criterio del cuidado debido ................................................................................... 244
      4.2.9.1.3 El criterio del doble efecto ......................................................................................... 245
      4.2.9.1.4 El criterio de la pendiente resbaladiza ....................................................................... 247
      4.2.9.1.5 El principio de no maleficencia en la propuesta de Bernard
      Gert, Charles Culver y Danner Clouser .................................................................................. 248
      4.2.9.1.6 El principio de no maleficencia en bioética clínica .................................................... 251
   4.2.9.2 El principio de respeto a la autonomía ............................................................................ 253
      4.2.9.2.1 El principio de respeto a la autonomía en la propuesta de Tom
      Beauchamp y James Childress ................................................................................................. 262
      4.2.9.2.2 La competencia y las elecciones autónomas ............................................................ 265
      4.2.9.2.3 El principio de respeto a la autonomía en bioética clínica ........................................ 270
      4.2.9.3 El principio de responsabilidad ..................................................................................... 272
      4.2.9.3.1 El principio de responsabilidad de Hans Jonas ....................................................... 276
      4.2.9.3.2 El principio de responsabilidad en bioética clínica .................................................. 280
      4.2.9.4 Conclusiones ................................................................................................................... 281
4.3 Tercera etapa. Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos en obstetricia revisados en la literatura .................. 283
4.3.1 Caso 1. La solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación ........ 284
4.3.2 Caso 2. El parto por cesárea a solicitud de la madre ................................ 293
4.3.3 Caso 3. Las instrucciones previas en testigos de Jehová .................... 304
4.3.4 Análisis de resultados .............................................................................. 319
4.3.5 Conclusiones .......................................................................................... 327

4.4 Cuarta etapa. Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos por parte de los estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética .......................................................... 328
4.4.1 El caso clínico .......................................................................................... 330
4.4.2 El problema moral .................................................................................. 330
4.4.3 La toma de decisiones ............................................................................ 331
4.4.4 La recomendación final ........................................................................... 332
4.4.5 La epicrisis ............................................................................................... 332
4.4.6 Los casos clínicos en obstetricia ............................................................. 333
4.4.7 Análisis de resultados .............................................................................. 337
4.4.7.1 Una valoración global del método propuesto ...................................... 338
4.4.7.2 Una valoración del método propuesto a los casos de obstetricia .......... 340
4.4.8 Análisis de la opinión de los estudiantes respecto al método propuesto .... 342
4.4.9 Conclusiones .......................................................................................... 344

5. Análisis de los resultados ............................................................................ 345
5.1 El caso clínico .............................................................................................. 345
5.2 El problema moral ...................................................................................... 346
5.3 La toma de decisiones ................................................................................. 347
5.4 La recomendación final .............................................................................. 349

6. Conclusiones y recomendaciones .................................................................. 351
Lista de Referencias ......................................................................................... 363
Apéndices ......................................................................................................... 379
Lista de tablas

Tabla 1. Los métodos de toma de decisiones en bioética clínica .................................. 40
Tabla 2. El modelo de la razón teórica de Xavier Zubiri ............................................ 83
Tabla 3. El método principalista de Diego Gracia ...................................................... 87
Tabla 4. Las etapas del estudio de los problemas bioéticos de acuerdo con el método principalista de Diego Gracia ......................................................... 88
Tabla 5. La historia clínica por problemas propuesta por Diego Gracia ........................ 90
Tabla 6. El método deliberativo para la toma de decisiones en ética clínica de Diego Gracia ........................................................................................................ 113
Tabla 7. Categorías emergentes de análisis utilizadas en la investigación .................. 131
Tabla 8. Definición de las categorías emergentes de análisis utilizadas en la investigación .................................................................................................................. 132
Tabla 9. La fundamentación bioética ........................................................................ 135
Tabla 10. El caso clínico ............................................................................................ 137
Tabla 11. El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade ......................................................... 139
Tabla 12. El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Lazare Benaroyo .................................................................................................................. 141
Tabla 13. El problema moral ..................................................................................... 143
Tabla 14. La toma de decisiones ............................................................................... 150
Tabla 15. El análisis comparativo de los métodos de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia ........................................... 156
Tabla 16. El alma humana ....................................................................................... 168
Tabla 17. Las virtudes intelectuales .......................................................................... 169
Tabla 18. Las características básicas de la deliberación .......................................... 170
Tabla 19. Los tipos de deliberación ......................................................................... 175
Tabla 20. Las condiciones para la deliberación ....................................................... 179
Tabla 21. Los tipos de consenso ............................................................................. 184
Tabla 22. El sistema de referencia moral .................................................................. 186
Tabla 23. Los principios bioéticos centinelas ............................................................. 202
Tabla 24. El método de toma de decisiones propuesto para la toma de decisiones en bioética clínica ......................................................................................... 209
Tabla 25. El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Pablo Simón Lorda, Couceiro e Inés María Barrio Cantalejo ............................................. 234
Tabla 26. El método de toma de decisiones en bioética clínica de Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser ................................................................. 250
Tabla 27. El método de toma de decisiones en bioética clínica de Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser. Preguntas guía ............................................. 251
Tabla 28. El principio de no maleficencia .................................................................. 253
Tabla 29. El desarrollo del razonamiento de justicia de Lawrence Kohlberg ............ 267
Tabla 30. Los problemas psicosociales y ambientales ........................................... 290
Tabla 31. La clasificación clínica de la hemorragia posparto .................................. 307
Tabla 32. Posiciones de los Testigos de Jehová en relación con su atención en salud ....................................................................................................................... 309
Tabla 33. Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos en obstetricia revisados en la literatura ............................................. 319
Tabla 34. Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos por parte de estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética .................................................................................................................. 329

Tabla 35. El problema moral en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética .......................................................................................................................... 335

Tabla 36. La toma de decisiones en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética .......................................................................................................................... 336

Tabla 37. La recomendación final y la epicrisis en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética .................................................................................................................. 337
Lista de figuras

Figura 1. El acto moral ........................................................................................................ 48
Figura 2. La ética .............................................................................................................. 50
Figura 3. El concepto de Bioética de Van Rensselaer Potter .......................................... 53
Figura 4. Las dimensiones de la bioética ........................................................................ 54
Figura 5. Las características de la Bioética ..................................................................... 59
Figura 6. El método principalista para la toma de decisiones en bioética clínica de por Tom Beauchamp y James Childress ......................................................... 63
Figura 7. El proyecto humano ....................................................................................... 105
Figura 8. Las etapas del acto moral ................................................................................. 107
Figura 9. Las etapas de la investigación ......................................................................... 125
Figura 10. La triangulación de los datos ......................................................................... 128
Figura 11. El marco de reflexión moral .......................................................................... 152
Figura 12. La fundamentación de la moral ..................................................................... 165
Figura 13. Las dimensiones de la moral ......................................................................... 166
Figura 14. El caso clínico ............................................................................................. 188
Figura 15. El problema moral ....................................................................................... 191
Figura 16. Los aspectos del problema moral .................................................................. 193
Figura 17. La propuesta de solución del problema moral ............................................... 195
Figura 18. La contrastación del curso de acción óptimo .................................................. 197
Figura 19. El origen de los principios bioéticos .............................................................. 199
Figura 20. Los principios bioéticos centinelas ................................................................. 200
Figura 21. La utilidad de los casos estudiados ................................................................. 207
Figura 22. La epicrisis ................................................................................................... 208
Figura 23. El principio de responsabilidad ................................................................... 274
Lista de Apéndices

Apéndice A. Una propuesta metodológica para la toma de decisiones en bioética clínica. Análisis de casos en la práctica obstétrica (resumen) .......... 380
A1. El caso clínico ................................................................. 381
A2. El problema moral .......................................................... 382
A3. La propuesta de solución del problema moral .................. 384
A4. La recomendación final .................................................. 387
A5. La epicrisis ................................................................. 389

Apéndice B. Presentación y análisis de los casos analizados por los estudiantes de una asignatura de bioética con el método de toma de decisiones propuesto ........ 391
B1.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 391
B1.2 Análisis del caso clínico ................................................. 398
B2. Caso B2. Embarazo abdominal de 17 semanas deseado por los padres ...... 401
B2.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 401
B2.2 Análisis del caso clínico ................................................. 409
B3. Caso B3. Solicitud de eutanasia por familiares .................. 411
B3.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 411
B3.2 Análisis del caso clínico ................................................. 422
B4. Caso B4. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo ............... 424
B4.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 424
B4.2 Análisis del caso clínico ................................................. 433
B5. Caso B5. Solicitud de interrupción de la gestación a una adolescente de 13 años por su madre .................................................. 435
B5.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 435
B5.2 Análisis del caso clínico ................................................. 445
B6. Caso B6. Recién nacido con una condición de sexo indiferenciado, al que solicitan sus padres se le realice un manejo inmediato para su asignación definitiva de género ............................................. 447
B6.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 447
B6.2 Análisis del caso clínico ................................................. 460
B7. Caso B7. Adulto con trauma raquimedular, dependencia total, depresión mayor y escaras de presión múltiples, una de ellas complicada por una fascitis necrotizante. El paciente rechaza la intervención quirúrgica propuesta para su tratamiento ................................................. 463
B7.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 463
B7.2 Análisis del caso clínico ................................................. 476
B8. Caso B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo ............... 479
B8.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 479
B8.2 Análisis del caso clínico ................................................. 492
B9. Caso B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en un pie que requiere de manejo quirúrgico, el cual el paciente rechaza .................................................. 494
B9.1 Presentación y desarrollo del caso clínico ....................... 494
B9.2 Análisis del caso clínico ............................................................................................................. 500
B10. La opinión de los estudiantes respecto al método propuesto, respuestas al cuestionario ......................................................................................................................... 502
Introducción

¿Cuál es un buen ser humano?....
El que se mira por las mañanas al espejo y no siente vergüenza de sí mismo; el que al adelante que le agrede puede responder con un abrazo; el que guarda para sí sus penas pero disfruta compartiendo sus alegrías; el que siembra una rosa sin preocuparse por las espinas; el que sabe amar sin sentirse dueño del amado, y le permite hacer sus propios vuelos aunque un día se vaya; el que tiene el corazón abierto como un abrazo dentro del que caben sus amigos y sus enemigos; el que se vuelve camino para que los otros lo recorran. El que puede decir: Valgo en la medida que no tengo precio.
Fernando Soto Aparicio

El presente trabajo de investigación tiene como propósito el presentar un método de toma de decisiones en bioética clínica, especialmente orientado al campo de la obstetricia; la cual se caracteriza por tener como sujetos de la atención en salud a la mujer, en gestación, y al fruto de la concepción, -el embrión o el feto-. La investigación fue realizada en el curso del doctorado en Bioética de la Universidad Militar Nueva Granada, durante el período de tiempo comprendido entre julio de 2013 y agosto de 2016; y su escrito se presenta en seis capítulos y dos apéndices.

En el primer capítulo se hace un planteamiento general del problema de investigación, en el que se tienen en cuenta los siguientes aspectos: a) Los antecedentes del problema, en el que se hace una descripción general de los problemas bioéticos en el ámbito de la obstetricia en el contexto colombiano, que justifican plenamente la apropiación de un método de toma de decisiones en bioética clínica; y se hace un reconocimiento a esta necesidad, a partir de los métodos de toma de decisiones en bioética.

---

clínica propuestos; b) La descripción del problema, en la que se especifica su naturaleza y se reconoce la necesidad de un método de toma de decisiones en bioética clínica aplicado al ámbito de la obstetricia; c) La formulación del problema de investigación, a partir de la siguiente pregunta: ¿Cuál sería el método a utilizar para la toma de decisiones en bioética clínica en la práctica obstétrica?; d) El planteamiento de los objetivos de la investigación. En donde, el objetivo general de la investigación fue el de proponer un método para la toma de decisiones en bioética clínica en el campo de la obstetricia; y e) La justificación del problema, en el que se presentan las razones que dieron cuenta de la necesidad de realizar este trabajo de investigación.

En el segundo capítulo, en el marco teórico se hace una revisión de los siguientes temas que serán la base para la estructuración de un método de toma de decisiones en bioética clínica: a) La moral, la ética y la bioética, en la que se presenta una revisión acerca de estos conceptos que dieron sustento primario a esta propuesta; y b) Los métodos de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress, y de Diego Gracia. En los que se hace una presentación de los tres más importantes métodos de toma de decisiones en bioética clínica, a partir de los cuales se buscó estructurar un nuevo método de toma de decisiones con énfasis en el campo de la obstetricia.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de investigación utilizada en el presente trabajo, a partir de una fundamentación epistemológica interpretativa, un enfoque investigativo cualitativo y un diseño de investigación comparativo (Morlino, 1991; Collier, 1992). En la que se utilizaron como técnicas de investigación: el análisis documental (Tezanos, 1998; Bardin, 1996); y la comparación sistemática (Strauss & Corbin, 2002); e instrumento de investigación, las matrices comparativas (Pérez, 2007).
En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos en cada una de las etapas de la investigación: a) el análisis comparativo de de tres de los principales métodos para la toma de decisiones en bioética clínica: el método principialista de Tom Beauchamp y James Childress; y los métodos principialista y deliberativo de Diego Gracia; b) la presentación de la propuesta de un método para la toma de decisiones en bioética clínica, estructurada a partir del análisis previo realizado; al final de la cual se hace una revisión sobre los siguientes temas: la dignidad humana y los principios bioéticos centinelas, conceptos fundamentales sobre los cuales se sustenta el presente método; c) el análisis de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos en obstetricia revisados en la literatura. Para ello, primero se seleccionaron tres casos bioéticos clínicos obstétricos analizados en la literatura por otros autores a los cuales se les aplicó el método de toma de decisiones aquí propuesto; y luego se procedió a hacer un análisis comparativo del proceso y resultados obtenidos por estos autores y el alcanzado con la aplicación del método aquí propuesto; y d) el análisis de la aplicación del método aquí propuesto por parte de los estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética, a casos por ellos seleccionados, durante el primer semestre del año 2016.

En el quinto capítulo se procedió a hacer un análisis de los resultados obtenidos en las cuatro etapas de investigación con el propósito de dar confiabilidad y validez a la propuesta realizada; y en el sexto capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones del presente trabajo de investigación. Finalmente, en los apéndices se presenta: a) un resumen del método de toma de decisiones en bioética clínica aquí propuesto; y b) el trabajo de aplicación completo del método aquí propuesto a nueve casos clínicos realizado por los estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética, y la opinión de los estudiantes respecto a este método.
1. El planteamiento del problema

1.1 Antecedentes del problema

En relación con los antecedentes del problema se presentará: a) una descripción general de los problemas bioéticos en el ámbito de la obstetricia en el contexto colombiano, que justifican plenamente la apropiación de un método de toma de decisiones en bioética clínica en este ámbito; y b) un reconocimiento a esta necesidad a partir de los métodos de toma de decisiones en bioética clínica previamente propuestos.

1.1.1 Los problemas bioéticos en obstetricia en Colombia. La obstetricia proviene de los vocablos latinos: obstetrix -comadrona, partera- y obstare -ponerse en frente- (Diccionario Esencial Latino Español Vox, 2009), que hace referencia a la actividad de acompañamiento y ayuda que se le prestaba a la mujer en el momento del parto por parte de mujeres mayores experimentadas en este campo, cuyo origen es tan antiguo como la humanidad misma. Los historiadores remontan su origen al “valle del Indus donde la civilización estaba floreciendo desde hace 5 milenios” (O’Dowd & Philipp, 1995, p. 2). Encontrándose los primeros registros que hacen alusión al parto en pinturas rupestres españolas y en figuras de mujeres dando a luz en Turquía, 6.500 a 5.700 años a.C.; y en documentos escritos como el papiro egipcio de Ebers, 1500 a.C., en donde se hace referencia a la atención del parto por mujeres expertas (O’Dowd & Philipp, 1995; Sánchez, F., 1993). Actualmente, la obstetricia es definida como “la rama de la medicina que trata del embarazo, el parto y el puerperio en circunstancias normales como anormales” (Cunningham et al., 2006, p. 4). En donde los resultados maternos y neonatales resultantes de esta actividad son considerados indicadores de calidad respecto al cuidado de la salud y nivel de vida de una población. De ahí la importancia del estudio de los problemas éticos
que le son propios, los cuales no sólo afectan de manera particular al binomio madre-hijo, sino a la sociedad en general.

El propósito de esta revisión es presentar los problemas bioéticos más relevantes en el campo de la obstetricia en el contexto colombiano, a partir del trabajo desarrollado por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana. El cual desde su creación, en el año 1985, ha venido realizando un estudio muy serio y sistemático acerca de esta problemática en el mundo; su último informe general se dio a conocer en octubre del año 2015. Este comité depende de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), una organización de carácter mundial, fundada en 1954, que actualmente agrupa a 125 sociedades nacionales en este campo; el cual se encuentra conformado por diferentes expertos en este campo a nivel mundial, incluyendo especialistas de países latinoamericanos como Colombia. Para ello en este capítulo se enfocará la atención en los siguientes tópicos: aspectos generales relativos a la salud de la mujer y a su apoyo; aspectos relativos al embarazo, la maternidad y el feto; aspectos relativos al aborto y a la anticoncepción; y aspectos éticos en la formación médica (FIGO, 2015).

1.1.1.1 Aspectos generales relativos a la salud de la mujer y su apoyo. Dentro de los aspectos reconocidos para su estudio están: el papel de los obstetras y ginecólogos en la salud de la mujer; la violencia contra la mujer; el marco ético para el cuidado ginecológico y obstétrico; los lineamientos concernientes al consentimiento informado; los aspectos éticos de los derechos sexuales y de la reproducción; algunos aspectos éticos de la relación entre médico y paciente; directrices éticas relativas a mujeres en situación de enfermedad terminal; la confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes; el rebanamiento genital femenino; directrices éticas sobre la objeción de conciencia; las obligaciones profesionales hacia los colegas obstetras y ginecólogos; la
atención de la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, y el aspecto de la confidencialidad; la vacuna contra el VPH y estrategias de detección para la eliminación del cáncer cervical; la inclusión equitativa de las mujeres en edad reproductiva en la investigación; y los aspectos éticos en el manejo de la mujer con discapacidad severa y problemas ginecológicos.

**El papel de los obstetras y ginecólogos en la salud de la mujer.** El objetivo primordial del profesional de la salud en el campo de la obstetricia y la ginecología es velar por el cuidado integral de la salud de la mujer a través de programas y políticas de salud y educación, locales y nacionales orientadas a su promoción. Favoreciendo la eliminación de toda forma de discriminación y estereotipos en su atención; teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad a nivel social, como se reconoce a continuación:

Tal obligación se ve aumentada por la excepcional vulnerabilidad de las mujeres en función del rol reproductivo. La discriminación y la agresividad social que se basan en el género por infravaloración de la mujer pueden comprometer aún más su salud. La preocupación por el bienestar familiar puede tomar precedencia sobre la salud personal, incrementado así también sus riesgo (FIGO, 2015, p.383).

En Colombia, de acuerdo al informe del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año de 2011 y las encuestas realizadas por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010), la Encuesta Distrital de Demografía y Salud de Bogotá (EDDS 2011) y la Encuesta de Zonas Marginales (EZM 2011) -cuyo objetivo fue evaluar las consecuencias del conflicto armado interno y el desplazamiento forzado en relación con
los derechos sexuales y reproductivos- permite presentar un panorama general de la condición de la mujer en nuestro país (DANE, 2011; Profamilia, 2012):

- Población: para el año 2011, la población colombiana se estima en 46.044.600 habitantes, con un porcentaje mayor de mujeres (50.7%) con respecto a los hombres (49.3%) (DANE, 2011). En donde la jefatura femenina de los hogares aumento de un 30% en el año de 1985 a un 34% en el año 2010 (Profamilia, 2012).

- Nivel de escolaridad: el promedio de escolaridad de la población colombiana fue tan sólo de 9,4 años, siendo mayor en el área urbana (10,0 años) que en la no urbana (7,5 años). En donde, el promedio nacional para las mujeres (9.7 años) fue levemente mayor al de los hombres (9,1 años) (DANE, 2011). Para el año 2013, la proporción de mujeres de la población económicamente activa con educación superior (técnico, universitario y posgrado) (25.8%) fue superior al de los hombres (16.6%) (DANE, 2013).

La tasa de analfabetismo fue baja (1,8%), siendo menor en el área urbana (1,1%) que en la no urbana (3,9%). Esta cifra fue menor en las mujeres (1,3%) que en los hombres (2,2%), siendo (DANE, 2011). Encontrándose que esta tasa es mayor en la población mayor de 15 años (5.7%). (DANE, 2013).

- Cobertura en salud: el porcentaje de población afiliada a la seguridad social ha mejorado notoriamente en los últimos años, siendo mayor en las mujeres (90,6%) que en los hombres (87,7%). En donde la mayor proporción de la población cotizante es masculina (55,1%) y menor, la femenina (39,1%) (DANE, 2011).

- Empleo: la tasa global de participación (la relación porcentual entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar) de las mujeres (52,8%) es muy inferior a la de los hombres (75,1%); situación mucho más notoria en las zonas no
urbanas, en donde estas cifras fueron mucho menores (37.7%) con respecto a la de los hombres (77.2%). En donde, la tasa de ocupación global fue menor en las mujeres (45.2%) que en los hombres (69%); siendo esta diferencia más notoria en las zonas no urbanas, del 32.2% para las mujeres y del 74.1% para los hombres. De acuerdo al nivel de escolaridad, la mayor diferencia de la tasa de ocupación se encontró entre las personas sin ningún nivel educativo (mujeres, 29.7%; y hombres 67.4%), con respecto a un nivel educativo superior completo (mujeres, 79.3%; y hombres, 85.6%). Es de anotar que la tasa de ocupación especialmente en la mujer es menor cuando en el hogar hay niños menores de 5 años o personas mayores de 65 años (40.1% vs. 50.4%). De igual forma, la tasa de desempleo global fue mayor en las mujeres (14.4%) que en los hombres (8.2%), siendo esta situación más notoria en las zonas no urbanas, de 14.7% para las mujeres y de 4.1% para los hombres (DANE, 2011).

En relación con la carga laboral (la suma de horas remuneradas y no remuneradas) es mayor en las mujeres (67 horas semanales) que en los hombres (57 horas semanales), de las cuales las horas no remuneradas son mayores en las mujeres (28 horas semanales) que en los hombres (8 horas semanales). En donde el promedio ingreso/hora es ligeramente inferior para las mujeres (4.300 pesos/hora) que para los hombres (4.400 pesos/hora) (DANE, 2011).

- Nivel de pobreza económica: para el año 2011 la tasa de incidencia de pobreza fue ligeramente mayor en las mujeres (34.7%) que en los hombres (33.5%), encontrándose una tasa mayor en las zonas no urbanas (mujeres, 48.1%; hombres, 44.3%). Siendo esta cifra más alta cuando la mujer era la jefa del hogar (36.4% vs. 33.1%) y de igual forma, muy superior cuando esta se encontraba en las zonas no urbanas con respecto a las urbanas (33.7% vs. 52.3%). En relación con la tasa global de incidencia de pobreza
extrema esta fue similar para mujeres y hombres (10,9% vs. 10,3%), siendo mayor especialmente para las mujeres en las zonas no urbanas con respecto a las urbanas (9,3% vs. 29,3%) (DANE, 2011).

La pobreza multidimensional es otro indicador, que además de valorar el aspecto netamente económico, evalúa otras 5 dimensiones (condiciones de la niñez y la juventud, educación, salud, trabajo, acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda). Desde esta perspectiva, la tasa de incidencia de pobreza fue levemente menor en las mujeres (28,7%) que en los hombres (30,1%), porcentajes que fueron mayores en las zonas no urbanas (mujeres, 48,3%; hombres, 49,8%), siendo esta tasa global mayor cuando la mujer era la jefa del hogar (30,9% vs. 28,7%) y muy superior cuando esta se encontraba en las zonas no urbanas con respecto a las urbanas (51,7% vs. 48,0%) (DANE, 2011).

**Violencia contra la mujer.** La identificación de la condición de vulnerabilidad de la mujer en la sociedad, lleva consigo el reconocimiento de ser sujeto potencial de violencia psicológica, física y social. Lo que exige a los profesionales de la salud y a las instituciones de salud a estar capacitados para su prevención y tratamiento, de una manera integral y oportuna; y a velar por el seguimiento adecuado de los protocolos de atención, especialmente en los casos de violencia sexual y en aquellos otros casos que pueda tener implicaciones médico-legales, en favor de la protección y dignificación de la mujer. Esta es una situación de violencia que no sólo atenta contra el bienestar de la mujer sino de la sociedad en general. En el mundo se calcula que aproximadamente un 35.6% de las mujeres sufren algún tipo de violencia física o sexual, generalmente de su pareja (FIGO, 2015). Al respecto se anota:
Las vulnerabilidades físicas, económicas y sociales de la mujer son fundamentalmente perjudiciales para el futuro de cualquier sociedad. No remediarlas evade evitar el daño a las generaciones futuras y contribuye a la continuación del ciclo de violencia. Los médicos que le proporcionan atención a las mujeres, por lo tanto, tienen la obligación de:

- Confirmar que la mujer tiene derecho a no ser objeto de violencia física y psicológica, incluida la violencia sexual, ejemplos de los cuales van, desde los crímenes de guerra, en los conflictos entre y dentro de los estados, hasta las relaciones sexuales sin consentimiento en el matrimonio, por crímenes por honor y la selección de sexo. (FIGO, 2015, p.385)

Una aproximación general al panorama de violencia contra la mujer en Colombia puede hacerse a través del conocimiento de los casos de violencia intrafamiliar y delitos sexuales, para ello se ha consultado el informe del año 2013 que al respecto ha presentado el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2014) y las encuestas realizadas por Profamilia (2012):

- Violencia intrafamiliar: los casos de peritazgos de violencia intrafamiliar para el año 2013 fueron de 68.230 (tasa de 144.80 por 100.000 habitantes), que en comparación a las encontradas en la última década han descendido en los dos últimos años, siendo menor a la del año 2009, cuando se presentaron 93.843 casos (tasa de 208.04 por 100.000 habitantes) y ligeramente mayor a la del año 2004, 60.333 casos (tasa de 142.40 por 100.000 mil habitantes). Estos casos correspondieron a violencia de pareja (65.68%), violencia entre otros familiares (18.20%), violencia contra niños, niñas y adolescentes (14.23%) y violencia contra el adulto mayor (2.00%). De estos casos el
77.58% de las víctimas fueron mujeres, siendo las causas más frecuentes para ello: la intolerancia, el consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas (INMLCF, 2014)

En el grupo de violencia intrafamiliar por parte de la pareja, el 87.21% de las víctimas fueron mujeres, siendo el grupo de edad más afectado entre los 18 y 39 años de edad. En los casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, el 53.42% correspondía a niñas o adolescentes mujeres, en donde la edad promedio de las mujeres maltratadas se encontró entre los 11 y 65 años, en contraste con la de los hombres, que se encontró entre los 10 y los 15 años, siendo los familiares de primer grado los responsables de la agresión en un 71.51% de los casos (INMLCF, 2014).

En el ámbito familiar, en el año 2010, se encontró que un 65% de las mujeres en edad fértil refería alguna vez haber sufrido de violencia psicológica por parte de su esposo o compañero y un 37% haber sufrido violencia física. En las zonas marginales, en el año 2011, estos porcentajes fueron mayores, de un 71% y un 45% respectivamente. Desafortunadamente, en general el 73% de estas mujeres maltratadas físicamente no denunciaron a su agresor y en las zonas de conflicto, el 73% de estas mujeres nunca ha buscado ayuda (Profamilia, 2012).

- Delitos sexuales: Los casos de peritazgos por delito sexual fueron para el año 2013 de 20.739 (tasa de 44.01 por 100.000 habitantes), que en comparación a los encontrados en la última década han descendido en los dos últimos años, siendo menores a los del año 2011, cuando se presentaron 22.597 casos (tasa de 49.08 por 100.000 habitantes) y mayores a los del año 2004, 17.912 casos (tasa de 42.28 por cien mil habitantes). De estos casos el 88.44% de las víctimas fueron mujeres, siendo el grupo de edad más afectado entre los 10 a 14 años; a diferencia de los hombres, en donde el grupo de edad más afectado fue de los 5 a los 9 años. Siendo el presunto agresor: un familiar,
conocido o amigo (77.51%), la pareja o ex-pareja (7.4%), miembros de un grupo de delincuencia organizada (0.21%) y miembros de las fuerzas armadas, policía, policía judicial y servicios de inteligencia (0.20%) (INMLCF, 2014).

- Violencia por el conflicto armado: para el año 2011 las ayudas revividas por las mujeres en condiciones de desplazamiento fueron en aportes de dinero (45%), financiación de proyectos (9%) y atención psicosocial (3%) (Profamilia, 2012).

Marco ético para el cuidado ginecológico y obstétrico. La atención de la mujer por parte de las instituciones de la salud y sus profesionales sanitarios debe ser de calidad, respaldada con la mejor evidencia posible, y estar basada en la promoción y respeto de la autonomía con respecto al cuidado de su salud, el consentimiento informado para la autorización de intervenciones médicas, la confidencialidad de la atención y de los datos consignados en la historia clínica, y un fácil acceso e igualdad de condiciones para su atención; con el propósito de garantizarles su bienestar y satisfacción con respecto a la atención prestada. Evitando cualquier tipo de discriminación en su atención, por razones sociales o económicas.

En Colombia, el ejercicio profesional en el área de la salud está reglamentado de manera general a través de códigos de ética de carácter deontológico (por ejemplo, la Ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia médica; la Ley 35 de 1989, sobre ética del odontólogo colombiano; y la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia), entre otros. Así mismo, se encuentra reconocidos y garantizados a nivel normativo los derechos de los pacientes, y la existencia y funcionamiento de los comités de ética hospitalaria, como garantes de estos dentro de las instituciones de salud (Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, por la cual se constituyen los Comités de Ética
Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes, y la Resolución 4343 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotores de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones).

**Lineamientos concernientes al consentimiento informado.** El consentimiento informado es un proceso de comunicación de obligatorio cumplimiento para el profesional de la salud para la realización o no de intervenciones clínicas, en observancia a los derechos humanos fundamentales y la normatividad internacional, que reconocen el derecho de la mujer a participar activamente en el cuidado de su salud. Los profesionales de la salud están en la obligación de garantizar este proceso, a través de su promoción activa e implementación teniendo en cuenta las características particulares de sus pacientes, en relación con edad, condición social, capacidad mental, nivel educativo, entre otros. El cual es definido como:

a) El consentimiento informado es un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni alicientes impropios, después de proporcionarle al paciente información adecuada y comprensible, de forma y con lenguaje entendibles para el paciente sobre: b) la evaluación de diagnóstico; c) el objetivo, método, duración probable y beneficio esperado del tratamiento propuesto; d) las alternativas del tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto. (FIGO, 2015: p.400)
En Colombia, este derecho está reconocido en la legislación a partir de la promulgación del Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), en el año de 1981; y posteriormente, en la Resolución No. 13437 de 1991, "Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes". Así mismo, se cuenta con una jurisprudencia muy amplia al respecto por parte de las Altas Cortes en favor de su implementación, como una forma de garantizar el derecho de los pacientes a decidir acerca del cuidado de su propia salud.

**Aspectos éticos de los derechos sexuales y de la reproducción.** Los profesionales de la salud están en la obligación de respetar, observar y promover los derechos sexuales y reproductivos como una parte constituyente de los Derechos Humanos. Esto implica el ofrecer servicios de atención de alta calidad, que protejan el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su salud y a su integridad, y que permitan un libre acceso a los métodos para la regulación de la fertilidad.

En Colombia, en las últimas décadas se han implementado estas políticas en el campo de la salud y la educación, al considerarlos como una parte fundamental de los derechos humanos protegidos por la Constitución Política de 1991; y es así como en los últimos años se ha conformado una Comisión Nacional Internacional para garantizar su promoción e implementación (Decreto No. 2968 de 2010, del Ministerio de Protección Social).

**Algunos aspectos éticos de la relación entre médico y paciente.** La relación médico paciente es una relación asimétrica en la que el paciente se encuentra en situación de vulnerabilidad; condición que el profesional de la salud debe reconocer y respetar. Por lo anterior, no es aceptable que al amparo de esta situación se promuevan relaciones
económicas, sentimentales o sexuales. Es recomendable que actividades económicas, tales como las donaciones, se traten a través de terceros.

Directrices éticas relativas a mujeres en situación de enfermedad terminal. Los profesionales de la salud frente a la atención de mujeres cuya muerte sea inevitable, deberán velar por una atención integral que promueva la mayor calidad de vida posible, especialmente en lo referente al manejo del dolor; como parte de un equipo de salud multidisciplinario para su cuidado. Debe facilitarse una comunicación fluida con la paciente y sus familiares y amigos a fin de adecuar su cuidado a las condiciones particulares de ese momento, respetando su derecho para la toma de decisiones en relación al cuidado de su salud presente y futura, por ejemplo en lo referente con las condiciones de soporte vital. En caso de que la paciente estuviera embarazada, debe velarse por un equilibrio entre las acciones de cuidado de las gestantes y las condiciones de bienestar del feto, basado en un proceso de comunicación con ella.

La confidencialidad, privacidad y seguridad de la información sobre el tratamiento de los pacientes. Una de las características del acto médico es la privacidad, que hace referencia a la naturaleza de su acto, que se realiza a la vista de pocos, como algo personal y particular. El profesional de la salud ha de velar por garantizar la privacidad del acto médico, en todas sus etapas (la anamnesis, el examen físico, la toma de decisiones y el archivo de la información); así como la confidencialidad o secreto de la misma.

Las instituciones de salud y los profesionales de la salud deben velar por la privacidad, confidencialidad y seguridad de la historia clínica bajo su custodia, especialmente cuando los datos se manejen en redes informáticas o sus informes sean remitidos por correo a los interesados. De igual forma, a los pacientes competentes deben augurárseles plenamente sus derechos en relación con la historia clínica:
Los pacientes competentes tienen derecho a acceder a su historia médica y a que se interpreten para ellos los datos, así como a objetar la inclusión de información concreta. Los pacientes también tienen derecho a corregir toda información fáctica inexacta que aparezca en su historia. Si los pacientes quieren que se borre información y esto afecte palpablemente a sucesivos tratamientos, los médicos deberán informarles de los efectos deletéreos de eliminar la información y escribir una nota al respecto en el registro de información de los pacientes. (FIGO, 2015, p.410)

Sin embargo, la confidencialidad de los datos no es absoluta, “cuando la salud de un paciente tenga consecuencias nocivas para otros, el médico tendrá la obligación de consultar con la persona y obtener su consentimiento para que la información pueda comunicarse a quienes sea menester” (FIGO, 2015: p.411); y en casos extremos, en los que se identifique “amenaza directa e inmediatamente identificable contra la vida de una persona concreta, el médico tendrá el derecho a informar de los riesgos a quienes corresponda” (FIGO, 2015: p.411).

En relación con los pacientes menores de edad o discapacitados es importante asegurar la comunicación directa con su representante legal en atención al nivel de capacidad de estos:

Sin embargo, el desarrollo de la capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias se encuentra en continua evolución, y, en los casos en que el menor entienda las cuestiones médicas, el médico quedará justificado para vedar información a la familia del menor. Esto también corresponderá cuando la
revelación de la información pueda conducir a perjudicar directa y gravemente al menor. (FIGO; 2015, p.411)

En caso de investigaciones científicas, las instituciones de salud tendrán que velar por la calidad y corrección de las mismas, así como la preservación del carácter anónimo de los datos facilitados a ellas. En relación con este aspecto, Colombia tiene una normatividad que regula la confidencialidad de la historia clínica (Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica); así como las investigaciones que se realizan en seres humanos, incluyendo la revisión de las historias clínicas (Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud).

El rebanamiento genital femenino. El rebanamiento, mutilación o circuncisión genital femenino es un problema mundial que afecta aproximadamente a 100 - 140 millones de niñas o mujeres en el mundo, especialmente en las regiones del África subsahariana, Egipto y Sudán, con profundas consecuencias de morbi-mortalidad a corto y largo plazo, en el plano físico y psicológico. Una práctica profundamente enraizada en las culturas de estos pueblos, relacionado con el controlar “las funciones sexuales y reproductivas de la mujer, creencias de limpieza e higiene y creencias de que favorece la virginidad y la castidad, así como el placer sexual de los hombres” (FIGO, 2015, p.412).

Esta actividad atenta contra los derechos humanos básicos, que los profesionales de la salud deben ayudar a denunciar y erradicar a través de programas de educación y concientización dentro de estas comunidades, con el apoyo de sus líderes sociales, políticos y religiosos; que en los últimos años ha recibido el apoyo de instituciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas, a través de la UNICEF, la UNFPA y la OMS, y
otras, como la FIGO. Así como, brindar una ayuda integral a las mujeres que ya han sido sometidas a estos procedimientos.

Colombia es el único país del continente en donde la ablación es una práctica ancestral, que aún subsiste en algunas comunidades indígenas en varias regiones del país (los municipios de Pueblo Rico y Mistrató en Risaralda; el bajo San Juan y la zona del Alto Andagueda en el Choco; y en el municipio de Anserma Nuevo en el Valle del Cauca, entre otros), realizada generalmente a las recién nacidas por parte de la partera o la propia madre (UNFPA-ICBF, 2010; ICBF, 2013). Culturalmente esta práctica es justificada en la cultura Embera Chami (“gente de las cordilleras”) -municipios de Pueblo Rico y Mistrató-, de acuerdo al trabajo de Víctor Zuluaga y Patricia Granda, con los siguientes argumentos:

En primer lugar, para evitar que las mujeres sean rechazadas por los hombres debido al tamaño que en algunos casos puede alcanzar el clítoris; y en segundo lugar, para eliminar en gran medida la fuente de excitación de la mujer, para garantizar una mayor fidelidad de las mujeres, cuando contraen matrimonio y, desde luego, evitar los movimientos durante la realización del coito. (UNFPA-ICBF, 2010, p. 48)

En la última década se ha hecho un esfuerzo muy grande por parte de instituciones internacionales, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y nacionales, como el Instituto Colombiano de Bienestar (ICBF) y la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), para tratar de dar un manejo a esta problemática en estas comunidades, caracterizadas por un alto nivel de pobreza y un bajo nivel educativo y de salud (UNFPA, ICBF, 2010; ICBF, 2013). Desafortunadamente, hoy día no es posible hacer una cuantificación real de esta práctica al interior de estas comunidades y lo que se
conoce es por el reporte ocasional de casos de muerte o enfermedad grave en recién nacidas o en adolescentes secundarias a estas prácticas por parte de las instituciones de salud locales, el último de ellos reportado en el 2012 (Duica, W., 2012).

Directrices éticas sobre la objeción de conciencia. El deber primero de los profesionales de la salud es el garantizar una atención de calidad y oportuna a sus pacientes, en el que se contempla la información a todas las alternativas de diagnóstico y tratamiento disponibles. La objeción de conciencia constituye un derecho reconocido y respetado a los profesionales de la salud y al personal en entrenamiento a la no realización de algún tipo de intervención clínica legalmente aceptada, en razón a sus convicciones.

En situaciones de la práctica clínica cotidiana, la objeción de conciencia debe ser comunicada al paciente y proceder a su remisión a otro facultativo para su atención; en caso de urgencia, en que se encuentre en grave riesgo la vida o la salud física o mental del paciente, el profesional de la salud estará obligado a prestar esta atención, independiente a cualquier otra consideración. En Colombia el derecho a la objeción de conciencia está protegido legalmente y específicamente para los médicos en la Ley 23 de 1981 y de forma general, por la Constitución Política del año 1991.

Obligaciones profesionales hacia los colegas obstetras y ginecólogos. Es responsabilidad de los profesionales de la salud brindar una atención de alta calidad y corrección; de igual forma, velar por los derechos para el libre ejercicio de su profesión.

Atención de la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, y el aspecto de la confidencialidad. Los programas de educación y atención en salud sexual y reproductiva orientados a favorecer un cuidado responsable de la salud, la regulación de la fecundidad, la disminución de la probabilidad de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual en la población adolescente y joven ayudan a mejorar su calidad de
vida. Los profesionales deben promover y liderar estos programas de educación y servicios de salud integrales dentro de las comunidades, garantizando su libre acceso y confidencialidad en concordancia con su capacidad para la toma de decisiones, derecho reconocido en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y suscrito por la mayoría de los países del mundo.

Adicionalmente, los servicios de salud y educación deben brindar protección a los menores en contra la violencia psicológica, física y sexual a través de programas de prevención y detección temprana de estos casos; especialmente en aquellas zonas del mundo en donde el matrimonio temprano o infantil, con menores de 18 años, aún es habitual. "El matrimonio infantil, es considerado una violación de los derechos humanos aun si ocurre en una niña o un niño, y esto representa una de las formas más prevalentes de abuso sexual y explotación" (FIGO, 2015, p.440).

_Vacuna contra el VPH y estrategias de detección para la eliminación del cáncer cervical._ El cáncer del cuello uterino es una de las patologías más importantes relacionadas con mortalidad en la mujer, relacionada etiológicamente con una enfermedad de transmisión sexual, los subtipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH). El cual se cree prevenible en un gran porcentaje mediante la vacunación de la mujer contra estos subtipos del VPH, y la promoción de programas la detección temprana y tratamiento de lesiones pre-invasivas. En consecuencia, los profesionales de la salud están en la obligación de fomentar estos programas de carácter nacional o internacional dentro de la comunidad, como los adelantados por la OMS.

_Inclusión equitativa de las mujeres en edad reproductiva en la investigación._ Las mujeres en edad fétil podrán participar en investigaciones orientadas al cuidado de su salud, una vez haya sido informada de la naturaleza de las mismas, se haya hecho un
balance riesgo beneficio y se haya llevado a cabo el consentimiento informado. En este proceso, deberá tenerse especial consideración aspectos como el acceso a métodos de planificación familiar, la posibilidad de embarazo y el riesgo potencial de teratogenicidad sobre el mismo. En Colombia este tipo de investigaciones está regulada por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Resolución 2378 del Ministerio de Protección Social, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.

**Aspectos éticos en el manejo de la mujer con discapacidad severa y problemas ginecológicos.** A las pacientes con discapacidad severa física o mental por su condición de vulnerabilidad nunca deben ser sometidas a tratos discriminatorios, siempre debe propenderse por la protección de sus derechos, orientados a la defensa de sus intereses y al disfrute pleno de su existencia. En el cuidado de su salud siempre deberá promoverse la toma de decisiones por parte de ellas de acuerdo a sus capacidades. En casos excepcionales de discapacidad mental severa podrán contemplarse, por parte del tutor y los profesionales de la salud, tratamientos médicos o quirúrgicos que van desde la inducción de la amenorrea hasta la esterilización quirúrgica, en pro de su bienestar y seguridad. Algunos de los cuales deberán contar con la autorización del estamento judicial de acuerdo a la normatividad vigente.

**1.1.1.2 Aspectos relativos al embarazo y el feto.** Dentro de esta problemática se tienen en cuenta los siguientes aspectos: la definición de embarazo; la maternidad segura; directrices éticas referentes a intervenciones para el bienestar del feto; aspectos éticos relativos al embarazo en adolescentes; directrices éticas sobre embarazos múltiples; aspectos éticos relativos a la cesárea practicada por razones no médicas; muerte cerebral y embarazo; aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al
diagnóstico prenatal; anencefalia y el trasplante de órganos; embarazo y pacientes VIH positivas; la selección del sexo para fines no médicos; y directrices éticas sobre la fistula obstétrica.

*Definición de embarazo.* El embarazo es definido por la FIGO como:

La reproducción humana es un proceso que comprende la producción de gametos masculinos y femeninos y su unión durante la fertilización. El embarazo es la parte del proceso que comienza con la implantación del “conceptus” en el seno de una mujer, y que termina con el nacimiento de un bebé o con un aborto. (2015, p.402)

*Maternidad segura.* El cuidado del embarazo es una responsabilidad de la sociedad en general, que tiene por objeto la prevención de la morbi-mortalidad materna y perinatal. A pesar de los esfuerzos realizados en el mundo, los resultados en este campo aún son muy desalentadores:

En el mundo cada año alrededor de 273,400 mujeres mueren -es decir 750 diariamente, es decir una cada 2 minutos- por causas relacionadas con el parto o el embarazo, el promedio de la razón de mortalidad materna (MMR) de 251/100,000 nacidos vivos. De éstas el 99% suceden en países de escasos recursos económicos. El riesgo de muerte durante toda la vida de una mujer por causas relacionadas con el embarazo es de 1/31 embarazos en el África Sub-Saharana, comparado con 1/4300 en la región de países industrializados.

La reducción de la mortalidad materna es uno de los objetivos de desarrollo de las Naciones Unidas para el Milenio. Puntualmente una disminución en el 75% de la mortalidad materna para el año de 2015. Sin un esfuerzo concreto, éste objetivo no se obtendrá, especialmente en el África Sub-Saharana y en el Sur de Asia…
Alrededor de 180 millones de embarazos suceden en el mundo cada año. La mitad no son planeados y podrían terminar en aborto, 48% de los cuales, sobre 22 millones, son abortos inseguros, responsables de cerca de 70.000 muertes anuales y 5 millones de discapacidades, contabilizando hasta un 4% de todas las muertes maternas, pero hasta un 20% o más suceden en algunos países. (FIGO, 2012, p.410-411)

La atención de la mujer gestante debe ser una actividad de interés general en defensa de los derechos básicos de la mujer a través de programas de carácter nacional liderados por profesionales de salud adecuadamente capacitados, capaces de brindarle una atención integral durante la gestación, el parto y el posparto. A este respecto, Colombia ha suscrito el Plan de Acción aprobado por la Asamblea General de la ONU (2002) sobre Niñez y Adolescencia e integrado sus metas a su Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que busca disminuir la mortalidad materna en un 50% para el 2007 y en un 75% para el 2015, así como también mejorar sus programas de vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal. Para tal fin, regula el control prenatal, la atención del parto y del recién nacido, mediante la Resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedad de interés en salud pública. Para el año de 2013, la mortalidad materna en Colombia fue de 71.64 muertes 100.000 nacidos vivos, cifra que se ha mantenido invariable en la última década (MinSalud, 2013); la mortalidad perinatal fue de 14 muertes por mil embarazos de siete o más meses de gestación, que ha disminuido con respecto al año 2000, de fue de 24 muertes por mil (INS, 2012); y el bajo peso al nacer fue
del 9%, que se ha mantenido invariable en el último quinquenio (MinSalud, 2013); indicadores de calidad de atención en salud muy por debajo a los esperados.

**Directrices éticas referentes a intervenciones para el bienestar del feto.** A las mujeres embarazadas se les deberá informar adecuadamente acerca del proceso de gestación, los cuidados necesarios para su bienestar y la necesidad y beneficio de tratamientos médicos y/o quirúrgicos adicionales específicos, y corresponderá a la gestante o a su representante legal la autorización del mismo. Desde esta perspectiva, no se recomienda recurrir a los estrados judiciales para obligar a la mujer a realizarse intervenciones médicas o quirúrgicas que previamente haya rechazado, por considerarse una acción “inapropiada y generalmente contraproducente” (FIGO, 2015, p.500). En caso de incompetencia de la madre, los profesionales de la salud y sus tutores legales deberán tener en consideración en primer lugar, los intereses de la madre; y secundariamente, los del feto, cuando no existan directrices previas de la madre al respecto.

Por otra parte, el avance tecnocientífico ha permitido mejorar la calidad de atención de la gestación y el parto; es responsabilidad de los profesionales de la salud y las instituciones de salud implementar estos avances en favor de su bienestar a través del diseño de guías de práctica clínica que tengan como objetivo la optimización de la atención, especialmente en aquellos países con recursos limitados.

**Aspectos éticos relativos al embarazo en adolescentes.** En el mundo un 10% de las gestaciones ocurren en mujeres menores de 18 años; las cuales están asociadas a una mayor morbilidad y mortalidad sobre la madre y el recién nacido. Se calcula que un 25% del total de las muertes maternas se encuentran en este grupo de edad. Situación que se ha relacionado, también, con un bajo nivel socioeconómico, y prospectivamente, con un impacto negativo sobre éste. Las instituciones de salud y educación, entre otras, deben
implementar programas orientados a su prevención; y en la atención integral de este grupo de gestantes, que permita darle oportunidades para un mejor futuro.

En Colombia, el porcentaje de adolescentes embarazadas (15 -19 años) para el año 2010 fue del 19.5%, porcentaje que se ha mantenido estable en la última década (2000-2010) a pesar de los esfuerzos realizados para su prevención; siendo uno de los más altos en Suramérica. Este porcentaje es mayor en las zonas rurales (1.7 veces mayor) y en los niveles socioeconómicos bajos (4 veces mayor); asociado con un inicio temprano de las relaciones sexuales (50% de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia en el año 2010; en comparación del 29.6% en 1995) y el ser madres solteras (33.9%) (Profamilia, 2010). Este grupo de mujeres adolescentes puede ser así caracterizada, según el estudio de "Factores protectores y de riesgo del embarazo en Colombia" de Profamilia (2010):

Es claro que, a lo largo del tiempo, el grupo de adolescentes que no ha iniciado relaciones sexuales es diferente en todas las variables consideradas a sus pares que ya iniciaron relaciones sexuales. Así, este grupo muestra características sociodemográficas más favorables (mayor nivel educativo, mayor asistencia escolar, menor migración reciente), pero condiciones más desfavorables en cuanto a conocimientos (del ciclo menstrual y en derechos de SSR) y actitudes (capacidad personal). Igualmente, tienen madres más educadas y han recibido, en mayor proporción, educación sexual a través de medios formales (colegios, talleres, etc.) pero menos de trabajadoras sociales o de centros de salud. (p.26)

Directrices éticas sobre embarazos múltiples. El número de gestaciones múltiples en el mundo han aumentado gracias a los programas de reproducción asistida. Estos son
embarazos con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, que requieren de un mayor cuidado en su atención. Es recomendable dar una información completa acerca de estos tipos de procedimientos de reproducción asistida a los pacientes, en relación con sus riesgos y beneficios, y tasas de éxito del centro, y procurar que como resultados de estas técnicas se logren embarazos únicos.

**Aspectos éticos relativos a la cesárea practicada por razones no médicas.** La operación cesárea es un procedimiento quirúrgico que en comparación al parto vaginal tiene un mayor número de complicaciones potenciales para la mujer y el feto, motivo por el cual no se justifica éticamente su realización por causas no médicas, con base en el conocimiento actual.

**Muerte cerebral y embarazo.** En caso de grave riesgo o inminencia de muerte para la madre se deberá hacer conocer de esta condición a ella o a su representante, esposo o familiares, a fin de decidir acerca de la atención de la mujer una vez haya fallecido, teniendo en cuenta los beneficios y riesgos existentes para la salud del feto. Las opciones de tratamiento posible son: la operación cesárea y/o el mantenimiento o suspensión de los esfuerzos terapéuticos para mantener la circulación, ventilación y nutrición materna.

**Aspectos éticos relativos a fetos gravemente malformados.** En caso de fetos malformados severamente en algunos países se reconoce el derecho a la mujer de terminar su embarazo. Definiéndose malformación severa como: “deformaciones y/o anomalías que son potencialmente letales o producen una discapacidad mental o física significativa” (FIGO, 2012, p.501).

La decisión acerca de la terminación de un embarazo debe realizarse previo consentimiento informado de los padres; en caso de algún desacuerdo entre ellos, deberá prevalecer el juicio de la madre. En las situaciones en que se considere que por la edad
gestacional el feto es viable, deberán sopesarse los riesgos o beneficios de la terminación del embarazo en esta etapa en consideración a adicionar a este la morbilidad propia de la prematuridad. De igual forma, no se considera correcta la elección de la terminación del embarazo en razón al sexo del feto; cuando exista un embarazo múltiple, deberán primar los intereses del feto sano sobre los del feto malformado.

En caso de la terminación del embarazo deberá informárseles a los padres los métodos diagnósticos disponibles que en el posparto permiten estudiar a cabalidad este caso, para su respectiva asesoría posterior. En el caso de países cuya normatividad no permita la terminación del embarazo en estas circunstancias, deberá informárseles a los padres de la naturaleza y utilidad de las pruebas de diagnóstico prenatal en el embarazo en este contexto.

Aspectos éticos concernientes a la terminación del embarazo posterior al diagnóstico prenatal. El avance científico en las últimas décadas ha permitido el diagnóstico de un gran número de patologías antes del nacimiento, algunas de las cuales pueden tener terapia pre o posnatal. Es importante una información adecuada de estas pruebas, sus alcances e interpretación de los resultados a los padres, ya que en algunos casos estos resultados no son conclusivos o sus consecuencias clínicas aún son desconocidas.

Las parejas cuyos resultados sean adversos, deben recibir un manejo integral por parte de un equipo multidisciplinario calificado, que les permita tomar la mejor decisión posible a cerca de la gestación acorde al contexto personal, cultural y normativo vigente. De igual forma, en caso en que se decida continuar con la gestación deberá brindarse la mejor atención a esta y al niño posterior al nacimiento.
**Anencefalia y el trasplante de órganos.** En caso de gestaciones con el diagnóstico de un feto con anencefalia, deberá informárseles a los padres la naturaleza de la enfermedad y de su pronóstico, así como de la posibilidad que existe de que el infante al nacer pueda ser candidato para la donación de órganos. Los padres estarán en libertad para consentir o no este procedimiento.

**Embarazo y pacientes VIH positivas.** Se debe garantizar el acceso a los programas de salud a las gestantes VIH positivas, evitando cualquier discriminación en su atención por su condición particular de salud, lo que atentaría contra sus derechos humanos. Esta política está respaldada en el ámbito jurídico internacional y nacional por una legislación en contra de su discriminación.

La prueba de VIH debe ofrecérsela a toda gestante, pero esta no debe ser de carácter obligatorio, ni condición para su atención. A las pacientes con VIH positivo debe garantizárseles por parte de las instituciones y los profesionales de la salud la confidencialidad y privacidad de su cuidado, así como una atención integral de calidad para ellas, en las etapas preconcepcional, gestacional, el parto y posparto, y a sus hijos. En Colombia, el diagnóstico y el tratamiento del VIH está disponible para la población en general afiliada a la seguridad social, haciendo especial énfasis a la población gestante (Resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud).

**La selección del sexo para fines no médicos.** En el contexto de vulnerabilidad de la mujer, esta puede reconocerse aún desde la gestación, mediante la selección del sexo de los hijos con fines no médicos. Práctica clínica que favorece la discriminación sexual, no aceptada en la mayoría de los países, al respecto se afirma:

Las consecuencias mundiales del deseo de seleccionar el sexo de los bebés han resultado en abusos sistemáticos de derechos, tales como el aborto selectivo de fetos
femeninos, infanticidio femenino, descuido de niñas y negativa de facilitar acceso o apoyo sanitario para las mismas. Esto ha repercutido en un desequilibrio mundial de resultados variables en la composición sexual de las poblaciones. (FIGO, 2015: p.394)

_Directrices éticas sobre la fistula obstétrica._ La fistula obstétrica es una complicación secundaria a una inadecuada atención de la mujer durante el parto por obstrucción, que conlleva muchas veces la muerte del recién nacido y en la madre, lesiones en la pared vaginal y órganos vecinos que llevan a la aparición de incontinencia urinaria y/o fecal. Esta patología es propia de los países subdesarrollados, en donde se calcula su incidencia en 2 a 3 casos por mil embarazos (anualmente se estiman 50.000 – 100.000 casos nuevos), con profundas repercusiones médicas, psicológicas y sociales para la mujer al no recibir un tratamiento adecuado y oportuno.

Para su prevención deben adelantarse programas de educación tendientes a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la mujer; así como, garantizárseles a las mujeres el acceso a programas de salud que les brinden una adecuada atención durante la gestación, el parto y el posparto, incluyendo sus complicaciones, como la fístula obstétrica. La prevención y manejo de esta complicación debe ser liderada por los profesionales de la salud y las sociedades médicas con el apoyo de instituciones internacionales como la OMS y la FIGO.

1.1.1.3 Aspectos relativos al aborto y a la anticoncepción. En este tópico se tienen en cuenta los siguientes aspectos: la ética en la planificación familiar; la introducción de aspectos éticos de métodos anticonceptivos para el uso femenino; la esterilización femenina; directrices éticas relativas a la anticoncepción de emergencia; y directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas.
La ética en la planificación familiar. Los derechos sexuales y reproductivos reconocen el derecho de los individuos y/o de las parejas:

A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento entre sus hijos, tener al alcance la información y los medios para hacerlo, garantizar una elección informada y hacer que exista la disponibilidad de una gama completa de métodos seguros y efectivos. (FIGO, 2012, p.451)

Para ello el Estado, las instituciones de la salud y los profesionales de la salud deben trabajar mancomunadamente para ofrecer servicios de planificación familiar de calidad y de libre acceso a la población, mediante: el liderazgo en programas de educación que los promocionen dentro de la comunidad; consejería a la población interesada a cerca de ellos (naturaleza, efectividad, indicaciones y contraindicaciones, beneficios y efectos adversos, uso adecuado, disponibilidad del método, métodos alternativos y protección contra infecciones de transmisión sexual); promoción del consentimiento informado de estos individuos libre de cualquier coacción de carácter social, cultural, religiosos y/o económico; garantía de la disponibilidad de estos métodos para su uso; y seguimientos de estos programas en el tiempo para su mejoramiento. Es importante aclarar que dentro de los métodos de planificación familiar bajo ninguna circunstancia podrá considerarse el aborto.

Estos servicios deberán asegurarse especialmente a la población vulnerable, como las adolescentes y las poblaciones de bajo recursos económicos, en situación de violencia y/o desplazamiento. De igual forma, es importante involucrar en ellos a la comunidad, en general, y a los hombres, en particular, como un apoyo a los mismos, sin desconocer “que en lo que respecta a la salud reproductiva la mayor carga pesa sobre las mujeres” (FIGO, 2012, p.452). En Colombia estos servicios de planificación familiar, incluyendo la
esterilización quirúrgica masculina y femenina, y la anticoncepción de emergencia, están garantizados para la población en general afiliada a la seguridad social, haciendo especial énfasis a la población gestante y adolescente (Resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada por Profamilia en el año 2010 se encontró que casi todas las mujeres en edad fértil (99.9%) tienen conocimiento acerca de algún método de planificación familiar; la mayoría ha usado algún método de planificación familiar (85.4%) a lo largo de su vida y en una menor proporción lo está usando actualmente (61.2%), siendo los más utilizados: la esterilización femenina (24.2%), la inyección (7.9%), el condón (7.6%), la píldora (6.5%), el dispositivo intrauterino (5.6%) y los métodos tradicionales (4.3%); Siendo su uso menos frecuente en la población de 15 a 19 años (26.5%) (Profamilia, 2010).

La introducción de aspectos éticos de métodos anticonceptivos para el uso femenino. Los servicios de planificación familiar deben garantizar la promoción y el respeto a la autonomía de la mujer en relación con su derecho a decidir por sí misma acerca del cuidado de su salud, a través de la promoción del consentimiento o elección informada. Para ello debe garantizárseles como parte de su atención, una adecuada y completa información acerca de los métodos de planificación brindada por profesionales de la salud cualificados para ello.

La esterilización femenina. Dentro de los métodos de planificación familiar, igualmente debe ofrecerse información acerca de los métodos quirúrgicos definitivos disponibles para el hombre y la mujer (ver las características de la información, en el ítem de la ética de la planificación familiar); así como, la promoción y respeto a una elección informada. Estos métodos deben estar disponibles a todas las personas mayores de edad que así lo requieran, independiente del número de hijos que tengan. Es de aclarar que no es
obligatorio el consentimiento de la pareja, aunque debe alentarse la participación de esta en el proceso. La histerectomía no es un método que pueda ser considerado como un método de planificación familiar.

En relación con las personas con discapacidad mental, de acuerdo con la convención de Naciones Unidas acerca del Derecho de las Personas con Discapacidades Mentales, existe el compromiso de “eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las formas relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y la maternidad y las relaciones interpersonales y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con los demás” (FIGO, 2012, p.439).

Directrices éticas relativas a la anticoncepción de emergencia. En el campo de la planificación familiar debe brindarse información a este respecto y facilitar el acceso a estas alternativas terapéuticas, las cuales pueden ser utilizadas posterior a una relación sexual no protegida con el fin de evitar un embarazo. Este método, como su nombre lo indica, solamente puede ser utilizado como un método de planificación en situaciones de excepción y no de manera permanente; ya que en su empleo rutinario, los riesgos exceden a los beneficios esperados. Por su naturaleza puede ser de gran importancia ofertarse su uso a mujeres en condición de vulnerabilidad, como las que han sido sometidas a violación y adolescentes. “La evidencia inicial sugiere que la tasa de abortos entre adolescentes disminuye tras el acceso a información y el uso de anticoncepción de emergencia” (FIGO, 2012, p.450).

Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas. El aborto provocado es definido como:

La interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica tras la implantación, antes de que el feto se haya convertido en viable de
forma independiente –definición de nacimiento de la OMS: pasadas 22 semanas o más después de la última menstruación-. (FIGO, 2012, p.445)

Los abortos por “razones sociales” son una práctica grandemente discutida por las implicaciones morales que estos plantean; así como por las graves consecuencias que conllevan para la salud de la mujer, al realizarse estos procedimientos de manera clandestina, en situaciones de insalubridad.

Esta problemática invita unir esfuerzos internacionales y nacionales a fin de mejorar esta situación, a través de: programas de educación y planificación familiar que eviten el embarazo no deseado; la garantía a la mujer del acceso a procedimientos médicos y quirúrgicos de calidad; el respeto del derecho de los adolescentes a decidir acerca de su salud sexual y reproductiva de acuerdo a su capacidad; el mejoramiento de las condiciones socio-económicas de la mujer; y el diálogo social entre los diferentes estamentos para darle una solución integral a esta problemática.

En Colombia, la Corte Constitucional establece sólo tres casos en que la realización del aborto, debidamente informado el procedimiento y consentido por la madre no constituye delito: cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (Sentencia c-355/06, Corte Constitucional).

En Colombia se estima que la tasa de abortos fue de 39 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años para el año 2008, ligeramente superior a la del año 1989, 36 abortos por 1000 mujeres de 15 a 44 años, siendo Bogotá y la región Pacífica las zonas con una mayor
tasa. Para ese año, una de cada 26 mujeres reconoció el haber tenido un aborto inducido. Estimándose que aproximándose el 44% de los embarazos no planeados terminan en aborto, es decir aproximadamente 400,400 abortos al año, de los cuales solo 0.08% correspondió a interrupciones voluntarias del embarazo. Aproximadamente una tercera parte de los abortos inducidos requieren posteriormente de atención médica por sus complicaciones, siendo esta cifra mayor en las zonas rurales (56%); constituyéndose en la tercera causa de mortalidad materna en el país (MinSalud, UNFPA, 2014).

1.1.1.4 Aspectos éticos en la formación médica. Al respecto se estudian los siguientes temas: las cuestiones éticas en la formación médica: los dones y obligaciones; las cuestiones éticas relativas a la publicidad de credenciales y formación académica; y la fuga de cerebros sanitarios.

Cuestiones éticas en la formación médica: dones y obligaciones. El vertiginoso avance científico obliga a los profesionales de la salud a asumir de una manera responsable los procesos de aprendizaje-enseñanza que garanticen una práctica clínica de calidad, en relación con sí mismos, los colegas –a través del ejemplo y la enseñanza formal- y los pacientes. La responsabilidad de la enseñanza en el ejercicio profesional está reconocida desde la antigua Grecia en el juramento Hipocrático, en cuya formación debe garantizarse una educación de calidad, basada en el respeto y la no discriminación.

Cuestiones éticas relativas a la publicidad de credenciales y formación académica. Es importante que el Estado, las asociaciones médicas y los profesionales de la salud de manera coordinada promuevan la acreditación de los profesionales de la salud a nivel nacional e internacional, como una forma de garantizar la idoneidad profesional de los mismos frente a sus pacientes y a la sociedad, en general. De igual forma, se busquen los mecanismos que permitan regular la información acerca de servicios médicos y nuevas
alternativas diagnósticas o terapéuticas que se difundan en los medios de comunicación masivos, a la luz de la evidencia científica existente; así como el reconocimiento de conflicto de intereses en esta información, cuando esta exista. Por ejemplo, verificar la veracidad de la publicidad realizada por parte de la industria farmacéutica para la promoción de sus productos.

Fuga de cerebros sanitarios. Uno de los factores que promueven el crecimiento económico de un país o una región es el nivel educativo de su población, lo que hace que invertir en programas de educación sea una garantía para su bienestar, desafortunadamente estos esfuerzos en los países en desarrollo no logran los efectos deseados por el desplazamiento de sus profesionales a los países desarrollados. En el ámbito de la salud, la migración de los profesionales sanitarios hacia las áreas urbanas y los países desarrollados hace cada vez más difícil la cobertura de salud en los países en desarrollo, que permita mejorar sus índices de salud y la calidad de vida de su población. En relación con esta problemática a nivel mundial se anota:

África acarrea con el 24% de la carga global de enfermedades, pero solamente cuenta con un 3 % de efectivos sanitarios. Los países desarrollados solamente poseen un tercio de la población mundial y tres cuartas partes de los médicos del mundo y el 89% mundial de los médicos que emigran. 180,000, casi el 25% de los facultativos americanos, se forman en el extranjero y un 64.4% de ellos en países de rentas bajas y medias-bajas (FIGO, 2015, p.436).

Al menos se necesitan 2.3 proveedores sanitarios formados por cada 1000 personas para alcanzar una cifra del 80 % de la población con acceso a asistencia cualificada durante el parto y vacunación infantil. Harían falta unos 2.4 millones más de médicos, enfermeros, obstetras y comadronas para satisfacer las necesidades
y otros 1.9 millones de farmacéuticos, auxiliares sanitarios y técnicos y personal de apoyo. Sin embargo, la mayoría de la demanda se concentra en los países industrializados debido al creciente envejecimiento de la población y a la creciente demanda de cuidados de tecnología avanzada (FIGO, 2015, p.437).

En Colombia una aproximación general de esta problemática fue hecha estudiando el comportamiento de los egresados del programa de becas de Colfuturo en el exterior, en el que se encontró que un 31.74% de los profesionales no retornaron al país, siendo el porcentaje mayor en el área de administración y negocios (43.48%) y mucho menor, en el área de las ciencias de la salud (26.74%). De los que retornaron al país, estos se concentraron en las ciudades más importantes del país, especialmente en Bogotá (74.4%) (Cepeda, 2012).

En este contexto, es necesario un esfuerzo a nivel nacional e internacional para regular la contratación de profesionales de la salud a nivel internacional; promover el retorno de aquellos profesionales que se han ido de sus países de origen; diseñar programas de ayuda a aquellos países en desarrollo para la formación profesional y la renovación tecnología; promover la investigación en los países en desarrollo de acuerdo a sus necesidades particulares; desarrollar guías de atención basadas en la evidencia y favorecer la optimización de los procedimiento diagnósticos y terapéuticos existentes de acuerdo a la realidad de cada país y región; y fomentar programas de educación en los países desarrollados para la satisfacción de sus propias necesidades.

En conclusión, el panorama general de la situación en salud de la mujer y las gestantes en el país presentado, siguiendo la clasificación de la FIGO (2015), permite reconocer: a) la importancia que tienen en el contexto nacional e internacional los problemas bioéticos en el campo de la obstetricia, al tener como sujetos de estudio al
binomio madre-feto, en donde, los resultados maternos y neonatales resultantes de esta actividad son considerados indicadores de calidad respecto al cuidado de su salud y nivel de vida de una población; y b) la necesidad de contar con un método de toma de decisiones en bioética clínica para su estudio.

1.1.2 Los métodos de toma de decisiones en bioética clínica. A partir de la década de los setenta del siglo pasado, el estudio de los problemas bioéticos en el campo de la salud lleva al desarrollo de métodos de toma de decisiones que faciliten esta labor, fundamentados en las distintas escuelas bioéticas existentes. Este resurgir de la ética de la mano de la bioética clínica ha sido reseñado por Stephen Toulmin en su artículo How medicine saved the life of ethics, en el año de 1982:

> Whatever the future may bring, however, these 20 years of interaction with medicine, law, and the other professions have had spectacular and irreversible effects on the methods and content of philosophical ethics. By reintroducing into ethical debate the vexed topics raised by particular cases, they have obliged philosophers to address once again the Aristotelean problems of practical reasoning, which had been on the sidelines for too long.

Uno de los trabajos pioneros en este campo fue el de Howard Brody (1949- ), médico y filósofo americano, con su obra Ethical decisions in Medicine, en 1976, en la que

---

2 El término método en éste contexto es definido como: “un procedimiento que se sigue en las ciencias para hallar la verdad y enseñarla” (RAE, 2014), “el mapa que indica cuál es la ruta a seguir en orden al logro de un determinado objetivo” (Gracia, 2008b, p. 17), o “se tiene un método cuando se sigue un cierto camino (griego, drómos) para alcanzar un cierto fin, propuesto de antemano como tal. Este fin puede ser el conocimiento o puede ser también un fin humano o vital” (Ferrater, 1964, p. 197).

3 “Sea cual fuere lo que el futuro depare, sin embargo, estos 20 años de interacción con la medicina, el derecho y las otras profesiones han tenido efectos espectaculares e irreversibles en los métodos y contenidos de la ética filosófica. Al reintroducir en el debate ético los temas planteados por los casos particulares problemáticos, que han obligado a los filósofos a hacer frente nuevamente a los problemas aristotélicos del razonamiento práctico, que habían estado al margen durante mucho tiempo” (Toulmin, 1982, p.150).
implementa la teoría de la toma de decisiones a este ámbito; metodología que inicialmente surge en el campo de la estadística y la economía (Gracia, 2008b; Sánchez, M., 2013). A continuación se hace una presentación en la Tabla 1 de las principales escuelas bioéticas y sus métodos de toma de decisiones en bioética clínica más representativos, de acuerdo con la propuesta de Miguel Sánchez (20113): el principalismo, el casuismo, la narrativa, de la virtud y del cuidado.

La mayoría de estos métodos son sincréticos⁴, es decir que en su diseño se han tomado en cuanta elementos de diferentes escuelas bioéticas, a pesar que sus autores son representativos de cada una de las escuelas bioéticas referidas; los cuales tienen tres etapas básicas comunes: el caso clínico, el estudio del caso y la toma de decisiones. Es de anotar que en el estudio del caso, la mayoría de los autores tienen en cuenta los principios morales y los valores relacionados.

En el campo de la obstetricia, la aplicación de estos métodos al estudio de sus casos clínicos plantea una particularidad en el análisis, que la hacen diferente a cualquier otra situación en la práctica clínica, que obliga a considerar adicionalmente a: la gestante y su entorno; y la presencia potencial o real, presente o futura de un embrión o un feto. A lo largo de veinte años de mi práctica profesional en el campo de la obstetricia, el estudio de estos problemas bioéticos se ha dificultado por no contar con un método para la toma de decisiones en bioética clínica que tengan en cuenta esta particularidad, por lo que se propone desarrollar uno con esta característica que contribuya a cualificar su estudio. A este respecto, Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade en su libro Clinical Ethics: a practical approach to ethical decisions in clinical medicine (2006), aclaran en su obra: "We

---
⁴ Sincretismo, de acuerdo con la Real Academia Española (2014), es una palabra derivada del griego συγκρητισμός, que significa la "combinación de distintas teorías, actitudes u opiniones"; que en el ámbito de la bioética clínica se puede aplicar a aquellos métodos de toma de decisiones en los que en su diseño se han tomado en cuenta aportes de diferentes escuelas bioéticas (Gracia, 2008b).
do not discuss ethical issues in reproductive medicine and obstetrics because the presence of the fetus presents special problems that do not fit well into our form of analysis\(^5\) (p.4); y en el estudio de casos bioéticos clínicos presentados en el Boletín del Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en los 24 números revisados, no se encontró ninguno relacionado con temas obstétricos.

\(^5\) "Nosotros no discutimos cuestiones éticas en medicina reproductiva y obstetricia debido a los problemas especiales que plantea la presencia del feto que no encajan bien en nuestro método de análisis" (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2006, p.4).
**Tabla 1. Los métodos de toma de decisiones en bioética clínica.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Escuela bioética</th>
<th>Definición</th>
<th>Método de toma de decisiones</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Principalistas** | Se caracterizan por estar determinadas por una guía marco general a partir de la cual pueden derivarse normas morales más específicas apropiadas para situaciones particulares. Las cuales pueden ser de tres tipos:  
   a) determinar previamente las conductas más apropiadas de conducta (principios deontológicos).  
   b) determinar las consecuencias deseables de los actos (principios concesuencialistas, p.e. el principio de utilidad: “La máxima felicidad posible para el mayor número posibles de personas”).  
   c) mixtas, actualmente muchos de los métodos propuestos corresponden a este tipo. | - El método de Beauchamp y Childress (1999, 2013), propuesta basada en cuatro principios morales: la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. Uno de los métodos más importantes en la bioética, especialmente norteamericana.  
   - El método principalista de Diego Gracia, (1991) parte de los cuatro principios propuestos por Beauchamp & Childress, en el que se hace un mayor énfasis en la consideración de las consecuencias de los actos.  
   - El método de Brody (1976), una propuesta que estructura su método a partir de la teoría toma de decisiones, en relación con las consecuencias esperadas de los actos a corto y largo plazo en contraste con los valores personales. |
| **Casuistas** | El casuismo se centra en el estudio del caso particular y los sujetos participantes, en un contexto social e histórico determinado; su modelo de razonamiento está basado en la deliberación prudente y el conocimiento práctico, en el que se contrastan las situaciones particulares con las máximas morales y los casos paradigmáticos por analogía. | - El método de Jonsen, Siegler, & Winslade (2006) fundamentado en el paradigma casuístico y principalista. En el que el estudio se centra en el caso en particular, a partir de las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y las características contextuales.  
   - El método deliberativo de Diego Gracia (2000), esta propuesta se basa en el estudio del caso particular, y para su resolución en la deliberación prudente. |
<table>
<thead>
<tr>
<th>De la virtud</th>
<th>Se enfatiza en el reconocimiento de las virtudes como guías del comportamiento de los hombres y en este caso, específicamente de los profesionales de la salud. Esta escuela tiene clara inspiración en las enseñanzas aristotélicas.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>El método de Thomasma (1978), su método pone de manifiesto la importancia para el estudio del caso clínico de los hechos del caso (teniendo en cuenta el nivel de complejidad para la atención en salud y las personas afectadas) y la escala de valores de los participantes (pacientes, profesionales de la salud, institución de salud y soledad). A partir de lo cual se procede a determinar el principal valor amenazado; los posibles cursos de acción que protejan el mayor número valores; y la elección del curso de acción a recomendar. Al final del proceso, se recomienda la realización de una justificación argumentada de la elección tomada (Thomasma, 1982).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El método de Drane (1988). La propuesta consta de cuatro fases: fase expositiva (factores médicos, personales y socioeconómicos); fase racional (categorías relacionadas con la ética médica; los principios y máximas; normas jurídicas y códigos profesionales); fase volitiva (ordenamiento de los beneficios; y los principios; y la toma de decisión); y la fase pública, &quot;preparación para el escrutinio y la defensa de las decisiones&quot; (Drane, 1990, p.422).</td>
</tr>
<tr>
<td>Narrativas y del cuidado</td>
<td>Parte de la comprensión de la realidad como primer paso para la resolución de los problemas, a partir de la narración, &quot;desde esta perspectiva, es comunicación y desarrollo de experiencia&quot; (Domingo &amp; Feito, 2013, p7.). La ética del cuidado hace énfasis en la dimensión del cuidado y la responsabilidad, basada en los principios de benevolencia y bienestar, y &quot;en el reconocimiento de las diferencias de necesidad&quot; (Gilligan, 1982, p-262).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El método de Paul Ricoeur (2008). Establece un paralelismo entre el acto médico y el acto judicial, e identifica tres niveles del juicio médico: el pacto de confianza, el contrato médico, y lo no-dicho de los códigos.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El método de Lazare Benaroyo (2004). El cual estructura su propuesta en tres momentos: la identificación de los valores en juego; los proyectos de cuidado posibles; y el proyecto de cuidado a proponer (Domingo &amp; Feito, 2013).</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El método de Domingo &amp; Feito (2013). Basado en el método deliberativo de Diego Gracia, se presenta en cuatro etapas: deliberación sobre los hechos; deliberación sobre los valores; deliberación sobre los deberes; y deliberación sobre las responsabilidades finales.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
1.2 Descripción del problema

La obstetricia es la rama de la medicina que tiene como objetivo brindar la atención en salud a la mujer gestante y al fruto de la concepción -el embrión o el feto-. En esta etapa tan significativa de la vida de los seres humanos, el estudio de los problemas bioéticos clínicos conjuga de manera excepcional a estos dos protagonistas de manera interdependiente. A este respecto el Comité para el Estudio de la Ética en la Reproducción Humana y en la Salud de la Mujer (FIGO, 2012) hace un reconocimiento a esta problemática y a la necesidad de abordar su estudio:

La Obstetricia y la Ginecología que tocan todos los episodios más significativos de la vida -el nacimiento, la reproducción, el envejecimiento y la muerte- han debido enfrentar dilemas éticos imprevistos con cada avance significativo del conocimiento médico. Los dilemas morales de la Obstetricia y la Ginecología van desde la promoción pública de las necesidades básicas de la salud y los derechos humanos de la mujer, hasta las más intricadas consecuencias del creciente conocimiento y uso del genoma humano. (p. 307)

Actualmente, en la evaluación de los dilemas bioéticos en estos casos no se cuenta con modelos específicos para la toma de decisiones que tengan en cuenta esta particularidad, por lo que se propone desarrollar uno con esta característica que contribuya a cualificar su estudio.

1.3 Formulación del problema

El trabajo de investigación a partir de la identificación del problema a estudio se propone dar contestación a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál sería el método a utilizar para la toma de decisiones en bioética clínica en la práctica obstétrica?
1.4 Objetivos de la investigación

El objetivo general de la investigación fue: proponer un método para la toma de decisiones en bioética clínica en el campo de la obstetricia.

Los objetivos específicos del trabajo fueron:

- Identificar los problemas bioéticos de mayor relevancia en el campo de la obstetricia en el contexto colombiano.

- Analizar comparativamente tres de los principales métodos para la toma de decisiones en bioética clínica: el método principialista de Tom Beauchamp y James Childress y los métodos presentados por Diego Gracia.

- Evaluar las críticas realizadas a éstos modelos para la toma de decisiones en bioética clínica.

- Elaborar o adecuar una metodología para la toma de decisiones en bioética clínica orientada a la resolución de problemas bioéticos en el campo de la obstetricia.

- Aplicar la metodología de toma de decisiones propuesta en este trabajo a algunos problemas de la práctica obstétrica.

1.5 Justificación de la investigación

El objetivo último de la bioética clínica es brindar las herramientas necesarias para el estudio sistemático de las situaciones problemáticas en las ciencias de la vida, a la luz de los valores y los principios morales, que permitan la búsqueda de soluciones de la mayor corrección y calidad; mediante el desarrollo de métodos para la toma de decisiones aplicados a la resolución de los conflictos; por ejemplo, los surgidos en el campo de las ciencias de la salud, en la relación médico paciente y la investigación biomédica (Gracia, 2000a; Have, 2011). A este respecto Diego Gracia anota:
A partir de aquí cobra todo su sentido la definición de la bioética como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esta forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y su calidad. Un área particular dentro de la bioética sería la bioética sanitaria o bioética clínica, que en consecuencia se podría definir como la inclusión de los valores en la toma de decisiones sanitarias, a fin de aumentar su corrección y su calidad. (2000a, p. 30)

La medicina y la bioética clínica tienen en común el mismo objeto de estudio, al ser humano, dentro del contexto de la atención en salud. El cual por su misma naturaleza, sólo es posible realizarse en condiciones de probabilidad y no de certeza, propia de las ciencias puras; este reconocimiento es fundamental en el análisis y la propuesta de soluciones a los casos particulares. Es así como en medicina, a partir de la década de los años sesenta, esta reflexión lleva a proponer un nuevo método para la atención en salud: la medicina basada en la evidencia. La cual busca conjugar la mejor evidencia del conocimiento científico disponible, la experiencia clínica y los valores del paciente, que viene a revolucionar el modelo de la prestación del servicio en salud en favor de una mayor calidad (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2001). De manera simultánea, en bioética clínica se ha impulsado el desarrollo de métodos de toma de decisiones para el estudio de los problemas morales en el ámbito clínico que faciliten este proceso.

En este contexto, se ha visto la necesidad de abordar el estudio de los métodos de toma de decisiones en bioética clínica que permita el estudio de los problemas bioéticos surgidos en la práctica clínica de la obstetricia. Una particularidad del abordaje de esta

---

6 En este contexto los valores del paciente son definidos así: “…las preferencias, preocupaciones y expectativas específicas de cada paciente en una visita clínica, y que deben integrarse en las decisiones clínicas dirigidas a servir al enfermo” (Sackett et al., 2001, p. 1).
temática desde la bioética clínica que la hace diferente a cualquier otra situación en la práctica clínica, como previamente se mencionó, es que obliga a considerar adicionalmente a la gestante y su entorno, la presencia potencial o real, presente o futura de un embrión o un feto. Actualmente, en la evaluación de los problemas éticos en estos casos no se cuenta con modelos específicos para la toma de decisiones en bioética clínica que tengan esta particularidad, por lo que se propone desarrollar uno con esta característica a partir del análisis de tres de los métodos más importantes de toma de decisiones propuestos: el método principialista de Tom Beauchamp y James Childress (1970), y los métodos principialista (1991) y deliberativo (2000) de Diego Gracia.
2. El marco teórico

En este capítulo, en primer lugar se presenta una revisión acerca de los conceptos de moral, ética y bioética que sustentarán primariamente esta propuesta; y en segundo lugar se hará una presentación de los tres más importantes métodos de toma de decisiones en bioética clínica seleccionados para el análisis: el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress, y los métodos principalista y deliberativo de Diego Gracia, a partir de los cuales se busca estructurar un nuevo método de toma de decisiones.

2.1 La moral, la ética y la bioética

El presente trabajo se desarrolla en el ámbito de la bioética; por lo que se ha considerado oportuno inicialmente hacer una revisión acerca estos conceptos básicos: moral, ética y bioética, a partir de los cuales este se fundamenta (Maldonado, 2011).

2.1.1 Moral y ética. La moral y la ética son dos palabras de significados etimológicos similares, que de manera convencional se han diferenciando en el campo de la filosofía; la primera, es un término que proviene del vocablo latino *morālis* (relativo a las costumbres, moral, ético -Diccionario Esencial Latino Español Vox, 2009-), y la segunda, es una expresión que deriva de los vocablos griego ἡθικός y latino *ethicus* (ético, moral - Diccionario Manual Griego Vox, 1992; Diccionario Esencial Latino Español Vox, 2009-). Las cuales tienen un mismo objeto de estudio, el comportamiento del ser humano en relación con lo que se considera bueno para él. En donde, los fenómenos morales están sustentados en los conceptos de *bien* y de *deber*. "Los conceptos de *bien* y de *deber* están presentes, de modo expreso o tácito, en todos los instantes de la vida que comparten los seres humanos individuales y los grupos de seres humanos" (Maliandi & Thüer, 2008,

El bien tiene que ver con todo lo que se piensa, se quiere y se hace por considerarlo bueno. En el pensamiento griego, bien era un nombre del ser, por consiguiente mal era la negación del ser. A partir de la modernidad el bien y el mal tienen que ver, especialmente desde Kant, con la voluntad, separándose de su connivivencia con el ser y la verdad. De hecho ya no habrá bien o mal en sí mismo, sino acciones buenas o malas que tendrán que ver con las opciones del humano, todo bien incorporado a una propuesta ética como fin, telos, resultará de la cosmovisión desde la que sea formulado. (p. 96)

Esta capacidad del ser humano para autorrealizarse a través de la práctica del bien, de alcanzar su perfeccionamiento y felicidad, ha sido denominada moralidad. La cual ha sido reconocida desde la Antigüedad, a este respecto, en su obra Ética a Nicómaco (trad. en 2014) anota: "La actividad más preferible para cada hombre será, entonces, la que está de acuerdo con su propio modo de ser, y para el hombre bueno será la actividad de acuerdo con la virtud" (EN, X,6: 1176b,28-29).

Para Adela Cortina, la moral es definida como “la realización de la vida buena, de la vida feliz” (1996a, p.110), y la moralidad como “el reto de vivir como hombre -mujer, varón- en el más pleno sentido de la palabra; cosa imposible si no es a través de todas nuestras actividades y dedicaciones” (1998, p.9). Así lo explica Diego Gracia (2008a), con base en el trabajo fenomenológico de Xabier Zubiri, ver Figura 1:

---

7 "El sentido común considera lo razonable pero no, en general, lo racional como una idea moral en la que participa la sensibilidad moral" (Rawls J, 2002, p.30).
El deber se funda en el bien, de tal modo que el deber es siempre la maximización del bien. Y como ya en la aprehensión aprehendemos las cosas como “de suyo” y la propia realidad como personal o “suya”, resulta que el máximo bien consiste en la realización religada con la realidad. En esto reside la perfección y la felicidad, en la realización personal. El bien moral, y por tanto la fuente de todo deber, consiste en la apropiación de posibilidades en orden a la autorrealización personal, es decir, a la perfección y felicidad. El bien por antonomasia y el deber primario es la propia realidad personal del ser humano. Y como el carácter de realidad personal no es meramente taliativo sino trascendental, resulta que no comprende sólo mi perfección o mi felicidad, sino la de toda la Humanidad. La perfección y la felicidad de mi persona y de todas las personas es el “fin” de la vida moral. (p.489)

*Figura 1*. El acto moral.
Fuente: elaboración propia.
En donde, la capacidad para autorrealizarse de los seres humanos solo es posible a través de su vida en sociedad, por su misma naturaleza. Este reconocimiento ha llevado a muchos filósofos a concentrar su estudio en las regulaciones de las relaciones sociales que hacen posible a los seres humanos su realización personal, a través de las normas morales. Las cuales, de acuerdo con la ética material de valores, pueden ser consideradas como "exigencias de realizar determinados valores" (Maliandi, 2010, p.324) o como guías para la acción según Gert, Culver y Clouser:

Una cuidadosa reflexión de lo que universalmente se reconoce como normas morales, tales como “no matar” y “no engañar”, permiten hacer claridad que la moralidad es mejor concebida como una guía del comportamiento que personas racionales exponen para gobernar el comportamiento de otras hacia ellas mismas y hacia aquellas personas con quienes se relacionan, si o no ellos planeen seguir esta guía para sí mismos. (2006, p.26)

En donde la ética o la filosofía moral surgen como una reflexión acerca de la moral. En palabras de Henk Ten Have, "...La ética es, antes de todo, el esfuerzo filosófico por comprendernos a nosotros mismos y nuestra existencia en términos de lo que es deseable o indeseable, soportable o condenable, bueno o malo" (2011, p.168); la que Luis Aranguren denomina, “la moral pensada”, en contraste con “la moral vivida”, propia de todos los seres humanos (Cortina, 1998). Identificando su objeto de estudio de acuerdo con Ricardo Maliandi y Oscar Thüer como: "El gran problema de la ética es, entonces, el de si lo moral, y, por tanto, los conceptos de deber y de bien, tienen un sentido, y, en tal caso, cuál es ese sentido" (2008, p.14), ver Figura 2.
Ahora bien, su análisis a través de la historia ha sido asumido desde diferentes perspectivas; al respecto de esta diversidad de escuelas éticas, Jorge Ferrer y Juan Álvarez explican:

Si la vida moral consiste en un hacerse cargo de la realidad es evidente que necesitamos una teoría que nos permita establecer el significado fundamental de eso que llamamos realidad. Es verdad que no hay una única teoría filosófica válida para la elaboración de una ética como tampoco hay una única teoría capaz de dar cuenta cabal del ser mismo. El ser, la realidad, siempre desborda nuestras posibilidades de explicación filosófica. (2003, p.474)

\begin{figure}[h]
\centering
\includegraphics[width=0.8\textwidth]{figura2.png}
\caption{La ética.}
\end{figure}

\textit{Fuente: elaboración propia.}
2.1.2 Bioética. La preocupación acerca del cuidado de los seres vivos, incluido el ser humano, es una característica constante de muchos pensadores de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, que viene a reflejarse en la obra de Fritz Jahr (1895-1953), teólogo luterano alemán, quien por primera vez utiliza el término Bioética en su artículo *Bioética - Una visión sobre las relaciones éticas entre el ser humano, el ser animal y las plantas* (1927), en donde se reconoce el derecho al respeto y cuidado de todos los seres vivos, como una obligación ética así expresada: “Respetá a todo ser vivo como fin en sí mismo, y trátalo coherentemente en tanto sea posible” (como se citó en Roa-Castellanos & Bauer, 2009, p.102), basado en los avances científicos en el campo de la fisiología y la psicología en relación con el estudio de los seres vivos. Principio que, de acuerdo con el autor, se encuentra presente desde los tiempos antiguos en la filosofía oriental (Roa-Castellanos & Bauer, 2009).

De igual forma, en su escrito *Tres estudios sobre el quinto mandamiento* (1933) desde la perspectiva religiosa, hace extensivo la aplicación del Quinto Mandamiento “No matarás” a todos los seres vivos. En relación a esta obligación ética, anota la graduación de esta en cuanto a la necesidad y la determinación de cada uno:

Con referencia a la realización de estas obligaciones frente a todos los seres vivos, pareciera ser una utopía. No se puede ignorar que las obligaciones éticas con un ser vivo dependen de sus “necesidades” (Herder) y también de su “determinación” (Krause). Los animales tienen una cantidad de necesidades menores y menos complejas que las de los humanos. Vale más esto para las plantas cuyas obligaciones éticas resultan menos complicadas, que frente a las del animal (si bien no en forma generalizable) siendo en la práctica más simples. (como se citó en Roa-Castellanos, R. y Bauer, C., 2009, p.104)
En la segunda mitad del siglo XX, el gran avance científico y tecnológico y la implementación de sus descubrimientos de una manera generalizada e irreflexiva, con profundas repercusiones reales y potenciales sobre los seres vivos y el planeta, ha suscitado la reflexión de numerosos científicos y filósofos. Es el caso del profesor Van Rensselaer Potter (1911-2001), bioquímico e investigador en oncología norteamericano, quien en su artículo, Bioethics: The science of survival (1970) y en sus libros Bioethics: Bridge to the Future (1971) y Global Bioethics (1988) redescubre el término de Bioética, en el que se conjuga “los dos más importantes componentes para lograr la nueva sabiduría que tan desesperadamente necesitamos: conocimiento biológico y valores humanos” (Potter, 1970, p.127) de una manera universal, ligada a su preocupación por la vida en el planeta, al respecto este autor anota:

Desde el comienzo, he considerado la Bioética como el nombre de una nueva disciplina que cambiaría el conocimiento y la reflexión. La Bioética debería ser vista como un enfoque cibernético de la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana. En conclusión, les pido que piensen en la Bioética como una competencia, que es interdisciplinaria e intercultural, y que intensifica el sentido de la humanidad. (Potter, 1997a, p.32)

No hay evidencia que permita suponer que el profesor Van Rensselaer Potter haya conocido previamente la obra de Fritz Jahr, por lo que se le continúa considerando el gestor de este término en el siglo XX, ver Figura 3.

---

8 Un sistema de control adaptativo (Potter, 2009, p.132).
Adicionalmente en el año de 1971, seis meses después de publicado el libro de Van Rensselaer Potter, André Hellegers (1926-1979), médico obstetra holandés, funda el Instituto Joseph and Rose Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y Bioética, en la Universidad de Georgetown. En el que se agrupa a profesionales de la salud y teólogos para el estudio de los progresos científicos y técnicos en el campo de las ciencias de la salud, que posteriormente sería denominada Bioética Clínica; en contraste con la Bioética Global, que hace énfasis en los problemas relativos al medio ambiente y la supervivencia de los seres vivos, a largo plazo. La Bioética Clínica ha sido la parte de la Bioética que ha alcanzado un mayor desarrollo y relevancia en las últimas décadas, debido por una parte, al vertiginoso avance técnico-científico en esta área; y por otra parte, al cambio de la naturaleza de la relación médico-paciente, y a la investigación en seres humanos, ver Figura 4 (Sánchez, M., 2013).

**Figura 3.** El concepto de Bioética de Van Rensselaer Potter
Fuente: elaboración propia.
En este contexto, se ha considerado importante traer a consideración algunas otras definiciones del término Bioética que han hecho otros autores, que vienen a enriquecer la dada por Van Rensselaer Potter. Diego Gracia llama la atención en la finalidad de esta disciplina de incrementar la calidad y corrección de la toma de decisiones, al definirla: “…como el proceso de contrastación de los hechos biológicos con los valores humanos, a fin de globalizar los juicios sobre las situaciones y de esta forma mejorar la toma de decisiones, incrementando su corrección y calidad” (2009a, p.30); Gilbert Hottois resalta la importancia del estudio de los avances técnico-científicos en esta disciplina:

Una definición corta podría ser: la bioética cubre un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la investigación y desarrollo biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas. (2007a, p.25)
Y Teresa Asnáriz enfatiza en la necesidad de estudiar las acciones orientadas al futuro de una manera responsable y en observancia con los derechos humanos:

La Bioética tiene como objeto material (el qué): el comportamiento humano ante las situaciones dilemáticas surgidas en y desde las ciencias de la vida y la salud debido al impacto tecnocientífico sobre la vida en todas sus formas y la pluralidad de paradigmas de valores reinantes en la sociedad.

