

LA CUESTIÓN DEL MÉTODO EN BIOÉTICA CLÍNICA: APROXIMACIÓN A UNA METODOLOGÍA ADAPTADA AL CONTEXTO DE LA REALIDAD MEXICANA

*THE QUESTION OF METHOD IN CLINICAL BIOETHICS: APPROACH TO A
METHODOLOGY ADAPTED TO THE CONTEXT OF MEXICAN REALITY*
*A QUESTÃO DO MÉTODO EM BIOÉTICA CLÍNICA: APROXIMAÇÃO A
UMA METODOLOGIA ADAPTADA AO CONTEXTO DA REALIDADE MEXICANA*

Elizabeth de los Ríos Uriarte¹

RESUMEN

Este artículo trata la problemática del método para el abordaje bioético de los casos clínicos desde la bioética y analiza las distintas metodologías existentes, resaltando sus aportes y fortalezas, así como sus dificultades. Igualmente, se brindan herramientas de reflexión para la implementación de una metodología adaptada a la realidad mexicana, en las cuales se destacan las características propias de México en el análisis y discernimiento bioético.

PALABRAS CLAVE: metodología; casos clínicos; pacientes; bioeticistas; recomendaciones (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2017.21.1.7

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Ríos Uriarte E de los. La cuestión del método en bioética clínica: aproximación a una metodología adaptada al contexto de la realidad mexicana. Pers. Bioét. 2017;21(1): 92-113. DOI: 10.5294/pebi.2017.21.1.7

FECHA DE RECEPCIÓN: 2016-11-09

FECHA DE ENVÍO A PARES: 2016-11-28

FECHA DE APROBACIÓN POR PARES: 2017-01-09

FECHA DE ACEPTACIÓN: 2017-01-17

1 Universidad Anáhuac México Norte, México.
marieli829@hotmail.com

ABSTRACT

The article deals with the problem of method for a bioethical approach to clinical cases from the standpoint of bioethics, and analyzes the various methodologies that exist, highlighting their contributions and strengths, as well as their difficulties. Tools for reflecting on how to implement a methodology adapted to the context of contemporary Mexican reality are provided as well. They underscore the characteristics particular to Mexico in bioethical analysis and discernment.

KEYWORDS: methodology; clinical cases; patients; bioethicists; recommendations (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Este artigo trata da problemática do método para a abordagem bioética dos casos clínicos a partir da bioética e analisa as diferentes metodologias existentes, salientando suas contribuições e fortalezas, bem como suas dificuldades. Além disso, oferecem-se ferramentas de reflexão para a implantação de uma metodologia adaptada à realidade mexicana, nas quais se destacam as características próprias do México na análise e no discernimento bioético.

PALAVRAS-CHAVE: bioeticistas; casos clínicos; metodologia; pacientes; recomendações (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

La cuestión del método seguido en el abordaje de los casos clínicos, tanto para su discernimiento dentro de los comités hospitalarios de bioética como en las consultas individuales² (1), ha sido tema de discusión durante largos años, debido a la problemática que presenta la necesidad de contar con una metodología estándar que identifique el dilema moral y ético presentado, así como su consecuente discusión y resolución.

De esta manera, se han presentado diversas metodologías para quienes practican la bioética “en la cama del paciente” o la bioética clínica, y cada una se ha puesto en práctica y se ha medido su efectividad ante casos clínicos complejos. Así, las metodologías que se presentan en el cuerpo de este artículo contienen fortalezas y virtudes que las hacen imprescindibles; pero también conllevan limitaciones importantes, sobre todo, cuando de “tropicalizarlas” a otras regiones se refiere.

Por ello, las metodologías reseñadas aquí se basan en las necesidades específicas derivadas de la práctica de la bioética clínica y consideran, también, las problemáticas éticas más comunes en dicha práctica. Se resaltan sus cualidades y se analizan sus alcances y limitaciones, con el objetivo de contrastarlas y desprender los elementos que comparten para, en un tercer momento,

2 Se quiere llamar la atención respecto a que existen tres modelos de atención de casos clínicos: en los comités, en pequeños equipos de bioeticistas de dos o, más o bien, de forma individual, en aquellos lugares que cuentan con un servicio de consultoría en bioética permanente, dentro de la facilidad o dentro de la clínica hospitalaria.

intentar presentar una metodología adecuada para el contexto mexicano.³

La necesidad de contar con un método para el análisis de casos bioéticos y poder emitir una posterior sugerencia es un tema ineludible para, al menos, quienes se dedican a esta rama de la bioética de forma cotidiana. Así, se podrá discutir sobre el orden de los pasos en el discernimiento, los posibles dilemas éticos que se presentan en distintas situaciones, así como su importancia para el abordaje del caso; pero nunca habrá disenso sobre la importancia de contar con una metodología que permita cierta objetividad ante la circunstancia dada.

Cierto es que contar con un determinado método no deriva necesariamente en una única y posible respuesta correcta ante los casos y tampoco en que siempre se tomen las mejores decisiones; pero, como afirma Drane (2), al menos ayuda a que no se cometan errores que podrían resultar demasiado costosos tanto para la vida del paciente como para la institución.

