
PROGRAMA DE ACTUALIZACION CONTINUA Y A DISTANCIA EN UROLOGIA

Comité de Educación Médica Continua
Sociedad Argentina de Urología

Módulo 10 - Fascículo 1 - 2001

Etica Biomédica

Coordinador: Dr. Horacio M. Rey

- Un poco de historia
- Actualización del Juramento Hipocrático
- Etica e investigación. Legislación.
- El "Ser" ético
- Perspectiva actual
- Relación Profesional - Paciente
- Comités de Etica
- Toma de decisiones

Director

Dr. Jorge H. Schiappapietra

Secretario

Dr. Carlos A. Acosta Güemes

Asesor

Dr. Elías J. Fayad

SAU

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

ÉTICA BIOMÉDICA

Dr. Horacio M. Rey[‡], Dr. León Bernstein Hahn, Dr. Carlos Acosta Güemes, Dra. Pilar Signori, Lic. Estela Pelozo

Comité de Ética Biomédica de la Sociedad Argentina de Urología

[‡]Director del Comité

No podríamos desarrollar este módulo sin intentar definir qué entendemos por Ética. Del Latín ETHICA y este del Griego *ethikos*: sobreentendido, entre otras acepciones. Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del Hombre. A través de la historia de la filosofía unas veces se ha identificado la Ética con la moral y otras se ha supeditado la una a la otra y viceversa. En general la Ética estudia el problema del bien y del mal y de la conducta humana independientemente del conjunto de normas que de hecho rigen esa conducta en un momento dado, en tanto que la moral estudiaría esas normas y las distintas formas que cobran en las comunidades humanas. La Ética surge como disciplina filosófica con las escuelas socráticas, donde lo importante era obtener la sabiduría entendida ésta como conducta en el mundo y no como simple saber acerca de él. Esas escuelas encontraron el fundamento de la sabiduría ya en el placer proporcionado por los sentidos o por la inteligencia, ya en la virtud que consiste en vivir de acuerdo con la naturaleza.

UN POCO DE HISTORIA

Platón funda la Ética en el amor que, mediante la purificación de las pasiones hace que el espíritu ascienda a la contemplación del soberano bien, identificado con la verdad y la belleza.

Aristóteles hecha las bases de la Ética intelectualista (Ética a Nicómaco) y llama virtudes éticas a aquellas que resultan de la aplicación de la inteligencia a la conducta. Epicúreos y estoicos renuevan luego las doctrinas de las escuelas socráticas y ven respectivamente el logro del bien en el placer espiritual y en la serena indiferencia ante las vicisitudes.

Los neoplatónicos renuevan la doctrina platónica del amor como esfuerzo de elevación y fundan la Ética en la contemplación de la unidad inefable.

El cristianismo con sus afirmaciones “solo Dios es bueno” y “Dios es amor” vuelve a conceder primacía a los problemas éticos, y recoge en un principio con San Agustín, la tradición neoplatónica para intentar luego, especialmente con Santo Tomás la incorporación al sistema cristiano de las doctrinas intelectuales de Aristóteles.

El médico, filósofo y rabino Maimónides en el S.XII escribía ... “grandes y sublimes son las investigaciones científicas que miran a conservar la salud y la vida de todas las criaturas. Que yo pueda hoy descubrir en mi ciencia cosas que ayer no llegaba a sospechar, porque el arte es grande pero el pensamiento humano penetra siempre más allá”...

Bueno es recordar que siguiendo los principios de santificación de la vida establecidos en la Torá extendía sus cuidados y respeto en los manejos de los animales de experimentación.

La ética de los judíos en lo que se refiere a la medicina estaba acotada por los designios de Yahvé, dios único que castiga con la enfermedad a la conducta de los Hombres. De allí el pobre desarrollo de la medicina. Sin embargo se ocupa de la profilaxis de algunas enfermedades más que de las propias enfermedades, ejemplos de esto son la circuncisión ritual (evitar cáncer de pene y de cuello uterino), prohibición de comer carne de cerdo (evitar triquinosis), higiene de las manos antes de comer (evitar Hepatitis), entre otras.