Y como objeto formal (el cómo): desde un enfoque ético (no moral), con abordaje inter-transdisciplinario.

Con la finalidad de generalizar actitud reflexiva y de compromiso, protegiendo la vida en toda su extensión, tratando de mantener un equilibrio medioambiental, que favorezca a las generaciones futuras la elección de modalidad y calidad de vida, buscando consenso en el disenso, con sentido de responsabilidad solidaria y respeto de los derechos humanos. (1988, p. 56)

Las características propias de esta nueva disciplina de acuerdo con varios autores son:

- Ética civil: los problemas de estudio de la bioética serán asumidos desde diferentes perspectivas, sin que exista primacía de una creencia o ideología sobre la otra. Es un espacio abierto a la argumentación en búsqueda de la solución de mayor calidad y corrección para todos. Al respecto Guy Durand anota:

  L’approche séculière ne signifie évidemment pas que les intervenants ne puissent avoir de convictions religieuses; ils peuvent en avoir et être marqués par elles comme d’autre sont influencés par leur idéologie: communisme, athéisme,
agnosticism, etc. Mais les discussions et les échanges ne se font pas à ce niveau; les croyances et idéologies sont comme mises entre parenthèses, provisoirement, pour adopter une approche commune⁹. (1999, p.117)

- Ética pluralista: el respeto al pluralismo de acuerdo a Gilbert Hottois se basa en el reconocimiento del derecho que tienen de participar en la toma de decisiones, por una parte, las personas o representantes de las diferentes culturas, ideologías y creencias presentes en una sociedad; y por otra parte, las personas o representantes involucrados o afectados por la toma de decisiones, que de acuerdo a la complejidad del tema, puede incluir a los demás seres vivos o a las generaciones futuras. “En fin, también se ha desarrollado una preocupación de representación más global y relativa al conjunto de la biosfera y las generaciones futuras” (2007a, p.30). Al respecto de la condición incluyente de la Bioética, Diego Gracia expresa:

Si al tomar una decisión moral tuviéramos en cuenta los intereses de la Humanidad entera, no hay duda de que los intereses particulares de las personas concretas se anularían entre sí, y quedaría sólo el interés común, es decir, el bien común. De ahí que el pluralismo no tenga por qué ser un obstáculo para la construcción de una ética, sino más bien su condición de posibilidad. Sólo el pluralismo universal pude dar lugar a una ética verdaderamente humana. (2000b, p.19)

⁹ "El enfoque secular, obviamente, no significa que los participantes no puedan tener creencias religiosas; ellos pueden tenerlas y estar determinados por ellas como otras personas se ven influenciadas por su ideología: el comunismo, el ateísmo, el agnosticismo, etc. Sin embargo, las discusiones y las argumentaciones no son a ese nivel; las creencias e ideologías son colocadas entre paréntesis, provisionalmente, para adoptar un enfoque común" (Durand, 1999, p. 117).
- Ética racional: la toma de decisiones se basa en la argumentación racional y la prudencia, en condiciones de incertidumbre, frente a una realidad dinámica y compleja; como lo afirma Miguel Sánchez:

La bioética actual es una disciplina argumentativa y discursiva. En ella no son aceptables las posiciones cerradas al debate y al diálogo. Tampoco son válidas las intuiciones ciegas. Se práctica así una deliberación en la que es necesario explicitar los valores en conflicto, teniendo en cuenta tanto los principios como las circunstancias y las consecuencias. (2013, p.150)

- Ética inter-transdisciplinar: el objeto de estudio de la bioética trasciende el de una disciplina en particular, por ejemplo, la ética, la biología o la medicina, sino que busca su integración en busca de la resolución de los problemas planteados. Solo el estudio integral de la situación problema permitirá proponer una solución óptima para su solución. De acuerdo a Teresa Asnáriz se puede definir la interdisciplinaridad y transdisciplinaridad como:

La interdisciplinaridad es una modalidad científica en la que se complican y relacionan diversas disciplinas, acercando cada una su enfoque particular del objeto de estudio, tratando de elaborar y reelaborar sus propios constructos con base en los otros aportes, de tal modo que ninguno de los profesionales, ninguna de las disciplinas, vuelve a su campo sin haberse llevado algo nuevo del proceso de análisis interdisciplinario. Se pasa de lo reduccionista a lo global, de lo unívoco a lo polisémico. Hay un proceso de aprendizaje, de construcción procesual. (2002, p.51)
La transdisciplinaridad designa un lugar de convergencia, desde donde cada disciplina se reconstruye en conjunto el objeto. Se genera un espacio común en el que se diluyen las fronteras de cada disciplina. (2002, p.51-52)

- Ética aplicada: el objetivo último de la Bioética es ayudar en la resolución de los problemas éticos suscitados en las ciencias de la vida y de la salud en favor de la defensa de la vida misma; lo que no excluye de ninguna manera la necesidad de la reflexión sobre su propio quehacer, como una manera de consolidarse a sí misma como disciplina -de hecho, la Bioética es una disciplina de reciente aparición, con tan solo 43 años de historia-. En relación con el fin último de la Bioética, Miguel Sánchez afirma: “No es una actividad meramente especulativa sobre el bien y el mal, o sobre lo correcto en sí mismo. Intenta siempre aplicarse a elucidar y resolver los problemas reales y concretos” (2013, p.149), ver Figura 5.
2.1.3 Conclusiones. Este trabajo se basa en el reconocimiento de la capacidad de los seres humanos para su autorrealización tendiente a su perfeccionamiento y felicidad en sociedad; y en la bioética como su mejor herramienta para mejorar la condición humana y garantizar su supervivencia frente a todos los retos que esto supone en el mundo actual. En este contexto, esta investigación se circunscribe dentro de la bioética clínica, que tiene como sus objetos de estudio los problemas morales que se suscitan en el campo de la ciencias de la vida y la salud, como lo refiere Gilbert Hottois: "Le mot bioéthique designe un ensemble de recherches, de discours et de practiques, generalmente pluridisciplinaires, créés pour clarifier ou résoudre les problémes éthiques suscitées par l´avancement et l´application
La palabra bioética designa un conjunto de investigaciones, teorías y prácticas, generalmente multidisciplinares, creada para aclarar o resolver los problemas éticos suscitados por el avance y la aplicación de las tecnociencias biomédicas” (Hottois, 2001, p.124).
biomedicina y, en parte, al acierto en la selección de los principios que verdaderamente recogen los puntos cardinales de la vida moral. (2003, p.150)

2.2.1 La fundamentación bioética. El método presentado por estos autores se encuentra fundamentado en la moral común y en el reconocimiento de unas normas morales generales o principios que constituyen el marco general para el estudio de los problemas bioéticos. La moral común tiene su origen en el reconocimiento de la actividad permanente de los seres humanos en su cotidianidad, en su entorno social, de manera consciente o no, de realizar juicios morales, lógicos y estéticos, como lo expresa Diego Gracia: “Vivir es ir decidiendo lo que es bueno y lo que es malo, diferenciando lo verdadero de lo falso, lo bello de lo feo” (2008a, p. 317); lo que ha permitido establecer una nueva perspectiva de la ética basada en ella. Tom Beauchamp y James Childress así definen la moral común:

El término moral se refiere, a lo que es, por acuerdo social, la conducta humana correcta e incorrecta, tan comúnmente aceptada y que ha alcanzado un consenso comunitario estable… La moral común es una institución social con un código de normas fáciles de aprender. Al igual que los idiomas o las constituciones políticas, la moral común existe, conozcamos o no sus reglas… La moral común no es perfecta ni completa en sus recomendaciones… (1999, p. 3-4)

De acuerdo con estos autores (Beauchamp & Childress, 2013) la justificación de la moral común está basada en:

---

11 Ricardo Maliandi y Oscar Thüer (2008) definen la fundamentación como: "Bien y deber tendrán un sentido si la razón puede mostrar razones -estos es, fundamentos- de lo que se considera bueno o de lo que se cree que se debe hacer. Preguntar por los fundamentos equivale a preguntar por el porqué. Pregunta primordial de la razón" (p.15-16).
- Una justificación empírica: la moral es un aspecto de la vida humana que se encuentra presente en todas las culturas desde la Antigüedad, en la que se pueden reconocer aspectos comunes compartidos, que son la base de esta teoría. Al respecto los autores afirman: “First, the common morality is a product of human experience and history and is a universally shared product”\textsuperscript{12} (p.4). Sin embargo, señalan la necesidad de realizar investigaciones empíricas que confirmen de una vez por todas estas afirmaciones.

- Una justificación teórica normativa: por un parte, la existencia de éticas normativas, como la teoría kantiana, la teoría utilitarista, la teoría de los derechos, la teoría de las virtudes y la teoría pragmática, permiten afirmar que “the norms supported in these theories tend to converge to the acceptance of the norms of the common morality”\textsuperscript{13} (p.419).

- Una justificación conceptual: el estudio de la ética por parte de la metaética permite afirmar:

…morality inherently contains some action guiding norms, but also in the sense that it contains certain specific normal norms -that is, a body of norms in morality in the normative sense. No system of belief lacking these norms counts as morality, and if someone claimed that a system wihtout these common-morality norms is a moral system, the claim should be rejected as conceptually mistaken\textsuperscript{14} (p.420).

\textsuperscript{12} “Primero, la moralidad común es un producto de la experiencia humana y la historia, y es un producto compartido universalmente” (Beauchamp & Childress, 2013, p.4).

\textsuperscript{13} “...las normas soportadas en estas teorías tienden a converger en la aceptación de las normas de la moralidad común” (Beauchamp & Childress, 2013, p.419).

\textsuperscript{14} “...la moralidad inherentemente contiene algunas normas que guían la acción, pero también en el sentido que contienen ciertas normas morales específicas -esto es, un cuerpo de normas morales en el sentido normativo. Ningún sistema de creencias carece de estas normas consideradas como morales, y si algunos afirman que un sistema sin estas normas de la moralidad común es un sistema moral, la afirmación debería ser rechazada como errada conceptualmente” (Beauchamp & Childress, 2013, p.420).
2.2.2 El método de toma de decisiones. El método desarrollado por Tom Beauchamp y James Childress está basado en el estudio de las situaciones problema a la luz de cuatro principios morales; en donde, la solución óptima será aquella que mejor los observe a través de la especificación y ponderación de los mismos, ver Figura 6. Los elementos a tener en cuenta en este proceso son: la justificación moral; los principios morales; la especificación de los principios morales; y la ponderación de los principios morales.

![Diagrama de los pasos del método principalista de Beauchamp y Childress](image)

**Figura 6.** El método principalista para la toma de decisiones en bioética clínica de Tom Beauchamp y James Childress. Fuente: elaboración propia.

**La justificación moral.** La Real Academia Española define la justificación como el “probar algo con razones convincentes, testigos o documentos” (RAE, 2014), que “In
ethical discourse, the objective is to establish one’s case by presenting sufficient reasons for it"\(^{15}\) (Beauchamp & Childress, 2013, p.390). Este proceso puede ser realizado a partir de tres modelos de razonamiento de acuerdo con estos autores: el *deductivismo* -“It involves applying a general norm (principle, rule, ideal, rightn, etc.) to a clear case falling under the norms”\(^{16}\) (2013, p.391)-; el *inductivismo* –“ir de hechos concretos a afirmaciones generales sobre dichos hechos, incluyendo la analogía...” (1999, p.15)-; y el *equilibrio reflexivo*, término propuesto por John Rawls, quien así lo define:

La tesis es que la justificación en filosofía ética y política ocurre a través de poner a prueba de manera reflexiva las creencias morales, los principios morales, los juicios y los postulados teóricos con el objetivo de hacerlos coherentes. Sus defensores argumentan que una teoría o conjunto de creencias morales están justificadas si maximiza la coherencia del total del conjunto de creencias que son aceptadas bajo el examen reflexivo (2002, p. 404-405)

El equilibrio reflexivo parte en un primer momento de los *juicios ponderados*, es decir de aquel conjunto de creencias que son aceptadas inicialmente sin necesidad de justificación argumentativa, sobre las que se tienen la mayor confianza y se cree tienen la menor probabilidad de error. Creencias que son susceptibles de ser modificadas con la experiencia. Al respecto se anota:

The goal of reflective equilibrium is to match, prune, and adjust considered judgments, their specifications, and other beliefs to render them coherent. We then

\(^{15}\) “En el discurso ético, el objetivo es establecer en un caso si se han presentado las razones suficientes” (Beauchamp T. y Childress J., 2013, p.390).

\(^{16}\) “Esto consiste en aplicar una regla general (principio, norma, ideal, derecho, etc.) a un caso concreto en el que es claramente aplicable” (Beauchamp & Childress, 2013, p.391)
test the resultant guides to action to see if they yield incoherent results. If so, we must further readjust the guides\textsuperscript{17}. (Beauchamp & Childress, 2013, p.405)

A partir de los cuales se construye una teoría general lo más coherente posible, a través de un \textit{amplio equilibrio reflexivo}. Así lo explica Tom Beauchamp y James Childress:

This position is a version of what has been called "wide reflective equilibrium", in which equilibrium occurs after assessment of the strengths and weaknesses of the full body of all relevant and impartially formulated judgments, principles, theories, and facts (hence the "wide" scope of the account). Moral views to be included are beliefs about particular cases, and about rules and principles, about virtue and character, about consequentialist and nonconsequentialist forms of justification, about the moral status of fetuses and experimental animals, about the role of moral sentiments, and so forth\textsuperscript{18} (2013, p. 406).

\textit{Los principios morales}. El principalismo tiene como marco general de referencia cuatro grupos de principios, que sirven de guía para el desarrollo de normas más específicas. Estos principios generales son definidos por los autores así:

\textsuperscript{17} "El objetivo del equilibrio reflexivo es hacer coincidir, homogenizar y ajustar los juicios ponderados, sus especificaciones y otras creencias para hacerlas coherentes. A continuación, probamos las guías para la acción resultantes para ver si ellas proporcionan resultados incoherentes. Si es así, nosotros debemos reajustar aún más las guías". (Beauchamp & Childress, 2013, p.405).

\textsuperscript{18} "Esta posición es una versión de lo que se ha denominado un \textit{amplio equilibrio reflexivo} en el que el equilibrio ocurre después de evaluar las fortalezas y debilidades del cuerpo total de todos los relevantes e imparciales juicios ponderados, principios, teorías y hechos (por eso el “amplio ámbito de la teoría). Los puntos de vista a ser incluidos son creencias sobre casos particulares, acerca de las normas y los principios, acerca de la virtud y el carácter, acerca de las formas de justificación consecuencialistas y no consecuencialistas, acerca del estatus de los fetos y los animales de experimentación, acerca de los sentimientos morales, etcétera". (Beauchamp, T. y Childress, J., 2013, p.406).
- El respeto por la autonomía. Una norma de respeto y apoyo a las decisiones autónomas. Las dos condiciones esenciales para ello son: la libertad (independencia de las influencias que pretenden controlar) y el ser agente (capacidad para la acción intencional). Esta obligación puede ser interpretada de una manera negativa, las acciones autónomas no deben ser controladas ni limitadas por otros; y una positiva, el promover su realización, ofreciendo información y favoreciendo la toma de decisiones autónomas.

Algunas normas morales más específicas en relación con este principio son: decir la verdad, respetar la privacidad de los otros, proteger la confidencialidad de la información, obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones y ayudar a otros en la toma de decisiones importantes, cuando sea solicitado (Beauchamp & Childress, 2013, p.101-108)

- La no maleficencia. Este principio obliga a abstenerse de causar daño a otros voluntariamente. Las características de estas acciones son la de ser prohibiciones negativas de acción, que deben ser obedecidas imparcialmente y que algunas veces, pueden ser exigidas legalmente. Algunos ejemplos de normas morales más específicas de este principio son: no matar, no causar daño o sufrimiento, no incapacitar, no causar ofensa o no privar a otros de los bienes de la vida (Beauchamp & Childress, 2013, p.150-154).

- La beneficencia. Se hace referencia a un grupo de normas relacionadas con aliviar, disminuir, o prevenir el daño, proporcionar beneficios, y balancear beneficios en relación con riesgos y costos. Las características de estas acciones son: el presentar demandas positivas de acción; no siempre tienen que ser obedecidas imparcialmente; y rara vez ofrecen razones para la sanción legal cuando se fracasa en cumplirlas. Algunos
normas específicas de este principio son: proteger y defender los derechos de los otros, prevenir el daño que podría ocurrirle a otros, eliminar condiciones que podrían causar daños a otros, ayudar a las personas con discapacidad y rescatar a las personas en peligro (Beauchamp & Childress, 2013, 202-204).

- La justicia. Comprende un grupo de normas para la justa distribución de los beneficios, riesgos y costos: como principio formal, este ha sido enunciado por Aristóteles como: "los iguales deben ser tratados igualmente, y los desiguales deben ser tratados desigualmente" (dar a cada uno lo suyo). Los principios materiales de justicia distributiva más importantes que se han propuesto son: a cada persona en igualdad condiciones de libertad y acceso a los bienes en vida que toda persona racional valora, a cada persona de acuerdo con los intercambios del libre mercado, a cada persona de acuerdo con las normas y acciones que maximizan la utilidad social, a cada persona de acuerdo con los principios de justa distribución derivadas de las concepciones del bien desarrolladas en cada comunidad moral (de acuerdo al mérito), a cada persona de acuerdo a sus necesidades para la realización de unas condiciones básicas de bienestar, y a cada persona de acuerdo a sus necesidades para el ejercicio de sus capacidades esenciales para una vida próspera. Estos principios de justicia distributiva pueden ser utilizados, uno o varios, en las diferentes teorías de justicia y por las sociedades, o en el diseño de políticas públicas, especialmente de salud. Su ponderación dependerá de las situaciones particulares del contexto (Beauchamp & Childress, 2013, p.249-253).

La especificación de los principios morales. Este es el proceso por el cual “These principles must be specified in order to achieve more concrete guidance. Specification is a process of reducing the indeterminancy of abstract norms and generating rules with action-
guiding content”19 (Beauchamp & Childress, 2013, p.17). Lo que adiciona contenido a los principios y normas morales en las circunstancias particulares.

Este proceso deliberativo de racionamiento permite la aplicación de los principios al estudio de situaciones concretas a través de la especificación del significado y el alcance de los mismos. Al respecto, ellos explican:

This process is a prime way in which general principles become practical instruments for moral reasoning; and the process also helps explain why the four-principles approach to biomedical ethics is not merely an abstract theory20. (Beauchamp & Childress, 2013, p.17)

De acuerdo a Jorge Ferrer y Juan Álvarez la importancia de este proceso de especificación se debe a:

La especificación es, en el fondo, un proceso de refinamiento para desarrollar el significado y alcance de los principios y normas morales generales en coherencia con los valores y las normas morales aceptadas por el sujeto y/o por su comunidad. Podemos añadir que la especificación es esencial para la vida moral y se da, en mayor o menor grado, en todos los sistemas morales y jurídicos. Es la aplicación inteligente (prudente) de los grandes principios a las situaciones concretas, garantizando la coherencia con el universo de normas y principios morales profesados (2003, p.146).

---

19 “Estos principios deben ser especificados en orden a alcanzar una guía más concreta. La especificación es un proceso de reducir la indeterminación de las normas abstractas y la generalización de las reglas con contenido de guías de acción” (Beauchamp, T. y Childress, J., 2013, p. 17).
20 “Este proceso es la vía primaria a través de la cual los principios generales se vuelve instrumentos prácticos del razonamiento moral; y el proceso también ayuda a explicar porque la aproximación de los cuatro principios a la ética biomédica no es simplemente el de una teoría abstracta” (Beauchamp, T. y Childress, J., 2013, p. 17).
Es de resaltar que la coherencia racional del proceso en relación con los otros principios y normas morales es esencial para evitar la subjetividad, a fin de evitar “el empleo de puntos de vista dogmáticos, sesgados o irracionales para conseguir que la conclusión preferida sea la correcta” (Beauchamp & Childress, 1999, p.27).

**La ponderación de los principios morales.** Los principios morales son considerados por los autores como obligaciones *prima facie*, de acuerdo con la teoría de William David Ross, expuesta en su obra *The Right and the Good* (1930). Las obligaciones *prima facie* son aquellas que deben ser cumplidas siempre, a menos que entren en conflicto con otras obligaciones de igual o mayor rango. En caso de conflicto, debe hacerse un balance entre ellas, para poder determinar cuál de ellas debe predominar, y así poder determinar la obligación *real* o efectiva que debe ser obedecida en esas circunstancias particulares. Al respecto Tom Beauchamp y James Childress escriben:

> No moral theory or professional code of ethics has successfully presented a system of moral rules free of conflicts and exceptions, but this fact should not generate either skepticism or alarm. Ross’s distinction between prima facie and actual obligations conforms closely to our experience as moral agents and provides indispensable categories for biomedical ethics\(^{21}\). (2013, p.16)

En el proceso de ponderación, estos autores proponen seis condiciones que deben ser tenidas en cuenta para justificar la infracción de una obligación *prima facie* a favor de otra, con el propósito de regular este proceso y hacerlo más objetivo:

---

\(^{21}\) “Ninguna teoría moral o código de ética profesional ha tenido éxito en presentar un sistema de normas morales libre de conflictos o excepciones, pero este hecho no debería generar ni escepticismo, ni alarma. La distinción de Ross entre obligaciones prima facie y reales están de acuerdo con nuestra experiencia como agentes morales y dan indispensables categorías para la ética biomédica” (Beauchamp & Childress, 2013, p.16).
1. Good reasons can be offered to act on the overriding norm rather than on the infringed norm.

2. The moral objective justifying the infringement has a realistic prospect of achievement.

3. No morally preferable alternative actions are available.

4. The lowest level of infringement, commensurate with achieving the primary goal of the action, has been selected.

5. All negative effects of the infringement have been minimized.

6. All affected parties have been treated impartially.²² (2013, p.23)

2.2.3 **Crítica de la metodología.** Las críticas a esta metodología surgen a partir del artículo *Una crítica al principalismo* de los filósofos Danner Clouser y Bernard Gert, en el año de 1990. Las cuales están referidas a cinco aspectos del método: la teoría ética y el sistema de referencia moral subyacente a la propuesta; el agente moral y el contexto; las acciones morales; los principios morales; y la especificación y ponderación de los principios morales.

*La teoría ética y el sistema de referencia moral.* Una de las críticas más importantes que se le hace al principalismo es el no presentar una teoría filosófica de base que la sustente, y consecuentemente, la carencia de un canon o sistema de referencia moral. A este respecto Bernard Gert, Charles Culvert y Danner Clouser (2006) señalan como en el principalismo, al igual que en la mayoría de las teorías principalistas, no brindan una teoría ética de base unificada, sistemática y pública que sustenten los principios morales.

²² "1. Las razones que justifiquen la norma prevalente deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida. 2. El objetivo moral que justifica la infracción tiene posibilidades reales de lograrse. 3. No están disponibles otras acciones alternativas moralmente preferibles. 4. El menor nivel de infracción en relación con el objetivo primario a alcanzar ha sido seleccionado. 5. Todos los efectos negativos de la infracción han sido minimizados. 6. Todas las partes afectadas han sido tratadas impartialmente". (Beauchamp & Childress, 2013, p. 23).
propuestos; así como una metodología clara para su aplicación. En relación con esto, Jorge Ferrer y Juan Álvarez afirman:

Destaca la ausencia de una teoría filosófica de base que sirva de sustento a una teoría ética fundante de su propuesta(...) Esta carencia supone asimismo la ausencia de la justificación de la moralidad misma, su estructura formal, de las características de los agentes morales, las de los actos morales, etc... Esta ausencia desencadena necesariamente la falta de justificación de los principios morales que proponen los autores. (2003, p.160)

En consideración a la ausencia de un canon o sistema de referencia moral Diego Gracia comenta:

Antes y por encima de las formulaciones deontológicas, una ética ha de tener un canon o sistema de referencia moral. Y por una vía o por otra, siempre se llegará a la conclusión de que este sistema de referencia debe ser el ser humano, el respeto de todos y cada uno de los seres humanos... Por más que Beauchamp y Childress parecen aceptar sin discusión ninguna ese canon de moralidad, no dicen nada claro al respecto. (Beauchamp & Childress, 1999, p.XIV)

*El agente moral y el contexto.* En relación con el agente moral se critica a estos autores por el énfasis que en su método hacen a la valoración del acto y a sus consecuencias, relegando a un segundo plano al agente moral y al contexto. A este respecto, escritores representativos de diferentes teorías éticas (la ética casuística, la ética de las virtudes, la ética del cuidado, la ética narrativa, la ética comunitarista, el feminismo y el individualismo liberal) han llamado la atención en la necesidad de una evaluación ética
integral, que tenga en cuenta la historia de vida del sujeto o sujetos participantes; sus valores y virtudes; y el contexto histórico y cultural en donde la acción se desarrolla (Pellegrino & Thomasma, 1995; Beauchamp & Childress, 1999; Ferrer & Álvarez, 2003; Requena, 2005; Tealdi, 2008; Petersen, 2013).

**La acción moral.** Por otra parte, algunos autores señalan como una debilidad de esta propuesta en relación con la valoración moral de las acciones humanas, el basar su análisis en unos principios *prima facie* que niegan la posibilidad de unos principios o normas absolutas. Negando la posibilidad *a priori* de acciones intrínsecamente inmorales y con ello, el riesgo de su justificación en cualquier situación. Al respecto Pablo Requena escribe:

> Aquí nos interesa señalar simplemente el siguiente punto: si es posible definir las acciones morales por sus objetos y constatamos que la elección de algunos de esos objetos (que corresponden a tipos de acciones) suponen siempre un desorden en la voluntad, las normas morales que prohíban esos comportamientos han de ser absolutas. (2005, p.145)

- Los principios morales: como se anotó anteriormente, una de las grandes críticas que se le hacen al principialismo es la de no estar basado en una teoría ética estructurada que permita seleccionar, definir, relacionar y armonizar objetivamente los principios morales entre sí (Ferrer & Álvarez, 2003; Requena, 2005; Gert, Culvert, & Clouser, 2006; Clarke, 2009). Bernard Gert, Charles Culvert y Danner Clouser a este respecto comentan:

> El resultado final de tener principios con un contenido no claro, que no son parte de ningún sistema público unificado, es que un agente no esté consciente de las legítimas razones para sus decisiones morales. Porque los principios no son claros y
en absoluto, imperativos directos, simplemente una colección de sugerencias y observaciones, ocasionalmente en conflicto, el agente no puede saber que son realmente una guía para su acción. (2006, p.124)

Pablo Requena resalta la generalidad de los principios y normas que dificulta su aplicación a los casos concretos, al afirmar: “Hasta que no se determine exactamente qué significa cada principio, no seremos capaces de responder a las preguntas reales” (2005, p.151). En relación con la pretensión de universalidad de estos principios, Juan Carlos Tealdi anota:

Sostiene que hay principios éticos fundamentales aceptados por todas las épocas y culturas y aplicables en modo universal a todos los agentes y acciones en todo tiempo y lugar, siendo poco sensible a los contextos en los cuales se verifican los hechos morales y se toman las decisiones éticas. (2008, p.47)

La ausencia de una jerarquía entre los principios, al considerarlos todos ellos como principios prima facie, dificulta la toma de decisiones en los casos concretos. Alfonso Gómez-Lobo a este respecto dice:

…pues si bien un acto puede ser rechazado por violar indistintamente cualquiera de los cuatro principios, al no haber una regla o estrategia para decidir cuál principio debe aplicarse a un caso dado se genera un sistema admirablemente flexible (a ojos de sus seguidores) o arbitrariamente ecléctico (a ojos de sus detractores). (2009, p.43)
La jerarquización de los principios para algunos autores daría una mayor coherencia a esta propuesta. Por ejemplo, Juan Carlos Tealdi resalta la importancia que podría tener el principio de justicia como un elemento regulador dentro de esta teoría:

…el principalismo en ética no tiene coherencia interna, ni poder explicativo o justificativo, ni viabilidad en sus pretensiones teóricas por qué no ha dado un solo ejemplo de subordinación de la idea de justicia a algún principio ético. Pretender hacerlo es caer en contradicción ya que es precisamente la idea de justicia aquella que da coherencia armónica, poder interpretativo y legitimación procedimental a los principios éticos. (2005, p.41-42)

Por otra parte, otros autores consideran que los cuatro principios morales son insuficientes para dar respuesta a los dilemas éticos que surgen del avance tecnocientífico y la posibilidad del ser humano en incidir con sus acciones, no solamente sobre sí mismo y sus congéneres en el momento actual en un contexto específico; sino también, de una manera global sobre la humanidad y la vida del planeta en general, en el presente y en las generaciones futuras. Así como también, para el estudio de situaciones que trascienden la relación médico-paciente, para abarcar de una manera más amplia otras dimensiones en relación con la esfera personal, institucional y social. Ya que estos principios morales están orientados especialmente al estudio de los conflictos que se suscitan en las relaciones humanas en situaciones específicas del aquí y el ahora, especialmente en el ámbito clínico (Petersen, 2013; Casanova, 2011; León, 2009). A este respecto Ana Casanova llama la atención en la propuesta de Hans Jonas, quien propone el estudio de la realidad a partir del principio de responsabilidad, al respecto comenta:
Se demuestra la validez del Principio de Responsabilidad de Hans Jonas que, como evaluación crítica de la ciencia y la tecnología modernas, llama a actuar con cautela y humildad frente al enorme poder transformador de la tecnociencia pues el orden ético está presente, no como realidad visible, sino como un llamado que pide calma, prudencia y equilibrio. (2011, p.113)

Por su parte Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser consideran que los principios o normas morales son deberes perfectos, es decir de obligatorio cumplimiento. En este sentido ellos resumen los principios en uno solo, el principio de no maleficencia, en el que incluyen cinco normas morales básicas: no matar, no causar dolor, no causar discapacidad, no privar de la libertad y no privar del placer. En este principio los autores engloban el principio de autonomía dentro del enunciado *no privar de la libertad*, que “incluye la libertad de actuar, así como de no privar al sujeto de la oportunidad de actuar” (2006, p.36). Mientras que los principios de justicia y beneficencia, por su naturaleza, no los consideran como normas morales sino como ideales morales, “*deberes imperfectos*, es decir, deberes en que las personas tienen elección para decidir cuándo seguirlas y en consideración a quien. Esto es porque los deberes imperfectos son imposibles de seguir imparcialmente o todo el tiempo” (2006, p.115).

- La metodología para la toma de decisiones, la especificación y la ponderación de los principios morales: algunos autores han considerado al principalismo fundamentalmente como un método para la toma decisiones más que una guía clara para la acción moralmente adecuada, al considerar que ningún principio por sí mismo
lo puede ser, ya que estos para su aplicación deben contextualizarse a la realidad. A este respecto Kristen Hiñe dice:

Más bien, es mi intención sugerir que nosotros podemos entender estos principios de manera diferente, y que cuando el principalismo se entiende como una teoría que se refiere a la justificación moral más que a la rectitud, tal vez tenemos una nueva manera de abordar la cuestión de la aplicabilidad. Tal vez, esta sea una conclusión poco satisfactoria: esto es todo lo que podemos realmente lograr a través de la aplicación de estos principios, la acción justificada, no la acción moralmente correcta. Yo estoy en desacuerdo, sin embargo, pienso que puede ser poco realista adherirse a la creencia de que uno tiene acceso a la rectitud moral a través de la aplicación de los principios. Yo sospecho que simplemente no podemos conocer el curso correcto de acción mediante la aplicación de un principio. (2011, p.387-388)

Sin embargo, sus críticos señalan que la ausencia de una teoría y un marco de referencia moral que unifique principios, permite que en la argumentación para la toma de decisiones pueda primar la opinión o intereses de una mayoría que está en capacidad de participar, sobre una minoría silenciosa que no lo puede hacer, al respecto Tadeuz Biesaga anota:

El objetivo básico de este tipo de bioética es una comunidad pacífica. A fin de mantener la paz entre los negociadores, ciertos grupos de seres humanos al comienzo o al final de sus vidas son sacrificados, eliminados por el aborto o la eutanasia. Puesto que, el hombre en su período prenatal, la infancia, o cuando presenta una enfermedad terminal y está muriendo, no participa en los procedimientos de negociación, que han de decidir quién tiene derecho a la vida…
El enfoque pragmatista de la bioética angloamericana, en la forma de la casuística y el principalismo, por ejemplo, el procedimiento ético da a estas éticas una independencia ilusoria de la filosofía. Esta independencia, como afirma Alasdair MacIntyre, lleva a afectar la justificación moral para distinguir el bien y el mal, esta se pierde, en beneficio de una cultura emotivista de la manipulación. (2003, p.24-25)

En relación a la especificación, Pablo Requena afirma:

La mayor crítica apuntada es la posibilidad de realizar especificaciones que llevan a conclusiones morales contrarias en un mismo caso… Jonsen, por su parte, aunque entiende que la especificación es una herramienta útil, piensa que no llega a considerar todas las circunstancias específicas de los casos concretos. (2008, p.24)

Con respecto a la ponderación, Pablo Requena hace estas observaciones. En primer lugar:

Por su parte, Holm escribe que las reglas que presentan Beauchamp y Childress se quedan a un nivel puramente formal, sin proporcionar criterio alguno para guiar nuestra decisión. La consecuencia es que con la ponderación se puede llegar a justificar cualquier comportamiento. (2008, p.23)

En segundo lugar, basado en la teoría de bienes este autor llama la atención que al sopesar los principios, realmente lo que se está haciendo es una ponderación de bienes o valores intrínsecos subyacentes a los mismos aplicados a los casos concretos:

Otro punto que interesa señalar en relación a la ponderación es que cuando nos encontramos ante un conflicto moral, la posible ponderación no se da a nivel de
principios. En realidad, son los bienes -que los principios o las normas morales tratan de proteger- lo que valoramos y ponderamos en esos casos. (2008, p.23)

2.2.4 Conclusiones

La obra de de Tom Beauchamp y James Childress es reconocida como uno de los aportes más importantes para la toma de decisiones en el campo de la bioética clínica, fundamentada en la moral común y en el reconocimiento de cuatro principios de obligación prima facie (el respeto a la autonomía, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia) que constituyen el marco general para el estudio de los problemas bioéticos. A partir de los cuales, a través de un proceso de deliberación que permita su especificación y ponderación, se busca alcanzar normas consensuadas que sirvan de guías concretas para la acción, con miras a resolver el problema planteado.

Las principales críticas realizada a este método se afirman en: la ausencia de una teoría filosófica estructurada y de un canon o sistema de referencia moral que sustente su propuesta; un énfasis del método en el acto y sus consecuencias, relegando del análisis la historia de vida del sujeto, sus valores y virtudes, y el contexto histórico y cultural en donde se desarrolla la acción; unos principios de obligación muy generales, no jerarquizados, con una metodología poca clara en relación con su aplicación a los casos concretos y a la resolución de conflictos entre ellos; para algunos, insuficiente para dar cuenta de los problemas que surgen de los avances tecnocientíficos y de las repercusiones de estos en la vida misma en el planeta; y finalmente, sin una garantía en el proceso de toma de decisiones para que no se imponga la voluntad o intereses de la mayoría sobre los de una minoría.
2.3 Los métodos de toma de decisiones de Diego Gracia


En su obra se pone de manifiesto un gran interés por el análisis de los problemas éticos en el campo de las ciencias de la salud, cuyo objeto de cuidado es el mismo ser humano. En este campo, uno de sus aportes más importantes ha sido la búsqueda de un método adecuado para la toma de decisiones bioéticas frente a las situaciones problema que se presentan en la práctica clínica. Es así como en su obra se pueden identificar dos períodos que buscan dar respuesta a esta problemática, de acuerdo con Juan Pablo Faúndez (2013): "la primera bioética" (1983-2000), en donde el filósofo basa su propuesta en el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress; y "la segunda bioética" (2000- ), en el que enfatiza la importancia del constructivismo axiológico en el campo moral y reconoce a la deliberación, como el mejor camino para la resolución de los problemas bioéticos en la práctica clínica. El objetivo de este capítulo es el estudio de estas dos propuestas, en relación con su fundamentación, el método desarrollado, las críticas realizadas por otros autores y algunas conclusiones específicas a cada una de ellas.

2.3.1 El método principalista. En esta primera etapa, Diego Gracia a través de su propuesta busca dar respuesta a las críticas realizadas al método principalista, en relación
con la ausencia de una teoría filosófica estructurada, y un canon o sistema de referencia moral que sustente su propuesta; así como, con la no jerarquización de sus principios.

2.3.1.1 La fundamentación bioética. Desde el punto de vista de su fundamentación, Diego Gracia sustenta su método en la ética formal de bienes, que se desarrolla a partir del trabajo de Xavier Zubiri (1898-1983), filósofo español. Para ello, parte del reconocimiento que se hace en el proceso del conocimiento de la realidad en el ser humano en un primer momento de la aprehensión de la realidad de una manera simultánea, intelectual y emocional, a través de lo que se ha denominado la “inteligencia sentiente”, como lo explica Diego Gracia:

La descripción noológica (fenomenológica) del hecho más simple y elemental de aprehensión humana nos muestra que no hay dos actos, uno de sentir y otro de inteligir, sino uno solo, a la vez sintiente e intelectivo… En la aprehensión de la realidad se nos actualiza el bien primordial, lo que lleva al logos humano a estimar las cosas, a preferirlas, y a valorarlas como buenas o malas [el sistema de referencia]. A partir de ahí, la razón elaborará luego la moral normativa, el deber moral. El orden es, pues, de la aprehensión de las cosas en tanto que bienes y valores (nivel ético o protomoral) a la construcción de una ética racional (nivel moral o normativo). (2008a, p.368)

A partir de esta capacidad de aprehender la realidad, los seres humanos son capaces de conocer su entorno de una manera formal, como lo explica Diego Gracia:

Ahora bien, hay una cierta prioridad o superioridad de la formalidad sobre el contenido, de modo que en la aprehensión del contenido tiene una realidad estrictamente formal, no fundamental; dicho de otra manera, de él no podemos decir
que tenga un fundamento real en el mundo, sino sólo que es real en la aprehensión. (2008a, p.372)

De igual forma que la aprehensión de la realidad se hace de una manera formal, la moralidad tiene este mismo carácter, lo que lleva a afirmar: “El hombre es una realidad formalmente moral… La impresión de la realidad nos permite fundamentar la moral, pero de modo formal, estructural, no mediante el establecimiento de normas o criterios de contenido prescriptivo concreto. Esta es tarea de la razón…” (Gracia, 2008a, p.373).

Ahora bien, el reconocimiento de la capacidad de aprehender la realidad por parte del hombre implica la posibilidad de la realidad de ser conocida. La realidad, por tanto, por su misma naturaleza se constituye en un “bien”, en algo bueno capaz de ser apropiado. En donde, la valoración de la realidad, en este primer momento, se hace a través de un proceso de preferencia de acuerdo con su misma naturaleza, por medio de la cual una realidad o bien es seleccionado o no en relación a otra. Diego Gracia así lo explica:

El valor no es más que la valoración del bien, es decir la valía de un bien… La estimación lo es siempre de un bien o un mal taliativo, es decir, del modo como una realidad “queda” respecto a la realidad humana, ya sea en condición de favorecerla, ya de perjudicarla… El paso de “sería” de la estimación al “es” de la valoración se efectúa mediante el acto que Zubiri denomina “preferencia”. Preferir es siempre y sólo preferir un bien a otro. (2008a, p.379)

A partir de estos presupuestos, que se constituyen en lo que Xabier Zubiri ha denominado el “sistema de referencia” es posible entonces construir y justificar de manera racional una escala de valores objetiva, universal y jerárquica; así como una moral normativa propiamente dicha. Diego Gracia anota:
Naturaleza, queda un problema por resolver, el de si esas estimaciones y esos valores son verdaderos no sólo en la aprehensión sino allende en ella, en la realidad del mundo; es decir, si son “objetivamente” verdaderos. Tal es la ingente empresa de la razón moral. Sólo a ese nivel puede hablarse de una “ciencia moral” o de un “sistema moral”. Todo lo anterior, el análisis de los bienes y valores en tanto que dados en la aprehensión es algo previo a la “moral normativa” propiamente dicha. Se la puede llamar “moral fundamental” o “fundamentación de la moral”. Hasta tal punto es previa a la moral normativa y fundamento suyo que Zubiri la considera el “sistema de referencia” de toda posible moral normativa. (2008a, p.380)

2.3.1.2 El método de toma de decisiones. Este método sigue el modelo explicativo de la razón teórica o especulativa propuesto por Xabier Zubiri, a través de la cual se conoce y explica la realidad, a partir de cuatro pasos básicos: a) el sistema de referencia, un primer momento, en el que la realidad es aprehendida o percibida como algo por parte del ser humano en relación con su conocimiento previo, “...la intelección racional se apoya en los previamente intelegido, y que este apoyo es justo principio canónico de intelección. Pues bien, este principio canónico es lo que constituye en sistema de referencia” (1983, p.211); b) el esbozo, a partir del cual se construye una explicación de esta realidad, “porque el esbozo es la forma concreta de alumbramiento de posibilidades (reales y de intelección).... Este contenido en cuanto posibilidad es siempre algo construido: es construcción” (1983, p.220); c) la experiencia racional, que luego se pone a prueba, mediante su contrastación con la realidad, “se constata lo que es en realidad. Se prueba lo que podría ser” (1983, p.226); y d) la verificación, lo que finalmente permite comprobar su veracidad, “cumplimiento, verificación, consiste formalmente en dar razón.
De ahí que el conocimiento consiste en ser la intelección de las cosas en cuanto nos dan razón” (1983, p.265), ver Tabla 2. Esta tesis o esbozo verificado no tiene un carácter permanente; es un proceso dinámico, que puede y debe ser revisado y modificado, en la medida en que este no se adecue a la realidad, en similitud al método científico descrito para el conocimiento sistemático de la realidad (Gracia, 2008a).

*Tabla 2. El modelo de la razón teórica de Xavier Zubiri*

<table>
<thead>
<tr>
<th>El modelo de la razón teórica de Xavier Zubiri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Sistema de Referencia</td>
</tr>
<tr>
<td>Aprehensión de la realidad, &quot;inteligencia sentiente&quot;</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Esbozo</td>
</tr>
<tr>
<td>Hipótesis / Suposición</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Experiencia Racional</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Verificación</td>
</tr>
<tr>
<td>Tesis / Esbozo verificado</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

A partir de este modelo, Diego Gracia propone su método de toma decisiones adaptándolo a la razón moral. Es así como en este método, de igual forma, se identifican cuatro etapas: La primera, el sistema de referencia moral, que ofrece la base a partir de la cual se cimienta la totalidad del método, que se encuentra fundamentada en el nivel ético o protomoral. La segunda, el esbozo moral, que se estructura de manera racional en una ética normativa, basada en este caso en principios morales. La tercera, la experiencia moral, que contrasta el caso con las consecuencias esperadas del mismo. Y un último momento, la toma de decisión, mediante la verificación de la misma en relación con el sistema de referencia, los principios y las consecuencias de ella esperada, denominada la justificación moral, ver Tabla 3. A este respecto, Diego Gracia explica:
La protomoral es el “sistema de referencia” de toda la moral normativa. Desde él y por él, la razón se halla lanzada a “esbozar” lo que podría ser la cosa en la realidad del mundo... Todo esbozo es una “posibilidad” entre otras, lo que quiere decir que el esbozo es, en realidad, un “sistema de posibilidades”... Una vez elaborado el esbozo de posibilidades, el hombre tiene que contrastarla con la realidad en la “experiencia”, de modo que sea la misma realidad la que “apruebe” o “repruebe” el esbozo... Cuando la experiencia aprueba el esbozo, éste queda verificado. Se trata de una auténtica y rigurosa verdad, no de mera convención (esto es lo que separa a Zubiri de los convencionalistas estrictos), pero de una verdad tan provisional y tan abierta como lo sean los propios esbozos que verifica. (2008a, p.485)

El método propuesto por Diego Gracia se expone a continuación, de su libro *Procedimientos de decisión en ética clínica* (2008b):

- El sistema de referencia moral: este método parte del reconocimiento de una premisa ontológica básica: "el hombre es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio"; de la que se deriva, en consecuencia, un principio ético general de carácter y validez universal, para guiar la voluntad y la acción moral: "en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto", en el que se sustentará este método de toma de decisiones. En el que se refrenda el imperativo categórico Kantiano, “Actúa de tal modo que consideres a la humanidad, y a ti mismo como a los otros, siempre como un fin en sí mismo y nunca como un simple medio” (Fundamentación de la metafísica de las costumbres, p. 201), en el que se reconoce a las personas como fines en sí mismos.
El esbozo moral. A partir del sistema de referencia moral se inicia la identificación y el análisis de los problemas morales, mediante su contrastación con los cuatro principios éticos propuestos por Tom Beauchamp y James Childress (19784). Los cuales Diego Gracia ha jerarquizado en dos niveles, para facilitar el análisis. Un primer nivel, correspondiente a la dimensión pública, propia de la ética de mínimos o civil, cuyos contenidos con frecuencia son objeto de protección por parte del Derecho, distintivo de los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel, concerniente a la dimensión personal o privada, perteneciente a la ética de máximos, característico de los principios de autonomía y beneficencia. A este respecto se anota:

Si esto es así, si éste es el esbozo, entonces hemos de decir que los cuatro principios se ordenan en dos niveles jerárquicos que podemos denominar, respectivamente, Nivel 1 y Nivel 2. El primero, el nivel 1, está constituido por los principios de No-maleficencia y de Justicia, y el nivel 2 por los de Autonomía y Beneficencia. El primero es el propio de la "ética de mínimos", y el segundo es el de la "ética de máximos". A los mínimos morales se nos puede obligar desde afuera, en tanto que la ética de máximos depende siempre del propio sistema de valores, es decir, del propio ideal de perfección y felicidad que nos hayamos marcado. Una es la ética del "deber", y la otra la ética de la "felicidad". También cabe decir que el primer nivel es el propio de lo "correcto" (o incorrecto), en tanto que el segundo es el propio de lo "bueno" (o lo malo). Por eso el primero se corresponde con el Derecho, y el segundo es el específico de la Moral. (Gracia, 2008b, p.129-130)
De acuerdo con el autor, el establecer esta jerarquía entre los principios permite definir una prioridad entre ellos y en su contrastación con la realidad, una posible excepción en favor de uno de ellos. Al respecto se afirma:

El criterio de jerarquía no sirve para hacer excepciones, sino sólo para ordenar los valores, concediendo prioridad a unos sobre otros. Lo que la urgencia hace es que a veces se pueda actuar en contra de la jerarquía, es decir, eligiendo valores o principios inferiores en vez de los superiores. Y eso ya no se puede justificar desde el propio esbozo, sino desde otro nivel del método de la razón, que es lo que Zubiri llama experiencia. (Gracia, 2008b, p.134)

- La experiencia moral. En esta etapa de la toma de decisiones, una vez identificados los problemas morales, se empieza a analizar cada uno de ellos de manera individual. Para cada uno de estos se van estableciendo los posibles cursos de acción y sus posibles consecuencias, en relación con el nivel 1 (consecuencias "objetivas"); y el nivel 2 (consecuencias "subjetivas").

- La verificación moral. Finalmente, los posibles cursos de acción propuestos y sus posibles consecuencias consideradas se contrastan con los principios éticos de nivel 1 y 2, y el sistema de referencia moral; para luego así, poder recomendar el curso de acción de mayor calidad y corrección. En caso, de que el curso de acción seleccionado se considere que pueda vulnerar de manera potencial o real a alguno de estos principios, se deberá justificar argumentalmente la excepción siempre a favor del sistema de referencia moral. A este respecto Diego Gracia refiere:

Por eso Zubiri dice que en la experiencia el esbozo se "prueba", ya que es la propia realidad la que lo "aprueba" o "reprueba", si no totalmente, sí al menos de modo
parcial y limitado. Cuando lo reprueba total o ampliamente, hay que cambiar de esbozo, por el contrario, lo reprueba en caso particular, hay que hacer una excepción al esbozo. Y la legitimidad de esta excepción viene, como no podía ser menos, del propio sistema de referencia. Es él el que nos permite saber que los esbozos no son nunca completamente adecuados a la realidad, que por tanto ésta tiene prioridad sobre el mismo esbozo. (2008b, p.135)

Tabla 3. El método principalista de Diego Gracia.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>El método principalista de Diego Gracia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td><strong>Sistema de Referencia Moral (ontológico)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Premisa ontológica:</strong> El hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Premisa ética:</strong> En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto</td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td><strong>Esbozo Moral (deontológico)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Nivel 1:</strong> No maleficencia, Justicia</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Nivel 2:</strong> Autonomía, Beneficencia</td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td><strong>Experiencia Moral (teleológico)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Consecuencias objetivas</strong> o de nivel 1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Consecuencias subjetivas</strong> o de nivel 2</td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td><strong>Verificación Moral (justificación)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Contraste del caso con la “regla”</strong> (2)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Compruebe si es posible justificar una “excepción” a la regla</strong> (3)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Contraste la decisión tomada con el Sistema de Referencia</strong> (1)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td><strong>Tome la decisión final</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>


En resumen, las diferentes etapas identificadas para el estudio de los problemas bioéticos en la práctica clínica con base en este método son esquematizados en la Tabla 4, de acuerdo con la propuesta de Diego Gracia (2008b) y el trabajo de Pablo Simón Lorda, Azucena Couceiro e Inés Barrio (1999):
Tabla 4. Las etapas del estudio de los problemas bioéticos de acuerdo con el método principalista de Diego Gracia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Etapas del método principalista de Diego Gracia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Analizar los hechos - la historia clínica basada en problemas-</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Identificar los problemas bioéticos e iniciar el estudio de cada uno de ellos de manera independiente</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Identificar los principios implicados en cada conflicto</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Señalar los cursos de acción probables e identificar sus posibles consecuencias</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Contrastar cada una de estas soluciones posibles con los principios éticos del nivel 1 y 2</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Contrastar cada una de las soluciones posibles con el sistema de referencia</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Tomar la decisión final</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

2.3.1.3 Evolución de los problemas éticos. Adicionalmente, Diego Gracia resalta la importancia de la Historia Clínica basada en problemas, como el insumo básico para el estudio de los problemas bioéticos en la práctica clínica. A la que propone adicionar un quinto aparte enfocado al estudio de esta problemática, que ha denominado "Evolución de los problemas éticos", en el que se incluyen los siguientes anexos (2008b, p.144-145):

- La identificación de problemas morales: en ella se identifican cada uno de los problemas morales, con la fecha respectiva de identificación y resolución, cuando esto sea posible; y se hace referencia a su relación de dependencia con otros problemas morales, si estos existen. El análisis de cada uno de ellos se realiza de manera individualizada, como el filósofo especifica:
Conviene diferenciar, enumerar y definir cada uno de ellos, a fin de que luego puedan ser analizados separadamente. Cuando no se procede así, la discusión sobre los distintos problemas se mezcla, con lo cual su solución es casi imposible. Con frecuencia sucede que cuando varias personas discuten los problemas éticos de una historia clínica, cada uno centra su atención en un problema distinto, lo que hace la discusión muy difícil y casi imposible el acuerdo. (2008b, p.143)

- La evaluación de la capacidad del paciente. En la que se puede disponer de cualquiera de los instrumentos dispuestos para ello, como la escala móvil de James Drane.

- El o los consentimientos informados correspondientes a las intervenciones médicas propuestas al paciente, durante su atención por parte de los profesionales de la salud.

- Otros documentos relacionados con el consentimiento informado en relación con su atención de salud presente o futura, como: "testamentos vitales, órdenes de no reanimación, poderes notariales, etc." (2008b, p.144).

- Los formularios de verificación de la información suministrada, que permiten evaluar la calidad de los consentimientos informados, especialmente en lo relacionado con la información suministrada y la comprensión alcanzada por el paciente de la misma.

- Los diferentes cursos de acción posibles en relación con la atención en salud del paciente.

- El análisis del problema o problemas morales.

- La evolución de los problemas morales.

- El informe de alta.

Con base en lo anterior, el modelo básico de la historia clínica por problemas quedaría así constituido, ver Tabla 5.
Tabla 5. La historia clínica por problemas propuesta por Diego Gracia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Historia clínica por problemas propuesta</th>
<th>Por Diego Gracia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I. Base de datos</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Datos de identificación</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Anamnesis</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Antecedentes.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Exploración</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II. Inventario de problemas</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Problemas biológicos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Problemas humanos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III. Evolución de los problemas biológicos</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Síntomas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Signos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Interpretación</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Tratamiento</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Exploraciones complementarias</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IV. Evolución de los problemas éticos</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Hoja de identificación de los problemas éticos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Hoja de evaluación de la capacidad del paciente</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Hoja de consentimiento informado</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Hoja de cursos de acción posibles</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Hoja con los pasos del proceso metódico de toma de decisiones</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Hoja de evolución</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Informe final</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>V. Informe de alta</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Problemas en la admisión</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Investigación y tratamiento de los problemas</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Estado final de los problemas en el momento de alta</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Diagnósticos finales</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


**2.3.1.4 Críticas de la metodología.** Para Pablo Simón Lorda (2000); y Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez (2003) la propuesta metodológica de Diego Gracia se encuentra adecuadamente fundamentada en una teoría filosófica sólida, la teoría ética formal de bienes; de igual forma, se le reconoce como una propuesta flexible con capacidad
de adaptarse a nuevas realidades que a través de la jerarquización de los principios facilita su implementación para el estudio de los casos. Al respecto estos últimos comentan:

Por un lado, se apoya en una teoría filosófica subyacente bien desarrollada como es la fenomenología de Xabier Zubiri, con una articulación conceptual y un discurso coherente, con una metodología filosófica probada y que da cuenta de los presupuestos necesarios para el posterior desarrollo de la teoría moral… En resumen, es una propuesta sólida, bien fundamentada, coherente y al mismo tiempo nada rígida, sino flexible y dúctil que permite incorporar modificaciones de los contenidos sin necesidad de cambiar de paradigma… La propuesta de la jerarquía de los principios de la bioética es muy fructífera y tiene como principales virtudes su sencillez, ser muy pedagógica y ayudar muy bien a la toma de decisiones y a la resolución de conflictos morales en casos reales. (Ferrer & Álvarez, 2003, p.463-464)

En relación con el esbozo moral, Pablo Simón Lorda resalta la importancia que ha tenido el principio de autonomía para la ética de la Edad Moderna, de la que ha sido su fundamento:

...la conquista de la Modernidad fue la conceptualización de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad de decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. (2000, p.166)

A partir de la cual, se fundamenta la premisa ontológica del método principalista de Diego Gracia y se deriva su premisa ética general. De acuerdo a esta apreciación, Manuel
Atienza (2010) y Pablo Simón Lorda (2000) llaman la atención acerca de como el principio de autonomía sería parte esencial o constitutiva del sistema de referencia, a partir del cual se derivarían los restantes principios de nivel 1 y 2. A este respeto se explica:

La autonomía es, es realidad, un atributo de los hombres, es el núcleo de una antropología determinada, la antropología moderna, como el ajustamiento al orden natural es el núcleo de la antropología naturalista. De la autonomía como atributo antropológico nace una determinada visión de moralidad. En la visión kantiana de autonomía funciona como principio objetivo de la acción, como ley moral, y desde esta perspectiva podríamos decir que constituye el centro del sistema canónico de referencia, pues -como señala Adela Cortina (1993: 230 y ss.)- ella es la clave de la idea de dignidad. (Simón, p.167)

De igual forma, Adela Cortina resalta la importancia de este principio, que por su naturaleza debería ser considerado en este método como de nivel 1; al respecto afirma, en una anotación a final de página en su libro Ética aplicada y democracia radical:

D. Gracia introduce un orden lexicográfico entre los cuatro principios de la bioética, porque considera que no-maleficencia y justicia pertenecen al orden de los mínimos mientras que beneficencia y autonomía corresponden a los máximos (ver Fundamentos de Bioética). Sin embargo, dada la reformulación que en este capítulo hemos hecho de la autonomía, resulta imposible situarla entre los máximos, no exigibles, sino opcionales. (2011, p.240)

Adicionalmente, Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez (2003) hacen referencia de la dificultad de considerar los principios de nivel uno, justicia y no maleficencia, exclusivos
de la esfera pública; así como los del nivel dos, autonomía y beneficencia, propios de la esfera privada; puesto que en el estudio de los casos concretos, los principios de nivel 1 pueden en algunos casos estar referidos a la esfera privada del individuo; así como los de nivel 2 a la pública. En relación con esta jerarquización, Manuel Atienza hace las siguientes observaciones:

Finalmente, la distinción entre esos dos niveles presupone dos ideas que no me parecen aceptables: una es la tesis... de que causar un daño a una persona es moralmente peor que no hacerle un bien...; esto es lo que parece estar en el fondo de la prioridad que él atribuye al principio de no maleficencia sobre el de beneficencia, a pesar de que se esfuerza... por no presentar estos dos últimos principios como el reverso y el anverso de una misma realidad, sino como una diferencia «entre el bien común y el bien particular» (GRACIA, 1991, p. 129); en todo caso, su afirmación... carece, en mi opinión, de justificación, pues presupone que el «bien» de una persona es algo subjetivo (lo que ella considera como tal), mientras que el «mal» podría ser determinado de acuerdo con criterios objetivos, esto es, con independencia de lo que considere como «malo para ella». La otra idea que no me parece de recibo es la conexión que efectúa de todo lo anterior con el derecho. La tesis de que el derecho viene a configurar una especie de mínimo ético puede... aceptarse, pero de ahí no se sigue la vinculación que él establece de lo jurídico con el primer nivel de la ética; o, mejor dicho, esto podría resultar cierto en relación con el derecho del Estado liberal -o con ciertas ramas del derecho-, pero no parece serlo en relación con el derecho del Estado social y democrático que proclama como valores consustanciales (entre otros) el bienestar y la autonomía de los individuos. (2010, p. 24-25)
Por otra parte, Pablo Simón Lorda señala la pobre definición del método en relación con la resolución de conflictos entre principios, que no alcanza a ser resuelta de una manera suficiente con su jerarquización. Al respecto anota:

Sin embargo, sí es cierto que resulta imprescindible definir reglas de procedimientos para justificar excepciones. Es verdad que, en última instancia, la justificación de excepciones tiene un carácter deliberativo y prudencial muy importante, pero ello no impide realizar un esfuerzo decidido por racionalizar dicho proceso. Esta es, todavía, una tarea pendiente. (2000, p. 170)

De igual forma Manuel Atienza resalta la importancia de resolver el conflicto entre los principios éticos, no a partir de su jerarquización, sino de la contrastación de las reglas que de estos se deriven, de manera similar al método utilizado en el ámbito jurídico; como lo explica a continuación:

...aunque los principios (morales) no sean jerarquizables de la manera que él propone [Diego Gracia], eso no quiere decir que no pueda -mejor, no deba- establecerse algún tipo de ordenación en el proceso de su aplicación; lo que ocurre es que esa ordenación no tiene lugar propiamente en el nivel de los principios, sino en el de las reglas. Mostraré ahora, antes de volver a los principios de la bioética, de qué manera se produce esto, es decir, cómo opera la racionalidad jurídica ante conflictos que envuelven principios -principios en sentido estricto- y que plantean exigencias incompatibles entre sí. (2010, p.30).

Finalmente, Diego Gracia reconoce que este método basado en principios puede ser insuficiente, en primer lugar, por restringir la discusión ética tan solo al ámbito de los
principios, dejando por fuera otras dimensiones para el análisis ético, como el estudio de los valores y las virtudes, y el contexto en que se desarrolla la acción, etcétera. A este respecto afirma:

Cada vez soy menos afecto a la teoría de los cuatro principios, que en la propuesta metodica que se halla al final de este libro todavía jugaban un papel fundamental. La experiencia me ha demostrado una y otra vez que simplifica en exceso la riqueza de la realidad moral y que, además, convierte con frecuencia el análisis en una mera contienda entre ellos. El asunto estaría en determinar el orden de prioridad en cada situación concreta. Se trataría de una cuestión a la postre mecánica, consistente en jerarquizar los principios y decidir su importancia… Hoy veo las cosas de otro modo. Cada vez estoy más convencido de que el lenguaje originario de la ética no es el de los principios, ni tampoco el de los derechos, sino el de los valores...

(2008a, p.7)

En segundo lugar, basado en su experiencia, anota una falencia del método principalista, los principios no tiene un significado único y objetivo; sino que este depende de quienes lo interpretan en el contexto particular, haciendo de estos algo subjetivo en la práctica, paradójicamente. A este respecto, Diego Gracia explica:

Pero pronto se vieron los puntos débiles de tal modo de proceder. En primer término, estaba por demostrar que los famosos cuatro principios fueran universales, y que no compartieran la misma suerte que los valores de primer nivel a los que venían a sustituir... Y por otra parte, no quedaba claro cuál era el estatuto de esos principios, si se afirmaban como absolutos o, por el contrario, eran interpretables desde el interior de cada matriz cultural. (Faúndez, 2013, p.613)
2.3.1.5 Conclusiones. El método principialista propuesto por Diego Gracia para el estudio de los problemas bioéticos en la práctica clínica está basado en el método de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress, y se fundamenta en la ética formal de bienes y en el modelo explicativo de la razón teórica o especulativa de Xavier Zubiri. A partir de los cuales este autor estructura su método, en el que se identifican cuatro etapas: el sistema de referencia moral; el esbozo moral, basado en los cuatro principios morales, que jerarquiza en dos niveles. El nivel 1, conformado por los principios de no-maleficencia y justicia, y el nivel 2, constituido por los principios de beneficencia y autonomía; la experiencia moral, que contrasta las posibles soluciones con las consecuencias esperadas de las mismas; y la verificación moral, que analiza las posibles soluciones del caso en relación con los principios y el sistema de referencia moral, para finalmente recomendar una de ellas, la que mejor las observe. Adicionalmente, en esta propuesta se resalta la importancia de la historia clínica basada en problemas como punto de partida para el análisis de los problemas bioéticos, en la que se propone adicionar un quinto aparte dedicado a éste estudio, que se ha llamado "Evolución de los problemas éticos".

A este método se le ha reconocido una adecuada fundamentación filosófica; así como, el ser una propuesta flexible, con capacidad de adaptarse a nuevas realidades. Sin embargo, se anota la dificultad de clasificar los principios en dos niveles, puesto que en el estudio de los casos concretos, los principios de nivel uno pueden en algunos casos estar referidos a la esfera privada del individuo; así como los del nivel dos a la pública; y la pobre definición del método en relación con la resolución de conflictos entre principios, que no alcanza a ser resuelta con su jerarquización. A este respecto, el mismo Diego Gracia reconoce limitaciones en esta propuesta en relación con restringir la discusión ética a los
principios de obligación, dejando por fuera otros aspectos como los valores, las virtudes y el contexto en que se desarrolla la acción, y la pobre definición de estos principios.

2.3.2 El método deliberativo. En esta segunda etapa, el filósofo español basa su propuesta en el constructivismo axiológico y la deliberación, como una respuesta a las críticas realizadas a la propuesta de Tom Beauchamp y James Childress y a la suya propia.

2.3.2.1 La fundamentación bioética. El método deliberativo de Diego Gracia (2013a) está basado en el concepto del valor, desde la perspectiva del constructivismo axiológico, que tiene como base la ética formal de bienes y el trabajo de Xavier Zubiri. En la que se redefine la aprehensión de la realidad no de una manera dual sino simultánea, intelectual y emocional, a través de lo que él denomina la “inteligencia sentiente”. En donde, el reconocimiento de la capacidad de aprehender la realidad por parte del ser humano implica, por otra parte, la posibilidad de la realidad de ser conocida. La realidad, por tanto, por su misma naturaleza se constituye en un “bien”, en algo bueno capaz de ser apropiado. En este primer momento, la valoración de la realidad se hace a través de un proceso de preferencia de acuerdo a su misma naturaleza, por medio de la cual una realidad o bien es seleccionado o no en relación a otra (Zubiri, 1983).

A partir de estos presupuestos, que se constituyen en lo que Xabier Zubiri ha denominado el “sistema de referencia” es posible entonces construir y justificar de manera racional individual y colectiva, a través de la deliberación, una escala de valores objetiva, universal y jerárquica; así como, posteriormente, una moral normativa propiamente dicha. De acuerdo a Diego Gracia, "la universalidad de nuestras proposiciones no tiene porque buscarse en el orden meramente subjetivo. Podemos universalizar las categorías morales de forma intersubjetiva, a través de un diálogo en el que participen actual o virtualmente todos los seres humanos" (Faúndez, 2013, p.609).
2.3.2.2 La deliberación. La deliberación es una palabra que proviene del vocablo latino: deliberatio -deliberación, examen, estudio, consulta // decisión // [ret.] causa del genero deliberativo - (Diccionario Esencial Latino Español Vox, 2009); y del griego: σύσκεψη -celebrar consejo, deliberar; proyectar, decidir, planear determinar; ser miembro de un consejo // MED. consultarse [unos con otros] // deliberar consigo mismo, meditar, decidir- (Diccionario Manual Griego Vox, 1992). La cual ha sido definido por la RAE (2014) como la acción y efecto de deliberar, entendiendo por este, el "considerar atenta y detenidamente el pro y contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos // resolver con premeditación".

En esencia esta es un proceso para la toma de decisiones a partir del "análisis detenido de las circunstancias y consecuencias que concurren a una situación concreta, y por tanto también en la identificación de los cursos de acción posibles y de entre todos ellos, del curso óptimo" (Gracia, 2001a, p.29), cuyo origen, lo podemos establecer en la obra de Aristóteles, al que se puede considerar como el padre de la deliberación (Gracia, 2010).

Así pues, la deliberación no es una actividad ajena al ser humano mismo, por el contrario puede considerarse como una actividad humana racional básica, que se utiliza de forma permanente para asegurar la mayor calidad y corrección en la toma de decisiones, a lo largo de toda su vida (Gracia, 2000a, 2003a). Un proceso o procedimiento inherente al diario vivir. "Todos los seres humanos deliberamos, y deliberamos continuamente. No podemos vivir sin deliberar. Y ello porque se trata de una necesidad biológica" (Gracia, 2011a, p.109). Actividad que es la base para la toma de decisiones, tanto en su vida cotidiana como en los campos especializados del saber, como la medicina, la política y la
ética, de reconocida importancia desde la Antigüedad (Gracia, 2001a, 2010); lo que ha llevado al este autor a denominarla como el “método de la racionalidad práctica” (Gracia, 2000c, p.32-41); y considerarla como una característica esencial de la naturaleza humana, que define al ser humano más que un "animal rationale", como un "animal deliberans" (Gracia, 2011a, p.113).

El ser humano está permanentemente tomando decisiones, de una manera consciente o inconsciente, en relación con sí mismo y su entorno; frente a una realidad de naturaleza compleja y nunca totalmente conocida. "La realidad es siempre más de lo que nosotros podemos pensar... No hay pensamiento humano completamente adecuado a la realidad" (Gracia, 2003a, p.63). De ahí que las decisiones que se puedan tomar sobre ella siempre tengan algún grado de incertidumbre y sean de naturaleza probabilística; alejadas de la certeza y verdad absoluta propias de la lógica y las matemáticas. "Por eso resulta imposible enrocarse en principios, afirmándolos como absolutos y sin excepciones" (Gracia, 2003, p.63).

De allí que la deliberación permita el análisis de las situaciones problema a través de la argumentación en la búsqueda de la mejor solución. Reconociendo que esta solución por su misma naturaleza puede no ser la única posible y en otras ocasiones, puede no ser encontrada. Este abordaje de la realidad es más amplio y enriquecedor que su estudio a través de dilemas, que generalmente limitan la resolución de los casos a solo dos alternativas, muchas veces excluyentes entre sí. En relación con los dilemas se anota:

"Los presupuestos de este tipo de debates son: primero, que las cuestiones éticas deben tener siempre y necesariamente respuesta y segundo, que la respuesta es única. Por tanto, sólo hay dos posibilidades: la positiva y la negativa, la afirmación o la negación, la aceptación o el rechazo del asunto en juego." (Gracia, 2000c, p.22)
Esta metodología por dilemas fue por mucho tiempo la preferida en el estudio de casos por su relativa sencillez y el permitir, en algunos casos, la objetivación de su resultado a través de su cuantificación; al estar fundamentada en la teoría de la elección racional propuesta por las ciencias económicas. Desafortunadamente, en la práctica este método no siempre ha sido capaz de dar cuenta de la complejidad de la realidad (la situación problema, los protagonistas, las circunstancias particulares y consecuencias previsibles); así como tampoco, de la posibilidad de soluciones a contemplar. A este respecto se explica:

Una de las mejores críticas que se han realizado a este modelo de racionalidad es la de John R. Searle. Su tesis es que la teoría de la elección racional parte de una idea falsa de la racionalidad humana y desconoce lo que él llama "el fenómeno del gap". Ese error hace que sus conclusiones sean falsas, incluso en el área que parecería más apropiada a ese tipo de lógica, la de las decisiones puramente estratégicas (Gracia, 2000c, p.26)

De hecho, el reconocimiento de esta naturaleza contingente y probabilística del conocimiento humano no es nueva. A partir del siglo XVII, esta concepción comienza a revolucionar a la filosofía y la ciencia con la aparición de la escuela de pensamiento el empirismo. La cual considera "que todo saber empírico es imperfecto, y que esa imperfección sube de grado cuando intenta formularse proposiciones universales, como hace la ciencia... No hay conocimiento empírico absolutamente verdadero" (Gracia, 2004, p.25). Esta concepción filosófica, que tiene sus orígenes en occidente en el pensamiento aristotélico, sigue teniendo plena vigencia en relación con el conocimiento contemporáneo.
Por tanto, la deliberación en el análisis de una situación problema es un proceso de naturaleza abierta, que permite y promueve la participación de todos los interesados a partir de sus propias realidades, de una manera libre y argumentativa, en pro de la construcción de una solución de la mayor calidad y corrección. "La deliberación es, antes de nada, la fe en la incommensurabilidad de la realidad, y por tanto en la necesidad de incluir todas las distintas aproximaciones y perspectivas, a fin de enriquecer el debate y la comprensión de las cosas y lo hechos" (Gracia, 2000c, p.38).

Algunas de las características más importantes del proceso deliberativo son:

- Este es un proceso mental común de los seres humanos para la toma de decisiones de manera racional que tiene por finalidad orientar su acción en el mundo.
- Por su naturaleza siempre tiene por objeto hechos concretos, una situación problema sobre la cual se tiene la capacidad de poderse modificar o cambiar, "puesto que no se delibera sobre lo que no depende de nosotros, sino que sucede sin que nosotros tengamos ningún tipo de control del fenómeno" (Gracia, 2003a, p.61).
- La toma de decisiones se hace de manera racional y argumentada en condiciones de incertidumbre; teniendo en cuenta las circunstancias propias de la situación problema y las consecuencias previsibles del acto. "Las decisiones morales no son verdaderas o falsas, son prudentes o imprudentes" (Gracia, 2011a, p.105). Al respecto se anota:

  La deliberación se realiza aportando argumentos, a fin de tomar una decisión que no podrá ser nunca completamente cierta, pero sí "prudente". La prudencia es esto, la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre. Por eso, las decisiones prudenciales son siempre rectificables. (Gracia, 2003a, p. 62)
- Generalmente, al final del proceso se logra obtener una decisión que se considera como la de mayor calidad y corrección (Gracia, 2000a; 2011a). Sin embargo, hay situaciones en que es posible considerar más de una solución posible; y en otros casos, los menos, no es posible llegar a una recomendación. "Estos acuerdos no siempre serán posibles... Y cuando esto sucede, lo que habrá que hacer es dejar una cierta libertad a las diferentes concepciones, o a las diferentes soluciones" (Gracia, 2003a, p. 69).

- La deliberación puede ser de carácter individual o grupal. La toma de decisiones se ve enriquecida cuando esta se construye de una manera consensuada a través del diálogo y la fuerza de la argumentación, a partir de diferentes perspectivas de mundo. Lo que implica una participación activa de las personas comprometidas en este proceso, lo que contribuye a su cualificación personal, adicionalmente. "Un hecho es siempre más rico que cualquier perspectiva" (Gracia, 2003a, p.64). Al respecto se dice:

   La deliberación es un proceso de carácter individual, por el cual el hombre toma sus propias decisiones, en un dialogo interno consigo mismo -monólogo-; pero también, de carácter social, por el cual los hombres toman sus propias decisiones en comunidad, buscando la de mayor calidad y corrección para todos. En comunidad se construyen las mejores decisiones para todos, orientadas desde diferentes perspectivas que las enriquecen y les permite ser incluyentes con las diferentes concepciones razonables de mundo. Desde esta perspectiva, se hace un reconocimiento a la deliberación en comunidad como el estado que lo lleva a su mayor perfeccionamiento. (Gracia, 2011a, p.114)

- La deliberación es un proceso que en el campo social permite la toma de decisiones de manera argumentativa en busca de la mejor solución posible de todos los representados,
presentes y futuros. De allí que se pueda considerar como el objetivo fundamental de este proceso, "la gestión del cuerpo y de la vida de los seres humanos", en general (Gracia, 2001b, p.353). El cual ha sido la preocupación permanente de la bioética, la medicina y la política, desde la civilización griega. De hecho, en la tradición hipocrática se puede identificar el origen común de la ética y la medicina; y de la bioética clínica, en la época actual. "Esto quiere decir que la ética hipocrática sigue viva en el interior de la nueva bioética. Mi tesis es que no sólo sigue viva sino que, correctamente interpretada, puede, debe y tiene que ser el verdadero núcleo de la actual bioética" (Gracia, 1990, p.9).

- La deliberación permite a los seres humanos tomar las mejores decisiones en función de su propia autorrealización y de su entorno, lo que pone en evidencia la importancia de la educación en este proceso en todos los niveles del ciclo formativo, que propenda por dar las bases para ser mejores seres humanos y ciudadanos. Al respecto se anota:

  Y de ahí también que la deliberación deba de ser el objetivo de todo el proceso de formación, desde la más tierna infancia hasta sus grados más altos. De lo que se trata es de crear personalidades deliberativas, que son las opuestas de aquellas que buscan el éxito personal, el triunfo a toda costa, caiga quien caiga, la imposición del propio criterio por encima de todo, el ganar la batalla y salir victorioso en la vida, entendida como una lucha sin cuartel por la propia supervivencia. Desdichadamente, nuestro actual sistema educativo tiende más a formar en esto último que en la deliberación. (Gracia, 2013b, p.242)

- Estas características de la deliberación, de una toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y contingencia frente a una realidad de naturaleza compleja, hacen
que esta sea el proceso de elección para el estudio de los problemas morales que surgen a partir de situaciones particulares y concretas, con sus fortalezas y limitaciones. Reconocimiento hecho por Aristóteles, hace aproximadamente 24 siglos, al considerar la deliberación como el fundamento de la argumentación moral.

"They are not based on demonstrations but on what he calls opinions and on the interchange of opinions through dialogue. Its end is not to capture the truth but to reach practical wisdom and to make wise or prudent decisions"23 (Gracia, 2010, p.59).

2.3.2.3 El proyecto humano. El proceso de deliberación ha permitido al ser humano, a lo largo de toda la historia, proyectar de una manera efectiva sus acciones sobre su entorno, a fin de adecuarlo y transformarlo a su favor; humanizando el medio y por ende, creando cultura (Gracia, 2009b, 2011a). De una manera general, en la planificación de todo proyecto humano, Diego Gracia menciona que se pueden identificar tres etapas o momentos, que se retroalimentan entre sí: una etapa cognitiva, una etapa valorativa y una etapa de realización (2009b, 2011a), ver Figura 7; que así caracteriza:

El ser humano no puede subsistir en un medio puramente natural, y de ahí que el objetivo de todos sus proyectos sea la humanización del medio, su transformación en un medio humanizado. Eso es lo que llamamos cultura... Esto se hace a través del proyecto. Y el proyecto humano consta siempre de tres fases, una cognitiva, que identifica los hechos relevantes para el proyecto que hemos concebido; otra emocional, que valora el proyecto de transformación de los hechos; y una tercera

23 "Ellos no están basados en demostraciones, sino en lo que él llama las opiniones y en el intercambio de opiniones a través del diálogo. Su fin no es alcanzar la verdad sino llegar a la sabiduría práctica y tomar decisiones sabias o prudentes" (Gracia, D., 2010, p.59).
práctica, que pone en obra el proyecto, que lo realiza, lo lleva acabo haciéndolo realidad. (Gracia, 2011a, p.110)

2.3.2.4 El acto moral. Para este autor, de igual forma en que el ser humano proyecta y realiza sus actos en la vida cotidiana, también lo hace desde la perspectiva moral, a partir de la cual determina sus acciones en favor de la autorrealización personal de sí mismo y de los demás, ver Figura 1. Reconociéndose como el objetivo primordial de la moral, el promover la autorrealización de los seres humanos; como previamente lo refirió Diego Gracia con base en el trabajo fenomenológico de Xabier Zubiri (2008a).

En el acto moral, de igual forma que en el proyecto humano, podemos identificar tres momentos interdependientes: los hechos, los valores y las acciones o los deberes, ver Figura 8. A continuación se definirán algunas de las características de cada uno de ellos, por parte de este autor:

- Los hechos. El acto humano se inicia con la interacción del ser humano con su medio y la necesidad de dar respuesta a sus necesidades. En ese proceso, el primer momento se caracteriza por la interacción del ser humano con la realidad a través de los sentidos. A
partir del cual, la realidad se presenta como hechos independientes que permiten ser
conocidos. Al respecto se anota:

Llamamos “hecho” a todo aquello que es dato de percepción, por tanto algo
perfectamente objetivo, contundente e impositivo. La percepción u observación de
un hecho puede ser directa o indirecta... Sobre estos datos o signos objetivos
hacemos juicios, en concreto hacemos un tipo de juicio que solemos llamar
“descriptivo”. Se llaman descriptivos porque se tratan de juicios que reproducen lo
que la realidad muestra ya como dato perceptivo. En esos juicios lo que se hace es
identificar una cualidad real y atribuírsela a un sujeto. De hecho, la estructura
habitual de estos juicios es “S es P”. Por tanto, son juicios que se enuncian en
presente de indicativo, por ejemplo, “el fémur está roto”. (Gracia & Pose, 2007,
p.12)

- Los valores. Posteriormente, la aprehensión de los hechos se hace a partir de dos
dimensiones básica de manera simultánea: la intelectual y la emocional o del
sentimiento, a través de lo que Xabier Zubiri denomina la “inteligencia sentiente”. Lo
que permite hacer la estimación del valor del objeto a estudio y realizar juicios al
respecto que permitirán establecer criterios de preferencia entre diferentes hechos o
acciones. "En la aprehensión de la realidad se nos actualiza el bien primordial, lo que
lleva al logos humano a estimar las cosas, a preferirlas, y a valorarlas como buenas o
malas" (Gracia, 2008a, p.368).

- Los deberes. A partir de la valoración de los hechos es posible determinar los mejores
cursos de acción, que en el campo moral adquieren el estatus de deberes. Como se
explica a continuación:
Ahora bien, lo valores tienen una característica no señalada pero esencial ahora: piden su realización. Y esto sí que es lo propio de la ética: realizar valores. La ética no trata directamente de hechos, como la biología, ni siquiera de valores, como la axiología, sino de deberes. (Gracia & Pose, 2007, p.14)

A partir de los hechos y su posterior valoración es posible establecer las acciones a realizar a través de juicios prescriptivos o normativos. "Los juicios de deber son los que nos ordenan la realización de valores positivos y la evitación de los negativos" (Gracia & Pose, 2008b, p.15).

Figura 8. Las etapas del acto moral.

2.3.2.5 El método de toma de decisiones. Diego Gracia (2003b, 2004, 2007, 2011a) basa el estudio de la toma racional de decisiones morales en estas mismas tres etapas o
momentos del proyecto humano y del acto moral: una cognitiva, que analiza la naturaleza del problema y esboza los probables cursos de acción propuestos para su resolución; una emocional, que contrasta los probables cursos de acción con los valores morales, con el propósito de seleccionar el de mayor calidad y corrección; y finalmente, una práctica, que implica la realización o implementación del curso de acción seleccionado. Eventos que se suceden de manera consecutiva. A este respecto explica:

La deliberación inherente a todo proyecto específicamente humano tiene pues, tres momentos: uno relativo a los hechos, otro a los valores implicados y un tercero a su realización práctica, es decir, a lo que debe o no debe hacer. Este es el momento propiamente moral, el relativo a los deberes. El deber moral es solo uno y siempre el mismo: realizar valores, y realizarlos lo máximo posible. (2011a, p.111)

A partir de estos tres momentos, el filósofo español estructura su método de toma de decisiones bioéticas en el contexto clínico, en el que pone especial énfasis en el procedimiento y en el que identifica cinco etapas. Esta propuesta la ha venido desarrollando a lo largo de los últimos quince años, a continuación se presentará la expuesta en su artículo

*Teoría y práctica de la deliberación moral*, ver Tabla 6 (Gracia, 2011a, p 101-154):

- La primera etapa del método, *la deliberación sobre los hechos*, hace referencia a la necesidad del conocimiento del caso de la manera más completa posible, desde el punto de vista científico y humano, en toda su complejidad, “reduciendo la incertidumbre sobre ellos a límites razonables y prudentes” (Gracia, 2011a, p.122), como base para la toma de decisiones. Al respeto se anota:
No hay proposiciones científicas de carácter absoluto. De ahí la necesidad de deliberar sobre los hechos, a fin de tener un conocimiento de ellos lo más razonable posible. Téngase en cuenta, además, que los hechos están siempre mediados por múltiples factores, educacionales, históricos, culturales, personales, etc., de modo que nunca podemos agotarlos, y que cada ser humano es un punto de vista sobre cada uno de los hechos. Eso es lo que le hizo decir a Ortega que “cada ser humano es un punto de vista esencial sobre el universo”. (Gracia, 2011a, p.121)

De igual forma, como en su primera propuesta metodológica para la toma decisiones, este autor enfatiza en la necesidad de contar con una historia clínica completa, que permita al análisis a partir de hechos ciertos y suficientes. En esta etapa se identifican dos momentos, la presentación del caso y la deliberación acerca de este, en la que los participantes realizan las preguntas necesarias que ayuden a la comprensión del mismo, como a continuación se explica:

El objetivo de esto es disminuir tanto como sea posible la incertidumbre sobre los hechos clínicos del caso y tener de él la idea más clara posible. Es importante no perder de vista que toda la incertidumbre que no seamos capaces de eliminar aquí, nos acompañará en todos los ulteriores momentos del análisis, y que cualquier error en los hechos clínicos viciará de raíz el análisis ético ulterior. (Gracia, 2013c, p.4)

- La segunda etapa, la deliberación sobre los valores. A partir del conocimiento de los hechos, se procede a la identificación de los problemas morales por parte de los miembros del comité. "En la práctica, se considera problema ético todo lo que alguien cree que es un problema ético, porque al menos es problema ético para él, y con eso es suficiente" (Gracia, 2013c, p.5). Estos problemas deben ser enunciados de manera
concreta. De acuerdo con la experiencia de este autor, en este momento del análisis, "...suelen encontrarse no menos de siete problemas" (Gracia, 2013c, p.5).

A partir del listado de problemas propuesto, se procede a identificar el problema moral principal, que incluya a los demás. En este momento es deseable contar con la participación de la persona o las personas que traen el caso a evaluación para esta selección. El problema seleccionado para estudio es recomendable enunciarlo en forma de pregunta. En caso de que se identifique más de un problema nuclear, estos se analizarán de manera sucesiva e independiente, generalmente en una nueva sesión, por motivos de tiempo.

A partir del problema moral seleccionado se procede a identificar los valores en conflicto que se encuentran en juego. "Los problemas éticos consisten siempre en conflictos de valor, y los valores tienen como soporte necesario los hechos" (Gracia, 2004, p.27).

- En la tercera etapa, la deliberación sobre los deberes. Este momento se encuentra fundamentado en los dos anteriores, y su calidad y corrección depende de éstos. El realizar "...juicios morales sin un buen análisis de los hechos y de los valores implicados. Es algo que no puede conducir más que a decisiones incorrectas e imprudentes" (Gracia, 2011a, p.121). En este aparte se delibera sobre los cursos de acción posibles que busquen dar solución al problema y a los valores en conflicto. Inicialmente, identificando los cursos de acción extremos, y posteriormente, los intermedios, de acuerdo con los valores identificados. Al respecto se manifiesta:

La identificación de los cursos de acción la iniciamos por los cursos extremos, porque son los más fáciles de ver. La mente humana ve muy rápidamente los cursos extremos, pero le cuesta más identificar las vías intermedias, a pesar de que estas
suelen ser las que menos lesionan los valores en conflicto, y por tanto las más prudentes y razonables. La identificación de los cursos extremos es muy sencilla, una vez que se sabe cuáles son los valores en conflicto (Gracia, 2013c, p.6).

Para este autor, un adecuado estudio del problema permite por lo menos la identificación de cinco cursos de acción, a partir de las cuales se seleccionará el que se considera como el de mayor calidad y corrección, de acuerdo con las circunstancias y las consecuencias previsibles para el caso en consideración. "Puede tomarse como norma que los cursos posibles son siempre cinco o más, y que cuando se han identificado menos es por defecto en el proceso de análisis" (Gracias, 2004, p.26). De manera que pueda seleccionarse el curso de acción que más proteja los valores en cuestión o que menos los vulnere, en condiciones de incertidumbre y contingencia. Por su naturaleza, la solución propuesta es específica a la situación particular de estudio; la cual no es de carácter absoluto. "Sólo podrían ser proposiciones absolutas, y por tanto necesarias y sin excepciones, si fuéramos capaces de formular principios morales a priori de carácter absoluto" (Gracia, 2011a, p.123).


  La prueba del tiempo o estabilidad temporal. "¿Se tomaría la misma decisión en caso de esperar algunas horas o unos días?" (Gracia, 2004, p.27). La deliberación es un proceso que permite objetivar sus recomendaciones a través de la argumentación, una forma de garantizarlo es disponiendo del tiempo suficiente para ello. Lo que de alguna
manera evita que sus conclusiones sean producto de las emociones u otras circunstancias que las invaliden (Gracia, 2011a).

**La prueba de la publicidad.** "Se trata de saber si habría argumentos para defender esa decisión públicamente" (Gracia, 2011a, p.150). Lo que permite asegurar, por una parte, que la decisión que se tome en este caso sería la que se debería recomendar en todos los casos que le sean similares; y por otra parte, que esta recomendación sea conocida por la comunidad. Una forma de intentar garantizar el principio de universalización en la toma de decisiones por parte de un cuerpo colegiado (Gracia, 2013c).

**La prueba de la legalidad.** "Ahora, al término del proceso hemos de ver si además es jurídicamente viable, porque por lo general no resulta prudente tomar decisiones contrarias al derecho" (Gracia, 2011a, p.149). Diego Gracia independiza el análisis ético del legal en su método, al considerar que en muchas ocasiones éste último se sobredimensiona al hacer el análisis y la toma de decisiones de manera simultánea, llegando incluso en algunos casos a simplificar la deliberación a una simple contrastación del caso con las normas legales, dejando de lado el aspecto ético; relegando el estudio de los casos a una simple revisión jurídica o legalista de los mismos (Gracia, 2013c).

- En la quinta etapa y última, la decisión final. La conclusión elaborada por parte de un comité de bioética tiene el carácter de recomendación y es por ello que no es de obligatorio cumplimiento para las instituciones de salud, los profesionales de la salud o los usuarios. Aunque por su naturaleza deliberativa y colegiada, sería recomendable su acatamiento. Al respecto se anota:
Los comités de ética, por principio, sólo aconsejan. Aconsejan exactamente igual a como se hace en una sesión clínica, donde se somete a discusión una historia clínica pero donde el responsable del paciente es el que en última instancia tiene la obligación de tomar la decisión (Gracia, 1999b, p.209).

**Tabla 6.** El método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica de Diego Gracia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>El método deliberativo para la toma de decisiones en ética clínica propuesto por Diego Gracia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I. Deliberación sobre los hechos.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Presentación del caso.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Deliberación sobre los hechos del caso ¿Qué pasa? ¿Cómo va a evolucionar? ¿Qué puede hacerse?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II. Deliberación sobre los valores.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Identificación de los problemas morales del caso</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Elección del problema moral a discutir</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Explicitación de los valores en conflicto en ese problema</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III. Deliberación sobre los deberes.</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Identificación de los cursos extremos de acción</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Búsqueda de cursos intermedios</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Elección del curso óptimo</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IV. Prueba de consistencia de la decisión</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Prueba de legalidad: ¿Es legal el curso recomendado?</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Prueba de publicidad: ¿Se estaría dispuesto a defenderlo públicamente?</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Prueba del tiempo: ¿Se tomaría la misma decisión transcurrido un tiempo?</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>V. Toma de la decisión definitiva</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>


### 2.3.2.6 Dificultades de la deliberación.

En la deliberación Diego Gracia reconoce algunas dificultades intrínsecas y extrínsecas al proceso, que pueden entorpecer su realización. Las cuales deben ser reconocidas de manera oportuna por parte de los
participantes, a fin de evitar que se constituyan en un obstáculo en esta tarea. A este respecto este autor identifica las siguientes:

- La realidad por naturaleza es compleja y dinámica, de allí que las decisiones que sobre esta se tomen están caracterizadas por la incertidumbre, de igual forma que en los otros campos del conocimiento. Por tanto, la toma de decisiones está basada en la probabilidad y no en la certeza, la cual puede ser susceptible de verificación a lo largo del tiempo. “En este campo los juicios son tanto más prudentes cuanto resultan más compartidos o debatidos; mejor, más deliberados” (2011a, p. 124).

- El conocimiento de la realidad se encuentra en constante evolución y perfeccionamiento. El reconocimiento de esta realidad obliga a los seres humanos a reevaluar sus propias creencias con el fin de poder dar respuesta a los retos que esta plantea, en forma permanente. “El fanatismo es incompatible con la deliberación, tanto en el orden religioso, como en el moral, el político, etcétera. Uno tiene que saber que no es dios sino un pobre hombre, intrínsecamente falible y necesitado de la ayuda de los demás” (2011a, p. 124).

- La comprensión de la realidad moral requiere de seres humanos autónomos, libres e iguales con la capacidad de entenderla y transformarla. Es decir, sujetos que pasan del aceptar y obedecer normas y reglas morales externas -heteronomía-, a hacerlas suyas, a ser sus propios autores -autonomía-. Al respecto explica:

   Algo muy difícil. Tanto, que la mayor parte de las personas nunca la alcanzan. Y en pura heteronomía, vivencian las normas morales como puramente represivas, lo que les lleva a transgredirlas, pero al mismo tiempo a sentirse culpables por la propia
transgresión. El resultado de esto es la llamada “neurosis de culpa”, consecuencia de la moralidad heterónoma. (2011a, p. 128)

- Las convicciones de los seres humanos frente al mundo son su acerbo para su comprensión y posibilidad para poder vivir en él. La habilidad para poder cambiar estas convicciones por otras, implica para los individuos tener la capacidad para tolerar el cambio y el manejo de la incertidumbre. La incapacidad para hacerlo genera temor a lo desconocido; el resquebrajamiento de la seguridad previa ocasiona en los seres humanos respuestas inconscientes de defensa, como a continuación manifiesta:

  Por eso puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica. Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional... Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. (2004, p.26)

  Ahora bien, la incertidumbre mal manejada, genera en los seres humanos angustia, de nuevo un sentimiento inconsciente. Freud nos enseñó que la angustia dispara, también inconscientemente los llamados “mecanismos de defensa del yo” (negación, agresión, proyección, racionalización, alejamiento, etc.). Esto permite entender que a los seres humanos no nos gusten los argumentos dialécticos sino los apodícticos. Buscamos certezas no incertidumbre. (2011a, p.128)
- Así mismo, esta incapacidad de manejar la incertidumbre no permite reconocer al otro como un interlocutor válido, y por ende, la comunicación se cierra aún antes de comenzar el proceso deliberativo. Al respecto anota:

Por otra parte, cuando alguien remueve nuestras creencias, tendemos a ponernos nerviosos… El resultado es que por principio anulamos al otro, infravaloramos su punto de vista, no le concedemos, como dice Habermas, “competencia comunicativa”, y por tanto no le “escuchamos”. Somos sordos para todos los que digan cosas distintas o contrarias a las nuestras. Y precisamente con estos es con quienes debemos deliberar. Los que piensan exactamente igual que nosotros no nos serán de ayuda en la búsqueda de las decisiones más prudentes. (2011a, p.127)

- La deliberación puede verse dificultada por la participación de sus miembros a partir de posiciones ideológicas reduccionistas, de carácter absoluto; que no permiten su intervención activa en este proceso. Las más frecuentes identificadas por Diego Gracia y Carlos Pose (2007) son el reduccionismo técnico, religioso y jurídico.