En la Edad Moderna los filósofos oscilan entre una concepción utilitaria de la ética y otra espiritualista: unos propugnan la vuelta al estado de naturaleza (Rousseau) en tanto que otros sostienen que ese estado de naturaleza es simplemente una guerra de todos contra todos (Jobbes),

unos sostienen la existencia de un sentido moral que hace que el Hombre actúe siempre de acuerdo con lo que la razón considera bueno o malo (Shafsterbury), y otros niegan su existencia y afirman que el elemento último discernible en los sentimientos éticos es la simpatía (Adam Smith), unos defienden una Ética fundada en el principio de la mayor felicidad para el mayor número y sostienen que la virtud es el resultado de un cálculo acertado así como el vicio resulta de un error de cálculo (Bentham), y otros vuelven a las concepciones estoicas en que la ética se funda en el dominio de las pasiones y en la libertad conquistada día a día, frente a las contingencias del mundo (Spinoza).

El esfuerzo por independizar la ética de toda consideración empírica se cumple acabadamente en la “Crítica de la razón pura” (E. Kant).

En el S.XIX pululan las doctrinas éticas a las que se agregan consideraciones políticas y sociales. Comte expone su Ética positiva negando toda posibilidad de principios de valor absoluto: el Hombre no es naturalmente moral sino que está provisto de disposiciones éticas que progresivamente lo convierten en un ser moral. Guyau, más tarde expone los principios de una moral donde las obligaciones y las sanciones son inherentes a la vida misma, que cobra conciencia de sí y de su perfeccionamiento, en la comunicación social. Pero al mismo tiempo se renuevan las concepciones espiritualistas fundadas en las nociones de personalidad y de libertad y de aspiración a lo divino (Maine de Bivan, Victor Cousin, Green) y surgen también las concepciones de un individualismo extremo donde no hay más norma que el absoluto egoísmo del yo (Max Stirner), o la defensa contra todas las “morales de esclavos”, del immoralismo del super Hombre y su voluntad de potencia (Nietzsche), en tanto que otros asignan a la ética el simple valor de reflejo de las condiciones económicas (Marx).

En el S.XX, las concepciones espiritualistas culminan en Bergson cuya obra “Las dos fuentes de la moral y de la religión”, distingue entre “la moral mecánica” que surge del juego de normas y sanciones impuestas por la coacción de una sociedad que solo aspira a subsistir, y la “moral mística” que aspira a transmitir a la sociedad el esfuerzo necesario para que se cumpla la función esencial del universo que es la de “fabricar dioses”.

Croce también defiende una ética como actividad práctica universal pero que en cuanto es práctica supone la actividad teórica, y en cuanto es universal supone la actividad individual (es decir lo económico). Por otra parte dentro de la filosofía de los valores Max Scheler, sostiene una ética fundada en la moral no como valor distinto de los otros sino como movimiento que nos lleva a la realización de tal o cual valor determinado, como valor supremo al que los otros quedan supeditados. La orientación hacia los valores y hacia los objetos en que residen se cumple por obra del amor y este tiende a realizar un valor lo más elevado posible: es decir que el amor exige siempre un movimiento ascensional, a la manera ya concebida por Platón.

ACTUALIZACIÓN DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Después de la Segunda Guerra Mundial en 1948 la World Medical Association trató de reformular el juramento hipocrático. Así la declaración de Ginebra, Suiza, enuncia en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

- prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la Humanidad

- otorgar a mis maestros los respetos gratitud y consideraciones que merecen
- ejercer mi profesión dignamente y a conciencia
- velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente
- guardar y respetar los secretos a mi confiados aún después que un paciente haya muerto
- mantener incólume por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica
- considerar como hermanos a mis colegas
- hacer caso omiso de credos políticos y religioso, nacionalidades, razas, rangos sociales, evitando que estos se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente
- velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo aún bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas
- solemne y libremente, bajo mi palabra de honor prometo cumplir lo antedicho.

ÉTICA E INVESTIGACIÓN. LEGISLACIÓN.