  El reduccionismo técnico reduce el análisis de la realidad a los hechos, a lo objetiviable y cuantificable; dejando de lado en su estudio otros aspectos, como los valores; elementos fundamentales para una valoración integral de la situación problema en las ciencias sociales. De hecho, en el campo de la medicina muchos son los programas de salud pública que hoy día han fracasado al tener en cuenta en su diseño solo los hechos científicos y desconocer los valores y las creencias de la comunidad en la cual se van aplicar. Al respecto se anota:
Sería posible reducir todo a hechos si no fuera porque existe otro orden de realidades que ningún científico ni tecnócrata puede negar, esto es, el mundo de los valores. Como dice Ortega, los valores son una sutil casta de realidades, y por tanto hemos de contar con ellos... Dicho rápidamente, las decisiones morales recaen precisamente sobre estas valoraciones, no sobre los hechos. Si algo ha puesto la bioética es este orden es precisamente la introducción de los valores en la investigación científica y tecnológica. (Gracia & Pose, 2007, p.18)

*El reduccionismo religioso* circunscribe el análisis de los problemas morales a los valores o normas determinados previamente por una religión, reduciendo el estudio del caso a la dimensión deontológica. En donde, lo correcto o incorrecto de una situación se determina a la luz de unas normas previamente especificadas desde una fe particular, en donde las excepciones no tienen lugar. En situaciones de disenso, corresponde a la autoridad religiosa el estudio de la situación problemas y su correspondiente solución; haciendo de la moral, una norma externa -*heterónoma*- que solo cabe obedecer. Sin embargo, es de resaltar la importancia de los aportes que las religiones han hecho a la vida moral, los cuales deben ser tenidos en cuenta en las discusiones de problemas bioéticos tendientes a la búsqueda de una solución integral de los mismos, como se explica a continuación:

El criterio moral siempre está en "otro" orden de cosas, en este caso, en el orden divino. Así se fundamentarían las decisiones humanas... Aceptar la excepción sería tanto como aceptar la falibilidad de las prescripciones religiosas, algo que no se suele hacer. Por lo tanto, los deberes morales se presentan como absolutos y sin excepciones... Por tanto, la adhesión a algunos mandatos morales no se realiza aquí
únicamente por vía racional, sino fundamentalmente de la fe. Es lo que da origen a las conocidas éticas o bioéticas religiosas o de la fe frente a las éticas de la autonomía. (Gracia & Pose, 2007, p.18-19)

*El reduccionismo jurídico* limita la evaluación de las situaciones a una sola perspectiva, el derecho; que tiene como su autoridad natural, al juez. El cual se considera una ética de mínimos construida socialmente, a los que todos los miembros de una sociedad en particular tienen que suscribirse. Desafortunadamente, las normas obedecen a una situación histórica particular de una sociedad, que por su naturaleza son algunas veces incapaces de dar respuesta a la complejidad de la realidad misma y a los nuevos hechos que en el campo social, científico y tecnológico están surgiendo de manera permanente, que las sobrepasan. Al respecto se manifiesta:

Así como hemos visto que existía un positivismo de los hechos, hay también un positivismo de las leyes. De ahí que exista toda una vertiente de la bioética que se está deslizando por esta pendiente en la creencia de que un código es suficiente para resolver los conflictos morales. (Gracia & Pose, 2007, p.19)

- El agente moral se forma socialmente en el proceso de deliberación a través de un proceso de aprendizaje en el que juega un papel muy importante el diálogo. De igual forma que para todas las demás potencialidades del ser humano, desde la cuna estas deben ser cultivadas. "De hecho, muchos no saben deliberar, a la vez que otros no consideran que la deliberación sea necesaria, o incluso importante" (Gracia, 2004, p.26).
2.3.2.7 Críticas de la metodología. Esta última propuesta metodológica de Diego Gracia es un planteamiento que se cimenta, aún más, en la ética de valores y la deliberación (Gracia, 2008a), a la cual se le pueden hacer las siguientes anotaciones:

En la primera etapa del método, la deliberación sobre los hechos. Para Tomás Domingo Moratalla (2011) esta propuesta podría cualificarse si en ella se enfatiza en la necesidad de comprender la situación problema, como un primer paso para su resolución. Al respecto refiere, el "interpretar las acciones, las personas, sus conflictos, etc. No se trata solo de describir, ni tampoco de describir, sino básicamente de comprender" (2011, p. 70).

En la segunda etapa del método, la deliberación sobre los valores. Se pone de relieve la ausencia en relación con estos de una definición, clasificación y una propuesta de ponderación de los mismos en caso de conflicto, lo que podría dificultar su aplicación en la práctica. La deliberación primera en esta propuesta debería ser a cerca de este tópico para su cualificación, más aún cuando estamos inmersos en una sociedad pluralista en que los valores pueden ser tantos cuantos conceptos de mundo existan. Por otra parte, en caso de que la naturaleza de los problemas morales no estuviera expresada en el lenguaje de los valores sino en el de los principios morales, los deberes, las obligaciones, las normas y/o las creencias. ¿Cómo estos podrían ser resueltos a través de esta metodología?

De manera general, este método de toma de decisiones podría identificarse con el casuismo, definido éste como la realización de "juicios probables en situaciones concretas e individuales, a la vista de todas las circunstancias y en el contexto donde se produce el caso, teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista y los intereses de todos los afectados" (Ferrer & Álvarez, 2003, p.181). En el que el modelo de razonamiento de manera característica se basa en: la prudencia, virtud que Aristóteles describe en la Ética a Nicómaco (trad. en 2014) como “...la prudencia es un modo se ser racional verdadero y
práctico, respecto de lo que es bueno y malo para el hombre" (EN, VI,5: 1140b,3-4); y en el conocimiento práctico, que se caracteriza por ser: “concreto, porque su verdad se apoya en la experiencia directa; temporal, porque las verdades basadas en la experiencia práctica no son necesariamente universales; y probable, porque la conclusión que se aplica a la generalidad de los casos, no se aplica necesariamente a todos los casos” (Ferrer & Álvarez, 2003, p.169). Sin embargo, en esta propuesta no se contempla la contribución que el estudio de los casos pueda dar a los problemas generales de la medicina o la bioética, como una herramienta útil para la construcción y enriquecimiento del conocimiento en estas disciplinas.

2.3.2.8 Conclusiones. El método deliberativo propuesto por Diego Gracia para el estudio de los problemas bioéticos en la práctica clínica se encuentra fundamentado en el constructivismo axiológico, en el que se reconoce la capacidad de los seres humanos a proponer argumentativamente un esquema de valores a partir del cual estructurar su mundo.

"Ello exige una labor de todos; todos tenemos la obligación de participar en los procesos de construcción de valores, sea porque nos sentimos directamente afectados, sea porque somos directa o indirectamente responsables" (Pose, 2013, p.109).

En esta propuesta se reconoce a la deliberación como su eje fundamental, proceso que le permite al ser humano la toma decisiones en condiciones de incertidumbre y contingencia; teniendo en cuenta para ello, el estudio de las circunstancias particulares y las consecuencias previsibles esperadas del caso particular. Proceso básico para la toma de decisiones, tanto en la vida cotidiana como en las ciencias; siendo de especial reconocimiento su papel en la medicina, la política y la ética, desde la Antigüedad. Es de resaltar los aportes que en su obra Aristóteles ha hecho al respecto, pudiéndosele considerar como el padre de la deliberación (Gracia, 2010).
Este autor estructura su método a partir de las tres etapas o momentos comunes a los del proyecto humano y el acto moral, definidos por Xavier Zubiri (1983): una cognitiva, que analiza la naturaleza del problema y esboza los probables cursos de acción propuestos para su resolución; una emocional, que contrasta los probables cursos de acción con los valores morales, con el propósito de seleccionar el de mayor calidad y corrección; y finalmente, una práctica, que hace deseable la realización o implementación del curso de acción seleccionado.

Es importante resaltar el reconocimiento que hace el filósofo español a algunas dificultades intrínsecas y extrínsecas al proceso, que pueden dificultar o entorpecer su realización; y que deben ser reconocidas de manera oportuna, a fin de evitar que se constituyan en un obstáculo en esta tarea. En relación con la naturaleza compleja y dinámica de la realidad por conocer; y la capacidad del ser humano para manejar la incertidumbre y reconocer en el otro a un interlocutor válido.

De manera general, este método de toma de decisiones podría identificarse con el casuismo, en el que el modelo de razonamiento de manera característica se basa en la prudencia y el conocimiento práctico. Sin embargo, sería importante para ayudar en su comprensión, en relación con los valores hacer más explícito: su definición y clasificación, y una propuesta de ponderación de los mismos en caso de conflicto; así como también, profundizar en la contribución que éste propuesta podría brindar al estudio de los problemas generales de la medicina o la bioética.
3. La metodología de la investigación

3.1 Fundamentación epistemológica

La fundamentación epistemológica de acuerdo con Judith Green y Nicki Thorogood (2014) es definida como "a third level of theory which researchers have to consider relates to theories of knowledge, or ideas, about how we come to know the world, and have faith in the truth, or validity, of that knowledge" (p. 11). En el presente trabajo de investigación la fundamentación epistemológica fue interpretativa, cuyo objetivo es la comprensión de la realidad a estudio, "in this view, the most interesting questions are not about the 'reality' of the world, but about people's interpretations of it" (Green & Thorogood, 2014, p. 14), de gran utilidad en las investigaciones en el campo de la bioética (Martínez, 2008; Feito & Domingo, 2009).

3.2 Enfoque de la investigación

El enfoque del presente trabajo de investigación es cualitativo. Este enfoque fue seleccionado en atención a sus principales características: un compromiso naturalista, referido a la preferencia que se tiene de investigar el objeto problema en su propio contexto; reflexividad, la investigación conlleva un análisis crítico no solo del objeto a estudio, sino también, de su propia práctica investigativa; un énfasis en la comprensión, resalta la importancia que tiene en este proceso la comprensión de la situación problema por parte de los mismos participantes en la investigación; y flexibilidad, el ser una aproximación adaptable a las estrategias de investigación (Guerra, 2009; Flick, 2012; Green & Thorogood, 2014).

24 “Un tercer nivel de la teoría que los investigadores tienen que considerar está relacionado con las teoría del conocimiento o ideas acerca de como nosotros llegamos a conocer el mundo y tenemos fe en la verdad o la validez de ese conocimiento” (Green & Thorogood, 2014).

25 “Desde este punto de vista, las preguntas más interesantes no son acerca de la 'realidad' del mundo, sino sobre las interpretaciones que de ella hace la gente” (Green & Thorogood, 2014, p. 14).
3.3 Diseño de la investigación

El método de investigación utilizado es el *comparativo*, de especial aplicación en las ciencias políticas. El cual se considera como "una estrategia analítica con fines no solamente descriptivos sino también explicativos, un procedimiento orientado a poner [la] hipótesis a prueba" (Pérez, 2007, p. 1); que hace énfasis en la comprensión interpretativa y se considera apropiado para estudios con un número pequeño de casos (Collier, 1992).

Las fases de investigación propuestas para el desarrollo de este método de acuerdo con Leonardo Lorlino (1991) son:

- El problema de investigación: el primer aspecto a tener en cuenta en toda investigación es la apropiada identificación del problema, la pregunta y los objetivos de investigación; los cuales son los elementos claves para la selección del método de investigación.

- Los conceptos y clases: el desarrollo de un marco teórico de calidad es la base para las siguientes fases de la investigación. Al respecto se anota:

  Desde el comienzo, al plantear el problema de investigación, y, posteriormente, cuando se deciden los casos a incluir o las variables a analizar, el aspecto conceptual es crucial. Se trata no sólo de comprender bien lo que se desea estudiar definiendo propiedades y atributos, sino también de clasificar correctamente para identificar las variaciones empíricas del fenómeno en las diferentes realidades. (Lorlino, 1991, p.17)

- El espacio: en esta fase se definen los casos que se utilizarán en la investigación, en número y características de los mismos. "Decidir cuántos y cuáles casos deseamos incluir en la investigación, es decir, determinar la dimensión horizontal de la
comparación (el espacio), da lugar a decisiones y pasos ulteriores” (Lrolino, 1991, p.19).

- El tiempo: en esta fase se determina el momento en el cual se van a estudiar los casos, que puede ser de manera simultánea, comparación sincrónica; o en tiempos diferentes y de manera consecutiva, aplicado al mismo caso o a diferentes casos, comparación diacrónica.

- Las propiedades y variables: en esta etapa se determinan las variables a utilizar en la investigación, relacionadas con las características de espacio y tiempo previamente mencionadas. Al respecto Stefano Bartolini expresa:

  La configuración de variables se organiza mentalmente a través de la formulación de una matriz de datos con el fin de aclarar las dimensiones (espaciales y/o temporales) de variación (ya sean también espaciales y/o temporales) y de las propiedades consideradas, así como las características de la estrategia de investigación que resulta de esa combinación. (1991, p.112)

- El control: el análisis comparativo tiene por finalidad el poder comprobar o rebatir la hipótesis propuesta. En palabras de Giovanni Sartori: "la comparación es un método de control de nuestras generalizaciones... o leyes del tipo si... entonces..." (1991, p.29-30).

  En relación con la metodología propuesta, autores como David Collier reconocen como una las limitaciones de esta metodología su "débil capacidad para rechazar explicaciones rivales, específicamente el problema de 'muchas variables, pocos casos' " (1992, p.23).

  El presente trabajo de investigación se realizó durante el período de tiempo comprendido en entre julio de 2013 a agosto de 2016. Las etapas de la investigación
acordes con la metodología previamente descrita fueron: a) La realización de un análisis comparativo entre el método principalista de Beauchamp y Childress, y los métodos principalista y deliberativo de Gracia; b) La estructuración de un método de toma de decisiones en bioética clínica, orientado al campo de la obstetricia, a partir de los resultados obtenidos previamente en la primera etapa; c) El análisis comparativo de la aplicación del método de toma de decisiones aquí propuesto a tres casos bioéticos clínicos analizados en la literatura por otros autores; d) El análisis comparativo de la aplicación del método de toma de decisiones aquí propuesto a nueve casos bioéticos clínicos analizados por estudiantes de pregrado; y e) un análisis de los resultados obtenidos a partir de la aplicación del método aquí propuesto en las dos etapas previas. Un resumen de estas etapas se observan en la Figura 9 y 10.

**Figura 9.** Las etapas de la investigación.
Fuente: elaboración propia.
A continuación se describen cada una de las etapas de investigación:

**Primera etapa.** En esta etapa se realizó un estudio comparativo de los tres métodos de toma de decisiones previamente seleccionados, el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress, y los métodos principalista y deliberativo de Diego Gracia. Para ello se siguieron los siguientes pasos: a) Descripción de cada uno de estos métodos; y b) Análisis comparativo de estos métodos, a partir de siete categorías que surgieron del mismo proceso de análisis realizado. Estas categorías de análisis fueron: la fundamentación bioética, el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final, y las fortalezas y debilidades de las metodologías; las cuales fueron las mismas que se utilizaron en las siguientes etapas del trabajo de investigación.

**Segunda etapa.** Con base en el análisis previo realizado de estos tres métodos de toma de decisiones se procede a estructurar un método de toma de decisiones en bioética clínica, orientado al campo de la obstetricia.

**Tercera etapa.** En ella se seleccionaron tres casos bioéticos clínicos analizados en la literatura por otros autores para ser evaluados, utilizando el método de toma de decisiones aquí propuesto; y luego se procedió a hacer un estudio comparativo entre estos procesos. Los pasos desarrollados fueron: a) Selección de tres casos bioéticos clínicos, que cumplieran con los siguientes criterios: un caso bioético clínico en el campo de la obstetricia; y la utilización de un método de análisis bioético clínico definido, preferiblemente que correspondiera a alguno de los tres previamente estudiados. Para ello, previamente se realizó una revisión bibliográfica narrativa en la base de datos de PubMed y en la bibliografía utilizada en el presente trabajo. Los casos seleccionados fueron: la solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación (Gracia, 2008a, p. 315-317; el parto por cesárea a solicitud de la madre (Tarney, 2014, p. 1-5); y las instrucciones previas en
testigos de Jehová (Gracia el al., 2008c, 146-150); b) Estudio de los casos clínicos seleccionados mediante el método de toma de decisiones aquí propuesto; y c) Análisis comparativo entre el método aplicado originalmente por los autores y el aquí propuesto. Para ello se utilizaron las siguientes categorías de análisis: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones y la recomendación final.

Cuarta etapa. En este momento se procedió a evaluar la aplicación del método aquí propuesto por parte de los estudiantes de pregrado de una asignatura de Bioética, durante el primer semestre del año 2016, previo consentimiento informado de su parte; y a indagar su opinión respecto a este método. Los casos analizados fueron seleccionados libremente por los estudiantes: ocho de ellos fueron propuestos por ellos y uno de ellos, el estudio de Willowbrook, tomado de la literatura.

Los pasos en que se desarrolló esta etapa fueron: a) Análisis comparativo de los nueve casos clínicos evaluados por los estudiantes en relación con: la aplicación del método propuesto en cada una de sus etapas; y los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en el estudio del caso. b) Análisis comparativo de los cuatro casos clínicos cuya problemática correspondía al campo de la obstetricia, en relación con el reconocimiento que se hizo de la gestante y el fruto de la concepción -el embrión o el feto- en el proceso de análisis; y c) Evaluación de la opinión de los estudiantes acerca del presente método, a través de un cuestionario con preguntas abiertas acerca de sus fortalezas, debilidades y recomendaciones. Las categorías generales de análisis utilizadas fueron: el caso clínico; el problema moral; la toma de decisiones; la recomendación final; y la epicrisis. El trabajo realizado por los estudiantes y el análisis individualizado de cada uno de los casos; así como, el registro de su opinión acerca de este método de toma de decisiones se presenta en el Apéndice B.
La población participante: en esta etapa de la investigación la población participante corresponde al total de la muestra, a "la población social" (Mendieta, 2015). Es decir a los 36 estudiantes de pregrado (16 mujeres y 20 hombres, con un rango de edad entre los 17 y 25 años) de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, que cursaron la asignatura de bioética en el primer semestre del año 2016.

Quinta etapa. Finalmente, teniendo como base los resultados obtenidos en las tres etapas anteriores se procedió a un análisis de los resultados a partir de la triangulación de los datos obtenidos: a) el método de toma de decisiones aquí propuesto; b) los casos bioético clínicos previamente analizados en la literatura; y c) los casos bioéticos clínicos trabajados con este método por estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética, ver Figura 10 (Benavides & Gómez-Restrepo, 2005; Flick, 2012).

Figura 10. La triangulación de los datos.
Fuente: elaboración propia.

El propósito de esta triangulación es dar confiabilidad y validez a la propuesta realizada, al respecto Uwe Flick refiere:
La triangulación se puede utilizar como un enfoque para fundamentar más el conocimiento obtenido con los métodos cualitativos. Fundamentar aquí no significa avaluar los resultados sino extender sistemáticamente y completar las posibilidades de producción de conocimientos.... una alternativa a la validación... que incrementa el alcance, la profundidad y la consistencia en las actuaciones metodológicas. (2012, p.244).

3.4 Técnicas de la investigación

**El análisis documental.** La construcción del marco teórico se realizó con base en el análisis documental obtenido a partir de la realización de una revisión bibliográfica narrativa previa. El cual tuvo por objetivo la condensación de la información pertinente a estos tres temas: a) Los problemas bioéticos en obstetricia en Colombia, a partir de las siguientes categorías propuestas por el Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana (FIGO, 2012, 2015): aspectos generales relativos a la salud de la mujer y su apoyo; aspectos relativos al embarazo y el feto; aspectos relativos al aborto y a la anticoncepción; aspectos éticos de la formación médica; y análisis de casos clínicos en obstetricia; b) La moral, la ética y la bioética, para su desarrollo se utilizó un sola categoría: definición y características; y c) los métodos de toma de decisiones bioéticas clínicas propuestas por Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia (Tezanos, 1998; Bardin, 1996)

**La comparación sistemática.** Esta es una herramienta de análisis que de acuerdo con Anselm Strauss y Juliet Corbin (2002) permite a través de la comparación de categorías la identificación de "conceptos similares y diferentes, a los que se les puedan sacar las posibles propiedades y dimensiones..." (p. 105); a partir de "comparar un incidente de los datos con uno extraído de la experiencia o tomado de la literatura (p. 104-105). La cual se
utilizó con los siguientes propósitos: a) La propuesta de un método de toma de decisiones en bioética clínica a partir del análisis comparativo entre los propuestos por Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia. Las categorías de análisis tenidas en cuenta fueron, que surgieron del análisis de los textos, fueron: la fundamentación bioética, el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, fortalezas y debilidades; b) La comparación del método aquí propuestos con otros aplicados a casos clínicos bioéticos clínicos encontrados en la literatura; a partir de las siguientes categorías de análisis: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis; y c) La aplicación del método aquí propuesto a casos bioéticos clínicos trabajados por estudiantes de pregrado de la carrera de medicina de una asignatura de Bioética, para las que las categorías de análisis fueron: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis.

Las categorías emergentes para el análisis utilizadas en cada una de las etapas de la investigación, se presentan en la Tabla 7 y su definición en la Tabla 8.
**Tabla 7. Categorías emergentes de análisis utilizadas en la investigación.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías emergentes de análisis</th>
<th>Comparación entre los métodos de toma de decisiones de Beauchamp y Childress, y Diego Gracia</th>
<th>Comparación de la aplicación del método propuesto con el utilizado en casos bioéticos clínicos en la literatura</th>
<th>Comparación de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos por parte de estudiantes de pregrado</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fundamentación bioética</td>
<td>SI</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Caso clínico</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td>Problema moral</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td>Toma de decisiones</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomendación final</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td>Epicrisis</td>
<td>-</td>
<td>SI</td>
<td>SI</td>
</tr>
<tr>
<td>Fortalezas</td>
<td>SI</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Debilidades</td>
<td>SI</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
**Tabla 8.** Definición de las categorías emergentes de análisis utilizadas en la investigación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías emergentes de análisis</th>
<th>Definición</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Fundamentación bioética</strong></td>
<td>Establecer la razón o fundamento bioético de los métodos de toma de decisiones en bioética clínica.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Caso clínico</strong></td>
<td>Presentación narrativa del estado de salud de un individuo o grupo social en particular. En el que se tiene en cuenta: la presentación y el análisis del caso clínico.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Problema moral</strong></td>
<td>Planteamiento de una situación moral que requiere de una solución. En el que se tienen en cuenta: la identificación de los problemas morales; la selección del problema moral a estudio; y el análisis del problema moral seleccionado.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Proceso de elección de un curso de acción que tiene por objetivo el dar solución a un problema bioético clínico. En el que se tienen en cuenta: la identificación de los cursos de acción probables; la selección del curso de acción óptimo; y la contrastación del curso de acción con los principios morales, el sistema de referencia, la normatividad vigente y los casos precedentes.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Solución propuesta para el problema bioético clínico estudiado.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td>Resumen del caso clínico, una vez ha concluido su atención por parte de los profesionales de la salud.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fortalezas</strong></td>
<td>Aspectos positivos de la teoría a estudio.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Debilidades</strong></td>
<td>Flaquezas o inconsistencias presentadas en la teoría a estudio.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

### 3.5 Descripción de los instrumentos de investigación

**Las matrices comparativas.** Las matrices comparativas son tablas de datos que facilitan el análisis comparativo, en la que se disponen los casos a estudio en las filas y las variables o categorías de análisis en las columnas (Pérez, 2007).
4. Resultados de la investigación

4.1 Primera etapa. Análisis comparativo de tres de los principales métodos para la toma de decisiones en bioética clínica: el método principialista de Tom Beauchamp y James Childress, y los métodos principalista y deliberativo de Diego Gracia

En esta primera fase se hará un análisis comparativo entre los diferentes métodos estudiados a partir de sus componentes básicos, los cuales son: la fundamentación bioética, el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final, y sus fortalezas y debilidades.

4.1.1 La fundamentación bioética. En primer lugar, se hará un análisis de los fundamentos teóricos que sustentan los métodos de toma de decisiones, los cuales pueden ser caracterizados de acuerdo con Jorge Ferrer y Juan Álvarez, en su libro Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea, como "paradigmas teóricos, usando el término paradigma en su sentido original de modelo o ejemplar" (2003, p.95), y definidos como "formulaciones intelectuales que diesen cuenta, razonablemente, del hecho mismo de la moralidad" (2003, p. 94).

El método principalista de Tom Beauchamp y James Childress (1999, 2013) se encuentra fundamentado en la moralidad común, que surge del reconocimiento de unos principios generales del comportamiento moralmente aceptados y reconocidos socialmente de una manera universal en las diferentes culturas, históricamente. Los cuales tienen su origen en la vivencia misma de las personas dentro de sus comunidades, a partir de la cual se han ido construyendo y compartiendo unas normas morales básicas a lo largo del tiempo. A este respecto estos autores anotan: "estos principios derivan inicialmente de juicios ponderados de la moral común y la tradición médica que constituyen el punto de partida de esta obra" (Beauchamp & Childress, 1999, p. 33).
Concepción que ha sido compartida por otros autores como Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser, en su obra "Bioethics: a systematic approach" (2006), a partir de la cual también han fundamentado su propio método de toma de decisiones; y a nivel internacional, ha dado sustento a "La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea", que en su preámbulo anota:

Consciente de su patrimonio espiritual y moral, la Unión está fundada sobre los valores indivisibles y universales de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la solidaridad, y se basa en los principios de la democracia y del Estado de Derecho. Al instituir la ciudadanía de la Unión y crear un espacio de libertad, seguridad y justicia, sitúa a la persona en el centro de su actuación (2000, p.8).

Por su parte, el método principalista de Diego Gracia se encuentra fundamentado en la ética formal de bienes, a partir del reconocer que la comprensión de la realidad se hace de una manera dual y simultánea, intelectual y emocional, a través de lo que Xavier Zubiri ha denominado la “inteligencia sentiente”; la cual es la base para hacer una valoración de las cosas, como buenas y malas, y posteriormente, mediante una racionacionalización de este proceso, la elaboración de una moral normativa (Gracia, D., 2008a). De igual forma, Diego Gracia en la exposición de su método deliberativo se basa en una axiología de carácter constructivista (2013a) que tienen como fundamento, también, la ética formal de bienes. A partir del reconocimiento de una estructura moral común en todo ser humano que le permite construir y justificar de manera racional, individual y colectiva, a través de la deliberación una escala de valores objetiva, universal y jerárquica; y posteriormente, una moral normativa propiamente dicha (Faúndez, J., 2013), ver Tabla 9.
Un elemento común que se encuentra en estas tres fundamentaciones es el reconocimiento de la moralidad como un elemento esencial e intrínseco del ser humano, como lo expresa Jorge Ferrer y Juan Álvarez: "La moralidad es un constitutivo característico de la condición humana, como lo son la racionalidad, la sociabilidad o el hecho del lenguaje. El hombre es un ser moral" (2003, p. 30). El reconocimiento de una estructura moral a partir de una base común permite, por una parte, desde una concepción universalista reconocer a lo largo de la historia y las culturas en occidente unos principios comunes compartidos a partir de los cuales se puede proponer un método de toma de decisiones, como el presentado por Tom Beauchamp y James Childress; y por otra parte, desde una perspectiva particular, construir y validar racionalmente a través de la deliberación individual y colectiva una escala de valores objetivos que sirva posteriormente de base a una moral normativa propiamente dicha, como lo propone Diego Gracia.

Tabla 9. La fundamentación bioética.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Método</th>
<th>Fundamentación bioética</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>El método principalista de Tom Beauchamp y James Childress</td>
<td>Moralidad común</td>
</tr>
<tr>
<td>El método principalista de Diego Gracia</td>
<td>Ética formal de bienes</td>
</tr>
<tr>
<td>El método deliberativo de Diego Gracia</td>
<td>Constructivismo axiológico y ética formal de bienes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

4.1.2 El caso clínico. En este segundo aparte, se hace el análisis acerca de la importancia dada a la presentación y el estudio del caso clínico en estos métodos. En la obra de Tom Beauchamp y James Childress, el caso clínico no se encuentra explicitado en
su método; sin embargo, se presenta de una manera demostrativa y ejemplificante en el desarrollo de los temas propuestos para facilitar la comprensión del lector.

En los trabajos de Diego Gracia, el caso clínico se constituye en una pieza clave a partir de la cual se parte para el desarrollo de estos métodos. Es así como en la propuesta principalista se hace explícita la necesidad de contar con una historia clínica completa y propone para ello, el desarrollo de una historia clínica por problemas a la que adiciona un nuevo aparte, la evolución de los problemas éticos. Al respecto se anota:

Parece, pues, que el procedimiento de análisis de los problemas éticos en la práctica clínica debe comenzar con la realización de la historia clínica, y que la historia clínica por problemas tiene claras ventajas sobre la tradicional o clásica... La cuestión está en cómo ampliarla, de modo que puedan integrarse adecuadamente los datos éticos con los propiamente biológicos. A mi entender, esto no puede hacerse más que creando unas hojas especiales que completen las ya existentes y hagan factible el análisis correcto, en el interior de la propia historia clínica de los problemas morales (Gracia, 2008b, p.143).

En su segundo método, se hace aún más evidente la importancia del caso clínico, como un punto de partida esencial para la posterior identificación de los problemas morales. De hecho afirma la necesidad de contar con una historia clínica completa como condición necesaria para la identificación correcta de los problemas éticos, ver Tabla 10. Para ello, en el primer aparte de su método, denominado Deliberación sobre los hechos, contempla dos momentos: la presentación del caso y la deliberación sobre los hechos del caso (2011a), que tienen como propósito el conocimiento de los casos por parte de los miembros del Comité (Gracia, D., 2013c).
Uno de los puntos más importantes para el desarrollo de cualquier método de toma de decisiones, como lo manifiesta Diego Gracia (2011a, 2013c), es el conocimiento lo más completo posible del caso clínico para poder identificar de una manera adecuada los problemas morales. Sin este primer paso es imposible adelantar con algún grado de certeza, los siguientes pasos de análisis acerca de los problemas bioéticos en el contexto clínico. Reconociendo por supuesto, como lo manifiesta Diego Gracia, que solo esto es posible realizarlo siempre en condiciones de incertidumbre, ante la imposibilidad de poder alcanzar de una manera absoluta el conocimiento de esta realidad.

La importancia del conocimiento de la realidad, a partir del cual se parte para la reflexión bioética, es algo esencial para cualquier método de toma de decisiones. Lo cual es compartido por otros autores como Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade en su libro "Clinical ethics. A practical approach to ethical decisions in clinical medicine" (2006), cuyo método está fundamentado en el paradigma casuístico y principalista. En el que se reconoce en primer lugar, que en el contexto clínico los problemas morales surgen de la interacción personal entre los profesionales de la salud -y personal de apoyo institucional-, y sus pacientes -y allegados-, en situaciones particulares. En el que refieren debe tenerse en cuenta inicialmente “un amplio rango de hechos médicos, una multitud de circunstancias y
una diversidad de valores” (Jonsen, Siegler, & Winslade, 2006, p. 2); y de manera secundaria, los principios morales previamente enunciados por Tom Beauchamp y James Childress.

Para ello, estos autores proponen en su método de toma de decisiones el estudio del caso a partir de cuatro aspectos relacionados con los cuatro principios morales clásicos: las indicaciones médicas, “hechos, opiniones e interpretaciones acerca de las condiciones físicas y/o sicológicas del paciente que dan una razonable justificación para la intervenciones diagnósticas y terapéuticas” (2006, p. 14); las preferencias del paciente, “las elecciones que las personas hacen cuando tiene que hacer frente a decisiones acerca de la salud y el tratamiento médico. Estas elecciones deberían ser hechas por los pacientes, basados en la información dada por el médico, también como, en su propia experiencia, creencias y valores” (2006, p. 51); la calidad de vida, “Los pacientes y sus médicos deben determinar qué calidad de vida es deseable, como esta debe ser alcanzada y que riesgos y desventajas están asociadas con la calidad deseada” (2006, p. 110), que viene a ser expresada como un juicio de valor: “la experiencia de vida, como un todo o en algún aspecto, es juzgada como buena o mala, mejor o peor” (2006, p. 110), y que es definida como “un constructo multidimensional que incluye el desempeño y el disfrute de roles sociales, salud física, desempeño intelectual, estado emocional y satisfacción con su vida o bienestar” (2006, p. 111); y las características contextuales, “las circunstancias culturales, religiosas, sociales, familiares, legales, económicas en las que un caso particular de cuidado de un paciente ocurre... Hoy, el encuentro entre el paciente y el médico ocurre en circunstancias más complejas que antes, institucionales y de estructuras económicas” (2006, p. 159), como se puede apreciar en la Tabla 11.
Tabla 11. El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aspectos a tener en cuenta en el estudio del caso</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Indicaciones médicas</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Los principios de Beneficencia y No maleficencia</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. ¿Cuál es el problema médico del paciente? Historia? Diagnóstico? Pronóstico?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?</td>
</tr>
<tr>
<td>4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito?</td>
</tr>
<tr>
<td>5. ¿Cuáles son los planes en caso de falla terapéutica?</td>
</tr>
<tr>
<td>6. En resumen, ¿Cómo puede este paciente ser beneficiado por del cuidado médico y de enfermería, y cómo puede el daño ser evitado?</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **Preferencias del paciente**                  |
| **El principio de respeto a la Autonomía**    |
| 1. ¿Es el paciente mentalmente capaz y legalmente competente? Hay evidencia de incapacidad? |
| 2. Si es competente, ¿Cuál es la declaración del paciente acerca de sus preferencias acerca del tratamiento? |
| 3. ¿Ha sido el paciente informado de los beneficios y riesgos, ha comprendido esta información y ha dado su consentimiento? |
| 4. Si es incapaz, ¿Quién es el sustituto apropiado? Cuáles son los límites éticos y legales que de esa autoridad? ¿Está el sustituto usando apropiados estándares para la toma de decisiones? ¿Qué hacer si no se identifica un sustituto? |
| 5. ¿Ha el paciente expresado sus preferencia, por ejemplo, directrices previas? |
| 6. ¿Está el paciente reacio o puede cooperar con el tratamiento médico? Y si es así, por qué? |
| 7. En resumen, ¿Esta el derecho del paciente a elegir respetado de acuerdo a la ética y la ley? |

| **Calidad de vida**                           |
| **Los principios de Beneficencia, No maleficencia y Respeto a la Autonomía.** |
| 1. ¿Cuál son las posibilidades, con o sin tratamiento, de un retorno a la vida normal? |
| 2. ¿Cuáles discapacidades físicas, mentales y sociales podría experimentar el paciente si el tratamiento tiene éxito? |
| 3. ¿Hay prejuicios que pudieran perjudicar la evaluación del proveedor acerca de la calidad de vida del paciente? |
| 4. ¿Está el paciente en condiciones presentes o futuras tales que la continuidad de su vida pudiera ser juzgada indeseable? |
| 5. ¿Hay algún plan o razón para renunciar al tratamiento? |
| 6. ¿Hay planes para su bienestar y comodidad, y de cuidados paliativos? |
Características contextuales
El principio de justicia
1. ¿Hay situaciones familiares que podrían influenciar la decisión del tratamiento?
2. ¿Hay situaciones de los proveedores (médicos y enfermeras) que podrían influenciar la decisión del tratamiento?
3. ¿Hay factores económicos y financieros?
4. ¿Hay factores religiosos u culturales?
5. ¿Hay límites en la confidencialidad?
6. ¿Hay problemas de disponibilidad de recursos?
7. ¿Cómo la ley afecta las decisiones de tratamiento?
8. ¿Hay una investigación clínica o de enseñanza involucrada?
9. ¿Hay un conflicto de intereses de parte del proveedor o de la institución?


Por otra parte, Lazare Benaroyo, médico y filósofo suizo, en su obra "Ethique et Responsabilite en Medecine" (2006) propone un método fundamentado en las éticas narrativa y del cuidado, que parte del estudio de la situación problema a través de:

- Identificar los datos clínicos significativos -los datos que tienen que ver con las decisiones que podrían tomarse en esos casos-.
- Identificar las responsabilidades de los diversos implicados en el proceso de cuidado.
- Identificar los diversos valores, normas y principios considerados por cada implicado en la situación de cuidado como esenciales para llegar a una salida favorable. (como se citó en Domingo & Feito, 2013, p. 136)

Para ello, pone de relieve el tener en cuenta para su estudio a todos los actores que en un momento pueden estar involucrados en la situación problema, como son: el paciente, los profesionales de la salud, la institución de salud y la sociedad; trascendiendo claramente los alcances de la historia clínica y una sola mirada de la problemática, la del profesional de la salud involucrado, ver Tabla 12. Lo que permite estructurar una propuesta más integral,
que permite una mejor comprensión de la situación problema, como lo manifiestan autores como Tomás Domingo y Lydia Feito (2013).

**Tabla 12.** El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Lazare Benaroyo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>El método para la toma de decisiones en bioética clínica de Lazare Benaroyo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. ¿Cuáles son los valores en juego?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los datos clínicos pertinentes?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Por qué razones el proyecto actual se cuestiona?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los valores personales del paciente?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los valores personales del cuidador?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son las normas profesionales del cuidador?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los valores institucionales del establecimiento de cuidados?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los valores sociales y culturales en los que se desenvuelve la práctica?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cómo son definidas las responsabilidades respectivas de los diversos actores del proyecto médico actual?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuál es la estructura narrativa actual de la presentación del problema?</td>
</tr>
<tr>
<td>2. ¿Qué proyectos de cuidado se podrían proponer?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son los conflictos de valores (personales, profesionales, institucionales) que obstaculizan la realización del proyecto de cuidado actual?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Qué opciones de cuidados permitirían superar o resolver estos conflictos en vista a la elaboración de un nuevo proyecto de cuidado?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuál es el proyecto propuesto?</td>
</tr>
<tr>
<td>3. ¿Qué proyecto de cuidados es el elegido? La sabiduría práctica y sus límites.</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Qué opción preserva más valores compartidos en el seno del equipo de cuidadores en vista a la elaboración de un nuevo proyecto de cuidados?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuál es la estructura narrativa del proyecto elegido?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuál es la justificación racional de esta elección?</td>
</tr>
</tbody>
</table>


**4.1.3 El problema moral.** En este tercer aparte, se hace el análisis acerca de la identificación y planteamiento de los problemas morales. Los cuales en el trabajo de Tom Beauchamp y James Childress son definidos como dilemas morales. El dilema moral se presentan cuando en situaciones problemáticas particulares, los cursos de acción propuestos para su resolución entran en conflicto con uno o más principios morales, normas y/o
derechos, desde una perspectiva deontológica. El cual estos autores así caracterizan: "Moral dilemmas are circumstances in which moral obligations demand or appear to demand that a person adopt each of two (or more) alternative but incompatible actions, such that the person cannot perform all the required actions"\textsuperscript{26} (2013, p.11). El cual puede ser definido por lo menos de dos formas:

1) Some evidence or argument indicates that an act is morally permissible and some evidence or argument indicates that it is morally wrong, but the evidence or strength of argument on both sides is inconclusive...

2) An agent believes that, on moral grounds, he or she is obligated to perform two or more mutually exclusive actions\textsuperscript{27}. (Beauchamp & Childress, 2013, p.11)

En el método principalista de Diego Gracia, a partir de la elaboración de una historia clínica por problemas procede a identificar y seleccionar los problemas morales para su estudio, los cuales pueden ser: un solo problema, un problema general que incluya a otros, o varios problemas morales. Al respecto refiere:

La experiencia demuestra que en las historias suele haber más de un problema moral. Lo mismo que se hace en el caso de los problemas biológicos, es preciso ir apuntando en una hoja los diferentes problemas morales del caso, con su fecha de inicio, la terminación (si la hubiera), y aquella en que el problema se hace dependiente de o se reduce a otro (Gracia, 2008b, p.144).

\textsuperscript{26} “Los dilemas morales son circunstancias en las que las obligaciones morales exigen o parecen exigir que una persona adopte una de las dos (o más) alternativas, incompatibles entre sí, de tal forma que la persona no puede realizar todas las acciones obligatorias” (Beauchamp & Childress, 2013, p.11).

\textsuperscript{27} “1) Alguna evidencia o argumento indica que un acto es moralmente permisible y alguna evidencia o argumento indica que es moralmente incorrecto, pero la evidencia o fortaleza del argumento de ambas partes no es conclusiva.

2) Una persona cree que, en el ámbito moral, él o ella está obligada a realizar dos o más acciones mutuamente excluyentes” (Beauchamp & Childress, 2013, p.11).
En el método deliberativo de Diego Gracia se encuentra un desarrollo a profundidad de los diferentes pasos a seguir para la identificación y selección de los problemas morales a estudiar, ver Tabla 13. Como se anotó previamente, el problema moral en este caso no se encuentra limitado al conflicto con un principio moral, norma y/o derecho, sino que se amplía el alcance de su definición, de una manera general, a todo aquello que cualquier persona considere que es un problema moral (Gracia, 2013c). Reconociendo de alguna forma la riqueza y validez de las diferentes perspectivas a partir del cual se puede abordar un problema moral.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Método</th>
<th>El problema moral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>El método principalista de Tom Beauchamp y James Childress</td>
<td>El dilema moral</td>
</tr>
<tr>
<td>El método principalista de Diego Gracia</td>
<td>El problema moral</td>
</tr>
<tr>
<td>El método deliberativo de Diego Gracia</td>
<td>El problema moral</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

El concepto de problema en el estudio de las situaciones problema en clínica es más amplio al que representa el dilema, ya que por definición, éste se considera de acuerdo con la Real Academia Española como un "argumento formado de dos proposiciones contrarias disyuntivamente, con tal artificio que, negada o concedida cualquiera de las dos, queda demostrado lo que se intenta probar" (2014), limitado a dos posibilidades, que en el caso del estudio de la realidad humana es francamente insuficiente.
4.1.4 La toma de decisiones. El método principalista de Tom Beauchamp y James Childress, a partir de la identificación de los problemas morales, busca a través de un proceso deliberativo de especificación y ponderación de los principios, la recomendación de un curso de acción que permita el respeto de los principios morales de obligación involucrados; y en caso de que esto no sea posible, la justificación argumentada de excepción a la observancia de uno de estos. A partir del reconocimiento, por una parte, de la naturaleza de estos principios como *prima facie*; y por otra parte, de la complejidad de la realidad.

Esta propuesta es reconocida como una de las más importantes en las últimas décadas (Gracia, 1999; Ferrer & Álvarez, 2003; Escobar, 2012). Sin embargo, se han hecho críticas a su trabajo en estos cuatro aspectos: la teoría ética y el sistema de referencia moral subyacente a la propuesta del método de toma de decisiones; el agente moral y el contexto; los principios morales; y la especificación y ponderación de los principios morales.

En relación con la teoría ética y el sistema de referencia moral se ha anotado que carece de una teoría filosófica de base unificada, sistemática y pública, y de un canon o sistema de referencia moral que de sustento a los principios morales propuestos (Gracia, 1999; Ferrer & Álvarez, 2003; Gert et al., 2006). Por otra parte, autores de diferentes escuelas bioéticas (la ética casuística, la ética de las virtudes, la ética del cuidado, la ética narrativa, la ética comunitarista, el feminismo y el individualismo liberal) han hecho referencia a la necesidad de tener en cuenta en una evaluación bioética integral, además de los principios morales, las reglas y los derechos, otros aspectos constituyentes de la vida moral, tan importantes como los anteriores, como son: la historia de vida del sujeto o sujetos participantes; sus valores y virtudes; el contexto histórico en donde la acción se desarrolla; y sus valoraciones culturales y comunitarias (Pellegrino & Thomasma, 1995;
Beauchamp & Childress, 1999; Ferrer & Álvarez, 2003; Tealdi, 2008; Requena, 2005; Petersen, 2013).

En relación a los principios morales de obligación, se anota que la ausencia de una teoría estructurada que los respalde, dificulta la justificación de su naturaleza, selección, definición, relación, y armonización entre sí (Ferrer & Álvarez, 2003; Requena, 2005; Gert et al., 2006; Tealdi, 2008; Clarke, 2009). Así como también, se manifiesta que la generalidad de los principios y normas (Requena, 2005), y la ausencia de una jerarquía entre los principios, al considerarlos todos ellos como principios prima facie, dificulta su aplicación a casos particulares (Tealdi, 2005; Gracia, 999; Gómez-Lobo, 2009; Hiñe, 2011). Por otra parte, otros autores consideran que estos principios morales son insuficientes para dar respuesta a dilemas éticos frente al avance tecnocientífico y sus consecuencias a mediano y largo plazo sobre la vida en el planeta, y al estudio de situaciones que trascienden la relación médico-paciente, y que comprenden otros ámbitos relacionados, con la esfera personal, institucional y social (León, 2009; Casanova, 2011; Petersen, 2013).

En relación con su metodología, algunos autores consideran que la especificación y ponderación son insuficientes para dar cuenta de todas las particularidades propias de los casos concretos, y no brindan garantía de que se llegue a las mismas conclusiones al ser utilizadas por personas distintas (Requena, 2008; Gómez-Lobo, 2009). Finalmente, en esta propuesta no se aclara como se garantizará la participación o los intereses de todos los afectados en la toma de decisiones, corriendo el riesgo de que en el proceso deliberativo se imponga la voluntad o intereses de la mayoría sobre los de una minoría (Biesaga, 2003).

En el método principalista de Diego Gracia se pueden reconocer desde el punto de vista metodológico las siguientes etapas, a partir de la identificación de los problemas
morales: la identificación de los cursos de acción posible; la contrastación de éstos con los principios morales y las consecuencias; la justificación de la toma de decisión a partir de los principios y el sistema de referencia; y la toma de la decisión final.

A partir de los cursos de acción se inicia una contrastación de estos con el marco general de los principios morales y sus consecuencias previsibles para así poder determinar el mejor curso de acción posible; teniendo en cuenta lo universal y lo particular. Finalmente, el curso de acción óptimo, será el que se considere como el de mayor calidad y corrección, teniendo como contrastación última el sistema de referencia moral y los principios morales, mediante una elección justificada argumentalmente. De acuerdo con Pablo Simón, Azucena Couceiro e Inés Barrio el mejor curso de acción será aquel que presenta las siguientes características:

Aquella que respete mejor el sistema de referencia será la más aceptable racionalmente.

Si la posible solución respeta el nivel de los principios será además la más buena y/o la más correcta.

Si la posible solución no respeta el nivel de los principios en función de las consecuencias, se habrá escogido el mal menor, y ello constituirá una excepción, pero es su obligación justificarlas detallada y convincentemente. (1999, p.237)

A esta propuesta se le ha reconocido que se encuentra fundamentada en una teoría filosófica y un sistema de referencia bien desarrollados. Así como, el ser una propuesta flexible, que incluye en su análisis dos dimensiones complementarias del ámbito moral, lo universal y lo particular; con capacidad de adaptarse a nuevas realidades; y el ser de fácil comprensión e implementación para el estudio de los problemas bioéticos clínicos (Simón,
Ferrer & Álvarez, 2003). De igual forma, se ha señalado la importancia que dentro de los principios involucrados se haya tenido en cuenta el de autonomía, que podría ser el principio que mayor reconocimiento en el siglo XX. Un siglo que se ha caracterizado por el reconocimiento de manera progresiva del derecho de todas las personas a su autogobierno, incluyendo a las minorías, a quienes por siglos que se les había negado por causa de género, edad, ideología, condiciones socio-económicas, preferencias sexuales, etcétera (Simón, 2000; Cortina, 2001; Atienza, 2010).

Sin embargo, para algunos autores la jerarquización de los principios no es adecuada, por no ajustarse en algunos casos a la realidad de las situaciones problema a estudio. Al encontrar dificultad en considerar los principios de nivel 1 (justicia y no maleficencia) exclusivos de la esfera pública, y los del nivel 2 (autonomía y beneficencia), de la esfera privada; puesto que en el estudio de las situaciones particulares, los principios de nivel uno pueden en algunos casos estar referidos a la esfera privada del individuo; así como los de nivel dos a la pública (Ferrer & Álvarez, 2003; Atienza, 2010). Así mismo, se señala que no hay una adecuada determinación en el método acerca de la manera en que se deben resolver los conflictos entre los principios, que no alcanza a ser resuelta con la jerarquización de los mismos (Simón, 2000; Atienza, 2010). Finalmente, su autor reconoce por una parte, que el método basado exclusivamente en principios morales de obligación puede no dar cuenta de manera suficiente de la complejidad de la realidad al restringir el ámbito de su análisis, al no tener en cuenta otros aspectos relevantes como: los valores, las virtudes y el contexto en que se desarrolla la acción, entre otros (Gracia, 2008a); y por otra parte, la carencia de estos principios morales propuestos de un significado único y objetivo, que pueden variar de acuerdo con quienes lo interpretan en el contexto particular, pudiendo hacer de estos algo subjetivo en la práctica (Gracia, 2011a, 2011b).
En el método deliberativo de Diego Gracia, basado en el constructivismo axiológico y como eje fundamental para su desarrollo, en la deliberación, en todos los momentos del proceso: la identificación de los valores en conflicto, la identificación de los cursos de acción extremos e intermedios, la elección del o los cursos de acción óptimos, las pruebas de consistencia de la decisión, y la decisión final. En donde la deliberación es un proceso que se fundamenta en la capacidad de la razón humana, que tiene por finalidad el permitirle tomar las mejores decisiones para su actuar en la vida práctica, en condiciones de incertidumbre. La cual es común a todos los seres humanos, y que solo exige de ellos para su implementación de su entrenamiento y práctica; y cuyas dificultades es de resaltar también has sido expuestas en profundidad por éste autor.

En relación con la identificación de los valores en conflicto, no hay una clara definición de estos, lo que puede dificultar en la práctica, como previamente se manifestó, la identificación y selección de los mismos por parte de los participantes en un Comité, más aún cuando se está inmerso en una sociedad pluralista en que los valores pueden ser tantos cuantos conceptos de mundo existan; así como su clasificación y ponderación, lo que en últimas dificultaría su aplicación.

En relación con la identificación de los cursos de acción extremos e intermedios y la elección del o los cursos de acción óptimos, hay una excelente descripción de su metodología, teniendo como único punto de referencia para ello el proceso deliberativo realizado. Metodología propia del casuismo, que se asiente en el caso particular dentro de un grupo social; el cual que puede ser definido como: "el casuismo realiza juicios probables en situaciones concretas e individuales, a la vista de todas las circunstancias y del contexto donde se produce el caso, teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista y los intereses de todos los afectados" (Ferrer & Álvarez, 2003, p.179). Sin embargo, no tiene en cuenta lo
universal, lo cual es también algo necesario e irrenunciable para el estudio integral de un caso clínico. A este respecto Jorge Ferrer y Juan Álvarez anotan:

Opinamos que el razonamiento moral es bidireccional, va de los casos a los principios y normas generales y de los principios y normas a los casos. Por lo tanto, es preciso decir, desde nuestro punto de vista -y, en esto, coincidimos con Jonsen-, que principalismo y casuística no son aproximaciones alternativas a los problemas morales. Son, más bien, complementarias. Ilustran aspectos diversos, pero no opuestos, de la vida. (2003, p. 180)

En relación, con la prueba de consistencia para la selección final del curso o cursos de acción, estos tres aspectos vienen a garantizar: primero, que la toma de decisiones se ajuste al ordenamiento legal local, lo cual es muy importante en la elección del curso de acción. De acuerdo con Diego Gracia, al hacer esta revisión al final del proceso: a) garantiza que éste no sea el elemento central en la deliberación y reduzca a éste a un aspecto meramente legalista; b) que el Comité esté en capacidad de dar razón de sus recomendaciones en cualquier momento que esto sea requerido por un tercero; y c) que se asegure que se contará con el tiempo suficiente para un adecuado análisis del caso. Condiciones que todo método de tomas de decisiones debe tener en cuenta para garantizar la calidad de sus decisiones, ver Tabla 14.
4.1.5 Conclusiones. De manera general, en los tres métodos de toma de decisiones estudiados se hace un especial reconocimiento a la moralidad como un elemento esencial e intrínseco del ser humano, y a la deliberación como su eje fundamental, a través del cual es posible la resolución de los conflictos (Domingo & Feito, 2013). Este hecho así es registrado por Tom Beauchamp y James Childress en su método (1999, 2013) y explicitado, de una manera más clara y amplia, en el trabajo de Diego Gracia, especialmente en su segunda propuesta (2007, 2009b, 2011a, 2013c).

En relación con su fundamentación en una teoría ética, el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress es predominantemente deontológico; el método deliberativo de Diego Gracia, fundamentalmente teleológico, y su método principalista, sincrético, al basar de manera explícita el estudio de la situación problemática en estas dos perspectivas, los principios y las consecuencias; buscando tener en cuenta estas dos dimensiones en su análisis, lo universal y lo particular, ver Figura 11. Sin embargo, es de reconocer que independientemente del método propuesto, a partir del siglo XX, todos estos reconocen la importancia de tener en cuenta las consecuencias en su análisis. De allí que Max Weber haya denominado este tipo de éicas como éicas de de la responsabilidad, las cuales son definidas por Miguel Sánchez como:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Método</th>
<th>Toma de decisiones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>El método principalista de Tom Beauchamp y James Childress</td>
<td>Ponderación y especificación</td>
</tr>
<tr>
<td>El método principalista de Diego Gracia</td>
<td>Contrastación de los cursos de acción con los principios morales y el sistema de referencia moral</td>
</tr>
<tr>
<td>El método deliberativo de Diego Gracia</td>
<td>La deliberación</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
Éticas de la responsabilidad. Intentan armonizar los principios con las consecuencias sobre los afectados, con el fin de alcanzar las decisiones mejores y más prudentes. Utilizan una racionalidad *deliberativa* para encontrar los mejores cursos de acción en cada caso. Y así, su lugar a los principios; pero teniendo en cuenta además, los compromisos y las responsabilidades. (2013, p.77)

En el análisis bioético se resalta la importancia de que este parte del conocimiento de la realidad de la forma más completa posible, para garantizar una adecuada comprensión de la misma. Para ello es importante tener en cuenta las perspectivas de todos los involucrados en la situación clínica problema; trascendiendo claramente los alcances de la historia clínica y no limitándose a una sola interpretación del problema, la del profesional de la salud involucrado. Solo una adecuada comprensión de la realidad permitirá la identificación y definición apropiada de los problemas morales, que servirán de base para la elección de los cursos de acción, como bien lo especifica Diego Gracia (2011a, 2013c).
En relación con los problemas morales se resalta la importancia de adelantar su estudio teniendo en cuenta todos los factores que en ellos influyan, como punto de partida para la propuesta de cursos de acción adecuados y coherentes a la problemática estudiada. En los métodos precedentes, los elementos más importantes tenidos en cuenta para la definición y el análisis de los problemas morales son los principios morales, los valores y las consecuencias previsibles de los actos. De allí, que una de sus más frecuentes críticas sea el desconocimiento de este gran abanico de aspectos involucrados, como pueden ser las creencias, los conocimientos, las opiniones, las preferencias, los intereses, etcétera (Maliandi, 2010).

De manera específica, estos tres métodos pueden ser así caracterizados, ver Tabla 15. El método de Tom Beauchamp y James Childress, desde una perspectiva deontológica,
busca establecer un marco universal para el análisis de los casos clínicos basado en cuatro principios morales. A partir de los cuales se hace el estudio de los problemas morales identificados y se recomienda un curso de acción justificado en una norma específica que le es propia o en su excepción a través de la especificación y la ponderación de los principios. Esta propuesta es reconocida como una de las más importantes del siglo XX, a la que se le critica: la ausencia de una teoría filosófica estructurada y un canon o sistema de referencia moral que de sustento a los cuatro principios morales y a su metodología; unos principios morales \textit{prima facie} muy generales y no jerarquizados, que a través de la especificación y ponderación se consideran insuficientes para dar cuenta de la complejidad de la realidad moral; y la poca relevancia que se da a otros aspectos de la vida moral en su análisis como la historia de vida del sujeto, sus valores y virtudes, y el contexto histórico y cultural en donde la acción se desarrolla; y el riesgo de que en el proceso deliberativo se imponga la voluntad o intereses de la mayoría sobre los de la minoría.

En el método principalista de Diego Gracia, este autor trata de corregir algunas falencias del método anterior al fundamentarse en una teoría filosófica y un sistema de referencia moral; estructurar una propuesta más flexible, que incluye en su análisis dos dimensiones complementarias: una universal, a partir de los principios; y otra particular, a partir de las consecuencias previsibles de las acciones propuestas; y ser un método de fácil comprensión e implementación para el estudio de los problemas bioéticos. Sin embargo, comparte las críticas con el método anterior en relación con el centrar su propuesta en los principios morales, que no llega a resolver con su propuesta de jerarquización de los mismos. Las cuales son reconocidas por su mismo autor, lo que lo lleva a proponer su segundo método, el deliberativo.
En este segundo método propuesto por Diego Gracia se pueden reconocer como sus fortalezas: el reconocimiento que se hace de la deliberación como base para una toma de decisiones prudente y responsable; y el desarrollo cuidadoso que se hace de los diferentes pasos para la toma de decisiones en relación con la identificación de los cursos de acción, la elección del o los cursos de acción óptimos y las pruebas de consistencia de la decisión. Sin embargo, no hay una clara definición de lo que es un valor en este método, lo que puede dificultar su identificación y selección; así como su clasificación y ponderación; ni un sistema de referencia moral que de coherencia a su propuesta. Adicionalmente, el centrar su estudio solo en el caso particular, no tiene en cuenta lo universal, lo cual es también algo necesario e irrenunciable para el estudio integral de un caso clínico.

Finalmente, en relación con la aplicación de estos métodos para el estudio de los problemas bioéticos que se presentan en el campo de la obstetricia, en el que se tiene una situación particular y única, la cual es considerar como sujeto de atención en salud de manera simultánea a la gestante y al embrión o el feto, no se reconoce en ninguno de ellos un marco de referencia moral general incluyente a esta realidad, que permita ponderar de manera simultánea estos dos bienes o valores intrínsecos. A este respecto, el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress carece de un sistema de referencia moral que cumpla con este propósito; así como el método deliberativo de Diego Gracia, en el que la calidad de sus recomendaciones, dependerán en últimas de la calidad de los miembros participantes y del proceso deliberativo que desarrollen. Por otra parte, en el método principalista de Diego Gracia, el sistema de referencia moral se encuentra fundamentado en los imperativos kantianos que hacen un especial reconocimiento a la capacidad del ser humano para autogobernarse racional y libremente (Gracia, 2008b). Atributo que en los seres humanos puede o no estar presente de manera temporal o
permanente y/o tener un carácter fluctuante en el tiempo o dependiente de factores externos e internos, motivos por los cuales, este no puede ser el concepto base sobre el cual se fundamente la dignidad humana de una manera sólida, como se expondrá más adelante al final de este capítulo.
Tabla 15. El análisis comparativo de los métodos de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Método de toma de decisiones</th>
<th>El método principalista de Beauchamp y Childress</th>
<th>El método principalista de Diego Gracia</th>
<th>El método deliberativo de Diego Gracia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Fundamentación Bioética</strong></td>
<td>Moral común</td>
<td>Ética formal de bienes</td>
<td>Constructivismo axiológico y ética formal de bienes</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Caso clínico</strong></td>
<td>Historia clínica por problemas</td>
<td>Deliberación sobre los hechos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Problema moral</strong></td>
<td>Dilema moral</td>
<td>Problema moral</td>
<td>Problema moral</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Ponderación y especificación de principios morales</td>
<td>Contrastación de los cursos de acción con los principios morales y el sistema de referencia</td>
<td>Deliberación</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fortalezas</strong></td>
<td>Una de las propuestas metodológicas más importantes del siglo XX. Establece un marco de reflexión bioética a partir de cuatro principios morales de obligación.</td>
<td>Se fundamenta en una teoría filosófica y un sistema de referencia moral. Estructura una propuesta más flexible, que incluye en su análisis dos dimensiones complementarias: una universal, a partir de los principios, y otra particular, a partir de las consecuencias previsibles. Es un método de fácil comprensión e implementación para el estudio de los problemas bioéticos.</td>
<td>Reconocimiento al proceso deliberativo como base para una toma de decisiones prudente y responsable. Desarrollo cuidadoso que se hace de los diferentes pasos para la toma de decisiones en relación con: la identificación de los cursos de acción, la elección del o los cursos de acción óptimos, y las pruebas de consistencia de la decisión.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Debilidades**

Carece de una teoría filosófica estructurada y de un canon o sistema de referencia moral.

Unos principios morales *prima facie* muy generales y no jerarquizados, que a través de la especificación y ponderación se consideran insuficientes para dar cuenta de la complejidad de la realidad moral.

Poca relevancia que se da a otros aspectos de la vida moral en su análisis, como la historia de vida del sujeto, sus valores y virtudes, y el contexto histórico y cultural en donde la acción se desarrolla.

Existe el riesgo de que en el proceso deliberativo se imponga la voluntad o intereses de la mayoría sobre los de la minoría.

Comparte las críticas con el método anterior en relación con el centrar su propuesta en los principios morales, que no llega a resolver con su propuesta de jerarquización de los mismos.

Carece de una definición clara de lo que es un valor, lo que puede dificultar su identificación y selección; así como su clasificación y ponderación.

El centrar su estudio solo en el caso particular, no tiene en cuenta lo universal, lo cual es también algo necesario e irrenunciable para el estudio integral de un caso clínico.

**Fuente:** elaboración propia.

### 4.2 Segunda etapa: Propuesta de un método para la toma de decisiones en bioética clínica

La propuesta que a continuación se presenta está basada fundamentalmente en los métodos expuestos por Tom Beauchamp y James Childress (2009, 2013) y Diego Gracia (2007, 2008b, 2009b, 2011a, 2013c). La cual está orientada al estudio de los problemas bioéticos de los casos clínicos que vivencia un ser humano o un grupo social en particular, especialmente referido al campo de la obstetricia; y que tiene por finalidad, la elaboración
de una recomendación de la mayor calidad y corrección en búsqueda de una solución a una situación moral problemática en el ámbito clínico, a partir de una deliberación prudente, tratando de responder a la pregunta: ¿Cuál es la mejor solución posible para recomendar a este ser humano o grupo social en particular que está vivenciando una situación moral problemática?

En la elaboración de este método se han tenido en cuenta los siguientes momentos: la fundamentación bioética, el sistema de referencia moral, el caso clínico, el problema moral, la propuesta de solución y la recomendación final, ver Tabla 24.

4.2.1 La fundamentación bioética.

_Eduardo Galeano_

_Me gusta la gente sentipensante,_
_que no separa la razón del corazón._
_Que siente y piensa a la vez._
_Sin divorciar la cabeza del cuerpo,_
_ni la emoción de la razón._

El método aquí propuesto es de carácter sincrético, fundamentado en la moral común, el constructivismo axiológico y la deliberación. A partir del reconocimiento del ser humano como un ser moral, un ser capaz de tomar decisiones en favor de su autorrealización. A través de la aprehensión de la realidad de manera dual, intelectual y emocional, capacidad que ha sido denominada por Xavier Zubiri como la "inteligencia sintiente" y por los pescadores del Caribe colombiano como el "ser humano sentipensante" -hecho reseñado por Orlando Fals Borda y Eduardo Galeano-.

Dimensiones humanas indisolubles, interdependientes y esenciales, cuya importancia recientemente ha sido reconocida en Occidente. En donde, por mucho tiempo se dio un reconocimiento único o preponderante a la dimensión intelectual en el ámbito científico y social. El progreso de la neuroética y de otras ciencias de la mente, en las
últimas décadas, ha permitido avanzar en el conocimiento del desarrollo del cerebro y de su estructura funcional a partir del cual se ha podido fundamentar esta noción de inteligencia sintiente o de ser humano sentipensante. A este respecto, las investigaciones realizadas en este campo, a pesar de lo reciente y parciales de las mismas, permiten llegar a algunas conclusiones que vienen a soportar lo anteriormente expuesto:

- Con base en las investigaciones se puede reconocer la complejidad del ser humano y con base en ello intentar redefinirlo, en palabras de Kathika Evers (2013), como un "ser neuro-cultural". Es decir un fruto de la interacción dinámica entre el ser humano como un organismo vivo, producto de una herencia genética y biológica, y su medio ambiente social y cultural. Al respecto la autora anota:

  La neuroética define al ser humano como una criatura neuronal que tiene su forma tanto por su arquitectura cerebral, como por las estructuras de la sociedad y la cultura en la que desarrolla su cerebro. La arquitectura funcional del cerebro humano y las estructuras socioculturales humanas se desarrollan en simbiosis, y determinan la naturaleza del ser humano conjuntamente. Las estructuras de nuestras sociedades influyen en nuestras arquitecturas cerebrales, y la arquitectura de nuestro cerebro determina las estructuras de las sociedades que creamos. En ese sentido, se puede decir que la neuroética define al ser humano como una criatura neuro-cultural. (Evers, 2013, p.1469)

- Así mismo, teniendo en cuenta los estudios de la conducta humana se ha podido comprender el papel fundamental que juegan los instintos, las emociones y los pensamientos en ella (Molewijk, Kleinlugtenbelt, & Widdershoven, 2011). A la luz de este nuevo conocimiento es necesario ver como se conjugan estos aspectos,
específicamente las emociones, en la conducta moral como lo enfatiza Christopher Suhler y Patricia Churchland:

En esta vía, la moralidad es como una habilidad compleja –jugar ajedrez, realizar una cirugía del cerebro, expresarse- que, a pesar de su sofisticación no necesita (y realmente, a menudo no debería) ser sujeto de continua vigilancia consciente para funcionar efectivamente.

Esto no quiere decir que el razonamiento consciente no tenga un papel que jugar en la moralidad, aunque este papel pueda ser menos sustancial de lo que muchos filósofos estén acostumbrados a asumir. Determinar exactamente el papel que el razonamiento consciente, las normas morales explícitas, las creencias de mayor orden y otras juegan en el desarrollo y ejercicio de las capacidades morales será un proyecto importante para investigaciones futuras. (2011, p.53)

Finalmente, estos nuevos conocimientos vienen a reforzar la idea de una estructura moral previa a partir de la cual el ser humano construye su moral, como muchos filósofos previamente lo han propuesto. Al respecto Adela Cortina expresa:

Aprendiendo de la gramática generativa de Chomsky, podríamos decir que de la misma manera que nacemos con una gramática universal que nos ofrece herramientas para construir lenguajes concretos, nacemos con una gramática moral, con una caja de herramientas que nos permite construir sistemas morales concretos y explicar la diversidad de culturas morales... Como explícitamente decían Zubiri y Aranguren, los hombres tienen una estructura moral, que se expresa en distintos contenidos a lo largo de la historia y en distintas culturas, pero descubrir esa
estructura, aunque sea de forma menos expresa, es lo que se ha venido haciendo desde Platón al menos (Zubiri, 1986; Aranguren, 1994). (2010, p.144)

En conclusión, las investigaciones realizadas en el campo de las neurociencias y las ciencias de la mente en relación con el comportamiento humano y la moral permiten llegar a algunas conclusiones preliminares al respecto: a) el redefinir a los seres humanos como "criaturas neuro-culturales", es decir, el fruto de la interacción dinámica entre el individuo como un organismo vivo, producto de una herencia genética y biológica, y su medio ambiente, social y cultural (Evers, 2013); b) el comenzar a comprender el papel fundamental que juegan los instintos, las emociones y los pensamientos en la conducta moral (Suhler & Churchland, 2011); y c) el identificar una estructura moral previa a nivel cerebral a partir de la cual el ser humano construye su moral, como muchos estudiosos previamente lo han propuesto (Cortina, 2010; Gracia, 2008), ver Figura 10.

4.2.1.1 La moral común. La fundamentación en la moral común se basa en el reconocimiento de la actividad permanente de los seres humanos en su cotidianidad, de manera consciente o no, de realizar juicios morales, lógicos y estéticos (Gracia, D., 2008b). La cual es definida por Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser, en su libro Bioethics, a systematic approach como:

Una teoría moral es un intento por hacer explícito, explicar, y, si es posible, justificar la moralidad. Por moralidad nosotros entendemos el sistema moral que la gente utiliza, no necesariamente conscientemente, para decidir cómo actuar cuando debe enfrentar problemas morales y hacer sus juicios morales. (2006, p. 25)
Para Tom Beauchamp y James Childress (2013) esta fundamentación se basa en el reconocimiento de: a) la moralidad es un aspecto de la vida humana que se encuentra presente en todas las culturas desde la Antigüedad, en la que se pueden reconocer aspectos comunes compartidos que son la base de esta teoría; b) las normas provenientes de la moralidad común pueden ser justificadas universalmente y ser compartidas por otras éticas normativas; c) la moralidad de manera intrínseca viene a desarrollar normas que pueden guiar el comportamiento de los seres humanos de una manera universal.

Algunas de las características más importantes de la moral común expuestas por Gert, Coulver y Clouser (2006, p. 3-49) son:

- Un sistema público: la moral común es comprendida por todas aquellas personas racionales a quienes se les aplica. Todas aquellas personas que son sujeto de juicio moral saben qué clase de actos la moralidad prohíbe, obliga, aconseja, desaconseja y permite; y no es irracional para ninguna de ellas aceptar ser guiados y juzgados por ese sistema.

- Un sistema racional: el reconocimiento de la capacidad de las personas para deliberar prudentemente y exitosamente acerca de los problemas morales; cimentada en un nivel de racionamiento moral básico basado en el evitar, prevenir o disminuir significativamente cualquier clase de daño probable (la muerte, el dolor, la discapacidad, la pérdida de libertad o la pérdida de placer). En donde, una acción es considerada como irracional cuando un acto tiene una alta probabilidad de causar daño y no existe una razón objetiva que la justifique.

Sin embargo, se reconoce que no es posible establecer un acuerdo general acerca de la estimación de la probabilidad y la jerarquización del daño; la jerarquización de lo
bueno o lo beneficioso; y si el bien o el beneficio esperado compensan adecuadamente el sufrimiento del potencial daño o mal contemplado.

- Un sistema imparcial: el reconocimiento de la violación de una norma moral solo es aceptable cuando esta es posible admitirse para todos los miembros de una comunidad, en las mismas condiciones. Al respecto los autores aclaran: "No se comprende generalmente que la moralidad no siempre requiere imparcialidad. La moralidad requiere imparcialidad solamente cuando alguien está considerando violar una norma moral. No se requiere la imparcialidad cuando se decide a que personas ayudar" (2006, p. 33).

- Un sistema complejo y dinámico: el estudio de la realidad y en este caso de la moralidad por su misma naturaleza es complejo, en continua evolución y la mayoría de veces, carente de certezas (un conocimiento limitado de la realidad); y no es estático, predeterminado y ya finalizado. El reconocimiento de esta naturaleza permite comprender por qué en el estudio de los problemas morales es posible en algunas ocasiones llegar a plantear varias soluciones probables, y entender los desacuerdos que en ocasiones no permiten llegar a soluciones finales. Pero siempre tratando de identificar los límites que hacen posible en el campo moral distinguir entre las respuestas moralmente aceptables de las que no lo son.

- Un sistema universal: la moral común establece un marco general de referencia capaz de ser entendido y aceptado por todos los seres humanos, en todos los lugares y en todos los tiempos. Al respecto estos autores anotan:

   Las normas morales básicas generales dan una guía universal que unifica todas las variadas formulaciones de las normas morales particulares a través de las diferentes culturas, tiempos y lugares (2006, p. 15).
Además, la estrecha relación entre la moralidad y algunas características de la naturaleza humana, especialmente la falibilidad, limitado conocimiento, racionalidad, y la vulnerabilidad de ser dañados por otros, supone que estas normas morales generales podrían ser apoyadas por todas las personas racionales en todos los tiempos y lugares (2006, p.79).

4.2.1.2 El constructivismo axiológico. Como previamente se ha anotado, a partir del trabajo de Xavier Zubiri, quien establece la aprehensión de la realidad de manera formal por parte de los seres humanos, a través de lo que él ha denomina la “*inteligencia sentiente*”, se le reconoce a los individuos una organización cognitiva propia, una identidad a través de la cual el sujeto va construyendo su conocimiento, producto de una interacción con la realidad objeto y su medio social. (Pozo, 1996). En donde, la valoración de la realidad inicialmente se hace a través de un proceso de *preference* de acuerdo a su misma naturaleza, por medio de la cual una realidad o bien es seleccionado o no en relación a otro, en tanto que bienes y valores -nivel protomoral- (Gracia, 2008a).

A partir de estos presupuestos, que se constituyen en lo que Xabier Zubiri ha denominado el “*sistema de referencia*”, a partir del cual es posible, entonces, construir y justificar de manera racional individual y colectiva, a través de la deliberación, una escala de valores objetiva, universal y jerárquica; así como, posteriormente, una moral normativa propiamente dicha (Faúndez, 2013)\(^28\), ver Figura 12.

\(28\) Desde la perspectiva constructivista se considera que "los seres humanos son producto de su capacidad para adquirir conocimientos y para reflexionar sobre sí mismos, lo que les ha permitido anticipar, explicar y controlar propositivamente la naturaleza y construir la cultura humana" (Díaz & Hernández, 2010, p.22), en la que se "destaca la convicción de que el conocimiento se construye activamente por sujetos cognoscentes, es decir no se recibe pasivamente del ambiente o de los otros" (Díaz & Hernández, 2010, p.22).
En este proceso de construcción es necesario tener en cuenta las tensiones que se pueden presentar entre las diferentes dimensiones de la moral, complementarias entre sí: lo universal y lo particular, lo social y lo individual, y la conservación y el cambio. Esto no es debido a la dificultad teórica de una fundamentación única, sino a la misma naturaleza del acto moral, un proceso dinámico como la vida misma, ver Figura 13. La vida en sí misma encierra estas mismas características que le son intrínsecas y que son las mismas que le han permitido a los seres vivos evolucionar y perpetuarse a lo largo de millones de años en la Tierra. Por tanto, el objetivo de la ética no es el de dar prioridad a una de estas dimensiones sino el de alcanzar un equilibrio dinámico entre ellas en pro del ser humano y su autorrealización, proceso que no siempre ha tenido garantizado el éxito, con funestas consecuencias para la humanidad. (Gracia, 2011a; Maliandi & Thüer, 2008; Maliandi, 2010; Hottois, 2007b, 2013).
4.2.1.3 La deliberación. El reconocimiento e importancia de la deliberación tiene sus orígenes en la obra de Aristóteles (384/383 - 322 a.C.), especialmente en su escrito la Ética a Nicómaco, en el que fundamentaremos este escrito. En su presentación se tendrán en cuenta los siguientes aspectos, fundamentados principalmente en el trabajo de este filósofo griego: el origen, la definición, las características, los tipos y las condiciones que le son propias.

El origen de la deliberación. La deliberación es definida como un proceso intelectual del ser humano que se encuentra sustentado en el reconocimiento que hace Aristóteles de cuatro características de la naturaleza humana: el ser racional, el ser social, el
reconocimiento de una finalidad de su existencia y la incertidumbre de la realidad. Para el filósofo, al alma humana se le reconocen varias facultades que para su comprensión pueden ser agrupadas en dos dimensiones, una irracional y otra racional, específica de los seres humanos, ver Tabla 16. Así lo explica Aristóteles en su obra *Acerca del Alma* (AA) (trad. en 2003):

En cuanto a las antedichas potencias del alma, en ciertos vivientes se dan todas mientras que en otros se dan algunas y en algunos, en fin, una sola. Y llamábamos potencias a las facultades nutritiva, sensitiva, desiderativa, motora y discursiva. En las plantas se da solamente la facultad nutritiva, mientras que en el resto de los vivientes se da no sólo ésta, sino también la sensitiva. Por otra parte, al darse la sensitiva se da también en ellos la desiderativa... a otros, en fin, les corresponde además la facultad discursiva y el intelecto: tal es el caso de los hombres y de cualquier otro ser semejante o más excelso, suponiendo que lo haya. (AA, II,3: 414a,29-414b,20)

A partir del alma racional, el hombre es capaz de conocer la realidad en sus dos planos: el mundo eterno, perfecto e inmutable, regido por principios absolutos; y el otro, el mundo cotidiano, de lo particular y contingente, cuya característica es la incertidumbre, que es el que ahora ocupa nuestra atención. Estas dos realidades son aprehendidas a través de dos tipos de racionamientos diferentes, el científico y el deliberativo, como lo anota en su obra *Ética a Nicómaco* (EN) (trad. en 2014):

Dado que, ahora, debemos subdividir la parte racional de la misma manera, estableceremos que son dos las partes racionales: una, con la que percibimos las clases de entes cuyos principios no pueden ser de otra manera, y otra, con la que
percibimos los contingentes; porque, correspondiéndose con distintos géneros de cosas, hay en el alma genéricamente distintas partes, cada una de las cuales por naturaleza se corresponde con su propio género... A la primera vamos a llamarla científica y a la segunda razonadora, ya que deliberar y razonar son lo mismo, y nadie delibera sobre lo que no puede ser de otra manera. (EN, VI,1: 1139a,5-9)


<table>
<thead>
<tr>
<th>Alma humana</th>
<th>Dimensiones</th>
<th>Objeto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Irracional</td>
<td>Vegetativa</td>
<td>Causa de la nutrición y el crecimiento, propia de todos los seres vivos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Desiderativa</td>
<td>Lo apetitivo, los deseos y las emociones, propios de los animales</td>
</tr>
<tr>
<td>Racional</td>
<td>Científica</td>
<td>Conocimiento de lo eterno, perfecto e inmutable</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Razonadora o deliberativa</td>
<td>Conocimiento de la realidad cotidiana, contingente e incierta</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

Desde esta concepción de mundo, la racionalidad humana es capaz de conocer la verdad a través de cinco disposiciones o hábitos que Aristóteles denomina virtudes intelectuales: la ciencia, el arte, la prudencia, la sabiduría y el intelecto, ver Tabla 17; dentro de las cuales no tiene en cuenta la conjetura y la opinión, pues a través de ellas este autor consideró que se podría incurrir en el error (EN, VI,3). La ciencia (epistéme), el conocimiento científico tiene por objeto de estudio lo universal, lo eterno, lo necesario, lo no engendrado, lo indestructible. Por su naturaleza objetiva, ella es capaz de ser enseñada a través de la demostración, mediante la inducción y el silogismo (EN, VI,3: 1139b,15-37); el arte (téchne) hace referencia al conocimiento técnico, a través del cual es posible la fabricación o producción. En donde, la importancia del proceso está en la capacidad,
intellectual del individuo para ello, por ejemplo, en el ingenio del arquitecto para la construcción (EN, VI,3: 1140a,1-22); la prudencia (*phrónesis*) es considerada como la capacidad para guiar el comportamiento humano hacia lo que es bueno, "...tiene por objeto lo que es justo, noble y bueno para el hombre, y ésta es la actuación del hombre bueno..." (EN, VI,12: 1143b,23-24), (EN, VI,5: 1140a-1140b); el intelecto (*noûs*) o entendimiento intuitivo que tiene por objeto el conocimiento de los "principios de lo demostrable y de toda ciencia" (EN, VI,6: 1140b,32-33), base de toda ciencia; y la sabiduría (*sophía*), propia del filósofo, cuya posesión y ejercicio da al ser humano la felicidad más perfecta (EN, VI,4: 1141a-1141b).

**Tabla 17. Las virtudes intelectuales.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Virtud intelectual</th>
<th>Objeto</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>La ciencia (<em>epistéme</em>)</td>
<td>Conocimiento científico</td>
</tr>
<tr>
<td>El arte (<em>téchnē</em>)</td>
<td>Conocimiento técnico</td>
</tr>
<tr>
<td>La prudencia (<em>phrónesis</em>)</td>
<td>Conocimiento del comportamiento Humano</td>
</tr>
<tr>
<td>El intelecto (<em>noûs</em>)</td>
<td>Conocimiento de los principios generales y de la ciencia</td>
</tr>
<tr>
<td>La sabiduría (<em>sophía</em>)</td>
<td>Conocimiento filosófico</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

*La definición y las características de la deliberación.* La deliberación prudente es definida por Aristóteles como "un modo de ser racional verdadero y práctico, respecto de lo que es bueno para el hombre" (EN, VI,5: 1140b,21-22). Una capacidad básica de la razón humana, común por tanto a todos los seres humanos, que tiene por finalidad el permitirles tomar las mejores decisiones para su actuar en la vida práctica en busca de su felicidad, en condiciones de incertidumbre y contingencia.
En donde, la incertidumbre se reconoce como una característica que le es propia e inherente a la realidad humana. De hecho, si la incertidumbre o la posibilidad de poder ser de una forma u otra no existieran en el mundo, los seres humanos no tendrían necesidad de tomar decisiones en relación a su comportamiento, pues ya todo estaría predeterminado previamente. Y si eso fuese así, entonces la deliberación no tendría cabida en el actuar, puesto que "nadie delibera sobre lo que no puede ser de otra manera, ni sobre lo que no es capaz de hacer" (EN, VI,5: 1140a,30-31). De igual forma, frente a la incertidumbre siempre se debe obrar prudentemente, pues nunca se tiene la certeza absoluta en nuestras decisiones y siempre existe la posibilidad de equivocarnos. "Finalmente, en la deliberación se puede errar tanto en lo universal como en lo particular" (EN, VI,12: 1142a,20-21), ver Tabla 18.

Actualmente, en relación con la naturaleza y las características del proceso deliberativo es de resaltar el reconocimiento que se hace de estas mismas hoy día como sus elementos fundamentales. A la deliberación se le reconoce como un proceso natural del ser humano, inherente a su misma naturaleza, que le permite guiar sus acciones y orientar su comportamiento de una manera racional y prudente; a través del cual, de una manera general, ha podido construir y desarrollar su proyecto de vida, y de una manera específica, agenciar su vida frente a situaciones particulares (Farieta, 2008; Pineda, 2008; Vigoa, 2012; Neves, 2014).

Tabla 18. Las características básicas de la deliberación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Características básicas de la deliberación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Es un proceso racional, prudente y responsable</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Es una toma de decisión para la acción</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La decisión se toma en condiciones de incertidumbre</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La decisión debe orientarse en bien del ser humano</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
Este proceso desde el punto de vista neurofisiológico es reconocido por Antonio Damasio como "...un ejercicio de extraordinaria originalidad fisiológica, la reflexión y la planificación consciente de la acción introdujeron nuevas posibilidades, en la forma de regular la vida, ajenas a la homeostasis automatizada" (2010, p.438); así mismo, desde el ámbito de la bioética Diego Gracia afirma: "Todos los seres humanos deliberamos y deliberamos continuamente. No podemos vivir sin deliberar. Y ello porque se trata de una necesidad biológica" (2011a, p.109).

De igual forma, como previamente se mencionó, Diego Gracia (2011a) reconoce la deliberación como necesaria para la toma de decisiones razonadas frente a las condiciones de incertidumbre, propias de su realidad. La vida práctica es una vivencia particular sometida a múltiples variables, en donde la certeza no es uno de sus atributos.

Los tipos de deliberación. El proceso de deliberación de acuerdo con su finalidad puede ser clasificado en tres tipos: la deliberación de medios, la deliberación de fines y medios, y la deliberación política (Acosta, 2012; Vigoa, 2012); las dos primeras de índole particular, y la tercera, social o política, ver Tabla 19.

La deliberación de medios implica la existencia o reconocimiento de un fin de la acción ya predeterminado, y el objeto del proceso es la elección de la forma óptima para su realización de acuerdo a las condiciones y necesidades específicas del momento. A este respecto Aristóteles anota:

La deliberación tiene lugar, pues, acerca de cosas que suceden la mayoría de veces de cierta manera, pero cuyo desenlace no es claro y de aquellas en que es indeterminado. Y llamamos a ciertos consejeros en materia de importancia, porque no estamos convencidos de poseer la adecuada información para hacer un buen diagnóstico. Pero no deliberamos sobre los fines, sino sobre los medios que
conducen a los fines... sino que, puesto el fin, consideran cómo y por qué medios pueden alcanzarlo por varios medios, examinan cuál es el más fácil y mejor, y si no hay más que uno para lograrlo, cómo se logrará a través de éste, y éste, a su vez, mediante cuál otro, hasta llegar a la causa primera que es la última en el descubrimiento. Pues el que delibera parece que investiga y analiza de la manera que hemos dicho... (EN, III,3: 1112b,7-22)

A veces lo que investigamos son los instrumentos, otra su utilización; y lo mismo en los demás casos, unas veces buscamos el medio, otras el cómo, otras el agente. (EN, III,3: 1112b,27-30)

En segundo lugar, la deliberación de medios y de fines. A diferencia de la anterior, en este proceso, en un primer momento se define el objeto de la acción y posteriormente, los medios para llegar a él. Este tipo de deliberación en la Ética a Nicómaco está referido específicamente a la reflexión acerca del comportamiento de los seres humanos en busca de una vida orientada hacia lo que le es bueno y conveniente, al respecto se explica:

En cuanto a la prudencia, podemos llegar a comprender su naturaleza, considerando a qué hombres llamamos prudentes. En efecto, parece propio del hombre prudente el ser capaz de deliberar rectamente sobre lo que es bueno y conveniente para sí mismo, no en un sentido parcial, por ejemplo, para la salud, para la fuerza, sino para vivir bien en general... Resta, pues, que la prudencia es un modo de ser racional verdadero y práctico, respecto a lo que es bueno y malo para el hombre (EN, VI,5: 1139a,23-1140a,5).

También se puede hablar de buena deliberación en sentido absoluto o relativo tendiente a un fin determinado; la primera es la que se endereza simplemente al fin
y la segunda la que se endereza un fin determinado. De acuerdo con ello, si el deliberar rectamente es propio de los prudentes, la buena deliberación será una rectitud conforme a lo conveniente, con relación a un fin, cuya prudencia es verdadero juicio (EN, VI,9: 1142b,28-35).

Reflexión que viene a ser la base actual de la moral y la ética, al hacerse un reconocimiento a la capacidad que tienen los seres humanos para guiar su comportamiento de una manera racional, en busca de su propio perfeccionamiento en razón a lo que es bueno a ellos mismos. A este respecto se explica:

Una señal de ello es lo siguiente: todos los hombres que ahora dan una definición de la virtud, después de indicar el objeto a que tienden, añaden: "según la recta razón", y es recta la que está de acuerdo con la prudencia. Parece, pues, que todos, de alguna manera, advinan que tal modo de ser es virtud, es decir, la que es conforme a la prudencia (EN, VI,13: 1144b,21-23).

Y finalmente, la dimensión social o política a través de la cual se busca sentar las bases de la convivencia de los seres humanos en sociedad que permita a cada uno de ellos su propio desarrollo. En la que nuevamente se resalta la importancia de la prudencia como un elemento fundamental para orientar y regular la vida en comunidad, en su libro la Política (P) (trad. en 1986), "la sensatez [la prudencia] es la única virtud propia del que manda" (P,4, 1277b); y se hace un reconocimiento especial a la naturaleza social de los seres humanos, "ya que el hombre es un ser social y dispuesto por la naturaleza a vivir con otros" (EN, IX,9: 1169b,17-18). Puesto que nadie es capaz de desarrollarse de una manera independiente aislado de sus congéneres, como lo expresa Aristóteles:
Así que está claro que la ciudad es por naturaleza y es anterior a cada uno. Porque si cada individuo, por separado, no es autosuficiente, se encontrará, como las demás partes, en función a su conjunto. Y el que no puede vivir en sociedad, o no necesita nada por su propia suficiencia, no es miembro de la sociedad, sino como una bestia o un dios. (P, I,3: 1253a)

Desde esta perspectiva se le atribuye a los seres humanos en su condición de ciudadanos un papel activo dentro de la sociedad, en su dirección y preservación. "El ciudadano sin más por ningún otro rasgo se define mejor que por su participación en la justicia y en el gobierno" (P, III,1275a). Reconociéndose una interdependencia activa entre la sociedad y sus miembros para su desarrollo y bienestar, como a continuación se afirma:

Así que quién es el ciudadano, de lo anterior resulta claro: aquel a quien le está permitido compartir el poder deliberativo y judicial, este decimos que es ciudadano de esa ciudad, y ciudad, en una palabra, el conjunto de tales personas capacitado para una vida autosuficiente. (P, III,1: 1275b)

Entonces, es de reconocer que en comunidad se construyen las mejores decisiones para todos, orientadas desde diferentes perspectivas que las enriquecen y les permite ser incluyentes con las diferentes concepciones razonables de mundo. Desde este punto de vista, actualmente se hace un reconocimiento a la deliberación prudente en sociedad como el proceso a través del cual es posible alcanzar su mayor perfeccionamiento, lo que la hace una herramienta útil en el estudio de los problemas sociales (Gracia, 2011a, p.113-120; Bauman, 2005). En Colombia, un ejemplo tangible de la utilidad de la deliberación como herramienta fundamental para llegar a acuerdos son los diálogos que el Gobierno Nacional adelanta con las FARC en el marco de un eventual proceso de paz, desde el año 2012. Este
es el conflicto armado más antiguo de la región, que inició en el año 1958. El cual ha causado la muerte de por lo menos 218,094 personas, entre combatientes y población civil, hasta el año 2012; con enormes repercusiones negativas humanas, sociales y económicas para el país (Gómez, M., 2015).

Tabla 19. Los tipos de deliberación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Naturaleza</th>
<th>Deliberación</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Particular</td>
<td>Deliberación de fines y medios</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Deliberación de medios</td>
</tr>
<tr>
<td>Social</td>
<td>Deliberación política</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

Las condiciones para la deliberación. En relación con las condiciones de la deliberación consideradas en el texto, estas se puede clasificar en: unas generales y otras específicas a este proceso. Su exposición estará orientada a los comités de bioética clínicos y de investigación, que son los espacios naturales para la deliberación en el ámbito bioético clínico, en el contexto de una sociedad pluralista e individualista. En donde cada vez se ha dado un mayor reconocimiento e importancia a estas instancias colegiadas para la toma de decisiones frente a situaciones problemáticas a nivel local, nacional e internacional. Desde esta perspectiva, Gilbert Hottois plantea el papel de estos comités como una conciencia moral plural:

De cierta manera, el sujeto plural y conflictivo de la tecno-ciencia es bastante inconsciente. "Inconsciente" significa que cada miembro de este sujeto sólo quiere
tener conciencia, la mayor parte del tiempo, de sus deseos e intereses propios, los cuales busca imponer mediante la exclusión de los otros.

No obstante, este sujeto busca proporcionarse una conciencia más amplia, una conciencia moral. Pero, para sujeto plural, conciencia plural. Planteo la hipótesis de que esta conciencia plural se ha buscado a través de la multiplicación de comités de ética (especialmente de bioética) en el transcurso de las últimas décadas. (2007b, p.32-33)

Las condiciones generales para la deliberación. En la obra de Aristóteles se pueden reconocer algunas condiciones generales que favorecen la deliberación, unas inherentes al mismo proceso deliberativo y otras externas a él que le dan soporte, ver Tabla 20. Dentro de las condiciones internas el filósofo griego menciona: la libertad y el conocimiento. "Siendo involuntario lo que se hace por fuerza y por ignorancia, lo voluntario podría parecer que es aquello cuyo principio está en el mismo agente que conoce las circunstancias concretas en las que radica la acción" (EN, III,1: 1111a,21-24); y por otra parte, la razón y la reflexión -la capacidad intelectual-. "¿Acaso es algo que ha sido ya objeto de la deliberación? Pues la elección va acompañada de razón y reflexión, y hasta su mismo nombre parece sugerir que es algo elegido antes que otra cosa" (EN, III,2: 1112a,16-17). Condiciones que comparten similitud con las que se han identificado como garantes del consentimiento informado en las ciencias de la salud, a partir de la segunda mitad del siglo XX. Al ser este en esencia un proceso deliberativo para la toma de decisiones referente al cuidado de la salud en el ámbito clínico (Simón & Júdez, 2004). Las cuales son definidas por Etchells, Sharpe, Walsh, Williams y Singer en este contexto así:
La información, la capacidad del paciente y la voluntariedad en la toma de decisión.