En 1954 esta asociación se planteó los problemas éticos de la investigación científica en seres humanos. En la Asamblea General que realizaron en Helsinki en 1964 la misma World Medical Association adoptó una serie de reglas, posteriormente revisadas en la Asamblea de Tokio en 1975 que se conocen como: Declaración de Helsinki II, o Helsinki-Tokio. Se establece el principio del consentimiento informado, los ensayos de doble ciego con placebo y se protegen los derechos de los niños, mujeres embarazadas y madres con bebé lactante. En nuestro país comienzan a aparecer los comités de ética en el ámbito hospitalario y en el año 1994 el Ministerio de Salud y Acción Social establece su obligatoriedad para los Hospitales Públicos de Autogestión en el ámbito nacional.

Así llegamos al 18/12/1996 con la promulgación de la ley 24.742 donde se establece la Creación de los Comités de Ética en Establecimientos Públicos y de la Seguridad Social. Ya el 4/12/1992 por resolución 450 de la Secretaría de Salud se creaba la Comisión Nacional de Bioética. Un año más tarde el 29/10/1993 la resolución 857 del Ministerio de Salud y Acción Social aprobaba Las Normas de Organización y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Ética Médica. Del mismo Ministerio con fecha 8/05/1995, la resolución 71 amplía el Art. 3 de la resolución nro. 450 del 4/12/1992 invitando a otros organismos a integrar la Comisión Nacional de Bioética.

EL “SER” ÉTICO

Retomando el sentido que los griegos asignaban a la ética traducida como sobreentendido me gustaría reflexionar sobre como se construye el andamiaje para llegar al qué está bien y qué está mal.

El “sobreentendido”, lo que cada uno atesora, lo que creemos un conocimiento o saber inmanente es en realidad lo asimilado en la convivencia con los “maestros” muchas veces nuestros pares, las más de las veces el convivir, el vivir con la gente. Todos a su vez la recibieron de esos otros maestros que pensaron antes que nosotros. En la práctica la “ética del hacer” y la “Ética del ser médico” se fusionaban en la integridad personal, depositaria de una tradición continua y sedimentada que se pretendía heredera de la familia hipocrática, cuyas raíces míticas se emparentaban con el dios Asclepios.

Era la época del médico honrado por las familias, el médico guía y confesor. El médico contenedor. El de la experiencia por su saber y por su vivir. El médico y la gente contaban con tiempo, con su propio tiempo. El “sobreentendido” era entonces el producto de una cultura, de costumbres, donde la historia y la religión todavía no habían cedido su lugar a la Economía.

Por otro lado el Estado, las organizaciones sociales, el avance tecnológico que entroniza la medicina científica alejándose de la otra, de la empírica y el formidable desarrollo científico no siempre de la mano del desarrollo social. La aparición del Mercado y sus todo poderosas reglas. Todo lo anteriormente descripto empalidece primero y se potencia después con lo que se da en llamar la “era de las comunicaciones”, la globalización temible en sus resultados y la aspiración al conocimiento on-line.

Al resultado final podemos denominarlo el juego de las conductas que se traducirán después en un marco normativo para que el sobreentendido, la Ética, pase a afirmar lo de Conte, “solo las disposiciones éticas convierten al Hombre en un ser moral”.

Este formidable desarrollo de las sociedades, sin que el término implique desarrollo para ser mejor, los mecanismos de interacción social, de gestión y de intercambio económico, potenciados por los medios de comunicación y esta revolución informática que nos convierte a todos y cada unos de nosotros en un moderno Pico della Mirándola, transforma la fisonomía de las sociedades y su dinámica estructural, aportándonos una formidable complejidad.

En los últimos 50 años se produjeron más cambios que en varios siglos precedentes, y si recordamos que una parte de la ética estudia el problema del bien y del mal y el de la conducta humana, ésta se verá confrontada a situaciones impensadas e inéditas: qué hacer con los embriones congelados (una heladera bien provista alberga hoy una teórica ciudad de más de 100.000 habitantes), la clonación, los nuevos métodos que aparecerán en relación con la procreación, el conocimiento y aplicación del genoma humano...

Sociedad y Ética Biomédica

Tal vez aquí sea “bueno” plantearnos por qué se instala con tanta fuerza el tema bioético. Pienso en una convicción personal-profesional, o surgirá de una necesidad: mi seguridad profesional en el ejercicio de la medicina. El consentimiento informado como diálogo fecundo con el paciente, o herramienta para exculparme ante el juez. ¿Esto de la Bioética apunta al “bien” o es un argumento, una especie de defensa en juicio?

No podemos soslayar la industria del juicio por mala praxis, ni olvidarnos de los capitales que manejan financieras, bancos, empresas de medicina prepaga, seguros, fondos de jubilación y pensión o aseguradoras de riesgos de trabajo, y su concepción de la medicina que incluye gerenciamiento, prestadores, clientes, eficiencia como resultado de costo-beneficio y tiempo.

PERSPECTIVA ACTUAL

La definición de Bioética que encontramos en la “Encyclopedia of Bioethics” aclara que es el estudio sistemático de las dimensiones morales (incluyendo visión moral, decisiones, conductas y políticas) de las ciencias de la vida y de la atención de la salud empleando una variedad de metodologías Éticas en un contexto interdisciplinario.

Han desaparecido los “principios y valores”, para hablar de variedad de metodologías Éticas. El primero, para abandonar sus significado de origen o fuente, el segundo para que su definición no pueda ser delimitada.

Esto nos introduce en el tema del método. Hoy no tenemos una propuesta metodológica universal en Bioética. El método sea cual fuere deberá relacionar el modelo filosófico y la antropología en las distintas perspectivas de la Bioética. En el intento de definirla podremos coincidir en que hay una variedad o tipos de Bioética entra las que podemos distinguir una

- Bioética teórica
Centrada en una fundamentación intelectual.
Tratando de descubrir cuales son sus raíces morales.

Su base son las ciencias de la vida: la filosofía, la teología.

- Bioética clínica
Centrada en el “día a día” de la toma de decisiones.
Se focaliza en casos particulares con su “aquí y ahora”.
La razón práctica de Aristóteles y los procedimientos de toma de decisión, junto con la consulta ética, tienen un lugar especial.
- Bioética Normativa y de Políticas
Centrada en la realización de reglas clínicas y legales, diseñadas para casos típicos y práctica en general (ej. Muerte encefálica, uso de seres humanos en la investigación, órdenes de no reanimar).
Necesita del diálogo permanente con la Bioética teórica y la clínica.
Estará especialmente atenta a las políticas de salud y medio ambiente.
- Bioética Cultural
Centrada en un esfuerzo sistemático por relacionar la Bioética con su contexto histórico cultural y social en el que se expresa.
La historia, las ciencias sociales, la teología y las humanidades tienen un rol principal en este esfuerzo interpretativo.
Sus propuestas ayudan a lograr una comprensión más acabada de la red cultural y social que está subyacente a los problemas éticos.

● Así podemos esquematizar ciertas posturas en la discusión Bioética:

- El utilitarismo pragmático, simple y directo, que niega de hecho la especificidad del problema ético.
- El humanismo secular, el acuerdo común entre los “extranjeros morales” (H.T. Engelhardt), Ética sin verdad (U. Scarpelli).
- El personalismo clásico cristiano o secularizado, articulado en “acciones expresivas” (R. Ginters) que defienden los derechos del Hombre y de los Pueblos en base al Derecho Natural.
- Sacralidad de la vida de tipo fundamentalista religioso o ecológico.

RELACIÓN PROFESIONAL-PACIENTE

La medicina es un pacto de confianza, de las que emerge una obligación. Nuestra profesión debe reafirmar la primacía de sus obligaciones para con el paciente, por medio de organizaciones profesionales, nacionales, provinciales y locales, organizaciones académicas, hospitalarias, gremiales y fundamentalmente por medio del comportamiento personal de sus miembros. Como abogados de la promoción de la salud y del apoyo a los enfermos estamos llamados a debatir, defender y promulgar la atención médica a través de todos los medios éticos disponibles.

● Solamente responsabilizándonos y abogando por los pacientes podremos afirmar la integridad de nuestra profesión.