La información se refiere a la provisión de información pertinente por el médico y su comprensión por parte del paciente; la capacidad es la habilidad del paciente de entender la información presentada y apreciar las consecuencias que de su decisión podría preverse razonablemente; y la voluntariedad, el derecho del paciente para tomar libremente su decisión, sin fuerza, coerción o manipulación. (1996a, p.177)

En relación con las condiciones externas para la deliberación se identifican las siguientes: condiciones de espacio y tiempo; educación y experiencia. Las cuales son comunes a las necesarias en la gran mayoría de actividades humanas para su perfección; siendo objeto de reconocimiento y consideración más frecuente en las actividades de tipo práctico que intelectual. Al respecto de las dos primeras se menciona, "...es evidente que la felicidad necesita también de los bienes exteriores, como dijimos; pues es imposible o no es fácil hacer el bien cuando no se cuenta con recursos" (EN, I,8: 1099a,32-1099b,2). A este respecto Juan Carlos Álvarez en relación con los comités de bioética menciona:

**La dotación de los medios materiales** para que funcione el Comité de forma mínimamente adecuada es siempre la asignatura pendiente en todos los hospitales. Si bien las direcciones-gerencias se comprometen a proporcionar tales medios cuando se solicita la acreditación, a la hora de la verdad se funciona en unas condiciones bajo mínimos: sin un despacho o local, sin secretaria, si ordenador o archivo propio, etc. (2003, p.77)

La **asistencia a las reuniones** del Comité se ve seriamente dificultada por la falta de tiempo disponible durante la jornada laboral para ser dedicado al CEA [comité de ética asistencial]. El personal sanitario (médicos y enfermeras) no
pueden abandonar su puesto de trabajo para acudir a las reuniones programadas del Comité, por la simple razón de que no tienen quién les sustituya. (20003, p.78)

Por otra parte, en relación con la educación y la experiencia, desde la Antigüedad se reconoce su importancia de la formación de sus miembros por parte del Estado y la sociedad en estos aspectos, al respecto se anota:

Ahora bien, lo mejor es que la ciudad se ocupe de estas cosas pública y rectamente; pero si públicamente se descuidan, parece que cada ciudadano debe ayudar a sus hijos y amigos hacia la virtud o, al menos, deliberadamente proponerse hacer algo sobre la educación. (EN, X,9: 1180a,30-33)

De igual forma, en la actualidad Diego Gracia (2003a) reconoce la importancia de educar en el proceso de deliberación a los seres humanos para su cualificación, a pesar de ser algo connatural a su misma naturaleza. Al respecto afirma:

En cualquier caso, conviene tener en cuenta que deliberar no puede encerrarse en los estrechos límites de un procedimiento. Es siempre más que eso. Deliberar es una práctica, una habilidad, que se aprende con el ejercicio. Y, sobre todo, es una actitud, un estilo de vida, que debería aprenderse y ejercitarse desde la niñez. Éste es, quizá, uno de los mayores retos de la educación de todos los tiempos. El programa de Sócrates sigue conservando toda su vigencia, aunque sólo sea porque nunca hasta hoy ha sido llevado a la práctica. ¿Servirán los Comités de ética para caminar en esa dirección? Eso es, en cualquier caso, su única razón de ser. (2003a, p.70)
De igual forma se resalta la importancia de la experiencia en la deliberación prudente, hasta llegar Aristóteles a subestimar la capacidad que se tenga para ello por parte de los jóvenes, como se explica a continuación:

...los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos, y sabios en tales campos, pero en cambio, no parecen ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene también por objeto lo particular, que llega a ser familiar por experiencia, y el joven no tiene experiencia, pues la experiencia requiere mucho tiempo. (EN, VI,8: 1142a,6-16).

Tabla 20. Las condiciones para la deliberación.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condiciones</th>
<th>Elementos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Internas</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Libertad</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Conocimiento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Capacidad</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Externas</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Condiciones de espacio y tiempo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Educación</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Experiencia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

En relación con estas condiciones es importante tener en cuenta las ya reseñadas en el Capítulo 2 por Diego Gracia en su método deliberativo (2011a) que vienen a complementarlas.

*Las condiciones específicas para la deliberación.* Estas condiciones igualmente se estudiaron en el contexto de los comités de bioética, en relación con las características de sus miembros y las condiciones necesarias para garantizar este proceso. En relación con sus miembros, la pluralidad y multidisciplinariedad de los mismos es una de sus características,
a fin de poder abordar de una manera integral los problemas sometidos a su estudio; así como, un elemento común que los debe caracterizar, el interés en procurar la mejor solución posible a estos. "Las únicas virtudes comunes son esta sensibilidad y este interés éticos. Pero la exigencia pluralista conduce a que la calidad y el contenido sean diferentes en cada miembro" (Hottois, 2007b, p.38).

En este ámbito, el proceso de comunicación para la deliberación entre las partes -seres autónomos, libres e iguales- debería tener las siguientes condiciones de acuerdo con Adela Cortina:

- Que reconoce a las demás personas como interlocutores válidos, con derecho a expresar sus intereses y a defenderlos con argumentos.
- Que está dispuesto igualmente a expresar sus intereses y a presentar los argumentos que sean necesarios.
- Que no cree tener ya toda la verdad clara, de suerte que el interlocutor es un sujeto al que convencer, no alguien con quien dialogar. Un diálogo es bilateral y no unilateral.
- Que está preocupado por encontrar una solución correcta y, por tanto, por entenderse con su interlocutor. “Entenderse” no significa lograr un acuerdo total, pero sí descubrir lo que ya tenemos en común.
- Que sabe que la decisión final, para ser correcta, no tiene que atender a intereses individuales o grupales, sino a intereses universalizables, es decir a aquello que “todos podrían querer”, por decirlo con la célebre fórmula del contrato social.
- Que sabe que las decisiones morales no se toman por mayoría, porque la mayoría es una regla política, sino desde el acuerdo de todos los afectados porque satisface asimismo los intereses de todos. (2013, p.86-87)
Las cuales vienen a ser reinterpretadas en este mismo sentido por autores como el filósofo y antropólogo francés Paul Ricoeur (1913-2005):

- Cada uno de los participantes tiene un derecho igual a la palabra.
- Cada uno de los participantes tiene el deber de dar su mejor argumento a quien se lo pida.
- Cada uno de los participantes debe escuchar con un prejuicio favorable el argumento del otro.
- Los antagonismos de una argumentación reglada debe tener por horizonte común un acuerdo, el consenso. (2008, p.219-220)

Siendo la más importante de estas reglas, la última, la voluntad de las partes frente a un problema moral de llegar a consensos para su solución, lo que “supone, por parte de los antagonistas, una voluntad igual de buscar el acuerdo, un deseo de coordinar en buena inteligencia sus planes de acción y, finalmente, la preocupación de hacer prevalecer la cooperación sobre el conflicto en todas las situaciones de desacuerdo” (Ricoeur, 2008, p.220). A este respecto Gilbert Hottois anota:

Postula que las cuestiones morales se deben resolver mediante la discusión sin coacción entre los diversos interesados, quienes intercambian argumentos y objeciones y terminan por lograr un consenso. Este consenso es la respuesta racional al problema moral planteado. Bajo esa óptica, la Razón sólo existe a través del dialogo argumentado y de las conclusiones a las cuales conduce la discusión... En otras palabras, las conclusiones obtenidas al respetar la ética procedimental tienen
un valor universal, pero se espera, por lo menos, que el debate sea reabierto formalmente con base en hechos o argumentos nuevos. (2007b, p.97)

4.2.1.4 El consenso. De acuerdo con Gilbert Hottois (2007a, 2007b), la recomendación de un comité puede estar basada en los siguientes tipos de consensos alcanzados: un consenso unánime, un consenso estratégico, un consenso mayoritario, un consenso parcial, un no consenso y un consenso viciado, ver Tabla 21.

Un consenso unánime, este se obtiene cuando todos los miembros respaldan y justifican una recomendación, en lo que el filósofo norteamericano John Rawls ha denominado como un equilibrio reflexivo. El cual se define como una situación de armonía en la que “concuerdan entre sí con las convicciones generales, los primeros principios y los juicios particulares” (Rawls, 2002, p.57). “La concepción política más razonable para nosotros es la que mejor cuadra con todas nuestras convicciones razonadas tras reflexión y las organiza en una visión coherente” (Rawls, 2002, p.58). Sin embargo, muchas veces este tipo de consenso no es posible y solo se logra alcanzar acuerdo alrededor de la recomendación, pero no en las razones que lo justifican, esto es lo que se ha denominado como un consenso estratégico.

Un consenso mayoritario con frecuencia se da frente a problemas complejos, basados en las diferentes concepciones que se encuentran representadas. El desenfo en estos casos es importante dejarlo registrado de una manera argumentada en la recomendación final. A este respecto se anota:

Debido a estas diferencias y al tipo de problemas planteados, que tocas, directa o indirectamente, las creencias y los presupuestos -religiosos, filosóficos- más profundos (sentido de la vida, definición del hombre, estatuto de la naturaleza, ideal
de sociedad, etc.) es normal que las conclusiones de un comité de ética no siempre sean unánimes... Este acuerdo no expresa la preponderancia circunstancial de una postura sobre la otra. (Hottois, 2007b, p.38)

Un **consenso parcial** en el proceso de deliberación, esto ocurre cuando solo es posible llegar a un acuerdo en relación con algunos aspectos del problema, sin poder llegar a hacerlo de una manera integral; y un **no consenso** se da en aquellas situaciones de excepción en que no es posible alcanzar una recomendación. En estos casos, siempre es deseable, por lo menos, que se haga la recomendación acerca de la persona o la instancia que se considera más adecuada para que tome la decisión en relación con el caso particular.

De igual forma que en los casos anteriores, es siempre necesario dejar constancia de lo sucedido para reasumir su estudio posteriormente, si se considera pertinente. (Hottois, 2007a, 2007b).

Algunas de las razones por las que no se puede logra un consenso son expuestas por John Rawls, en lo que él ha denominado un **desacuerdo razonable**:

- La evidencia empírica y científica de que se dispone sobre un caso puede ser conflictiva y compleja.
- Hay acuerdo sobre las clases de consideraciones que son relevantes en un caso, pero hay desacuerdo sobre el peso de cada una de ellas en el mismo.
- Los conceptos en relación al caso son vagos y tienen límites imprecisos.
- Las experiencias en general que las personas tienen frente a casos complejos son diferentes.
Frente a estas situaciones Gilbert Hottois hace la siguiente reflexión en favor de abrir espacios para continuar con su estudio en pro de un consenso:

Como se trata de asuntos graves (eutanasia, pruebas y diagnósticos genéticos, dopaje, experimentación sobre seres humanos, archivo de datos personales, procreación asistida, transgénesis vegetal y animal, eugenésia, etc.), su desaparición del escenario público puede tener consecuencias igualmente graves y hacer posibles comportamientos indiferentes o contrarios a toda consideración ética en el secreto de "las esferas y de los espacios privados"... Una civilización compleja y evolutiva reclama una vigilancia, un acompañamiento reflexivo y crítico, múltiple y continuo, que permite supervisar y revisar en forma periódica los modos de regulaciones técnicas y simbólicas. (2007b, p.40)

Tabla 21. Los tipos de consenso.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tipos de consenso</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Consenso unánime</td>
<td>Equilibrio reflexivo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consenso estratégico</td>
</tr>
<tr>
<td>Consenso mayoritario</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Consenso parcial</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>No consenso</td>
<td>Desacuerdo razonable</td>
</tr>
<tr>
<td>Consenso viciado</td>
<td>Consenso negociado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Consenso forzado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Disenso perezoso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, se llama la atención sobre unas posiciones viciadas por parte de uno o más de los miembros participantes de un comité que pueden invalidar la recomendación
dada, como son: un *acuerdo negociado*, el *consenso forzado* y el *dísimo perezoso*. El *acuerdo negociado* se da cuando se hace una recomendación convenida previamente, orientada a favorecer los intereses de una de las partes, en detrimento del bien común de todos los afectados. El *consenso forzado* se evidencia en caso de que un factor de fuerza oriente la decisión en favor de un interés particular. "Por supuesto, depende de muchos factores contingentes que van, desde la composición del comité y de la personalidad del presidente, hasta la pugnacidad de los miembros y el plazo concedido" (Hottois, 2007b, p.42). El *dísimo perezoso* se presenta cuando no hay ningún interés de una de las partes por llegar a ningún acuerdo mediante la argumentación y solo se limita su actuación a presentar las razones de su posición particular, y es definido por Gilbert Hottois como:

Se debe evitar lo que llamamos el *dísimo perezoso*: consiste en no comprometerse realmente con la discusión interdisciplinaria y pluralista, sino contentarse con exponer y explicitar cada posición con sus presupuestos y argumentos principales, bajo el pretexto de que el pluralismo es el respeto de la diversidad, la libertad de creer, de pensar y de expresarse cada uno para sí y en nombre de su comunidad o tradición. (2007b, p.41)

### 4.2.2 el sistema de referencia moral

El sistema de referencia moral se define como "el ideal de toda explicación racional posible... en tanto que ideales son formales y previos a la razón; y en tanto que explicativos son racionales y materiales" (Gracia, 2008b, p.124). Al respecto de ser considerado como un principio formal, Ricardo Maliandi y Oscar Thüer anotan:
El principio general... tiene el carácter de formal, es decir, no manda ni prescribe nada en concreto, sino que constituye el patrón de medida de toda obligación moral. Los imperativos formales, aunque no obligan a nada en concreto, definen la forma de toda obligación. Por lo tanto son principios últimos e incondicionados, siempre verdaderos, obligan siempre, carecen de excepciones y son absolutos... A partir de esos principios formales se formulan principios concretos o imperativos dotados de contenido material que establecen lo que está permitido o prohibido. (2008, p.106-107).

En este contexto, el presente método se fundamenta a nivel ontológico en el valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos, la dignidad humana; y a nivel ético en su respeto, ver Tabla 22.

Tabla 22. El sistema de referencia moral.

<table>
<thead>
<tr>
<th>El sistema de referencia moral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>a. A nivel ontológico:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>El reconocimiento de la dignidad humana, es decir del valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>b. A nivel moral:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>El respeto de la dignidad humana:</td>
</tr>
<tr>
<td>- Proteger a los seres humanos.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Promover la autorrealización de los seres humanos.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

A nivel ontológico se reconoce la dignidad humana como un valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos por su propia naturaleza; a partir de la cual se fundamenta el presente método. Su estudio se llevará a cabo a profundidad en el próximo aparte, en el que se hará una revisión de la evolución de este
concepto en sus diferentes significados; se establecerá su relación con la vida humana misma, la bioética, el derecho y la vida futura; y se evaluará su importancia en el contexto actual y su pertinencia como sistema de referencia moral.

A nivel moral, a partir del reconocimiento de la importancia de este valor propio de los seres humanos se reconoce como un principio ético básico: el respeto de la dignidad humana. La aceptación de este valor intrínseco de los seres humanos conlleva de manera natural a reconocer el deber que todos tienen de proteger al ser humano y promover su autorrealización. Lo que en el contexto clínico se explícita de una manera muy clara y directa por la naturaleza de su acción, el propender por el cuidado de la salud de los seres humanos a lo largo de su ciclo vital, como lo expresa el doctor Fernando Sánchez (1999).

4.2.3 El caso clínico. La naturaleza compleja y dinámica de la realidad hace que normalmente en ella se presenten situaciones problema, para Ricardo Maliandi "la probabilidad y la frecuencia de conflictos concretos depende de la complejidad y del carácter dinámico del sistema respectivo" (2010, p.23). En el caso de los seres humanos esto se pone de manifiesto debido a su misma naturaleza compleja y dinámica, "compartida por lo biológico, lo psíquico, lo antropológico, lo social, lo histórico, lo político, lo estético, etc." (2010, p.44); lo que es aún más evidente en la relación clínica, en el que el objeto del cuidado es la salud. El estudio del caso clínico se hará en dos etapas: a) la presentación del caso clínico; y b) el análisis del caso clínico, ver Figura 14.
La presentación del caso clínico. La presentación del caso clínico se hace por parte de las personas interesadas en someterlo a estudio de manera escrita y teniendo como base la historia clínica del paciente. La cual debe incluir los elementos relevantes para su comprensión y estudio, desde las perspectivas científica y humana; que permitan posteriormente la identificación de los problemas morales, como lo manifiestan Tomás Domingo y Lydia Feito desde una perspectiva narrativa:

29 La comprensión de la situación problema desde dos perspectivas, de acuerdo con Edgar Morin: una intelectual u objetiva; y otra, humana intersubjetiva. "Este es el modo de pensar que permite aprehender en conjunto el texto y el contexto, el ser y su entorno, lo local y lo global, los multidimensional, en resumen lo complejo, es decir las condiciones del comportamiento humano. El nos permite comprender igualmente las condiciones objetivas y subjetivas (self-deception, enajenación por fe, delirios e histerias)" (Morin, 2001, p.104-105).
La ética narrativa aborda los conflictos éticos y la experiencia moral como situaciones que se expresan en un relato, en una historia, donde son posibles múltiples interpretaciones. De ahí que la clave de su trabajo sea no solo expresar o mostrar una historia, sino entender, contextualizar, interpretar y ayudar a resolver los conflictos de las narraciones, que son conflictos de valores, conflictos en la propia vida. (2013, p.110)

En el reconocimiento que el proceso de salud-enfermedad es una vivencia enraizada en el contexto de vida de una persona, inmersa en un entorno social, cultural, e histórico definido, "...la enfermedad no es sólo un hecho biológico sino también, y fundamentalmente, biográfico. Tan importante es el elemento físico-biológico como la vivencia de esta realidad física. No solo es cuestión de hechos, también de sentido" (Domingo & Feito, 2013, p.26). Desde esta perspectiva, como lo precisa Diego Gracia, la calidad del proceso dependerá en gran medida del conocimiento que se alcance de esta realidad (2011a, 2013b); en caso que en el desarrollo de las siguientes etapas se identifiquen faltantes en la información, será necesario completarlos antes de continuar el proceso y si es necesario, revisar el proceso hasta ahora realizado.

**El análisis del caso clínico.** Este análisis parte de la presentación que se hace del caso y tiene por objetivos: a) comprender la situación problema, el cual permite tener claridad acerca de lo que sucede; y b) asegurar que se cuentan con todos los datos necesarios que permitan, posteriormente, identificar los problemas morales.

Para esto, muchas veces, puede ser insuficiente la historia clínica como única fuente de información; lo que hace necesario, en algunas ocasiones: a) ampliar y enriquecer la

---

30 De acuerdo con la Real Academia Española, el dato se define como la "información sobre algo concreto que permite su conocimiento exacto o sirve para deducir las consecuencias derivadas de un hecho" (2014).
búsqueda a partir de otras perspectivas como pueden ser: la de los propios pacientes, el núcleo social próximo, la red de apoyo y el de otros profesionales relacionados con su atención como enfermería, psicología, trabajo social, entre otros; y b) la interconsulta a otros expertos, en temas que por su naturaleza o complejidad no sean de competencia de los miembros del comité, en pro de una visión integral e inter-transdisciplinar del mismo. En este contexto es importante resaltar la pluralidad de los puntos de vista y el diálogo como mecanismo que favorecen la comprensión de la situación problema. Al respecto Ricardo Maliandi expresa:

Es posible merced a la característica "posición excéntrica" del hombre, como la llamó Plessner, y a la dialogicidad de la razón, puesta de relieve por Apel y Habermas. Lo primero otorga conciencia de que cada uno de nosotros no es el centro del mundo, sino una perspectiva capaz de observar el mundo y también de observarse a sí mismo; lo segundo permite la contraposición de diversas perspectivas y el intercambio comunicativo o dialógico entre ellas. (2010, p.59)

Algunos elementos necesarios a identificar en el análisis del caso clínico para la posterior identificación de los problemas morales son: a) los participantes y/o potenciales afectados; b) la intervención o intervenciones médicas propuestas. En relación con la intervención clínica propuesta es necesario conocer: la condición de salud del paciente; la naturaleza de la intervención o intervenciones propuestas; y su pertinencia de acuerdo con la lex artis31 y la normatividad respectiva, de carácter nacional y/o internacional -según se considere necesario-.; y c) las potenciales situaciones morales que puedan ser las causantes

31 “La lex artis señala las reglas técnicas para cada tipo de acto médico semejante, si bien estas reglas o procedimientos clínicos deben atemperarse al caso concreto, pues nunca hay dos pacientes iguales” (Valencia, G., 2001, p.25).
de problemas morales, las cuales pueden darse a nivel de: valores, principios, derechos, deberes, creencias, conocimientos, opiniones, preferencias, intereses, medios, fines y consecuencias previsibles, entre otros; ver Figura 16.

4.2.4 El problema moral. El propósito de esta etapa es identificar los problemas morales vivenciados en el caso clínico; y luego seleccionar el más relevante para su estudio. Su estudio se realizará en tres pasos: a) la identificación de los problemas morales; b) la selección del problema moral a estudio; y c) el análisis del problema moral seleccionado, ver Figura 15.

Figura 15. El problema moral.
Fuente: elaboración propia.
La identificación de los problemas morales. De acuerdo con Diego Gracia esta se realiza a partir de lo opinión de los miembros participantes en este proceso, como previamente se había anotado: "En la práctica, se considera problema ético todo lo que alguien cree que es un problema ético, porque al menos es problema ético para él, y con eso es suficiente" (Gracia, 2013c, p.5). Los problemas identificados se van anotando, procurando que su redacción sea lo más clara y precisa posible. En este momento se recomienda que el número de problemas reconocidos sean siete o más, a fin de dar cuenta de la complejidad de la realidad estudiada (Gracia, 2011a; 2013c).

La selección del problema moral a estudio. A partir de la identificación de los problemas morales se procede a identificar el o los problemas morales más importantes para su estudio, que deben tener en cuenta en sí mismos a los demás expuestos. En esta selección debe permitirse la participación de la persona o las personas que traen el caso clínico para consulta (Gracia, 2011a, 2013c).

En caso de que hubiera más de un problema relevante a estudiar o que el estudio de la situación problema por su complejidad ameritara del análisis de múltiples variables confluyentes, como el rol de sus protagonistas y/o afectados (por ejemplo, en los casos en obstetricia, el estudio podría centrarse en la evaluación de la situación de la gestante, el hijo no nacido, la familia, los profesionales de la salud, la institución de la salud, la sociedad y/o el Estado), se procederá a la evaluación independiente de cada uno de ellos, en una o más sesiones, para facilitar el proceso; previamente poniendo de manifiesto esta necesidad (Gracia, 2011a, 2013c).

El análisis del problema moral seleccionado. Una vez elegido el problema moral a estudio, se procederá a identificar en él los siguientes aspectos: a) los seres humanos involucrados en la situación problema; b) la naturaleza del problema, en el que se identifica
A lo que se considera que se ha faltado el respeto: a un valor, una creencia, un principio, un derecho, un deber, una norma, etc., tratando de responder a la pregunta: ¿A qué se ha faltado el respeto?: y c) los seres humanos que puedan verse afectadas por la decisión, a fin de facilitar posteriormente su resolución, ver Figura 16.

Figura 16. Los aspectos del problema moral.
Fuente: elaboración propia.
Muchas veces, la identificación clara y concreta de estos aspectos del problema son el primer paso real y efectivo para su resolución (Domingo & Feito, 2013). En la medida que se puedan explicitar y justificar las razones del desacuerdo, se podrá más fácil llegar a consensos en la deliberación. A este respecto Ricardo Maliandi anota:

El enjuiciamiento de una acción (y/o de un agente), cuando se hace desde un primer grado o nivel\textsuperscript{32}, se desentiende de toda relación con principios y resulta, por lo tanto, en sentido de la razonabilidad, el menos riguroso. Pero en caso de ser negativo, es decir, de formularse como una \textit{impugnación} o rechazo, suele ser el más \textit{inflexible}. Cuando se enfrentan dos valoraciones discrepantes de ese tipo no hay solución posible, porque las soluciones necesitan del \textit{logos}, mientras que ahí hay monopolio del \textit{pathos}\textsuperscript{33} (2010, p.299)

4.2.5 \textbf{La propuestas de solución del problema moral}. Una vez identificado el problema moral a estudio se procede mediante la deliberación prudente a la búsqueda del curso de acción óptimo a seleccionar. La cual se realizará en tres fases: a) la identificación de los cursos de acción probables; b) la selección del curso de acción óptimo; y c) la contraste del curso de acción óptimo, ver Figura 17.

\textsuperscript{32} Ricardo Maliandi define las valoraciones de primer grado como "las que se realizan desde la propia perspectiva o posición en que se encuentra el sujeto valorante que está en conflicto" (2010, p.299)

\textsuperscript{33} Ricardo Maliandi define el \textit{pathos} en su concepción original como las emociones, "(que es otra manera de aludir a aquello a lo cual hace referencia "corazón")" (2010, p.201).
La identificación de los cursos de acción probables. A partir de la identificación del problema moral a estudio se procederá a proponer los cursos de acción que permitan su resolución. De acuerdo con la propuesta de Diego Gracia, este proceso se facilita si se identifican: primero, los cursos de acción extremos, que determinan claramente las posibilidades opuestas a seguir en su resolución (por ejemplo, en el caso de una intervención médica, los cursos de acción extremos a considerar serían: se hace o no se hace el procedimiento); y luego, los cursos de acción intermedios, dentro de los cuales generalmente se encuentra la mejor opción (por ejemplo, en el mismo caso anterior, algunos cursos de acción intermedio podrían ser: considerar la realización del
procedimiento bajo determinadas condiciones; el posponer la intervención en espera de la realización de otros exámenes; el tener en cuenta otras opciones terapéuticas; y la posibilidad de consultar el caso en junta médica). En la experiencia de este autor es deseable identificar cinco o más cursos de acción en este proceso, a partir de los cuales se seleccionará posteriormente el que habrá de recomendarse (Gracia, 2011a, 2013c), en "un intento de dar alguna respuesta a la pregunta básica; ¿qué debo hacer?" (Maliandi, 2010, p.175).

La selección del curso de acción óptimo. En el proceso deliberativo prudente, de manera argumentada, una vez identificados los cursos de acción probables se seleccionará uno o más curso de acción que se consideren como los de mayor calidad y corrección para la resolución de la situación problema, de acuerdo con las circunstancias y las consecuencias previsibles para el caso; con el objetivo de dar solución a la situación problema que aqueja a un ser humano o grupo social en particular (Gracia, 2011a, 2013c).

La contrastación del curso de acción óptimo. Una forma de garantizar que la solución propuesta sea la más adecuada es su contrastación con este marco general de análisis moral que tiene en cuenta los siguientes aspectos: a) los principios morales centinelas; b) el sistema de referencia moral; c) el marco legal vigente y d) los casos precedentes, ver Figura 18.
El curso de acción óptimo a recomendar será aquel que pueda ser justificado teniendo en cuenta estos aspectos, "como una respuesta a la pregunta "por qué" referida al carácter moral de esas acciones" (Maliandi, 2010, p.197). En caso que el curso de acción seleccionado no pueda ser justificado satisfactoriamente a juicio de los participantes se debería considerar la posibilidad de seleccionar otro para su contrastación.

Los principios bioéticos centinelas. El principio proviene del vocablo latino principium, que de acuerdo con la Real Academia Española (2014) significa:

Causa, origen de algo; primer instante del ser de algo; punto que se considera como primero en una extensión o en una cosa; base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discurriendo en cualquier materia; cada una de las primeras
proposiciones o verdades fundamentales por donde se empiezan a estudiar las ciencias o las artes; y norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta.

Sin embargo, este término puede variar en su concepción de acuerdo con el área del conocimiento en el cual se aplique, es así como en el campo de las ciencias formales se define como "...un enunciado fundamental e irrefutable, que sirve de sustento a un razonamiento o argumento. En su ámbito, un principio tiene validez incontestada y no se subordina a otro principio, so pena de perder su carácter de basal" (Kottow, 2008, p.141); mientras que en el campo de las ciencias sociales, teniendo en cuenta la naturaleza probabilística de su estudio, así es considerado:

El discurso filosófico, y por ende el ético, sería un conjunto de opiniones imposibles de validar, que no llevan a enunciados comprobables o refutables y, por tanto no constituyen conocimiento. No obstante, los enunciados éticos son naturales -anclan en realidades históricas y sociales-, siendo posible ponderar su grado de veracidad. (Kottow, 2008, p.141)

En este contexto, los principios no tienen el carácter de absolutos, son normas morales generales que sirven de marco general para el análisis, en este caso, de los problemas bioéticos en el contexto clínico (Kottow, 2005a; Vásquez, 2008). Los cuales tienen por objetivo fundamental el servir de "...garantía de racionalidad y prudencia exigible en la deliberación moral" (Domingo & Feito, 2013, p.86). Es decir, servir de centinelas en el propósito de garantizar la protección y promoción de los seres humanos a lo largo del proceso deliberativo.
Los principios centinelas propuestos tienen su origen, como previamente se ha anotado, en la moralidad común de acuerdo con Tom Beauchamp y James Childress, en su obra *Principles of Biomedical Ethics* (1989 a 2013), y Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser, en su libro *Bioethics: A Systematic Approach* (2006); y por otra parte, en el constructivismo axiológico y el proceso deliberativo como lo referencia Diego Gracia y Lawrence Kohlberg, quien al respecto anota: "El supuesto del constructivismo implica que los juicios o principios morales son construcciones humanas generadas en la interacción social. No son proposiciones innatas conocidas a priori ni generalizaciones empíricas de hechos del mundo" (1992, p.224), ver Figura 19.

**Figura 19.** El origen de los principios bioéticos.
Fuente: elaboración propia.

Desde esta perspectiva, se ha revisado la literatura para la selección de los principios éticos que permitirían servir de normas generales complementarias para la deliberación en el ámbito de la obstetricia y se han identificado estos tres principios o normas morales generales centinelas para este propósito: el principio de no maleficencia, el principio de respeto a la autonomía y el principio de responsabilidad, cuyas características
más relevantes serán expuestos a profundidad posteriormente en este capítulo, ver Figura 20 y Tabla 23.

Figura 20. Los principios bioéticos centinelas
Fuente: elaboración propia.

- El principio de no-maleficencia se identifica con el precepto latino "primum non nocere" y es definido como el no hacer daño de una manera intencionada. El cual puede ser explicitado en el contexto clínico en tres normas morales básicas: no se debe
causar daño o mal, se debe prevenir el daño o el mal, y se debe aliviar o curar el daño (Beauchamp & Childress, 2013). En donde, la valoración del daño solo puede ser realizada de una manera contextualizada en una situación específica, siendo imposible hacer una estimación y clasificación *a priori* de éste.

- El principio de respeto a la autonomía es un concepto que se ha ido desarrollando progresivamente a lo largo de la historia hasta el día de hoy, desde diferentes perspectivas complementarias: la política, la filosofía, la jurisprudencia y la ética (Gracia, 2012a); en el que se reconoce la capacidad que tienen los seres humanos de poder decidir responsablemente acerca de sí mismos. El cual se expresa en el ámbito clínico como el reconocimiento que se hace a los seres humanos a decidir por sí mismos con respecto al cuidado de su salud.

- El principio de responsabilidad tiene su origen en el reconocimiento de la importancia de las consecuencias previsibles de las acciones humanas sobre sí mismos y los demás, así como en el gran avance científico y tecnológico de las últimas décadas. De allí que pueda definírsele desde dos perspectivas complementarias, de acuerdo con Miguel Sánchez como: la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión; y el deber de realizar acciones de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones. "Esta responsabilidad se establece mirando al futuro y considerando el resultado que tendrán nuestros actos sobre algo o alguien a quien debemos cuidado o protección". (Sánchez, M., 2013, p.77), ver Figura 22.
Estos principios por su misma naturaleza pueden y deben irse actualizando en relación con las necesidades y las nuevas realidades de la práctica por parte de los comités de bioética clínica. A este respecto Tomás Domingo y Lydia Feito anotan:

Por otro lado, los principios son revisables porque su construcción es histórica y, por tanto, han de estar atentos al dinamismo de la sociedad y a la evolución del pensamiento ético, han de recoger los cambios que se vayan produciendo, cuando haya fundamentos que legitimen y justifiquen renunciar a los principios previamente existentes. (2013, p.86-87)

Tabla 23. Los principios bioéticos centinelas.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Los principios bioéticos centinelas</th>
<th>Definición</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **El principio de no-maleficencia** | El no hacer daño de una manera intencionada:  
- No se debe causar daño o mal  
- Se debe prevenir el daño o el mal  
- Se debe aliviar o curar el daño |
| **El principio de respeto de la autonomía** | El respeto a la capacidad de los seres humanos a decidir por sí mismos con respecto al cuidado de su salud. |
| **El principio de responsabilidad** | Dos dimensiones de este principio:  
- La obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión  
- El deber de realizar acciones de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones |

Fuente: elaboración propia.

El propósito de estos principios centinela es el de tener en cuenta de manera explícita estos aspectos relevantes desde el punto de vista bioético en la toma de decisiones para ayudar a su cualificación. Bajo el presupuesto de que la solución óptima será aquella
que mayor consideración les tenga, "...como un modo de procurar la maximización de la armonía entre ellos" (Maliandi & Thüer, 2008, p.180). A este respecto Ricardo Maliandi y Oscar Thüer explican:

Si los... principios son a priori y contienen exigencias que pueden resultar incompatibles, lo que racionalmente corresponde no es el compromiso pleno con cualquiera de ellos, sino la procuración del mayor equilibrio entre [ellos]... Pero lo que sí puede es enfatizar la prioridad de la indemnidad de los principios por encima de la observancia plena de cada uno de ellos. La búsqueda de armonía entre principios (exigencia, que a su vez, se formula como un metaprincipio) no constituye meramente una reflexión teórica, sino un criterio general para resolver conflictos concretos (2008, p.180).

El cumplimiento concreto de cada principio no debe exceder la medida dentro de la cual no involucra necesariamente una lesión de otro. En casos en que resulta imposible la indemnidad total de los cuatro principios el metaprincipio exige el esfuerzo por maximizar la armonía, es decir, por reducir a un mínimo la conflictividad entre los principios, y, en último caso, reducir también a un grado mínimo la contravención que se les infiera (2008, p.281).

En el caso que esto no sea posible y sea necesario en la recomendación privilegiar un principio sobre otro, debe tenerse en cuenta para su justificación las condiciones propuestas para ello por Tom Beauchamp y James Childress (2013, p.23), referidos en el Capítulo 2.

**El sistema de referencia moral.** El reconocimiento del valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos en este método conlleva a que las
propuestas de solución a los problemas bioéticos clínicos propendan por proteger a los seres humanos y promover su autorrealización. El no poder hacerlo en un caso particular obliga a dejar constancia de la excepción de una manera justificada, en el reconocimiento a su vital importancia en el desarrollo moral de un grupo social y una sociedad. Es una excepción que no puede dejar indiferente a nadie frente a ella, y que exige, adicionalmente, dar recomendaciones para su prevención, en la medida de lo posible.

*El marco legal vigente.* Es importante contrastar el curso de acción seleccionado con el marco legal vigente para garantizar su respeto. Excepcionalmente, es posible que en la estudio de un caso se ponga de presente la inadecuación de las normas legales a este respecto o la no contemplación de esta problemática en las mismas, especialmente frente a los nuevos avances tecnocientíficos aplicados al ámbito de la salud. Lo que permitiría que esto se constituyera en un insumo muy importante para proponer cambios o mejoras a la normatividad.

*Los casos precedentes.* La experiencia de los comités acumulada a lo largo del tiempo debe servir como insumo para el estudio de casos posteriores que permita una toma de decisiones más cualificada al respecto. "Es probable que los casos similares originen juicios también similares" (Domingo & Feito, 2013, p.88).

4.2.6 **La recomendación final.** La recomendación final será el producto del consenso alcanzando en el proceso de una deliberación prudente alrededor del curso de acción que mejor este en concordancia con los principios morales propuestos, el sistema de referencia moral, el marco legal vigente y los casos precedentes. La cual, como previamente se había mencionado, tiene un carácter de recomendación para las personas consultantes. A este respecto David Thomasma afirma: "All ethics consults are
recoendations to physician and patients, not directives. Patients and doctors are free to accept or reject the advice”³⁴ (1994, p.14).

En atención a la naturaleza compleja y dinámica de la realidad no siempre es posible seleccionar un curso de acción que satisfaga plenamente esta contrastación, de ser esto así, esta elección debe ser justificada de manera suficiente por parte de los miembros del comité. Es importante tener en cuenta en este proceso, como se expresó previamente, que en algunas ocasiones solo es posible alcanzar un consenso parcial y en otras ocasiones, que son la minoría, no es posible alcanzar consenso alguno, como se presenta en la Tabla 21. En esta última situación, el comité estaría en la obligación de recomendar a la persona y/o instancia a la que le correspondería tomar esta decisión (Hottois, 2008). En reconocimiento a esta posibilidad y al conflicto que esto puede generar en los miembros de un comité, Ricardo Maliandi trae esta reflexión realizada por el filósofo alemán Nicolai Hartmann (1882-1950) al respecto, desde una perspectiva axiológica:

Allí donde el valor está, en una situación, contra el valor, no hay salida libre de culpa, pues el hombre tampoco puede abstenerse de la decisión. Tiene que elegir de un modo u otro, y también la inacción es una decisión positiva. Justamente esto es lo que significa "estar en situación": tener que elegir a toda costa. El hombre, entonces, está en realidad constantemente ante la necesidad de resolver conflictos, de decidirse de tal modo que pueda hacerse cargo de la culpa. Su destino es no poder escapar totalmente de la culpa. (citado en Maliandi, 2010, p.173)

Adicionalmente, dependiendo la complejidad de la situación problema es necesario considerar la posibilidad de que se requiera de más de una sesión para su estudio, a la

³⁴ “Todas las consultas ética son recomendaciones a los médicos y pacientes, y no directivas. Los pacientes y los médicos son libres de aceptar o rechazar el consejo” (Thomasma, 1994, p.14).
espera de recolectar nueva información referente al mismo, antes de la toma de una decisión definitiva; y en otras casos, de realizar un seguimiento del caso a lo largo del tiempo para su mejor comprensión, con o sin la recomendación de la implementación de intervenciones durante este período.

En el entendido que se debe brindar una solución integral a un problema bioético clínico de acuerdo con su naturaleza, la recomendación podría abarcar diferentes niveles de atención en salud, si esto es necesario: el individual, centrado en el caso clínico particular estudiado; el institucional, a través de la mejora de procesos que minimicen o garanticen la prevención de esta problemática a nivel local; y el social, de acuerdo con la complejidad de la situación, con el propósito de buscar una solución integral al problema que comprometa a todos los sectores sociales involucrados, y si es necesario, promover la creación o el mejoramiento de los procesos de atención en salud y/o de la normatividad pertinente, a nivel local, nacional y/o internacional, ver Figura 21. Para ello, es necesario que los comités de bioética clínicos estén articulados de una manera efectiva a nivel local con la institución de salud y a nivel regional, nacional e internacional con otros comités de bioética, para que sean capaces a través de su experiencia y del conocimiento acumulado incidir de manera positiva al mejoramiento de los procesos de atención de salud en la comunidad (Thomassma, 1994; Hackspiel, 2000; Hottois, 2013).
4.2.7 **La epicrisis.** Posterior a la recomendación será deber del profesional de la salud que haya sometido el caso a estudio entregar un informe final de este al comité. Es importante esta retroalimentación puesto que el conocimiento acumulado a lo largo del tiempo a este respecto permitirá, por una parte: servir de apoyo para el estudio de nuevos casos; identificar y estudiar los problemas bioéticos clínicos más importantes en una comunidad particular en un período de tiempo determinado; y disponer de una base documental que permita la consulta a terceros; y por otra parte, permitir retroalimentar al comité acerca del proceso de toma de decisiones realizado y el método de toma de...
decisiones utilizado para su mejoramiento, basado en sus aciertos y desaciertos. De hecho, como se anoto previamente, la misma naturaleza de la realidad y el avance vertiginoso del conocimiento técnico-científico hace que esto sea necesario para adaptarse a estas nuevas exigencias y dar respuesta de una manera más adecuada a estos nuevos desafíos, ver figura 22.

![Diagrama de la epicrisis](image)

Figura 22. La epicrisis.
Fuente: elaboración propia.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabla 24. El método de toma de decisiones propuesto para la toma de decisiones en bioética clínica.</th>
</tr>
</thead>
</table>

**El método de toma de decisiones**

I. La fundamentación bioética

II. El sistema de referencia moral
   a. **A nivel ontológico:**
      El reconocimiento de la dignidad humana, es decir del valor esencial, intrínseco, invariable y universal de todos los seres humanos
   b. **A nivel moral:**
      El respeto de la dignidad humana:
      - Proteger a los seres humanos
      - Promover la auto-realización de los seres humanos

II. El caso clínico
   a. Presentación del caso clínico
   b. Análisis del caso clínico

III. El problema moral
   a. **Identificación de los problemas morales** (siete o más)
   b. Selección del problema moral a estudio
   c. **Análisis del problema moral seleccionado**
      - Participantes
      - Naturaleza del problema
      - Individuos afectados por la decisión

IV. La propuestas de solución del problema moral
   a. **La identificación de los cursos de acción probables** (cinco o más)
      - Identificación de los cursos de acción extremos
      - Identificación de los cursos de acción intermedio
   b. **La selección del curso de acción óptimo**
   c. **La contrastación del curso de acción óptimo en relación con:**
      1. **Los principios morales centinelas:**
         - El principio de no-maleficencia
         - El principio de respeto a la autonomía
         - El principio de responsabilidad
      2. El sistema de referencia moral
      3. El marco legal vigente
      4. **Los casos precedentes**

V. La recomendación final

VI. La epicrisis

Fuente: modificación estructurada a partir de los métodos propuestos por Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia, a quienes se hace especial reconocimiento.
4.2.8 La dignidad humana. La dignidad humana a lo largo de la historia siempre ha estado presente en la cultura de los pueblos, íntimamente relacionada con la religión, la medicina, la filosofía, la ética, el derecho y la política. Sin embargo, este término ha sido empleado de una manera amplia en diferentes acepciones, lo que ha permitido que este haya sido utilizado para defender posiciones contrarias en relación con la valoración que se puede hacer de un ser humano, un grupo social o una situación problema, paradójicamente (por ejemplo, la interrupción voluntaria del embarazo, la muerte digna, los derechos de las minorías, entre otros). Los objetivos de este capítulo son en primer lugar, hacer una revisión de la evolución de este concepto en sus diferentes significados; en segundo lugar, establecer su relación con la vida humana, la bioética, el derecho y la vida futura; y en tercer lugar, evaluar su importancia en el contexto actual y su pertinencia como sistema de referencia moral.

4.2.8.1 Definición. La dignidad es una palabra con una gran variedad de significados, que proviene de los vocablos latinos: dignitas (valor personal, dignidad, mérito // virtud // consideración, estima //; condición, rango, honor // cargo público, empleo // sentimiento de la dignidad, honradez // belleza, majestuosa, magnificencia // belleza varonil) y dignor (juzgar digno // dignarse); que tienen un elemento en común, el reconocimiento del valor del ser humano (Diccionario Esencial Latino Español Vox). Entendiendo por reconocimiento, en relación con el ser humano, el “tenerse a sí misma por lo que es en realidad en cuanto su mérito, talento, fuerza, recursos, etc.” (RAE, 2014).

De acuerdo con varios autores, el concepto de dignidad humana pudiera comprenderse desde diferentes perspectivas, no necesariamente excluyente y si muchas veces complementarias, como: un reconocimiento al comportamiento, un reconocimiento al mérito, un reconocimiento a la posición social, un reconocimiento a un atributo del ser
humano y un reconocimiento intrínseco del ser humano. A continuación se hará una presentación de cada una de éstas acepciones y al final se hará una revisión crítica de las mismas.

*Un reconocimiento al comportamiento.* Una primera aproximación al concepto de dignidad se deriva de la valoración que se hace del comportamiento de un ser humano a la luz de las normas sociales que determinan lo apropiado y decoroso de una conducta, que han sido definidas dentro de un contexto cultural e histórico particular. Este primer significado tiene especial reconocimiento en la obra del filósofo romano Marco Tulio Cicerón (106 - 43 a.C.), que así la describe en su obra *De Officitis*:

> If we wish to reflect on the excellence and dignity of our nature, we shall realize how dishonorable it is to sink into luxury and to live a dainty and soft lifestyle, but how honorable to live thriftily, strictly, with self-restraint, and soberly. (como se citó en Sulmasy, 2009, p.471)

A su vez, Doris Schroeder define el actuar apropiadamente como: “Dignity is the outwardly displayed quality of a human being who acts in accordance with society’s expectations of well-mannered demeanor and bearing” (2008, p.234); e Ilva Myriam Hoyos al respecto del proceder con decoro anota: “Este merecimiento puede provenir del hecho de comportarse dignamente, esto es obrar con decoro y pundonor. En este sentido, la dignidad sólo puede atribuirse a quienes en la práctica proceden de una manera recta y decorosa” (2005, p.169).

---

35 “Si queremos reflexionar sobre la excelencia y la dignidad de nuestra naturaleza, nos damos cuenta que lo deshonroso es hundirse en la lujuría y en el vivir un estilo de vida melindroso y superficial, pero honorable es vivir frugalmente, estrictamente, con autolimitación y sobriedad” (Sulmasy, 2009, p. 471).

36 “La dignidad es la calidad que se muestra hacia afuera de un ser humano que actúa de acuerdo con las expectativas de la sociedad, de la actitud de buenos modales y porte” (Schroeder, 2008, p. 234).
Un ejemplo de la importancia de este reconocimiento y su normatización en algunas profesiones, hoy día, son los códigos de ética médica. Los cuales regulan el comportamiento de los profesionales de la salud consigo mismos, sus colegas, los pacientes y la sociedad; siendo uno de los más antiguos, el Juramento Hipocrático del siglo V a.C. (Gracia, 2008a).

El reconocimiento al mérito. Una segunda aproximación a este concepto surge del reconocimiento de los aportes que hace un individuo a favor de la sociedad a la cual pertenece o de las condiciones que posee un individuo para ejercer algún cargo. El reconocimiento al aporte del ser humano a una sociedad se ha hecho desde dos miradas diferentes, la comunitarista y la individualista.

Desde la perspectiva comunitarista se da prioridad a la sociedad, como un espacio primero esencial en el cual los individuos viven y se perfeccionan; y en segundo lugar, al ser humano, quien a través de sus aportes contribuye a su soporte y mejoramiento. Al respecto, Aristóteles manifiesta en su obra Ética a Nicómaco (EN) (trad. en 2014):

Decimos suficiente no en relación con uno mismo, con el ser que vive una vida solitaria, sino también en relación con los padres, hijos, y mujer, y en general, con los amigos y conciudadanos, puesto que el hombre es por su naturaleza un ser social. (EN, I,7: 1097b,6-10)

Es así como en las primeras sociedades eran muy valorados, entre sus miembros, los individuos con capacidades de liderazgo, protección y caza, en favor de la sobrevivencia del grupo. Actualmente, existen aún comunidades con esta concepción muy arraigada, un ejemplo de ello en Latinoamérica es la de “algunas comunidades étnicas -como es el caso de algunas naciones indígenas brasileñas- que subordinan al individuo y su supuesta
inalienable dignidad al interés colectivo, a sus intercambios sociales y reconocimientos culturales” (Pyrrho, Cornelli, & Garrafa, 2009, p.67).

Por otra parte, desde la perspectiva individualista se reivindica el valor fundamental y primero del ser humano, al cual se le hace un reconocimiento por sus aportes realizados a la sociedad. Esta concepción del ser humano como individuo aparece posteriormente en la historia, en la Edad Media, con el cristianismo al reconocérsele a este como Hijo de Dios. Al respecto Juan Duns Escoto (1266-1308) en su obra “...quiso demostrar que el individuo es más perfecto que la especie a la que pertenece y, puesto que tiene un mayor grado de ser, no es funcional para la especie, como lo era en el mundo pagano, sino término único del acto volitivo” (Reale & Antíseri, 2010a, p.292). En el campo político y económico, a partir de los siglos XVII y XVIII hasta nuestros días, el reconocimiento al individuo alcanza su máxima expresión en los estados liberales (Bobbio, 1989).

Hoy en día, ejemplos de esta valoración son los Premios Nobel que hacen un reconocimiento a los seres humanos que han hecho aportes significativos a la sociedad en el campo de las ciencias, las letras, la economía y la paz, anualmente, desde el año 1901; y el reconocimiento público que se hace a personas como Martin Luther King, Nelson Mandela y Aung San Suu Syi, entre otros, por su lucha en defensa de los derechos humanos.

Un reconocimiento a la posición social. La complejidad de la organización social hace necesario la distribución de funciones, cuyo reconocimiento social dependerá de su importancia dentro de la misma estructura. Al respecto Ilva Myriam Hoyos (2005) anota: “La diversidad de las funciones sociales, los diferentes oficios que se tienen en la vida social, llevan a conceder honores específicos a unos hombres” (p.163). A lo largo de la historia hasta nuestros días, este reconocimiento de una manera más amplia o general se ha hecho teniendo en cuenta, por ejemplo, la pertenencia de los seres humanos a un grupo
social en particular, determinado por la edad, el género, la raza, la religión, la nacionalidad, la riqueza, etcétera.

**Un reconocimiento a un atributo del ser humano.** En el campo de las ciencias humanas se ha hecho un especial reconocimiento a la capacidad del ser humano para autogobernarse racional y libremente (González, 2008). Desde la antigua Grecia, Aristóteles reconocía la razón como principio rector del comportamiento humano:

El vivir, en efecto, parece también común a las plantas, y aquí buscamos lo propio. Debemos, pues, dejar de lado la vida de nutrición y crecimiento. Seguirías después la sensitiva, pero parece que también ésta es común al caballo, al buey y a todos los animales. Resta, pues, cierta actividad propia del ente que tienen razón. Pero aquél, por una parte, obedece a la razón, y por otra, la posee y piensa. Y como esta vida racional tiene dos significados, hay que tomarla en sentido activo, pues parece que primordialmente se dice en ésta acepción. (EN, I,7: 1097b,34-1098a,7)

En los siglos XV y XVI, en el Renacimiento por primera vez se indaga sobre el valor del ser humano y su relación con el mundo. Uno de los primeros escritos al respecto, lo encontramos en la obra de Giannozzo Manetti (1396-1495) titulada *De dignitate et excellentia hominis* que abre la discusión al respecto. Igualmente es de resaltar en este período, el trabajo de Pico della Mirandola (1463-1494), que en su obra *Discurso sobre la dignidad del hombre* viene a exponer los fundamentos de este concepto:

Oh Adán, no te he dado ni un lugar determinado, ni un aspecto propio, ni una prerrogativa peculiar con el fin de que poseas el lugar, el aspecto y la prerrogativa que conscientemente elijas y que de acuerdo con tu intención obtengas y conserves. La naturaleza definida de los otros seres está constreñida por las precisas leyes por
mí prescritas. Tú, en cambio, no constreñido por estrechez alguna te la determinarás según el arbitrio a cuyo poder te he consignado. Te he puesto en el centro del mundo para que más cómodamente observes cuanto en él existe. No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artífice de ti mismo, te informases y plasmases en la obra que prefirieses. Podrás degenerar en los seres inferiores que son las bestias, podrás regenerarte, según tu ánimo, en las realidades superiores que son divinas. (trad. en 2004, p.4)

En el siglo XVIII, la Ilustración marca el inicio de una nueva época en Europa, en el campo de la filosofía, la política, la economía, la ciencia y la pedagogía, basada en la capacidad de la razón humana por entender y transformar el mundo a través de la experiencia. Una de las obras más importantes en ética, en este período, es la de Immanuel Kant (1724-1804) que actualmente continúa gozando de merecido reconocimiento. En este campo sus escritos más representativos son la Fundamentación de la metafísica de las costumbres (1785) y la Crítica de la razón práctica (1788). Para el filósofo, a la razón humana se le reconoce por una parte, la capacidad de conocer (razón teórica); y por otra parte, la de guiar la voluntad y la acción moral (razón práctica), independientemente a la experiencia y a los sentimientos, mediante leyes morales de carácter universal, es decir, válidas para todos los seres racionales. Al respecto se anota:

Los seres cuya existencia descansa no en nuestra voluntad, ciertamente, sino en la naturaleza, tienen sin embargo, sí son seres irracionales, solamente un valor relativo, como medios, y por ello se llaman cosas; en cambio, los seres racionales se denominan personas, porque su naturaleza ya los distingue como fines en sí mismos, esto es, como algo que no puede lícitamente ser usado meramente como
medio, y por tanto en la misma medida restringe todo arbitrio -y es un objeto del respeto-. (Kant, Fundamentación de la metafísica de las costumbres, p.187)

La moralidad es la condición únicamente bajo la cual un ser racional puede ser un fin en sí mismo, porque sólo por ella es posible ser un miembro legislador en el reino de los fines. Así pues, la moralidad y la humanidad en tanto que ésta es capaz de lo mismo, es lo único que tiene dignidad. (Kant, Fundamentación de la metafísica de las costumbres, p.201)

Los grandes aportes de su obra son: en primer lugar, el reconocer la posibilidad de guiar la voluntad y la acción moral a través de la reflexión racional, de una manera independiente a los sentimientos y la experiencia; y por ende, con la posibilidad de ser aceptada y compartida por sí misma por todos los seres humanos racionales. Por tanto, su producto es una ley moral (el deber) de carácter y validez universal, no condicionada, denominada como imperativos categóricos que se define como: “Actúa de modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre, al mismo tiempo, como principio de una legislación universal”; “Actúa de tal modo que consideres a la humanidad, y a ti mismo como a los otros, siempre como un fin en sí mismo y nunca como un simple medio”, y “Actúa de modo que la voluntad, con su máxima, pueda considerarse como universalmente legisladora respecto a sí misma”; en el que subraya la importancia de la voluntad, como instancia autónoma, rectora que determina su accionar (Kant, Fundamentación de la metafísica de las costumbres). En segundo lugar, la existencia de los imperativos categóricos implica necesariamente el reconocimiento por una parte, de la libertad de los seres humanos para tomar sus propias decisiones; y por otra parte, de su capacidad de autodeterminarse, elementos esenciales de la autonomía. Y, en tercer lugar, su propuesta se opone a una voluntad determinada por condiciones externas a ella, como el utilitarismo y el
empirismo, en las que la moralidad del acto está determinada por el bien a obtener; y en cuarto lugar, reconoce la autonomía como una cualidad propia de todos los seres humanos como individuos de una comunidad moral. En donde este valor le es propio a todos los seres humanos sin excepción.

Actualmente, especialmente en Occidente, la capacidad de autogobernarse del ser humano se constituye en la piedra angular de reflexión en el campo de la bioética, siendo reconocida como un principio ético fundamental, la autonomía. Tom Beauchamp y James Childress en su obra *Principles of Biomedical Ethics* la definen así:

_At a minimum, personal autonomy encompasses self-rule that is free from both controlling interference by others and limitations that prevent meaningful choice, such as inadequate understanding. The autonomous individual acts freely in accordance with a self-chosen plan, analogous to the way an independent government manages its territories and sets its policies.... Virtually all theories of autonomy view two conditions as essential for autonomy: liberty (independence from controlling influences) and agency (capacity for intentional action)._37 (2013, p. 101-102)

En donde las acciones autónomas se pueden analizar en función de sus agentes teniendo en cuenta las siguientes características de acuerdo con estos autores:

---

37 “Como mínimo, la autonomía personal abarca el auto-gobierno, libre de las interferencias controladoras de los demás, y sin limitaciones personales que impiden una elección auténtica, como una inadecuada comprensión. Una persona autónoma actúa libremente de acuerdo a un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas... Prácticamente todas las teorías acerca de la autonomía consideran dos condiciones como esenciales para la autonomía: la libertad (la independencia de influencias controladoras) y la agencia (la capacidad para acciones intencionales)” (Beauchamp & Childress, 2013, p. 101-102).
We analyze autonomous action in terms of normal choosers who act (1) intentionally, (2) with understanding, and (3) without controlling influences that determine their action. (Beauchamp & Childress, 2013, p.104)

The first of the three conditions of autonomy –intentionality- is not a matter of degree: Acts are either intentional or nonintentional. However, acts can satisfy both the conditions of understanding and absence of controlling influence to a greater or lesser extent. (Beauchamp & Childress, 2013, p.105)

Un reconocimiento intrínseco del ser. Finalmente, la dignidad puede ser caracterizada como el reconocimiento del valor del ser humano en atención a su propia naturaleza, independiente a sus atributos o acciones. El cual es el reconocimiento social que se hace al ser humano por el mismo hecho de ser, fundamentado a partir de dos perspectivas distintas, la religiosa y la ontológica.

Desde la perspectiva religiosa, para la tradición cristiana, judaica e islámica, la dignidad humana se origina en la misma naturaleza creada del ser humano por Dios a su imagen y semejanza (Kilner, 2003). Es así como en el libro del Génesis se expresa: “Creó pues Dios al hombre a imagen suya, a imagen de Dios” (Génesis, 1, 27). El valor del ser humano está fundamentado por tanto en su naturaleza creada, y su comportamiento se encuentra determinado por esta misma. Al respecto Santo Tomas de Aquino afirma:

Así, pues, como la providencia de Dios, tal como se dijo (a.1), no es más que la razón del orden de las cosas a un fin, es necesario que todos los seres estén

---

38 “Nosotros las acciones autónomas en términos de la normal elección del que actúa (1) intencionalmente, (2) con conocimiento, y (3) en ausencia de influencias externas que determinen su acción” (Beauchamp & Childress, 2013, p.104).

“La primera de las tres condiciones de la autonomía –intencionalidad- no permite gradación: Los actos son intencionados o no intencionados. Sin embargo, los actos pueden satisfacer las condiciones de comprensión y ausencia de influencias controladoras en un mayor o menor grado” (Beauchamp & Childress, 2013, p.105).
sometidos a la providencia divina en cuanto participan del ser... es necesario que todo esté sometido a su orden, como todo lo artístico está sometido a lo determinado por el arte. (Suma de Teología, C. 22 a. 2, p. 270)

A este respecto, Diego Gracia expone las implicaciones que tiene el reconocimiento del ser humano como ser creado en relación con la propiedad de su propio cuerpo y las obligaciones morales que de ello se derivan, al afirmar:

Dios es el único propietario del cuerpo humano y el hombre actúa como mero administrador suyo, de modo que éste no puede realizar acciones que vayan en contra del orden natural o fisiológico del cuerpo, ya que tales acciones serían, por definición, contranaturales, y en consecuencia “intrínsecamente malas”. El cuerpo es “inviolable” por todos, individuos y Estado, y además es “inalienable”, es decir, no puede ser objeto de comercio. (1989, p. 42)

Desde una segunda perspectiva, se reconoce la dignidad humana como un valor ontológico, intrínseco a su misma naturaleza, haciendo énfasis en el valor inherente que tienen todos los seres humanos por igual, por el hecho mismo de ser seres humanos (Kilner, 2003). La cual es definida por Dorando Michelini como:

En general, el concepto de dignidad humana remite al valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana, con independencia de su situación económica y social, de la edad, del sexo, de la religión, etcétera, y al respeto absoluto que ella merece. (2010, p.42)

La dignidad humana no puede ni debe ser asignada arbitrariamente; se trata de una característica propia de todo ser perteneciente a la especie humana en
tanto que miembro de una comunidad de seres morales. Cuando se afirma que *todos* los miembros de la especie son seres que merecen dignidad, se está indicando asimismo que cualquier determinación externa con la que se pretenda excluir a determinadas personas de la comunidad moral, y por ende, de la dignidad (por ejemplo, la forma, el nacimiento o la capacidad de comunicarse o de sentir dolor), debe ser considerada arbitraria, puesto que son criterios empíricos, no morales. (2010, p.43-44)

Este concepto se ha ido gestando de una manera progresiva a lo largo de la historia, a partir de las revoluciones religiosa y política de los siglos XVII y XVIII que llevaron al reconocimiento de la dignidad y los derechos humanos para todos los individuos (Gracia, 2002). Pero es en el siglo XX en donde la dignidad humana se reconoce por primera vez como principio moral universal, común a todos los seres humanos, por el hecho mismo de pertenecer a la raza humana. Su reconocimiento de manera consensuada por la mayoría de países en el mundo permitió que en el seno de la Organización de Naciones Unidas se resaltara su importancia en el Artículo primero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el año de 1948: “Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (Langlois, 2001; Beitz, 2013); así como en otras de sus declaraciones, como en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año de 1996.

Posteriormente, en la Conferencia General de la UNESCO se reconoce ésta en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997) y en la Declaración Universal sobre la Bioética y Derechos Humanos (2005), en donde los países miembros por primera vez se comprometen a respetar y observar estos principios. Siendo
uno de sus objetivos generales, expresado en el Artículo 2, el “promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos” (UNESCO, 2005, p.5); y el Artículo 3, ella es elevada al mismo nivel de principio que los Derechos Humanos, al respecto se dice:

Artículo 3. Dignidad humana y derechos humanos.

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberán tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad. (UNESCO, 2005, p. 6)

A nivel regional, por ejemplo, este principio es acogido en la Convención sobre los Derechos Humanos y La Biomedicina del Consejo Europeo (1997) y en varias declaraciones del Grupo Europeo para la Ética de las Ciencias y las Nuevas Tecnologías, en donde países como Francia han sido líderes (Hottois, 2013). En conclusión, la importancia del concepto de dignidad humana como valor esencial, intrínseco y universal del ser humano está basada por una parte, en el reconocimiento de la existencia de derechos humanos naturales inalienables; y por otra parte, en la aceptación universal con carácter de obligatoriedad que esta ha tenido en las diferentes sociedades del mundo. Al respecto Juan Carlos Tealdi expresa:

El reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es la base de la libertad, la justicia y la paz en tanto fines de los pueblos de las Naciones Unidas, según expresa la Declaración Universal de Derechos Humanos. (2008, p.273)
De acuerdo a la revisión realizada de estas cinco concepciones acerca de la dignidad se podría, en un primer momento, hacer las siguientes consideraciones generales al respecto, teniendo en cuenta la complejidad del tema y la imposibilidad de poder presentar unas conclusiones definitivas al respecto:

- Existe un elemento común en todos los conceptos de dignidad humana, el reconocimiento social del valor del ser humano.

- El reconocimiento del valor de los seres humanos basados en su comportamiento, el mérito de sus acciones, la posición social y/o el grupo social al que pertenece, tienen algunas características comunes, el ser una valoración: de carácter gradual, sumativo y temporal; externa al individuo mismo, determinada culturalmente y de naturaleza subjetiva, al depender su evaluación del criterio de quien lo realiza. Sin embargo, es de resaltar la importancia y necesidad de este tipo de reconocimiento dentro del funcionamiento social, como un mecanismo de recompensa al comportamiento digno de sus individuos.

Es de anotar que históricamente estos reconocimientos no se han hecho de una manera igualitaria y justa, basándose en consideraciones particulares -tales como la raza, el sexo, la edad, las capacidades físicas e intelectuales, el pensamiento, la religión, la nacionalidad, la genealogía, la posición social, la profesión y la riqueza- (Hottois, 2013), las personas han recibido un trato discriminatorio que incluso ha llevado a avalar la agresión y exterminio de pueblos y culturas enteras; ejemplos recientes, las sufridas por grupos sociales minoritarios por parte de la Alemania nazi durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), y las guerras fratricidas en África y el Medio Oriente, en las últimas décadas. Por su importancia histórica reciente, es de anotar la evolución del concepto de dignidad dentro del nacional socialismo alemán:
The concept of human dignity changed dramatically during the first half of the twentieth century under the influence of social Darwinism. The inherent dignity and special value of humans was rejected which permitted widespread destruction of human life during the Nazi era. Such an ethic was influenced by five tenets central to social Darwinism: that morality is relativistic, that humans do not have a unique status, that human dignity is relative, that some lives are not worth living, and that survival of the fittest is an ethical principle.\(^{39}\) (O’Mathúna, 2006, p.10)

Es así como, durante la Segunda Guerra Mundial, en Alemania se cometieron actos violentos en contra de grupos sociales minoritarios en nombre de una ideología y se realizaron experimentaciones científicas antiéticas en seres humanos justificadas en el avance de la ciencia y el bienestar de la humanidad. El reconocimiento de la capacidad autodestructora del ser humano en nombre de los más altos ideales llevó a la sociedad de una manera global a reconocerse en primer lugar, vulnerable y sujeto potencial de agresión; en segundo lugar, a indagarse por el valor del ser humano y por la manera en que debe ser considerado y tratado en el mundo; y en tercer lugar, a cuestionarse acerca de la finalidad última de las instituciones políticas, sociales y científicas (O’Mathúna, 2006).

- El reconocimiento de la dignidad basada en una característica particular, como lo es la autonomía. Llama la atención sobre la importancia incontrovertible de esta, la cual ha sido reconocida ampliamente en el campo de la filosófica, la ética, el derecho, la medicina, la psicología, entre otros. Sin embargo, algunos critican esta posición por

\(^{39}\) “El concepto de dignidad humana cambió dramáticamente durante la primera mitad del siglo XX, bajo la influencia del darwinismo social. La dignidad intrínseca y valor especial de los humanos fue rechazada lo que permitió destrucción de vidas humanas durante la era nazi. Esta ética se vio influenciada por cinco principios fundamentales para el darwinismo social: que la moral es relativista, que los seres humanos no tienen un estatuto único, que la dignidad humana es relativa, que algunas vidas no valen la pena vivir, y que supervivencia del más apto es un principio ético” (O’Mathúna, 2006, p.10).
atribuirle una importancia desproporcionada a la parte en relación al todo, el ser humano en su globalidad. Algunos autores han llegado incluso a manifestar la inutilidad del concepto de dignidad en el campo de la ética médica, si este se restringe al del principio de autonomía. Al respecto Ruth Macklin afirma:

Although this renders the concept of human dignity meaningful, it is nothing more than a capacity for rational thought and action, the central features conveyed in the principle of respect for autonomy…

Although the aetiology may remain a mystery, the diagnosis is clear. Dignity is a useless concept in medical ethics and can be eliminated without any loss of content⁴⁰. (2003, p.420)

Desde otra perspectiva, la autonomía es una cualidad que no está presente en todos los individuos, ni tampoco se encuentra de manera constante a lo largo de todo su ciclo vital. De igual forma, el grado de autonomía en el ser humano puede variar a lo largo del tiempo determinado por factores internos y externos –el ciclo vigilia sueño, la enfermedad, los sentimientos, las percepciones de la realidad, el entorno sociocultural, los fármacos, etcétera-. Adicionalmente, en el campo de la neuroética, los estudios acerca de la conducta humana han podido demostrar la importancia de las emociones como de los pensamientos en el campo de la moralidad; e incluso la preponderancia de

⁴⁰“Aunque esto da al concepto de dignidad humana significado, esto no es nada más que una capacidad para el pensamiento y la acción racional, las características centrales expresadas en el principio del respeto de la autonomía… Aunque la etiología puede seguir siendo un misterio, el diagnóstico es claro. La dignidad es un concepto inútil en la ética médica y puede ser eliminado sin ninguna pérdida de contenido” (Macklin, 2003, p.1420).
las primeros “in guiding rapid, effective behavioral responses to one´s social environment” (Suhler & Churchland, 2011, p.37)\textsuperscript{41}.

El reconocimiento del valor de los seres humanos no puede estar basado de manera exclusiva en un atributo que puede o no estar presente, de manera temporal o permanente en los individuos, o en su carácter fluctuante en el tiempo o dependiente de factores externos e internos. Motivos por los cuales, éste no puede ser el concepto base sobre el cual se fundamente la dignidad humana de una manera sólida.

- La dignidad humana basada en el reconocimiento intrínseco del ser desde la perspectiva religiosa presenta las siguientes dificultades para su aceptación de una forma general: el no ser un argumento compartido universalmente; el tener una interpretación conceptual distinta de acuerdo a cada creencia religiosa; y el no poder ser comprobable empíricamente. Al respecto Guy Stroumsa, profesor de la Universidad Hebreo de Jerusalén y coordinador del Primer Coloquio Internacional sobre Dignidad Humana (UNESCO, Unión Académica Internacional y Fundación Europea las Ciencias) realizado en el año 2006, afirma en sus conclusiones: “…descubrimos de manera repetida que la evidencia histórica no permite una visión consensual y optimista del concepto de dignidad humana que compartan las grandes tradiciones religiosas” (citado en Hottois, 2013, p.82). Lo que ha llevado a no ser aceptada esta perspectiva por todos como punto de partida para el reconocimiento de la dignidad de los seres humanos.

- El reconocimiento de la dignidad de los seres humanos con base en el valor intrínseco a su misma naturaleza por el mismo hecho ser seres humanos ha sido aceptado universalmente en el siglo XX, lo que ha permitido que se le considere como elemento esencial y constitutivo de los Derechos Humanos. Esto ha llevado a que la gran

\textsuperscript{41} “como una guía rápida y efectiva de las respuestas comportamentales del ser hacia el ambiente social” (Suhler, S. y Churchland, P., 2011, p.37).
mayoría de los países en el mundo la hayan interiorizado dentro de sus constituciones y marcos legales (Kilner, 2003). La aceptación de esta concepción se basa en su carácter universal, no excluyente e inherente a todos los seres humanos, sin excepción. Al respecto Gilber Hottois anota: “…si el consenso existe es para decir que la dignidad humana debe tener como objetivo defender a todas las personas sin restricción contra toda forma de abuso, humillación, irrespeto” (2013, p. 83).

Una valoración que puede ser considerada como base a partir de la cual se sustenta las otras concepciones que se tienen acerca de la dignidad humana, que vienen a enriquecerla; así como también, un punto de partida de consenso para la reflexión en el campo de la filosofía, la ética y el derecho, entre otros.

4.2.8.2 La dignidad humana y la vida de los seres humanos. El avance de la ciencia orientada al estudio de los procesos biológicos ha ido de una manera progresiva permitiendo conocer los principios generales del origen de la vida y su desarrollo en los seres vivos, incluyendo los seres humanos. Si bien existen muchos interrogantes aún por contestar, estos estudios ponen de manifiesto unas características comunes en el ciclo vital básico, que es el eje alrededor del cual se desarrolla la vida. En este ciclo básico y común cada etapa es necesaria y base para la siguiente como lo anota Scott Gilbert (2006): “El ciclo vital puede considerarse una unidad central en biología. En un sentido, el ciclo de la vida es el organismo… El ciclo vital básico consiste de fecundación, segmentación, gastrulación, formación de las capas germinales, organogénesis, metamorfosis, adultez y senescencia” (p, 51).

La vida en los animales pluricelulares es un proceso natural de carácter continuo, en el que la primera y la última etapa son elementos esenciales y constantes de este ciclo. El inicio, con la constitución del cigoto, producto de la fusión de los gametos parentales; y la
muerte, que conlleva el fin natural e irreversible de la vida. Las etapas intermedias solo son posibles en la medida en que las condiciones internas y externas del individuo así lo permitan. Es así como, no todos los cigotos van a poder desarrollarse y constituirse en un recién nacido, se estima que la frecuencia de abortos espontáneos en embarazos clínicamente reconocidos es del 10 – 15%, pudiendo llegar a ser casi del 50% cuando se incluyen los embarazos muy tempranos clínicamente no diagnosticados (Laing, Frates, & Benson, 2009); así como tampoco, todos los recién nacidos llegarán a la etapa de adulto mayor. Para el año 2009 se estimó que la expectativa de vida de una persona en África fue de 54 años; mientras que en los países desarrollados, fue de 75 años (WHO, 2010).

Ahora bien, con el avance en la biología y la genética es posible identificar la etapa del ciclo vital a partir de la cual se puede constatar la individualidad de los seres humanos, para ello es necesario entender las bases de la diferenciación y la división celular. A este respecto Scott Gilbert (2006) describe como durante la gestación, el proceso de diferenciación celular en los vertebrados (incluyendo al ser humano) y en algunos invertebrados responde a un modelo de especificación condicionada: la especificación celular en el embrión es un proceso progresivo, determinado por las interacciones con las células vecinas y su posición en el embrión. Lo que permite su diferenciación hacia una masa celular externa o trofoblasto, que dará origen a la placenta y las membranas ovulares; y otra, interna o embrioblasto que dará origen progresivamente a través de un proceso de diferenciación celular al embrión, mediado por factores internos y externos de carácter genético, bioquímico y biofísico, entre otros (Pearson, 2002; Rivera-Pérez, 2007; Downs, 2011; Morris et al., 2012; Cao, 2013).

En relación con la diferenciación celular en los mamíferos, incluyendo el ser humano, la división celular temprana tiene las siguientes características, diferentes a los de
la mayoría de los otros animales: una baja velocidad de división celular; la orientación de la división celular temprana en los embriones de mamíferos es específica a estos y se denomina segmentación rotacional; la división celular temprana presenta una marcada asincronía, es decir que sus células no se dividen todas al mismo tiempo; la división celular y el desarrollo del embrión está determinada por la activación del genoma durante la segmentación temprana, a diferencia de otros animales en que esto está predeterminado desde la célula germinal femenina (Gilbert, 2006).

Estas características de la división y diferenciación celular son fundamentales para entender el por qué del desarrollo de los gemelos idénticos en los mamíferos y los seres humanos, a partir de un solo cigoto, al respecto se anota:

Si una blastómera (las blastómeras son las células iniciales producto de la división celular a partir del cigoto) es quitada de un embrión temprano que utiliza especificación condicional, las células restantes del embrión alteran sus destinos de modo tal que las funciones de las células perdidas puedan ser recuperadas… La blastómera aislada puede dar origen a una amplia variedad de tipos celulares (y a veces genera tipos celulares que la célula normalmente no originaría si esta todavía formara parte del embrión)…. El desarrollo regulativo es visto en la mayoría de los embriones de vertebrados, y obviamente es crítico en el desarrollo de los gemelos idénticos (monocigóticos). En la formación de tales gemelos, las células en estado de segmentación de un solo embrión se separan en dos grupos, y cada grupo de células produce en desarrollo completo de un individuo. (Gilbert, 2006, p.64)

La complejidad de la reproducción de los mamíferos superiores y del mismo ser humano, inmanente en su propia naturaleza, está sustentada por procesos altamente
especializados y lo suficientemente flexibles para garantizar su supervivencia como especie. Por lo que es posible entender, que existe de manera excepcional la posibilidad en los seres humanos de presentar un embarazo gemelar idéntico (a partir de un cigoto se da la posibilidad de generarse dos o más individuos), en cuatro de cada mil gestaciones, durante los primeros 13 a 15 días de gestación -está frecuencia puede verse aumentada con las técnicas de fertilización en vitro- (Gratacós, Gómez, Nicolaides, Romero, & Cabero, 2007; Cunningham et al., 2006). La cual es una posibilidad compartida con otros mamíferos, en donde el embarazo múltiple es por el contrario un hallazgo común; como por ejemplo en el armadillo de nueve bandas, en el que a partir de un cigoto se da normalmente origen a cuatro embriones idénticos (Gilbert, 2006).

De acuerdo con lo previamente expuesto se puede afirmar a la luz de la evidencia que el proceso de gestación de los seres humanos comparte las mismas características propias de los otros mamíferos, una especificación condicionada y una división celular temprana característica, que le permite en la mayoría de los casos (99,6%) de cada cigoto dar origen a un solo individuo. De lo que se puede inferir que el proceso de individuación en los seres humanos, en la mayoría de los casos, se inicia a partir de la etapa del cigoto. El afirmar que el proceso de individuación solo es posible aceptarlo desde el día 14 de gestación para los seres humanos, en consideración a la posibilidad de embarazos gemelares idénticos, sería incorrecto para el 99.6% de las gestaciones, constituyendo la excepción en regla. En conclusión, el reconocimiento del ciclo de la vida de los seres humanos como un proceso dinámico, progresivo y probable, como una expresión de su gran complejidad biológica, lleva de manera inherente a reconocer su valor en todas y cada una de estas etapas (Ollero, 2006; Gilbert, 2006).
En atención a lo anterior es importante tener en cuenta que los procesos naturales, dentro de los cuales se incluyen los biológicos, no son procesos simples de certeza absoluta; sino por el contrario, altamente complejos y probables, de allí que su estudio comparta las mismas características de las ciencias en los otros campos. La vida como concepto formal es absoluta y perfecta; como concepto práctico es dinámica y probable; por lo que no es posible trabajar en el campo de las ciencias de la vida con conceptos absolutos, sino solo prudentes y probables (Aristóteles, trad. en 2014; Kuhn, 2010; Gracia, 2011b).

Ahora bien, el reconocimiento del valor de los seres humanos en cada una de sus etapas vitales, incluyendo su etapa inicial, desde el punto de vista de la reflexión filosófica es algo también reconocido. Al respecto, Hans Jonas hace énfasis en que a las cosas que tienen una finalidad se les debe reconocer un primer valor primario definido como un bien-en-sí de carácter ontológico:

En la capacidad de tener en general fines podemos ver un bien-en-sí del cual es instintivamente seguro que es infinitamente superior a toda ausencia de fines en el ser... Puesto que, evidentemente, aquí no es posible la indiferencia (lo rechazado se convierte en un valor negativo), quien no sea partidario de la paradoja de un fin negador de fines tendrá al menos que admitir la tesis de la autoacreditación del fin como tal en el ser, y suponerla como axioma ontológico. Que de aquí se sigue un deber –si alguna vez el primer bien- de tal modo autovalidado, en algún bien derivado de él, tras su existencia, cae bajo la custodia de una voluntad-, es algo que resulta analíticamente del concepto formal de bien en sí. (1995, p.146-147)
De igual forma, Dorado Michelini manifiesta como el contrastar las diferentes etapas características del ciclo vital con el estado adulto no es razón suficiente para negarle el valor inherente a cada una de ellas, por ser estas intrínsecas a su propia naturaleza:

Desde la perspectiva kantiana, las caracterizaciones contingentes de los individuos de la especie y de la comunidad humana no afectan, en tanto que tales, la pertenencia a la comunidad de seres morales. En tal sentido, un ejemplo actual de dicha comprensión, podría ser el siguiente: algunos criterios a los que se suele apelar para excluir a los embriones de la protección de la dignidad humana remiten a características tales como la forma humana, la capacidad de sentir dolor y la capacidad de interacción social. Desde la perspectiva kantiana, dichos criterios no serían sostenibles porque refieren a características contingentes, los cuales, por principio, no afectan la dimensión moral (por lo demás, dichas características pueden hallarse también en los seres humanos nacidos: hay individuos adultos de la especie humana cuya figura no es considerada “normal”; hay otros que no pueden sentir dolor por un tiempo más o menos prolongado o han perdido la capacidad de comunicarse e interactuar de forma temporal o permanente, etcétera). (2010, p.43)

Por todo lo anterior se puede afirmar que la dignidad humana es un atributo básico que le es intrínseco al ser humano por naturaleza desde el mismo momento de la concepción hasta su muerte (incluyendo la disposición del cadáver) de una manera absoluta y universal. La dignidad humana no es una propiedad que se pueda dar o retirar, ni ponderar en mayor o menor grado a voluntad.

4.2.8.3 La dignidad humana y la bioética. El reconocimiento del valor intrínseco del ser humano, de ser un fin en sí mismo, y de su capacidad para su autorrealización, en
búsqueda de su perfeccionamiento y felicidad, son la base fundamental en las que se cimenta la moralidad. Al respecto Aristóteles declara: “Sobre su nombre, casi todo el mundo está de acuerdo, pues tanto el vulgo como los cultos dicen que es la felicidad y piensan que vivir bien y obrar bien es lo mismo que ser feliz” (EN, 1,4: 1095a,16-20).

En donde la bioética surge como una reflexión acerca de la moral, que tiene por objetivo último brindar las herramientas necesarias para el estudio sistemático de las situaciones problema a la luz de los valores y los principios morales que permitan la búsqueda de soluciones de la mayor corrección y calidad, mediante el desarrollo de métodos para la toma de decisiones aplicados a la resolución de los conflictos (Gracia, 2000; Have, 2011). Este estudio se encuentra fundamentado en el reconocimiento de la dimensión moral del ser humano como un hecho constitucional a su propia naturaleza a priori a la razón, que Xavier Zubiri ha descrito como “un sistema de referencia moral” de carácter ontológico, formal42 y trascendental43; y a la que otros autores se han referido como “un sentido moral natural” o “una conciencia intuitiva”. A la cual en cada época el ser humano y la sociedad a través de su propia experiencia y reflexión ha ido materializando a través de normas y principios. Al respecto, Diego Gracia afirma:

En el que todos los seres humanos tenemos una dignidad ontológica especial, que nos hace ser, precisamente, realidades morales. Éste es el verdadero ideal que tratan de plasmar todos los esbozos racionales o explicativos. Nunca lo lograrán de modo pleno, pero siempre intentarán aproximarse a él. (2008b, p. 124)

42 De acuerdo con Diego Gracia, se puede definir formal como: "las anteriores formulaciones... son formales porque no especifican o determinan los contenidos concretos" (Gracia, 2008a, p.490).
43 De acuerdo con Kant, "trascendental es sinónimo de a priori" (Gracia, 2008a, p.336); en donde, el conocimiento a priori es "todo aquel que sea independiente de la experiencia y de toda impresión sensible" (Graci, 2008a, p.334).
Un sistema de referencia moral que tiene como base el reconocimiento inmanente del valor de la persona por su propia naturaleza y que es enunciado de una manera clara y explícita entre otros por Pablo Simón, Azucena Couceiro e Inés Barrio en su propuesta de un método para la toma de decisiones en ética clínica, inspirados en la obra de Diego Gracia, ver Tabla 25. De igual forma, base para el desarrollo de algunas de las teorías éticas como la ética principialista, en donde los principios adquieren su valor real desde esta perspectiva, la dignidad humana (Beauchamp & Childress, 2013). En el caso particular del principio de autonomía, como se mencionó previamente, la afirmación de la dignidad humana ha permitido el reconocimiento progresivo de la autonomía, a partir del siglo XX, a todos los miembros de una comunidad (al estigmatizado socialmente por motivos socio-económico-culturales, la mujer, el anciano, el enfermo, etc.) y el respeto de los proyectos de vida diferentes, base de una sociedad democrática y pluralista. En el campo de la medicina, especialmente en las escuelas norteamericana y canadiense, se hace un especial reconocimiento a este principio en la relación clínica y en la toma de decisiones clínicas, sin que por esto se pueda desconocer el valor intrínseco de la dignidad humana sobre la que se sustenta y su relación con otros valores y principios (Root, 2003).
Una metodología de análisis de los problemas bioéticos

A. MARCO TEÓRICO DE ANÁLISIS

1. Un sistema de referencia:
   - Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo, y nunca solamente como un medio, porque las personas tienen dignidad y no precio.
   - Obra de tal manera que siempre consideres que todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto; no le hagas pues aquello que no desearías que te hicieran a ti.

2. Nivel de los principios éticos:
   - Nivel 1: Principios de No maleficencia y Justicia.
   - Nivel 2: Principios de Autonomía y Beneficencia.

3. Nivel de las consecuencias.
   - Consecuencias objetivas o de nivel 1.
   - Consecuencias subjetivas o de nivel 2.

B. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN A CASOS CONCRETOS

1. Analice detenidamente todos los problemas relevantes del caso.
2. Establezca una lista con todos los cursos posibles de acción.
3. Evalué el nivel de los principios éticos.
4. Analice las posibles consecuencias.
5. Contraste cada una de las soluciones posibles con el sistema de referencia.
6. Tome la decisión final.


En conclusión, en el campo de la bioética el reconocimiento del valor intrínseco del ser humano como fundamento de la dignidad humana, a pesar de su naturaleza compleja, permite ser considerada como base de esta, independientemente de la escuela filosófica o ética, de acuerdo a lo afirmado por Gilbert Hottois:

…el alcance y la polisemia invitan a ver la noción de dignidad como inherentemente problemática, por ser compleja y evolutiva, no para leerla como expresión única y definitiva de la base de principios monistas, sino como la fuente de todos los otros principios éticos y legales. (2013, p. 85-86)
…el reconocimiento de la persona y su dignidad, el respeto del otro, no tienen necesidad de ninguna filosofía o de una teología idealista o espiritualista: el respeto de otro como persona es perfectamente compatible con las perspectivas nominalistas, empiristas, utilitaristas, materialistas, pragmáticas, ateas, agnósticas, evolucionistas… (2013, p.74)

4.2.8.4 La dignidad humana y el derecho. Ahora bien, el reconocimiento de la dignidad humana por parte de la humanidad es un punto de partida que obliga, de manera consecuente, al reconocimiento de unos derechos a las personas que les aseguren un mínimo de condiciones para su adecuado desarrollo, que de manera global se han ido gestionando como una aspiración ideal a través de la declaración de los Derechos Humanos, como previamente se menciono. Los cuales de manera particular “se convierten en verdaderas y propias pretensiones jurídicamente reconocidas y protegidas contra eventuales violaciones por parte de los particulares y los poderes públicos; valor universal y eficacia jurídica” (Bobbio, 1991, p.39), gracias a la gestión que de estos hagan sus miembros dentro de una comunidad en particular (Bobbio, 1991; Pérez, 2007). A este respecto Habermas refiere: “La dignidad humana configura el portal a través del cual el sustrato igualitario y universalista de la moral se traslada al ámbito del derecho” (2010, p.10).

Gracias a la gestión que los mismos seres humanos hagan de estos derechos en cada sociedad se podrá garantizar el desarrollo de sus proyectos de vida, a través de la moral colectiva y el derecho. Al respecto Norberto Bobbio menciona:

La lista de derechos fundamentales varía de una época a otra, de un pueblo a otro, y por tanto no se puede dar una lista definitiva: únicamente se puede decir que son
fundamentales los derechos que en una constitución determinada se atribuyen a
todos los ciudadanos indistintamente, en una palabra, aquellos frente a los cuales
todos los ciudadanos son iguales” (1989, p.44).

En Colombia, la Constitución Política de 1991 reconoce la dignidad humana como
precepto fundamental a partir de la cual se desarrolla el ordenamiento jurídico. Su artículo
primero anota:

**ARTICULO 1.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de
República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales,
democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana,
en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del
interés general. (Constitución Política de Colombia, 1991)

Y al respecto la Corte Constitucional ha expresado:

La dignidad humana… es en verdad **principio fundante** del Estado (CP art.1). Más
que derecho en sí mismo, la dignidad es el presupuesto esencial de la consagración
y efectividad del entero sistema de derechos y garantías contemplado en la
Constitución.

La dignidad, como principio fundante del Estado, tiene valor absoluto no
susceptible de ser limitado ni relativizado bajo ninguna circunstancia, lo que a
menudo sí acaece con los derechos que deben necesariamente coexistir con otros y
admiten variadas restricciones. (Corte Constitucional. T-401 de 1992)

Lo que viene a plasmarse en la protección que el Estado ofrece al ser humano desde
su concepción, al considerar la vida del *nasciturus* un bien constitucionalmente protegido,
al que se le reconoce como persona jurídica y titularidad de derechos luego del nacimiento.

Al respecto la Corte Constitucional declara:

Es cierto, que nuestra Constitución Política reconoce expresamente el derecho inviolable a la vida a quienes son personas pertenecientes al género humano; pero de allí no se sigue que la vida humana latente en el *nasciturus*, carezca de protección constitucional. En efecto, si el valor esencial protegido por el ordenamiento superior es la vida humana, necesariamente debe colegirse que en donde haya vida, debe existir el consecuente amparo estatal.

En otros términos la Constitución no sólo protege el producto de la concepción que se plasma en el nacimiento, el cual determina la existencia de la persona jurídica natural, en los términos de las regulaciones legales, sino el proceso mismo de la vida humana, que se inicia con la concepción, se desarrolla y perfecciona luego con el feto, y adquiere individualidad con el nacimiento. (Corte Constitucional. C-133 de 1994)

**4.2.8.5 La dignidad humana y la vida futura.** En un futuro próximo, es de esperar que el reconocimiento del valor del ser humano de manera consecuente lleve de manera unánime al reconocimiento del valor de la vida misma, del que él mismo forma parte; y de su interdependencia con los demás seres vivos, el medio ambiente y el cosmos como condición necesaria para la preservación de la vida, su vida. Lo que permitirá la comprensión del ser humano desde una perspectiva más amplia e integradora, enraizada en sus fuentes cósmicas, biológicas y socio-culturales que potencialice aún más su desarrollo y el de su entorno. Lo cual lleva al reconocimiento de nuevos derechos (los derechos ecológicos y del medio ambiente, los derechos de las colectividades y los derechos de las
futuras generaciones) y formas de concebir y relacionarse en y con el mundo, como lo propone Edgar Morin mediante una nueva compresión de la condición humana en la era planetaria (Osorio, S., 2013). Si bien es cierto, algunos autores proponen el reconocimiento del valor intrínseco de todos los seres vivos, existe aún mayor controversia a la hora de definir si estos tienen el mismo valor con el del ser humano. A este respecto Bernar Baertschi anota:

…hay muchos que otorgan dignidad (valor intrínseco) a los animales y a las criaturas vivas en general (pues ellas tienen un alma, son creadas por Dios o tienen intereses, una forma de vida consciente e inteligente, etc.). Pero las dignidades están jerarquizadas: primero Dios, luego el humano, después los animales, luego las plantas… (citado en Hottois, 2013, p. 30)

A partir del siglo XX, el avance de la ciencia y la tecnología ha permitido comprendernos como una única comunidad global, en interdependencia estrecha con su medio y con una capacidad de acción amplia con repercusiones en la biosfera y la Tierra, como un todo, en el hoy y el mañana, que nos obliga a comportarnos responsablemente frente a esas posibilidades, como lo reconocen autores como Hans Jonas (1995) y Edgar Morin. Al respecto, este último enfatiza:

Nos hace falta ahora aprender a ser, vivir, compartir, comulgar también como humanos del Planeta Tierra. No solamente ser de una cultura sino también ser habitantes de la Tierra. Debemos dedicarnos no sólo a dominar sino a acondicionar, mejorar, comprender. Debemos inscribir en nosotros:

- La conciencia antropológica que reconoce nuestra unidad en nuestra diversidad.
- La conciencia ecológica, es decir la conciencia de habitar con todos los seres mortales una misma esfera viviente (biósfera); reconocer nuestro lazo consustancial con la biósfera nos conduce a abandonar el sueño prometeico del dominio del universo para alimentar la aspiración a la convivencia sobre la Tierra.

- La conciencia cívica terrenal, es decir de la responsabilidad y de la solidaridad para con los hijos de la Tierra.

- La conciencia espiritual de la humana condición que viene del ejercicio complejo del pensamiento y que nos permite a la vez criticarnos mutuamente, auto-criticarnos y comprendernos entre sí. (Morin, 2001, p.79)

Esta preocupación, por el hombre y su relación con el planeta y los demás seres vivos que habitan en él, en los últimos años se ha hecho más evidente en todas las esferas de la vida social, es así como el Papa Francisco en su Carta Encíclica Laudato Sí llama la atención sobre el cuidado y manejo responsable de los recursos en beneficio del hombre y la vida misma, presente y futura:

202. Muchas cosas tienen que reorientar su rumbo, pero ante todo la humanidad necesita cambiar. Hace falta la conciencia de un origen común, de una pertenencia mutua y de un futuro compartido por todos. Esta conciencia básica permitiría el desarrollo de nuevas convicciones, actitudes y formas de vida. Se destaca así un gran desafío cultural, espiritual y educativo que supondrá largos procesos de regeneración (2015, p.181).

4.2.8.6 Conclusiones. La dignidad humana es un valor que a lo largo de la historia de la humanidad siempre ha estado presente en el campo de la religión, la filosofía, la ética,
la bioética, la medicina, el derecho y la política, que solo en el siglo XX adquiere un sentido completo al reconocérselo como un valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos por su propia naturaleza. Lo que hace que por su misma naturaleza se le considere en el presente método como el eje fundamental para su desarrollo.

Adicionalmente, esta valoración puede ser considerada como la base a partir de la cual se sustenta las otras concepciones que se tienen acerca de la dignidad humana que vienen a enriquecerla; así como también, constituirse en un punto de encuentro para el diálogo entre las diferentes escuelas de pensamiento, “if nobody monopolizes the term, the recognition that dignity is multifaceted can lead to constructive dialogue between people and cultures” (Schroeder, 2008, p.232).

La dignidad humana puede ser considerada desde el punto de vista biológico como un atributo natural de los seres humanos, inherente a su naturaleza a lo largo de todo su ciclo vital -que inicia con la concepción y finaliza con su muerte- de una manera absoluta y universal. La dignidad humana en su perspectiva ontológica no es una propiedad que pueda ser dada o retirada parcial o totalmente, o graduada arbitrariamente a voluntad.

En el campo de la ética y la bioética, la dignidad humana ha servido de fundamento para el desarrollo de los principios y las normas morales; en el derecho, al desarrollo de los derechos humanos; y de manera general, al reconocimiento del valor de la vida misma (Hottois, 2013). El reconocimiento de la dependencia estrecha de la vida humana con su entorno ha hecho que el respeto que tienen los seres humanos por sí mismos de una manera progresiva se vaya haciendo extensivo a todos los seres vivos, el medio ambiente y el planeta, reconociendo su responsabilidad con su cuidado y preservación presente y futura.

44 “si nadie monopoliza el término, el reconocimiento de que la dignidad es multifacética puede llevar a un diálogo constructivo entre las personas y las culturas” (Schroeder, D., 2008, p.232).
Por todo ello es que la dignidad humana se puede considerar como uno de los mayores bienes del siglo XXI, en favor de la humanidad y el mundo. Entendiéndose por bien aquello que tiene valor intrínseco, independientemente de nosotros mismos (Jonas, 1995).