Sin embargo durante todos estos años la medicina ha estado centrada principalmente en el médico, pero los mismos médicos han comenzado a incorporar la perspectiva del paciente cada vez más y respecto a temas más profundos. Es lo que algunos llaman “la atención centrada en el paciente”, aunque muchos sostengamos que siempre la atención se ha centrado en el paciente. De cualquier manera la autonomía del paciente en su relación con el médico es manifiesta solo en los últimos años. El modelo guía-cooperación se impone sobre el de actividad-pasividad, donde el paciente asume su rol en la decisión final respecto de estudios y terapéutica.

En la era de la atención centrada en el paciente la responsabilidad indica al médico decir el verdadero diagnóstico al paciente. El médico discutirá las opciones posibles de tratamiento con el paciente quien pasa a ser un participante activo en lugar de receptor pasivo de curas médicas. Todavía no se discute tanto el diagnóstico como el tratamiento.

Y este nuevo concepto toma forma de la teoría del personalismo, co-

riente surgida en Francia con exponentes de la talla de E. Mounier y J. Maritain.

La persona es sujeto de todo valor y bien moral, antes de cualquier reconocimiento social, que por el solo hecho de existir se impone al otro como un absoluto fin de toda relación de valor y bien moral.

La visión del Hombre que subyace a esta teoría tiene las siguientes características:

- Creado y finalizado por y para Dios.
- Superior en dignidad ontológica (conocimiento y libertad) y moral (su ser y el mundo hacia su realización) a todas las otras criaturas.
- Dotada de responsabilidad personal en el bien y en el mal.
- Libre ante todo Hombre por la dignidad de la creación y de la redención.

El contributo específico del personalismo en el debate general de la Bioética puede ser el de sostener siempre la persona humana, toda persona humana, de las tentaciones autodestructivas de los intereses individuales. La realización de la Dignidad del Hombre, entendido como colectivo de todos los bienes humanos y morales que dan a la vida su pleno valor, es responsabilidad primaria de cada persona: es su propia autorealización responsable.

La perspectiva religiosa (judeo-cristiana) debe formar parte del debate público bioético; de lo contrario corremos el riesgo de cortar nuestra raíz cultural y hacernos incapaces de cometer errores.

Al embate de “nuevos órdenes”, sobre todo económicos, debemos bragar para darle a la Ética un lugar entre esos órdenes para jerarquizar las relaciones humanas.

Europa, con la Convención de los Derechos del Hombre, y con el Tribunal de Estrasburgo, es la primera en poner en práctica la tutela judicial internacional de los derechos humanos. El Consejo de Europa está elaborando una “Convención Europea de Bioética” y el Parlamento Europeo pone cada vez más interés en reglamentaciones en el campo bioético, las dificultades podrán resolverse con el desarrollo del estudio, la misma evolución de los acontecimientos (especialmente los que se refieren a la defensa de la vida humana en cualquier estadio de su desarrollo y autonomía) y utilizando mecanismos similares a los de la objeción de conciencia según el esquema general de que nadie puede ser obligado por ley a realizar acciones que van contra su propia conciencia.

COMITÉS DE ÉTICA

La vida de los Comités de Ética y los Comités Hospitalarios de Ética, han seguido un camino que podemos llamar de crecimiento. Éste, como todo crecimiento, produce cambios y mutaciones generalmente importantes.

En los estados Unidos de Norteamérica, los Comités (Human Values Committees, Ethics Committees, Moral Committees, Bioethics Committees) más allá de las tareas que venían realizando, tratan de clasificar las cuestiones de ética biomédica en el campo institucional, definiendo claramente los objetivos, las posibilidades y los límites. Se insiste en la formación en el campo ético de los miembros del Comité, su relación con los enfermos, su reputación en la Comunidad y en relación con sus pares por la integridad y la madurez de sus juicios. Al mismo tiempo se nota una mayor conciencia de la importancia de integrar miembros provenientes de varias disciplinas, aumentando el espacio del diálogo y el debate.

En la perspectiva europea, se ve un gran crecimiento, especialmente a partir de los últimos años de la década de los 80. En muchos países de

Europa, los Comités asumen muchas funciones: revisión de protocolos de investigación, análisis de casos clínicos, elaboración de directivas y recomendaciones, creación de un espacio de discusión de las cuestiones ético-clínicas entre los operadores sanitarios en los hospitales. No todos los Comités tienen todas las funciones, es más, algunos solo cumplen una de ellas.

Las principales dificultades que encuentran los Comités son:

- por una parte, la diferencia que existe entre las estructuras muy jerárquicas de las instituciones hospitalarias (en muchos casos centenarias), y la actitud ética basada constitutivamente sobre la valoración de las diversas soluciones posibles a través de la confrontación de las razones que fundan respectivamente; de manera tal que se da prioridad a la solución que es propuesta por la autoridad profesional superior y no a la solución que tenga mayor razón, sea propuesta por quien sea.
- Por otra parte, la concepción (muy difundida) de que la responsabilidad está ligada entre y únicamente al médico, en el sentido que él no “debería” recurrir a una consulta ética, porque sería como dudar de su capacidad médica, entendiendo su capacidad profesional solo como médicamente científica.

También aquí, se nota una gran focalización hacia la formación, porque se toma conciencia que solo con un válido sistema formativo los Comités puedan manifestar toda su potencialidad. Los principales objetivos de la formación en estos momentos son los siguientes:

- a) desarrollar sensibilidad ética profesional concreta;
- b) superar, a partir de complejidad y unicidad de los casos particulares, la actitud a la contraposición ideológica (especialmente en países mediterráneos);
- c) poner a punto una metodología de la decisión, a partir de la realidad de los problemas suscitados en la relación terapéutica-investigación;
- d) activar una real comunicación entre la sociedad en general y los grupos de especialistas comprometidos directamente en la producción y gestión del nuevo saber biomédico.

TOMA DE DECISIONES

Con respecto al “momento ético” por excelencia de la vida de un comité, que es la toma de decisión, me parece interesante traer a la reflexión la propuesta que hace el Dr. Diego Gracias con respecto al difícil paso de los principios o las normas generales (racionales a priori) a los conflictos éticos concretos (experienciales, a posteriori...)

Los momentos a tener en cuenta, antes de tomar decisiones son:

- I. Sistema de Referencia Moral:
 - Premisa Ontológica: el Hombre es persona, y en cuanto tal tiene una dignidad y no un precio.
 - Premisa Ética: en cuanto persona, todos los Hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.
- II. Momento Deontológico del Juicio Moral:
 - Nivel 1: No-maleficencia y Justicia
 - Nivel 2: Autonomía y Beneficencia.
- III. Momento Teleológico del Juicio Moral:
 - Valoración de las consecuencias objetivas o del nivel 1.
 - Valoración de las consecuencias subjetivas o del nivel 2.
- IV. El Juicio Moral:
 - Confrontación del caso con la “regla”, así como la hemos expre-

sado en el punto II.

- Valoración de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer una “excepción” a la regla, de acuerdo con el paso III.
- Confrontación de la decisión tomada con el sistema de referencia (paso I).
- Toma de la decisión final.

EJEMPLO EN LA TOMA DE DECISIONES

Un método para asistirse en la toma de decisiones de ética clínica (extraído de la cuarta edición del Manual de Ética del American College of Physicians).

1. *Defina el problema ético en términos de una pregunta del tipo “debería” o “debiera”.*

Ejemplo: “¿Deberíamos abstenernos de suministrar los servicios del respirador a este hombre adulto inconsciente que padece de SIDA, como su compañero lo solicita, o suministrárselos, como sus padres lo solicitan?”

No: “Este hombre con SIDA representa un problema ético.”

No: “¿Es mejor para los pacientes con enfermedades terminales morir sin o con un respirador?”

2. *Elabore una lista de hechos e incertidumbres significativas que son pertinentes a la pregunta.* Incluya los hechos sobre el paciente y las personas que han cuidado de él (como intimidad, condición emocional, antecedentes étnicos y culturales, tradiciones de fe y situación legal).

Ejemplo: “Este hombre y su compañero han vivido juntos por 10 años y compraron una casa juntos. El compañero ha sido el que ha cuidado del paciente durante su enfermedad. Los padres del paciente no aceptaron su estilo de vida y orientación y han estado distantes de él.”