Es responsabilidad de todos los seres humanos velar por el reconocimiento y el respeto de la dignidad humana en cada una de sus sociedades, que permita asegurarles a todos un mínimo de condiciones para su adecuado desarrollo. No hay ninguna justificación en el campo de las ciencias o las humanidades que apoye la aceptación de una dignidad humana parcial o supeditada, la cual a lo largo de la historia solo ha servido para justificar la discriminación y agresión entre los seres humanos, por más altos y altruistas que sean los ideales propuestos a alcanzar. Esta realidad permite ser prudentemente optimista acerca de la posibilidad real de afrontar los problemas globales del mundo a través del diálogo y los consensos enmarcados dentro de una concepción bioética amplia a favor de la supervivencia del ser humano y el mejoramiento de la condición humana (Potter, 1997).

Adicionalmente, el reconocimiento de la dignidad humana como un valor individual es la base sobre la cual se cimenta el autorespeto, uno de los bienes primarios más importante para el ser humano reconocido por John Rawls; el cual es definido como:

En primer lugar, el autorespeto es el sentimiento de una persona de su propio valor, su firme convicción de que su concepción del bien, su proyecto de vida, vale la pena ser llevado a cabo. En segundo lugar, el auto-respeto implica una confianza en la propia capacidad, en la medida en que de ello depende el poder para realizar los proyectos propios. (Pérez, 2007, p.41)

En esta dimensión, la dignidad humana no solo es un valor social esencial sino la base a partir de la cual el ser humano se autorrealiza. Esta es una capacidad que el ser
humano va construyendo socialmente. “El autorespeto no es algo que tengamos los seres humanos en nuestra herencia natural, sino es algo que debemos conseguir en nuestras diversas relaciones sociales” (Pérez, J., 2007, p.42). El reconocimiento del valor de sí mismo y del otro son las dos caras de la dignidad humana, visiones complementarias, que sirven de base para el desarrollo de los seres humanos como individuos y miembros de una sociedad; los cuales se van gestando a través de procesos formativos en la misma sociedad (la familia, el colegio, el trabajo, el estado, la cultura, etcétera). Al respecto Paul Ricoeur expresa:

La estima de sí no se reduce sólo a una simple relación de sí consigo mismo. Este sentimiento incluye, por otra parte, una demanda dirigida a los otros. Incluye la espera de una aprobación que viene de los otros. En este sentido, la estima de sí es a la vez un fenómeno reflexivo y relacional, y la noción de dignidad reúne las dos caras de este reconocimiento (2008, p.181).

4.2.9 Los principios bioéticos centinelas. Los principios bioéticos centinelas son normas morales generales que sirven como parte del marco general de contrastación para el análisis del curso de acción propuesto para la solución de los problemas bioéticos en el contexto clínico, que tienen por objetivo el garantizar la protección y la promoción de los seres humanos a lo largo del proceso deliberativo (Kottow, 2005a; Vásquez, 2008). Estos principios tienen su origen en la moralidad común, el constructivismo axiológico y el proceso deliberativo (Beauchamp & Childress, 1989, 2013; Gert et al., 2006; Gracia, 2008b, 2009b). El propósito de este anexo es el de definir y establecer las principales características de estos principios: el principio de no maleficencia, el principio de autonomía y el principio de responsabilidad.
4.2.9.1 El principio de no maleficencia. Desde la antigüedad, el principio de no maleficencia se ha identificado como una de las normas morales básicas en una sociedad que viene a condensarse en el precepto latino "primum non nocere", el cual está inspirado en las enseñanzas hipocráticas, y es definido como el no hacer daño de una manera intencionada (Beauchamp & Childress, 2013). El cual, desde mucho tiempo antes, viene a ser un derecho garantizado en el campo del derecho, por ejemplo en la Antigua Mesopotamia, en los Códigos de Ur-Nammu (2050 a.C.) y Hammurabi (1728 a.C. - 1696 a.C.), entre otros.

Si bien es cierto este precepto está en el corazón mismo de la ética, el derecho y la medicina, muchas veces la dificultad de su aplicación está en la mima definición de daño, que de acuerdo con la Real Academia Español tienen por significado: el efecto de "causar detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia" (2014); por lo que se ha creído necesario profundizar en este concepto y otros relacionados, como: el criterio del cuidado debido, el criterio del doble efecto, el criterio de la pendiente resbaladiza, antes de tratar de definir este principio en el contexto de la bioética clínica.

4.2.9.1.1 El concepto de daño. En general, la valoración del daño está referido a una situación particular en el que hay tener en cuenta para su análisis, su relación con el contexto y la cultura en que se presenta. No es lo mismo la evaluación de un hecho que se sucede en situaciones de normalidad que de excepción; por ejemplo, en condiciones de paz o de guerra. "Pero lo más importante quizá sea que lo que para una persona [un grupo social, una sociedad] puede representar un daño puede no serlo para otra en función de sus distintos puntos de vista acerca de lo que puede suponer un obstáculo para sus intereses" (Beauchamp & Childress, 1999, p.183). De igual forma, hay que tener en cuenta que el daño pueda afectar diferentes dimensiones de la vida del ser humano; así como también,
este puede ser clasificado de acuerdo con su gravedad y extensión, de un daño leve a uno muy grave y/o extenso. Al respecto Tom Beauchamp y James Childress anotan:

Some definitions of harm are so broad that they include setbacks to interests in reputation, property, privacy, and liberty or, in some writings, discomfort, humiliation, offense, and annoyance. Such broad conceptions can still distinguish trivial harms from serious harms by the magnitude of the interests affected. Other accounts with a narrower focus view harms exclusively as setbacks to physical and psychological interests, such as those in health and survival45. (2013, p.153-154)

4.2.9.1.2 El criterio del cuidado debido. En relación con situaciones consideradas potencialmente de riesgo para su realización es necesario tener en cuenta, por una parte, el balance de riesgo beneficio esperado, el cual siempre deberá a estar en favor del beneficio; y por otra parte, las precauciones que deberán tomarse a fin de evitar o atenuar los posibles daños previstos, por ejemplo: en la atención en salud y en las investigaciones biomédicas. El no hacerlo sería considerado como un acto de negligencia desde el punto de vista ético y legal. Al respecto se anota:

En los casos de exposición a un riesgo tanto el derecho como la moral establecen el criterio del cuidado debido como especificación del principio de no maleficencia. Este criterio sólo se cumple cuando los objetivos justifican los riesgos. Para justificar riesgos graves, los objetivos tienen que ser extremadamente importantes, y las

45 “Algunas de las definiciones de la palabra daño son tan amplias que incluyen actos que obstaculizan o alteran la reputación, la propiedad, la intimidad o la libertad o, en algunos escritos, incomodidad, humillación, ofensa y fastidio. Este amplio rango de concepciones permite distinguir daños triviales de daños serios en función de la magnitud de los intereses afectados. Otras definiciones más concisas consideran que sólo se causa daño cuando se obstaculizan o alteran los intereses físicos o psicológicos, relacionados con la salud y la sobrevivencia” (Beauchamp & Childress, 2013, p.153-154).
situaciones de urgencia justifican riesgos que no son justificables en caso de que no existan urgencias. (Beauchamp & Childress, 1999, p.184)

En resumen, en la planeación de una acción en la que se considere como probable el causar algún tipo de daño, este siempre deberá ser considerado en relación con el beneficio esperado. Si bien es cierto, no es posible determinar en algunas situaciones con certeza una línea divisoria entre beneficio y daño, esto no es excusa para no intentarlo hacer de una manera prudente y continua, que permita la retroalimentación del proceso para su cualificación (Gert et al., 2006).

4.2.9.1.3 El criterio del doble efecto. La excepción al principio de no maleficencia viene a ser especificado en esta norma para ser aplicada en aquellas situaciones en que el daño es inevitable, el cual ha sido propuesto por algunas teorías deontológicas que consideran que estos principios morales de obligación son de carácter absoluto e inviolables. El cual afirma "que hay situaciones en que pueden ser tolerados los efectos de actos absolutamente prohibidos. Para ello, el efecto proscrito tiene que ser no deseado y no intencionado, pero al mismo tiempo insoslayable en la prosecución de otro acto moralmente requerido"(Kottow, 2005b, p.81), en la que la consideración del beneficio a obtener es superior al daño previsto. Las condiciones que debe cumplir un acto para estar justificado por este criterio son:

1. La naturaleza del acto. El acto debe ser bueno, o al menos moralmente neutral, independiente de sus consecuencias.

2. La intención del agente. La intención del agente debe ser sólo el efecto beneficioso, no el efecto perjudicial. El efecto perjudicial debe ser previsible, tolerado y permitido, pero no debe ser intencionado.
3. **La diferenciación entre los medios y los efectos.** El efecto perjudicial no debe ser un medio para obtener el efecto beneficioso. Si el efecto beneficioso es consecuencia del efecto perjudicial, el agente tendría la intención de causar el efecto perjudicial con el propósito de obtener el efecto beneficioso.

4. **La proporcionalidad entre el efecto beneficioso y el perjudicial.** El efecto beneficioso debe superar al perjudicial. Esto es que el efecto perjudicial sólo está permitido si existen razones que compense proporcionalmente para permitir el efecto perjudicial previsible. (Beauchamp & Childress, 2013, p.165)

En el que se establece una dicotomía en el acto a realizar en relación con su intención y consecuencias esperadas. Por una parte, se considera la intención del sujeto de realizar un acto beneficioso; independiente, por otra parte, a los daños secundarios que de este se deriven, los cuales son previsibles pero no deben ser intencionados. Al respecto se anota:

Se ha señalado que esta forma de pensar carece de rigor lógico, siendo preferible explicar efectos dañinos excepcionales como costos razonables en la prosecución imperiosa de actos benéficos. Estos costos son por un lado inevitables, pero por el otro se justifican por ser menores que el daño que emanaría por la omisión del acto beneficioso. (Kottow, 2005b, p.83)

Situación que pudiera ser superada por la evaluación integral del riesgo y el beneficio que va más allá de la intención del sujeto que realiza la acción, a través de la cual se puede elegir en un caso específico, el máximo beneficio, o en el peor de los casos, el menor riesgo posible.
4.2.9.1.4 El criterio de la pendiente resbaladiza. Esta argumentación está orientada a la no autorización de "una actitud permissiva (A) por temor a que ello aumente la tolerancia y aceptación de actos similares pero inaceptables (B)" (Kottow, 2005b, p.79). Aunque puede ser algo metafórico, para Tom Beauchamp y James Childress este criterio puede ser clasificado en dos tipos: el conceptual y el psicológico-sociológico. En el primero, la norma no es precisa y su aplicación permite justificar actos parecidos, en principio no contemplados y considerados como no morales:

La pendiente es resbaladiza porque los conceptos y las distinciones que aparecen en la formulación de las reglas morales y legales son imprecisos y pueden producir efectos imprevistos Una norma o la justificación de un determinado tipo de acto que, considerado independientemente, es aceptable en el aspecto moral acaba justificando actos similares pero inaceptables. (Beauchamp & Childress, 1999, p.217)

El segundo, que tiene una mayor aceptación por parte de estos autores, la excepción de una norma se considera que pueda favorecer con el tiempo la excepción total de ésta en la práctica cotidiana de una comunidad:

La segunda versión, o psicológico-sociológica... analiza el impacto que podría tener hacer excepciones a las reglas profesionales, sociales y legales o modificarlas haciéndolas más flexibles. (Beauchamp & Childress, 1999, p.218)

Cuantos más hilos retiremos, más débil será el tapiz... Las prohibiciones suelen tener importancia práctica y simbólica y retirarlas puede debilitar una serie de
hábitos, limitaciones y actitudes irremplazables. (Beauchamp & Childress, 1999, p.219)

Para Miguel Kottow este tipo de argumentación podría tener alguna validez si cumple con alguna de estas dos condiciones:

1. Hay una alta probabilidad de que la aceptación universal acarree consecuencias negativas y claramente previsibles.
2. Existe una alternativa preferable a la decisión de desencadenar la per misividad progresiva. (2005b, p. 79)

Desafortunadamente, no se ha logrado validar este tipo de argumentación de una manera sólida en la vida real. "Los argumentos tanto a favor como en contra son especulativos y analógicos, y análisis distintos que parten de los mismos datos llegan a conclusiones diferentes. También existe polémica sobre qué pruebas pueden ser consideradas como aceptables" (Beauchamp & Childress, 1999, p.219).

4.2.9.1.5 El principio de no maleficencia en la propuesta de Bernard Gert, Charles Culver y Danner Clouser. Estos escritores americanos presentan su propuesta para la resolución de los problemas éticos en el campo de la salud en sus libros Bioethics: A return to fundamentals (1997) y Bioethics. A systematic approach (2006). Este método se encuentra fundamentado en la moralidad común y en el reconocimiento de unas normas morales básicas que constituyen el marco general para el estudio de los problemas éticos; los cuales se encuentran fundamentadas exclusivamente en el principio de no maleficencia, definido como el no hacer daño; el cual debe ser exigible a todos los miembros de una comunidad desde el punto de vista ético y, muchas veces, legal: Al respecto se explica:
The moral rules that individually proscribe causing each for the listed evils and that proscribe certain kinds of actions known to cause those harms we call "the basic general moral rules". These are considered general because they apply to all rational persons, at all times, and in all places. What counts as causing death, pain, or disability, or as depriving of freedom or pleasure may differ in fine detail from one culture to another, but whatever the details, the causing of the basic harms to another person is always proscribed\textsuperscript{46}. (Gert et al., 2006, p.14)

A partir de este único principio es posible derivar otras conductas que no son exigibles pero si deseables moralmente que reciben el nombre de "ideales morales", las cuales son el hacer y promover el bien. Con base en las anteriores consideraciones estos autores fundamentan su método de toma de decisiones en bioética clínica, a partir de diez normas morales de obligación general que deben tenerse en cuenta en el análisis de los casos bioéticos clínicos, ver Tabla 26.

Teniendo como marco general estas normas morales, se procede al estudio de los problemas éticos, a fin de poder considerar que es aceptable la posibilidad de permitir la violación de una norma moral por parte de todas las personas racionales e imparciales. En este proceso deliberativo y de toma de decisiones pueden y deben participar todas las personas racionales. “Porque hay básicamente una sola moralidad, la intuición moral de las personas, capacitada y perfeccionada cada día de su vida, lo que les debería resultar muy útil en la ética profesional” (Gert et al., 2006, p.96). En donde el papel del especialista en

\textsuperscript{46} “Las reglas morales que individualmente prohíben causar cada uno de los males enunciados y que prohíben cierta clase de acciones que se sabe causan esos daños nosotros las llamamos 'las normas morales básicas generales'. Estas son consideradas generales porque ellas aplican a todas las personas racionales, en todos los tiempos y en todos los lugares. Estas normas como causar la muerte, dolor o discapacidad, o como privar de la libertad o de placer pueden diferir en pequeños detalles de una cultura a otra, pero cualquiera que sean los detalles, la causa de los daños básicos a otra persona siempre están prohibidos” (Gert, Culver, & Clouser, 2006, p.14).
ética o bioética es solamente de apoyo. “El papel más adecuado de aquellos estudiosos de la Bioética es clarificar y hacer explícito lo que la gente ya conoce” (Gert et al., 2006, p.97). Las preguntas básicas a responderse para justificar infringir una norma moral se presentan en la Tabla 27.

Si bien es cierto, una de las fortalezas de este método es el de dar normas claras en favor a evitar causar el daño en los seres humanos, queda por otra lado, la protección y promoción positiva o activa para su autorrealización, la cual sólo es posible por medio de la ayuda mutua. La bioética no puede ser un conjunto de prohibiciones (Ferrer & Álvarez, 2003).


<table>
<thead>
<tr>
<th>Normas morales generales</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I. Las cinco normas morales que prohíben directamente causar cinco daños:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No matar</strong>, incluye adicionalmente ocasionar la pérdida permanente de la conciencia.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No causar dolor</strong>, incluye ocasionar no sólo dolor físico, sino también psicológico.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No causar incapacidad</strong>, incluye el no causar pérdida de las capacidades físicas, mentales o volitivas.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No privar de la libertad</strong>, incluye la pérdida de la capacidad para actuar libremente, así con su oportunidad para ello.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No privar del placer</strong>, incluidas las fuentes del placer.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II. Las cinco normas morales, que en casos particulares generalmente su realización usualmente, pero no siempre, causan daño:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No engañar</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No hacer trampa</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No romper sus promesas</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No romper la ley</strong>.</td>
</tr>
<tr>
<td>- <strong>No cumplir con sus deberes u obligaciones</strong>.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>Preguntas guía</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- ¿Qué norma moral podría ser infringida?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Qué daño sería prevenido, evitado o atenuado (esto incluye el daño previsible, su probabilidad, el tipo de daño, su extensión y duración)?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Cuáles son las creencias y deseos relevantes de las personas en quienes la norma moral podría ser infringida?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Hay una estrecha relación entre la persona(s) sobre quienes la norma pudiera ser infringida y la persona que en algunas ocasiones pudiera tiene el deber de violar una norma moral sin su consentimiento?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Qué clases de beneficios podría obtenerse (esto incluye los beneficios previsibles, sus probabilidades, el tipo de beneficio, su extensión y duración)?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Está injustificada o débilmente justificada la infracción de una norma moral preventiva?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Está injustificada o débilmente justificada la infracción de una norma moral punible?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Hay algunas acciones alternativas que podrían ser preferibles?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Ha sido la infracción hecha de una manera intencionada o deliberada?</td>
</tr>
<tr>
<td>- ¿Es una situación de emergencia en la que la mayoría de las personas no planean estar?</td>
</tr>
</tbody>
</table>


4.2.9.1.6 *El principio de no maleficencia en bioética clínica.* El principio de no maleficencia ha estado desde sus orígenes íntimamente relacionado con el principio de beneficencia, como puede verse en la definición que han hecho de estos varios autores, a partir de cuatro normas morales, propuestas por William Frankena (1973): no se debe causar daño o mal; se debe prevenir el daño o el mal; se debe aliviar o curar el daño; y se debe hacer o promover el bien, ver Tabla 28. En el contexto clínico, de una manera particular, teniendo en cuenta la naturaleza de su mismo trabajo, el cuidado de la salud; el principio de no maleficencia referida al actuar de los profesionales de la salud no sólo puede ser restringido al no hacer daño, sino que se hace extensivo necesariamente a la prevención y a la curación o alivio del daño; siendo exigible su observancia desde el punto de vista ético y legal. Al respecto se menciona:
Our basic distinction between moral rules and moral ideals enables us to explain how the moral ideals play a role in professional ethics. Some of these moral ideals become duties that require members of the profession to go above and beyond what is required by the general moral rules. That means the profession is not content with simply not causing harm, but it commits itself, in specified circumstances, to going out of this way to prevent and to relieve harm... Some of these ideals have become duties, other are aspirations; which of these they become is largely set by the medical profession, though perhaps clarified and modified by law and society.\textsuperscript{47} (Gert et al., 2006, p.92)

Relegando el deber de hacer o promover el bien a un ideal moral a una norma no exigible pero si deseable, cuya realización queda a voluntad de las personas, dentro de la esfera de una ética de máximos (Gert et al., 2006; Beauchamp & Childress, 2013).

\textsuperscript{47} “Nuestra distinción básica entre las normas morales y los ideales morales nos permite explicar cómo los ideales morales juegan un papel en la ética profesional. Algunos de estos ideales morales se convierten en deberes que requieren de los miembros de una profesión ir por encima y más allá de lo exigido por las normas morales generales. Eso significa que la profesión no se contenta con simplemente no causar daño, y se compromete, en circunstancias específicas, en ir más allá, a prevenir y aliviar el daño... Algunos de estos ideales se han convertido en deberes y otras veces en aspiraciones; determinados en gran parte por la profesión médica, aunque tal vez aclarados y modificados por la ley y la sociedad” (Gert, B. et al, 2006, p.92).
**Tabla 28. El principio de no maleficencia.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Normas morales</th>
<th>Frankena</th>
<th>Beauchamp y Childress</th>
<th>Gert, Culver y Clouser</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>No se debe causar daño o mal</td>
<td>Principio de Beneficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
</tr>
<tr>
<td>Se debe prevenir el daño o el mal</td>
<td>Principio de Beneficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
</tr>
<tr>
<td>Se debe aliviar o curar el daño</td>
<td>Principio de Beneficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
</tr>
<tr>
<td>Se debe hacer o promover el bien</td>
<td>Principio de Beneficencia</td>
<td>Principio de No Maleficencia</td>
<td>Ideal Moral</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

En conclusión, el principio de no maleficencia definido como el *no causar daño voluntariamente* puede ser expresado en el contexto clínico a través de tres normas básicas a tener en cuenta: no se debe causar daño o mal; se debe prevenir el daño o el mal; y se debe aliviar o curar el daño.

**4.2.9.2 El principio de respeto a la autonomía.** La autonomía proviene del vocablo griego *αὐτονομία*, que significa: vivir bajo las propias leyes// ser independiente (Diccionario Manual Griego Vox, 1992); y que el Diccionario de la Real Academia ha definido como: "potestad que dentro de un Estado tienen municipios, providencias, regiones u otras entidades, para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios// condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie" (2014). En la antigua Grecia esta capacidad para autogobernarse fue reconocida para los pueblos y los seres humanos, de manera interdependiente, estando esta última supeditada a la primera. Al hacerse un reconocimiento primario a la naturaleza social de los seres humanos, base necesaria para su desarrollo, como lo anota Aristóteles:
Así pues, es evidente que la ciudad es por naturaleza y es anterior al individuo; porque si cada uno por separado no se basta a sí mismo, se encontrará de manera semejante a los demás partes en relación con el todo. Y el que no puede vivir en comunidad, o no necesita nada por su propia suficiencia, no es un miembro de la ciudad, sino una bestia o un dios. (P, I,1: 1253a,14-15)

Desde esta perspectiva, se les atribuye a los hombres, en su condición de ciudadanos, un papel activo dentro de la sociedad en su dirección y preservación. "Un ciudadano sin más por ningún otro rasgo se define mejor que por participar en las funciones judiciales y en el gobierno" (P, III,1: 1275a,6). De igual forma, se le reconoce esta condición de gobierno al hombre en el ámbito familiar, al que quedarán supeditados los demás miembros que la constituyen -condición que sólo se verá transformada de una manera plena en el mundo occidental en el siglo XX, con el reconocimiento real de los derechos, como individuos y miembros de una sociedad, a la mujer, los niños y otras minorías-.

Así, el hombre libre manda al esclavo de muy distinta manera que el marido manda a la mujer y que el padre al hijo; y, sin embargo, los elementos esenciales del alma se dan en todos estos seres, aunque en grados muy diversos. El esclavo está absolutamente privado de la voluntad; la mujer la tiene, pero subordinada; el niño sólo la tiene incompleta. Lo mismo sucede necesariamente respecto a las virtudes morales. Se las debe suponer existentes en todos los seres, pero en grados diferentes, y sólo en la proporción indispensable para el cumplimiento del destino de cada uno de ellos. El ser que manda debe poseer la virtud moral en toda su perfección. Su tarea es absolutamente igual a la del arquitecto que Ordena, y el
arquitecto en este caso es la razón. En cuanto a los demás, deben estar adornados de las virtudes que reclamen las funciones que tienen que llenar. (P, I,5: p.59)

En el Medioevo, la Iglesia Católica y el gobierno feudal de una manera autoritaria determinarán las normas sociales, reduciendo el comportamiento de los seres humanos a su observancia. En el campo moral, por una parte, se reconoce al ser humano como individuo, con una voluntad propia para determinar su propio accionar como Hijo de Dios, como lo plantea Juan Duns Escoto (1266-1308) en su obra; y por otra parte, el carácter heterónomo de ésta, en su sentido más estricto. Al respecto, San Agustín (354-430) reconoce la supremacía de un poder superior rector de todo lo existente y al cual el ser humano tiene que reconocer y obedecer:

Dios, verdadera y suprema vida, en quien, de quien y por quien viven todas las cosas que suprema y verdaderamente viven.

Dios bienaventuranza, en quien, de quien y por quien son bienaventurados todos cuanto son bienaventurados. Dios, bondad y belleza, en quien, de quien y por quien son buenas y bellas todas las cosas que son buenas y bellas. Dios, Luz inteligible, en quien, de quien y por quien luce inteligiblemente todo cuanto inteligiblemente luce.

(Soliloquios, I, I, 3)

En la Modernidad, el ser humano se redescubre como un ser racional, con capacidad de conocerse a sí mismo y a su entorno, y tomar sus propias decisiones en el ámbito personal y social, en las ciencias, la política y la religión. En esta época, el descubrimiento de América permite a los europeos ser artífices de la creación de un nuevo mundo. Al respecto se anota:
Así, el descubrimiento del Nuevo Mundo vino a suponer la ruptura total de la imagen de un mundo perfecto, ordenado y acabado que había transmitido y alimentado el naturalismo medieval. De pronto el planeta se ensanchó y el hombre se dio cuenta de que había muchas cosas nuevas por descubrir, por probar, por hacer, porque en el Nuevo Mundo todo parecía estar sin estrenar. Ante América el hombre se va a descubrir a sí mismo no ya como mero intérprete de un orden preexistente sino, ante todo, como constructor del mismo. (Simón, 2000, p.30)

En el campo de las ciencias se sientan las bases del conocimiento científico y de su método, el método científico; a partir del cual, el mundo es susceptible de ser conocido racionalmente por el ser humano a través de la experiencia. Es así como, se cambia la concepción de mundo que hasta ahora se tenía, desplazando a la Tierra y al ser humano de su centro; se independiza el conocimiento científico del conocimiento filosófico y religioso; y aparece la ciencia y la técnica como ejes fundamentales para el desarrollo de este nuevo mundo. De acuerdo con Giovanni Reale y Dario Antíseri este período se puede así caracterizar:

El período que va de 1543, año de la publicación de la obra *De Revolutionibus* de Nicolás Copérnico, a 1687, año de la publicación de la obra de Isaac Newton, es conocido como el período de la revolución científica. La revolución científica es un portentoso movimiento de ideas que, a partir de la obra de Copérnico y de Kepler, adquiere en el Seicento las características que lo cualifican en la obra de Galileo, encuentra sus filósofos -por diferentes aspectos- en Bacon y Descartes y expresa su configuración madura en la imagen newtoniana del universo-reloj...
El rasgo más característico de la ciencia moderna es la idea de método y más específicamente de método hipotético-deductivo. Se necesitan hipótesis como tentativos de solución de los problemas; hipótesis de las que se deduzcan consecuencias experimentales controlables públicamente. Es la idea de ciencia metodológica y públicamente controlable que de una parte exige nuevas instituciones -sedes de discusión, confrontaciones y controles- como las academias y los laboratorios y por otras parte fundamenta la autonomía de la ciencia en relación con la fe; de ahí el choque con la Iglesia y el caso Galileo...

El nexo entre teoría y práctica, entre saber y técnica, da cuenta de un ulterior fenómeno que acompaña al nacimiento y al desarrollo de la ciencia moderna, es decir del crecimiento de la instrumentación. (2010b, p.219-221)

En el campo religioso, se caracteriza por el reconocimiento progresivo del derecho de las personas a escoger libremente su religión, durante los siglos XVI al XVIII. El cual tiene su origen en la promulgación de Las 95 tesis de Martín Lutero (1483-1546), que conlleva luego de siglo y medio de guerras en Europa al reconocimiento de la libertad religiosa y de conciencia, y a la separación de los poderes del Estado y la Iglesia. A este respecto Diego Gracia anota:

Es el descubrimiento del llamado “principio de la tolerancia”, uno de los grandes temas del siglo XVII: A partir de él se fue elaborando toda la teoría de la “libertad religiosa”, entendida ésta como un derecho humano. Los seres humanos son respetables porque son seres humanos, no porque tengan los mismos valores o compartan las mismas creencias. Hay que respetarlos en su diversidad. Ese es el concepto de “libertad de conciencia”, que en el siglo XVII cobra cuerpo. Se ha
iniciado el mundo moderno, la homogeneidad de valores va poco a poco diluyéndose, y se impone el acuerdo de que los valores de las personas tienen que ser en principio respetados, aunque no coincidan con los nuestros. Es el llamado “derecho a la libertad de conciencia”. (2002, p.30)

En el campo político, de igual forma, hay un reconocimiento paulatino del derecho que tienen las personas para decidir la forma de gobierno que le debe ser propia, a partir de las teorías contractualistas del Estado; cuyos autores más representativos son Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) y Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), que va a culminar con las revoluciones liberales a partir del siglo XVII y la promulgación de Los Derechos Humanos del Hombre y del Ciudadano, en Francia (1789), y a partir de allí, con el transito progresivo de los estados monárquicos y colonialistas a estados democráticos en Europa y América. En relación con las principales características del contractualismo, Pablo Simón explica:

En todos ellos puede encontrarse la estructura general de lo que se ha denominado teoría contractualista:

a) Los hombres tienen una serie de derechos básicos o naturales en tanto que seres humanos, en tanto que personas.

b) En el principio los hombres se encuentran en un estado en el que no existen estructuras organizativas políticas explícitas de la colectividad, un estado de naturaleza, y cada uno defiende sus derechos frente a los demás de la mejor manera posible.

c) Finalmente, para defender mejor esos derechos deciden realizar un pacto, un contrato social.
d) Del resultado de este pacto nace una estructura social, la *sociedad civil*, que se dota a su vez de una *forma política de gobierno*. (2000, p.34)

En el campo moral, de igual forma que en los demás dimensiones del ser humano estudiadas, se empieza a reconocer su capacidad para decidir sobre sí mismo, de una manera racional y libre, sobre lo que le es bueno para sí mismo. Uno de los primeros autores en referirse a ello es el jesuita y filósofo español Francisco Suárez (1548-1617), alcanzando posteriormente su máximo reconocimiento en la obra de Immanuel Kant (1724-1804), al respecto Pablo Simón anota:

El hombre es persona y como tal moral y libre, y esto es lo más característico de él, más que su realidad personal. A partir de la obra de Suárez se irá pues abriendo paso poco a poco la consideración de los hombres como sujetos con capacidad para discernir racionalmente por sí mismos qué acciones son correctos y buenos sin necesidad de que ninguna autoridad eclesiástica, política o intelectual se lo diga. Este lento proceso de maduración durará ya toda la Modernidad y alcanzará su mayoría de edad en la obra de Kant (2000, p.31).

La obra de Kant, a la cual se hizo mención en el capítulo de la dignidad humana, se caracteriza por el reconocimiento de la capacidad autolegisladora de los seres humanos para guiar su comportamiento moral, determinado únicamente por la razón a partir del deber. Posteriormente, basado en el pensamiento kantiano, Adam Smith (1723-1790), Johann Fichte (1762-1814) y John Stuart Mil (1806-1873) profundizan en el concepto que la verdadera moralidad se encuentra fundamentada en la capacidad del ser humano de guiar su acción racionalmente en el mundo de una manera autónoma, libre de imposiciones externas. Al respecto se afirma:
...el sentido común es suficiente para guiarnos, si no a la más exquisita corrección de la conducta, por lo menos a algo que no está muy alejado de ella; y siempre y cuando estemos seriamente deseosos de obrar bien, nuestro comportamiento será siempre considerado en su totalidad digno de alabanza. (Smith, trad. en 2012)

En la Edad Contemporánea en Occidente, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, en el campo social, religioso y político viene a reconocerse y garantizarse los derechos de las mujeres, los niños y otras minorías; así como también, el reconocimiento del derecho de los individuos a decidir acerca del cuidado de su salud, que viene a materializarse en el consentimiento informado en el ámbito clínico y de investigación en seres humanos. Fueron necesarios más de veinticinco siglos en el campo de la medicina, para que se reconociera éste derecho a los seres humanos. El cual tiene su origen en la jurisprudencia norteamericana, la cual se ha desarrollado alrededor del valor del respeto al derecho de la libertad individual. En la que los pacientes por vía judicial lograron el reconocimiento y protección de éste derecho, siendo uno de los casos más representativos al respecto el proceso de Schloendorff vs. Society of New York Hospital, en el año de 1914. A partir de lo cual, la autonomía se redefine de la mano del derecho de acuerdo con Diego Gracia como:

Autónomo es quien tiene capacidad para tomar sus propias decisiones; por lo tanto, quien posee información adecuada, tiene capacidad para decidir y no se haya impedido de hacerlo por factores externos, como la fuerza, la coacción, etc. Autónomo es, pues, quien cumple unos requisitos empíricos que garanticen su capacidad de autogobierno... Y en ese contexto el sentido del término autonomía no fue el kantiano sino el de capacidad empírica para tomar decisiones. (2012b, p.4)
Derecho que posteriormente fue reconocido a nivel mundial por las sociedades científicas, las instituciones de la salud, y los profesionales sanitarios (Simón, 2000; Garzón, 2010). A nivel nacional, el reconocimiento al derecho al consentimiento informado se encuentra garantizado en la legislación a partir de la Ley 23 de 1981, "Por la cual se dictan normas en materia de ética médica"; y la Resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud, "Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes"; y por múltiples sentencias de las Altas Cortes.

En el campo de la investigación en seres humanos este reconocimiento es una respuesta a los experimentos antitéicos realizados en los campos nazis y en los Estados Unidos y Europa, como los denunciados por Henry Beecher en su artículo Ethics and Clinical Research (1966), en el que analiza 22 artículos de investigación de reconocidos investigadores publicados en importantes revistas científicas con serios reparos éticos en su realización, lo que lleva a la promulgación de una normatividad reguladora de esta actividad, en defensa de los derechos de las personas participantes como sujetos de investigación, siendo las de mayor importancia a nivel internacional: el Código de Nüremberg (1947-1948); la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, promulgada en el año de 1964 y enmendada por última vez en el año 2013, en la 64ª Asamblea General en Fortaleza (Brasil); las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (WHO o OMS) promulgadas en el año 1982 y modificadas por última vez en el año 2002 (Ginebra); y el Informe Belmont (1978) en Estados Unidos. A nivel nacional esta actividad igualmente se encuentra regulada por la siguiente normatividad: la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, "Por la cual se establecen las normas científicas,
técnicas y administrativas para la investigación en salud”; y la Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, “Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación en seres humanos”.

4.2.9.2.1 El principio del respeto a la autonomía en la propuesta de Tom Beauchamp y James Childress. Para estos autores la autonomía es definida como la capacidad de una persona para autogobernarse. "The autonomous individual acts freely in accordance with a self-chosen plan, analogous to the way an independent government manages its territories and sets its policies" (2013, p.101). Condición que para la toma de decisiones requiere de tres elementos fundamentales: intencionalidad, conocimiento y libertad. Al respecto se anota:

Las acciones autónomas se analizan en función de sus agentes, los cuales actuarán: a) intencionalmente; b) con conocimiento, y c) en ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto. La primera de estas tres condiciones para la autonomía no permite gradación. Las acciones, o son intencionadas o no lo son... Sin embargo, las otras dos condiciones (la comprensión y la influencia de influencias externas) sí pueden estar presentes en mayor o menor grado... Ambas permiten un amplio y continuo espectro de posibilidades que van desde su satisfacción total a su ausencia completa. (Beauchamp & Childress, 1999, p.116)

El conocimiento y la libertad son condiciones que en el ser humano nunca pueden ser absolutas por su misma naturaleza, lo que hace que la autonomía no pueda ser considerada como algo absoluto por su misma fundamentación, sino proporcional a la

---

48 “El individuo autónomo actúa libremente de acuerdo con un plan elegido por sí mismo, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas” (Beauchamp & Childress, 2013, p.101).
acción a asumir, en relación con la comprensión y la libertad, como a continuación se explica:

Considerar que la toma de decisiones por los pacientes debe cumplir con el ideal de autonomía es utópico, ya que en la práctica son pocos, por no decir ninguno, los actos totalmente autónomos... Todas estas decisiones trascendentales suelen ser suficientemente autónomas, aunque nunca por completo... Por tanto, lo mejor es valorar si la autonomía es suficiente en cada uno de los diferentes contextos en lugar de plantear una teoría general sobre lo que es o no suficiente. (Beauchamp & Childress, 1999, p.116)

Con base en lo anterior, por parte de éstos autores el respeto a la autonomía en el ámbito clínico es definido desde dos perspectivas, por una parte, el respeto a la toma de decisiones que sobre sí mismo realice una persona; y por otra parte, la promoción de condiciones favorables para que se lleve a cabo esta toma de decisiones. Al respecto se menciona:

The respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their values and beliefs. Such respect involves respectful action, not merely a respectful attitude. It also requires more than noninterference in other’s personal affairs. In includes, in some contexts, building up or maintaining others´capacities for autonomous choice while helping to allay fears and other conditions that destroy or disrupt autonomous action⁴⁹. (Beauchamp & Childress, 2013, p.106-107).

⁴⁹ "El respeto a los agentes autónomos implica reconocer su derecho a tener sus propias opiniones, tomar sus propias elecciones, y llevar a cabo acciones basadas en sus valores y creencias. Este respeto debe ser activo, y
El límite de este reconocimiento, va más allá de la premisa de respetar los derechos de los otros hasta tanto estos no interfieran con los de los demás, o implique un alto riesgo para otros, sino que implica mucho más, su promoción y respeto. Desde esta perspectiva, el respeto a la autonomía como obligación así es definida por estos autores:

As a negative obligation, the principle requires that autonomous actions not be subjected to controlling constraints by others. It asserts a broad obligation that is free of exceptive clauses such as "We must respect individual’s views and rights so long as their thoughts and actions do not seriously harm other persons. Of course, the principle of respect for autonomy needs specification in particular contexts to function as a practical guide to conduct, and appropriate specification will incorporate valid exceptions..." (Beauchamp, T. y Childress, J., 2013, p.107)

**Autonomía, autoridad y comunidad.** La interdependencia existente entre el ser humano y la sociedad reconoce la importancia de las normas sociales para su supervivencia, en la que la autonomía de los individuos no se vea disminuida al observar estas normas para sí. El ser humano y la comunidad no pueden ser idealizados bajo conceptos absolutos y contrarios, sino complementarios. Al respecto se anota:

---

50 "Como una obligación negativa, el principio requiere que las acciones autónomas no sean sometidas a acciones restrictivas por parte de otros. Esto afirma una amplia obligación que está libre de cláusulas de excepción tales como 'Debemos respetar las opiniones y derechos individuales siempre que sus pensamientos y acciones no dañen seriamente a otras personas'. Por supuesto, el principio de respeto a la autonomía necesita especificación en contextos particulares para que funcione como una guía práctica de conducta, y una especificación adecuada incorporará excepciones válidas..." (Beauchamp & Childress, 2013, p.107).
No creemos que sean incompatibles, ya que un sujeto puede ejercer su autonomía para decidir, aceptar y cumplir las exigencias de una institución, tradición o comunidad que él considera una buena fuente de orientación... La moral no está formada por un conjunto de reglas personales que los individuos crean independientemente de la sociedad, y la autoridad de los principios morales depende del contexto social y cultural, que es independiente de los individuos aislados. El hecho que sean compartidos no implica que no formen parte de los principios propios de cada individuo. (Beauchamp & Childress, 1999, p.116-117)

4.2.9.2.2  

La competencia y las elecciones autónomas. La competencia o capacidad de una persona se define como la habilidad para entender la información pertinente para la toma de una decisión y prever razonablemente un resultado futuro aproximado de sus decisión (Etchells et al., 1996a). Este proceso es considerado como una función mental superior, resultado del proceso de desarrollo del intelecto humano en todas sus dimensiones: el cognitivo, el social y moral; de manera interdependiente y ascendente desde la perspectiva de la teoría cognitiva-evolutiva; proceso que se da de manera simultánea, progresiva e individualizada en cada individuo, como lo estableció el trabajo de Jean Piaget (1896-1980) y Lawrence Kohlberg (1927-1987), entre otros.

A partir de los trabajos de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg continua profundizando en el estudio de la conducta moral, desde una perspectiva formal, en el que se "recalca los atributos de imparcialidad, universalidad, y el esfuerzo y deseo de llegar a un acuerdo o consenso con otros seres humanos en general sobre lo que está bien" (1992, p.236), basado en el desarrollo del razonamiento de la justicia, desde una perspectiva deontológica. El cual es dependiente del desarrollo lógico y la percepción social alcanzada por cada individuo. A este respecto se anota:
Existe un paralelismo entre el estadío lógico de un individuo y su estadío moral...

Aunque el desarrollo lógico es una condición necesaria para el desarrollo moral, no es, sin embargo, suficiente. Muchos individuos están en un estadio lógico más alto que el paralelo estadio moral, pero nadie está en un estadio moral más alto que su estadio lógico.

Inmediatamente después de los estadíos de desarrollo lógico vienen los de percepción social o toma de rol o perspectiva social. Estos estadíos de toma de rol describen el nivel en el que la persona ve a otra gente, interpreta sus pensamientos y sentimientos y considera el papel o lugar que ocupan en la sociedad. Los cuales están muy estrechamente unidos a los morales, pero son más generales, puesto que no tratan simplemente de la justicia y de elegir entre lo correcto o lo incorrecto. Al igual que ocurre con la lógica, el desarrollo de la percepción social de un estadio ocurre antes, o es más fácil que el desarrollo del estadio paralelo de juicio moral (1992, p.186)

El desarrollo del razonamiento de la justicia es clasificado con base en el trabajo de investigación empírica realizado por este autor en tres niveles culturalmente universales, cada uno de los cuales a su vez es subdividido en dos estadíos, para un total de seis; los cuales son descritos a continuación, en los que se resalta que "la estructura esencial de la moralidad es una estructura de justicia" (1992, p.196), como previamente se anoto; en el que se "representa, pues, las diferentes formas jerárquicamente integradas de las operaciones de reciprocidad, igualdad y equidad" (1992, p.249). En la siguiente tabla se describe las principales características de estos niveles y estadíos, ver Tabla 29.
Tabla 29. El desarrollo del razonamiento de justicia de Lawrence Kohlberg.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nivel y Estadio</th>
<th>Perspectiva del juicio moral</th>
<th>Perspectiva social</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nivel I: Preconvencional</strong></td>
<td>Evitar romper las normas sólo por el castigo, obedecer por obedecer y evitar causar daño físico a personas y a la propiedad</td>
<td>Mayoría de niños menores de seis años, algunos adolescentes, y muchos adolescentes y adultos delincuentes</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estadio 1: Moralidad heterónoma</strong></td>
<td>Seguir las normas sólo cuando es en inmediato interés de alguien; actuar por conseguir los propios intereses y necesidades y dejar que los demás hagan lo mismo. Es correcto lo que es un intercambio, un acuerdo, un trato.</td>
<td>Punto de vista egocéntrico. No considera los intereses de los otros ni reconoce que sean diferentes de los propios</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nivel II: Convencional</strong></td>
<td>La necesidad de ser una buena persona ante uno mismo y ante los demás. Cuidar de otros. Deseo de mantener las normas y la autoridad que mantengan los estereotipos de buena conducta.</td>
<td>Mayoría de adolescentes y adultos</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estadio 3: Mutuas expectativas interpersonales, relaciones, y conformidad interpersonal</strong></td>
<td>Cumplir con las obligaciones acordadas. Se deben mantener las leyes en caso extremos en donde entran en conflicto con otros deberes sociales establecidos. Estó bien contribuir a la sociedad, al grupo, o a la institución</td>
<td>Consciencia de sentimientos compartidos que tienen preferencia sobre los intereses individuales. Relaciona puntos de vista a través de la regla &quot;ponerse en el lugar del otro&quot;</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Estadio 4: Sistema social y conciencia</strong></td>
<td>Toma el punto de vista del sistema que define las normas y los roles. Considera las relaciones sociales individuales según el lugar que ocupan en el sistema</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nivel III: Post-convencional o de principios</strong></td>
<td></td>
<td>Minoría de adultos, después de los 22 años</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Estadío 5: Contrato social o utilidad y derechos individuales**

Un sentido de la obligación hacia la ley por el contrato social que uno tiene que hacer y ser fiel a las leyes para el bienestar y la protección de todos. Interés porque las leyes y obligaciones se basen en un cálculo racional de utilidad total, "lo mejor posible para el mayor número de gente"

Perspectiva anterior a la sociedad. Considera los puntos de vista legal y moral; reconoce que a veces entran en conflicto y encuentra difícil integrarlos.

---

**Estadío 6: Principios éticos universales**

La creencia como persona racional en la validez de principios morales universales, y un compromiso social hacia ellos

Reconoce que la personas son fines en sí mismas y deben ser tratadas como tales.

---


En consecuencia, la capacidad o habilidad del ser humano para la toma de decisiones de manera autónoma viene siendo determinada por múltiples factores, como:

- Una acción autónoma requiere de tres condiciones necesarias: la voluntariedad, la información y la libertad. Las dos últimas son condiciones que nunca pueden ser de naturaleza absoluta, como previamente se anoto.

- La capacidad de toma de decisiones desde el punto de vista del desarrollo, requiere de un desarrollo integral del intelecto humano, desde el punto de vista cognitivo, social y moral.

- La capacidad de toma de decisiones en un mismo individuo puede variar con el tiempo, por ejemplo, de acuerdo con las condiciones de salud.

- En los casos en que se considere que él o la paciente no pueda tomar las decisiones por sí misma (menores de edad, individuos en estado de incapacidad), se deberá solicitar el consentimiento a su representante (padres, tutores o allegados, entre otros), como una manera de garantizar la toma de decisión que el paciente tomaría, si él o ella fueran
capaces; y buscar el mayor bien del paciente en la situación específica (Etchells et al., 1996b; Beauchamp & Childress, 1999).

Condiciones que en la gran mayoría de los individuos están presentes, pudiéndose considerarlos como competentes y por ende, autónomos, teniendo como punto de referencia, por ejemplo, la edad cronológica para ello. Sin embargo, esto no siempre es posible ni suficiente, y es entonces necesario determinar la competencia de una persona en el caso particular. Al respecto Tom Beauchamp y James Childress anotan:

A single core meaning of the word *competence* applies in all contexts. That meaning is "the ability to perform a task". By contrast to this core meaning, the *criteria* of particular competencies vary from context to context because the criteria are relative to specific asks... The competence to decide is therefore relative to the particular decision to be made. Rarely should we judge a person incompetent with respect to every sphere life...

Competence may vary over time and may be intermittent. Many persons are incompetent to do something at one point in time but competent to perform the same task at another point in time... In some of the latter cases competence varies from hour to hour51. (2013, p.115)

---

51 “Un único significado básico de la palabra *competencia* se aplica en todos los contextos. Ese significado es ‘la capacidad de realizar una tarea’. En contraste con este significado central, los *criterios* de competencias particulares varían de un contexto a otro porque los criterios son relativos a las tareas específicas... La competencia para decidir es además relativa a la decisión particular por ser hecha. Raramente deberíamos nosotros juzgar a una persona incompetente con respecto a todas las esferas de su vida...

La competencia puede variar con el tiempo y puede ser intermitente. Muchas personas son incapaces de hacer algo en un momento en el tiempo pero competentes para realizar la misma tarea en otro punto en el tiempo... En algunos de los últimos casos la competencia varía de hora a hora” (Beauchamp, T. y Childress, J., 2013, p.115).
De allí que en caso de que se sospeche la incapacidad de un ser humano para tomar decisiones en situaciones específicas, se deberá solicitar la evaluación a personal calificado (psiquiatras o psicólogos clínicos) a este respecto. Para ello se disponen de las siguientes métodos de evaluación en clínica: las pruebas cognitivas, las pruebas de capacidad específica y las pruebas de capacidad general (Simón, 2000; Garzón, 2010).

Las pruebas cognitivas se encuentran ampliamente disponibles y son de rápida y fácil realización. Sin embargo, por no tener en cuenta otras funciones intelectuales relevantes para determinar la capacidad, como el juicio y el razonamiento, no permiten su evaluación integral; y algunas no presentan rangos de normalidad claramente definidos (Simón, 2000). Las pruebas de evaluación específicas de la capacidad tienen por objetivo valorar la capacidad de las personas frente a problemas específicos. Son pruebas rápidas, sencillas, flexibles y fácilmente adaptables a las circunstancias clínicas, que permiten evaluar la capacidad de la persona para entender la información brindada, prever las consecuencias de sus decisiones y la capacidad para tomar decisiones. Y finalmente, las pruebas de evaluación general de la capacidad que de una manera más amplia la evalúan, a través de profesionales especializados (Etchells et al., 1996a; Simón, 2000). Un ejemplo de estas escalas es la propuesta por James Drane, que utiliza una escala móvil para la evaluación de la competencia en casos clínicos.

4.2.9.2.3 El principio de respeto de la autonomía en bioética clínica. La autonomía es una concepción que a lo largo de la historia se ha ido desarrollando paulatinamente hasta el momento actual desde diferentes perspectivas complementarias, que Diego Gracia resume en estos cuatro sentidos:
Sentido político: es el más clásico. Autonomía es la capacidad de un cuerpo social para darse sus propias leyes y, por tanto, para constituirse en cuerpo político. Autonomía es, pues, igual a autogobierno civil.

Sentido ontológico: es el que se adquiere con Kant. La autonomía es la condición propia del ser humano, a diferencia de todos los demás seres de la naturaleza. Por su condición autónoma, el ser humano es fin en sí mismo y no medio, y tiene dignidad y no precio. No es, por tanto, un ser natural sino moral. Seres autónomos son los seres personales.

Sentido jurídico: el derecho considera autónomo todo acto que se ha realizado con información adecuada, por una persona dotada de capacidad de comprenderlo para llevarlo a cabo y sin factores que coarten su libertad interna o externamente. Este sentido es el que ha pasado a la bioética a través de la teoría del consentimiento informado. El sentido que el término autonomía suele tener hoy en bioética es este.

Sentido ético: para que un acto pueda considerarse autónomo desde el punto de vista moral no solo se requiere que cumpla los requisitos marcados por la autonomía jurídica, sino que además sea resultado de un juicio responsable del individuo, tras un proceso deliberativo en el cual haya tenido en cuenta los valores en juego, así como las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles. (2012a, p.95-96)

Los cuales vienen a ser un reconocimiento a la capacidad que todos los seres humanos tienen de poder decidir acerca de sí mismo, y en consecuencia de ser responsables de sus acto, como lo manifiesta Diego Gracia: "de tal modo que es autónomo quien se hace responsable de sí mismo, sin enajenar esa responsabilidad en cualquier otra instancia distinta de él mismo" (2012a, p.95). El cual en el ámbito clínico se expresa como el reconocimiento al derecho que tienen los seres humanos a decidir por sí mismas con
respecto al cuidado de su salud. Una forma de garantizar este derecho es el educar y promover la promoción de este derecho de forma permanente al interior de la comunidad hospitalaria.

Esta capacidad o habilidad del ser humano para la toma de decisiones de manera autónoma viene siendo determinada por múltiples factores, como: la edad, el desarrollo integral del intelecto humano desde el punto de vista cognitivo, social y moral; las condiciones personales para la toma de decisiones, las cuales pueden variar de acuerdo con su estado de salud; y las condiciones particulares para la toma de decisiones, relacionadas con la información, la voluntariedad y la libertad. En el área clínica todos estos factores deben ser evaluados en cada situación en particular para apoyar la toma de decisiones por parte de los pacientes, antes de poner en duda o negar la capacidad de una persona para tomar sus propias decisiones en relación al cuidado de su salud.

4.2.9.3 El principio de la responsabilidad. La responsabilidad es un término derivado del vocablo latino responsum, que significa: responder; responder en justicia, acudir ante un tribunal; ser proporcionado a, estar a la altura de (Diccionario Esencial Latino Español Vox, 2009), y que es definido por la Real Academia Española como:

Cualidad de responsable - obligado a responder de algo o alguien-; cargo u obligación moral que resulta para alguien del posible yerro en cosa o asunto determinado; capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente; deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otra persona, a consecuencia de un delito, de una culpa o de otra causa legal. (2014)
El cual empieza a ser utilizado en el derecho romano, a partir del siglo XVIII, de acuerdo con María José Sánchez, Héctor Blas y Vicente Ortiz:

En la vida jurídica romana el llamado acto del spóndeo refiere la acción realizada entre al menos dos individuos a partir de la enunciación de fórmulas legales que significan “comprometerse en algo” o “prometer solemnemente”. Así, respecto de las acciones realizadas -u omitidas- de un agente frente a otro/s, la responsabilidad está ligada, desde su origen, con el concepto de obligación (2015, p.99-100).

El cual posteriormente viene a ser muy utilizado en el ámbito de la moral, para designar la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta: por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión; y por las acciones de cuidado y protección hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones, como lo manifiesta Miguel Sánchez (ver Figura 23):

Se pueden distinguir dos tipos de responsabilidades:

1. Ser responsable "por algo" que uno ha hecho. Para determinar esta responsabilidad es preciso mirar al pasado, e identificarnos como autores de nuestros actos, para saber si somos merecedores de censuras o elogios, premios o castigos. Esta responsabilidad puede generar vergüenza y culpa o, por el contrario, satisfacción y buena conciencia.

2. Ser responsable "hacia algo o alguien" con quienes uno está comprometido o sobre los que tiene algún poder específico. Esta responsabilidad se establece mirando al futuro y considerando el resultado que tendrán nuestros actos sobre algo o alguien a quien debemos cuidado o protección. En general nos sentimos
responsables de todas aquellas personas o cosas con las que tenemos vínculos y compromisos (2013, p. 77).

Figura 23. El principio de responsabilidad. 
Fuente: representación de la definición de responsabilidad de acuerdo con la definición elaborada por Miguel Sánchez, 2013.

Desde la perspectiva bioética, la responsabilidad puede ser concebida como un principio de los seres humanos como agentes morales que se desarrollan y perfeccionan en comunidad a través de sus acciones, al respecto Thomas Ogletree anota:

Responsibility has emerged as a central ethical category, directing attention to human beings as moral actors. It highlights the importance for ethical understanding of self-conscious moral commitments, discretion in moral judgment, personal strengths necessary to effective action, a wise use of the power and authority of
societal offices, and accountability to oneself and to fellow human beings, perhaps
also to God, for moral judgment and action\textsuperscript{52}. (2004, p.2379-2380)

En el siglo XX, el padecimiento por parte de la humanidad de las dos guerras
mundiales en la primera mitad de ese siglo y el gran desarrollo científico y tecnológico
alcanzado llevan a reflexionar acerca de la responsabilidad moral que el ser humano tiene
sobre las consecuencias de sus actos tendiente a mejorar la condición humana y a garantizar
su supervivencia humana (Potter, 1999), uno de los aspectos que marcará la discusión ética
hasta nuestros días. En este contexto es importante resaltar el trabajo de la filósofa y
psicóloga estadounidense Carol Gilligan (1936- ) que hace énfasis en esta dimensión de la
ética, la ética de cuidado y de la responsabilidad, basada en los principios de benevolencia
y bienestar; en contraposición a la ética de los derechos o normativa basada en el principio
de justicia, de carácter universal e imparcial, expuesta previamente por Lawrence Kohlberg
(Potter, 1988; Held, 1997). Al respecto esta autora anota:

La moral de los derechos se basa en la igualdad y se centra en la comprensión de la
imparcialidad, mientras que la ética de la responsabilidad se basa en el concepto de
la igualdad y el reconocimiento de las diferencias de necesidad. Mientras que la
ética de los derechos es una manifestación de igual respeto, que equilibra los
derechos de los otros y del Yo, la ética de la responsabilidad se basa en el
entendimiento que hace surgir la compasión y el cuidado. Así, el contrapunto de
identidad y de intimidad que marca el tiempo transcurrido entre la niñez y la edad

\textsuperscript{52} “La responsabilidad ha surgido como una categoría ética central, dirigiendo la atención a los seres humanos
como agentes morales. Se destaca la importancia de la comprensión ética de los compromisos morales auto-
conscientes, la discreción en el juicio moral, las fortalezas personales necesarias para una acción eficaz, un
uso racional del poder y la autoridad de las instituciones sociales, y la responsabilidad de uno mismo y de los
demás seres humanos, quizás también frente a Dios, para el juicio moral y la acción” (Ogletree, 2014, p.2379-
2380).
adulta queda articulado por medio de dos morales diferentes, cuya complementariedad es el descubrimiento de la madurez. (Gilligan, 1982, p.266).

Este trabajo viene a reivindicar al individuo y la importancia del estudio de las situaciones particulares y las relaciones sociales desde una perspectiva narrativa, núcleo de la atención sanitaria, como lo expresa Jaime Yáñez:

La teoría de Gilligan nos propone hablar de esa "segunda voz" que aboga por las diferencias, por el reconocimiento de las historias particulares, por el cuidado y el deseo de bienestar del otro; en fin, por la benevolencia como matriz de las relaciones sociales y del juicio ético. (2000, p.345)

4.2.9.3.1 El principio de responsabilidad de Hans Jonas. El principio de responsabilidad alcanzará su máximo desarrollo en la obra del filósofo alemán Hans Jonas (1903-1993), en su libro El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica (1979), en donde desarrolla el concepto de responsabilidad como principio moral frente al avance científico y tecnológico del siglo XX, que como nunca antes en la historia del ser humano, le ha permitido transformar su propia vida y le ha dado las herramientas para incidir de manera determinante sobre la naturaleza; pudiendo tener sus acciones repercusiones no sólo sobre sí mismo sino sobre la sociedad, los seres vivos, y el planeta en general, y además trascender sus consecuencias en el tiempo, a las generaciones futuras.

Hasta el siglo pasado, la ética centraba su interés en el ser humano y sus relaciones interpersonales. “Así, la ética tenía que ver con el aquí y el ahora, con las situaciones que se presentan entre los seres humanos, con las repetidas y típicas situaciones de la vida
pública y privada” (Jonas, 1995, p.30). De ahí que la valoración de las consecuencias también estuviera circunscrita espacio-temporalmente, como lo refiere este autor:

A nadie se le hacía responsable de los efectos posteriores no previstos de sus actos bien-intencionados, bien-meditados y bien-ejecutados. El corto brazo del poder humano no exigía ningún largo brazo de un saber predictivo; la parvedad de uno era tan poco culpable como la del otro. (Jonas, 1995, p.31)

Los grandes avances científicos y tecnológicos han permitido redimensionar la acción humana y su interrelación con los demás seres vivos y el planeta. El reconocimiento de este nuevo poder queda manifiesto en los escritos de Hans Jonas en los cambios sufridos en la relación del Estado con la naturaleza:

La frontera entre “Estado” (polis) y “Naturaleza” ha quedado abolida. La ciudad del hombre, que antaño constituía un enclave dentro del mundo no humano, se extiende ahora sobre toda la naturaleza terrenal y usurpa su lugar. La diferencia entre lo artificial y lo natural ha desaparecido, lo natural ha sido devorado por la esfera de lo artificial, y, al mismo tiempo, el artefacto total –las obras del hombre convertidas en el mundo, que actúan sobre él y a través de él- está engendrando una nueva clase de “naturaleza”, esto es, una necesidad dinámica propia, con la que la libertad humana se confronta en un sentido totalmente nuevo. (Jonas, 1995, p.37-38)

Y en la capacidad del ser humano de transformarse a sí mismo, gracias a los avances de la ciencia:

Aquí nos contentaremos con aludir a este ambicioso sueño de homo faber, que vulgarmente se resume diciendo que el hombre quiere tomar en sus manos su propia
evolución, no sólo con vistas a la mera conservación de la especie en su integridad, sino también con vistas a su mejora y cambio según su propio diseño. Si tenemos derechos a ello, si estamos cualificados para tal papel creador, son las preguntas más serias que se les puede plantear a unos hombres que de repente se hallan dueños de ese poder que el destino, ha puesto en sus manos. (Jonas, 1995, p.54)

Esta nueva dimensión del accionar humano es y debe ser motivo de estudio de la ética y la bioética, que deben ampliar su atención a esta nueva realidad, hasta ahora considerada propiedad exclusiva del ámbito científico, como una manera de asegurar su calidad y corrección en pro del bienestar del ser humano presente y futuro. En el siglo XXI no es posible adentrarnos en el estudio de la bioética sin tener en cuenta esta problemática, que valora los actos de los seres humanos en relación consigo mismos, los seres vivos y el medio ambiente que les rodea; así como sus repercusiones que ellas tengan para el presente y el futuro. Con base en esta nueva realidad, Hans Jonas trata de reinterpretar el imperativo Kantiano:

Un imperativo que se adecuará al nuevo tipo de acciones humanas y estuviera dirigido al nuevo tipo de sujetos de la acción diría algo así como: “Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica en la Tierra”; o, expresado negativamente: “Obra de tal modo que los efectos de tu acción no sean destructivos para la futura posibilidad de esa vida”; o simplemente: “No pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra”; o, formulando, una vez más positivamente: “Incluye en tu elección presente, como objeto también de tu querer, la futura integridad del hombre”. (1995, p.39-40)
Esta nueva perspectiva lleva a plantear a este autor un nuevo principio ético que permita dar cuenta de esta nueva realidad, el principio de responsabilidad. Principio íntimamente relacionado con los avances del conocimiento y del poder que de estos se derivan:

La responsabilidad, lo hemos visto, es una función del poder y del saber y en ella ambos mantienen una relación nada sencilla. Sin embargo, el poder y el saber eran en otro tiempo tan limitados que, en lo referente al futuro, casi todo había que confiarlo al destino y a la permanencia del orden natural; por ello toda la atención se dirigía al recto hacer lo actual y lo concreto. Y donde mejor asegurado estaba el recto hacer era en el recto ser. La ética, en consecuencia, tenía que ver principalmente con la “virtud”, que representa el mejor ser posible del hombre, y atendía poco a lo que no era próximo. (Jonas, 1995, p.205)

Entendiendo por responsabilidad, en su sentido más amplio como “el cuidado, reconocido como deber, por otro ser, cuidado que, dada la amenaza de su vulnerabilidad, se convierte en preocupación” (Jonas, 1995, p.357). En resumen, el principio de responsabilidad propuesto por Hans Jonas viene a jugar un papel fundamental en la bioética global en el estudio y la valoración de la capacidad de los seres humanos de transformarse a sí mismo y a su mundo, gracias a los avances científicos y tecnológicos, a partir del siglo XX. La capacidad en transformar la vida misma del ser humano y la sociedad, así como sus relaciones con los demás seres vivos y el planeta, en el presente y el futuro, llama a la reflexión acerca de sus alcances y a su correcta utilización. Al respecto el filósofo alemán anota:
La ética de la responsabilidad, que hoy, tras varios siglos de euforia posbaconiana, prometeica (en la que también el marxismo tiene su origen), ha de poner freno al desbocado impulso hacia adelante. Dado que de otro modo sería la propia naturaleza la que lo hiciera poco más tarde y de una manera terriblemente más dura, esto no sería más que un dictado de la prudencia juiciosa unido a una simple consideración para con nuestros descendientes (Jonas, 1995, p.354).

4.2.9.3.2 El principio de responsabilidad en bioética clínica. El principio de responsabilidad tiene su origen en el gran avance científico y tecnológico, así como en el reconocimiento de la importancia de las consecuencias (previsibles) de las acciones humanas sobre sí mismos y los demás; de allí que pueda definirse desde dos dimensiones complementarias, como: a) la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión; la cual ha sido motivo de estudio y preocupación del derecho y la ética normativa en los últimos dos siglos, y que ha sentado las bases de los códigos deontológicos de las profesionales de la salud. b) la obligación de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con los que se han adquirido relaciones y obligaciones (Sánchez, M., 2013).

Estos dos aspectos del principio de responsabilidad, de igual forma, se encuentran presentes en el ejercicio profesional en el campo de la salud: a) una retrospectiva, a partir de la cual se da cuenta de los actos realizados; a la cual, como previamente se mencionó, se le ha dado mucha importancia en las últimas décadas por estar relacionada con el aspecto legal de su actividad; y b) una prospectiva, relacionada con la misma naturaleza de la atención en salud que los profesionales de salud brindan a sus pacientes, teniendo en cuenta por una parte, la "lex artis"; y por otra parte, sus características y necesidades particulares; que son la esencia misma de su quehacer. A este respecto, el artículo primero de la Ley 23
de 1981 "Por la cual se dictan Normas en materia de Ética Médica" así lo reconoce, al definir el quehacer médico como: "...una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad...". Este reconocimiento a la obligación de cuidado y protección hacia las personas que son sus pacientes por parte de los profesionales de la salud hace del principio de responsabilidad algo inherente a su actividad, lo que ha sido reconocido en el pasado por muchos autores y ha llevado a Paul Ricoeur ha caracterizar este tipo de relación como un "pacto de cuidados" (Ricoeur, 2008).

De igual forma, en la relación clínica este principio compromete al paciente a participar de una manera activa en el cuidado de su salud, y en el caso de la gestante de una manera dual, en favor de sí misma y del hijo por nacer.

4.2.9.4. Conclusiones. Los principios morales centinelas son normas morales generales que sirven de marco general para el análisis de los problemas bioéticos en el contexto clínico (Kottow, 2005a; Vásquez, 2008), los cuales tienen como propósito el garantizar la protección y promoción de los seres humanos a lo largo del proceso deliberativo. Estos principios en relación con su naturaleza de acuerdo con Lawrence Kohlberg pueden ser así caracterizados: "el supuesto del constructivismo implica que los juicios o principios morales son construcciones humanas generadas en la interacción social. No son proposiciones innatas conocidas a priori ni generalizaciones empíricas de hechos del mundo" (1992, p.224). En este trabajo los principios bioéticos que han sido seleccionados para este propósito son: el principio de no maleficencia, el principio de respeto a la autonomía y el principio de responsabilidad.
El principio de no-maleficencia. Este principio se identifica con el precepto latino "primum non nocere" y es definido como el no hacer daño de una manera intencionada. El cual puede ser explicitado en el contexto clínico en tres normas morales básicas: no se debe causar daño o mal, se debe prevenir el daño o el mal, y se debe aliviar o curar el daño (Beauchamp & Childress, 2013).

El principio de respeto a la autonomía. Este es un concepto que se ha ido desarrollando progresivamente a lo largo de la historia desde diferentes perspectivas complementarias: la política, la filosofía, la jurisprudencia y la ética (Gracia, 2012a), en el que se reconoce la capacidad que tienen los seres humanos de poder decidir responsablemente acerca de sí mismos. El cual se expresa en el ámbito clínico como el reconocimiento que se hace a los seres humanos a decidir por sí mismos con respecto al cuidado de su salud.

El principio de responsabilidad. El cual tiene su origen en el reconocimiento de la importancia de las consecuencias previsibles de las acciones humanas sobre sí mismos y los demás, así como en el gran avance científico y tecnológico de las últimas décadas. De allí que pueda definírsele desde dos perspectivas complementaria, de acuerdo con Miguel Sánchez (2013) como: la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión; y el deber de realizar acciones de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones.

Estos principios por su misma naturaleza pueden y deben irse actualizando en relación con las necesidades y las nuevas realidades de la práctica clínica, en busca de dar soluciones de la mayor calidad y corrección a las situaciones problema objeto de su estudio (Domingo & Feito, 2013).
4.3 Tercera etapa: Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos en obstetricia revisados en la literatura

En esta etapa se aplicó el método propuesto a tres problemas bioéticos presentados en el campo de la obstetricia. Para su selección se realizó una búsqueda bibliográfica de tipo narrativo en la base de datos de PubMed y en la bibliografía utilizada en el presente trabajo, y se procedió a seleccionar tres casos clínicos que cumplieran con los siguientes criterios: a) un caso bioético clínico en obstetricia; b) un método de toma de decisiones previamente definido para el análisis; y c) preferentemente, que el método de toma de decisiones utilizado fuera uno de los tres previamente revisados. Los casos seleccionados que cumplieron con estos criterios: la solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación (Gracia, 2008a, p.315-317; el parto por cesárea a solicitud de la madre (Tarney, 2014, p.1-5); y las instrucciones previas en testigos de Jehová (Gracia el al., 2008c, p.146-150).

Para su análisis, primero se presenta el caso clínico; segundo se hace el estudio del caso con el método aquí propuesto; y finalmente, se contrasta este con el análisis realizado por sus autores. Las categorías de análisis utilizadas en esta etapa fueron: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones y la recomendación final. La transcripción completa de los análisis originales no se encontrará en el presente escrito, sólo las partes relevantes en las conclusiones, por considerar que los textos de estudio son de amplia difusión y de fácil consulta.
4.3.1 Caso 1. La solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

Este caso clínico es presentado por Diego Gracia en su libro de *Fundamentos de Bioética*:

Mari Carmen es una mujer de 35 años, casada y madre de dos hijos, uno de 8 años y otro de 5. Tanto su marido como ella carecen en la actualidad de trabajo fijo. Antes que naciera su segundo hijo, Mari Carmen había decidido no tener más y evitar cualquier posible embarazo. Cuando, hace cinco años, quedó embarazada por segunda vez, pensó abortar, pero la insistencia de su marido en que podían tener el hijo, y el hecho de que la práctica del aborto fuera entonces ilegal en España y estuviera penalizada, así como la frecuencia con que la práctica ilegal del aborto pone en grave peligro la vida y la salud de la madre, le hicieron desistir de su propósito.

Mari Carmen acudió hace días a la consulta de su médico de zona de Insalud ante la sospecha de un nuevo embarazo. Tras consultar su historia clínica y someterla a una breve exploración, el médico pidió que le hicieran un test de embarazo, y le mando venir hoy a su consulta con el resultado. Mari Carmen ha acudido a conocer el resultado acompañada de su esposo. Ambos están preocupados por lo que se les avisa. A la vez que procura tranquilizarles, el médico les confirma el nuevo embarazo, hasta entonces sólo sospechado. Inmediatamente, Mari Carmen le dice al médico que está decidida a abortar, y le confiesa que todo esto "le da un poco de miedo". El médico es católico practicante y acérrimo
defensor de la postura "pro vida", razón por la cual intenta por todos los medios a su alcance a disuadir a Mari Carmen de su propósito. Le explica en detalle la operación, y le señala sus riesgos y posibles complicaciones. La paciente reconoce que someterse a esa operación le da miedo, pero piensa que los riesgos de tener un nuevo hijo son aún mayores. Ella está convencida, y así se lo dice al médico, de su incapacidad para atender bien a un nuevo hijo, ya que carece por completo de dinero y de tiempo. La penuria en que vive le hace estar en continua tensión y con muy mal humor. Se considera incapaz de controlar sus nervios y de no gritar o agredir a sus hijos. Mari Carmen se confiesa una mujer derrotada, harta y sin posibilidad de transmitir amor y afecto al nuevo ser. Piensa que los conflictos y problemas que tiene en casa rebasan con mucho su capacidad física y psíquica.

A lo largo de la entrevista, el médico se da cuenta, de que Mari Carmen es una mujer conflictiva y algo neurótica, pero que es perfectamente consciente de su situación y goza de capacidad y competencia para tomar decisiones autónomas. No se le puede tachar de irresponsable o de inconsciente. Por ello, el médico se ve obligado a respetar sus propias decisiones morales, aunque crea que están son erróneas, y así se lo hace saber a la paciente.

En este momento de la entrevista, el médico se dirige al marido de Mari Carmen y le pide su opinión. Podría suceder que el marido no estuviera de acuerdo con la decisión de su mujer -como sucedió en el otro embarazo-, lo que sin duda haría más difícil una decisión final de ésta en favor del aborto. Él responde que se encuentra ante un grave conflicto. De una parte cree que debería respetar la vida del niño, pero por otra sabe lo que piensa su mujer y está convencido de que en caso de seguir adelante con el embarazo, su vida familiar puede convertirse en un pequeño
infierno. Por eso ha decidido no complicar más las cosas y aceptar la decisión de su esposa.

Una vez comprobada la competencia de la paciente para tomar decisiones autónomas según su escala de valores y su decisión irrevocable de abortar, así como el asentimiento de su esposo, el médico dice a Mari Carmen que su único empeño es ayudarla a tomar una decisión lo más madura y responsable posible. Añade que puesto en su caso, él no tomaría la decisión de abortar, sino otra menos drástica. De hecho, añade, hay múltiples matrimonios que están esperando durante años para adoptar hijos, y que desearían ayudarla en sus problemas, cargando con los costos del embarazo y el parto. Una decisión de este tipo -sigue argumentando el médico- exige probablemente más coraje que la de abortar, pero también es de una mayor calidad moral. Mari Carmen queda algo desconcertada ante este razonamiento. Ella sabe que si espera a que nazca su hijo ya no será capaz de desprenderse de él, y por tanto desea una solución rápida y definitiva.

Acto seguido, el médico explica al matrimonio la legislación española sobre el aborto. El artículo 417 bis del Código Penal, les dice, declara legal la práctica del aborto en los supuestos de "grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada", "delito de violación" y presunción de que el feto habrá de nacer con graves tara físicas o psíquicas". En su opinión, dice el médico, Mari Carmen no se halla incluida en ninguno de los tres supuestos. El más aplicable a su caso es el primero, pero él opina que la paciente no padece de ninguna enfermedad física o psíquica que pueda considerarse grave. Ciertamente, Mari Carmen es una mujer conflictiva y neurótica, pero el médico piensa que las enfermedades psíquicas graves son las que los tratados de Psiquiatría se agrupan bajo el nombre de psicosis,
y algunos tipos de psicopatías. No duda de que el nuevo embarazo suponga un nuevo conflicto para ella y para la familia, pero cree que con la ayuda de las instituciones pro-vida ese conflicto puede llegar a no ser grave. Por tanto, le dice que en su opinión ella no está incluida en ninguno de los tres supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo. Él cree que en caso de realizarse tal aborto sería criminal y no puede ser prescrito ni ejecutado por los médicos de Insalud. Y aunque lo sea, es decir, aunque otros mantengan criterios distintos a los suyos, él no puede colaborar a la realización de un acto que considera inmoral. Aun así les asegura que siempre estará dispuesto a ayudarles cuando lo necesiten y les ruega que no duden en volver a su consulta para cualquier tipo de problema. Si quieren reclamar, pueden acudir ante el director del ambulatorio o ante el inspector de zona. Algo desconcertados, Mari Carmen y su marido se despiden del médico y abandonan la consulta. (2008b, p.315-317)

b. Análisis del caso clínico:

La gestación siempre plantea en la mujer y secundariamente, en su entorno social, cambios y nuevos retos a corto, mediano y largo plazo; no sólo circunscritos al campo fisiológico, sino también emocional y socio-económico que deben ser asumidos por ellos progresivamente a partir del momento que se conoce de su nuevo estado. El grado de adaptación emocional de la gestación en la mujer puede estar representado en un espectro amplio de respuesta que varia del normal al patológico.

El reconocimiento del efecto que una gestación pueda tener en la esfera emocional de una mujer ha sido motivo de estudio, especialmente en el último siglo, en el campo de la medicina y la psicología. Reconociéndose aún hoy día, dificultades para el diagnóstico y
El diagnóstico de estos trastornos durante la gestación se realiza a partir de la elaboración de una historia clínica completa y de calidad; que será la base para el diseño de un plan terapéutico adecuado. A este respecto, la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, 1995) propone para el diagnóstico de los trastornos mentales un abordaje multidimensional, que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

Un sistema multiaxial implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. En la clasificación multiaxial DSM-IV se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II Trastornos de la personalidad

    Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial facilita una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta. Un sistema multiaxial proporciona un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la heterogeneidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico. Además, el sistema multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en clínica, enseñanza e investigación (p.27).

En donde cada uno de estos aspectos son de vital importancia para el análisis, para el correcto diagnóstico, tratamiento y pronóstico de un trastorno mental en la paciente gestante. Por ejemplo, los aspectos a tener en cuenta en relación con los problemas psicosociales y ambientales son, ver Tabla 30:
En el presente caso, una paciente solicita la interrupción voluntaria de su embarazo al confirmársele su tercera gestación, afirmando que este pondría en grave peligro su salud mental. Se pone de presente que en su segundo embarazo, la paciente también solicitó la terminación de su gestación al ser confirmado su diagnóstico y sólo posteriormente, se dio la aceptación de su condición (dos factores que influyeron en ello fueron: el no respaldo de su decisión por parte de su esposo, y la penalización de la misma por parte de la legislación española). Para el análisis de este caso se utilizará el abordaje multiaxial propuesto por el DMS-IV con base en la información aportada, para tratar de determinar el impacto que podría tener una nueva gestación sobre la salud mental de la paciente:

- **Eje I. Trastornos clínicos:** no hay evidencia de un trastorno mental previo.

- **Eje II. Trastornos de la personalidad:** en este aparte además de los trastornos de la personalidad, también están incluidos los mecanismos de defensa y las características desadaptativas de la personalidad: la paciente es catalogada por el profesional de salud como una paciente adulta con capacidad, comprensión y conocimiento reconocidos para
tomar sus propias decisiones al respecto a la interrupción voluntaria de su embarazo. La cual es descrita como "conflictiva y neurótica", y quien adicionalmente manifiesta su incapacidad emocional para enfrentar los problemas personales y familiares en el momento actual; así como, dificultad para asumir la crianza de un nuevo hijo y la posibilidad de ser maltratado por ella. A este respecto, su esposo manifiesta que él "está convencido de que en caso de seguir adelante con el embarazo, su vida familiar puede convertirse en un pequeño infierno".

- Eje III. Enfermedades médicas: no hay evidencia de una enfermedad médica previa.
- Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales, a este respecto se identifican los siguientes problemáticas:
  - Problemas laborales y económicos: carencia de los padres de trabajo fijo.
  - Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: la no respuesta al deseo de la paciente de no tener más hijos, posterior al nacimiento de su primer y segundo hijo.
  - Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen: el cambio de legislación española al respecto, le permite a la paciente al momento de la consulta contemplar la interrupción voluntaria de su embarazo de manera segura y legal, si cumple con alguna de las causales previstas por la ley para tal efecto (El artículo 417 bis del Código Penal español para la época declara legal la práctica del aborto en los siguientes casos: "grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada; delito de violación; y presunción de que el feto habrá de nacer con graves tareas físicas o psíquicas").
  - No se encontró información relacionada con su grupo primario de apoyo y ambiente social.
- Otros problemas psicosociales y ambientales: una gestación no deseada.

- Eje V. Evaluación de la actividad global: no hay datos respecto al desempeño general de la paciente en su medio.

La información aportada en este caso se consideró insuficiente para determinar el impacto que tendría una nueva gestación en la salud mental de esta paciente, en lo relacionado a: a) descartar un trastorno de la personalidad pre-existente que pudiera ser afectado de manera negativa con la gestación; b) la incapacidad para determinar la relevancia que tienen los factores psicosociales y ambientales en este caso, en los que adicionalmente se omitió el estudio de su grupo primario de apoyo y ambiente social; y c) la no evaluación de la actividad global de la paciente en su cotidianidad y el efecto posible que una nueva gestación tendría en ella. De igual forma, esta información es insuficiente para plantear un plan terapéutico integral para la paciente, en el que la interrupción del embarazo sólo es un elemento más a tener en cuenta (Gracia, D., 2011a; 2013).

II. Recomendación final

Para el análisis del caso es necesario ampliar la historia clínica en los aspectos psicosociales y ambientales, a fin de aportar los elementos necesarios para el análisis. Actualmente los adelantos científicos en el estudio de la salud mental humana en el campo de la psiquiatría y psicología permiten objetivar las repercusiones que la gestación pueda tener en la salud mental de una paciente en particular, partiendo del estudio riguroso de la historia clínica, para ello ésta debe ser diligenciada de manera completa. Esto minimiza la posibilidad de la subjetividad de sus conclusiones, al arbitrio de la interpretación personal de cada uno de las personas conocedoras del caso. En caso de dificultad en el diagnóstico,
el abordaje por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud (el médico tratante, psiquiatría, psicología clínica) permitirá una mejor evaluación del mismo.

4.3.2 Caso 2. El parto por cesárea a solicitud de la madre.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

Este caso clínico es presentado por Christopher Tarney en su artículo "When Patients Request the Knife – Cesarean Delivery on Maternal Request" (2014):

A 27 year old primagravida presents to the labor and delivery ward at 38 5/7 weeks of gestation complaining of a severe headache, scotomas, and epigastric pain. On presentation she has multiple severe range blood pressures. Further evaluation confirms a diagnosis of severe preeclampsia, and the provider recommends induction of labor and magnesium prophylaxis. On admission, the patient’s cervix is closed and thick. The patient’s provider explains in detail the events of induction of labor and side effects of magnesium sulfate. After hearing this discussion, the patient declines induction of labor and requests a cesarean section\(^{53}\). (p.1)

\(^{53}\) “Una primigestante de 27 años se presenta en sala de partos con una gestación de 38 5/7 semanas de gestación, quejándose de un fuerte dolor de cabeza, escotomas y dolor epigástrico. Al ingreso ella presenta múltiples cifras de tensión arterial en un rango severo. La evaluación adicional confirma un diagnóstico de una preeclampsia severa, y el médico recomienda la inducción del trabajo de parto y la profilaxis con magnesio. A su ingreso, el cuello uterino de la paciente se encuentra cerrado y grueso. El médico de la paciente explica en detalle los eventos de la inducción del trabajo de parto y los efectos secundarios del sulfato de magnesio. Después de escuchar esta exposición, la paciente rechaza la inducción del parto y solicita una cesárea” (Tarney, 2014, p.1).
b. Análisis del caso clínico:

Para el análisis del presente caso, previamente se procederá a definir tres términos básicos: la preeclampsia, la inducción del trabajo de parto y el parto por cesárea a solicitud de la madre, sus beneficios y sus riesgos.

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo propio del embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria o disfunción en órgano blanco, que aparece por primera vez después de la semana veinte de gestación, cuya incidencia en el mundo se estima en un 4.6% de las gestaciones. Esta es una enfermedad de carácter multisistémico, progresivo, de curso impredecible y potencialmente mortal para la madre y/o el feto. Es de tener en cuenta que la preeclampsia/eclampsia es una de las primeras causas de mortalidad materna en el mundo (10 - 15% de las muertes maternas); cuyo tratamiento definitivo es la terminación del embarazo (Norwitz & Repke, 2016; August & Sibai, 2016). En casos de preeclampsia severa está indicado el parto en gestaciones mayores o iguales de 34 semanas y para ello se recomienda la inducción del trabajo de parto, si no hay contraindicaciones maternas y/o fetales para ello (Norwitz & Repke, 2016).

La inducción del trabajo de parto es definida como los procedimientos establecidos para la estimulación de la actividad uterina que tienen por finalidad el promover el trabajo de parto y el parto por vía vaginal. En embarazos a término este ha demostrado ser un procedimiento seguro, el cual no aumenta el riesgo de parto por cesárea en relación con el parto vaginal espontáneo; y su realización en gestaciones de 39 - 40 semanas no se ha asociado a una mayor morbilidad infantil. Se espera que la inducción del trabajo de parto en pacientes nulíparas con un cuello desfavorable (cuello grueso y cerrado), condiciones similares a las descritas para la gestante de este caso, sea fallida en un 13.3% de los casos y que la probabilidad de la realización de una cesárea posterior a la
La inducción sea del 34%. El tiempo necesario para determinar si este procedimiento es fallido, es de aproximadamente 24 horas (Wing, 2016a, 2016b).

El *parto por cesárea a solicitud de la madre* es definido como la realización de una cesárea por primera vez a petición de la madre con el objetivo de evitar el parto por vía vaginal, en ausencia de una indicación obstétrica. Se estima que el porcentaje de este procedimiento en el mundo es del 1 al 18% con respecto a todas las cesáreas realizadas (Norwitz, 2016). Los beneficios y los riesgos esperados de este procedimiento en comparación con el parto por vía vaginal espontáneo (Norwitz, 2016), a pesar de que muchos de ellos no son definitivos, son:

- **Beneficios:**
  - Elegir la fecha del parto. Esto es parcialmente cierto, ya que se recomienda que una cesárea electiva se realice a partir de las 39 semanas de gestación y no antes.
  - Evitar el embarazo post-término. Esto es parcialmente cierto, ya que se recomienda la inducción del parto al llegar una gestación a las 40 - 41 semanas, para evitar este riesgo.
  - Reducir el riesgo asociado con un procedimiento quirúrgico de urgencias durante el trabajo de parto.
  - Prevenir el riesgo de un óbito fetal tardío (muerte fetal tardía). Se calcula que sería necesaria la realización de 1200 cesáreas a las 39 semanas de gestación para prevenir un óbito fetal.
  - Reducir el riesgo asociado con enfermedades neonatales no respiratorias. La cesárea programada disminuiría las potenciales complicaciones fetales que pueden presentarse durante el trabajo de parto como son el daño del plexo braquial, los traumas óseos, la asfixia intraparto y la adquisición de infecciones no
diagnosticadas en la madre por parte del recién nacido durante su paso por el canal del parto.

- Reducir el riesgo de daños en el piso pélvico materno (daño del periné, incontinencia urinaria o fecal) que se presentan en el parto vaginal. No hay datos concluyentes al respecto que confirmen esta afirmación.

- Reducir el riesgo de una hemorragia post-parto temprana. No hay datos concluyentes al respecto que confirmen esta afirmación. No se ha demostrado una reducción significativa del riesgo de transfusión o de histerectomía.

- **Riesgos:**

  - Aumento del riesgo de morbilidad severa materna, este fue tres veces mayor con respecto al del parto vaginal normal (2,73% vs. 0.9%; OR 3.1, IC 95% 3.0 - 3.3% - Liu et al., 2007), relacionado con una mayor frecuencia de paro cardíaco, hematomas de pared, histerectomía, infección puerperal grave, complicaciones anestésicas, tromboembolismo venoso y una mayor estancia hospitalaria. Aunque es de reconocer que su frecuencia en ambos grupos es baja, como previamente se anotó; la diferencia del riesgo absoluto de morbilidad severa es de 1.93 casos por 100 partos (IC 95% 1.77 - 2.1 -Liu et al., 2007-).

  - Aumento en el riesgo de problemas respiratorios en el recién nacido, relacionados con una mayor frecuencia de síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria y una mayor estancia hospitalaria secundaria, que se minimizan al realizar la cesárea electiva en la semana 39 - 40 de gestación (Zanardo et al., 2014).

  - Aumento en el riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal. Hay trabajos que reportan un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad neonatal en este grupo de
pacientes con respecto al parto vaginal planeado, resultados que deben ser confirmados por nuevas investigaciones al respecto.

- Aumento en el periodo de estancia hospitalaria y de recuperación materna en el post-parto.

- Aumento en el riesgo de alteraciones de la implantación de la placenta. El riesgo de abruptio de placenta, placenta previa y acretismo placentario se incrementan en las siguientes gestaciones en relación con el número de cesáreas previas realizadas. Estas son complicaciones de alta morbilidad y mortalidad para la madre y el fruto de la concepción.

- Aumento en el riesgo de ruptura uterina. A mayor número de cesáreas mayor riesgo de ruptura uterina asociada al trabajo de parto en una gestación posterior.

- Aumento en el riesgo de complicaciones secundarias a la realización de una cirugía abdominal, como cicatrizaciones anómalas de la pared abdominal o procesos de adherencias y bridas intraabdominales que dificulten la realización de otras cirugías abdominales posteriormente.

- Aumento del riesgo de óbitos fetales en próximas gestaciones. Los datos al respecto no son concluyentes.

En el presente caso, la gestante es una mujer primigestante con una gestación de 38 5/7 semanas, que presenta una preeclampsia severa. Un trastorno hipertensivo propio del embarazo, de curso impredecible y potencialmente mortal; en el que se recomienda la terminación de la gestación, mediante la inducción del trabajo de parto. En donde, la inducción del trabajo de parto es un procedimiento que requiere de hasta 24 horas para demostrar su efectividad, y en el que la probabilidad de realización de una cesárea posterior a la inducción es del 34%.
En relación con los riesgos potenciales, el parto por cesárea a solicitud de la paciente en un embarazo a término es un procedimiento para el recién nacido con un riesgo mínimo, especialmente en relación con problemas respiratorios; y para la madre, a corto plazo conlleva un riesgo tres veces mayor de morbilidad -aunque la frecuencia de estas complicaciones es baja, aproximadamente 2 casos por 100 partos- y un tiempo mayor de estancia hospitalaria y de recuperación materna, y a largo plazo, un mayor riesgo de alteraciones de la implantación de la placenta y de ruptura uterina en caso de nuevas gestaciones, y un aumento en el riesgo de complicaciones secundarias a la realización de nuevas cirugías abdominales -aunque, como en el caso anterior, la frecuencia de las mismas es baja y se incrementa con el número de cesáreas previas realizadas-.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales

Los problemas morales identificados en el análisis del presente caso fueron:

- El derecho de la mujer a decidir sobre el cuidado de salud.

- El derecho de la mujer a decidir sobre la vía del parto.

- El derecho de la mujer a decidir la realización de una cesárea a pesar de los riesgos que eso conlleva sobre la salud del mismo individuo.

- El derecho de la mujer a decidir la realización de una cesárea a pesar de los riesgos que eso conlleva sobre la salud del recién nacido.

- El derecho de la mujer a decidir la realización de una cesárea como parte de su tratamiento, cuando esta presenta una enfermedad de una alta morbilidad y mortalidad para la madre y el feto.

- El derecho del feto a una vía del parto segura.
- El deber del profesional de la salud para atender la solicitud de la madre de la realización de una cesárea como vía del parto probable en el curso de una gestación normal.
- El deber del profesional de la salud para atender la solicitud de la madre de la realización de una cesárea como vía del parto probable en el curso de una gestación de alto riesgo para la madre o el feto.
- El respeto al principio de no-maleficencia en la toma de decisiones en relación a la salud de la madre y el feto por parte de la madre y el profesional de la salud.
- El respeto al principio de autonomía de la madre a tomar decisiones en relación al cuidado de su salud y gestación.
- El deber de actuar responsablemente en relación con el cuidado de su salud por parte de la madre.
- El deber de actuar responsablemente en relación con el brindar un cuidado integral de salud a la madre, teniendo como base para ello las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto, por parte del profesional de la salud.

b. Selección del problema moral a estudio

El problema moral seleccionado para estudio fue: El derecho de la madre a elegir la vía del parto de acuerdo con sus condiciones de salud y las del feto.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes: la madre, el feto, el profesional de la salud y la institución de salud.
2. Naturaleza del problema: el derecho absoluto, limitado o ausente de una gestante para decidir sobre la vía del parto.
3. Individuos afectados por la decisión: la madre y el feto.
III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos:

- La libre elección de la vía del parto por parte de la madre de acuerdo a su voluntad.
- La elección de la vía del parto por parte del profesional de salud de acuerdo a las condiciones de salud de la madre y el feto.

2. Identificación de los cursos de acción intermedia:

- Informar a la madreacerca de la mejor vía del parto seleccionada por parte del profesional de la salud, de acuerdo con las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto.
- Informar a la madre acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la mejor vía del parto seleccionada, de acuerdo con las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto.
- Informar a la madre acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la vía del parto recomendada; y promover la participación activa de la paciente con el fin de conocer sus dudas al respecto para poder resolverlas satisfactoriamente.
- Informar a la madre acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la vía del parto recomendada; y promover la participación activa de la paciente a fin de que esta pueda participar activamente en el cuidado de su salud.
- Informar a la madre acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la elección de la vía del parto.

b. La selección del curso de acción óptimo:
La selección del curso óptimo en el presente caso fue: informar a la madre acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la vía del parto recomendada; y promover su participación activa en el cuidado de su salud, incluyendo la elección de la vía del parto.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia: en el presente caso en que la gestante padece de una enfermedad grave, de curso impredecible y potencialmente mortal para la madre y/o el feto es deseable la interrupción pronta del embarazo. Recomendándose para ello, la inducción del trabajo de parto y un parto por vía vaginal. Sin embargo, la probabilidad de fallar la inducción en una primigestante con un cérvix desfavorable y la necesidad posterior de la realización de una cesárea es de aproximadamente una tercera parte de los casos (34%); y el tiempo mínimo necesario para determinar este procedimiento como fallido es de 24 horas. Período de tiempo en el que el profesional de la salud no puede garantizar a la gestante que no se presenten complicaciones maternas o fetales que hagan necesaria la realización de una cesárea de urgencias (Es de anotar, que la cesárea de urgencias representa un mayor riesgo para la madre y el feto que una cesárea planeada).

En el presente caso previo a la selección de la vía del parto, es necesario evaluar en forma conjunta por parte de la gestante y el profesional de la salud los riesgos inherentes de la enfermedad de base de la paciente y las probables vías del parto.

- El principio de respeto a la autonomía: el respeto a este principio garantiza los derechos a la paciente a decidir acerca del cuidado de su salud; y al profesional de la salud a actuar de acuerdo con sus convicciones y la *lex artis*. En este caso en particular, este principio busca garantizar la participación de la gestante en la elección de la vía del
parto previa información acerca de su condición de salud y las posibles vías del parto a elegir.

- El principio de responsabilidad: este principio compromete a ambas partes a velar por el cuidado integral de la salud de la gestante y el feto, al seleccionar la mejor vía del parto de acuerdo con sus condiciones particulares de salud.

2. El sistema de referencia moral: la elección de la mejor vía del parto consensuada entre la paciente y el profesional de la salud, orientada a preservar la salud y la vida de la gestante y el feto de acuerdo con sus condiciones particulares de salud, vela por el respeto de la dignidad humana al asegurar la protección de la gestante y su hijo.

3. El marco legal vigente: La decisión recomendada está de acuerdo con el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), al considerar que la atención de salud debe velar por su cuidado de una manera integral, de acuerdo con sus propias particularidades, y respetando la lex artis. De igual forma, con la normatividad internacional. A este respecto, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomienda:

   - In the absence of maternal or fetal indications for cesarean delivery, a plan for vaginal delivery is safe and appropriate and should be recommended.

   - The following is recommended in cases in which cesarean delivery on maternal request is planned:

     Cesarean delivery on maternal request should not be performed before a gestational age of 39 weeks.

     Cesarean delivery on maternal request should not be motivated by the unavailability of effective pain management.
Cesarean delivery on maternal request particularly is not recommended for women desiring several children, given that the risks of placenta accreta, and gravid hysterectomy increase with each cesarean delivery\(^{54}\). (2013, p.3)

Sin embargo, no hay un consenso al respecto de este tema. Para otras asociaciones mundiales, como la FIGO, la cesárea a solicitud de la madre no debe ser autorizada a la luz de la evidencia disponible (FIGO, 2015).

4. Los casos precedentes: no existen casos precedentes al respecto en este trabajo.

IV. La recomendación final

La recomendación final en este caso es la realización de la cesárea a petición de la madre, previa información por parte de los profesionales de la salud acerca de su enfermedad y su manejo, incluyendo la vía del parto recomendada. Teniendo en cuenta que la gestante padece de una enfermedad grave, de curso impredecible y potencialmente mortal para ella y el feto, en la que es deseable la interrupción pronta del embarazo; y que cualquiera de las vías del parto elegida implica riesgos para la madre y el feto, que no pueden ser prevenidos totalmente por el profesional de la salud.

Así mismo, es recomendable por una parte, dar a conocer a los familiares de la gestante la condición de salud de la madre y el manejo seleccionado para su tratamiento, previa autorización de la misma; y por otra parte, dejar constancia de este proceso en la historia clínica, mediante el diligenciamiento del respectivo consentimiento informado.

\(^{54}\) - En ausencia de indicaciones maternas o fetales para un parto por cesárea, el parto por vía vaginal planeado es seguro y apropiado y debería ser recomendado.
- En caso de que se planeé un parto por cesárea a solicitud de la madre se recomienda: la cesárea a solicitud de la madre no debería ser realizada antes de la semana 39 de gestación; la cesárea a solicitud de la madre no debería ser motivada por la no disponibilidad de una manejo efectivo del dolor; la cesárea a solicitud de la madre no se recomienda particularmente en mujeres que deseen muchos hijos, dado el riesgo de acretismo placentario y el incremento de la histerectomía obstétrica con cada cesárea realizada (ACOG, 2013, p.3).
De manera general, el parto por cesárea a petición de la madre siempre debe ser justificado, previa información por parte del profesional de la salud acerca del procedimiento a la gestante y una evaluación acerca de los riesgos y beneficios del mismo. La realización del mismo estará justificado sólo si los beneficios esperados son superiores a los riesgos previsibles inherentes del procedimiento. En caso de no compartir el médico las razones maternas para solicitar el procedimiento, este deberá ofrecer a la paciente la posibilidad de consultar su caso con otro profesional de la salud.

V. La epicrisis

No se conoció el desenlace de este caso.

4.3.3 Caso 3. Las instrucciones previas en testigos de Jehová.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

Este caso clínico es presentado por Diego Gracia y colaboradores en su libro *Guías de ética en la práctica médica. Ética de la objeción de conciencia*:

Martina es una mujer rumana de 34 años con embarazo gemelar, que ingresó en el hospital un viernes por la tarde con inicio del trabajo de parto, para el que los obstetras indicaron analgesia epidural. El anestesista, comprobada la firma del consentimiento informado (que incluye la posibilidad de transfusión de hemoderivados), inició la analgesia epidural. Previamente a la misma, preguntó a Martina si entendía el consentimiento de analgesia que había firmado, a lo que ésta asintió, y si precisaba alguna aclaración, a lo que respondió negativamente. Se le
preguntó por su pareja y ella contestó que tras quedarse embarazada el varón con quien convivía se separó de ella.

Dada la disposición de los dos fetos, una vez alcanzada la dilatación completa, se intentó el parto vaginal. El primer gemelo fue eutócico, en cambio, el segundo necesitó cesárea con anestesia general, por sufrimiento fetal. Durante la intervención, por ser los tejidos muy friables, fue difícil conseguir una hemostasia adecuada y se produjo un sangrado mayor del habitual. Tras la cesárea pasó a la Unidad de Reanimación Postoperatoria (URPA), en la que permaneció unas dos horas. Allí, un hemograma mostró una cifra de hemoglobina (Hb) de 7.7 gr/dl y un hematocrito del 23%. Por el buen estado de la paciente y el probable componente dilucional, se decidió no trasfundir, y pasó a planta de obstetricia con sus constantes vitales estables. A las horas de estar en planta avisaron por mareo, palidez e hipotensión arterial. En un nuevo hemograma tuvo una Hb de 6.5 g/dl. Se explicó a la paciente la necesidad de transfusión, pero ésta rechazó la transfusión por motivos religiosos, declarando en ese momento su condición de Testigo de Jehová. Unas personas allegadas a Martina corroboraron su declaración y mostraron un documento de instrucciones previas firmado por Martina, en el que exponía su voluntad de no aceptar transfusiones aunque las necesitara.

Se inició tratamiento con fluidoterapia, hierro endovenoso y oxígeno. Poco después, la paciente tuvo sensación de mareo con un corto episodio de pérdida de consciencia y tensión arterial de 70/30 mmHg. Se le hizo otra ecografía que no mostró signos de sangrado activo en ese momento y otro hemograma, con Hb de 4 g/dl, por lo que los obstetras se pusieron en contacto con el Juez de guardia y obtuvieron su consentimiento verbal para trasfundir hemoderivados a Martina si lo
consideraban necesario. Tras informar a ésta de la decisión del Juez, se le recordó que había firmado la autorización de analgesia obstétrica, la cual incluía la posibilidad de transfusión de hemoderivados; ella replicó que en aquél momento no leyó lo que firmaba. Entonces los facultativos responsables, después de informar al Juez, decidieron no trasfundir.

Al día siguiente, sábado, Martina presentó un intenso dolor abdominal. Se le realizó una nueva ecografía que evidenció gran cantidad de líquido intraabdominal, por lo que se indicó una reintervención urgente que iba a necesitar transfusiones sanguíneas. Los obstetras y anestesistas de guardia en el hospital manifestaron su negativa a intervenir a la enferma sin transfusiones, por la altísima mortalidad operatoria que ello conllevaría (2008c, p.146-150).

b. Análisis del caso clínico:

Para el análisis del presente caso, previamente se procederá a definir dos términos básicos: la hemorragia postparto y los testigos de Jehová.

La hemorragia posparto se define como la pérdida sanguínea en el posparto, independiente de la vía del parto, mayor a 500 ml o cualquier cantidad de pérdida de sangre que cause inestabilidad hemodinámica materna. Esta es un evento que se considera una urgencia vital, que sin un adecuado manejo puede ser causa de morbilidad y mortalidad materna (Gómez, P. et al., 2008; Belfort, 2016a). De acuerdo con las manifestaciones clínicas de la paciente, el choque hipovolémico podrá clasificarse en cuatro grados, ver Tabla 31:
Tabla 31. La clasificación clínica de la hemorragia posparto.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Volumen de sangre pérdida</th>
<th>Cambios en la presión sistólica</th>
<th>Síntomas y signos</th>
<th>Grado de choque</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>500 – 1000 ml. (10 – 15 %)</td>
<td>Normal</td>
<td>Palpitaciones</td>
<td>Compensado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Taquicardia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Mareo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Estado de conciencia normal o agitada</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1000 – 1500 ml. (15 – 25 %)</td>
<td>Caída leve (80 – 100 mmHg.)</td>
<td>Debilidad</td>
<td>Leve</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Taquicardia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Sudoración</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Agitada</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1500 – 2000 ml. (25 – 30 %)</td>
<td>Caída moderada (70 – 80 mmHg.)</td>
<td>Inquietud</td>
<td>Moderado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Palidez</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Oliguria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Confusa</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2000 – 3000 ml. (35 – 45 %)</td>
<td>Caída severa (50 – 70 mmHg.)</td>
<td>Colapso cardiovascular</td>
<td>Severo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Dificultad respiratoria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Anuria</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Obnubilación o letargo</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


El manejo de la hemorragia postparto incluyen las siguientes etapas: primera, el diagnóstico temprano, la alerta al equipo de salud tratante, el inicio de las maniobras de resucitación (incluyendo líquidos y/o terapia con componentes sanguíneos), la búsqueda de la causa del sangrado y la solicitud de pruebas de laboratorio; segunda, el manejo de la causa del sangrado (el cual puede incluir: el masaje y compresión del útero, y medicamentos uterotónicos para la atonía uterina; la evacuación del útero en caso de la retención de coágulos o productos de la concepción; la reparación de cualquier trauma y la corrección de los defectos de la coagulación); y tercera, en caso en que la hemorragia postparto sea refractaria al tratamiento médico (40 - 60 min), se procederá a la conformación de un equipo multidisciplinario, que incluya a un segundo obstetra o
cirujano, un anestesiólogo, y la disposición de una sala de cirugía preparada, un banco de sangre y una unidad de cuidados intensivos. El manejo dependiendo de las condiciones de la paciente y el equipo disponible podrá incluir: la embolización angiográfica, un manejo quirúrgico conservador o la histerectomía periparto de emergencia (Gómez, P. et al, 2008; Belfort, 2016a). El objetivo del manejo es estabilizar hemodinámicamente a la paciente lo más rápido posible, a fin de evitar complicaciones potencialmente mortales, como la hipotermia, la acidosis y la coagulopatía (Belfort, 2016b).

Los testimonios de Jehová es una comunidad cristiana, de aproximadamente 9 millones de miembros en el mundo, que de acuerdo con sus creencias religiosas rechaza la transfusión de sangre total o de sus cuatro componentes básicos (glóbulos rojos y blancos, plaquetas y plasma) aún a riesgo de sus propias vidas. Lo que constituye un reto para su atención para los profesionales de la salud, especialmente en aquellas situaciones en las que se espera que haya una pérdida de sangre importante. Esto obliga a planear su atención con el fin de poder implementar conductas que prevengan la pérdida de sangre, antes y durante la intervención, en la medida de lo posible.

En su atención se recomienda tener en cuenta en el proceso del consentimiento informado los siguientes aspectos: los beneficios y los riesgos de la transfusión sanguínea; los tipos de transfusiones sanguíneas que estarían dispuestos a aceptar y rechazar -esto no siempre es absoluto y existen otras opciones terapéuticas a tener en cuenta-, de acuerdo con la gravedad de sus condiciones de salud, ver Tabla 32; y otras medidas posibles a realizar: para prevenir o disminuir la pérdida de sangre; y garantizarle la total privacidad y confidencialidad respecto al procedimiento realizado, en caso de que aceptara la trasfusión de componentes sanguíneos, (Crookston, 2016).
Tabla 32. Posiciones de los Testigos de Jehová en relación con su atención en salud.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tratamiento inaceptable</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Transfusión alogénica de sangre total, células de glóbulos rojos, células blancas, plaquetas y plasma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Donación preoperatoria de sangre autóloga.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tratamiento aceptable</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Medidas preventivas para la conservación de sangre (p.e. instrumental quirúrgico hemostático, hemostasia con hipotensión controlada, anestesia regional, cirugía mínimamente invasiva, terapia endovascular, posición intraoperatoria, mantener la normotermia, hemostasia y técnica quirúrgica meticulosa.</td>
</tr>
<tr>
<td>Mayoría de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Terapia con oxígeno sintético (p.e. perfluoroquímicos)</td>
</tr>
<tr>
<td>Expansores del volumen plasmático no sanguíneos</td>
</tr>
<tr>
<td>Agentes farmacológicos que no contienen componentes sanguíneos o sus fracciones: drogas que favorecen la hemostasia, factores del crecimiento hematopoyético y hematínicos, productos recombinantes y agentes hemostáticos tópicos.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tratamientos de aceptación individual</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sistema de autotransfusión con la sangre que se recupere del mismo paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemodilución normovolémica aguda.</td>
</tr>
<tr>
<td>Bypass cardiopulmonar</td>
</tr>
<tr>
<td>Aféresis.</td>
</tr>
<tr>
<td>Hemodiálisis.</td>
</tr>
<tr>
<td>Fracciones derivadas del plasma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Productos hemostáticos que contienen fracciones sanguíneas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Productos que contienen fracciones del plasma sanguíneo.</td>
</tr>
<tr>
<td>Terapias de oxigenación y de otros componentes que contienen fracciones derivadas de células sanguíneas de origen humano o animal.</td>
</tr>
<tr>
<td>Parches sanguíneos epidurales.</td>
</tr>
<tr>
<td>Gammagrafía con células sanguíneas</td>
</tr>
<tr>
<td>Trasplante de células madres de sangre periférica.</td>
</tr>
<tr>
<td>Trasplante de órganos y tejidos.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


En el presente caso, a la mujer con un embarazo gemelar se le realiza una cesárea de urgencias para el nacimiento del segundo gemelo por sufrimiento fetal, posterior a la cual presenta una hemorragia postparto cuyo manejo se dificulta por la negación de esta a ser trasfundida por ser testigo de Jehová. Previamente a la intervención, durante la valoración preanestésica, la paciente no manifestó a su anestesiólogo esta condición, a pesar que en el documento de consentimiento informado de la analgesia peridural expresamente se
manifestaba la posibilidad de transfusión de hemoderivados; el cual ella manifestó entender y autorizar mediante su firma.

En el postoperatorio, la paciente evidenció una hemorragia postparto temprana, que de acuerdo con la sintomatología referida por la paciente, inicialmente se podría considerar como moderada (mareo, palidez e hipotensión arterial), y posteriormente de severa (mareo, pérdida de consciencia de corta duración e hipotensión). Su manejo se hizo en el curso de varias horas a través de la monitoria de los niveles de hemoglobina y dos ecografías abdominales, y la administración de líquidos, oxígeno y hierro endovenoso, ante la negativa de la paciente a ser transfundida.

Es importante resaltar en el manejo de la hemorragia postparto los siguientes aspectos:

- El manejo de la hemorragia postparto está basado en el cuadro clínico de la paciente, no en sus niveles de hemoglobina. Las variaciones de estos niveles no se correlacionan adecuadamente con la gravedad del cuadro clínico (Belfort, 2016a).

- Una vez realizado el diagnóstico de la hemorragia postparto, se debe proceder inmediatamente a identificar su causa y a instaurar el manejo más adecuado. Es de esperar que luego de instaurado el tratamiento médico (líquidos endovenosos, medicamentos uterotónicos y oxígeno), se espere de 40 a 60 minutos para decidir la intervención quirúrgica apropiada. Entre mayor sea la magnitud del sangrado y el tiempo que se tarde para su control, mayor será la probabilidad de morbilidad y mortalidad materna (Gómez, P. et al., 2008; Belfort, 2016a).
- "Laparotomy is indicated in patients with massive bleeding and those who are unstable since it is unlikely that replacement of blood products will match blood loss in these patients." (Belford, 2016b).

- "In postsurgical patients with some degree of ongoing bleeding, the author has found that reopening the patient and washing out any collected blood and blood breakdown products and inspecting pedicles is best done earlier rather than later." (Belford, 2016b).

Finally, the negativa del grupo tratante de realizar una laparotomía exploratoria ante la negativa de la paciente de ser transfundida "por la altísima mortalidad operatoria que ello conllevaría". Para el análisis de esta decisión deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Los riesgos y beneficios de una laparotomía teniendo en cuenta las condiciones de salud de la paciente.

- La no realización de este procedimiento quirúrgico para detener la hemorragia o el retraso injustificado del mismo aumentan el riesgo de muerte de la paciente; independientemente si la paciente acepta o no la transfusiones de componentes sanguíneos.

- La transfusión de componentes sanguíneos por sí sola es insuficiente para corregir la hemorragia postparto, si la causa de ésta es una lesión interna que requiere ser reparada quirúrgicamente.

---

55 - "Laparotomía está indicada en pacientes con hemorragia masiva y los que son inestables, ya que es poco probable que la sustitución de los productos sanguíneos igualará la pérdida de sangre en estos pacientes" (Belford, M., 2016b).

56 - "En pacientes post quirúrgicos con algún grado de sangrado en curso, el autor ha encontrado que la reapertura del paciente y el lavado de los productos de la sangre y de sus productos de degradación y la inspección de pedículos es mejor hacerlo más temprano que tarde" (Belford, M., 2016b).
- Los testigos de Jehová rechazan de manera absoluta la transfusión de sangre total o de sus cuatro componentes básicos derivados sanguíneos; pero no otras opciones como la autotransfusión, cuya aceptación queda a criterio de cada persona. En este caso deben explorarse estas otras posibilidades, que de aceptarse mejorarían ostensiblemente el pronóstico de la paciente (Crookston, 2016).

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales

Los problemas morales identificados en el análisis del presente caso fueron:

- El derecho de la mujer a la vida.
- El derecho de la mujer a decidir sobre el cuidado de su salud.
- El derecho de la mujer al mejor método de diagnóstico disponible.
- El derecho de la mujer al mejor tratamiento disponible.
- El derecho de los recién nacidos a ser cuidados por su madre.
- El derecho de los testigos de Jehová que se les respete su decisión de no transfusión de sangre total o sus cuatro derivado principales.
- El derecho de los testigos de Jehová que se les brinde el mejor cuidado a su salud posible por parte de los profesionales de la salud.
- El deber de los profesionales de la salud de emplear el mejor método de diagnóstico disponible.
- El deber de los profesionales de la salud de ofrecer el mejor método de tratamiento disponible, médico o quirúrgico.
- El deber de los profesionales a respetar la decisión de los testigos de Jehová a no ser transfundidos a pesar del riesgo de muerte para el paciente.
- El deber de los profesionales a brindar un manejo integral médico o quirúrgico a los pacientes testigos de Jehová.

- El deber de los profesionales de la salud de diligenciar de forma completa la historia clínica de un paciente, incluyendo su religión y las exigencias que de ella se derivan para la atención en salud.

- El deber de los profesionales de la salud para garantizar el proceso de comunicación con su paciente previo a la firma del consentimiento informado.

- El deber de la paciente de actuar responsablemente en relación con el cuidado de su salud.

- El respeto al principio de no-maleficencia en la toma de decisiones en relación con la atención en salud de la paciente por parte de los profesionales de la salud.

- El respeto al principio de no-maleficencia en la toma de decisiones por parte de los pacientes testigos de Jehová en relación con su atención en salud.

- El respeto al principio de autonomía de la paciente a tomar decisiones en relación al cuidado de su salud.

b. Selección del problema moral a estudio:

El problema moral seleccionado para estudio fue: el deber que tienen los profesionales de la salud de brindar un cuidado de salud integral y oportuno a la paciente testigo de Jehová, teniendo como base para ello las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto.

c. Análisis del problema moral seleccionado:

1. Participantes: la paciente, los hijos, los profesionales de la salud y la institución de salud.
2. Naturaleza del problema: el deber de brindar una atención integral y oportuna por parte de los profesionales de la salud a sus pacientes, teniendo en cuenta sus particularidades.

3. Individuos afectados por la decisión: la paciente y los hijos.

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos
   - La realización de la laparotomía a la paciente.
   - La no realización de la laparotomía a la paciente.

2. Identificación de los cursos de acción intermedia
   - Informar a la paciente acerca de sus condiciones de salud y las principales opciones terapéuticas disponibles -la laparotomía y la transfusión de componentes sanguíneos-, con sus riesgos y beneficios, teniendo como base para ello las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto.
   - Informar a la paciente los riesgos que conllevan la no transfusión de componentes sanguíneos teniendo en cuenta su condición de salud.
   - Indagar a la paciente acerca de la posibilidad de otras alternativas terapéuticas como la autotransfusión a partir de su propia sangre recolectada de la cavidad abdominal, teniendo en cuenta los beneficios y riesgos para su salud en la condición actual.
   - Evaluar los beneficios y los riesgos de una laparotomía exploratoria, como única alternativa para mejorar la condición de salud de la paciente, independientemente de su aceptación o rechazo a la transfusión de componentes sanguíneos; por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.
   - La realización de la laparotomía a la paciente por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, si esta es la única alternativa terapéutica de la paciente de
acuerdo a sus condiciones de salud para evitar su muerte, previo consentimiento de la paciente. En la que adicionalmente se tengan en cuenta otras alternativas de tratamiento, aceptadas por la paciente que favorezcan su estabilidad hemodinámica; garantizándole en caso de que aceptara la trasfusión de componentes sanguíneos, la total privacidad y confidencialidad respecto al procedimiento realizado.

b. La selección del curso de acción óptimo:

El curso óptimo seleccionado en el presente caso fue la realización de la laparotomía a la paciente por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de salud, si esta es la única alternativa terapéutica de la paciente de acuerdo a sus condiciones de salud para evitar su muerte previo consentimiento de la paciente. En la que adicionalmente se tengan en cuenta otras alternativas de tratamiento aceptadas por la paciente que favorezcan su estabilidad hemodinámica. Garantizándole en caso de que aceptara la trasfusión de componentes sanguíneos, la total privacidad y confidencialidad respecto al procedimiento realizado.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia: la hemorragia postparto es una patología potencialmente mortal si no recibe un tratamiento adecuado. En las condiciones actuales de la paciente, la única opción terapéutica real que se tiene es la realización de una laparotomía que permita el control del sitio de sangrado, junto con las otras medidas complementarias previamente autorizadas por la mujer para su estabilización hemodinámica. La no realización de la laparotomía sólo estaría justificada, si la muerte fuera el desenlace más probable al realizar o no el procedimiento quirúrgico, teniendo en cuenta el estado de salud de la paciente.
- El principio de respeto a la autonomía: el respeto a este principio garantiza el derecho de la paciente a decidir acerca del cuidado de su salud y en el caso de los testigos de Jehová, específicamente a no ser transfundidos con sangre total o con sus cuatro componentes básicos, aún en condiciones de urgencias. Lo que no exime a los profesionales de la salud a prestar una atención oportuna y de calidad, acorde con las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto, teniendo en cuenta las limitaciones terapéuticas que este caso implica.

- El principio de responsabilidad: este principio compromete a ambas partes a velar por el cuidado integral de la salud de la paciente de una manera oportuna, de acuerdo con las recomendaciones técnico-científicas vigentes al respecto. A fin de disminuir los riesgos que la hemorragia postparto implica para la salud de la madre, teniendo en cuenta las limitaciones terapéuticas que implica la prohibición de la transfusión de sangre total o de sus cuatro derivados básicos.

2. El sistema de referencia moral

- A nivel ontológico: los profesionales de la salud están en la obligación de elegir la mejor intervención médica disponible para la atención de la paciente, de una manera oportuna, para garantizar el mejor desenlace posible en pro de la vida de la paciente. Si la laparotomía es el procedimiento de elección, esta debe realizarse; previo balance de los riesgos y beneficios y la aceptación de ellos por parte de la paciente. No es una opción para los profesionales de la salud, la no realización de una intervención quirúrgica de urgencias, si ésta es la única alternativa para preservar la vida de la paciente, con o sin transfusión de componentes sanguíneos.
- A nivel moral: los profesionales de la salud deben ofrecer las mejores alternativas terapéuticas a la paciente, teniendo en cuenta sus condiciones de salud y sus creencias religiosas; así como, el balance riesgo beneficio de las mismas.

3. El marco legal vigente: La decisión recomendada está de acuerdo con el código de ética médica (Ley 23 de 1981) al considerar que la atención de salud debe tener "como fin cuidar de la salud del hombre (Art. 1), de una manera integral, de acuerdo a sus propias particularidades, respetando la lex artis. Adicionalmente, se debe tener presente el reconocimiento que se ha hecho a los testigos de Jehová a respetar su derecho a rehusar la transfusión de componentes sanguíneos, sin que con esto se vulnere su atención a la salud, por parte de la normatividad nacional e internacional. A este respecto la jurisprudencia colombiana ha considerado:

Según la línea jurisprudencial expuesta, cuando se trata de procedimientos médicos que deban rehusar las personas en virtud de sus creencias religiosas, la Corte ampara el derecho fundamental a la libertad de cultos, siempre que exista el consentimiento informado del paciente, otorgado por un sujeto plenamente capaz, de manera voluntaria, libre y razonada y en virtud de la autonomía personal de que es titular... (Sentencia T-052/10, p.18-19).

4. Los casos precedentes: No existen casos precedentes al respecto en este trabajo.

IV. La recomendación final

La recomendación final en este caso es que se debe realizar la laparotomía a la paciente por parte de un equipo multidisciplinario de profesionales de salud, si esta es la única alternativa terapéutica razonable para preservar su vida de acuerdo a sus condiciones de salud, previo consentimiento de la paciente. En su tratamiento, adicionalmente se
deberán ofrecer otras alternativas de tratamiento complementarias, de acuerdo con su condición de testigo de Jehová, encaminadas a favorecer su estabilidad hemodinámica. Garantizándole en caso de que aceptara la trasfusión de componentes sanguíneos, la total privacidad y confidencialidad respecto al procedimiento realizado.

A nivel institucional debe revisarse este caso a fin de optimizar la atención en salud a las gestantes testigos de Jehová en estos aspectos:

- Evaluar la historia clínica institucional y su proceso de diligenciamiento que permita identificar el credo religioso de los pacientes, a fin de adecuar su atención a estas particularidades.

- Evaluar el consentimiento informado institucional y su proceso de diligenciamiento, que no se limite a la firma de un documento. Sino que realmente sea un proceso de comunicación entre el paciente y el profesional de la salud acerca de la planeación del cuidado de su salud que permita individualizar su atención de acuerdo con las particularidades de cada individuo. Adicionalmente, garantizar que el consentimiento se realice en condiciones libres de presiones externas ejercidas por terceros.

- Evaluar el protocolo institucional de manejo de la hemorragia postparto y su aplicación al caso particular de esta paciente, especialmente en lo referente a su pertinencia y oportunidad.

- Evaluar el protocolo institucional de manejo para la atención de pacientes testigos de Jehová y su aplicación al caso particular, especialmente en lo referente a su pertinencia y oportunidad. De igual forma, garantizar a aquellos que acepten la transfusión de componentes sanguíneos, su intimidad y la confidencialidad de los procedimientos realizados.
V. La epicrisis

No se conoció el desenlace de este caso.

4.3.4 Análisis de resultados. En el presente trabajo se aplicó el método propuesto a algunos problemas bioéticos clínicos en el campo de la obstetricia previamente publicados y se comparó sus resultados con el presentado por sus autores. Las categorías de análisis utilizadas en esta etapa fueron: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones y la recomendación final; y los resultados fueron considerados como adecuados o inadecuados, ver Tabla 3. El análisis se consideró adecuado si este se había desarrollado en concordancia con la metodología propuesta, e inadecuado, si no lo había sido. Como previamente se mencionó, en el presente escrito no se transcribirán los análisis completos realizados por sus autores, sólo los aparte que se consideraron relevantes para éste estudio.

Tabla 3. Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos en obstetricia revisados en la literatura

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías de análisis</th>
<th>Caso 1</th>
<th>Caso 2</th>
<th>Caso 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El problema moral</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La toma de decisiones</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La recomendación final</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Siglas:
- Casos clínicos: (Caso 1) La solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación (Gracia, 2008a, p.315-317); (Caso 2) El parto por cesárea a solicitud de la madre (Tarney, 2014, p.1-5); y (Caso 3) Las instrucciones previas en testigos de Jehová (Gracia el al., 2008c, p.146-150).
- Evaluación: Adecuado (A); Inadecuado (I).
Fuente de elaboración propia.
El caso 1. En el primer caso, la solicitud de una interrupción voluntaria de la gestación propuesto por Diego Gracia, en su libro de Fundamentos de Bioética (2008a, p.315-317, 382-387), el análisis estuvo enfocado en el estudio de la fundamentación de las posturas de cada uno de los participantes como lo anota su autor, "el modo que cada cual fundamenta su propia postura" (Gracia, 2008a, p.382), como una manera de ilustración a los temas tratados en este escrito; y no tanto a la valoración o juicio de las mismas, en "el tipo de decisión que cada uno ha efectuado y juzgar si es adecuada o no, correcta o incorrecta" (Gracia, 2008a, p.382).

- El caso clínico: a partir de la aplicación del método aquí propuesto se resalta la importancia de presentar una información pertinente y suficiente para el adecuado estudio del caso. El análisis de un caso clínico sólo será posible si existe la información necesaria para ello, a juicio de los miembros del Comité de Bioética. En caso de que la información se considere insuficiente para su evaluación, su estudio se deberá posponer hasta que se disponga de la requerida para ello. En este caso, la información se consideró que era incompleta para dar respuesta a la solicitud planteada por la paciente, de una interrupción voluntaria del embarazo.

- El problema moral: en este caso con la implementación de este método se reconoce de manera explícita la necesidad de identificar a los sujetos participantes y/o afectados por la decisión, dentro del análisis del problema moral y la recomendación de los cursos de acción. Este reconocimiento hace énfasis en el estudio de la situación problema, no como algo general -el estudio de una solicitud de interrupción voluntaria del embarazo-, sino como algo específico a una vivencia real, propia de un individuo o un grupo social en un contexto particular -el estudio de un momento de la vida de Mari Carmen, su esposo y/o su médico, en el que se ha considerado la solicitud de interrupción
voluntaria del embarazo--; del que se espera una respuesta concreta, una recomendación de un curso de acción que busca proponer la mejor solución, no para una situación problema, en general; sino para unos sujetos que están viviendo una situación problema, en particular. De igual forma que en la clínica, no es el propósito del cuidado de la salud tratar un trastorno hipertensivo, sino a un enfermo con una enfermedad hipertensiva.

- La toma de decisiones: como se menciono previamente en este caso se centra la discusión en el análisis de la postura asumida por cada uno de los protagonistas de este caso, sin ahondar su autor en proponer una solución al mismo. Es de resaltar, en el análisis original realizado la no mención del feto como sujeto presente o afectado por la decisión a tomar

- La recomendación final: desde la perspectiva bioética, el presente caso resalta la necesidad de contar con una historia clínica completa para el estudio de las situaciones problema en clínica. Sólo hasta que este requisito se cumpla es posible continuar con el estudio del caso por parte del comité de bioética, como previamente Diego Gracia lo ha enfatizado en su trabajo (Gracia, 2011a; 2013c).

**El caso 2.** El parto por cesárea a solicitud de la madre presentado por Christopher M Tarney, gineco-obstetra del Womack Army Medical Center en el artículo *When Patients Request the Knife – Cesarean Delivery on Maternal Request*, en el que se plantea por parte de los autores el desacuerdo con la realización de la cesárea a solicitud de la paciente, por considerar que las razones que ella da para ello son insuficientes: la no disposición de la gestante a ser sometida a una cesárea de urgencias, en caso de que la inducción sea fallida 24 a 48 horas después de ser iniciada. A este respecto, al final de la discusión se anota:
In the meantime, how do we respond to patients such as those in Case A when asked to perform a cesarean delivery on maternal request? With respect to beneficence, is performing a cesarean delivery for the patient in Case A safer than undergoing induction of labor? In accordance with patient autonomy, can we as clinicians tell this patient who has capacity to make medical decisions that we will not agree with her request? Clinicians should convey the appropriate level of equanimity regarding the limited evidence that is available to be able to adequately counsel our patients on the risks and benefits of planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery. Although current evidence does not support the routine recommendation for elective cesarean delivery, the decision to perform cesarean delivery on maternal request needs to be individualized based on each patient’s respective motivation and personal goals. (Tarney, 2014, p.4)

- El caso clínico: con el método de toma de decisiones aquí propuesto se enfatiza, como en el caso anterior, en la necesidad de un análisis integral del caso partiendo de la presentación y análisis del caso. Estos elementos son los insumos básicos para garantizar una adecuada selección del o los problemas morales a discutir.

- El problema moral: en este caso no se puede simplificar la situación problema al deseo de la paciente a una cesárea temprana y no a una de urgencias, en caso de que la inducción del trabajo de parto sea fallida. En su estudio, adicionalmente debe

57 “Mientras tanto, ¿cómo respondemos a los pacientes como los del caso A al ser preguntados acerca de la realización de una cesárea por petición materna? Con respecto a la beneficencia, es la realización de una cesárea para la paciente en el caso A más seguro que someterla a la inducción del trabajo de parto? De acuerdo con la autonomía de la paciente, nosotros como clínicos podemos decirle a este paciente que tiene la capacidad de tomar decisiones médicas con las que no vamos a estar de acuerdo con su petición? Los médicos deberían informar con el adecuado grado de ecuanimidad, teniendo en cuenta la evidencia limitada que está disponible, para poder dar una adecuada consejería a nuestros pacientes sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea programada versus el parto vaginal planificado. Aunque la evidencia actual no respalda la recomendación para el parto por cesárea electiva de rutina, la decisión de realizar una cesárea a petición materna necesita ser individualizada basada en la motivación respectiva de cada paciente y de sus objetivos personales” (Tarney, 2014, p.4).
considerarse de una manera integral las otras condiciones de salud de la gestante, como: la preeclampsia, una enfermedad grave, de curso impredecible y potencialmente mortal, y unas condiciones iniciales desfavorables del cérvix para la inducción.

- La toma de decisiones: el reconocimiento de los elementos antes mencionados en el problema moral permiten un abordaje más completo del caso, así como también un mejor análisis al momento de la discusión de los principios de no-maleficencia y autonomía -también considerados por este autor en la discusión- y la recomendación final. De igual forma, se considera que la inclusión del principio de responsabilidad, aplicado de manera general a los sujetos participantes en el caso problema, permite promover un compromiso mayor de las partes con un mismo objetivo común, el cuidado de la salud. De igual forma que en el caso anterior, es de resaltar la no referencia al feto como sujeto presente o afectado por la decisión a tomar.

- La recomendación final: la aplicación de este método admite durante el proceso o al final del mismo ser retroalimentado con nuevos elementos que permitan enriquecer o modificar la recomendación primera hecha; que en éste caso pudieran ser otros aspectos de la salud de la paciente que previamente no se tuvieron en cuenta en el estudio original para el análisis y la elaboración de las recomendaciones finales.

**El caso 3.** El caso de las instrucciones previas en testigos de Jehová es expuesto por Diego Gracia y colaboradores, en su libro *Guías de ética en la práctica médica. Ética de la objeción de conciencia*. En él se plantean las dificultades que pueden presentarse en el cuidado de la salud de esta comunidad en situaciones de emergencia, cuando sus miembros no manifiestan esta condición a los profesionales de la salud previamente a la realización de una intervención con alto riesgo de sangrado. Estos autores enfocan su análisis en el conflicto de valores de los profesionales de la salud, identificando como los cursos de
acción extremo: el "Realizar la cirugía y trasfundir sangre si ello parece conveniente, sin tener en cuenta las creencias religiosas de la enferma"(2008c, p.147) y el "No transfundir y abstenerse de operar, con el resultado casi seguro de muerte"(2008c, p.147).

Al final, en su recomendación se tienen en cuenta los siguientes aspectos: a) la transfusión de los componentes sanguíneos, sus riesgos y beneficios; b) la posición de los testigos de Jehová de rechazar algunos de estos componentes; c) la necesidad de que el consentimiento informado de la paciente sea el más completo posible, de acuerdo con sus condiciones de salud y realizado de manera voluntaria, libre de presiones de terceros; d) en caso que se acepte la transfusión por parte de ella, darle la garantía de mantener la privacidad y confidencialidad del mismo; e) la obligación de los profesionales de la salud de prestarle a la paciente una atención adecuada a sus necesidades; f) la normatividad legal española al respecto y sus repercusiones en este tipo de casos; y g) otras consideraciones, "por otro lado, no se puede imponer a los profesionales la conformidad completa con la decisión de la paciente. La obligación de respetar las creencias de la paciente tiene sus límites. Uno de ellos es que la enferma tenga obligaciones de beneficencia contraídas con otras personas, que la obligan a conservar su vida" (Gracia et al., p.150); y concluyen:

Finalmente, es preciso advertir que la objeción de conciencia del obstetra y el anestesista de guardia son correctas. En este caso concreto tienen la obligación de respetar a la paciente hasta el límite que se considere prudente, pero en caso de necesidad deben trasfundir la sangre que se juzgue necesaria. Martina tiene obligaciones contraídas que le obligan a hacer lo posible por conservar su vida. (Gracia, et al., p.150)
- El caso clínico: en el análisis original se evidencia que el estudio del caso solo se limita a un aspecto del mismo, la no aceptación por parte de la madre a ser transfundida; omitiendo otros igualmente relevantes. Es muy importante en la presentación y el análisis del caso tener en cuenta todos los elementos relevantes del mismo, para una posterior identificación del problema moral y elección del curso de acción a recomendar.

- El problema moral: se consideró incompleto en el análisis original, por limitar el estudio de la situación problema a la situación última, desconociendo los antecedentes del caso.

- La toma de decisiones: en el método aquí propuesto para la toma de decisiones se partió del estudio de todo el caso a diferencia del realizado por los autores originales, en cuyo análisis sólo tuvieron en cuenta la situación crítica en la que un elemento importante a tener en cuenta es la no aceptación por parte de la madre a ser transfundida. Dejando de lado otros elementos tan importantes como eran: la responsabilidad que tuvieron los profesionales de la salud en esta situación, por no haber actuado de manera oportuna en su cuidado y haber pospuesto la realización de la laparotomía exploratoria hasta el último momento de manera no justificada, de acuerdo con los protocolos de manejo vigentes para la hemorragia postparto -En caso de que la causa más probable de la hemorragia postparto sea un sitio sangrante secundario a la cesárea realizada previamente, el único tratamiento definitivo es la corrección quirúrgica del mismo.-.

En ambos análisis se está buscando la mejor forma para prevenir un daño mayor a la paciente, teniendo en cuenta las particularidades propias del caso, en una clara alusión al principio de no-maleficencia. Sin embargo, en el análisis realizado con el método aquí propuesto se hace un mayor énfasis en el principio de responsabilidad, que...
obliga tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud de implementar todas las acciones de manera oportuna que estén disponibles para el cuidado y protección hacia uno mismo y las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones, más aún cuando se está en una situación de urgencias; en oposición al análisis de los autores de éste caso, en el que se da mayor importancia al principio de beneficencia. A partir del cual, se decide transfundir componentes sanguíneos a la paciente en caso de necesidad independientemente a su voluntad, en una posición francamente paternalista; al considerar los autores que debe privilegiarse en su tratamiento la preservación de su vida, para que la paciente pueda cumplir con su rol de madre. Primando los deberes que la mujer tiene como madre, a los deberes y derechos que ella pudiera tener como ser humano, de acuerdo con sus creencias y convicciones.

El principio de responsabilidad llama al compromiso de cuidado que los individuos tienen consigo mismos y con las personas a su alrededor, teniendo en consideración para ello otros principios morales, como el de no-maleficencia y el respeto de la autonomía, y su valor como seres humanos. El cual obliga a tener en cuenta toda la complejidad del caso y a los sujetos participantes y/o afectados, en busca de la mejor solución posible, sin desconocer los derechos y deberes de los mismos. Mientras que el principio de beneficencia, orientado a la búsqueda del mejor bien posible, y aplicado de manera unilateral por parte de los profesionales de la salud, desconoce en este caso otros principios, como: el principio del respeto a la autonomía y al consentimiento informado de la paciente; rememorando al viejo modelo clínico de atención en salud, vertical, autoritario y paternalista.

- La recomendación final: el curso de acción propuesto por los autores del caso desconoce por una parte, las guías clínicas de manejo propuestas para estos casos; y por
otra parte, la elección realizada por la paciente acerca del cuidado de su salud; imponiendo los profesionales de la salud, de forma unilateral, un curso de acción de acuerdo con sus propios criterios, en clara concordancia con un ejercicio profesional paternalista.

Por otra parte, la generalización de esta recomendación como caso precedente, negaría a las mujeres que son madres y testigos de Jehová el derecho a decidir no ser transfundidas en favor a la atención que deben a sus hijos; y en consecuencia, sin el derecho a decidir acerca del cuidado de su salud (equiparables a menores de edad o adultos con discapacidad cognitiva). Lo cual estaría atentado desde punto de vista ético y legal contra el derecho de la mujer de tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su salud.

Para los tres casos, la epicrisis no se desarrollo por no estar expuesto su desenlace en los respectivos escritos.

4.3.5 Conclusiones. En la aplicación del método aquí propuesto a tres problemas prácticos obstétricos de la literatura en comparación con el realizado por sus autores originales se pudo apreciar:

- El caso clínico: la presentación y análisis del caso clínico debe estar orientado a la comprensión misma de la situación problema, que permita la identificación de los elementos esenciales a partir de los cuales se pueda dar una adecuada identificación de la situación problema y propuesta de cursos de acción orientados a su solución. La información incompleta o equivoca de los casos es el primer obstáculo a sortear para un adecuado desarrollo de cualquier método de toma de decisiones (Gracia, 2011a, 2013c).
- El problema moral: en su análisis uno de los aspectos más importantes a identificar es su naturaleza, ya que esta permite determinar la complejidad del mismo y plantear posibles soluciones (Maliandi, 2010).

- La toma de decisiones: en relación con el proceso de contrastación se observa cómo los diferentes autores tuvieron en cuenta en su análisis de manera similar los principios de no maleficencia y de respeto de autonomía. En relación con el principio de responsabilidad propuesto por este método se pudo apreciar que su aplicación favoreció el compromiso activo de los participantes (paciente y profesional de la salud) con el cuidado de la salud; a diferencia de como se aplicó el principio de beneficencia en el caso 3, a partir del cual se hacen recomendaciones a espaldas de los verdaderos intereses de la paciente.

- La recomendación final: en el proceso de toma de decisiones aquí propuesto, el proceso de contrastación permitió mejorar el curso de acción seleccionado aportando nuevos elementos para el análisis que enriquecieron o modificaron el curso de acción previamente escogido, como se observa en el caso 2.

4.4 Cuarta etapa: Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos por parte de los estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética

   En esta etapa se presenta el análisis de la aplicación del método aquí propuesto a casos bioéticos clínicos libremente seleccionados por parte de los estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, que cursaron la asignatura de Bioética durante el primer semestre del año 2016. Este análisis se realizó en tres etapas: a) en la primera, se evaluaron los nueve casos clínicos trabajados por ellos con esta metodología, en relación con las cinco etapas de la metodología propuesta. El análisis se
considero como adecuado, si se había desarrollado en concordancia con la metodología descrita; e inadecuada, si su desarrollo no estaba conforme a la misma, ver Tabla 34; b) en la segunda etapa, se valoraron los cuatro casos clínicos cuya problemática correspondía al campo de la obstetricia, en relación con el reconocimiento que se hizo de la gestante y el fruto de la concepción -el embrión o el feto- en el proceso de análisis, ver Tabla 35; y c) en la tercera etapa, se buscó conocer la opinión de los estudiantes respecto a esta propuesta (fortalezas, debilidades y recomendaciones).

**Tabla 34.** Análisis comparativo de la aplicación del método propuesto a casos bioéticos clínicos por parte de estudiantes de pregrado de una asignatura de bioética.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías de análisis</th>
<th>B1</th>
<th>B2</th>
<th>B3</th>
<th>B4</th>
<th>B5</th>
<th>B6</th>
<th>B7</th>
<th>B8</th>
<th>B9</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El problema moral</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a. Identificación de los problemas morales</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>b. Selección del problema moral a estudio</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Análisis del problema moral seleccionado</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La toma de decisiones</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a. Identificación de los cursos de acción probables</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>b. Selección del curso de acción óptimo</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
</tr>
<tr>
<td>c. Contrastación del curso de acción seleccionado</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La recomendación final</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>5. La epicrisis</td>
<td>A</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Siglas:
- Casos clínicos: Estudio de Willowbrook (B1); Embarazo abdominal deseado por los padres (B2); Solicitud de eutanasia por familiares (B3); Gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo (B4); Solicitud de la interrupción del embarazo a una adolescente de 13 años por su madre (B5); Recién nacido con condición de sexo indiferenciado al que sus padres solicitan manejo inmediato para la asignación definitiva del género (B6); Adulto con trauma raquimedular, dependencia total, depresión severa y escaras de presión múltiples, una de ellas complicada por una fascitis necrotizante. El paciente rechaza la intervención quirúrgica propuesta para su tratamiento (B7); Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo (B8); Adulto diabético con proceso infeccioso en pie izquierdo que rechaza el tratamiento quirúrgico (B9).
- Evaluación: Adecuado (A); Inadecuado (I).
Fuente de elaboración propia.
4.4.1 El caso clínico. Los nueve casos clínicos estudiados correspondieron a: un caso de investigación en seres humanos, el Estudio Willowbrook (caso B1); y ocho casos clínicos, elaborados por los estudiantes: un caso de pediatría correspondiente a un recién nacido con una condición de sexo indiferenciado (caso B6); un caso de eutanasia a solicitud de terceros (caso B3); dos casos de cirugía relacionados con el rechazo de los pacientes a intervenciones quirúrgicas necesarias (casos B7 y B9); y cuatro casos de obstetricia referidos a la posibilidad de una terminación temprana del embarazo (casos B2, B4, B5 y B8).

En relación con el análisis del caso clínico se consideró que seis de los grupos realizaron un adecuado proceso que les permitió contar con una información necesaria y suficiente para la compresión de esas realidades particulares problemáticas a partir de las cuales se procedió a identificar los problemas morales; y solo en tres no se logró cumplir este objetivo (casos B1, B5 y B7): en el primer caso, no se profundizó en el estudio del mismo, que por su naturaleza compleja lo ameritaba, y adicionalmente, al final de su análisis se identificaron posibles problemas bioéticos de manera imprecisa o equivoca (caso B1); en el segundo caso, no se profundizó en los motivos que tuvieron los padres para justificar su solicitud (caso B5); y en el tercer caso, no se tuvieron en cuenta otras patologías subyacentes en el paciente que pudieron incidir de manera importante en su capacidad para la toma de decisiones (caso B7).

4.4.2 El problema moral. En los casos estudiados se reconocieron entre siete a catorce problemas morales; el número de problemas más frecuentemente identificado fue de siete, en cinco de los nueve casos expuestos. En el proceso de selección del problema moral, se estimó que este fue adecuado en siete casos; al considerar que identificaron el problema de mayor importancia para su estudio; y solo en dos casos se valoró como
inadequada esta selección (caso B7 y B8): en uno, por no tener en cuenta todos los trastornos de salud que aquejaban al paciente y que podrían en un momento dado afectar su capacidad para decidir (caso B7); y en el otro, no se identificó la naturaleza del problema (caso B8).

Una vez identificados el problema moral a estudio se procedió a evaluar su proceso de análisis. Este tiene por objetivo entender por qué este es un problema moral, para ello se procede a identificar a los individuos participantes y afectados por la decisión y la naturaleza del problema. Este proceso fue adecuado en cuatro casos e inadecuado en cinco (caso B1, B5, B7, B8 y B9); siendo este uno de los aspectos en que hubo una mayor proporción de trabajos considerados como inadecuados. En el primer caso, no se identificó la naturaleza del problema (B1); en el segundo caso, solo se tuvieron en cuenta los valores y las creencias de los participantes y se omitieron otros aspectos igualmente importantes, como los conocimientos científicos respecto a la condición de salud de una paciente (B8); y en los otros tres casos, sólo se limitaron a tener en cuenta en su análisis el principio de autonomía (B5, B7 y B9).

4.4.3 La toma de decisiones. En esta etapa, la identificación de los cursos de acción probables fue adecuada en seis de los casos e inadecuada en tres de los casos (casos B1, B7 y B9). En dos de los casos no hubo un adecuado seguimiento de la metodología: en uno, no se hizo una adecuada discriminación entre cursos de acción extremos e intermedios (caso B1); y en el otro, sólo se propusieron dos cursos de acción (caso B9); y en dos de los casos, las soluciones planteadas no dan una respuesta global a la problemática planteada, son respuestas parciales a algunos aspectos de esta problemática (casos B1 y B7).

En relación con la selección del curso acción óptimo, esta se consideró adecuada en cuatro casos e inadecuada en cinco (casos B1, B2, B3, B7 y B9). Este fue el otro aspecto en
que se presentó una proporción mayor de propuestas inadecuadas. Las razones por las que se consideraron inadecuadas fueron: el curso de acción óptimo seleccionado es insuficiente e incompleto para dar solución al problema moral planteado en tres casos (casos B1, B7 y B9); el curso de acción óptimo seleccionado es inadecuado desde el punto de vista científico en un caso (caso B2); y el curso de acción seleccionado es inadecuado desde el punto de vista legal (caso B3). Finalmente, el proceso de contrastación se consideró adecuado en todos los casos.

4.4.4 La recomendación final. La recomendación final del caso se consideró adecuada en ocho casos y solo en un caso fue considerada como inadecuada, ya que no se encontró pertinente desde el punto de vista científico (caso B2). En relación a los casos en que se consideró que la recomendación final era adecuada, se observó: en un caso, la recomendación no varió con respecto al curso de acción seleccionado luego del proceso de contrastación (caso B4); en tres casos se evidenció que el curso de acción óptimo seleccionado presentó un mayor sustento argumentativo y se enriqueció con acciones complementarias (casos B5, B6 y B8); y en cuatro casos, se encontró que posterior al proceso de contrastación el curso de acción seleccionado, que previamente se había considerado como inadecuado, se transforma y toma nuevos elementos que lo hacen apropiado para dar respuesta a la complejidad del caso analizado (casos B1, B3, B7 y B9).

4.4.5 La epicrisis. En estos casos, la epicrisis no es el resumen final del caso sino un complemento de la recomendación final, razón por la cual su análisis se hace en conjunto con esta. En cuatro de los casos se concluyó con un buen análisis global de los casos, utilizando para ello los elementos de la recomendación final y en la mayoría se amplía la argumentación que respalda la decisión tomada (casos B1, B3, B6 y B7); y en los
cinco casos restantes se finaliza con un resumen del estudio realizado (casos B2, B4, B6, B8 y B9).

4.4.6 Los casos clínicos en obstetricia. Los casos desarrollados por los estudiantes en el área de la obstetricia fueron cuatro: un embarazo abdominal deseado por los padres (caso B2); una gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo (caso B4); una solicitud de la interrupción del embarazo a una adolescente de 13 años por su madre (caso B5); y una gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo (caso B8). Los cuales presentaron un problema general en común, la continuación o no de la gestación durante el primer trimestre. El propósito de este análisis es poder establecer si durante el desarrollo de la metodología se reconoció de manera independiente a la gestante y al embrión o el feto en el análisis de los casos presentados en el proceso de análisis del problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis.

El problema moral. En los cuatro casos de obstetricia desarrollados por los estudiantes se identifica como el problema moral más importante, la continuación o no de la gestación durante su primera mitad, variando el contexto particular de análisis; en los que se hace un reconocimiento particular a la existencia del fruto de la concepción como un ser independiente a la gestante y al que se le reconoce el derecho a la vida. A este respecto se anota: un dilema ético "atentar contra el derecho a la vida" (caso B2); "acabar con una vida para salvar otra" (caso B4); Al respecto, la adolescente manifiesta que "no desea interrumpir el embarazo ya que considera que estaría 'matando' a su bebé" -en el caso clínico- (caso B5); y la madre considera que la interrupción de la gestación atenta contra el derecho de la vida del hijo por nacer (caso B8), ver la Tabla 35.
La toma de decisiones. El curso de acción seleccionado como óptimo en los cuatro casos se centró en el respeto a la autonomía y a la toma de decisiones de la gestante o los padres a respetar la vida del fruto de la concepción. Enfatizándose en la importancia de dar a la gestante o a los padres una información adecuada en relación con sus condiciones de salud, posibles complicaciones y tratamientos posibles; así como, una asistencia médica adecuada acorde con sus necesidades. Sin embargo, la posibilidad de la continuación de la gestación es dependiente a la evolución de la misma y a la no aparición de complicaciones que obliguen a su finalización. En la Tabla 36 se especifica la toma de decisiones de manera individualizada a cada caso.

La recomendación final y la epicrisis. En estos cuatro casos clínicos, la recomendación final acogió el curso de acción óptimo propuesto, generalmente adicionando recomendaciones a la atención del caso. En la epicrisis se complementó con un resumen del caso, en el que se hizo énfasis en los aspectos considerados como los más importantes desde el punto de vista clínico y bioético, ver Tabla 37.
Tabla 35. El problema moral en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caso clínico</th>
<th>El problema moral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Caso B2. Un embarazo abdominal deseado por los padres</strong></td>
<td>Problema moral a estudio: continuación o interrupción de la gestación; un dilema ético, &quot;atentar contra el derecho de la vida&quot;. Participantes: pacientes (madre y feto), padre, feto, ginecobstetra, neonatólogo, enfermería, trabajados social. Naturaleza del problema: riesgo de la vida materna; compromiso calidad de vida materna; derecho a ser padres; riesgo de morbilidad fetal; derecho a la vida del feto; gestación de alto costo; balance costo beneficio. Afectados por la decisión: la madre, el padre, el feto, el médico, la sociedad.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Caso B4. Una gestación con un feto con malformaciones múltiples, y el deseo de los padres de continuar con el embarazo</strong></td>
<td>Problema moral a estudio: &quot;acabar con una vida para salvar otra&quot;. Participantes: madre, padre, feto y médico. Naturaleza del problema: respeto a la vida fetal. Afectados por la decisión: madre, padre y feto.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Caso B5. Una solicitud de la interrupción del embarazo a una adolescente por su madre</strong></td>
<td>Problema moral a estudio: solicitud de interrupción del embarazo en menor de edad por su madre, sin su aceptación. Al respecto, la adolescente manifiesta que &quot;no desea interrumpir el embarazo ya que considera que estaría 'matando' a su bebé&quot;. Participantes: padres de la menor, la adolescente y su pareja, el médico, la junta médica y el Instituto de Bienestar Familiar. Naturaleza del problema: el principio de autonomía de la menor. Afectados: padres de los menores, la adolescente y su pareja.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Caso B8. Una gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo</strong></td>
<td>Problema moral a estudio: la madre considera que la interrupción de la gestación atenta contra el derecho de la vida del hijo por nacer. Participantes: madre, padre, médico, familia, el hijo &quot;(...) su vida está en peligro y también es un ser humano&quot;. Naturaleza del problema: creencias de los padres; derecho a generar un vínculo materno con su hijo; consecuencias emocionales a la madre. Afectados por la decisión: madre, padre, el hijo &quot;(...) negarle el derecho a la vida que tiene todo ser humano, sin importar ninguna otra condición&quot;; y el médico.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
Tabla 36. La toma de decisiones en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caso clínico</th>
<th>La toma de decisiones</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Caso B2. Un embarazo abdominal deseado por los padres** | Curso de acción óptimo: supervisión domiciliaria estrecha de la gestante y el feto. Contrastación:  
- Principios morales: lo mejor para la madre y el feto; respeto a la decisión tomada por los padres; consentimiento informado de los padres adecuado.  
- Sistema de referencia moral: respeto a la dignidad de los pacientes (madre y feto) y el padre; protección y promoción de su auto-realización. |
| **Caso B4. Una gestación con un feto con malformaciones múltiples, y el deseo de los padres de continuar con el embarazo** | Curso de acción óptimo: respeto a la decisión de los padres; y terminación de la gestación de acuerdo con las condiciones maternas. Contrastación:  
- Principios morales: respeto a la decisión de la madre; vigilancia estrecha de la salud materna.  
- Sistema de referencia moral: valoración de la vida del feto; conducta médica prudente, vigilancia estrecha de la salud materna. |
| **Caso B5. Una solicitud de la interrupción del embarazo a una adolescente por su madre** | Curso de acción óptimo: consulta comité de ética; reconocimiento de los riesgo en la salud de la adolescente relacionados con continuar o interrumpir la gestación. Contrastación:  
- Principios morales: protección de la salud de la adolescente, "ella considera tal acto como un asesinato"; respeto a la autonomía de la menor;  
- Sistema de referencia moral: protección de la salud de la menor; reconocimiento de la capacidad de la menor de edad para tomar decisiones. |
| **Caso B8. Una gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo** | Curso de acción óptimo: parto pretérmino, respeto a las creencias, los deseos y la salud de la madre. Contrastación:  
- Principios morales: protección de la vida y la salud de la madre; respeto a la toma de decisión de los padres; respeto a la autonomía de la madre.  
- Sistema de referencia moral: reconocimiento a la madre y al feto como seres humanos, respeto de la dignidad humana de la madre y el feto; favorecimiento de la autorrealización de la gestante como madre. |

Fuente: elaboración propia.
Tabla 37. La recomendación final y la epicrisis en los casos de obstetricia en una asignatura de bioética.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caso clínico</th>
<th>La recomendación final y la epicrisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Caso B2. Un embarazo abdominal deseado por los padres</td>
<td>Recomendación final: curso de acción óptimo; y desembarazar anticipadamente por presentación de complicaciones. Reforzar red de apoyo.&lt;br&gt;Epicrisis: resumen del caso; reconocimientos de los problemas morales más importantes: el compromiso de la vida de la madre o del feto.</td>
</tr>
<tr>
<td>Caso B4. Una gestación con un feto con malformaciones múltiples, y el deseo de los padres de continuar con el embarazo</td>
<td>Recomendación final: curso de acción óptimo; valoración de las dos vidas (la madre y el feto).&lt;br&gt;Epicrisis: resumen del caso.</td>
</tr>
<tr>
<td>Caso B5. Una solicitud de la interrupción del embarazo a una adolescente por su madre</td>
<td>Recomendación final: manejo equipo multidisciplinar.&lt;br&gt;Epicrisis: deseo de la madre de continuar con la gestación, previa información al respecto.</td>
</tr>
<tr>
<td>Caso B8. Una gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo</td>
<td>Recomendación final: resumen del caso; curso de acción óptimo; manejo por un equipo multidisciplinario.&lt;br&gt;Epicrisis: resumen del caso y de la recomendación final.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

4.4.7 Análisis de resultados. El estudio de estos casos clínicos se hará desde dos perspectivas: a) en un primer momento, se hará una valoración global de la aplicación del método propuesto; y b) en un segundo momento, de manera independiente a los casos clínicos en obstetricia.
4.4.7.1 Una valoración global del método propuesto. El estudio de estos casos se hará teniendo en cuenta las siguientes categorías de análisis: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis.

El caso clínico. En esta categoría es de resaltar la calidad de la presentación de los casos, la mayoría realizados por los mismos estudiantes; así mismo, se realizó un adecuado análisis de los casos clínicos, que les permitió contar con la información suficiente y necesaria para la identificación del problema moral y su propuesta de solución. Solo en tres casos se consideró que el análisis de caso clínico fue inadecuado (casos B1, B5 y B7). En uno de ellos se limitaron a identificar los posibles problemas éticos del caso, sin realizar un análisis detallado de los mismos (caso B1); y en los otros dos, solo presentaron un resumen del caso (casos B5 y B7). Posteriormente, se consideró inadecuado en estos tres casos el análisis del problema moral; y en dos de ellos, la selección del curso de acción óptimo (casos B1 y B7).

El problema moral. En todos los casos se evidenció una adecuada identificación de los problemas morales. En relación con la selección del problema moral, sólo en dos casos se consideró como inadecuada (casos B7 y B8). En uno de ellos no se tuvo en cuenta para ello todos los trastornos de salud que aquejaban al paciente (caso B7); y en el otro, no se tuvieron en consideración a todos los participantes en la situación problema (caso B8). Esto resalta la importancia de comprender de una manera integral el caso previamente para lograr una adecuada identificación del problema y sus participantes (Domingo & Feito, 2013).

En relación con el análisis del problema moral seleccionado, este fue uno de los aspectos en que hubo una mayor proporción de trabajos considerados como inadecuados, cinco de nueve (casos B1, B5, B7, B8 y B9): En tres de ellos este proceso solo se limitó a
considerar un solo principio moral, el principio del respeto a la autonomía; omitiendo los otros y no considerando otras aspectos, como los valores, los deberes y derechos, las creencias, los conocimientos, las opiniones, las preferencias, los intereses, etcétera (casos B5, B7 y B9); en el cuarto caso solo se tuvo en cuenta los valores, creencias y preferencias de la paciente referente a su atención en salud (caso B8); y en el quinto caso no se identificó la naturaleza del problema (caso B1). Esta etapa es una de las más importantes a tener en cuenta en el proceso de toma de decisiones y en el que se requiere una mayor experiencia para su realización, porque entendiendo la naturaleza del problema es posible proponer soluciones acordes al mismo (Maliandi, 2010). Entender el problema es el primer paso para comenzar a solucionarlo (Domingo & Feito, 2013).

La toma de decisiones. En la mayoría de los casos la identificación del los cursos de acción fue adecuada, excepto en tres casos (casos B1, B7 y B9). En dos de ellos no se hizo un adecuado seguimiento de la metodología (caso B1 y B9); y en dos se consideró que no daban una respuesta global a la problemática planteada (casos B1 y B7). En estos tres casos previamente se había considerado que el análisis del problema moral seleccionado había sido inadecuado; y en dos de ellos, el análisis el caso (B1 y B7).

La selección del curso de acción óptimo fue el segundo momento en que se consideró como inadecuado el proceso, en cinco de nueve casos (casos B1, B2, B3, B7 y B9). La mayoría de estos correspondió a casos en que el análisis del problema seleccionado y la identificación de los cursos de acción probables fue considerados inadecuados (casos B1, B7 y B9); en el cuarto caso el curso de acción seleccionado fue inadecuado desde el punto de vista del conocimiento médico (caso B2); y en el quinto caso, se desconoce la normatividad legal vigente (caso B3). En esta etapa se evidencio la importancia de un adecuado desarrollo de cada una de las etapas previas como base de las siguientes; y la
importancia en casos clínicos complejos de contar con el apoyo de personas expertas en estos temas para su estudio (Gracia, 1989; Hottois, 2007a, 2007b).

El proceso de contrastación del curso de acción seleccionado se consideró adecuado en todos los casos, en ellos se evidenció de manera general: un buen análisis del caso en todas las etapas de contrastación; un excelente trabajo de documentación del caso; la presentación de casos previos adecuadamente seleccionados; un apropiado análisis del marco legal vigente; y el empleo de una bibliografía pertinente.

La recomendación final. En ocho de los nueve casos se considero adecuada y sólo en una, inadecuada por no considerarse pertinente desde el punto de vista del conocimiento médico, como previamente se había anotado (caso B2). El aporte del proceso de contrastación se consideró de gran utilidad, porque en cuatro de los casos llevó a cambiar el curso de acción seleccionado, considerados como parciales e incompletos en el análisis previo (caso B1, B3, B7 y B9); y en tres, se evidenció que el curso de acción óptimo seleccionado tenían un mayor sustento argumentativo (casos B5, B6, y B8). De igual forma, en la epicrisis se concluye con un buen análisis global de los casos, y en tres de los casos se amplía la argumentación que respalda la decisión tomada previamente (casos B3, B6 y B7).

4.4.7.2 Una valoración del método propuesto a los casos de obstetricia. De los nueve casos clínicos presentados por parte de los estudiantes, cuatro correspondieron al estudio de problemas morales del inició de la vida, en relación con la continuación o finalización de la gestación durante su primera mitad (B2, B4, B5 y B8). En la aplicación del presente método se observó, a lo largo de todo el proceso, el reconocimiento hecho a la gestante y al fruto de la concepción como seres merecedores de respeto y protección.
El problema moral. En el planteamiento del problema moral, en todos los casos analizados, se reconoció como el dilema ético de base: el "atentar contra el derecho a la vida" del feto o el embrión (caso B2); reconociéndoseles su derecho al respeto a la vida (casos B2, B4 y B5), e identificándolos como sujetos participantes y afectados por la decisión a tomar, "...su vida está en peligro y también es un ser humano" (caso B8).

La toma de decisiones. En esta etapa, por una parte, se tuvo en cuenta el brindar una atención médica de calidad de acuerdo con las características propias de cada caso; y por otra parte, la continuación de la gestación, sólo considerando la posibilidad de su interrupción por indicaciones maternas y/o fetales. Respaldados desde el punto de vista bioético por la contrastación realizada a nivel de los principios morales centinelas y el sistema de referencia moral. A nivel de los principios morales se resalta el respeto por la vida de los participantes y la autonomía de la madre para la toma de decisiones acerca del cuidado de su salud; y en relación con el sistema de referencia moral, el respeto a la vida del feto (caso B4) y a la dignidad de "los pacientes", la madre y el feto (casos B2 y B8).

La recomendación final y la epicrisis. En la recomendación final y la epicrisis vienen a confirmarse el curso de acción previamente recomendado, en algunos casos haciendo un resumen del caso, adicionando algunas recomendaciones generales al mismo o dando razones que respaldan la decisión tomada.

Finalmente, desde el punto de vista pedagógico se evidenció que esta es una herramienta que estimula la búsqueda de bibliografía pertinente por parte de los estudiantes, desde la perspectiva clínica, bioética y legal; ayuda a fomentar su capacidad de juicio para la toma de decisiones en casos complejos; y fomenta su capacidad de argumentación en favor a las decisiones tomadas.
4.4.8 Análisis de la opinión de los estudiantes respecto al método propuesto.

De manera simultánea a la aplicación del presente método se indagó la opinión de los estudiantes (organizados en nueve grupos) respecto a esta propuesta, a través de un cuestionario de preguntas abiertas en el que se les solicitaba identificar sus fortalezas, debilidades y recomendaciones para su mejoramiento, del cual se presenta su análisis; las respuestas a estas se registraron en la Tabla B19.

En relación con las fortalezas identificadas se manifestaron las siguientes: el reconocerlo como un proceso organizado y secuencial para la toma de decisiones en bioética clínica (9 grupos); el ser un método práctico de fácil comprensión y aplicación para el estudio de los problemas bioéticos clínicos (5 grupos), que permite una evaluación adecuada del caso clínico a estudio (4 grupos). En una menor proporción, se resaltaron algunos aspectos del método como: el tener en cuenta en su análisis los casos previos (2 grupos) y el marco legal vigente (2 grupos), entre otros.

En relación con las debilidades del método se anotaron: el ser un método largo y secuencial (1 caso); el presentar dificultad para la identificación del curso de acción óptimo a recomendar (1 caso) y la consulta del caso desde la perspectiva legal (1 caso); el no tener en cuenta para el estudio del caso un enfoque multidisciplinar (1 grupo), ni los aspectos socio-económicos (1 grupo); el no incluir en el análisis el principio de beneficencia (1 grupo); y el considerar que el análisis del caso clínico no aporta al desarrollo del método (1 grupo).

En relación con las recomendaciones realizadas por los estudiantes a esta propuesta se encuentran: la necesidad de una capacitación previa en aspectos bioéticos para su aplicación (2 grupos), una ampliación de la información respecto a las etapas del mismo (2 grupos) y la complementación de la propuesta con un ejemplo de aplicación (1 grupo); el
abordar el estudio del caso de una manera multidisciplinar (1 grupo); el tener en cuenta para el estudio del caso clínico otras fuentes de información -la familia, el profesional de enfermería, entre otros- (1 grupo); el enfatizar la importancia del seguimiento de los casos y la evaluación de la efectividad del método a largo plazo (1 grupo); y el considerar omitir del método el análisis del caso clínico (1 grupo) y el sistema de referencia, en caso en que los principios morales sean observados (1 grupo).

En opinión de los estudiantes, el mayor reconocimiento que se hizo a esta propuesta es el ser reconocido como un proceso ordenado y secuencial, adecuado para la resolución de problemas bioéticos clínicos. Las debilidades anotadas al mismo pueden estar relacionadas con la falta de conocimiento y comprensión por parte de estos, de cada una de las etapas del método, que pudieron haber dificultado su aplicación; esto debido a que la entrega del trabajo y el diligenciamiento de la encuesta por parte de los estudiantes se realizó posterior a la presentación en conferencia magistral del método y a la entrega del resumen del mismo (Anexo A). No se hizo un acompañamiento a los estudiantes por parte del docente durante el proceso de la elaboración del trabajo para evitar incidir en él; y solo posteriormente a la entrega se hizo una retroalimentación al mismo. En relación con las recomendaciones, es clara la necesidad de una capacitación previa en el método propuesto y en aspectos básicos de la bioética para su adecuada aplicación.

En relación con el análisis del caso, dos grupos señalan la no utilidad de esta fase en la propuesta; lo que pudiera explicarse en este contexto particular, porque para la presentación del caso era necesario previamente adelantar un proceso de comprensión y análisis del caso clínico, durante su selección y/o construcción, que haría innecesario volver a realizarlo luego de su presentación. Situación que no se presenta, cuando son personas diferentes, las que presentan y analizan el caso.
4.4.9 Conclusiones. En la aplicación del método aquí propuesto para la toma de decisiones en bioética clínica por parte de los estudiantes de pregrado de Medicina se pudo evidenciar el reconocimiento hecho a la gestante y al embrión o el feto como sujetos objetos de atención a lo largo de todo el proceso, en la selección y análisis del problema moral, la selección del curso de acción óptimo y la recomendación final y la epicrisis. De igual manera, se reconoce la importancia que tiene una adecuada presentación y análisis del caso, pues este es el insumo básico a partir del cual se identificarán los problemas morales y se propondrán los cursos de acción para su resolución (Domingo & Feito, 2013). Así como, la necesidad de contar con la participación de expertos en temas específicos para sus deliberaciones, en los casos en que los miembros del grupo deliberativo no tengan la experticia suficiente para ello (Gracia, 1989; Hottois, 2007a, 2007b).

En el desarrollo de la metodología, los momentos del proceso que presentaron una mayor dificultad para el desarrollo, en más de la mitad de los casos, fueron: el análisis del problema moral, especialmente en lo referente a su naturaleza; y la selección del curso de acción óptimo. Estos son dos de los temas que más se deben reforzar en la socialización de este método, puesto que la mayoría de las personas no están familiarizadas con el análisis de estos aspectos propios del campo de la bioética.

Finalmente, el proceso de contrastación propuesto permitió cualificar la recomendación final en la mayoría de casos, integrando más elementos en la propuesta y dando un mayor sustento argumentativo a la decisión tomada; es así como, en cuatro de los casos, el proceso llevó a cambiar la recomendación original, incompleta y parcial, por una más adecuada a la situación problema. En solo un caso se consideró que la recomendación final era inadecuada, por no tomar en cuenta desde el punto de vista clínico todos los elementos presentes para plantear una respuesta más adecuada desde el punto de vista médico.
5. Análisis de los resultados

En este capítulo se hará un análisis del método de toma de decisiones en bioética clínica aquí propuesto, a partir de su aplicación a tres casos bioéticos clínicos analizados en la literatura por otros autores y a nueve casos bioéticos clínicos propuestos por estudiantes de pregrado de una asignatura de Bioética. Las categorías de análisis utilizadas para ello fueron: el caso clínico, el problema moral, la toma de decisiones y la recomendación final.

5.1 El caso clínico

La presentación y el análisis del caso clínico son el insumo fundamental a partir del cual se desarrolla el estudio del caso, como quedó demostrado en el estudio de los casos seleccionados en la literatura y en el trabajo desarrollado por parte de los estudiantes. El conocimiento del caso clínico aporta los elementos básicos que permiten identificar adecuadamente los problemas morales y posteriormente, proponer los cursos de acción necesarios para su resolución, como previamente lo había resaltado Diego Gracia, "es importante no perder de vista que toda la incertidumbre que no seamos capaces de eliminar aquí, nos acompañará en todos los ulteriores momentos del análisis, y que cualquier error en los hechos clínicos viciará de raíz en análisis ético ulterior" (Gracia, 2003c, p.4).

En el método aquí propuesto, en esta etapa se hace un reconocimiento a la complejidad de la realidad y a la comprensión de la situación de salud-enfermedad de un paciente como una vivencia enraizada en el contexto de vida de una persona, inmersa en un entorno social, cultural e histórico definido (Domingo & Feito, 2013); y se enfatiza en la necesidad de contar para su análisis con los elementos relevantes del caso que permitan su comprensión de la manera más integral posible, idealmente tomando en cuenta para ello diferentes fuentes de información. A este respecto es de resaltar la adecuada presentación y análisis de los casos presentados por parte de los estudiantes con este método.
Por otra parte, en los casos analizados por la literatura y los estudiantes se encontró que en situaciones altamente complejas desde el punto de vista clínico, ético o legal es necesario buscar el apoyo de personal experto en estos temas para su adecuado análisis.

5.2 El problema moral

El proceso de identificación del problema moral se consideró adecuado, tanto en los casos consultados en la literatura como en el trabajo realizado por los estudiantes, basándose para ello en la definición dada por Diego Gracia de problema moral: "en la práctica, se considera problemático todo lo que alguien cree que es un problema ético, porque al menos es problema ético para él, y con eso es suficiente" (2013c, p.5). Solo fue necesario el buen juicio de los participantes para la adecuada identificación del problema moral a estudio a través del proceso argumentativo. Sin embargo, como previamente se anotó, es necesario tener en cuenta la participación de personas expertas en temas específicos que apoyen este proceso, cuando la complejidad del tema así lo requiera

En el proceso de análisis del problema moral realizado por los estudiantes se identificó adecuadamente a los individuos participantes y a los potencialmente afectados por el curso de acción recomendado. Específicamente, en los casos clínicos en obstetricia se identificó de manera individualizada a la madre gestante y al fruto de la concepción, el embrión o el feto, como sujetos participantes en la situación problema y potencialmente afectados por la decisión propuesta.

Por otra parte, una de las mayores dificultades en el desarrollo de este método fue la identificación de la naturaleza del problema. Este es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta, posteriormente, en el proceso de toma de decisiones; y en el que se requiere de una mayor capacitación y experiencia para su realización, porque entendiendo la naturaleza del problema es posible proponer soluciones acordes al mismo (Maliandi,
entender el problema es el primer paso para comenzar a solucionarlo (Domingo & Feito, 2013). En atención a su importancia, la identificación de la naturaleza del problema es uno de los temas en el que mayor énfasis debe hacerse en el proceso de enseñanza de este método, ya que requiere del conocimiento y aplicación de conceptos tales como: valores, principios, deberes y derechos, etcétera, que de manera rutinaria no se enseñan ni son tenidos en cuenta en el análisis de los casos clínicos por parte de la mayoría de los profesionales de la salud. Por otra parte, en el análisis del trabajo presentado por los estudiantes se identificó una nueva categoría a tener en cuenta en el estudio de la naturaleza del problema que es las consecuencias previsibles, las cuales son determinantes para la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud y que responden a la necesidad primaria por la cual el paciente asiste a la consulta médica, la cual fue adicionada a este método.

5.3 La toma de decisiones

En la mayoría de los casos estudiados por parte de los estudiantes hubo un adecuado seguimiento de la metodología propuesta para la identificación del curso de acción óptimo. Sin embargo, como previamente se anotó, en los casos complejos debe considerarse la necesidad de contar con el apoyo de personal experto en el tema a tratar para su adecuado estudio. En relación con el proceso de contrastación, este permitió cualificar la recomendación final en la mayoría de casos; en unos casos modificándola, y en otros casos integrando más elementos a la propuesta o dándole un mayor sustento argumentativo a la decisión tomada.

A nivel de los principios morales se evidenció cómo el principio de responsabilidad promueve un compromiso mayor de las partes con un objetivo común, el cuidado de la salud. En relación con los casos de la literatura, en el caso del parto por cesárea a solicitud de la madre se expresa: "este principio compromete a ambas partes a velar por el cuidado
integral de la salud de la gestante y el feto, al seleccionar la mejor vía del parto de acuerdo con las condiciones particulares de salud”; y en el caso B2 del embarazo abdominal de 17 semanas deseado por los padres, presentado por los estudiantes, se manifiesta:

El principio de responsabilidad: avala la selección del curso de acción óptimo ya que los padres están perfectamente enterados de la situación, conocen las opciones terapéuticas y los riesgos tanto en caso de la interrupción de la gestación como en caso de la continuación de la misma, por tanto al manifestar su deseo de ser padres, están haciéndolo responsablemente, al igual que el equipo médico está propendiendo por el bienestar físico y mental de la pareja, de manera responsable, a pesar del conocimiento previo del altísimo riesgo.

El sistema de referencia moral exigió en la toma de decisiones a reconocer y respetar el valor de todos los participantes de una manera universal, por su misma naturaleza. Esto es algo particularmente importante en el ámbito de la obstetricia, en que el objeto de la atención es la mujer gestante y el fruto de la concepción, el embrión y el feto; sujetos que merecen la misma consideración y cuidado. A este respecto, se anota en los casos clínicos en obstetricia expuestos por los estudiantes las siguientes reflexiones:

El sistema de referencia moral:

Se da valor a la vida fetal, sin arriesgar imprudentemente la vida materna, ya que, aunque se busca el mayor beneficio posible para que los padres puedan establecer un mejor vínculo afectivo con su hijo, no se deja a un lado la preocupación por la vida de la madre, se respeta su decisión y se da dignidad tanto a la vida de la madre como a la del feto. (Caso B4. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo).
El sistema de referencia moral:

- A nivel ontológico: se reconoce tanto a la madre como al feto como seres humanos, en el caso de la madre se le reconoce como persona que piensa y siente, se reconoce la dignidad como un valor esencial intrínseco, invariante, universal para todos los seres humanos.

- A nivel moral: se respeta la dignidad humana porque se protege la vida de la madre y la del feto (hasta donde los medios lo permiten), se logra la autorrealización de María como mamá al menos por unos minutos ya que se cumple con su deseo de ser madre así su hijo nazca con malformaciones y muera rápidamente luego del nacimiento, ella finalmente lograría dar a luz a un bebé y lograría su sueño de convertirse en mamá. (Caso B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo).

5.4 La recomendación final

La importancia de la recomendación final radica en que esta sea una solución integral para los seres humanos que están vivenciando una situación problemática particular, enmarcada en el respeto a la dignidad de los seres humanos. En el método aquí propuesto, el resultado final fue el producto del seguimiento de la metodología propuesta, en la que cada etapa previa fue necesaria para el desarrollo de la siguiente. En el trabajo realizado por los estudiantes, en la epicrisis se complementó la conclusión con un resumen del caso clínico en el que se hizo énfasis en los aspectos considerados como los aspectos más importantes del caso desde el punto de vista clínico y bioético.
Adicionalmente, desde el punto de vista pedagógico este método demostró ser una herramienta que ayudó a fomentar el juicio y la argumentación de los estudiantes frente a un caso clínico problema; motivó a la búsqueda crítica de la bibliografía relevante al tema desde la perspectiva científica, bioética y del derecho; y permitió tener en cuenta otros aspectos diferentes al análisis clínico tradicional, como son los valores, creencias y preferencias de los pacientes.
6. Conclusiones y recomendaciones

El presente trabajo permitió proponer un método para la toma de decisiones en bioética clínica, orientado al análisis de los casos clínicos problema en obstetricia; caracterizados por tener en cuenta en su atención a: a) la gestante; b) la presencia potencial o real, presente o futura de un embrión o un feto; y c) su entorno. En el cual se hace un reconocimiento al valor intrínseco y universal de todos los seres humanos; y a su capacidad de autorrealización en sociedad (Gracia, 1989; Cortina, 1996). Esta propuesta se ha estructurado a partir de tres de los más importantes métodos propuestos para el estudio de problemas bioéticos en salud: el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress (1999, 2013); y los métodos principalista y deliberativo de Diego Gracia (2007, 2008b, 2009b, 2011a, 2013c).

En primer lugar, se reconoce a partir del panorama general de la situación en salud de la mujer y las gestantes en el país presentado, siguiendo la clasificación de la FIGO (2015), por una parte, la importancia que tienen en el contexto nacional e internacional los problemas bioéticos en el campo de la obstetricia, al tener como sujetos de estudio al binomio madre-feto; en donde, los resultados maternos y neonatales producto de esta actividad son considerados indicadores de calidad respecto al cuidado de su salud y el nivel de vida de una población; y por otra parte, la necesidad de contar con un método de toma de decisiones en bioética clínica para su estudio.

En segundo lugar, en la revisión hecha del método de toma de decisiones principalista en bioética clínica de Tom Beauchamp y James Childress se reconoce como una de las propuestas de mayor reconocimiento y aceptación en este campo (Maliandi & Thüer, 2008; Gracia, 2009a; Escobar, 2012); el cual se encuentra fundamentado en la moral común y en el reconocimiento de cuatro principios de obligación *prima facie* (el respeto a
la autonomía, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia). A partir de los cuales, a través de un proceso de deliberación que permite su especificación y ponderación, se busca alcanzar normas consensuadas que sirvan de guías concretas para la resolución de las situaciones problema en clínica (Beauchamp & Childress, 2009, 2013). Por otra parte, se evidencia como las principales críticas realizada a este método: a) la ausencia de una teoría filosófica estructurada y de un sistema de referencia moral que sustenten su propuesta; b) el énfasis del método en el acto particular y sus consecuencias, relegando del análisis otros aspectos como: la historia de vida del sujeto, sus valores y virtudes; y el contexto histórico y cultural en donde se desarrolla la acción; c) unos principios de obligación *prima facie* muy generales, no jerarquizados; d) una metodología (especificación y ponderación) poca clara en relación con su aplicación a los casos concretos y a la resolución de conflictos entre los principios; y e) la falta de garantías en el proceso de toma de decisiones para prevenir que se imponga los intereses de la minoría sobre los de la mayoría (Biesaga, 2003; Ferrer & Álvarez, 2003; Requena, 2005, 2008; Gert et al., 2006; Hiñe, 2011).

En tercer lugar, en la obra de Diego Gracia se han identificado dos etapas a este respecto: la primera, basada en el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress; y la segunda, en el proceso deliberativo. El método principalista de este autor se caracteriza por estar fundamentado en la ética formal de bienes y en el modelo explicativo de la razón teórica de Xavier Zubiri; en el que se identifican cuatro etapas: a) el sistema de referencia moral; b) el esbozo moral, basado en los cuatro principios morales antes mencionados, que jerarquiza en dos niveles. El nivel 1, conformado por los principios de no-maleficencia y justicia; y el nivel 2, constituido por los principios de beneficencia y autonomía; c) la experiencia moral, que contrasta las posibles soluciones con las consecuencias esperadas de las mismas; y d) la verificación moral, que analiza las posibles
soluciones del caso en relación con los principios y el sistema de referencia moral, para finalmente tomar una decisión final. En esta propuesta se resalta la importancia de la historia clínica basada en problemas como punto de partida para el análisis de los problemas bioéticos (Gracia, 1989, 2008b).

A este método se le ha reconocido: a) el tener una fundamentación filosófica sólida basada en una teoría filosófica y un sistema de referencia moral; b) el ser una propuesta flexible, con capacidad para adaptarse a nuevas realidades; c) el incluir en su análisis dos dimensiones complementarias (una universal, a partir de los principios; y otra particular, a partir de las consecuencias previsibles); y d) el ser un método de fácil comprensión e implementación para el estudio de las situaciones problema. Sin embargo, se anota como dificultades de este: a) el clasificar los principios en dos niveles, que en el estudio de los casos concretos se pueden entremezclar; b) la pobre definición del método en relación con la resolución de conflictos entre principios; que no alcanza a ser resuelta con su jerarquización; y c) el restringir la discusión ética a los principios de obligación, dejando por fuera otros aspectos como los valores, las virtudes y el contexto en que se desarrolla la acción (Simón, 2000; Cortina, 2001; Ferrer & Álvarez, 2003; Gracia, 2008a; Atienza, 2010).

Posteriormente, Diego Gracia presenta su método deliberativo basado en el constructivismo axiológico y la deliberación, como una respuesta a las críticas realizadas a las propuestas principalistas anteriormente presentadas. En el que se reconoce la deliberación como su eje principal, para la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y contingencia; teniendo en cuenta para ello, el estudio de las circunstancias y las consecuencias previsibles derivadas del caso en particular. En esta propuesta se identifican tres momentos: a) la deliberación sobre los hechos, que analiza de una manera
completa e integral la situación problema; b) la deliberación sobre los valores, en el que se identifican los problemas morales del caso y los valores morales en conflicto; y c) la deliberación sobre los deberes, en la que se esboza los probables cursos de acción propuestos para su resolución y se recomienda el que mejor proteja los valores en riesgo, previa evaluación de este mediante la aplicación de tres pruebas de consistencia -estabilidad temporal, publicidad y legalidad- (Gracia & Pose, 2007; Gracia, 2010, 2011a, 2013a). En donde, las críticas realizadas a este método han sido: a) la necesidad de enfatizar la comprensión de la situación problema para su análisis; b) la carencia de una definición, clasificación y una propuesta de ponderación clara de los valores en caso de conflicto; c) la necesidad de tener en cuenta las pruebas de consistencia de la decisión a lo largo de todo el proceso y no solo al final del mismo; d) el centrar el estudio sólo en el caso particular, sin tener en cuenta lo universal; y e) el depender la calidad de sus recomendaciones, en últimas, de la calidad de los miembros participantes y del proceso deliberativo que desarrollen (Domingo, 2011; Ferrer & Álvarez, 2003). Así mismo, Diego Gracia le reconoce al proceso deliberativo algunas dificultades para su implementación, que deben ser tenidas en cuenta a fin de que no dificulten o entorpezcan su realización. Algunas de ellas son: a) la naturaleza compleja y dinámica de la realidad; b) el conocimiento incompleto de la realidad, en constante evolución y perfeccionamiento; c) la comprensión de la realidad requiere de seres humanos autónomos e iguales; d) la capacidad limitada de los seres humanos para tolerar el cambio y manejar la incertidumbre; e) el reconocimiento del otro como un interlocutor válido; y f) la participación en el proceso a partir de posiciones ideológicas reduccionistas. Este es un proceso que debe aprenderse y enseñarse de manera activa para su adecuado ejercicio, fundamento para una sociedad realmente democrática (Gracia, 2004, 2011a; Gracia & Pose, 2007).
En cuarto lugar se presenta el método de toma de decisiones en bioética clínica aplicado al campo de la obstetricia aquí propuesto de carácter sincrético, fundamentado en la moralidad común, el constructivismo axiológico y la deliberación prudente; y estructurado a partir de los métodos de toma de decisiones de Tom Beauchamp y James Childress y Diego Gracia, principalmente. En el que se reconoce, por una parte, al ser humano como un individuo sentipensante, neuro-cultural y moral capaz de tomar decisiones en favor de su autorrealización en condiciones de contingencia e incertidumbre (Gracia, 1989; Ferrer & Álvarez, 2003; Evers, 2013); y por otra parte, el estudio del problema moral y la realidad a partir de tres dimensiones complementarias entre sí: lo universal y lo particular; lo social y lo individual; y la conservación y el cambio (Maliandi & Thüer, 2008).

El método presentado consta de seis etapas: a) el sistema de referencia moral, el cual reconoce a nivel ontológico la dignidad humana como el valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos; y a nivel ético, la obligación de todos los seres humanos de respetarla; b) el caso clínico, su objetivo es la comprensión de la situación problema como una vivencia de un individuo o grupo social particular, de la manera más integral posible. En el reconocimiento del proceso de salud-enfermedad como una vivencia enraizada en la vida de una persona, inmersa en un contexto social, cultural, e histórico definido; c) el problema moral, su finalidad es: la identificación de los problemas morales del caso; la selección del problema moral a estudiar; y el análisis del problema seleccionado, a partir de la identificación de los sujetos participantes y/o afectados por la decisión y la naturaleza del mismo; d) la propuestas de solución del problema moral, a través de: la identificación de los cursos de acción probables; la selección del curso de acción óptimo y su contrastación con los principios morales centinelas (la no-maleficencia,
el respeto a la autonomía y la responsabilidad), el sistema de referencia moral, el marco legal vigente y los casos precedentes; e) la recomendación final, la cual podrá involucrar a los diferentes prestadores de atención en salud (el individuo, la institución, la sociedad y el Estado); y f) la epicrisis, un informe final del caso que permita disponer de una base documental de consulta y de retroalimentación al mismo proceso de evaluación realizado.

En esta propuesta, la dignidad humana se considera como un valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos por su propia naturaleza (Kilner, 2003; Michelini, 2010). La cual, desde el punto de vista biológico, puede ser considerada como un atributo de los seres humanos inherente a su naturaleza a lo largo de todo su ciclo vital -que inicia con la concepción y finaliza con su muerte-, de una manera absoluta y universal (Gilbert, 2006); y desde una perspectiva ontológica, como una propiedad que no puede ser dada o retirada parcial o totalmente, o graduada arbitrariamente a voluntad (Jonas, 1995). En el campo de la ética y bioética esta ha servido de fundamento para el desarrollo de los principios y normas morales; en el derecho, a la promulgación de los derechos humanos; y de manera general, al reconocimiento del valor de la vida misma, a partir del cual se fundamenta el reconocimiento al autorespeto y la autorrealización para todos los seres humanos.

En el presente método los principios bioéticos centinelas son considerados como normas generales que sirven de marco de referencia para el análisis de los problemas bioéticos, y que tienen por objetivo el garantizar la protección de los seres humanos y el promover su auto-realización. Desde esta perspectiva, se han seleccionado tres principios o normas morales generales para este análisis: el principio de no maleficencia, el principio de respeto a la autonomía y el principio de responsabilidad. Los cuales pueden y deben irse
actualizando en relación con las necesidades y las nuevas realidades del ejercicio profesional, por quienes pongan en práctica este método.

El principio de no-maleficencia se identifica con el precepto latino “primum non nocere” y es definido como el no hacer daño de una manera intencionada. El cual puede ser explicitado en el contexto clínico en tres normas morales básicas: no se debe causar daño o mal, se debe prevenir el daño o el mal, y se debe aliviar o curar el daño. En donde, la valoración del daño sólo puede ser realizada de una manera contextualizada en las situaciones particulares; siendo casi imposible hacer una estimación y clasificación a priori de este (Beecher, 1966; Gracia, 1990; Beauchamp & Childress, 1999, 2013; Kottow, 2005b; Gert et al., 2006).

El respeto a la autonomía en el ámbito clínico se expresa en el derecho que tienen los individuos a decidir por sí mismos con respecto al cuidado de su salud. Esta capacidad de decisión viene siendo determinada por múltiples factores, como: el desarrollo integral del intelecto humano desde el punto de vista cognitivo, social y moral; y las condiciones propias del consentimiento informado, en relación con la información, la voluntariedad y la capacidad, las cuales pueden variar en las situaciones particulares. Los cuales tienen que ser evaluados en cada situación, antes de poner en duda o negar la capacidad de una persona para tomar sus propias decisiones (Kohlberg, 1992; Etchells et al., 1996a; Simón, 2000; Gracia, 2002, 2008b, 2012b; Beauchamp & Childress, 1999, 2013; Garzón, 2010).

El principio de responsabilidad tiene su origen en el gran avance científico y tecnológico, así como en el reconocimiento de la importancia de las consecuencias previsibles de las acciones humanas sobre sí mismos y los demás; de allí que pueda definírsele a partir de dos dimensiones complementarias entre sí, de acuerdo con Miguel Sánchez (2013): a) la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las
consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión. La cual ha sido motivo de estudio y preocupación del derecho y la ética normativa, a partir de la cual se han derivado los códigos deontológicos de las profesionales de la salud; y b) la obligación de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones. "Esta responsabilidad se establece mirando al futuro y considerando el resultado que tendrán nuestros actos sobre algo o alguien a quien debemos cuidado o protección" (Sánchez, M., 2013, p.77).

En quinto lugar, en relación con la aplicación del método aquí propuesto a cuatro problemas prácticos obstétricos de la literatura en comparación con el realizado por sus autores originales; y a nueve casos bioéticos clínicos por parte de estudiantes de pregrado de una asignatura de Bioética se pudo apreciar:

- El análisis del caso clínico orientado a la compresión de una situación problema de un individuo o grupo social particular permite, por una parte, un análisis más completo e integral de la situación problema; y por otra parte, facilita la identificación y comprensión de los problemas morales, y la selección de la recomendación final más adecuada. El estudio de casos con información incompleta o no contextualizada puede llevar a soluciones incorrectas o parciales, que podrían afectar de manera negativa a los pacientes, en este caso a la gestante y al feto (Gracia, 2011a, 2013c).

- La identificación de los individuos participantes y/o afectados con la decisión permite adecuar la recomendación final a las necesidades particulares de los involucrados, de una mejor forma a la que se lograría al analizar sólo los problemas morales generales. De igual forma que en medicina, es diferente tratar a las personas enfermas que a las enfermedades (Domingo & Feito, 2013).
- La identificación de la naturaleza de los problemas morales permite determinar la complejidad de los mismos, lo que facilita el planteamiento de la propuesta o propuestas de solución. Por ejemplo, es más fácil llegar a acuerdos cuando el problema está basado en conocimientos discrepantes respecto a un tema que cuando estos se basan en valores y creencias personales. Los cuales muchas veces se consideran verdades fuera de cualquier discusión (Maliandi, 2010).

- En relación con los principios morales centinelas, en los casos analizados en la literatura, el principio de no-maleficencia y de respeto de autonomía fueron tenidos en cuenta en los casos expuestos de una manera similar por parte de los diferentes autores. Sin embargo, se pudo apreciar que la aplicación del principio de responsabilidad en el análisis de los casos clínicos expuestos permitió involucrar a todos los participantes en la situación problema de una manera activa en la toma de decisiones acerca del cuidado de la salud, desde perspectivas diferentes y complementarias. Por una parte, a los pacientes y sus familias a partir de sus vivencias personales, valores y creencias; y por otra parte, a los profesionales de la salud, adicionalmente, a través de una práctica regulada por la lex artis. A diferencia de como lo hace el principio de beneficencia, que aplicado de una manera unilateral y paternalista por parte de los profesionales de la salud lleva a implementar acciones unilaterales, sin tener en cuenta los intereses y las necesidades reales de los pacientes (Gracia, 1989).