3. *Incluya los hechos fisiológicos.*

Ejemplo: “El paciente ha perdido el estado de alerta irreversiblemente y carece de capacidad de tomar decisiones; por ende, ahora no puede consultársele sobre quién debe representarle en cuestión de sus preferencias de tratamiento.”

4. *Incluya las incertidumbres médicas significativas (como el pronóstico y los resultados con o sin el tratamiento).*

Ejemplo: “Pueden administrarse antibióticos para la infección pulmonar actual, pero no sabemos si el paciente se pueda sobreponer a abandonar el uso del respirador dado lo avanzado de la enfermedad. Parece que hay más probabilidades de que con el tiempo pueda abandonar el uso del respirador que de que no lo pueda hacer. El paciente tiene una esperanza de vida aproximada de 3 a 9 meses, pero podría ser mucho más corta o un poco más larga.”

5. *Incluya los beneficios y daños de las opciones de tratamiento.*

Ejemplo: “El respirador prolongará la vida, pero es un tratamiento oneroso e invasivo y recluye al paciente a un entorno altamente medicado.”

6. *Identifique a la persona que tomará las decisiones.* Si el paciente fuera competente, el que tomaría las decisiones sería él mismo. Si el paciente es incompetente o carece de la capacidad de tomar decisiones, identifique a un representante que tomará las decisiones según lo especifique la designación de los tribunales, la ley estatal, un poder notarial para la atención médica, el documento de voluntad de vivir o las personas que estén mejor situadas, en virtud de su familiaridad íntima y afectuosa con el paciente.

Ejemplo: “Este es un adulto de 32 años de edad que no ha vivido con sus padres por 14 años y que ha tenido únicamente un contacto ocasional con ellos, principalmente durante las festividades. No tiene una voluntad de vida ni un poder notarial duradero, pero a medida que su enfermedad fue avanzando, a menudo le comunicó a su compañero sus preferencias en cuanto a la atención médica. Su

compañero acompañó al paciente a la clínica y lo atendió a medida que su debilidad aumentó.”

7. *Proporcione información comprensible, pertinente y deseable a la persona que tomará las decisiones y disipe los mitos y las ideas falsas.*
Ejemplo: “El respirador y los antibióticos prolongarán la vida y podrían permitir que se le tratara la infección pulmonar, pero no dan marcha atrás a la gravedad subyacente del padecimiento. No existen tratamientos en este momento que puedan afectar el padecimiento subyacente de este paciente. Si se inicia el uso del respirador, puede interrumpirse si el paciente no responde al tratamiento. Si no se hace uso del respirador, se pueden administrar medicamentos para garantizar que el paciente esté cómodo incluso si sus pulmones fallaran.”
8. *Pregunte cuáles son los valores del paciente que son pertinentes a la pregunta.* Éstos incluyen los valores del paciente acerca de la vida; la ubicación en el ciclo de la vida; la relación con la comunidad, la atención médica y las instituciones de atención médica; los objetivos de la atención médica (por ejemplo, paliativos, el mejoramiento de las funciones o el aumento de la independencia, la prolongación de la vida o bien, paliativos sin prolongación de la vida) y las condiciones que harían cambiar a los objetivos; y preferencias específicas sobre la atención médica o los apoderados que tomarán las decisiones pertinentes a esta situación.
Ejemplo: “Este paciente declaró muchas veces a su compañero que en este momento desearía atención paliativa exclusivamente y declinaría específicamente más terapias contra el HIV, como aparece en la historia clínica. Declaró que no deseaba tratamientos que prolongaran la vida de ningún tipo si no pudiera comunicarse con su compañero, lo cual su estado de inconsciencia actual le impide hacer.”
9. *Identifique los valores de los profesionales de salud.* Los valores incluyen objetivos de promoción de la salud (como prolongar la vida, aliviar el dolor, promover la salud, curar enfermedades, rehabilitar una lesión, prevenir daño, proporcionar comodidad, habilitar a los pacientes para que tomen decisiones y defender al paciente). Los valores que estén relacionados con la comunicación médico-paciente (veracidad, confidencialidad, no discriminación, requisito del consentimiento informado y tolerancia de la diversidad de valores) también se incluyen, así como algunos valores que van más allá de la relación médico-paciente (como protección de terceros, promoción de la salud pública y respeto de la ley).
Ejemplo: “A pesar de que el médico puede pensar que el respirador es lo indicado para esta persona con insuficiencia respiratoria, este paciente ha expresado objetivos diferentes para su atención médica. El médico está obligado a respetar la diversidad de valores y el requisito del consentimiento informado y a respetar los objetivos y las preferencias del paciente.”
10. *Proponga y critique soluciones, incluidas opciones múltiples de tratamientos y alternativas en cuanto a proveedores.*
Ejemplo: “El médico podría proporcionar atención paliativa a una persona que está bajo terapia de respiración que decida no hacer uso del respirador o buscar una transferencia rápida del paciente a alguien que pueda proporcionar dicha atención (el segundo plan de acción trastornaría la relación entre este médico y el paciente). El médico, para proteger los intereses y valores de este paciente, no puede hablar en representación propia, sino que debe fungir como el defensor del paciente ante los padres del paciente.”
11. *Identifique y retire o enfrente las limitaciones de las soluciones (como reembolso, indisponibilidad de servicios, leyes o mitos legales).*
Ejemplo: “Los padres, en este caso, afirmaron que el doctor tenía que obedecerles porque ellos eran sus parientes. Al comprobar con el abogado del hospital quedó demostrado que en esta jurisdicción, esa afirmación era incorrecta.”