- En los casos analizados por la literatura y los estudiantes se encontró que en situaciones altamente complejas desde el punto de vista clínico, ético o legal es necesario buscar el apoyo de personal experto en estos temas para su el adecuado análisis del caso clínico, la identificación del problema moral y la selección de los cursos de acción.
- En el desarrollo de la metodología, los momentos del proceso que presentaron una mayor dificultad para el desarrollo fueron: el análisis del problema moral, especialmente en lo referente a su naturaleza; y la selección del curso de acción óptimo. Estos son dos temas que más se deben reforzar en la socialización de este método, puesto que la mayoría de las personas no está familiarizado con el análisis de estos aspectos propios del campo de la bioética.

- El método presentado permitió tener en cuenta en el análisis, la necesidad de velar por la protección de la madre y el feto. A partir del reconocimiento que se hace, por una parte, en el sistema de referencia moral: a nivel ontológico, del valor esencial, intrínseco, invariante y universal del ser humano desde su concepción hasta su muerte; y a nivel ético, en la obligación de comprometerse con su protección y promoción; y por otra parte, en la contrastación del curso de acción óptimo, especialmente con dos de los principios morales centinela: el principio de no-maleficencia y el principio de responsabilidad. Este último principio exige en la relación clínica a los profesionales de la salud y a las gestantes a tener en cuenta en el cuidado de su salud al feto, como un ser humano con el que se ha adquirido una obligación real de cuidado y protección.

- El método propuesto permite tener en cuenta de manera explícita en sus recomendaciones a los diferentes prestadores de atención en salud (el profesional de la salud, la institución, la sociedad y/o el Estado). Las soluciones de los problemas bioéticos clínicos algunas veces no pueden ser resueltos en el seno de la relación médico-paciente, sino que comprometen en ello a terceros, teniendo en cuenta que la solución de su problemática puede pasar del ámbito personal al social (Hackspiel, 2000).
- El método es una propuesta de fácil aplicación, el cual permite ser perfeccionado en la práctica. Un reconocimiento del equilibrio que debe existir entre la conservación y el cambio (Maliandi & Thüer, 2008; Gracia, 1989).

- La contrastación del curso de acción propuesto en relación con un marco de referencia moral (los principios morales centinelas, el sistema de referencia moral, el marco legal vigente y los casos precedentes) permite un marco de análisis de carácter general, tratando de buscar equilibrio entre lo particular y lo universal (Maliandi & Thüer, 2008; Maliandi, 2010).

Desde el punto de vista pedagógico esta es una herramienta que ayudó a fomentar el trabajo en grupo; la capacidad de argumentación y juicio de los estudiantes en la resolución de problemas clínicos; y la búsqueda crítica de la bibliografía relevante al tema desde diferentes perspectivas -científica, bioética y del derecho-. Adicionalmente, permite adicionar otros aspectos diferentes al análisis clínico tradicional como son: los valores, creencias y preferencias de los pacientes; que los lleva a tener en cuenta en el estudio de los casos clínicos la voz del otro, una perspectiva diferente de mundo complementaria a la suya (Tezanos, 1998).

Finalmente, a partir del trabajo desarrollado se permite hacer las siguientes recomendaciones para investigaciones futuras:

- La investigación permanente en la cualificación de este método a partir de su aplicación en el ámbito clínico y académico, mediante la retroalimentación que se haga de su utilización en la práctica clínica y la academia. Para esto se buscará, por una parte, su implementación por parte de los comités de bioética clínica, especialmente en el área de obstetricia; a partir de su difusión a través de la Revista de la Sociedad Colombiana
de Obstetricia y Ginecología; y por otra parte, la socialización de este método para el análisis de casos de bioética clínica a los profesionales de la salud en formación, mediante su implementación en el Curso de Bioética para estudiantes de pregrado de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

- La investigación en el proceso deliberativo que permita dar elementos que faciliten su implementación y ayuden a superar las dificultades en su aplicación.

- La investigación en el área de los comités de bioética clínicos orientada al mejoramiento real de la calidad de la atención en salud para la comunidad en las instituciones de salud; y a la búsqueda de estrategias de integración de estos comités que les permita participar activamente en la búsqueda de soluciones de los problemas bioéticos clínicos relevantes de la sociedad, a nivel local, regional, nacional e internacional.

- La investigación de los problemas de salud sexual y reproductiva en Colombia desde una perspectiva bioética que permita proponer políticas integrales para su evaluación y mejoramiento en nuestro país.

- La investigación de los métodos de toma de decisiones en bioética clínica como una herramienta pedagógica que permita mejorar: la capacidad de juicio y argumentación de los estudiantes para la resolución de casos clínicos; el trabajo en equipo para la construcción social del conocimiento; y la revisión crítica de la bibliografía en el ámbito clínico, bioético y del derecho.
Lista de Referencias


Decreto 2968 de 2010 por el cual se crea la comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Bogotá D.C: Ministerio de Protección Social de Colombia. Diario Oficial 47.793 (6 de agosto de 2010).


Hoyos, I. (2005). *De la dignidad y de los derechos humanos*. Bogotá, Temis S.A


Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia. *Diario Oficial 45.693 (6 de octubre, 2004)*


Resolución 13437 de 1991 por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá D.C. Ministerio de Salud de Colombia. Recuperado de


Apéndices
Apéndice A. Una propuesta metodológica para la toma de decisiones en bioética clínica. Análisis de casos en la práctica obstétrica (resumen)

El propósito de este aparte es el de presentar de manera resumida el método planteado para facilitar su consulta durante su aplicación práctica. Esta propuesta está basada principalmente en el método principalista de Tom Beauchamp y James Childress (1999, 2013) y los métodos principalista y deliberativo de Diego Gracia (2007, 2008b, 2009b, 2011a, 2013c). El cual tiene como finalidad la construcción de una recomendación, de la mayor calidad y corrección, para un ser humano o grupo social en particular que busca dar solución a una situación moral problemática en el ámbito clínico, especialmente en el ámbito obstétrico, tratando de responder a la pregunta: ¿Cuál es la mejor solución posible para recomendar a este ser humano o grupo social en particular que está vivenciando una situación moral problema? En el que se reconoce a la deliberación prudente como su eje principal para la toma decisiones en condiciones de incertidumbre y contingencia (Gracia, 1999, 2011a, 2013c).

En este proceso es importante tener en cuenta que se debe promover la participación de las personas en condiciones de igualdad, con el propósito de lograr una recomendación consensuada y argumentada. Algunos aspectos a tener en cuenta para ello de acuerdo con Paul Ricoeur son:

- Cada uno de los participantes tiene un derecho igual a la palabra.
- Cada uno de los participantes tiene el deber de dar su mejor argumento a quien se lo pida.
- Cada uno de los participantes debe escuchar con un prejuicio favorable el argumento del otro.
- Los antagonismos de una argumentación reglada debe tener por horizonte común un acuerdo, el consenso. (2008, p. 219-220)

Las seis etapas propuestas para el estudio de casos en bioética clínica son: el caso clínico, el problema moral, la propuesta de solución del problema moral, la recomendación final y la epicrisis.

A1. El caso clínico

El estudio del caso clínico se hará en dos etapas: a) la presentación del caso clínico; y b) el análisis del caso clínico.

La presentación del caso clínico. Este tiene por objetivo poner en conocimiento de los participantes los elementos relevantes del caso clínico que permitan su comprensión y estudio, desde las perspectivas científica y humana (Morin, 2001); y posteriormente, la identificación de los problemas morales. En el reconocimiento que el proceso de salud-enfermedad es una vivencia enraizada en el contexto de vida de una persona, "...la enfermedad no es sólo un hecho biológico sino también, y fundamentalmente, biográfico. Tan importante es el elemento físico-biológico como la vivencia de esta realidad física. No solo es cuestión de hechos, también de sentido" (Domingo & Feito, 2013, p.26).

El análisis del caso clínico. Este análisis parte de la presentación que se hace del caso y tiene por objetivos: a) comprender la situación problema, el cual permite tener claridad acerca de lo que sucede; y b) asegurar que se cuentan con todos los datos necesarios que permitan, posteriormente, identificar los problemas morales.

Para esto, muchas veces, puede ser insuficiente la historia clínica como única fuente de información; lo que hace necesario, en algunas ocasiones: a) ampliar y enriquecer la búsqueda a partir de otras perspectivas como pueden ser: la de los propios pacientes, el núcleo social próximo, la red de apoyo y el de otros profesionales relacionados con su
atención; y b) la interconsulta a otros expertos, en temas que por su naturaleza o complejidad no sean de competencia de los miembros del comité, en pro de una visión integral e inter-transdisciplinar del mismo.

Algunos elementos necesarios a identificar en el análisis del caso clínico para la posterior identificación de los problemas morales son: a) los participantes y/o potenciales afectados; b) la intervención o intervenciones médicas propuestas. En relación con la intervención clínica propuesta es necesario conocer: la condición de salud del paciente; la naturaleza de la intervención o intervenciones propuestas; y su pertinencia de acuerdo con la lex artis58 y la normatividad respectiva, de carácter nacional y/o internacional -según se considere-; y c) las potenciales situaciones morales que puedan ser las causantes de problemas morales, ver Figura A1.

A.2 El problema moral

El propósito de esta etapa es identificar los problemas morales vivenciados en el caso clínico; y luego seleccionar el más relevante para su estudio. Su estudio se realizará en tres pasos: a) la identificación de los problemas morales; b) la selección del problema moral a estudio; y c) el análisis del problema moral seleccionado.

Identificación de los problemas morales (siete o más). A partir del análisis del caso se procede a identificar los problemas morales relevantes. Entendiendo por este "...todo lo que alguien cree que es un problema ético, porque al menos es problema ético para él, y con eso es suficiente" (Gracia, 2013c, p.5). Los problemas identificados se van anotando, procurando que en su redacción sean lo más claros y precisos posibles. En esta

58 “La lex artis señala las reglas técnicas para cada tipo de acto médico semejante, si bien estas reglas o procedimientos clínicos deben atemperarse al caso concreto, pues nunca hay dos pacientes iguales” (Valencia, G., 2001, p.25).
etapa, el número de problemas reconocidos no deben ser menores a siete, a fin de dar cuenta con la complejidad de la realidad estudiada (Gracia, 2011a, 2013c).

**Selección del problema moral a estudio.** A partir de la identificación de los problemas morales se procede a escoger el problema bioético más importantes para su estudio, que debe tener en cuenta en sí mismo a los demás expuestos. En esta selección debe permitirse la participación de la persona o las personas que traen el caso clínico para estudio.

En caso de que hubiera más de un problema relevante a estudiar o que el estudio de la situación problema por su complejidad ameritara del análisis pormenorizado de múltiples variables, se procederá a la evaluación independiente de cada uno de ellos, en una o más sesiones para facilitar el proceso, previamente poniendo de manifiesto la necesidad de esta situación (Gracia, 2011a, 2013c).

**Análisis del problema moral seleccionado.** A partir de la selección del problema moral a estudio se procede a identificar: a) los seres humanos involucrados en la situación problema; b) la naturaleza del problema, en el que se identifica a lo que se considera que se ha faltado el respeto: a un valor, una creencia, un principio, un derecho, un deber, una norma, etc., tratando de responder a la pregunta: ¿A qué se ha faltado el respeto? ; y c) los seres humanos que puedan verse afectadas por la decisión, a fin de facilitar posteriormente su resolución, ver Figura A1.

Muchas veces, la identificación clara y concreta de estos aspectos del problema son el primer paso real y efectivo para su resolución, en la medida en que se puedan identificar y justificar las razones del desacuerdo se podrá llegar a consensos más fácilmente a través de la deliberación (Domingo & Feito, 2013; Maliandi, 2010).
Figura A1. Los aspectos del problema moral
Fuente: elaboración propia.

A.3 La propuestas de solución del problema moral

Una vez identificado el problema moral se procede, mediante la deliberación prudente, a la búsqueda del curso de acción óptimo a seleccionar. La cual se realizará en tres fases: a) la identificación de los cursos de acción probables; b) la selección del curso de acción óptimo; y c) la contrastación del curso de acción óptimo.

La identificación de los cursos de acción probables (cinco o más). De acuerdo a la propuesta de Diego Gracia (2011a, 2013c), este proceso se facilita si se identifican primero los cursos de acción extremos, que determinen claramente las posibilidades opuestas; para luego proceder a establecer los cursos de acción intermedios, dentro de los
cualces generalmente se encuentra la mejor opción. En este proceso deben identificarse no
menos de cinco cursos de acción, en "un intento de dar alguna respuesta a la pregunta
básica; ¿qué debo hacer?" (Maliandi, 2010, p.175).

**La selección del curso de acción óptimo.** A partir de los cursos de acción
identificados se seleccionará de manera argumentada el curso de acción óptimo, el de
mayor calidad y corrección, de acuerdo a las circunstancias y las consecuencias previsibles
para el caso en consideración, con el objetivo de dar solución a la situación problema que
aquejá a un ser humano o grupo social en particular (Gracia, 1999).

**La contrastación del curso de acción óptimo.** Una forma de garantizar que la
solución propuesta sea la óptima es a través de su contrastación con un marco general de
análisis moral, que tiene en cuenta los siguientes aspectos: a) los principios morales
centinelas; b) el sistema de referencia moral; c) el marco legal vigente y d) los casos
precedentes. El mejor curso de acción será aquel que pueda ser justificado
argumentadamente, teniendo en cuenta estos aspectos, "como una repuesta a la pregunta
"por qué" referida al carácter moral de esas acciones" (Maliandi, 2010, p.197).

**Los principios morales centinelas.** Los principios seleccionados para ello son: no
maleficencia, respeto a la autonomía y responsabilidad, los cuales son definidos en la Tabla
A1. En este contexto, estos principios no tienen el carácter de absolutos, son *normas
morales generales* que sirven de marco para el análisis de los problemas bioéticos en el
contexto clínico (Kottow, 2005a; Vásquez, 2008); cuyo objetivo fundamental es el servir de
"...garantía de racionalidad y prudencia exigible en la deliberación moral" (Domingo &
Feito, 2013, p. 86); bajo el presupuesto que la solución óptima será aquella que mayor
consideración les tenga, "...como un modo de procurar la maximización de la armonía entre
ellos" (Maliandi & Thüler, 2008, p. 180). En caso en que esto no sea posible, y sea
necesario en la recomendación privilegiar un principio sobre otro, se recomienda tener en cuenta estas seis condiciones para su justificación, propuestas por Tom Beauchamp y James Childress:

- Las razones que justifiquen la norma prevalente deben ser mejores que las que justifiquen la norma infringida.
- El objetivo moral que justifica la infracción tiene posibilidades reales de lograrse.
- No están disponibles otras acciones alternativas moralmente preferibles.
- El menor nivel de infracción en relación con el objetivo primario a alcanzar ha sido seleccionado.
- Todos los efectos negativos de la infracción han sido minimizados.
- Todas las partes afectadas han sido tratadas imparcialmente. (2013, p. 23)

**Tabla A1. Los principios bioéticos centinelas**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Los principios bioéticos centinelas</th>
<th>Definición</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **El principio de no-maleficencia** | El no hacer daño de una manera intencionada:  
- No se debe causar daño o mal  
- Se debe prevenir el daño o el mal  
- Se debe aliviar o curar el daño |
| **El principio de respeto de la autonomía** | El respeto a la capacidad de los seres humanos a decidir por sí mismos con respecto al cuidado de su salud. |
| **El principio de responsabilidad** | Dos dimensiones de este principio:  
- La obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión  
- El deber de realizar acciones de cuidado y protección hacia uno mismo y hacia las personas o los objetos con las que se han adquirido relaciones y obligaciones |

Fuente: elaboración propia.
El sistema de referencia moral. En la recomendación propuesta se debe velar por el respeto a la dignidad humana, un valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos; la protección de los seres humanos y la promoción de su autorrealización. El no poder hacerlo en un caso particular obliga a dejar constancia de la excepción de una manera justificada, en el reconocimiento a su vital importancia en el desarrollo moral de un grupo social y una sociedad. Es una excepción que no puede dejar indiferente a nadie frente a ella, y que obliga, adicionalmente, a dar recomendaciones para su prevención, en la medida de lo posible.

El marco legal vigente. Es importante contrastar el curso de acción seleccionado con el marco legal vigente para garantizar que éste respete esta normatividad. Excepcionalmente, es posible que en la estudio de un caso se ponga de presente la inadecuación de las normas legales a este respecto o la no contemplación de esta problemática en las mismas, especialmente frente a los nuevos avances técnico-científicos aplicados al ámbito de la salud. Lo que permitiría que esto se constituyera en un insumo muy importante para proponer cambiar o mejoras a esta normatividad.

Los casos precedentes. La experiencia de los comités acumulada a lo largo del tiempo debe servir como base para el estudio de casos posteriores, que permita una toma de decisiones más cualificada al respecto. "Es probable que los casos similares originen juicios también similares" (Domingo & Feito, 2013, p. 88).

A4. La recomendación final

La recomendación final será el producto del consenso alcanzando en el proceso de deliberación alrededor del curso de acción, posterior al proceso de contrastación. En atención a la naturaleza compleja y dinámica de la realidad, no siempre es posible seleccionar un curso de acción que satisfaga plenamente esta contrastación; de ser esto así,
Esta elección debe ser justificada de manera suficiente por parte de los miembros del comité.

Adicionalmente, dependiendo la complejidad de la situación problema es necesario considerar la posibilidad de que se requiera de más de una sesión para su estudio, a la espera de recolectar nueva información referente al mismo, antes de la toma de una decisión definitiva; y en otras casos, de realizar un seguimiento del caso a lo largo del tiempo para su mejor comprensión, con o sin la recomendación de la implementación de intervenciones durante este período.

De igual forma, es importante tener en cuenta que en algunas ocasiones solo es posible alcanzar un consenso parcial y en otras ocasiones, que son la minoría, no es posible alcanzar consenso alguno. En esta última situación, el comité estaría en la obligación de recomendar a la persona y/o instancia a la que le correspondería tomar esta decisión (Hottois, 2008).

Finalmente, en el entendido que se debe brindar una solución integral a un problema clínico bioético de acuerdo a su naturaleza, la recomendación podría tener en cuenta los diferentes niveles de atención en salud, si esto es necesario: el individual, centrado en el caso clínico particular estudiado; el institucional, a través de la mejora de procesos que minimicen o garanticen la prevención de esta problemática a nivel local; y el social, de acuerdo con la complejidad de la situación, con el propósito de buscar una solución integral al problema que comprometa a todos los sectores sociales involucrados, y si es necesario, promover la creación o el mejoramiento de los procesos de atención en salud y la normatividad respectiva, a nivel local, nacional y/o internacional (Hackspiel, 2000; Hottois, 2013).
A5. La epicrisis

Posterior a la recomendación, será deber del profesional de la salud, que haya llevado a estudio el caso, entregar un informe final de este al comité. Es importante esta retroalimentación, la cual permitirá, por una parte: servir de apoyo para el estudio de nuevos casos; identificar y estudiar los problemas bioéticos clínicos más importantes en una comunidad particular en un período de tiempo determinado; y disponer de una base documental que permita la consulta a terceros; y por otra parte, permitir retroalimentar al comité acerca del proceso de toma de decisiones realizado y el método de toma de decisiones utilizado para su mejoramiento, basado en sus aciertos y desaciertos. Al final del texto, se encuentra un resumen del método propuesto en la Tabla A2.
### El método de toma de decisiones

<table>
<thead>
<tr>
<th>I. La fundamentación bioética</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>II. El sistema de referencia moral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. A nivel ontológico: El reconocimiento de la dignidad humana, es decir del valor esencial, intrínseco, invariante y universal de todos los seres humanos</td>
</tr>
<tr>
<td>b. A nivel moral: El respeto de la dignidad humana: - Proteger a los seres humanos - Promover la auto-realización de los seres humanos</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>III. El caso clínico</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Presentación del caso clínico</td>
</tr>
<tr>
<td>b. Análisis del caso clínico</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>IV. La propuestas de solución del problema moral</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. La identificación de los cursos de acción probables (cinco o más)</td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los cursos de acción extremos</td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los cursos de acción intermedio</td>
</tr>
<tr>
<td>b. La selección del curso de acción óptimo</td>
</tr>
<tr>
<td>c. La contrastación del curso de acción óptimo en relación con:</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Los principios morales centinellas:</td>
</tr>
<tr>
<td>- El principio de no-maleficencia</td>
</tr>
<tr>
<td>- El principio de respeto a la autonomía</td>
</tr>
<tr>
<td>- El principio de responsabilidad</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El sistema de referencia moral</td>
</tr>
<tr>
<td>3. El marco legal vigente</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Los casos precedentes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| V. La recomendación final |

| VI. La epicrisis |

Fuente: modificación elaborada a partir de los métodos propuestos por Tom Beauchamp y James Childress, y Diego Gracia, a quienes se hace especial reconocimiento.
Apéndice B. Presentación y análisis de los casos analizados por los estudiantes de una asignatura de bioética con el método de toma de decisiones propuesto

En este anexo se presentan los nueve casos clínicos trabajados con el método de toma de decisiones aquí expuesto, presentados por los estudiantes que cursaron la Asignatura de Bioética de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, durante el primer semestre del año 2016. Al final de cada uno de ellos se presenta su análisis en relación con: a) la aplicación de la metodología, teniendo en cuenta las cinco etapas de la metodología propuesta. La cual se calificó como adecuada o inadecuada; se consideró adecuada si se había desarrollado de acuerdo con la metodología descrita, e inadecuada si su desarrollo no estaba conforme a la misma; y b) los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en el estudio del caso. Para terminar, se presenta la opinión de los estudiantes respecto a este método, en relación con sus fortalezas, debilidades y recomendaciones.

B1. Caso B1. Estudio de Willowbrook

B1.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.

I. El caso clínico.

a. Presentación del caso clínico:

En el período de 1950 a 1970, se realizó una investigación, conocida como el Estudio de Willowbrook, en el que se analizó un grupo de niños con retraso mental, que estudiaban con régimen de internado, en la Escuela Estatal de Willowbrook en Nueva York. En esta institución había una alta incidencia de hepatitis, por lo que se observó estos casos cuidadosamente. El objetivo del estudio era determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno. Más tarde se descubrió que
existían dos tipos distintos de Hepatitis (A y B). Al mismo tiempo se demostró que inyectando a los residentes infectados con Gamma Globulinas (un tipo de inmunoglobulinas), se podía desarrollar una inmunidad pasiva, por lo que se tomaría ésta como una forma de tratamiento. Este estudio fue aprobado por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, y apoyado por el área Epidemiológica de las Fuerzas Armadas. En la escuela se aceptaban de manera preferencial niños con retraso mental que eran portadores de Hepatitis y se inocularon cientos de niños para que la contraeran. Los niños recién ingresados, de entre 3 y 11 años de edad, eran sistemáticamente inoculados con hebras del virus aisladas de las heces de enfermos con hepatitis de la misma escuela. El consentimiento de los padres para la investigación en sus hijos era una exigencia para la admisión a esta institución que tenía cupos limitados. El estudio fue realizado por el Dr. Saul Krugman y colaboradores, quienes lo justificaban como beneficioso para estos niños enfermos por la ayuda médica sin costo, y para la humanidad por los nuevos conocimientos. Las inoculaciones con el virus de la hepatitis en forma intencionada, fueron justificadas por la inevitabilidad del contagio, por la alta densidad de niños enfermos en la escuela de Willowbrook. Además, señalaban, era mejor para los niños ser contagiados bajo cuidadosas y controladas condiciones de investigación, supervisados por médicos de excelencia. Recuperado de http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/willow.pdf.

b. Análisis del caso clínico:

Este caso evidencia varias situaciones problema entorno a los principios de la bioética, que pueden dar origen a problemas de índole moral, como lo son:
- Permitir el funcionamiento de instituciones de educación que cursan con eventos de enfermedades contagiosas como la hepatitis B y que ponen en peligro el bienestar de los estudiantes.

- Disposición de niños con retraso mental para estudios sin un motivo claro, y reflejando una violación al derecho de igualdad del ser humano, en lugar de brindarles exclusivamente protección y tratamiento para su condición.

- Uso de drogas experimentales, de las cuales no se conocen sus efectos colaterales, en niños con retraso mental, los cuales son más vulnerables a los efectos de estos tratamientos.

- Coacción hacia los padres, para que sus hijos fueran partícipes de estos estudios y falta de información de los riesgos a los que sus hijos se enfrentarían.

- Imposibilidad de los niños de tomar sus propias decisiones, por no ser conscientes de su enfermedad y por el mismo hecho de ser niños.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

- Evaluar el curso de una enfermedad sin tratamiento en pacientes con capacidad deficiente de toma de decisiones.

- Inocular hepatitis en niños con objeto de estudio.

- Uso de tratamientos experimentales sin claro conocimiento de efectos secundarios en humanos.

- Tener preferencia por niños en condición de discapacidad.

- Exigir como requisito para ingreso a la institución la aprobación para la realización de estudios, lo que implica una involuntariedad en el consentimiento adquirido por los padres.
- Anteponer los intereses científicos e investigativos, sobre los intereses personales, poniendo en riesgo a los niños y privándolos de beneficios.
- Justificar las pruebas bajo el concepto de brindar una ayuda médica sin costo.
- Ser un estudio aprobado por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, y el área Epidemiológica de las Fuerzas Armadas.

b. Selección del problema moral a estudio:

Uso de niños entre 3 y 11 años de edad con retraso mental para determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes:
   - Niños con retraso mental
   - Padres de los niños
   - Investigadores: Dr. Saul Krugman y colaboradores

2. Naturaleza del problema: se ha faltado el respeto a un derecho.

3. Individuos afectados por la decisión: niños con retraso mental

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos:
   - Finalización del estudio.
   - Llevar a evaluación de entes internacionales para deshabilitar la aprobación dada al estudio por entes gubernamentales.
   - Cierre de la escuela estatal con régimen de internado.

2. Identificación de los cursos de acción intermedio:
- Apartar estudiantes con y sin enfermedad para evitar el contagio, y tratar exclusivamente a los contagiados dejando a un lado los fines investigativos.

- Prohibir estudios en individuos sin capacidad de decisión

b. La selección del curso de acción óptimo:

Llevar a evaluación de entes internacionales para deshabilitar la aprobación dada al estudio por entidades gubernamentales y dar por finalizado el mismo.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia: En este caso, los niños fueron duramente afectados, ya que no solo fueron contagiados con el virus sino que fueron tratados con drogas usadas por primera vez en humanos, por lo tanto, se está poniendo en riesgo la vida y el bienestar. De esta forma, se considera necesaria la intervención de entidades internacionales que se opongan a la violación a los derechos de los niños que se está evidenciando.

- El principio de respeto a la autonomía: Un niño de 3 a 11 años y además, que cursa con una discapacidad cognitiva, no tiene capacidad de toma de decisión por lo que se delega esta actividad a su acudiente y resulta válida mientras se garantice el bienestar del niño en todo aspecto. En este caso debido a que se pone en riesgo su salud, ni siquiera el acudiente tiene derecho a tomar una decisión y se acepta el hecho de prohibir la ejecución de este tipo de estudios como principio de respeto a la autonomía.

- El principio de responsabilidad: Tanto los padres como los investigadores son responsables de cualquier daño causado al paciente en cuestión, ya sea por razones de acción u omisión, así como las entidades gubernamentales que dieron su aprobación.
2. El sistema de referencia moral: Dentro del marco de los derechos humanos se afirma que: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternamente los unos con los otros.” En consecuencia sin importancia la condición del individuo debe exigir para sí los mismos derechos y deben ser tratados como seres humanos iguales. Al realizar este tipo de estudios, además de que no se defiende la dignidad humana, no hay una protección del niño y se subvalora la importancia individual relegándola a simples “objetos de experimentación”.

3. El marco legal vigente: Gracias a las investigaciones entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en 1982, publicaron la “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”. El objetivo de las Pautas es indicar cómo pueden aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

   Estas organizaciones tienen la capacidad y voluntad de comunicarse libremente y llegar a consensos de ética médica, protegiendo los derechos y mejorando la calidad de vida de todas las personas del mundo.

4. Los casos precedentes: Una de las características que caracterizan este estudio y del cual no hallamos precedentes está relacionado con el hecho de que existe una especie de consentimiento que aceptan los padres antes de ingresar sus hijos al centro educativo y el cual les informa de parte del estudio a realizarse con ellos. A lo largo de la historia se han
hecho otros experimentos en humanos que al igual que el estudio de Willowbrook generan consecuencias negativas en los pacientes y violan tanto los derechos humanos como los principios morales: Infección de guatemaltecos con enfermedades venéreas en los años 40, la Infección de puertorriqueños con cáncer en 1931 y el experimento Tuskegee en 1932.

IV. La recomendación final

Ningún ser humano debe ser expuesto a experimentación sin su consentimiento. Aunque quedan dudas con respecto a los motivos que impulsaron a usar personas con discapacidad para este estudio, es importante que se dé un cambio. La sociedad debe aprender a valorar cada una de las diferencias presentes en la raza humana. Por otro lado el estado debe garantizar el bienestar de los seres humanos y en especial de la niñez, proteger a las poblaciones menos favorecidas y bajo ninguna circunstancia aprobar investigaciones que no sean aceptadas dentro de los principios morales.

V. La epicrisis

Teniendo en cuenta que la situación sanitaria actual en Colombia se encuentra en un estado crítico y preocupante, se establece la necesidad de que dentro de la formación de los estudiantes de Medicina, se lleve a cabo el desarrollo de un método de análisis de algún caso de interés clínico; es por esta razón, que se toma la decisión de analizar el estudio de Willowbrook, el cual es un caso que presenta una amplia complejidad dentro del tema de la bioética clínica.

Así, lo más relevante que se determinó corresponde a que el estudio de Willowbrook fue una investigación realizada en el período de 1950 a 1970, en el que se analizó un grupo de niños con retraso mental que eran portadores de Hepatitis y en los que se inocularon para que la contrajeran, bajo el consentimiento de los padres como una
exigencia para la admisión. El objetivo era determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno. Más tarde se demostró que inyectando a los residentes infectados con Gamma Globulinas, se podía desarrollar una inmunidad pasiva, y se tomaría ésta como una forma de tratamiento. Este estudio fue aprobado por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, y apoyado por el área Epidemiológica de las Fuerzas Armadas. El estudio fue realizado por el Dr. Saul Krugman y colaboradores, quiénes lo justificaban como beneficioso para estos niños enfermos por la ayuda médica sin costo, y para la humanidad por los nuevos conocimientos. Las inoculaciones con el virus de la hepatitis en forma intencionada, fueron justificadas por la inevitabilidad del contagio, por la alta densidad de niños enfermos en la escuela de Willowbrook. Además, señalaban, era mejor para los niños ser contagiados bajo cuidadosas y controladas condiciones de investigación, supervisados por médicos de excelencia.

De esta forma, se considera necesario un sometimiento a evaluación de entes internacionales para deshabilitar la aprobación dada al estudio por entidades gubernamentales y dar por finalizado el mismo. Todo lo anterior argumentando que de acuerdo a los especificado en los derechos humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”, y en consecuencia un estado de discapacidad cognitiva no representa argumento para ejecutar investigaciones mientras se ponga en riesgo el bienestar del individuo.

**B1.2 Análisis del caso clínico.** A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B1; y b) en la segunda se
presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B2.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| - Análisis del caso clínico | Inadecuado  
Se limita a identificar los posibles problemas éticos del caso, sin realizar un estudio detallado de los mismos. Adicionalmente, al final de su análisis se identificaron posibles problemas bioéticos de manera imprecisa o equivoca |
| 2. El problema moral | |
| - Identificación de los problemas morales | Adecuada |
| - Selección del problema moral a estudio | Adecuada |
| - Análisis del problema moral seleccionado | Inadecuado  
No se identifica la naturaleza del problema. |
| 3. La toma de decisiones | |
| - Identificación de los cursos de acción probables | Inadecuada  
No hace una adecuada discriminación entre cursos de acción extremos e intermedios.  
Las propuestas de solución planteadas no dan una respuesta global a la problemática planteada, son respuestas parciales a algunos aspectos de esta problemática. |
| - Selección del curso de acción óptimo | Inadecuada  
El curso de acción óptimo seleccionado es insuficiente para dar solución al problema moral planteado. |
| - Contrastación del curso de acción | Adecuada |
| 4. La recomendación Final | Adecuada  
Posterior al proceso de contrastación, el curso de acción recomendado cambia y toma nuevos elementos que lo hacen más adecuado a la complejidad del caso analizado. Al tener en cuenta elemento como: el respeto a los derechos humanos, el respeto que se debe a todos los seres humanos y la obligación de colaboración mutua; el respeto del consentimiento informado para todos los seres humanos; la valoración de la diferencia existente en la raza humana; el deber del Estado de garantizar el bienestar de los seres humanos y en especial de la niñez y la población menos favorecida; y el reconocimiento que a nivel nacional e internacional no se deben aprobar investigaciones no acordes con los principios éticos. |
|--------------------------|------------------------------------------------|
| 5. La epicrisis           | Adecuada  
Se concluye con un buen análisis global de los casos, utilizando para ello los elementos de la recomendación final y del curso de acción seleccionado. Así mismo, se hace un reconocimiento a la crítica situación sanitaria colombiana y a la necesidad de adecuar en este tipo de toma de decisiones a los profesionales de la salud. |

Fuente: elaboración propia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Organismos internacionales Estado Investigación realizada</td>
<td>Prohibición de la realización de estudio por parte de organismos internacionales, que previamente había sido autorizado por el mismo gobierno</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Sujetos de investigación Sociedad Estado</td>
<td>Respeto a la diferencia en los seres humanos Garantizar el bienestar de los seres humanos Garantizar el bienestar especialmente de la niñez Protección a la población menos favorecida Rechazo a investigaciones que no respetan los principios morales Consentimiento informado para sujetos investigación</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td>Estudiantes de Medicina Organismos internacionales</td>
<td>Reconocimiento de la crítica situación sanitaria Colombiana Capacitar en un método de toma de decisiones en bioética clínica Resumen y análisis del Estudio Willowbrook Regulación internacional de la investigación adecuada Respeto de los derechos humanos Protección a la población en condición de discapacidad participantes en investigación</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

B2. Caso B2. Embarazo abdominal de 17 semanas deseado por los padres

B2.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

El 13 de octubre de 2010 acude al servicio de ginecobstetricia del hospital una mujer de 35 años con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal en el fondo de saco de Douglas de 17 semanas, con Beta-HCG y latidos cardiacos presentes. Como antecedentes
de importancia refiere haber sido operada de un embarazo ectópico tubárico hace tres años y haber tenido un aborto hace cinco años.

En la entrevista con la pareja, se comprueba que están informados con respecto a la situación, a las posibilidades terapéuticas y a los riesgos. Afirmar que desean continuar con la gestación puesto que llevan muchos años intentando concebir un hijo pero que dejan en manos del médico la decisión final según su criterio.

b. Análisis del caso clínico:

Se configuran dos situaciones que ocasionan varios problemas morales en este caso. En primer lugar, como será aclarado más adelante, el embarazo ectópico abdominal tiene un pronóstico pobre para el ser humano en formación y un pronóstico de alto riesgo para la madre que lo lleva en su vientre, al punto que la cirugía es el procedimiento de preferencia en estos casos (Shen L, 2014), y sólo se suele esperar la viabilidad del feto si es hallado después de las 24 semanas (Díaz, 2002). Por otro lado, la pareja se presenta como deseosa de lograr una concepción a término; incluso con varios intentos fallidos previos, por lo que el fallo de otro embarazo puede llevar a la pareja a percibirse como un fracaso en aquello que tanto añoran. Así, la relación entre estas dos situaciones, y el hecho de que el médico tenga libertad en su actuar sobre la paciente, engendran la necesidad de ponderar el peso de los riesgos y los beneficios, tomando en cuenta también que en caso de perder el bebé la pareja tendrá que sufrir un nuevo duelo.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

- La continuación de la gestación implica un riesgo para la vida de la madre.
- La interrupción del embarazo es un problema ético desde el punto de vista de acabar con el producto de una concepción.
- El hecho de remitir a la paciente a otro centro hospitalario significa delegar la toma de la decisión, lo que podría entenderse como la evasión de una responsabilidad.
- Mayor probabilidad de anomalías congénitas de continuar con la gestación.
- De no interrumpir el embarazo, podrían quedar secuelas que afectarán la calidad de vida de la madre.
- En determinado momento, el deseo de los padres de continuar con el embarazo podría influenciar la decisión médica.
- Continuar con la gestación significaría un mayor costo para el sistema de salud, teniendo en cuenta además que el niño podría nacer con malformaciones lo que impactaría aún más económicamente.

b. Selección de los problemas morales a estudio:

Consideramos que entre los problemas morales expuestos anteriormente, los más relevantes y que engloban al resto son la continuación de la gestación o la interrupción de la misma los cuales, desde el punto de vista ético, implican un mismo dilema: atentar contra la derecho a la vida, el cual es uno de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Política de Colombia y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

c. Análisis del problema moral seleccionado:

1. Participantes:

- Los pacientes (la madre gestante y el producto de la gestación).
- La pareja de la paciente y padre.
- Ginecologistas
- Neonatólogos
- Personal de enfermería
2. Naturaleza del problema: El principal problema generador de todos los dilemas éticos en este caso, es el peligro que tiene la madre de sufrir una complicación durante la gestación, que puede poner en riesgo su vida. Las principales complicaciones de un embarazo ectópico abdominal son: hemoperitoneo, anemia aguda, coagulación intravascular diseminada, infección, embolismo pulmonar, formación de fístulas a intestino, donde se ve una mortalidad materna de un 5 a 20% (Díaz, 2002). Si se compara la mortalidad materna, aumenta 7,7 veces comparado con un embarazo ectópico tubárico, y 90 veces comparado con el embarazo intrauterino. Así mismo, la continuación de la gestación afectaría la calidad de vida de la madre si llegaran a ocurrir complicaciones no fatales que dejaran secuelas. Por otra parte, el feto se vería perjudicado en caso de desarrollar una anomalía congénita, situación que no es infrecuente en embarazos ectópicos abdominales ya que las estadísticas muestran una tasa del 35 al 75%. Por todas estas complicaciones se ha establecido que el mejor manejo que se puede dar en esta situación es el aborto terapéutico, pero con esta decisión se genera otro dilema ético con respecto al producto de la concepción y el derecho que tiene a la vida. Desde el punto de vista económico, que se debe considerar dentro de un abordaje integral del problema, los costos implicados en el seguimiento médico de un embarazo de alto riesgo, el nacimiento de un niño con malformaciones congénitas y su tratamiento podrían no corresponder con el beneficio obtenido, teniendo en cuenta los riesgos para la madre y la viabilidad fetal. El derecho a la vida también se vería vulnerado por la interrupción del embarazo, caso en el que se estaría afectando al feto. Independientemente de que las estadísticas muestran que la viabilidad fetal es del 10 al 25% en caso de embarazo ectópico abdominal (Díaz, 2002), existe también la opción de que el embarazo llegue a término y se estaría acabando la posibilidad
de que un ser humano se desarrolle y se realice. Sumado y en estrecha relación a esto, la interrupción de la gestación significaría negar el derecho de la pareja a cumplir su deseo de ser padres.

3. Individuos afectados por la decisión:
- La madre, el padre y el feto. Estos tres sujetos se verían afectados por lo mencionado anteriormente.
- La sociedad: Se vería afectada en cuanto a los costos que implica la decisión que se tome para el sistema de salud.
- Médico: por las posibles implicaciones legales. Sin embargo, en caso de que se optara por interrumpir el embarazo, no consideramos que tenga mayor relevancia porque en Colombia la norma vigente que reglamenta el aborto contempla la interrupción de la gestación en caso de que la vida de la madre esté comprometida.

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables:
- Interrupción de la gestación mediante el uso de medicamentos.
- Interrupción de la gestación mediante técnicas quirúrgicas.
- Continuación de la gestación con manejo domiciliario y seguimiento cercano.
- Continuación de la gestación con seguimiento intrahospitalario.
- Remisión a un centro hospitalario más especializado.

b. La selección del curso de acción óptimo:

Consideramos que el curso de acción óptimo es la supervisión domiciliaria del embarazo esperando la viabilidad fetal, debido a que ésta opción es la que trae mayores beneficios al tomar en cuenta la situación anímica de la pareja afectada. Si bien no permite una vigilancia del estado de salud de la madre y del feto tan estrecha como lo haría la
supervisión intrahospitalaria, controles regulares e indicaciones precisas a la pareja ayudarían a prevenir la mortalidad de la madre y del feto. Normalmente se recomienda hospitalizar para esperar la viabilidad del feto cuando éste tiene más de 24 semanas; en este sentido, el obrar de la manera mencionada seguiría las recomendaciones y evitaría la incomodidad de la paciente (Díaz, 2002), (Almanza Fonseca A, 2007). Al esperar la viabilidad del feto, se estaría haciendo el mayor esfuerzo por cumplir los deseos de la pareja, absolutamente justificados, y exacerbados por la historia que les ha correspondido vivir, en la que han tenido varios embarazos fallidos.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no maleficencia: “Primum non nocere”. Que de acuerdo a Beauchamp y Childress, es la obligación de no hacer daño o mal intencionalmente, prevenirlo, evitarlo o rechazarlo, creemos que se cumple a cabalidad, ya que el equipo terapéutico lo que propone en el curso de acción óptimo es lo que considera mejor para la madre y el fruto de la concepción, respetando el deseo de los padres.

- El principio de respeto a la autonomía: creemos que se cumple plenamente, ya que hemos tenido en cuenta que la pareja tiene la capacidad y la claridad conceptual al esgrimir su motivación para desear la continuación de la gestación y razones de sobra para ejercer su derecho a ser padres; al igual que, al delegar la decisión final al médico, están renunciando a tomar decisiones propias, lo cual es también, desde el punto de vista jurídico, una forma de ejercicio de la autonomía.

- El principio de responsabilidad: avala la selección del curso de acción óptimo ya que los padres están perfectamente enterados de la situación, conocen las opciones terapéuticas y los riesgos tanto en caso de la interrupción de la gestación como en caso...
de la continuación de la misma, por tanto al manifestar su deseo de ser padres, están haciendo lo responsablemente, al igual que el equipo médico está propendiendo por el bienestar físico y mental de la pareja, de manera responsable, a pesar del conocimiento previo del altísimo riesgo.

2. El sistema de referencia moral: Este nos indica que tanto a nivel ontológico como a nivel moral se está reconociendo y respetando la dignidad de los pacientes y del futuro padre, se está procurando protegerlos y además colaborar en su auto-realización, ya que es inherente al ser humano el deseo de procreación.

3. El marco legal vigente: En la literatura revisada no se encuentra normatividad contraria a la continuación del embarazo en virtud a que no se está atentando contra el derecho a la vida, sino que, por el contrario se está favoreciendo el derecho que tiene los padres de tener un hijo, obviamente con vigilancia extrema por el riesgo inminente.

4. Los casos precedentes:

- Presentación inusual de un embarazo ectópico abdominal que llega a término y con feto vivo, la paciente fue referida de una institución de salud con diagnósticos de embarazo de 38 semanas, primigestante, con feto único vivo, presentación pélvica, placenta oclusiva total, oligoamnios severo y una gran masa en cara posterior de útero, miomatosis interrogada.

    Internada en el Hospital, el reporte ecográfico coincide con los diagnósticos de referencia, por lo que se programa la cesárea cuya indicación es presentación pélvica y por la miomatosis realizar probable miomectomía o histerectomía, de acuerdo a los hallazgos; sorpresivamente durante la cirugía, se encuentra el feto en cavidad abdominal, de termino (38 semanas) y vivo, la gran masa descrita como mioma, correspondía a parte de la placenta inserta en fondo y cara posterior del útero.
aumentado de tamaño.

- Embarazo ectópico abdominal de 11 semanas de gestación, Hospital de Clínicas, Asunción. La madre se encontraba con signos vitales estables y no tenía síntomas de complicación del embarazo.

En este caso los médicos encargados discutieron la conducta a tomar teniendo claridad que la madre no presenta complicaciones por lo que no representa un riesgo inminente al momento. Además la edad del embrión permite saber que ya tiene todos sus órganos formados, por lo que debe respetarse la vida y dignidad de este ser, permitiéndole desarrollarse. El curso de acción óptimo, según los especialistas es la “expectación armada” hasta la viabilidad del feto. De presentarse una complicación se deberá intervenir quirúrgicamente en el momento. Sin embargo, la paciente es remitida a un centro asistencial de mayor complejidad y allá se decide después de haber conformado un “Comité de ética ad hoc” que se procedería inmediatamente a la interrupción del embarazo después de haber conformado un “Comité de ética ad hoc” que se procedería inmediatamente a la interrupción del embarazo.

IV. La recomendación final

En este caso, después de discutir entre todos los miembros del grupo, nos parece que el mejor camino para tomar es dejar que el embarazo continúe y si se presenta alguna de las complicaciones antes mencionadas, hacer un aborto terapéutico y tratar la complicación. Es obligatoria la supervisión intensa en este tipo de embarazos ya que las complicaciones pueden ser agudas y muy graves poniendo en peligro la vida de la paciente. Para que todo esto sea posible, la red de apoyo de la paciente se lo debe permitir, en dado caso que no se lo permita, pedir evaluación por trabajo social para que hallen la mejor forma de manejar todo el proceso.
V. La epicrisis

Mujer de 35 con diagnóstico de embarazo ectópico abdominal, antecedentes de embarazo ectópico tubárico y aborto. Se explican todas las posibilidades y aunque expresa que quiere tener a su hijo, le da la decisión final al grupo tratante. Se establecen como los problemas morales más importantes el peligro a la vida de la madre, y la violación al derecho a la vida del producto de la concepción. Después de hacer la consulta en libros y revistas se establece que hay un gran aumento en la mortalidad de la madre y el feto, gran posibilidad de secuelas para la madre y aumento en la probabilidad de anomalías congénitas. Se establece que la mejor manera de proceder es dejando continuar el embarazo con supervisión intensa y en dado caso que se presente una complicación, desembarazar a la madre y tratar la complicación, y si es necesario la evaluación de trabajo social.

Bibliografía


B2.2 Análisis del caso clínico. A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B3; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B4.
Tabla B3. Análisis del caso B2. Embarazo abdominal de 17 semanas deseado por los padres.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adeuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del caso clínico</td>
<td>Adeudado</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El problema moral</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los problemas morales</td>
<td>Adeuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del problema moral a estudio</td>
<td>Adeuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del problema moral seleccionado</td>
<td>Adeudado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Se hace una adecuada identificación de la naturaleza del problema; y en la identificación de la naturaleza de los problemas morales se retoma el análisis del caso con una mayor profundidad. Adicionalmente, la discusión se apoya en bibliografía pertinente.</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La toma de decisiones</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los cursos de acción probables</td>
<td>Adeuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del curso de acción óptimo</td>
<td>Inadecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El curso de acción óptimo seleccionado es inadecuado desde el punto de vista del conocimiento médico. En esta clase de casos es necesario contar con la asesoría de un experto para obviar esta deficiencia y contar con la información suficiente para la toma de una decisión.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Contrastación del curso de acción</td>
<td>Adeuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durante la contrastación el curso de acción recomendado no cambia, ya que la debilidad del análisis no está en el razonamiento moral sino en el análisis de los hechos clínicos.</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La recomendación Final</td>
<td>Inadecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El curso de acción óptimo seleccionado es inadecuado desde el punto de vista de la recomendación médica en relación con el conocimiento actual.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. La epicrisis</td>
<td>Inadecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Se concluye dando nuevos argumentos respecto al manejo que se debe ofrecer a la paciente, teniendo en cuenta su alto riesgo obstétrico. Sin embargo, esto no es suficiente para modificar la recomendación final.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
Tabla B4. Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B2. Embarazo abdominal de 17 semanas deseado por los padres.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Toma de decisiones</td>
<td>Gestante</td>
<td>Vigilancia médica domiciliaria a la gestante</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Esposo</td>
<td>Reconocimiento de la situación anímica de la pareja</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Justificación de la conducta en consideración a los deseos de la pareja</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomendación final</td>
<td>Gestante</td>
<td>Reconocimiento al curso de acción propuesto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Esposo</td>
<td>Reconocimiento de la necesidad de una vigilancia estrecha al caso</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Evaluación de trabajo social.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trabajo social</td>
<td>Fortalecimiento de la red de apoyo familiar</td>
</tr>
<tr>
<td>Epicrisis</td>
<td>Paciente</td>
<td>Resumen del caso clínico y de la recomendación realizada.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Familia</td>
<td>Reconocimiento al derecho a la vida como el problema moral más importante del caso.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Resumen de las posibles complicaciones maternas y fetales de este caso</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Valoración por trabajo social</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

B3. Caso B3. Solicitud de eutanasia por familiares

B3.1 Presentación y desarrollo del caso clínico

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

Paciente masculino de 89 años, quien sufrió trauma craneoencefálico hace 5 años, asociado a consumo de alcohol excesivo, presentando un hematoma subdural derecho tras el cual médico de turno planteó tratamiento con neurocirugía, se le explicó a la familia todos los riesgos y aceptaron el procedimiento, sin embargo el especialista de turno encargado del procedimiento consideró que el paciente no se beneficiaba del procedimiento y decide no realizarlo; 20 días posteriores se le da salida. El paciente sin antecedentes
previos, era funcional e independiente, a raíz del evento ha presentado deterioro funcional progresivo hasta llegar a no tener comunicación verbal, comunicándose solamente a través del llanto o ruidos “como de dolor” gran parte del día; es completamente dependiente de su familia, requiere uso de pañal y sonda vesical. Hace 3 años presentó cuadro de cianosis, dificultad respiratoria, y fiebre, por lo que estuvo en UCI por 20 días, la familia fue informada de derrame pleural derecho total y de una neumonía, salió con una úlcera por presión grado 4 en glúteos que fue manejada por enfermero de familia en la casa, con oxígeno permanente y sonda nasogástrica (familiares refieren que se las recomendó un enfermero conocido porque se broncoaspiraba cuando le daban la comida y que fue la razón de la neumonía); hace 1 mes el paciente fue diagnosticado con Carcinoma Pulmonar. Dentro de la valoración psicosocial, la familia informa que para bañarlo se requiere de 3 personas, ellos lo cambian de posición cada dos horas entre la cama y una silla de ruedas, refieren hacer todo lo posible para tenerlo bien pero constantemente muestra expresiones de dolor. Como problema adicional la familia refiere que cada vez es más difícil obtener los recursos económicos necesarios para el mantenimiento de las necesidades del paciente. La familia expresa su deseo de conocer el pronóstico del Cáncer que presenta su familiar, ya que las condiciones de vida en que se encuentra las consideran indignas para una persona, y no desean prolongar una vida bajo esas condiciones, ya que “esa no es la vida que él tenía” y “muy seguramente él nunca hubiera querido vivir así”, comenta su hija.

b. Análisis del caso clínico:

Paciente masculino que supera ampliamente la expectativa de vida al nacer del promedio, quien tras sufrir trauma craneoencefálico hace 5 años presenta un gran deterioro de su funcionalidad y calidad de vida, sin siquiera poder comunicarse de manera verbal con su familia, por lo que el paciente es completamente dependiente, tiene que ser cuidado por
enfermería constantemente además de requerir cánula de oxígeno permanente, sonda nasogástrica, sonda vesical y pañal, a causa de esta condición de postración e invalidez, el paciente ha venido presentando infecciones que deterioran de manera importante su salud, pues afectan varios de sus órganos, concomitante a todo este cuadro el paciente hace poco fue diagnosticado con carcinoma pulmonar, con lo que evidentemente su salud y pronóstico se deterioran aún más. Actualmente sus familiares refieren que es cada vez más difícil hacerse cargo de él pues requiere de gran cantidad de recursos económicos, físicos y psicológicos por parte de todos sus familiares, recursos que poco a poco se agotan, además afirman que lo ven sufrir día tras día a pesar de todos los cuidados, pues es muy frecuente ver expresiones de dolor en su rostro y aseguran, no lleva una vida digna pues él antes del evento era muy independiente además de querer saber qué pronóstico tiene, no solo de su patología de base si no del carcinoma pulmonar que ahora lo afecta.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales.

- ¿Debe considerarse la idea de practicar una eutanasia?
- ¿Fue el manejo inicial hace 5 años, el más adecuado para conservar o no perjudicar la calidad de vida del paciente teniendo en cuenta las posibles secuelas de no intervenirlo?
- ¿Se hubiese beneficiado el paciente de otros manejos terapéuticos?
- ¿Es justo que un ser humano viva en las condiciones que relata la familia?
- ¿Este es el final de la vida que quiso vivir el paciente?
- Considerando su pronóstico, ¿Es mejor esperar la muerte natural?
- ¿El médico debe intentar alargar la vida de este paciente con todos los recursos disponibles?
- Considerando el pronóstico, ¿El médico debe utilizar el mínimo de recursos y no intentar “salvar esta vida”?

- ¿El paciente es candidato para darle un tratamiento al Carcinoma Pulmonar?

- ¿Qué impacto tiene la situación del paciente para la familia?

- ¿Qué impacto podría tener la muerte de esta persona en la familia?

- ¿El estado debería intervenir económicamente o con recursos materiales para estos tipos de casos?

- ¿El paciente es consciente de su situación?

- ¿Se tiene en cuenta la opinión de los familiares en este momento?

b. Problema moral a estudio:

   ¿Debe considerarse la idea de practicar una eutanasia?

c. Análisis del problema moral seleccionado:

1. Participantes:

   - Paciente
   - Familiares
   - Profesionales de la salud
   - Sistema de Salud
   - El Estado
   - Organizaciones religiosas
   - Comité de Ética Médica

2. Naturaleza del problema:

   - Se pone en conflicto el valor y el significado de la vida
   - Dilema: ¿Qué es estar vivo realmente?
- Es un paciente a quien las intervenciones y cuidados médicos no le cambiaran el pronóstico de la enfermedad.
- La familia tiene una gran responsabilidad en su cuidado y la salud de ellos también se puede afectar
- Por otra parte está el conflicto de quien en realidad tiene la potestad de escoger quien vive y quien muere.

3. Individuos afectados por la decisión:
- El paciente.
- Familia del paciente.
- Otros pacientes en la misma situación

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos:

- Dado que el paciente junto a su familia son católicos practicantes, hay que respetar esta creencia y no llevar a cometer una acción que vaya en contra con sus ideales.
- Las condiciones en las que vive el paciente son indignas para cualquier ser humano por lo que se considera realizar la eutanasia.
- El poco conocimiento y experiencia que tiene la familia en cuanto al pronóstico y tratamiento del estado del paciente no son los adecuados, por tal motivo el médico tratante debe ser el único que decida el plan a seguir, si por algún motivo el médico tratante es incapaz de realizar una decisión, otro profesional de la salud con un nivel de conocimiento mayor respecto al tema deberá escoger.
- Se debe esperar hasta que se encuentre una forma de comunicarse con el paciente y tomar acciones respecto a la decisión propia de él.
- Los familiares del paciente, al ser las personas más cercanas a este, lo conocen mejor que cualquier otro, por ende son los únicos que pueden opinar sobre la condición del mismo. Entonces toda decisión por parte de estos debe ser acatada dado que siempre es pensado en el bienestar del enfermo.

2. Identificación de los cursos de acción intermedio:

- Debido al mal pronóstico del paciente, a su pobre capacidad funcional y a que él es incapaz de comunicarse con las personas que lo rodean, la realización de la eutanasia es una opción, por lo cual se requiere hablar detalladamente con la familia, y los médicos tratantes para llegar a una decisión conjunta.

- El hospital debe tener todos los insumos y programas que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente a su disposición, debido a que no se puede tomar una decisión de forma inmediata, se debe tratar de brindar el mejor apoyo al paciente y sus familiares hasta que se cumpla el tiempo requerido.

b. La selección del curso de acción óptimo:

La toma de decisiones siempre ha sido de gran dificultad para las personas, y estas se vuelven más complicadas cuando se deben tomar por otras personas, en este caso cuando una persona no tiene la posibilidad de comunicarse con la gente que lo rodea no se puede tener claro si está de acuerdo con ella o no. Por lo cual si se piensa en una opción como la eutanasia como forma de salida, se debe tener un consenso entre los familiares, quienes conocen personalmente al afectado y han convivido gran parte del tiempo; y los médicos quienes tiene la experiencia y el conocimiento para poder concretar un pronóstico y plantear las diferentes opciones que se pueden tomar.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:
- El principio de no-maleficencia: De una manera u otra, todos los esfuerzos que han hecho los familiares van en busca de no hacerle daño físicamente, pero es difícil saber si al paciente se le está haciendo daño psicológicamente dado a que él no se comunica; sin embargo, con lo que observa la familia, es muy probable que el paciente se sienta triste, se sienta mal por su situación, y quienes lo conocen refieren que esa no es la vida que él hubiese querido. Practicar la Eutanasia, seguramente ayudará a no ver el sufrimiento que el paciente demuestra, no le estaremos haciendo un daño sino quizás evitando un dolor psicológico, es una forma de curar el dolor que la familia ve en este paciente. Adicionalmente no se le estaría alargando la vida con más sufrimiento.

- El principio de respeto a la autonomía: Debido a la falta de comunicación del paciente, es difícil conocer qué decisión tiene él mismo sobre su salud. Pero bajo estas condiciones son los parientes quienes tienen la voz sobre su familiar, es ahí donde su opinión sobre la mejor salud de su familiar, debe ser tenida en cuenta.

- El principio de responsabilidad: La decisión que se tome sobre el paciente está bajo la consideración de cuidado, protección y de dar razón de las consecuencias de nuestras decisiones. Para la realización de la eutanasia en este caso falta: el consentimiento del paciente; él es quien debe decidir acabar con su sufrimiento, al padecer de una enfermedad terminal incurable; y se debe contar con médicos capacitados para ellos, lo que dificulta legalmente la toma de la decisión.

2. El sistema de referencia moral:

- La premisa ontológica: Las personas son fines en sí mismos y por tanto tienen dignidad y no precio. Una persona que no puede disfrutar plenamente de su vida, que ni siquiera puede comunicarse con sus seres queridos, que no tiene la capacidad de seguir desarrollando o empleando habilidades aprendidas durante su vida, y que requiere
cuidados permanentes para sobrevivir porque es completamente dependiente, no tiene un proyecto para sí mismo y si lo tuviera, no tiene ningún medio para llevar a cabo dicho proyecto. Por lo tanto ha perdido la posibilidad de ser un fin para sí mismo, y no está llevando una vida digna. Una vida que no es digna, que no responde a la máxima de que la persona es un fin en sí misma y que no puede recuperar su dignidad en dicho contexto, no tiene soporte para prolongarla innecesariamente.

- La premisa ética: como personas, todos los hombres merecen igual consideración y respeto. Una persona que no tiene posibilidad de comunicarse con su medio y necesita de los demás para no morir, está en una condición especial que lo diferencia de las otras personas y produce un ambiente en el cual lo toman como una carga, como un peso para la vida familiar, olvidando por completo el respeto hacia la persona y solo asumiéndolo como una responsabilidad obligada. Se plantea una solución en la que se tiene como núcleo la dignidad de la persona y la consideración que tiene la familia respecto a su dignidad, dicha solución es terminar con su vida, terminando con su dolor, impidiendo que continúe una vida indigna y así respetarlo como persona.

3. El marco legal vigente:

- Sentencia C- 239 del 20 de mayo de 1997, exhortó al Congreso de la República “para que en el tiempo más breve posible, y conforme a los principios constitucionales y a elementales consideraciones de humanidad, regule el tema de la muerte digna”.

- Artículo 326 del Código Penal habla del “Homicidio por piedad”, dice que “El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave o incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años”

- Sentencia T-970/ 2014 sobre eutanasia y muerte digna. Las definiciones sobre eutanasia son múltiples y actualmente no se cuenta con alguna
totalmente aceptada. No obstante, lo que sí está claro es que en este procedimiento deben concurrir los siguientes elementos: (i) el sujeto pasivo que padece una enfermedad terminal; (ii) el sujeto activo que realiza la acción u omisión tendiente a acabar con los dolores del paciente quien, en todos los casos, debe ser un médico; (iii) debe producirse por petición expresa, reiterada e informada de los pacientes. Así, la doctrina ha sido clara en señalar que cuando no existen de los anteriores elementos, se estará en presencia de un fenómeno distinto que no compete en sí mismo a la ciencia médica.

- Resolución 1216 de 2015: Artículo 2°, Enfermo en fase terminal. De conformidad con el artículo 2° de la Ley 1733 de 2014, se define como enfermo en fase terminal a todo aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestre un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia comprobada, que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o cuando los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

4. Los casos precedentes:

- *Caso 1:* Ovidio González Correa, 79 años, Primera eutanasia Colombia. En el año 2010, Ovidio González Correa de 79 años fue diagnosticado con un tumor en la boca, debido a esta lesión tuvo que ser intervenido quirúrgicamente donde removieron parte de su rostro, además de ser expuesto a varias sesiones de quimioterapia. Todos estos eventos llevaron a que el señor González padeciera dificultad para comunicarse de forma verbal, además de ‘‘Dolores insoportables’’. Pero todo esto fue en vano, dado que su tumor reapareció, por lo cual decidió terminar con su vida de forma asistida. El
procedimiento fue programado para el día 26 de junio, pero esta fue cancelada a las pocas horas de concretarse, dado que el médico encargado del procedimiento se negó a realizarla, sus motivos, no se ha aprobado la realización en la junta, y que según el médico aun existen cuidados paliativos que pueden usarse. Luego de ganar la tutela el señor Ovidio pudo concretar su meta, el día viernes 3 de julio del 2015, se realizó en la clínica de oncólogos de occidente, la primera eutanasia en Colombia. (BBC Mundo, 2015. Notimerica, 2015)

- Caso 2: Brittany Maynard, 29 años, Muerte asistida california. Maynard nació en Anaheim, California el 19 de noviembre de 1984. El 1 de enero de 2014, se le diagnosticó astrocitoma de grado 2, una forma de cáncer cerebral, y tuvo una craneotomía parcial y una parcial resección de su lóbulo temporal. El cáncer regresó en abril de 2014, y después de su diagnóstico fue elevado al grado 4 de astrocitoma, también conocido como glioblastoma, con un pronóstico de seis meses de vida. En los Estados Unidos, su lugar de origen, apenas cinco estados avalan el derecho a una muerte digna, es por eso que se trasladó de Oakland (California), junto con su familia al vecino estado de Oregón, donde sí está permitida en esta práctica. Antes de morir, la joven dejó en claro cuál era el legado: "Hay que cambiar esta política sanitaria y que esté disponible para todos". El procedimiento se llevó a cabo el 1 de noviembre del 2014. (Infobae, 2015. wikipedia, 2015)

- Caso 3: Nathan Verhelst, 44 años, Bélgica. Nathan Verhelst tenía 44 años y se había sometido a dos cirugías para cambiar su sexo, pero éstas no dieron los resultados esperados. Manifestó sentirse "asqueado" con los cambios en su cuerpo y se reconoció como un "monstruo". Por eso, bajo el argumento de "un sufrimiento físico insoportable"
solicitó la eutanasia. El 30 de septiembre de 2013 recibió la inyección letal, volvió a poner el tema en el centro del debate. (Infobae, 2015)

IV. La recomendación final

Es una situación en la que bajo reglamentos legales actualmente no puede realizarse la eutanasia, ya que el paciente no puede expresar lo que siente y piensa acerca de la condición en la que está. Sin embargo es importante discutir qué calidad de vida tiene actualmente el paciente y su familia y así abrir la discusión, evaluar la posibilidad de que los familiares puedan tomar la decisión de practicarle una muerte asistida pero digna, pues es un paciente que se encuentra viviendo en condiciones en las que la calidad de vida está deteriorada, y en donde hay una afectación psicológica, física y social en su entorno. Por lo que se deben realizar más sesiones y deben presentarse en más escenarios la misma discusión para poder tomar la mejor decisión en situaciones como esta.

V. La epicrisis

Estamos frente a un paciente quien padece una condición crónica, deteriorante, que lo ha llevado junto a sus diversas comorbilidades y requerimientos de múltiples atenciones, junto al agravante de un diagnóstico reciente de Carcinoma Pulmonar; a pensar en un tratamiento condolente para esta última condición. Sabiendo que el paciente es totalmente dependiente, quien requiere de múltiples cuidados y atenciones, que demuestra sufrimiento y tristeza, con familiares preocupados por darle la mejor calidad de vida posible ante la situación, pero que también se siente triste y doliente por todo lo que viven, seguro es un tratamiento que va a atacar una enfermedad pero que va a generar más sufrimiento, deterioro y dolor para él y su familia.
Los familiares en este caso pedían que se le practicara la eutanasia al paciente, pero dado que el paciente no cumplía con algunos criterios para realizarse, los profesionales de la salud decidieron negarse al procedimiento como tampoco someterlo a alguna cirugía para mejorar su calidad de vida dado su edad. El paciente duró 5 años con vida antes que un paro respiratorio producto de su cáncer se la arrebatara, las condiciones como él vivió nunca cambiaron.

**Bibliografía**

- Natalio Cosoy. Colombia: el hombre a quien le cancelaron la eutanasia en el último momento. BBC Mundo, Bogotá. 30 junio 2015. visto el día 14/05/16 en: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150629_colombia_primer_caso_eutanasia_suspendido_nc](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150629_colombia_primer_caso_eutanasia_suspendido_nc)
- Wikipedia. Brittany Maynard. modificada por última vez el 12 oct 2015 a las 15:34. visto el día 14/05/16 en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Brittany_Maynard](https://es.wikipedia.org/wiki/Brittany_Maynard)

**B3.2 Análisis del caso clínico.** A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B5; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B6.
Tabla B5. Análisis del caso B3. Solicitud de eutanasia por familiares.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1. El caso clínico</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del caso clínico</td>
<td>Adecuado</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2. El problema moral</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los problemas morales</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del problema moral a estudio</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del problema moral seleccionado</td>
<td>Adecuado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>La discusión se centra en el estudio de un problema ético general, la eutanasia y su aplicación a solicitud de terceros.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>3. La toma de decisiones</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los cursos de acción probables</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del curso de acción óptimo</td>
<td>Inadecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El curso de acción no está autorizado por la normatividad colombiana.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Contrastación del curso de acción</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durante la contrastación se amplía el caso con estudio de casos previos adecuadamente seleccionados.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>4. La recomendación Final</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>El curso de acción óptimo seleccionado se mejora durante el proceso de contrastación. Se hace un reconocimiento a los alcances reales de la normatividad existente en el país acerca de la eutanasia y se reconoce la necesidad de ahondar en su estudio para considerar otras posibilidades para su solicitud.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5. La epicrisis</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Resumen del caso y de la recomendación final. Se hace un reconocimiento a las condiciones físicas y emocionales del paciente, la situación familiar y las limitaciones terapéuticas específicas del caso.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
**Tabla B6.** Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B3. Solicitud de eutanasia por familiares.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Paciente no consciente en situación crítica, Familia, Profesional de la salud</td>
<td>Solicitud de la eutanasia por terceros, Consenso entre familiares y profesionales de la salud</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Sociedad, Estado</td>
<td>Reconocimiento en la normatividad colombiana de la no autorización de la eutanasia en pacientes no conscientes, Valoración de la calidad de vida para la toma de decisiones en el ámbito clínico en relación con la eutanasia, Promover la discusión de la eutanasia a solicitud de terceros</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td>Paciente, Familia, Profesional de la salud</td>
<td>Resumen del caso clínico y de la recomendación final, Reconocimiento del estado de salud físico comprometido del paciente, Reconocimiento al estado emocional del paciente y la familia, Reconocimiento de las limitaciones terapéuticas específicas del caso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

**B4. Caso B4. Gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo.**

**B4.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.**

**I. El caso clínico**

a. Presentación del caso clínico:

Paciente de 29 años G1 P0 C0 A0, que acude a consulta de control prenatal a las 12 semanas de gestación. Se realiza ecografía durante la consulta en la cual se observa:
restricción en el crecimiento uterino, se explica a la paciente la situación y se hace seguimiento. En otra ecografía de control se halla holoprosencefalia, polihidramnios y malformaciones renales. Por lo cual se hace una amniocentesis y se realiza un cariotipo que reporta una trisomía 13.

El médico cita a la paciente, quien asiste con su esposo, les explica la situación, haciéndoles saber que es un feto incompatible con la vida y que de llegar a término tendría un retraso severo del crecimiento y probablemente fallecería en el primer año de vida. Además de las posibles complicaciones que podrían poner en riesgo la vida de la madre (preeclampsia y eclampsia), sugiriendo la interrupción del embarazo. Los padres manifiestan entender; sin embargo, la paciente no está de acuerdo con interrumpir el embarazo, pero el esposo, sí. El médico entiende el vínculo afectivo de la madre con su hijo, y media entre la pareja, llegando al acuerdo de que si en algún momento se presenta una anormalidad en la salud de la madre se llevara a cabo dicha interrupción.

b. Análisis del caso clínico:

El caso esboza los problemas relacionados con el aborto. El aborto en nuestro país es legal en tres casos específicos: malformación del feto incompatible con la vida, embarazo producto de una violación o producto de una inseminación no consentida, o cuando peligra la vida o la salud de la madre.

En este caso hay malformaciones fetales y riesgo para la vida de la madre. Por eso la indicación médica es interrumpir el embarazo. No obstante, el aborto no es solo un asunto legal y médico. En este caso vemos como una decisión que se tomaría para salvar la vida y la salud de la madre, trae por sí misma un fin no buscado que es la muerte del hijo de la pareja. También está el conflicto de la madre, ya que ella ya ha creado un vínculo afectivo fuerte con quien considera su hijo, más allá de las malformaciones y de poner su
vida en riesgo. Para ella es imposible dar la autorización para quitarle la vida a su primer hijo que ya hace parte de su familia. Ella pone el valor de la vida de su hijo, por encima de su propia vida. Lo cual es respetado por el médico hasta cierto punto, al entender sus sentimientos, sin embargo, el al igual que el esposo no quieren poner en riesgo la vida de la paciente tampoco, y así es como llegan a un acuerdo donde prima la vida de la paciente, pero también se le da importancia a la vida del feto. En este sentido, vemos como a esta vida que muchos verían como desechable, ellos le dan un sentido más amplio con la posibilidad de seguir bajo cierta condición sin importar el pronóstico fetal. Logrando así respetar el valor de la vida materna y la vida fetal.

Por último vemos el papel del médico en la relación médico-paciente, como este da un apoyo a la pareja en todo momento respetando y comprendiendo los deseos de cada uno, sin dejar a un lado su labor y responsabilidad médica, buscando siempre la mejor solución, desde su perspectiva, a los problemas que se presentan. En ningún momento abandono a la paciente para que decidiera todo por sí misma y al final notamos como la decisión fue tomada de manera compartida por ambos padres y el médico tratante como es característico de la relación médico-paciente actual.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

- Poner en peligro la salud y vida materna

- Llevar el embarazo a término sabiendo que el feto no es compatible con la vida

- Actitud ante el embarazo

- Forma de asumir un hijo con malformaciones

- Derecho a la vida fetal

- Amor por un hijo en gestación
- Dar sentido y valor a la vida fetal de un hijo con malformaciones graves
- Respetar la autonomía de la paciente sin abandonarla para que tome sus decisiones sola
- El aborto como solución
- Acabar con una vida para salvar otra

b. Selección del problema moral a estudio: Acabar con una vida para salvar otra.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes: paciente, esposo de la paciente, feto, médico


3. Individuos afectados por la decisión: padres y feto.

III. La propuesta de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos:

- Respetar la decisión de la paciente y no interrumpir el embarazo así ella muera.

- Interrumpir el embarazo de inmediato contra la voluntad de la paciente.

2. Identificación de los cursos de acción intermedio:

- Respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo, solo si hay una prueba indiscutible de que la salud y la vida de la madre están en peligro

- Respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo ante cualquier alteración en la salud de la madre

- Respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo, solo si está en grave peligro la vida de la madre
- Respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo ante cualquier alteración en la salud de la madre, que alerte que puede estar en peligro su salud y su vida

b. La selección del curso de acción óptimo:

   Respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo ante cualquier alteración en la salud de la madre que alerte que puede estar en peligro su salud y su vida

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:
   - El principio de no-maleficencia: Se evita el daño de arriesgar la vida de la madre
   - El principio de respeto a la autonomía: Se respeta plenamente la decisión de la paciente
   - El principio de responsabilidad: El médico ante la primera actitud de rechazo a la indicación clínica, comprendió y respetó la posición de la madre sin sentirse menoscabado en su rol profesional sin dejar de lado la responsabilidad médica de acompañar y guiar las decisiones de la paciente en todo momento.

2. El sistema de referencia moral: Se da valor a la vida fetal, sin arriesgar imprudentemente la vida materna, ya que, aunque se busca el mayor beneficio posible para que los padres puedan establecer un mejor vínculo afectivo con su hijo, no se deja a un lado la preocupación por la vida de la madre, se respeta su decisión y se da dignidad tanto a la vida de la madre como a la del feto.

3. El marco legal vigente: Sentencia C-355 de 2006: Tercero. Declarar EXEQUIBLE el artículo 122 de la Ley 599 de 2000, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o
la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. En este caso se respeta la normatividad vigente en Colombia.

4. Los casos precedentes:

- **CASO DONDE PELIGRA LA VIDA DE LA MADRE. Caso Martha Sulay González.** En el año 2005, contra todo pronóstico, ya que Martha Sulay se había practicado una ligadura de trompas para no tener más hijos -ya era madre entonces de tres hijas-, quedó embarazada. A la cuarta semana de embarazo y en una revisión ginecológica rutinaria le detectaron cáncer de cuello uterino en sus primeras fases precisando quimioterapia para salvar su vida. Solicitó -ante la evidencia de que el tratamiento de quimioterapia acabaría con el embarazo- la interrupción del embarazo y le fue denegado ante la ilegalidad del procedimiento en esos momentos -2005-. Solicitó radioterapia, pero se le negó porque este tratamiento también habría terminado con su embarazo. El embarazo continuó y dio a luz su cuarta hija, para entonces el cáncer había producido metástasis en varios órganos y no admitía tratamiento.

- **CASO DE FETO CON MALFORMACIONES.** Testimonio de mujer que por una malformación decidió interrumpir la vida que estaba en su vientre. Por: MARÍA CAMILA HOYOS C. / UNIVERSIDAD JAVERIANA 5 de octubre de 2013 ‘Cuando tienes seis meses de embarazo y decides abortar’. Cristina es una mujer que impacta con solo verla. Es diferente. Resalta entre el resto de jóvenes de su edad. Irradia felicidad. Pero su forma de ser no es el reflejo de lo que ha tenido que vivir. Quedó embarazada
dos meses después de haberse casado. Javier, su esposo, no dudó un segundo en tener al que sería su primer hijo. Abortar jamás fue una opción. Contar con el apoyo de la madre de Cristina nunca fue una opción. Sabía que su mamá la juzgaría antes de felicitarla. Su suegra, entonces, hizo las veces de madre: la tranquilizó con palabras de amor, de esas que reconfortan el corazón y disuelven el nudo en la garganta que produce saber que en nueve meses la vida de tres personas cambiará por completo. “Después de unos meses me mandaron a hacerme una traslucencia nucal. Todas las mamás dicen que el hecho de tener un hijo les despierta un sexto sentido, y es totalmente cierto. El día que yo tenía que ir a hacerme ese examen, mientras me bañaba, empecé a sentir mucha angustia, algo pasaba. Algo con mi bebé. Yo lo podía sentir”, asegura. “Cuando me dieron el sobre con el resultado decía que la traslucencia estaba aumentada y que había amenaza de aneuploidía. Yo empecé a gritar para que me dijeran que era eso, pero para todos los médicos yo era como un fantasma, nadie me contestaba”.

Cristina se enteró del trágico significado de la palabra aneuploidía en una búsqueda solitaria en Internet. “Una aneuploidía es un cambio en el número cromosómico, un síndrome o alguna enfermedad genética. A mí se me cayó el mundo, de ahí para adelante solo lloré”. No solo presentaba una aneuploidía sino que también sufría de problemas cardiacos que con cada examen se hacían más graves. “Fui al médico y pregunté sobre el aborto y me dijo que sólo estaba permitido en caso de no vida. O sea, que el bebé muriera en gestación o que mi vida estuviera en riesgo y en mi caso no era así”. Cristina afirma que con toda la tecnología que hay en Colombia y con el prestigio de los médicos del país, nada salió como ella pensaba. Los exámenes, asegura, fueron sucesivos episodios de dolor, malos tratos e incomprensión. “Yo necesitaba a mi familia, necesitaba apoyo”. Consideró que la compañía de su abuela, quien vive en
Cuba y siempre ha sido como su madre, era más que necesaria y por eso se marchó para la isla. Cristina y su esposo sabían que iban a traer al mundo a un niño especial que tenía la misma oportunidad de vivir que el resto de seres humanos del planeta y sabían que su condición cardiaca iba a hacerlo más frágil que los demás. No quisieron prohibirle a su hijo, que se llamaría Martín, llegar al mundo, pero el dolor de pensar en un futuro difícil para él, que, además, no le auguraba muchos años de vida, los llevó a tomar una drástica pero para ellos una sana decisión, el aborto. Cristina tomó la decisión de abortar. A sus 23 años y con su capacidad económica sabía que ni ella ni su esposo podrían brindarle la atención necesaria a su hijo. “Nosotros queremos criar a un niño para el mundo, que sea independiente, que tenga todas las posibilidades y nosotros no teníamos el ambiente necesario para brindarle una buena vida a ese bebé. Preferimos que no viniera. Su problema cardiaco lo hacía todo más difícil”. El 9 de abril de 2013, Cristina ingresó al hospital Hijas de Galicia en La Habana. Después de 30 horas de contracciones propiciadas por ocho pastillas de Misoprostol, un abortivo, había dilatado solo un centímetro y empezaba a alucinar, sudaba frío, lloraba, pedía a gritos que se acabara su suplicio. La adolescencia de Cristina no fue fácil. “Mi mamá fue muy dura conmigo, nunca me dejó salir, ni ir a fiestas de quince. Mi mamá siempre fue muy estricta y muy violenta, siempre me pegaba. Mi padrastro abuso de mí y yo le conté a mi mamá y ella no me creyó y me echo la culpa. Me sentí tan traicionada…”. Cristina quería tener un bebé para demostrarse así misma que era una mujer diferente, lejana a la figura de su madre, quien vio en ella una inexplicable competencia. Los gritos en el Hospital de Galicia terminaron después de 38 horas. A las tres de la mañana del 10 de abril, Cristina terminó su aborto. Ella no quiso ver, le daba dolor observar que aquello que ella esperó por seis meses se iba a ir de sus manos. “Fue muy duro, tuve muchos
días de depresión. Pero a pesar de eso siento que Martín tenía su misión. Me ayudó a sanar muchas cosas. Mi mamá y yo volvimos a hablar, ella le dio la oportunidad a Javier, lo conoció y habló con él, yo me acerqué más a mi abuela de nuevo y a mi familia en Cuba. Ese bebé me dejó volver a sentir que tengo familia y de alguna forma un pasado feliz”. Cristina no se arrepiente por más que la cuestionen. Dice que su sexto sentido de madre la hace sentir tranquila. “Yo esperé hasta el último instante para darle la oportunidad. Había días en los que le hablaba y le decía que la decisión era lo mejor para él. Para mí, él es mi angelito”. Su dolor, dice, se concentra en el trato que recibió en Colombia, donde asegura que no recibió un diagnóstico temprano y un procedimiento oportuno para no tener que abortar a los seis meses. “En ninguna clínica sentí afecto y comprensión por mi situación, parte de lo que a mí me impulso a irme fue que no me gustaba ir al médico acá, nadie me decía algo positivo, cada vez que yo iba era un castigo, siempre salía más angustiada, siempre salía peor”.

El primer caso es antes de legalizar el aborto, y se nota como la falta de legalización, fue la condena de muerte para esta mujer. Ya en el segundo caso, aunque se legalizó el aborto, vemos como una mala relación médico-paciente marca un profundo dolor en los pacientes.

### IV. La recomendación final

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el curso de acción que escogimos es el más apropiado desde el punto de vista moral, y el que da valor a las dos vidas y se logra satisfacer plenamente los requerimientos de cada uno de los participantes en el problema, primando un equilibrio entre las posiciones de ellos con respecto al tema. Se debe hacer un seguimiento a largo plazo del caso para ver los resultados de la decisión tomada.
V. La epicrisis

Se presenta un caso que nos muestra un dilema ético sobre el aborto, se hace un análisis del caso teniendo en cuenta los problemas morales que expone el caso, para finalmente identificar el curso de acción más apropiado, que después de este proceso consideramos que es respetar la decisión de la paciente, tratar de conciliar las diferencias entre la paciente y el esposo e interrumpir el embarazo ante cualquier alteración en la salud de la madre que alerte que puede estar en peligro su salud y su vida, respetando el valor de la vida, los principios de la bioética y los lineamientos legales. Por último, se da una recomendación final de acuerdo con todos los puntos tratados.

B4.2 Análisis del caso clínico. A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B7; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B8.
Tabla B7. Análisis del caso B4. Gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo.

| Caso B4. Gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo |
|---|---|
| **Categorías** | **Análisis** |
| 1. El caso clínico | |
| - Presentación del caso Clínico | Adecuada |
| - Análisis del caso clínico | Adecuado |
| 2. El problema moral | |
| - Identificación de los problemas morales | Adecuada |
| - Selección del problema moral a estudio | Adecuada |
| - Análisis del problema moral seleccionado | Adecuado |
| 3. La toma de decisiones | |
| - Identificación de los cursos de acción probables | Adecuada |
| - Selección del curso de acción óptimo | Adecuada |
| - Contrastación del curso de acción | Adecuada  
En la contrastación se amplía el estudio del caso con la presentación de casos previos adecuadamente seleccionados. Presentan una bibliografía pertinente al caso. |
| 4. La recomendación Final | Adecuada  
Se confirma el curso de acción elegido y se argumenta respecto a ser un curso de acción adecuado desde el punto de vista moral y de acuerdo con los deseos de los padres. |
| 5. La epicrisis | Adecuada  
Se concluye con un resumen del estudio realizado. |

Fuente: elaboración propia.
Tabla B8. Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B4. Gestación con feto con malformaciones múltiples y el deseo de los padres de continuar con el embarazo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Gestante, Esposo, Profesional de la salud</td>
<td>Identificación de un conflicto en relación a la intervención médica a elegir. Consultar el caso al comité bioético clínico. Información de los riesgos a los padres en el caso de continuar con la gestación o la interrupción de la misma.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td></td>
<td>Se confirma el curso de acción elegido Consideraciones respecto a ser un curso de acción adecuado desde el punto de vista moral Consideraciones respecto a ser un curso de acción que es acorde con lo manifestado por los participantes Recomendación de seguimiento a largo plazo</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td></td>
<td>Resumen del caso</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia

B5. Caso B5. Solicitud de interrupción de la gestación a una adolescente de 13 años por su madre

B5.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

Nombre: LDSA
Fecha de nacimiento: 22 de mayo de 2002
Edad: 13 años
Ocupación: Estudiante
Religión: cristiana

Motivo de consulta: “venimos para abortar”
Enfermedad Actual:

Paciente de 13 años, quien asiste a consulta con su madre quien refiere que la paciente fue víctima de abuso sexual hace 3 meses, se presenta con ecografía del 12 de mayo que muestra gestación de 12 semanas, además presenta la denuncia del abuso sexual. La madre refiere que acorde con la sentencia C-355 desea que se realice un aborto a la hija, sin embargo, la paciente quien durante la consulta no muestra interés en contestar las preguntas que se le realizan durante el examen físico pide que la madre salga del consultorio, momento en el cual se interroga a la paciente quien refiere que no desea interrumpir el embarazo ya que considera que estaría “matando” a su bebé y que por lo tanto no firmará ningún documento.

Antecedentes

Patológicos: Asma

Quirúrgicos: Ninguno

Alérgicos: Ninguna

Hospitalizaciones: Ninguna

Ginecológicos: Menarquia: 12 años, FUM 18 de febrero 2016 G1 P0 A0 E0

Familiares: Madre con tres hijos de los cuales tuvo pre eclampsia en segundo y tercer embarazo. Hipertensión en abuela materna y diabetes abuelo paterno

Revisión por sistemas

Genito-urinario: refiere flujo vaginal, blanco, sin mal olor

Examen Físico

En compañía de enfermera

Alerta, orientada

FC: 68, TA: 100/60, FR: 17, FCF: 140, AU: 11 cm.
Sin palidez ni ictericia, isocoria normo reactiva, cuello sin masas, ni tiroides palpable. Tórax: sin signos de dificultad respiratoria, ruidos cardíacos simétricos y sin soplos, ruidos pulmonares sin agregados, globoso en pelvis, extremidades eutróficas, fuerza y reflejos sin alteración.

**Interconsulta de trabajo social:** paciente de trece años en el momento en compañía de una enfermera jefe, vive en el barrio salitre, cursa 9º grado en un colegio de jornada única, entra al colegio a las 7 am y sale a las 4 de la tarde; trae reporte de notas que evidencia buen rendimiento académico. Su madre tiene 40 años de edad, profesional de derecho, trabaja de lunes a sábado de 7am a 7pm en una firma de abogados; padre de 41 años de edad profesional de contaduría pública, trabaja de lunes a sábado de 7am a 7pm en la misma firma de abogados que la madre. La paciente refiere que nunca se charla con los padres en las noches, ya que ellos llegan a la casa a las 9 de la noche, hora a la cual ella ya se encuentra dormida y durante las mañanas la interacción se limita a un saludo, los domingos asiste sola a un entrenamiento de baloncesto mientras sus padres adelantan labores de la firma de abogados en el hogar.

Refiere tener desde hace 2 años pareja, quien cumplió 14 años el 02 de marzo del presente año. Él cursa 9 grado en un colegio diferente y vive en el mismo edificio de ella. Refiere que iniciaron a tener relaciones iniciando el año siempre utilizando preservativo, sin embargo ella nunca ha planificado con algún otro método. Refiere que la relación era desconocida por los padres, hasta que se enteraron del embarazo en el mes de abril, la madre ante esto reaccionó denunciando al novio.

**Interconsulta de psicología:** paciente alerta, orientada en las tres esferas, porte adecuado, se interroga a la paciente acerca del abuso sexual y refiere que nunca sucedió tal cosa, ya que ella tiene una relación hace dos años con un niño de su misma edad quien
cumplió recientemente los 14 años, al cual no conocían sus padres sino hasta abril del presente año. La madre al enterarse del embarazo decidió denunciar al joven mayor que ella pues considera que es un abuso sexual ya que él es mayor de 14 años. La paciente llora al contar esta historia refiriendo sentirse con ánimo triste ya que sus padres nunca han tenido tiempo para dialogar o salir con ella, decidió ocultar la relación con su novio por esta misma razón. No refiere ideación suicida en el momento, no refiere intentos de suicidio.

La paciente refiere que, aunque no fue planeado el embarazo es aceptado tanto por ella como por el novio, nunca han tenido intenciones de interrumpir el embarazo. La madre del novio conoce acerca de la situación y acepta y los apoya.

b. Análisis del caso clínico:

Paciente de 13 años de edad quien según madre fue víctima de abuso sexual, en contraste con lo que refiere la paciente ya que afirma que fue un acto voluntario con consentimiento de las dos partes, a lo anterior se añade que el otro menor involucrado tiene 14 años de edad. La madre firma el consentimiento informado para la realización del procedimiento sin embargo la paciente declara que no quiere realizar dicho procedimiento teniendo en cuenta que no quiere atentar contra la vida, y que por lo tanto desea continuar su embarazo.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

- Embarazo en paciente menor de 14 años
- Coacción familiar para realización de IVE, tutores responsables
- Interrupción voluntaria del embarazo sin aceptación de la paciente menor de edad.
- Padres adolescentes quienes no desean interrumpir el embarazo
- Paciente con riesgos asociados al embarazo adolescente.
- Acceso abusivo en paciente menor de 14 años
- Respecto a violación o acto sexual consentido

b. Selección del problema moral a estudio:

La interrupción voluntaria del embarazo, en paciente menor de 14 años, sin aceptación de la paciente.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes: madre de la menor, la paciente, la pareja de la paciente, bienestar familiar y junta médica y médico tratante

2. Naturaleza del problema: Dado que la paciente no desea interrumpir su embarazo en contraste con la opinión de la madre, en caso de realizar el procedimiento se estaría violando el principio a la autonomía y el derecho de la paciente a tomar sus propias decisiones.

3. Individuos afectados por la decisión: Paciente, la pareja de la paciente, la familia tanto de la paciente como de la pareja de la paciente.

III. La propuesta de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción a considerar:

- Realización de la interrupción del embarazo, con consentimiento de los tutores
- Reconociendo la autonomía de la paciente no realizar la IVE
- Reportar la situación con el comité de ética considerando las opciones con la familia y la paciente.
- Reportar el caso a bienestar familiar, la defensoría y la comisaría y que ellos se encarguen de tomar la decisión.
- Dar salida a la paciente y que ella junto con la familia tomen la decisión.
2. Identificación de los cursos de acción extremos:

- Realización de la interrupción del embarazo, con consentimiento de los tutores.
- Reportar el caso a bienestar familiar, la defensoría y la comisaría y que ellos se encarguen de tomar la decisión
- Reconociendo la autonomía de la paciente no realizar la IVE.
- Dar salida a la paciente y que ella junto con la familia tomen la decisión.

3. Identificación de los cursos de acción intermedio:

- Reportar la situación con el comité de ética considerando las opciones con la familia y la paciente.

b. La selección del curso de acción óptimo:

Dado que existen dos partes en el caso que contrastan en el posible desenlace de este, se decidió reportar el caso al comité de ética el cual estará conformado por 8 miembros (una enfermera, un médico rural, un ginecólogo, un representante de la comisaría, un representante de la defensoría, un representante de bienestar familiar, una trabajadora social y una psicóloga) para realizar una reunión en la cual se evalúen los pros y los contras de continuar el embarazo en el contexto de un grupo familiar disfuncional y la desaprobación por parte de la paciente a realizar el procedimiento, además se explicarán a la paciente los riesgos para la salud de ella de continuar el embarazo (riesgo de anemia, bajo peso al nacer, parto prematuro, pielonefritis y en el caso de ella de pre eclampsia por antecedente materno) el riesgo de morbimortalidad neonatal en el primer año. También se deben tener en cuenta las repercusiones emocionales de realizar una interrupción del embarazo en este caso particular.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:
El principio de no-maleficencia: agredir la salud mental de la paciente al realizar el procedimiento, ya que ella considera tal acto como un asesinato. Además, que se estaría aliviando la salud mental al considerar continuar el embarazo, sin embargo, considerar el riesgo de comprometer la salud de la paciente en caso de continuar el embarazo, por la edad y los antecedentes familiares.

El principio de respeto a la autonomía: la paciente está en capacidad de tomar decisiones que pueden afectar su salud (entendiendo esta como el bienestar físico y mental), si se decide realizar la interrupción del embarazo se estaría violando este principio.

El principio de responsabilidad: se deben tener en cuenta los efectos sobre la salud mental de la paciente al realizar un procedimiento que ella rechaza; y los riesgos que impican la continuación de la gestación para la adolescente.

2. El sistema de referencia moral: En este caso se debe procurar proteger la salud de la menor entendiendo esta como un estado de bienestar físico y mental, ya que, aunque existan riesgos en caso de continuar el embarazo estos no superan los efectos adversos sobre la salud mental de la paciente, que pueden llegar incluso al suicidio. Teniendo en cuenta que una mujer es libre de optar o no por interrumpir su embarazo, y en este caso en particular, aunque la paciente sea menor de 14 años se considera una paciente capaz de tomar decisiones que puedan afectar su salud o al menos se debe tener en cuenta su opinión para la realización de conductas que puedan afectarla.

3. El marco legal vigente:

- **Sentencia C-355 Derechos sexuales y reproductivos.** Reconocimiento como derechos humanos. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido finalmente
reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos. Derechos sexuales y reproductivos que además de su consagración, su protección y garantía parten de la base de reconocer que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y, por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social.