BIBLIOGRAFÍA

- Diccionario Enciclopédico Quillet. Tomo IV págs. 3 y 4. Ed. Arg. Aristides Quillet. Buenos Aires, Argentina.
- Diccionario Enciclopédico Abreviado. Tomo III pág. 267. Ed. Espasa-Calpe Argentina S.A.
- Moral a Nicómaco. Obras Completas de Aristóteles. Bibliográfica Omega. Edición Argentina.
Libro Primero:
 - Teoría del bien y de la felicidad. Págs. 27-29.
 - El fin supremo del hombre es la felicidad. Pág. 30-33.
 - De la idea general de la felicidad. Págs. 33-35.
 - El bien en cada género de cosas es el fin en vista del cual se hace todo lo demás. Págs. 36-39.Libro Segundo: Teoría de la Virtud. Cap. I a IX págs. 55-74.
- Perspectivas actuales de la Bioética. P. Lic. Alberto G. Bochatay, O. S. A. Georgetown University Medical Center.
- Encyclopedia of Bioethics:
 - W. T. Reiched S. y S. Mac Millan. N. York (1995) XXI.
 - D. Callahan. Págs. 247-256
- Etica della Vita. F. Compagnoni. San Paolo Milano. Págs. 17-31.
- R. Crawshaw, D. E. Rogers et al: Jama, mayo 17, 1995. Vol. 273 N° 19 (1553).
- Ch. Laine, F. Davidoff: “Patient-centered Medicine. A professional Evolution.” Jama, enero 10, 1996. Vol. 275 N° 2 (152-156).
- A contribution to the philosophy of Medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. T. S. Szasz, M. H. Hollander. Arch. Intern. Med. 1956 N° 97 págs. 585-592.
- Nacer y Morir con Dignidad. Domingo M. Basso, O. P. Consorcio de Médicos Católicos. Buenos Aires. Cap. 1 págs. 13-50.
- Bioética y Rehabilitación. José B. Cibeira. Ed. El Ateneo. Págs. 13-37.
- La cirugía y la filosofía en la formación integral del médico y el cirujano. Jorge L. Corbelle, O. Aguilar, Jorge L. Corbelle (h). Ed. Catálogos. Parte I págs. 19-45.
- Etica General y Etica en Medicina. Rolando C. Hereñú. Libro de Edición Argentina. Parte Primera - Parte Segunda.
- Leyes y Resoluciones publicadas en el Boletín Oficial.
- Comisión Nacional de Bioética Médica. Trabajos:
 - León Bernstein Hahn, Alberto Donnes (h).
 - Lic. María Cristina Cassini de Vázquez.