- **Aborto causado a mujer menor de catorce años**/**derecho al libre desarrollo de la personalidad** - Titularidad de los menores de edad/consentimiento informado del paciente - Menores de edad. La jurisprudencia constitucional ha reconocido en los menores la titularidad del derecho al libre desarrollo de la personalidad y la posibilidad de consentir tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo, aun cuando tengan un carácter altamente invasivo. En esta medida, descarta que criterios de carácter meramente objetivo, como la edad, sean los únicos determinantes para establecer el alcance del consentimiento libremente formulado por los menores para autorizar tratamientos e intervenciones sobre su cuerpo. En materia de aborto el legislador, si lo estima conveniente, podrá establecer reglas específicas en el futuro sobre representación, tutela o curatela sin menoscabar el consentimiento de la menor de catorce años. Desde esta perspectiva, una medida de protección que despoje de relevancia jurídica el consentimiento del menor, como lo constituye la expresión demandada del artículo 123 del Código Penal resulta inconstitucional porque anula totalmente el libre desarrollo de la personalidad, la autonomía y la dignidad de los menores. Adicionalmente, esta medida de protección se revela incluso como contraproducente, y no resultaría idónea para conseguir el propósito perseguido, en
aquellos eventos que sea necesario practicar un aborto para garantizar la vida o la salud de una menor embarazada. En efecto, dada la presunción establecida por el legislador cualquier persona que practique un aborto en una menor de catorce años sería autor del delito tipificado en el artículo 123 del Código Penal, aun cuando esta intervención sea necesaria para proteger la vida y la salud de la menor y sea consentida por la gestante.

- **Sentencia T-474/96- Derecho a la vida del menor adulto - Capacidad compartida.**

La capacidad relativa que se le reconoce al menor adulto debe ser complementada y perfeccionada, hasta hacerse plena, con el ejercicio por parte de los padres o representantes del derecho-deber que a ellos se les reconoce, de guiar y orientar a sus hijos o representados en el ejercicio de sus derechos, "de modo conforme a la evolución de sus facultades". Se trata de lo que podría denominarse una capacidad compartida, pues no se puede simplemente desconocer de plano las opiniones del menor adulto, adoptando decisiones que tendrían que imponerse por la fuerza, a lo mejor transgrediendo otros derechos del mismo; si se presenta contradicción entre las decisiones que tome el menor, que pongan en peligro su derecho fundamental a la vida, y las decisiones de sus padres para preservarla, le corresponde al Estado, garantizar la primacía del derecho fundamental a la vida del menor.

- **Ley 1622 de 2013. Artículo 1°. Objetoo.** Establecer el marco institucional para garantizar a todos los y las jóvenes el ejercicio pleno de la ciudadanía juvenil en los ámbitos, civil o personal, social y público, el goce efectivo de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno y lo ratificado en los Tratados Internacionales, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización, protección y sostenibilidad; y para el fortalecimiento de sus capacidades y condiciones de igualdad de acceso que faciliten su participación e incidencia en la vida social, económica,
cultural y democrática del país. **Artículo 4°. Principios.** Los principios que inspiran la presente ley, se fundamentan en la Constitución Política, pero además serán principios orientadores para la interpretación y aplicación de la presente ley, los siguientes:

- **Autonomía.** Las y los jóvenes son reconocidas y reconocidos como agentes capaces de elaborar, revisar, modificar y poner en práctica sus planes de vida a través de la independencia para la toma de decisiones; la autodeterminación en las formas de organizarse; y la posibilidad de expresarse de acuerdo a sus necesidades y perspectivas.

4. Los casos precedentes: Se realizó la búsqueda de información en la literatura respecto a casos similares anteriores sin encontrar artículos al respecto.

**V. La recomendación final**

Es necesario la evaluación multidisciplinar del caso, junto con el comité de ética y la junta médica, para identificar las condiciones jurídicas pertinentes para el caso, el estado de salud de la paciente, el estado mental, tanto de ella como de sus tutores, y evaluar la necesidad, de consejería de familia, manejo por bienestar familiar y las instancias médico legales adecuadas, todo buscando tomar la decisión con prontitud, para actuar conforme a esta. Tomar la decisión sin evaluar, todas las posibilidades, puede conllevar a problemas tanto de salud para la paciente, como legales para el médico.

**VI. La epicrisis**

Paciente de 13 años con 12 semanas de gestación, que consulta con la madre para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo por violación, con consentimiento informado, firmado por los tutores legales, sin aceptación de la paciente, en buen estado general, quien por la edad y antecedente familiar de pre eclampsia, se clasifica con
embarazo de alto riesgo, se decide interconsulta con psicología, que muestra que el embarazo es fruto de relaciones sexuales consentidas con pareja de 14 años, además la paciente refiere intención de continuar con el embarazo, a pesar de los riesgos en su salud, y la inconformidad familiar.

**B5.2 Análisis del caso clínico.** A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B9; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B10.

*Tabla B9.* Análisis del caso B5. Solicitud de interrupción de la gestación a una adolescente de 13 años por su madre.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>1. El caso clínico</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adecuada Incluye reporte de interconsultas con psicología y trabajo social.</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del caso clínico</td>
<td>Inadecuado Se limita a un resumen de los hechos presentados. No profundiza en los motivos que tiene la madre para solicitar la interrupción voluntaria de este embarazo, ni tampoco se indaga por la posición que respecto a esto tiene el padre de la menor.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>2. El problema moral</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los problemas morales</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del problema moral a estudio</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Análisis del problema moral seleccionado

Inadecuado

En relación con la naturaleza del problema moral, sólo se limita a considerar el principio de respeto de la autonomía. En este caso se podrían haberse considerado otros aspectos: adicionalmente, otros principios morales involucrados; los valores de los participantes, los deberes y derechos de los pacientes, los menores de edad, los tutores, los profesionales de la salud; y debería haberse profundizado en el conocimiento de las opiniones y preferencias de las partes para sus respectivas solicitudes.

<table>
<thead>
<tr>
<th>3. La toma de decisiones</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>- Identificación de los cursos de acción probables</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- Selección del curso de acción óptimo</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>- Contrastación del curso de acción</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se realiza un excelente trabajo de documentación del caso y análisis del marco legal vigente.

<table>
<thead>
<tr>
<th>4. La recomendación Final</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Adecuada</td>
</tr>
</tbody>
</table>

La recomendación final se enriquece, es más integral en relación con la atención inmediata a la gestante adolescente. No se limita únicamente a la consulta al comité de bioética clínico en espera de una solución al problema.

<table>
<thead>
<tr>
<th>5. La epicrisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Adecuada</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se concluye con un resumen del caso.

Fuente: elaboración propia.
Tabla B10. Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B5. Solicitud de interrupción de la gestación a una adolescente de 13 años por su madre.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Toma de decisiones</td>
<td>Gestante adolescente</td>
<td>Identificación de un conflicto en relación a la intervención médica a elegir entre la gestante y su madre. Consultar el caso al comité bioético clínico Información de los riesgos a la gestante y su madre en el caso de continuar con la gestación o la interrupción de la misma</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Madre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Comité de bioética clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junta médica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recomendación final</td>
<td>Gestante adolescente</td>
<td>Consulta al comité bioético clínico Consulta el caso en junta médica Evaluar el caso desde la perspectiva jurídica. Evaluar las condiciones de salud de la gestante. Evaluar el caso en relación con la solicitud presentada por la madre para la atención de salud de su hija gestante. Evaluar la problemática familiar presentada y brindar consejería a la familia Proponer un curso de acción acorde a la normatividad vigente y las condiciones particulares del caso</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Madre</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Comité de bioética clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Junta médica</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epicrisis</td>
<td>Resumen del caso</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

B6. Caso B6. Recién nacido con una condición de sexo indiferenciado, al que solicitan sus padres se le realice un manejo inmediato para su asignación definitiva de género

B6.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico

Recién nacido de cinco días fruto de primera gestación por padres de 28 y 32 años de edad, es traído a la consulta por presentar la condición de sexo indiferenciado. El pediatra al que consultan refiere a los padres que el niño requiere de un cirugía, lo que
implica que ellos le asignes a su hijo alguno de los sexos. Debido a que esta condición no causa daño físico a la salud o compromete la vida del niño, la cirugía podría programarse para un futuro cuando el niño crezca, conozca su identidad sexual y esté en la capacidad de hacer la elección por sí mismo.

A pesar que los padres entienden la importancia de respetar el deseo de su hijo, les preocupa que la espera implique la confusión del niño con respecto a su identidad sexual y que durante ese proceso el no tenga la capacidad de adaptarse a la sociedad, lo que en últimas terminaría interfiriendo con el posible normal desarrollo del niño. Otra importante preocupación es la discriminación que el niño puede experimentar por parte de sus pares.

Los padres consideran que el niño debe ser sometido a la cirugía, siendo ellos los responsables de la asignación de sexo, pues esto implicaría que el niño nunca se enteraría de su condición y podría crecer como otros niños.

Urología realiza interconsulta del caso, donde al examen físico encuentra un micropene, con apertura uretral en su base, dos escrotos como resultado de la bifurcación de los labios menores y una vagina con fondo ciego. El reporte de patología del tejido encontrado en las gónadas reporta tanto tejido testicular como ovárico.

b. Análisis del caso clínico

Se trata de un recién nacido primogénito, en una condición que coloca su identidad sexual, en un estado indeterminado. Las causas de este fenómeno, involucran varias posibilidades, que condicionan el manejo que se debe realizar; dentro de la génesis se conoce defectos en el cariotipo, desórdenes gonadales, desórdenes en la síntesis de andrógenos o en su acción, desórdenes sindromáticos, malformaciones no endocrinas, entre otros. La condición del paciente obedece a un desorden del desarrollo sexual ovotesticular, es decir, un verdadero hermafroditismo, para lo cual, en el momento, existe la posibilidad
de mitigar diversos posibles desenlaces, a través de una intervención quirúrgica que le otorgaría una identidad al recién nacido, que se esperaría, lograra asegurar un normal desarrollo del individuo, al concederle una identidad fenotípica; sin embargo, la intervención se podría realizar en un momento, en que el niño tengo la capacidad de expresar sus preferencia, sin que esto implique un riesgo para su vida o salud.

El conflicto radica en la dificultad de decidir en este momento, cuál sería el mejor proceder para la determinación de su sexualidad, y por ende, la manera como será tratado y visto en los contextos en que se desarrolle, al reconocer que se desconoce la posición que tendrá el niño cuando crezca y su tendencia sexual, mientras por el otro lado, está el deseo de los padres, de abolir las dificultades que confiere esta condición en la vida de este individuo y en la forma como se adaptará a su sexualidad y construirá la imagen de sí mismo.

Por un lado, los padres tienen el derecho de representar legalmente a su hijo y de tomar las decisiones sobre su posición, dada la incapacidad que tiene el niño por el momento, que desde el punto de vista judicial, no constituye una violación a la legislación. Son los que los padres los que estarían actuando según lo que consideran es benéfico para el niño. Sin embargo, este derecho implica que lo padres, en compañía del equipo de salud interviniente, analicen todas las posibles opciones de tratamiento y determinen si existe un riesgo o no para la vida del menor. Siendo esta una condición que no amenaza directamente la vida o salud del menor, es difícil establecer cuál es el mejor interés, dada las implicaciones que esta decisión tiene sobre el futuro del menor.

Hasta no hace mucho estos pacientes eran abordados desde una perspectiva meramente médica y biológica, siendo sometidos a la reconstrucción anatómica para que sus genitales se adaptaran a alguna de las dos categorías. Sin embargo, en los últimos años
se ha enfatizado acerca de la reflexión de este como un problema biológico, psicológico, ético, cultural, social y legal de estos pacientes, dentro del cual se contempla la postergación de la definición de la identidad de género.

**II. El problema moral**

a. Identificación de los problemas morales:

- Bienestar del niño.
- Niño como sujeto de derechos.
- Autonomía del paciente.
- Incapacidad decisiva del protagonista: representación legal del niño, por parte de los padres, que les da la facultad de tomar decisiones sobre la vida de este.
- La consejería médica y tratamiento en un contexto multidimensional.
- Identidad de género: la coherencia entre pertenecer a una categoría sexual determinada anatómicamente y la concepción individual de su identidad.
- Respeto al desarrollo natural de su sexualidad, género e identidad sin intervención.
- Derecho a la integridad física.
- Inclusión social: el papel del estado; la asignación de un género legalmente.
- Confidencialidad y trato sensible con los padres y familia.
- Consentimiento informado.
- Derecho del niño a conocer su condición.

b. Selección del problema moral a estudio:

El problema moral que se considera acoge al resto y que es el motivo de discusión es el objetivo máximo de preservar el mejor interés del niño. La manera de manejar el desorden del desarrollo sexual del recién nacido, se dirige a garantizar el bienestar de este individuo, asegurando un adecuado desarrollo y la oportunidad de tener un papel en la
sociedad a futuro. Dada la situación de vulnerabilidad y poca competencia en la que se encuentra el niño, el problema en esta situación compromete la autonomía que tienen los padres al intervenir o no sobre la indeterminación sexual de su hijo y el papel del médico como mediador en un momento en el que el protagonista no puede involucrarse en la decisión.

Es importante recordar que el niño es susceptible a que las decisiones que tomen en este momento, modifiquen su manera de vivir, positiva o negativamente, reversible o irreversiblemente.

El segundo problema que se identifica, es el rol del estado en la protección y ejecución de los derechos de este individuo para lograr una inmersión social adecuada y un desarrollo óptimo en las esferas social, cultural, económica, política e incluso religiosa.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes:

- Recién nacido: La decisión repercutirá directamente sobre él, su cuerpo, el desarrollo de su identidad y el papel futuro que él pueda desempeñar como adulto en la sociedad.

- Padres: Son los representantes legales, quienes siempre velarán por su bienestar.

- Personal de salud: equipo de psicología/psiquiatría, personal médico tratante, que suministrarán consejería y serán los direccionadores del tratamiento, sea invasivo o no; su intervención y mediación podría influir drásticamente en la decisión de los padres.

- Estado: la legislación deberá asegurar que tendrán un lugar en el país, con una identificación y registro; y además, que se respeten sus derechos como ciudadanos, con capacidades semejantes a las de los demás.

- Sociedad: Inclusión social y aceptación de este grupo minoritario de personas.
2. Naturaleza del problema: Derecho a la autonomía del niño para decidir sobre su integridad física y el desarrollo de su identidad de género, reconociendo que a pesar que sus padres tienen potestad legal para tomar la decisión que guarde sus bienestar, es un derecho del niño definir su identidad sexual entendido este como un proceso de individualidad, cuando posee las competencias apropiadas.

3. Individuos afectados por la decisión: El recién nacido (protagonista) y su futuro desarrollo.

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables:

1. Identificación de los cursos de acción extremos:
   - Realizar la cirugía para asignación de sexo inmediatamente mediante un proceso quirúrgico agresivo, ocultando al niño su condición.
   - No realizar ninguna intervención médica o quirúrgica.

2. Identificación de los cursos de acción intermedio:
   - Establecer un curso expectante, abordando el problema de una manera multidisciplinaria, con seguimiento por psicología, mientras el niño en su proceso de formación desarrolla su identidad de género y tiene la capacidad de decidir según su preferencia.
   - Realizar intervención quirúrgica no agresiva, preservando la sensibilidad de los tejidos, lo que en un futuro permitirá realizar modificaciones funcionales y anatómicas que se adapten a la elección futura del niño.
   - Realizar intervención quirúrgica agresiva, proporcionando todo la información abiertamente al niño y realizando un acompañamiento en el proceso de desarrollo.

b. La selección del curso de acción óptimo:
Acompañar a los padres y al niño, interdisciplinariamente, involucrando consejería de psicología, psiquiatría, pediatría, en el desarrollo, crecimiento e identificación de su sexualidad, que le permita al niño realizar una decisión sobre el pleno consentimiento informado. Por otro lado, el paciente debe ser un ciudadano registrado, con un género indeterminado mientras ocurre la definición, pero debe tener los mismos derechos que tienen los demás civiles.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia: Este curso evita intervenciones quirúrgicas irreversibles, mientras se acompaña al niño en su proceso de adquisición de competencias, para cuando se realice este procedimiento sea de máxima satisfacción personal para el adulto en formación. Esto permite minimizar y amortiguar el impacto psíquico y social muy importante, mitigar las implicaciones sobre la salud mental y maximiza su capacidad de adaptación social y de instauración de nexos interpersonales con las personas con la que se relacione.

- El principio de respeto a la autonomía: Este curso busca respetar la autonomía del protagonista del caso. Si bien, en el momento carece de aptitud para tomar una decisión, en un momento futuro será capaz de aprovechar su autonomía para tomar una decisión responsable y acorde a sus preferencias; mientras tanto, se debe garantizar un adecuado entorno para que se desarrolle, crezca y alcance los hitos propicios, para tomar la decisión de ser quien desea ser.

En el momento, son los padres, los que tiene la potestad de tomar las decisiones por su hijo, buscando el máximo beneficio, por lo que deben ser capacitados en este
proceso, para que analizando las posibilidades que tienen y su contexto, tomen la
decisión que más aporte el máximo beneficio a su hijo.

- El principio de responsabilidad: En este curso se garantiza que exista obligación
continua y sostenida tanto del equipo de salud como por parte de los padres por cuidar y
proteger al menor; el equipo médico durante este proceso debe suministrar toda la
información relevante (en el estudio intrínseco del niño, en los últimos estudios y
consensos científicos sobre el desorden del desarrollo sexual) y pertinente sobre la
condición del niño; mientras los padres adquieren un papel proactivo y participativo en
todo el proceso, para que juntos procedan de la manera que consideren pertinente, a
através de argumento facultados en acción y no en omisión.

2. El sistema de referencia moral:

- A nivel ontológico: Se considera que el curso óptimo a seguir reconoce al neonato
dentro de su condición de dignidad humano, al reconocerlo como sujeto de derecho,
autonomía y respeto, bajo su condición de vulnerabilidad y riesgo.

- A nivel moral: Se considera que esta aproximación sobrepasa el contexto meramente
biológico de la clasificación de los genitales bajo uno de los dos sexo, y abarca el
concepto de identidad de género bajo indicadores de calidad de vida, que incluyen en el
niño y futuro adulto la capacidad de desarrollar su identidad de manera individual,
evitando los traumas físicos de la intervención quirúrgica, privilegiando la integridad
física, que le permitirá salir en citas, enamorarse, desarrollar relaciones íntimas, tener
una adecuada funcionalidad sexual, casarse y tener hijos. Es decir, bajo el concepto de
autonomía, le permitirá su auto-realización.

3. El marco legal vigente: todos los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho, lo
que esto implica que los niños tienen derecho a decidir de acuerdo al grado de su
competencia. Bajo la premisa de acción más pertinente, esto implicaría que la autonomía del niño sería respetada.

Sin embargo, es importante reconocer que legalmente se estaría violando el derecho legal que los padres poseen a decidir sobre el bienestar de sus hijos. Sin embargo, dado que esta no es una condición que por sí misma amenaza la vida del niño, el concepto de bienestar máximo podría ser relativo, siendo éste objeto de deliberación.

Esta superposición de derechos estaría justificada por la incapacidad que presentan los padres a determinar con certeza la identidad sexual del futuro adulto, pues esta decisión transgrede los límites de individualidad y autonomía del menor e iría finalmente en contra de su autorrealización y bienestar.

4. Los casos precedentes: Durante los años 60s, la práctica de la cirugía temprana correctiva, la cual para el momento se pensaba ayudaba tanto a los niños como a los padres en la formación de una identidad de género y un apropiado rol social, generando un contexto de seguridad, que evitaba además el profundo estrés del estigma social por ser diferente. Sin embargo esta aproximación carece de validación científica a largo plazo, donde no se tiene en cuenta el carácter mutilante e irreversible de estas intervenciones, la complejidad de la identidad de género, con un efecto hormonal importante y la sociedad actual, donde existe gran diversidad sexual y de género.

Por lo anterior, en la actualidad, con excepción de situaciones médicas que amenacen la vida, los consejos de bioética consideran que el manejo más apropiado es la dilación de la intervención quirúrgica hasta que se pueda obtener el consentimiento completo del niño con sus competencias plenamente desarrolladas.
Este curso óptimo estaría sustentado por innumerables reportes de pacientes tratados bajo el régimen inicial durante su vida adulta, quienes se han mostrado inconformes con la identidad asignada por sus padres.

IV. La recomendación final

Se recomienda enfáticamente la política de pleno consentimiento informado, en la cual el niño siempre conozca su situación y se le acompañe multidisciplinariamente en el desarrollo de su identidad sexual y de género, donde se prevenga la toma de decisiones durante la infancia temprana, dado el carácter irreversible y restrictivo que genera a futuras modificaciones estas intervenciones quirúrgicas.

Se duda ampliamente de la toma de decisiones por parte de los padres, quienes se considera solo deben involucrar decisiones en pro del bienestar del niño y esto no aplica para la cirugía correctiva de la apariencia de los genitales externos debido a que esta no es un condición por sí misma que genere alguna amenaza directa contra la vida. Además, el interés de los padres muchas veces entra en conflicto con el interés último del bienestar de los niños.

Es el paciente mismo, el único con plena potestad para tomar esta decisión; lo que implica posponer la decisión cuando el niño tenga las competencias de expresar sus preferencias, hasta aproximadamente los 12 años.

Se considera que esta intervención privilegia la integridad física, sobre la normalidad fenotípica, la cual tiene directa relación con la calidad de vida; se evita el abuso físico al que es sometido el menor por estos procedimientos mutilantes, y permite al niño y la familia educarse acerca de esta condición, con un seguimiento continuo a través de un grupo multidisciplinario que garantice un desarrollo bajo condiciones óptimas.
No se considera meramente la apariencia de los genitales, sino la satisfacción sexual, las funciones reproductivas, la identidad de género y la calidad de vida, si se establece un curso expectante, abordando el problema de manera multidisciplinaria, con seguimiento del proceso de formación del niño.

V. La epicrisis

Un recién nacido, de cinco días, es traído al servicio por sus padres, por hallazgo de morfología genital ambiguа; en el examen físico encuentra un micropene, con apertura uretral en su base, dos escrotos como resultado de la bifurcación de los labios menores y una vagina con fondo ciego. El reporte de patología del tejido encontrado en las gónadas reportan tanto tejido testicular como ovárico.

La entidad corresponde a un desorden del desarrollo sexual, para lo cual, una intervención quirúrgica permitirá la corrección del defecto anatómico, esta se puede realizar inmediatamente ó en el futuro, ya que es una condición que no pone en riesgo la vida del paciente.

Los padres deseaban realizar la intervención inmediatamente, aprovechando el poder legal que tenían sobre la autonomía del niño, bajo el argumento de que estarían asegurando el adecuado desarrollo del niño, aboliendo las preferencias de identidad del ser en formación.

El desarrollo gonadal se define en la semana 6 de gestación, a partir de la cual, la regulación hormonal y los factores genéticos determinan la normo-configuración de los genitales y la coherencia genotipo-fenotipo; es decir, que al nacimiento, la morfología genital, que terminará de madurar y de adquirir la totalidad de su funcionamiento en la adolescencia, va a condicionar el rol que tendrá el individuo en la sociedad y la manera como sus padres y pares le van a tratar. La indeterminación gonadal, representa una
dificultad en el comienzo del crecimiento y desarrollo del niño y plantea un dilema del papel que deben tomar los padres, el equipo médico y el estado en esta condición poco común y para lo cual no existe consenso estipulado para su manejo, ya que no sólo factores biológicos están involucrados, sino también culturales, sociales, psíquicos, morales y políticos.

El problema moral reside en la manera como los padres deben asumir la autonomía que tienen sobre las decisiones que aseguren el bienestar del niño. Estas decisiones se deben tomar basadas con pleno y completo conocimiento de la situación, a través de un marco integral y multidisciplinar, donde se dé un terreno fértil para el acompañamiento continuo del equipo de salud, que debe presentar los posibles cursos a seguir y sus consecuencias a futuro.

En las posibilidades del curso de la situación, se debe considerar como protagonista al recién nacido y como objetivo, el garantizar el bienestar del niño y la potencialidad para el desarrollo de capacidades que le permitan alcanzar su autorrealización, con posibilidad de enamorarse, de gozar de la actividad sexual, de formar un hogar y de tener hijos en el futuro, los cuales son hitos que dependen enteramente de la decisión de que su género (identidad sexual) coincida con su sexo (morfología gonadal).

Se argumentó en que el curso de acción óptima sería acompañar a los padres y al niño, interdisciplinariamente, involucrando consejería de psicología, psiquiatría, pediatría, en el desarrollo, crecimiento e identificación de su sexualidad, que le permita al niño realizar una decisión sobre el pleno consentimiento informado. Por otro lado, el paciente debe ser un ciudadano registrado, con un género indeterminado mientras ocurre la definición, pero debe tener las facultades que tienen los demás civiles, el estado debe
brindar las oportunidades de que esta condición no sea un limitante en su desarrollo y en la garantía de sus derechos y deberes.

La solución a una situación moral problemática debe garantizar que los principios de la bioética se conserven, en un contexto que es tan controversial y mutable. Se aplicará el principio de no maleficencia, al evitar que una intervención quirúrgica cambie drásticamente el panorama del niño, capaz de generarle un daño irreversible en su desarrollo normal; el respeto a la autonomía, que deberá ser ejercido por el protagonista, cuando tenga la capacidad para decidir cuál es la identidad que le regirá y determinará la manera cómo va a actuar y cómo será tratado por la sociedad, el cual además, le será adjudicado un lugar, que deberá ajustarse correctamente a su preferencia sexual. La responsabilidad, que hace imperativo la obligación continua entre los padres y el equipo médico en afrontar las implicaciones de la situación y que todos los puntos queden abiertos a discusión amplia y crítica, basados en información consensuada de servicios médicos capacitados en el tema y en los últimos hallazgos científicos, y de una actitud proactiva de los padres para que las gestiones posibles sean ejecutadas y las posibilidades no sean abolidas por omisión.

El curso óptimo a seguir reconoce al recién nacido, en su condición de vulnerabilidad y riesgo, en consideración al derecho autonomía y respeto; reconoce las posibilidades que se le deberá garantizar al individuo, de tener un futuro con una identidad definida y que logre desarrollarse como las demás personas, que no haya obstáculos en su crecimiento y desarrollo pleno.

El marco legal vigente reconoce a los niños como sujetos de derecho con capacidad de elegir de acuerdo a su grado de ilustración, lo que le otorga la autonomía de elegir sobre su preferencia en el momento que sea pertinente; mientras, la facultad se encuentra en
manos de los padres, quienes deberán reconocer la capacidad que desarrollará su hijo y deberán tomar una decisión que posibilite que la inclinación de su hijo no se vea violada y que su dignidad se conserve en un marco de derechos.

La cirugía temprana de carácter irreversible y mutilante fue por muchos años la posibilidad para que los niños en estas condiciones, se desarrollarán en un entorno normal, porque consideraban que con el procedimiento se exonera al niño de las implicaciones sociales, médicas, psíquicas y demás, sin embargo, actualmente no existe evidencia que lo respalde; por lo tanto, en el momento, con el surgimiento de centros de bioética, se considera que se debe diferir la intervención hasta que exista un consenso con el protagonista de la historia y que pueda hacer uso de su autonomía en toda su extensión.

Por lo anterior, el comité de bioética recomienda la aplicación de una política de consentimiento informado plena, negando la posibilidad de intervenciones quirúrgicas irreversibles, que garantice la futura autonomía del menor en términos de identidad sexual.

Bibliografía


B6.2 Análisis del caso clínico. A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B11; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B12.


**Tabla B11.** Análisis del caso B11. Recién nacido con una condición de sexo indiferenciado, al que solicitan sus padres se le realice un manejo inmediato para su asignación definitiva de género.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del caso clínico</td>
<td>Adecuado</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El problema moral</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los problemas morales</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del problema moral a estudio</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del problema moral seleccionado</td>
<td>Adecuado</td>
</tr>
<tr>
<td>3. La propuesta de solución</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los cursos de acción probables</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Selección del curso de acción óptimo</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Contrastación del curso de acción</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>4. La recomendación Final</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>En la recomendación final se da un mayor sustento argumentativo en relación con el curso de acción seleccionado, posterior a su contrastación. Esta recomendación nuevamente viene a sustentarse de manera más amplia en la epicrisis.</td>
</tr>
<tr>
<td>5. La epicrisis</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Excelente sustentación del curso de acción seleccionado y de la recomendación final.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

**Tabla B12.** Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B6. Recién nacido con una condición de sexo indiferenciado, al que solicitan sus padres se le realice un manejo inmediato para su asignación definitiva de género.
Caso B6. Recién nacido con una condición de sexo indiferenciado, al que solicitan sus padres se le realice un manejo inmediato para su asignación definitiva de género

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Curso de acción</strong></td>
<td>Recién nacido</td>
<td>Manejo interdisciplinario del caso</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Óptimo</strong></td>
<td>Padres</td>
<td>Acompañamiento a los padres y el menor en este proceso</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo de manejo multidisciplinario</td>
<td>Determinación del sexo por parte del paciente posteriormente.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Registro legal del menor con género indeterminado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación</strong></td>
<td>Recién nacido</td>
<td>Presentación del curso de acción previo seleccionado</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>final</strong></td>
<td>Padres</td>
<td>Respeto del menor al derecho a su integridad física</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo de manejo multidisciplinario</td>
<td>Respeto al derecho del menor a decidir sobre su condición de salud posteriormente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td>Recién nacido</td>
<td>Resumen del cuadro clínico del menor</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Padres</td>
<td>Presentación del curso de acción previo seleccionado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Equipo de manejo multidisciplinario</td>
<td>Mayor argumentación relacionada con el respeto del menor al derecho a su integridad física y a decidir sobre su condición de salud; y el brindar apoyo a los padres en relación al manejo de la condición clínica de su hijo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Respeto a los principios de no maleficencia, autonomía y responsabilidad.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Reconocimiento de la normatividad vigente al respecto.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Recuento de los antecedentes históricos relacionados con su manejo</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
**B7. Caso B7. Adulto con trauma raquimedular, dependencia total, depresión severa y escaras de presión múltiples, una de ellas complicada por una fascitis necrotizante. El paciente rechaza la intervención quirúrgica propuesta para su tratamiento**

**B7.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.**

**I. El caso clínico**

a. Presentación del caso clínico:

D. C., es un **hombre de 37 años de edad**, natural y procedente de Bogotá, actualmente cesante, anteriormente fue comerciante de ropa, tiene una hija de 2 años y vive en unión libre con la madre de la niña. Lleva hospitalizado un mes en el hospital.

El paciente llegó al servicio de urgencias debido a un cuadro de 7 meses de evolución que inició con la **aparición de una úlcera sacra por inmovilización**, posteriormente fueron apareciendo **úlceras de presión adicionales en los trocánteres, maléolos y calcáneos de ambos miembros inferiores que se sobreinfectaron**.

El paciente tiene como **antecedente trauma raquimedular** por proyectil de arma de fuego con nivel medular de **T6/T7** hace un año, requirió reanimación e intubación invasiva y hospitalización en UCI por 3 meses, desde ese momento presenta **paraplejia de miembros inferiores sin sensibilidad superficial hasta el nivel de los pezones** y además presenta **incontinencia fecal y urinaria**, el paciente no refiere ningún antecedente de importancia previo al trauma. Posterior a que egresa de la institución a su casa, una **vivienda sin facilidades para personas con discapacidad**, su **estado funcional** es completamente limitado con un puntaje en la escala de **Barthel de 20 puntos**, con funcionalidad completa previo al trauma. El paciente refiere que necesita ayuda para casi la totalidad de sus actividades cotidianas, debe ser movilizado en silla de ruedas y los cambios de posición requieren de 2
a 3 personas debido a que es un hombre de 1.80m de estatura y aproximadamente 100 Kg de peso, sin embargo por lo traumático del evento prefiere estar en su cama y no ser movilizado; debido a esto el paciente empieza a desarrollar úlceras por presión, en un principio en zona sacra que alcanza un estadio IV, adicionalmente desarrolla úlceras trocantéricas bilaterales, en maléolo del tobillo derecho y calcáneos bilaterales. Debido a la incontinencia fecal, la escara sacra se sobreinfecta y cuando acuden al servicio de urgencias, el paciente muestra signos de sepsis.

Durante la hospitalización el servicio de ortopedia realiza 4 lavados de las zonas de presión y en el primero encuentran proceso osteomielítico en ulcera trocantérica derecha, por lo que inicia manejo antibiótico, adicionalmente el paciente refiere una molestia que no puede describir bien en el muslo izquierdo, al examen físico se encuentra edema, con una gran zona de eritema y a la palpación se siente crepitar, y paulatinamente ocasiona una ulcer de 10x7cm, así que debido a hallazgos clínicos y de imágenes en los que se evidencian tractos fistulizados en la fascia superficial, se hace diagnóstico de fascitis necrotizante el 22 de marzo y en marzo 27 se le practica una colostomía para evitar colonización de ulceras. Desde que ingresó el paciente ha mostrado deterioro clínico, con hipotermia, taquicardia, signos de baja perfusión, y una grave anemia que requirió de la transfusión de 8 unidades de glóbulos rojos durante su estadía. En los cultivos de la muestra de la zona de fascitis se aísla una Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasas, por lo que se hace la modificación del tratamiento antibiótico a altas dosis de carbapenémico mas polimixina. Se habla con el paciente y se le explica que debido a la gravedad de su estado actual requiere de la desarticulación del miembro inferior izquierdo dado que es el foco infeccioso que está provocando el deterioro, el paciente se niega al procedimiento. Debido a ello se interconsulta con el servicio de psiquiatría, ya que se
consideraba que el paciente no entendía la gravedad de la situación, en la valoración consideran que el paciente tiene una posible **depresión severa**, sin embargo durante el tiempo de observación el paciente no mostró alteración del estado de conciencia o compromiso del juicio. Se le explica a la familia y ellos refieren entender y respetar la decisión. El **paciente continúa deteriorándose**, con avance de la zona de compromiso de las lesiones, y **sin respuesta al tratamiento antibiótico**, continua con signos de baja perfusión, hipotermia y cifras de tensión arterial limítrofes a la baja, por lo que se **inicia manejo vasopresor** en la habitación de hospitalización dado que el servicio de UCI no considera prudente que el paciente sea trasladado al servicio ya que el pronóstico es reservado. Posteriormente se habla de nuevo con la **familia** para poder firmar un **disentimiento de medidas invasivas** en caso de que el paciente continúe deteriorándose; ellos acceden y lo firman; sin embargo uno de los servicios tratante considera que ese disentimiento es invalido ya que no se habló directamente con el **paciente**, quien no ha presentado cambios en el estado de conciencia, por lo que se le interroga de nuevo y refiere que **no firmará el disentimiento** y que **deben tomarse las medidas invasivas que sean necesarias**.

b. Análisis del caso clínico:

Paciente masculino en cuarta década de la vida, con antecedente de consumo de drogas, quien se encuentra con lesiones ulcerativas secundarias a inmovilización por trauma raquimedular en hechos conflictivos, además de sobreinfección de úlceras por incontinencia fecal. Adicional a esto, el paciente presenta fascitis necrotizante en miembro inferior izquierdo, cuya solución radicaba en la amputación de dicho miembro, medida a la cual el paciente se niega a realizar. Dado que el paciente empieza a presentar deterioro clínico progresivo, hay un dilema entre realizar o no reanimación en caso de paro cardíaco, para lo cual los familiares se niegan a su realización, pero el paciente espera que lo
reanimen si se encontrara en esta situación. En este caso podemos identificar los siguientes problemas:

- Hombre de 37 años, posiblemente cabeza de familia
- Obesidad grado I
- Trauma raquimedular T6-T7- paraplejía de miembros inferiores-Barthel 20 puntos
- Vivienda sin facilidades para personas con discapacidad
- Inmovilización que genera úlceras y sobreinfección de estas- osteomielitis.
- Depresión severa
- Fascitis necrotizante en muslo izquierdo por bacteria multirresistente-requerimiento de amputación
- Colostomía
- Choque séptico
- Amputar? No amputar?
- Reanimar? No reanimar?

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

Además se desarrollan los siguientes problemas bioéticos:

- Padre de familia con condición de salud limitante con cese de actividades laborales, con una esposa e hija que anteriormente dependían económicamente de él. Además de cuya ausencia tras una no reanimación o reanimación no exitosa, implicaría una situación de duelo familiar y ausencia de figura paterna para la hija.

- Adulto joven en la cuarta década de la vida, quien probablemente se encontraba con planes de vida sin desarrollar.
- Calidad de vida inadecuada, aunque es algo subjetivo y va cambiando a lo largo del tiempo, sólo la conoce a cabalidad la persona misma, según su experiencia personal. Probablemente el paciente al haber quedado con secuelas motoras y dependencia casi absoluta, después de un trauma raquimedular, había sido influenciado por este acontecimiento y temía que con la desarticulación de su miembro inferior, las limitaciones físicas y dependencia, aumentarán.

- No realizar la desarticulación del miembro a pesar de que el paciente lleva parapléjico un año, sin posibilidad de recuperar su capacidad de caminar y que en estos momentos comprometía su vida al ser el foco infeccioso principal.

- Primer disentimiento consultado y firmado por la familia sin tener en cuenta al paciente. En este caso no se había documentado alteración en el estado de conciencia del paciente, y adicionalmente no se consideraba que el juicio de él estuviera alterado, por lo que él estaba en capacidad de decidir si firmar o no el disentimiento.

- Realizar medidas invasivas en un paciente con pronóstico reservado. La historia natural de la fascitis necrotizante es mortal sin un manejo médico agresivo, que en este caso consistía en la desarticulación del miembro del paciente, situación a la que se negó, por lo que la probabilidad de supervivencia era en extremo baja y no justificaba maniobras invasivas, ni de reanimación.

- Se considera desde el servicio de psiquiatría que el paciente se encuentra en depresión severa, que podría ser una de las razones para considerar que la potestad de tomar decisiones de importancia clínica radicaría en sus familiares, en este caso, de su pareja.

b. Selección del problema moral a estudio:

    Realizar o no desarticulación del miembro inferior izquierdo a un PACIENTE en quien representa foco infeccioso y compromiso vital además que se encuentra en estado de
paraplejia, teniendo en cuenta que este se encontraba consciente y disentía del procedimiento de amputación.

c. Análisis del problema moral seleccionado.

1. Participantes: El paciente, la familia y el personal médico

2. Naturaleza del problema: El paciente decidió que no se realizará la desarticulación del miembro afectado con fascitis necrotizante, y su posición fue tenida en cuenta por respeto al principio de la autonomía, debido a que se consideró que él estaba en un adecuado nivel de conciencia.

3. Individuos afectados por la decisión: Un individuo y su núcleo familiar.

III. La propuestas de solución del problema moral

a. Cursos de acción probables

1. Cursos de acción extremos:

   - Amputar el miembro afectado, pues elimina el foco con mayor compromiso vital

   - Amputar el miembro argumentando que el paciente no se encuentra en un estado de conciencia que le permita entender su condición médica y por tanto tomar decisiones vitales sobre sí mismo.

   - No amputar el miembro respetando la decisión del paciente y considerando que este se encuentra consciente de sí mismo.

   - No realizar la amputación considerando que el paciente puede cursar con alteración del estado de conciencia y que además implica un alto riesgo vital a corto plazo para el paciente.

2. Cursos de acción intermedio
- Realizar tratamiento farmacológico agresivo teniendo identificación del agente microbiológico causal, y que tome en cuenta el estado de conciencia y pronóstico del paciente.

b. La selección del curso de acción óptimo:

La acción contemplada como mejor opción de tratamiento y prevención de complicaciones frente a la fascitis necrotizante era la amputación del miembro afectado, pues se evitaba la progresión de la infección y se ponía fin al foco de origen infeccioso, adicionalmente se evitaría posterior sepsis por ser el miembro que cursa con proceso osteomielítico.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia: Con la realización de la desarticulación del miembro afectado, se estaría respetando el principio de la no maleficencia, en cuanto a que esta medida es la conducta a seguir en la fascitis necrotizante; cualquier alteración adicional en el estado de salud del paciente, correspondería a su enfermedad de base, y no a un procedimiento médico incorrecto.

- El principio de respeto a la autonomía: Si tomamos la decisión de amputar el miembro inferior y considerando un paciente que se encuentra en capacidad de tomar decisiones, no estaríamos respetando el principio de autonomía que contempla el derecho del paciente a decidir por sí mismo respecto a su cuerpo, a su salud y su muerte. Habría que entrar a mirar que se esté dando una explicación clara al paciente, evaluar qué tanto entiende él y que tan consciente está de su condición médica y las consecuencias que trae el no realizar el acto médico, para poder valorar si la decisión que este toma es adecuada y si el proceder médico también lo es.
- El principio de responsabilidad: El paciente no expresa ni explica la razón por la cual se niega al procedimiento, y adicionalmente no hay referencia de si se le preguntan las razones del mismo, por lo tanto se ejercería la responsabilidad en el momento en que se hubiera justificado su decisión. Y en el caso de seguir el curso óptimo sería lo más responsable debido a que tiene una hija y una pareja con las que había adquirido obligaciones desde la relación inherente que existía entre ellos.

2. El sistema de referencia moral: Previo a las lesiones ulcerativas que se infectaron el paciente ya tenía comprometida su calidad de vida, tenía imposibilidad para movilizarse y debido a la gravedad del trauma raquimedular, era improbable que pudiera volver a caminar. El choque psicológico de una amputación, así sea en una persona parapléjica, deber ser mitigado; debido a la gravedad del cuadro, la amputación era la salida más efectiva para poder retrasar su evolución y permitir una buena acción del tratamiento farmacológico, que carecía de efectividad por la persistencia del foco infeccioso. Según el código de Núremberg: la persona debería estar en la capacidad legal para dar su consentimiento ante el actuar médico, pero que en este caso iba en contra de la acción preferida por el personal de salud, quienes se presume, con el conocimiento adquirido, podrán predecir el desenlace de la infección.

Por supuesto que toda cirugía acarrea una serie de riesgos pero en este caso es mayor el beneficio de la amputación, dado que el no realizarla, provoca el fallecimiento. Durante el desarrollo del caso no es claro si el paciente consideraba que la ausencia de su miembro inferior no era compatible con su vida; sin embargo, él exige medidas de reanimación en caso de necesitarlas y debido a esta probable contradicción, se debió abordar de forma más profunda y directamente con el paciente cuáles eran sus metas y cómo había cambiado su percepción de la vida, posterior al evento traumático y si entendía
claramente los riesgos y beneficios de la aceptación o el rechazo de realizar la desarticulación.

3. El marco legal vigente:

- En Colombia, el 27 de Febrero de 2013 se aprobó la Ley Estatutaria 1618 que tiene como objeto garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. La pérdida de uno o ambos miembros inferiores constituye una causa importante de discapacidad en el mundo y su etiología está asociada tanto a factores propios del paciente (enfermedades vasculares, metabólicas, cáncer), como de su entorno, y este último hace referencia específicamente al trauma tanto civil (accidentes de tránsito, deportivos) como armado (minas antipersonas, heridas por arma de fuego) (Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Luz Helena Lugo. Líder de la guía. Ministerio de salud y protección social, Colciencias, Instituto de evaluación tecnológica en salud. Colombia).

Aquellas amputaciones que sean menores del 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor del 50% de la pérdida de la capacidad laboral correspondiente. Si son mayores o iguales al 50% del tamaño de la falange, se les asignará el valor total de la deficiencia global correspondiente (Decreto 917 de 1999. Diario Oficial No. 43.601, del 9 de junio de 1999. República de Colombia).

Cuando se decide amputar un miembro inferior es vital la participación de un equipo multidisciplinario que tome la mejor decisión pensando siempre en la posibilidad de que el paciente pueda volver a caminar mediante un programa adecuado de rehabilitación (Day H. The stump and the prosthesis. Ann R Coll Surg
Las personas con discapacidad requieren un amplio espectro de servicios, desde intervenciones relativamente sencillas y baratas hasta intervenciones complejas y costosas, de acuerdo con sus necesidades, las cuales pueden estar relacionadas con actividades cotidianas, como el cuidado personal, el acceso a la asistencia y el equipamiento, la participación en la educación, el empleo, las actividades sociales y las modificaciones en el hogar o el lugar de trabajo (Organization WH. World report on disability; 2011).

Se recomienda la amputación en dos tiempos, en lugar de la amputación en un solo tiempo con cierre primario, en los pacientes mayores de 16 años que requieren una amputación del miembro inferior secundaria a gangrena húmeda necrotizante e infecciones graves, para disminuir el riesgo de infección del muñón, mejorar la cicatrización y acortar el tiempo de hospitalización. (Guía de Práctica Clínica (GPC) Para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Luz Helena Lugo. Líder de la guía. Ministerio de salud y protección social, Colciencias, Instituto de evaluación tecnológica en salud. Colombia).

Se sugiere el apoyo sicológico preoperatorio en pacientes mayores de 16 años que estén en riesgo de amputación de miembros inferiores para facilitar la adaptación sicológica y protésica y mejorar la calidad de vida (Guía de Práctica Clínica (GPC)
Para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Luz Helena Lugo. Líder de la guía. Ministerio de salud y protección social, Colciencias, Instituto de evaluación tecnológica en salud. Colombia).

4. Los casos precedentes:


- En este estudio retrospectivo encontraron que la mortalidad es mucho más alta en los pacientes con diagnóstico de fascitis necrotizante que no recibieron un tratamiento quirúrgico adecuado o se encontraban clínicamente mal enfocados, la diferencia en comparación con las personas que sí recibieron el manejo quirúrgico agresivo temprano fue de un 34%. Con una tasa de mortalidad del 38% en los paciente que no recibieron el manejo adecuado VS 4% en los pacientes que recibieron un tratamiento agresivo (Bilton BD1, Zibari GB, McMillan RW, Aultman DF, Dunn G, McDonald JC. Aggressive surgical management of necrotizing fasciitis serves to decrease mortality: a retrospective study. Am Surg. 1998 May;64(5):397-400; discussion 400-1).
Paciente de sexo masculino de 34 años de edad, que trabaja en una Empresa Eléctrica como Electricista, sufrió un accidente el lunes 24 de septiembre del 2012 mientras instalaba un cableado eléctrico en una calle, se resbaló, sin embargo, mientras caía, su mano derecha tocó un cable pelado y sufrió una descarga eléctrica. La electricidad salió por miembro inferior derecho sufriendo varias quemaduras sin sufrir ninguna fractura. Los médicos tuvieron que realizar amputación transtibial con desarticulado de rodilla en la pierna derecha debido a que tuvo extenso compromiso de dicho miembro (Caso clínico, Amputación. Consultado el 14 de mayo de 2016. Recuperado de http://casoclinicocasos.blogspot.com.co/2012/11/amputacion.html)

IV. La recomendación final

Tras la evaluación de la información obtenida y con el conocimiento de la historia natural de la fascitis necrotizante, se recomienda realizar la amputación para eliminar el foco infeccioso con mayor compromiso vital, permitiendo así una mayor efectividad del tratamiento farmacológico y por tanto conservar la vida del paciente. Esta medida tendrá que ir acompañada de un equipo interdisciplinario que contemple intervención psicológica del paciente, buscando una adecuada aceptación de su condición física de base, sumada a la ausencia del miembro inferior, además de mostrarse que él es una parte clave en su familia donde se encuentra una hija de 2 años que necesita de una figura paterna. Debe incluir también tratamiento de rehabilitación y medicina física que contribuya con la recuperación satisfactoria en el posoperatorio; además, es de igual importancia, la participación de trabajo social que intervenga en pro de unas condiciones de vida adecuadas, que garantice la accesibilidad en el hogar y unas condiciones sustentables para su familia. Otra intervención importante, implica seguimiento médico, pues sólo con la desarticulación del miembro afectado, no se resuelve el problema de base del paciente, así que es necesario
entrar a modificar factores como la dieta y actividades, que contribuyan a mejorar el peso del paciente; realizar valoración médica para implementar hábitos saludables y evitar nuevas infecciones, además de brindar apoyo a la salud mental del paciente y su familia.

V. La epicrisis

Se decide una posterior valoración por el área de psicología, quienes consideraron que el paciente cursa con un cuadro de depresión severa que lo incapacita de sus facultades para la toma de una decisión vital, por lo tanto, la decisión recayó en el personal médico y la familia. Tras realizar la amputación y con un tratamiento farmacológico adecuado, se logró preservar la vida del paciente y recuperar su condición clínica. Se contó con apoyo de fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social para adecuar el nuevo estado del paciente a un estado funcional, de bienestar y de calidad de vida para él y para sus familiares. Con intervención psicológica el paciente afrontó su pérdida y aceptó su condición limitante, además de comprender el papel que debía desempeñar en su familia y como figura paterna. Tras las sesiones de terapia social se trabaja en la reintegración social del paciente y la adaptación de su entorno de vida que le permita un desenvolvimiento adecuado. Se realizó educación al paciente y su familia para adoptar hábitos y rutinas preventivas en paciente con paraplejia. Aunque inicialmente se actúa respetando el principio de autonomía del paciente, se obtiene un beneficio grande como es el bienestar personal, familiar y del personal de salud, habiendo un agradecimiento hacia este último.

Bibliografía

B7.2 Análisis del caso clínico. A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B13; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B14.

Tabla B13. Análisis del caso B7. Adulto con trauma raquimedular, dependencia total, depresión severa y escaras de presión múltiples, una de ellas complicada por una fascitis necrotizante. El paciente rechaza la intervención quirúrgica propuesta para su tratamiento.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Análisis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
<tr>
<td>- Análisis del caso clínico</td>
<td>Inadecuado&lt;br&gt;Se limita a presentar un resumen del caso. No se investiga las repercusiones que el cuadro de depresión severa tiene en este paciente para la toma de decisiones.</td>
</tr>
<tr>
<td>2. El problema moral</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Identificación de los problemas morales</td>
<td>Adecuada</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Selección del problema moral a estudio

Inadecuada

El problema seleccionado se considera incompleto por no tener en cuenta otra condición clínica importante del paciente, como es la depresión severa que presenta.

### Análisis del problema moral seleccionado

Inadecuado

Desde el punto de vista de los principios morales, no sólo el principio de respeto de la autonomía está comprometido en este caso. Así mismo, podrían haberse considerado otros aspectos como: los valores de los participantes, los deberes y derechos de los pacientes; las creencias, opiniones, preferencias, intereses y fines del paciente.

### 3. La toma de decisiones

#### Identificación de los cursos de acción probables

Inadecuada

Los cursos de acción propuestos están centrados en dar solución al problema de la fascitis necrotizante, dejando de lado otras patologías del paciente como la tetraplejía, las escaras de presión y la depresión severa.

#### Selección del curso de acción óptimo

Inadecuada

El curso de acción seleccionado está centrado en dar solución al problema de la fascitis necrotizante, dejando de lado otras patologías del paciente como la tetraplejía, las escaras de presión y la depresión severa.

#### Contrastación del curso de acción

Adecuada

Presenta un excelente análisis del caso en todas las etapas de la contrastación. Buena referencia al marco legal vigente y a los casos precedentes.

### 4. La recomendación Final

Adecuada

En la recomendación final y la epicrisis se conjuga una propuesta realmente integral del manejo al paciente, que supera la inicialmente propuesta.

### 5. La epicrisis

Adecuada

En la recomendación final y la epicrisis se conjuga una propuesta realmente integral del manejo al paciente, que supera la inicialmente propuesta.

Fuente: elaboración propia.
Tabla B14. Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B7. Adulto con trauma raquimedular, dependencia total, depresión severa y escaras de presión múltiples, una de ellas complicada por una fascitis necrotizante. El paciente rechaza la intervención quirúrgica propuesta para su tratamiento.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Paciente, Profesional de la salud</td>
<td>Recomendación de amputación del miembro afectado justificada en la enfermedad de base del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Paciente, Familia, Profesional de la salud, Equipo de manejo interdisciplinario</td>
<td>Confirmación del curso de acción seleccionado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Manejo postoperatorio por un equipo multidisciplinario</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Apoyo psicológico al paciente y la familia</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Manejo por rehabilitación y medicina física</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Manejo por trabajo social</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Seguimiento médico del caso</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Implementación de hábitos saludables nutricionales y de actividad física</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td>Paciente, Familia, Profesional de la salud, Equipo de manejo interdisciplinario</td>
<td>Valoración preoperatoria por psicología</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Confirmación cuadro clínico de depresión severa</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Solicitud del consentimiento informado diferido a los familiares</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Recuento del manejo postoperatorio integral por parte de un equipo multidisciplinario brindado al paciente y la familia.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Reintegración social del paciente y la adaptación a su entorno de vida</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.
B8. Caso clínico B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo

B8.1 Presentación de y desarrollo del caso.

I. El caso clínico

a. Presentación del caso clínico:

María y Esteban estaban esperando un bebé. María se encontraba en la semana doce de embarazo y asistió al servicio médico para realizarse una ecografía donde le encontraron defectos en el cráneo fetal. El médico les informó los resultados a los padres pero ellos solicitaron la realización de más exámenes, estaban añorando ser padres desde hace 2 años. Los padres decidieron volver al siguiente mes a pesar de las recomendaciones que les dio el médico, le realizaron un análisis del suero materno encontrando alfa fetoproteína elevada, lo cual revelaba evidencias de fuga desde el tubo neural del feto hacia el flujo sanguíneo de la madre, le practicaron una amniocentesis donde encontraron rastros de médula espinal del feto en el líquido amniótico, esto le permitió al médico confirmar a los padres el diagnóstico de anencefalia. El médico tratante les explicó que el feto era incompatible con la vida y cuando naciera podría mostrar alteraciones físicas considerables, tendría ausencia de cráneo, ausencia de partes del cerebro, anomalías en los rasgos faciales y defectos cardíacos, luego del parto el bebé sería capaz de vivir tan solo algunos minutos.

La pareja era católica, María tenía 41 años y soñaba con ser madre, creía que aquello aún le faltaba para realizarse como mujer y como persona por lo cual decidió seguir con el embarazo y su esposo la apoyó. En la semana 21 de gestación se encontró la presión arterial algo aumentada a pesar del tratamiento habitual que había seguido por casi 10 años, cuando fue diagnosticada con hipertensión arterial, sin ningún otro hallazgo; el doctor le
explica a los padres que además de la malformación del bebé si continúan con el embarazo la madre podría sufrir eclampsia lo cual podría llevarla a la muerte, el médico mostraba a los padres su interés por realizar el procedimiento ya que había tenido una experiencia similar con su esposa la cual había muerto. María y Esteban lo consultaron con sus padres y amigos, el aborto les parecía la salida más lógica y a pesar del desconcierto que les producía tal noticia preferían no poner en riesgo la vida de María; a Esteban la idea de perder a su esposa lo llevaba a inclinarse por practicar el aborto, sin embargo, para María la decisión de terminar con la vida de su hijo no le parecía la mejor opción. Un par de semanas después María empezó a tener un alza considerable en la presión arterial y proteinuria elevada con lo cual se estableció el diagnóstico de preeclampsia, el médico insistió que el embarazo debía ser interrumpido inmediatamente por el riesgo para la vida de la madre, Esteban al ver el estado de su esposa y la preocupación del médico manifestó estar de acuerdo en practicar el aborto; pero María se negaba e insistía en llegar hasta las últimas circunstancias y poder tener al bebé en sus brazos por el tiempo que fuera posible. (Beca, J, Razmilic, M; 2016) (CDC, 2016)

b. Análisis del caso clínico

En el caso clínico planteado podemos ver claramente como una situación particular y complicada para las personas implicadas expone toda una serie de opiniones y creencias personales que van guiando el accionar y las decisiones de cada uno de los actores, las situaciones que pueden dar origen a problemas morales están relacionadas con las diferentes perspectivas con las cuales cada uno aborda el problema bajo su propio marco moral y entran al escenario toda una serie de cuestiones supremamente importantes, como son los sentimientos de una mujer que tiene el anhelo de ser madre y ve como por su edad las posibilidades de conseguirlo cada vez son más reducidas; de un hombre que a pesar de
querer un hijo ve como la salud de su esposa se deteriora y siente miedo por contemplar la posibilidad de perderla y de que al final no pueda tener la compañía de ninguno de los dos, para la familia y amigos que a pesar de hacer una recomendación que a su parecer es la más sensata conocen de cerca a la pareja y también para ellos se generan conflictos, finalmente para el médico quien tratará de persuadir a la madre para hacer lo que su conocimiento y experiencia avalan como la solución para esta situación, en busca de salvar la vida de la mujer y alimentado también por una experiencia similar que debe generar en él unos sentimientos y emociones especiales; en su modo de actuar no debe perder la objetividad aunque esto sea difícil, puede haber un interés particular y quizá mayor insistencia para que la mujer acepte el procedimiento. Como vemos esta situación conlleva al enfrentamiento de opiniones y desacuerdos que deberán ser puestos en discusión y tratar de negociar las posibles salidas para finalmente tomar una decisión que haya tenido en cuenta todos los puntos de vista y que pueda representar algún beneficio, sino para todos, sí para la mayoría.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

Los problemas morales identificados en el caso expuesto son los siguientes:

- Derecho a la vida: a pesar de que se hubiera manifestado por parte del médico que el niño iba a morir a los pocos minutos después de haber nacido, el aborto significa quitarle ese tiempo de vida que podría tener.

- Realizar el aborto implica impedirle a María su autorrealización como madre.

- Realizar el aborto genera un conflicto moral en la madre, pues ella siente que es lo mismo que asesinar a su hijo, a diferencia de lo que sucedería si el niño muere después del parto (en dado caso sería considerado como una muerte natural).
- Es su primer embarazo y por su edad tiene muchas expectativas por ser madre y siente miedo porque las posibilidades de concebir se irán reduciendo a medida que pasa el tiempo.

- El médico ha asumido una actitud paternalista y está tratando de ejercer influencia en la madre para que finalmente acepte firmar el consentimiento informado.

- El deber y el saber del Médico hacen que se enfrenten los principios de Autonomía y no maleficencia.

- Desde su perspectiva religiosa la pareja también está en conflicto moral, ya que su sistema de creencias prohíbe el aborto por considerarlo un asesinato.

b. Selección del problema moral a estudio:

Realizar el aborto genera un conflicto moral en la madre, pues ella siente que es lo mismo que asesinar a su hijo, a diferencia de lo que sucedería si el niño muere después del parto (en dado caso sería considerado como una muerte natural). El deber y el saber del Médico hacen que se enfrenten los principios de Autonomía y la no maleficencia.

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes:

   - Madre
   - Padre
   - Médico
   - Familia de los padres
   - El bebé, ya que aunque no tenga participación directa en el conflicto expuesto, independientemente de la gravedad de su malformación, su vida está en peligro y también es un ser humano.
2. Naturaleza del problema: El principal conflicto se encuentra en que los padres consideran que la práctica del aborto va en contra de sus creencias, pues ello podría implicar un castigo por parte de su Dios; es decir, se estaría faltando al respetando de una creencia si como médicos hacemos caso omiso de estos argumentos. Además se está violando el derecho de la madre de generar un vínculo materno con su hijo durante el tiempo de la gestación y el tiempo que el niño pueda sobrevivir ya estando fuera del útero, lo cual podría acarrear consecuencias de carácter emocional en la madre en el caso hipotético en el que se interrumpa el embarazo.

3. Individuos afectados por la decisión:

- La madre es la principal afectada del problema al arrebatarle a su hijo con el propósito de no arriesgar su vida. Se está poniendo en riesgo su vida, o su estabilidad emocional en dado caso de que se realice el aborto.

- El padre, al negársele la posibilidad de tener a su hijo, así sea por unos minutos, en caso de intervenir el embarazo. También al poner en riesgo la vida de su esposa en caso tal de que no se intervenga.

- El hijo: aunque es inevitable que fallezca a los pocos minutos después de haber nacido, el aborto implica negarle el derecho a la vida que tiene todo ser humano, sin importar ninguna otra condición.

- El médico, al enfrentar dos de los principios de ética médica que siempre deberían ser respetados. El médico se ve en la difícil situación en la cual si respeta un principio, deberá violar otro. Esto afecta su práctica profesional, y sea cual sea la decisión tomada, deberá asumir las consecuencias de sus actos y las implicaciones que esto traiga consigo.
III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos:

- Convencer a los padres para interrumpir el embarazo de inmediato.
- Continuar con el embarazo, estando la familia informada de los riesgos inherentes y los posibles desenlaces.

2. Identificación de los cursos de acción intermedio:

- Realizar la interrupción del embarazo bajo consentimiento informado.
- Buscar alternativas espirituales, familiares o de ayuda profesional que intenten persuadir a la mujer con información veraz sobre los riesgos de seguir con su embarazo, para que tome como prioridad su vida.
- Pedir interconsulta con psicología clínica para persuadir a los padres. Se aclara que debe ser con información verídica y no por medio de manipulación.
- Convocar un comité de ética en el que se incluyan: representante legal de la pareja; especialistas en área de gineco-obstetricia, genética y neonatología; representante de la comunidad religiosa católica; representante de organización o grupo de apoyo en estos casos.
- Proponer la inducción del parto de forma prematura.

b. La selección del curso de acción óptimo:

Proponer a los padres la inducción del parto de forma prematura, de esta manera se conseguiría respetar su sistema de creencias, el derecho a la experiencia de conocer a su hijo y tenerlo en brazos; además que se protegería a la madre, porque el tiempo de gestación sería menor y la madre tendría menos probabilidad de desarrollar la eclampsia.

c. La contrastación del curso de acción óptimo
1. Los principios morales centinelas:

- El principio de no-maleficencia. Su cumplimiento se extiende a todos los individuos ya que es considerado un principio de mínimos. Una de las prioridades del médico debe ser evitar una futura complicación de la madre, para lo cual debe evaluar la proporción riesgo/ beneficio de sus acciones, dando prioridad a proteger la vida y la integridad de la madre, quien en este caso es la única con una verdadera probabilidad de sobrevivir. Bajo este principio, si se va a proceder a interrumpir el embarazo, se debe considerar la cronología del mismo, puesto que mientras es más tardío, mayor es el riesgo que conlleva su interrupción.

- El principio de respeto a la autonomía. Constituye un principio muy importante que se intenta en la medida de lo posible respetar hasta el último momento. La voluntad de los padres, bajo la premisa de que conocen realmente los riesgos y están en pleno uso de sus facultades mentales, lo que les otorga el derecho de tomar una decisión; claro está, teniendo en cuenta que este principio es constitutivo, es decir que sobre él se considera primero la no maleficencia y justicia (ética de mínimos) con el fin de proteger la vida de los pacientes como dicta el deber médico.

- El principio de responsabilidad. Entendido bajo la dimensión de la obligación que tienen los seres humanos de dar respuesta por las consecuencias de sus acciones libremente realizadas, por acción u omisión. En este caso en particular el médico debe contemplar las consecuencias de tomar la decisión de seguir cualquiera de los cursos de acción que se encuentran dentro de sus posibilidades, por ejemplo; si el médico decide actuar y realizar el procedimiento, entraría en conflicto con el principio de autonomía de la madre y podría, llegado el caso tener que responder legalmente por su acto, ante lo cual juega un papel fundamental el previo consentimiento informado que se haya
realizado en conjunto con los padres y el médico tratante. Para ello la madre debe estar en pleno uso de sus facultades mentales. En dado caso de no realizarse el consentimiento informado o de no realizarlo adecuadamente, el médico es quien debe responder según las consecuencias de los hechos, sin importar las buenas intenciones que haya podido tener al momento de intervenir. En segundo lugar decide omitir la conducta médica recomendada, tendríamos que la mujer con una preeclampsia establecida y con factores de riesgo (edad, HTA diagnosticada) tiene una probabilidad mayor de progresar a una eclampsia culminando en crisis convulsivas, coma e incluso la muerte, en este caso prevalecerá el respeto por el derecho de la autonomía; sin embargo, en caso de tener un desenlace fatal en el médico podría generarse sentimientos de reproche o culpa por no haber actuado según su criterio clínico.

2. El sistema de referencia moral:
   - A nivel ontológico: se reconoce tanto a la madre como al feto como seres humanos, en el caso de la madre se le reconoce como persona que piensa y siente, se reconoce la dignidad como un valor esencial intrínseco, invariable, universal para todos los seres humanos.
   - A nivel moral: se respete la dignidad humana porque se protege la vida de la madre y la del feto (hasta donde los medios lo permiten), se logra la autorrealización de María como mamá al menos por unos minutos ya que se cumple con su deseo de ser madre así su hijo nazca con malformaciones y muera rápidamente luego del nacimiento, ella finalmente lograría dar a luz a un bebé y lograría su sueño de convertirse en mamá.

3. El marco legal vigente: La sentencia C-355 de 2006 es el fallo más importante en cuanto a los derechos reproductivos de las mujeres colombianas, su implementación en el marco del respeto, promoción y garantía de los derechos humanos, representa un avance para el
ejercicio de los derechos de las mujeres, lo que conlleva a la despenalización del aborto en
situaciones claramente establecidas, además reivindica la autonomía sexual y reproductiva
dentro del marco de la dignidad humana. (Alcaldía de Bogotá D.C, 2016), (Universidad
Nacional de Colombia y Ministerio de la Protección Social, 2007)

En Colombia la Sentencia C-355 de 2006 estipula 3 situaciones por las cuales está
permitida la interrupción voluntaria del embarazo (IVE): a) Cuando la continuación del
embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer; b) Cuando el embarazo sea
resultado de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, inseminación
artificial, transferencia de óvulos fecundados no consentida, o de incesto; y c) Cuando
exista grave malformación del feto que haga inviable su vida (La Mesa por la vida y la
Salud de las Mujeres, 2011); Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de la
Protección Social, 2007)

Adicionalmente el marco normativo incluye:

- La resolución 4905 de 2006, por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de
  Interrupción Voluntaria del Embarazo.

- Acuerdo 03 de 2009 y 08 de 2010 de la Comisión de Regulación en Salud, por medio
de los cuales se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud
de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Adicionalmente incluye el listado de
  Actividades, procedimientos e intervenciones que se requieren para la IVE (Ministerio
de la Protección Social de la República de Colombia, 2006).

4. Los casos precedentes: Aunque no se encuentran casos que tengan condiciones
completamente similares al caso analizado, hay referencias de los dilemas éticos y morales
que representa la inducción del aborto en un niño anencefálico. Entre estos se encuentran:
- Caso Fabián Alejandro: una mujer de Chile espera a su segundo hijo en un momento de su vida donde todo iba muy bien. En una revisión de rutina le informan la sospecha de que su hijo tenía una malformación que luego se confirma que es anencefalia y que en este caso el bebé moriría poco después de nacer. La madre considera las opciones. En su país no está reglamentado el aborto, aunque solo pensó en una ocasión en esto, ella decide tener a su bebé y llevar el embarazo como el de su primera hija sabiendo del desenlace que tendría, ella y su familia lo toman con mucha tranquilidad. El niño nació y vivió 5 horas, su madre relata cómo valoró aquellos momentos vividos con él.

http://quieronacerchile.blogspot.com.co/2013/06/la-historia-de-fabian-alejandro-un-bebe.html


- Adolecente irlandesa que logra permiso Judicial para viajar a Gran Bretaña y abortar a su hijo con anencefalia, pero por información pro-vida en internet cambió su decisión y permitió el desenlace natural de la malformación. https://www.aciprensa.com/noticias/adolescente-irlandesa-desiste-de-abortar-a-bebe-anencefalico-gracias-a-internet/

IV. La recomendación final

Una vez realizado el análisis del caso, tomando una ruta definida para abordar la complejidad del problema, poniendo en discusión cada uno de los puntos considerados como críticos, indagando por las normas vigentes en Colombia sobre el aborto y teniendo como referente diversos casos con similares características, hemos llegado a un consenso para poder emitir una recomendación final. Muy importante es tener en cuenta que la anencefalia es el defecto genético más grave de las anomalías fetales, siempre letal en un periodo de tiempo corto, el diagnóstico de anencefalia se debe hacer lo más pronto posible mediante todas las herramientas que se tengan disponibles e informar a los padres para tomar una conducta acordada dependiendo de toda una serie de factores, entre ellos el riesgo que pueda representar para la mamá continuar con la gestación. Hay un conflicto que básicamente presenta tres opciones: la solicitud de "aborto terapéutico", la "interrupción prematura" del embarazo, o esperar la evolución de la gestación con atención del parto, el cual puede ser inducido espontáneamente (Sedano L, M et. al; 2008); teniendo en cuenta que la madre manifiesta expresamente no querer practicar un aborto, que ya existe un diagnóstico establecido de preeclampsia y además de los factores de riesgo que tiene la mujer para desarrollar eclampsia, lo que nosotros recomendamos es inducir un parto anticipado espontáneamente, el niño va a nacer y ella podrá culminar toda la experiencia de ser madre de una mejor manera acorde a la situación, llevar a su hijo en el vientre y poder estar con él así sean unos pocos minutos. Mirando los casos referentes vemos como muchas madres en una situación similar afrontan de una mejor manera el duelo y lo referente a la condición de anencefalia con ver a su hijo nacer y poderlo conocer, y minimizando la culpa a los padres que ha generado su sistema de creencias religiosas, por eso hacemos esta recomendación; sin olvidar que este tipo de situaciones requieren la participación de un
equipo multidisciplinario y brindar a la familia el apoyo que requieren para afrontar de la mejor manera dicha situación (Sedano L, M et. al, 2008).

V. La epicrisis

Una madre de 41 años con embarazo de 12 semanas de gestación y sin hijos, descubre mediante una ecografía realizada por su médico que su hijo tiene un defecto a nivel del cráneo. A la semana 16 de gestación se confirma el diagnóstico de anencefalia, una malformación incompatible con la vida que le generaría la muerte al feto pocos minutos después de nacer. Debido a esto, se plantea a los padres la posibilidad de realizar un aborto conforme lo establece la ley Colombiana. Sin Embargo, ellos no la aceptan, principalmente por el anhelo de querer ser padres así supiesen que el niño iba a morir rápidamente, manteniendo sus expectativas de ser padres; y por sus creencias religiosas principalmente de la madre que no le permite considerar el aborto como algo diferente a un asesinato. A la semana 23 de Gestación, la madre sufre preeclampsia, razón por la cual el médico insiste en contemplar la posibilidad de realizar el aborto, pues en este caso, continuar con el embarazo implica un riesgo bastante alto para la madre incluso de llevarla hasta la muerte; sin embargo, ella insiste en querer tener a su hijo en brazos por lo menos esos pocos minutos de vida luego del parto.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantean diferentes escenarios que busquen dar solución al problema planteado, entre los cuales se incluyen, convencer a la madre para que acepte el aborto, realizar una interconsulta para la paciente, acudir al comité de ética médica y realizar un alumbramiento de forma prematura. Finalmente se decide realizar el alumbramiento prematuramente, de tal forma que disminuyese el riesgo para la madre sin impedir el cumplimiento de su anhelo de interactuar con su hijo después del parto y antes de su inevitable muerte.
**Bibliografía**


- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2006). Resolución 00495 de 2006. Por la cual se adopta la norma técnica para la atención de la Interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Retrieved 14 May 2016, from [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20Resoluci%C3%B3n%20495%20de%202006.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20Resoluci%C3%B3n%20495%20de%202006.PDF).


- Parra Pineda, M. (n.d) Una propuesta metodológica para la toma de decisiones en bioética clínica. Análisis de casos en la práctica obstétrica (resumen)

**B8.2 Análisis del caso clínico.** A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B15; y b) en la segunda se presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B16.

*Tabla B15.* Análisis del caso B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Caso B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Categorías</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. El caso clínico</td>
</tr>
<tr>
<td>- Presentación del caso Clínico</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| - Análisis del caso clínico | Adecuado  
Se tienen en cuenta otros aspectos diferentes a los de la patología subyacente, como la dimensión afectiva y de los valores personales de los participantes. |
| 2. El problema moral | |
| - Identificación de los problemas morales | Adecuada |
- **Selección del problema moral a estudio**

  Inadecuada

  El problema seleccionado solo tiene un aspecto de la situación problema, el deseo de la madre de continuar con su gestación. Sin tener en cuenta, otro igualmente importante, el trastorno hipertensivo materno que está comprometiendo seriamente la salud y la vida de la paciente.

- **Análisis del problema moral seleccionado**

  Inadecuado

  En su análisis solo se tienen en cuenta los valores, creencias y preferencias de la paciente referente a la atención de su salud; sin embargo, se omiten otros, como los conocimientos científicos respecto a la condición materna.

3. **La toma de decisiones**

- **Identificación de los cursos de acción probables**

  Adecuada

- **Selección del curso de acción óptimo**

  Adecuada

  En el curso de acción seleccionado se tienen en cuenta tanto los deseos de la madre, como su estado de salud; a pesar de no haber sido estos contemplados en el problema seleccionado para estudio.

- **Contrastación del curso de acción**

  Adecuada

  Presenta un buen análisis del caso en todas las etapas de la contrastación.

4. **La recomendación Final**

  Adecuada

  En la recomendación final se da un mayor sustento argumentativo en relación el curso de acción recomendado y se aportan algunos elementos nuevos para su manejo. Excelente bibliografía seleccionada.

5. **La epicrisis**

  Adecuada

  Resumen adecuado del caso y de las recomendaciones.

Fuente: elaboración propia.
**Tabla B16.** Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B8. Gestante con un trastorno hipertensivo severo y un feto anencefálico que desea continuar con su embarazo.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Paciente</td>
<td>Parto pretérmino</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Respeto a las creencias y deseos de la gestante</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Protección a la salud de la gestante</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Paciente</td>
<td>Afirmación del curso de acción seleccionado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Manejo por un equipo multidisciplinario</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Brindar apoyo emocional a la gestante y la familia</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Consideraciones referentes a la normatividad nacional vigente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Consideraciones referentes a casos precedentes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Consideraciones referentes al diagnóstico prenatal de la anencefalia y su manejo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Consideraciones referentes a las condiciones de salud maternas a tener en cuenta su manejo</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Consideraciones referentes al beneficio que aportara emocionalmente a la madre el manejo propuesto</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td></td>
<td>Resumen del caso y de la recomendación final</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

**B9.** Caso B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en un pie que requiere de manejo quirúrgico, el cual el paciente rechaza

**B9.1 Presentación y desarrollo del caso clínico.**

**I. El caso clínico**

a. Presentación del caso clínico:

Paciente varón, de 58 años, procedente de Mocoa (Putumayo), residente en Bogotá hace 2 años, diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo II desde hace 6 años, refiere no
tomar ninguna medicación actualmente. Ingresa a la institución por cuadro de 2 días de evolución consistente en signos inflamatorios en miembro inferior izquierdo asociado a lesión tipo ulcera en borde lateral de articulación astragalocalcarina; al examen físico se evidencia lesión extensa con necrosis y eliminación de pus en dorso y borde interno del pie izquierdo. Radiografía revela osteonecrosis de extremo distal del 1° y el 2° metatarsiano clasificación Wagner 4 con osteomielitis en articulación astragalocalcarina y hueso navicular.

El paciente no cuenta con apoyo familiar en Bogotá, es Sisben Grado I y está inscrito a Capital Salud. Desde que está en la ciudad, trabaja como maestro de obra en varias construcciones. Al indagar sobre su alimentación refiere que le toca alimentarse de lo que consiga en los restaurantes cerca del sitio de trabajo, comidas poco balanceadas y abundante cantidad de frituras, sumado a lo anterior revela que no se toma los medicamentos prescritos por que le daban mareo y nauseas.

Tras un mes en tratamiento con hipoglucemiantes, antibióticos y curaciones sin regresión del cuadro clínico descrito, se le explica al paciente la necesidad de aseo quirúrgico, con resección del foco infeccioso y amputación del 1° y 2° metatarsiano. Se le explica iterativamente la necesidad del abordaje quirúrgico y también las implicaciones que esta amputación conlleva y el paciente se rehúsa enfáticamente. El médico en comité de expertos expone el caso donde deciden cesar el manejo actual, darle salida y recomendaciones de cuidado y de alarma.

b. Análisis del caso clínico:

El pie diabético es una de las complicaciones derivadas de la Diabetes. Esta patología da por la polineuropatia en las extremidades inferiores asociada a una enfermedad vascular periférica. Lo anterior conduce a ulceración, infección, destrucción de tejidos
profundos asociados a daño articular, óseo y dermatológico; frecuentemente progresa a la amputación del miembro afectado con impacto funcional, psíquico y económico para el enfermo, su familia y sobrecostos en el tratamiento para el sistema de salud.

Estos impactos son los que generan las situaciones problema que originan problemas morales pues si se amputa esta región del pie del paciente tiene grandes implicaciones funcionales por el trabajo que desempeña, sumado a lo anterior la afectación en el ámbito psicológico de la mayoría de pacientes amputados es alta pues genera trastornos en la esfera mental sean tendientes a la depresión o a la ansiedad.

II. El problema moral

a. Identificación de los problemas morales:

- ¿Es moralmente correcto aceptar o no aceptar el tratamiento quirúrgico?
- ¿Que tiene más alcance, el derecho a la vida o la autonomía del paciente?
- ¿Es correcta la posición de rechazar el tratamiento quirúrgico por la condición laboral del paciente?
- ¿El temor del paciente a la intervención es por la cirugía como tal o por quedar sin una parte del pie?
- ¿Es justo con el paciente este tratamiento dadas las alteraciones funcionales y psicológicas posteriores?
- ¿Es correcto como personal médico aceptar esta conducta del paciente teniendo en cuenta el mal pronóstico de la lesión?
- ¿Son suficientes las implicaciones laborales, económicas y psicológicas en el paciente para no realizar el tratamiento quirúrgico?

b. Selección del problema moral a estudio:
¿Son suficientes las implicaciones laborales, económicas y psicológicas en el paciente para no realizar el tratamiento quirúrgico?

c. Análisis del problema moral seleccionado

1. Participantes: paciente, personal de enfermería encargado del cuidado del paciente, personal médico, familia del paciente en Mocoa, Hospital, personal de trabajo social y de psicología.

2. Naturaleza del problema: ¿Se habrá faltado al respeto en el caso de darle salida al paciente y cesarle el manejo que llevaba? El paciente en su autonomía al tomar la decisión de no recibir el manejo indicado por el personal médico se tuvo que afrontar la consecuencia de cesar el manejo intrahospitalario, y continuar su vida en su casa y trabajo dándose el manejo como planeé llevarlo el paciente; sin embargo, la mejor conducta en este caso es la quirúrgica, pues se reduce la posibilidad de que el compromiso siga aumentando en el miembro afectado e incluso, al no tener tratamiento para la enfermedad, puede comprometerse el otro miembro y producir un shock séptico que avance hasta la muerte.

3. Individuos afectados por la decisión: Los individuos directamente afectados con la decisión son: el paciente mismo, la familia, personas que conviven con el paciente (trabajo, vivienda).

III. La propuestas de solución del problema moral

a. La identificación de los cursos de acción probables

1. Identificación de los cursos de acción extremos: dejar al paciente sin cuidado; recomendarle cursos de guía sobre el uso de medicamentos para diabéticos; no consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares; dejar el trabajo y dedicarse a cuidar su vida; volver a Mocoa para que reciba cuidado de su familia.
2. Identificación de los cursos de acción intermedio: brindar asesoría o vinculación a talleres con pacientes que ya han recibido amputaciones, para que se le ayude a tomar la decisión y control médico adecuado; visitas médicas al sitio de residencia para controlar al paciente.

b. La selección del curso de acción óptimo:

   Brindar asesoría o vinculación a talleres con pacientes que ya han recibido amputaciones para que se le ayude a tomar la decisión, y orientarlo, además del control médico adecuado. Esto le ayudará al paciente a acercarse a casos similares al suyo para que así enfronte la situación y a partir de otras experiencias, entienda que la amputación es un proceso necesario para evitar la progresión de la enfermedad, pues ya que para esto no existe cura, se indica la remoción de estos tejidos afectados para que pueda llevar una vida de la mejor manera posible.

c. La contrastación del curso de acción óptimo

1. Los principios morales centinelas:

   - El principio de no-maleficencia: el comité médico al tomar esta decisión no cura como tal al paciente, sin embargo respeta la posición que asume y busca la manera de encontrar el manejo adecuado y la mejor orientación posible para que acceda al tratamiento correcto.

   - El principio de respeto a la autonomía: se respetó totalmente la autonomía del paciente al tomar esta decisión, el paciente es el único que puede decidir qué hacer para su problema de salud y hacer caso o no de la orientación brindada por el personal médico acerca de las asesorías grupales.

   - El principio de responsabilidad: Se maneja adecuadamente pues además de respetar el libre albedrio del paciente, se dan estas recomendaciones para orientar al paciente en la
toma de decisiones sin dejar de recibir este manejo y cuidado médico, tanto en la casa como en la institución.

2. El sistema de referencia moral: moralmente, el ser humano propende por el bienestar de sí mismo, la acción optima que se tomó en consideración al respeto de los principios centinelas y la dignidad humana basados en la orientación del paciente; se protege al paciente, pues además de las asesorías se busca que el personal médico se encargue de él mientras está en su vivienda, o por lo menos tener un control estricto y adecuado.

3. El marco legal vigente: Ley 23 de 1981: Artículo 8. El médico respetará la libertad del enfermo para prescindir de sus servicios; Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente; Artículo 17. La cronicidad o incurabilidad de la enfermedad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia a un paciente.

Actualmente no se cuenta con una legislación adecuada para el manejo de pacientes con diabetes o pie diabético.

4. Los casos precedentes: Beatriz, una paciente de 68 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II quien fue diagnosticada con pie diabético Wagner V en la pierna derecha desde los 60 años, posteriormente a los 62 años comenzó la necrosis en el otro miembro; en el momento del diagnóstico de la lesión en el miembro contralateral la paciente rechazo el tratamiento quirúrgico pues según como ella relataba “prefiero arrastrarme que no tener piernas”, así siguió su vida durante cerca de 8 años hasta la hora de su muerte.

IV. La recomendación final
Respetando la autonomía del paciente respecto de su salud, tiene el derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento, sin embargo, en vista de que se debe manejar al paciente y darle tratamiento oportuno para su patología, se debe explicar al paciente las veces que sea necesario el porqué del tratamiento, la seguridad del mismo, los riesgos que tiene, el pronóstico y la evolución del miembro sea con o sin el tratamiento propuesto, además se busca por parte del servicio tratante, brindar asesoría para la toma de decisiones sobre el tratamiento a elección, sea bien con terapia de psicología de enlace, o en grupos de talleres sobre la amputación y pacientes que ya han recibido este tratamiento, además de lo anterior se considera manejo y control médico estricto para vigilar la progresión de su patología y considerar cambiar o buscar la mejor opción para el tratamiento de la patología de base.

V. La epicrisis

En este caso, tanto el paciente como el personal médico se vio envuelto en un dilema bioético pues los tratantes quieren sacar este paciente adelante con sus conocimientos; sin embargo, para el paciente la integridad de su pie es vital tanto para su ámbito laboral y económico, como para su lado psicológico. Si bien la autonomía es uno de los derechos del paciente, es clave la orientación del paciente hacia lo mejor para él, explicándole exhaustivamente todas las implicaciones tanto de su decisión como la del tratamiento expuesto por el servicio.

B9.2 Análisis del caso clínico. A continuación se presenta el análisis realizado del caso en dos tablas: a) en la primera se evalúa la utilización del método propuesto por parte de los estudiantes aplicado a un caso bioético clínico, ver Tabla B17; y b) en la segunda se
presentan los aspectos tomados en cuenta por los estudiantes en cada caso bioético clínico para la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis, ver Tabla B18.

Tabla B17. Análisis del caso B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en un pie que requiere de manejo quirúrgico, el cual el paciente rechaza.

| Caso clínico B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en el pie izquierdo que requiere de manejo quirúrgico, incluyendo la amputación del 1 y 2 metatarsiano, el cual el paciente rechaza |
|-----------------|-----------------|
| **Categorías** | **Análisis** |
| 1. El caso clínico | | |
| - Presentación del caso clínico | Adecuada |
| | Buena selección del caso. |
| - Análisis del caso clínico | Adecuado |
| 2. El problema moral | | |
| - Identificación de los problemas morales | Adecuada |
| - Selección del problema moral a estudio | Adecuada |
| - Análisis del problema moral seleccionado | Inadecuado |
| | Desde el punto de vista de los principios morales, no sólo el principio de respeto de la autonomía estaría comprometido. Adicionalmente, en este caso podrían haberse considerado otros aspectos como: los valores de los participantes, los deberes y derechos del paciente; las creencias, opiniones, preferencias, intereses y fines del paciente. |
| 3. La toma de decisiones | | |
| - Identificación de los cursos de acción probables | Inadecuada |
| | Solo se identifican dos curso de acción, uno extremo y otro intermedio. Este es un caso en el que pueden identificar muchos más cursos de acción, de acuerdo con la complejidad del caso. |
| - Selección del curso de acción óptimo | Inadecuada |
| | La solución propuesta no da respuesta a la complejidad del caso planteado. Es una acción que podría ayudar en su resolución, pero no es la solución integral necesaria. |
| - Contrastación del curso de acción | Adecuada |
| | Presenta un buen análisis del caso en todas las etapas de la contrastación. |
| 4. La recomendación final | Adecuada |
| | La recomendación final propone un mayor número de intervenciones encaminadas a brindar un manejo integral al paciente acorde a su situación actual, de una manera argumentada. |
| 5. La epicrisis | Adecuada |
| | Presenta un resumen del caso y de la recomendación final. |

Fuente: elaboración propia.
**Tabla B18.** Aspectos tomados en cuenta en la toma de decisiones, la recomendación final y la epicrisis del caso B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en un pie que requiere de manejo quirúrgico, el cual el paciente rechaza.

### Caso B9. Adulto diabético que presenta como complicación un proceso infeccioso óseo en un pie que requiere de manejo quirúrgico, el cual el paciente rechaza

<table>
<thead>
<tr>
<th>Categorías</th>
<th>Participantes</th>
<th>Acción</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Toma de decisiones</strong></td>
<td>Paciente</td>
<td>Brindar al paciente asesoría o vinculación a talleres de apoyo con pacientes amputados</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Talleres de apoyo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendación final</strong></td>
<td>Paciente</td>
<td>Confirmación del curso de acción recomendado</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Profesional de la salud</td>
<td>Respeto a la autonomía del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psicología</td>
<td>Promover el conocimiento y comprensión de su condición de salud y la necesidad del tratamiento propuesto</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Talleres de apoyo</td>
<td>Manejo y control médico estricto de su condición de salud</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Considerar otros manejos alternativos para su tratamiento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Apoyo por psicología</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Epicrisis</strong></td>
<td></td>
<td>Resumen del caso y de la recomendación final</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: elaboración propia.

**B10. La opinión de los estudiantes respecto al método propuesto, respuestas al cuestionario.**

A continuación se presentan en la Tabla B19 las respuestas de los estudiantes de pregrado, reunidos en nueve grupos, acerca de su opinión acerca del presente método, en relación con sus fortalezas, debilidades recomendaciones para mejorararlo. El análisis de estas respuestas se presenta en el aparte 4.4.8.
### Tabla B19. La opinión de los estudiantes respecto al método propuesto, respuestas al cuestionario.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Análisis</th>
<th>Proposiciones</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Fortalezas** | Grupo 1:  
- Genera una esquematización adecuada del método de toma de decisiones, y permite evaluar ampliamente el caso a estudio. |
| | Grupo 2:  
- Es un método ordenado que permite llevar a cabo un análisis riguroso de cualquier caso, es práctico en la medida que dispone de puntos diferentes pero que a la vez están relacionados íntimamente para cumplir con el análisis de un determinado caso. |
| | Grupo 3:  
- Es un método sistemático que permite la identificación de condiciones a deliberar inicialmente sencillas por su naturaleza descriptiva y, a medida que se avanza, condiciones específicas y complejas que requieren de un proceso analítico.  
- Acoger el método como guía generará mejor conocimiento de los puntos a evaluar y facilitará su familiarización para identificar en cada caso específico la identificación de las condiciones que requieran más atención; siendo esto un proceso sencillo porque el método sigue un orden claro y es de fácil comprensión.  
- Evalúa en profundidad cada uno de los aspectos relacionados con el caso, evitando los rodeos y la repetición de temas que previamente han sido discutidos.  
- Define con prontitud cada uno de los aspectos a evaluar y exige concluir cada ítem como pre-requisito del siguiente, evitando generar vacíos en su implementación.  
- Interesante que se planteen más de 7 problemas morales ya que con cada caso surgen muchas inquietudes al respecto, además de la problemática central que se desee manejar.  
- La división de los cursos de acción en extremos e intermedios nos pone a pensar en varias posibles soluciones a la problemática planteada.  
- Los casos precedentes nos permiten ampliar nuestra visión, y nos ayuda a no cometer errores que ya se han cometido en el pasado y nos puede orientar frente a recomendaciones que han servido. |
| | Grupo 4:  
- Para poder estudiar las diferentes problemas bioéticos, que están moviendo al mundo actualmente, nos parece un buen método comenzar con un caso clínico, ya que como futuros profesionales de la salud estamos más familiarizados con este por lo cual es más fácil de recordar.  
- El análisis del problema moral fue un ejercicio interesante, ya que antes de empezar a hablar del problema ético per se, nos pone en contexto de todas las partes relacionadas y cuáles pueden ser beneficiadas o no beneficiadas.  
- Los casos recientes dan a entender mejor cómo se ha estado manejando el problema alrededor del mundo, lo que hace más rica la experiencia, y poder dar opiniones y tomar decisiones con mucha más información. |
| | Grupo 5:  
- El esquema ayuda a organizar las ideas y seguir una línea de manejo para así poder elegir el curso de acción más adecuado, que pueda satisfacer la mayoría de los requerimientos de cada uno de los participantes, teniendo en cuenta los principios morales, éticos y el marco legal vigente. |
Grupo 6:
- Permite llevar un proceso organizado y estructurado para la toma de decisiones.
- Se ajusta adecuadamente a las necesidades desde el campo médico y considera las condiciones legales, que determinarán los aspectos fundamentales para la toma de decisiones.
- Establecimiento de parámetros.

Grupo 7:
- Es un método que en una secuencia corta, permite evaluar problemas morales en el ámbito clínico, de una manera práctica. La utilidad práctica es evidente.

Grupo 8:
- Ofrece una visión estructurada de cómo deberían abordarse los problemas clínicos que suponen un reto desde la bioética; y a partir de esa visión encontrar la solución más adecuada desde el razonamiento.

Grupo 9:
- La estructura del método permite hacer un abordaje completo desde diferentes ángulos del problema planteadio, además permite seguir un orden lógico para ir abordando diferentes niveles de complejidad y finalmente emitir una recomendación basada en todo un ejercicio analítico previo.

Debilidades
Grupo 1:
- Falta un poco más de especificidad en cada uno de los ítems para su desarrollo.

Grupo 2:
- No consideramos que esta metodología tenga debilidades evidentes, nos ayudó a enfocar bien los problemas bioéticos.

Grupo 3:
- El método es largo y el avance es lento porque cada punto exige un debate y una conclusión inmediata que define el abordaje del siguiente.
- El principio de beneficencia debería estar incluido dentro de los principios morales ya que es más que solo no hacer daño.

Grupo 4:
- El análisis del caso clínico es un ítem que no le encontramos mucha relevancia, en este intentamos tratar de hallar los problemas morales, pero es algo que solo se utiliza para el siguiente el ítem 2.1, para todo lo demás no es indispensable.

Grupo 6:
- No se considera el papel multidisciplinar en su estructura, la necesidad del mismo.
- Búsqueda de información, principalmente desde la perspectiva legal es difícil.

Grupo 7:
- El problema moral se desarrolla en un contexto social que tiene una características intrínsecas y bien definidas, que son el pilar fundamental en la manera como se debería proceder tanto en el acompañamiento como en la consejería; considero que el modelo no indaga por las condiciones de la familia como las capacidades intelectuales adquiridas para la comprensión de la magnitud de la situación, la red de apoyo, la situación económica, factores que podría representar un beneficio en el proceso hasta una amplia dificultad.
Grupo 8:
- Más que una debilidad podría ser una limitación, y es que la persona o grupo de personas que desarrollen esta propuesta, deben tener cierta preparación y entendimiento de la bioética.

Grupo 9:
- No hubo una identificación rápida y óptima del adecuado curso de acción como mejor solución para los implicados. Fue difícil tener presente una cantidad suficiente de criterios para la toma de la decisión.

Recomendaciones

Grupo 1:
- Se sugiere el desarrollo de un caso a modo de ejemplo para facilitar la tarea.

Grupo 2:
- Con el desarrollo del trabajo actual no consideramos que la guía deba ser revisada ni que requiera cambios

Grupo 3:
- Gracias a que la opinión de otras personas es importante además de la historia clínica y la opinión de la paciente, se podría tener un ítem adicional donde se interroguen por ejemplo a enfermeras, familiares del paciente u otros, ya que en este caso se pone como no obligatorio, nos parece que es un punto indispensable, porque ayuda a ampliar el enfoque.
- No consideramos obligatorio el punto de sistema de referencia moral a menos que no se cumpla alguno de los principios, porque estos puntos ya han sido analizados en secciones anteriores del método.

Grupo 4:
- El caso clínico debería ser propuesto por el profesor, de esta manera él con la experiencia que ha adquirido puede mostrar problemas morales con inconvenientes únicos, haciendo que los estudiantes tengan que discutir más acerca de la posible solución.

Grupo 5:
- Al poner este esquema en uso en la práctica habitual, sería importante hacer un seguimiento de los casos y evaluar su efectividad a largo plazo

Grupo 6:
- Únicamente, aumentar un ítem para la acción multidisciplinar y del comité de ética en la toma de decisiones.

Grupo 9:
- Ampliar la explicación de los ítems propuestos para el análisis.

Fuente: elaboración propia.