Al considerar el carácter interdisciplinario de la bioética, el método reflejará los elementos propios de cada disciplina y ello permitirá discutirlos dentro de un cierto orden y, a pesar de que no existe un consenso respecto de cuál es mejor, todos parten, en un primer momento, de los aspectos empíricos del caso en cuestión, para después abrir el debate a los elementos más subjetivos, donde entrarían la consideración de preferencias, juicios y valores, así como de los posibles dilemas éticos en conflicto.

3 Para ello se tomará como base la experiencia propia en el Comité de Bioética del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, desde el 2014.

Cabe mencionar aquí que, precisamente, porque se solicita en un determinado caso la intervención del comité o del bioeticista, el conflicto entre valores y, más aún, el verdadero dilema ético que se va a resolver, puede no divisarse a simple vista y, ni siquiera, después de un primer acercamiento a los agentes involucrados. Ese aparecerá progresivamente cuando los datos médicos se tengan claros y las circunstancias particulares se vayan clarificando poco a poco; por ello, solicitar que quien realiza la consulta especifique el dilema es no solo impráctico, sino absurdo.

Igualmente, es importante hacer notar que, en cualquier metodología, se deberá contar con elementos de análisis que se relacionen de modo directo con los tres agentes principales involucrados en un caso: el médico o los profesionales de la salud que trataron o continúan tratando al paciente, el paciente mismo y la familia de este. Este escenario es complejo, ya que es preciso evaluar los valores y las preferencias de los tres agentes antes de tomar un determinado curso de acción que, quizá, desde el punto de vista médico, sería el más adecuado. Armonizar los puntos de vista de los tres resulta una tarea problemática y con un gran peso en cualquier metodología.

Otro punto imprescindible es entender que si es un caso que amerita una consulta de un bioeticista, es debido a que, por sí solo y en cuanto a los datos empíricos y médicos, no existe un consenso respecto de la decisión que sería más ética. Esto significa que si bien es imprescindible contar con médicos que redacten y proporcionen la información y esta sea consistente con el estado del enfermo, no lo es menos imprescindible que el abordaje sea realizado por un bioeticista experto en temas de “ética”, ya que el caso no se resolverá úni-

camente con los datos médicos, sino que ameritará un riguroso estudio ético.

El párrafo anterior es especialmente provocativo para quienes creen que el médico podría resolver el caso sin necesidad de contar con un experto en “ética” —léase aquí cualquier otra especialidad que no sea profesional de la salud: filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos, etc.—; por ello conviene aclarar que, dado que la bioética implica el estudio de la vida y de la salud, en primer término, y de la ética, en segundo, se requiere una visión interdisciplinaria para ejercerla, de tal manera que no cumpla un papel más importante la recomendación médica que la pregunta ética realizada por un filósofo, por ejemplo. Uno y otro son necesarios e imprescindibles para el abordaje bioético de un caso, y no será ni el médico únicamente ni el filósofo únicamente, quienes lo resuelvan, sino que será un trabajo en equipo, a la manera propia de la bioética en su esencia.

Solo a manera de conclusión de este primer apartado introductorio, es necesario mencionar que en Estados Unidos, donde surgió la bioética, las distintas metodologías propuestas que se exponen a continuación fueron planteadas, en principio, por filósofos, teólogos, abogados, etc. Es decir, por humanistas expertos en ética que, de hecho, hicieron y hacen actualmente bioética clínica en distintos hospitales, sumados y trabajando estrechamente con, a su vez, médicos y profesionales de la salud que coadyuvan en el enriquecimiento del análisis.

PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA BIOÉTICA CLÍNICA O BIOÉTICA EN LA CAMA DEL PACIENTE

Dado que hacer bioética clínica implica un acercamiento directo al paciente, un diálogo sostenido con él y un

análisis de las circunstancias que lo rodean, las problemáticas derivadas de esta práctica incurren más en el terreno de las situaciones específicas que de las teorías abstractas.

La American Society for Bioethics and Humanities desarrolló un estudio minucioso sobre el funcionamiento de los servicios de consultoría ética en los hospitales norteamericanos, de donde ha destacado que los principales objetivos (3) que se persiguen en este campo de la puesta en práctica de la bioética son:

1. Identificar y analizar los valores y conflictos derivados de cada caso clínico en particular.
2. Facilitar la resolución de los conflictos en una atmósfera de respeto con especial atención a los intereses, derechos y responsabilidades de todos los involucrados.
3. Promover prácticas consistentes con normas y valores éticos.
4. Mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes y familiares.
5. Hacer más eficaz la utilización de recursos.
6. Asistir a los individuos y a la institución a afrontar problemas éticos futuros mediante programas de capacitación (elaborar planes de acción preventivos).

De estos objetivos se desprenden las problemáticas (3) más frecuentes de intervención, como:

1. Toma de decisiones rápidas y urgentes (tanto en los pacientes como en familiares y profesionales de la salud).

2. Dilemas bioéticos en el fin de la vida: retirar el tratamiento médico o no comenzar.
3. Dilemas bioéticos en el inicio de la vida: concebir con fines terapéuticos o en contra de las indicaciones médicas, detener o interrumpir embarazos, etc.
4. Privacidad y confidencialidad de los pacientes: la ética del secreto profesional, entre otros.
5. Profesionalismo en la práctica médica: guiarse por los principios propios del actuar médico y abstenerse de malas praxis que desembocarían en daños y perjuicios insanables.
6. Dilemas bioéticos de justicia y distribución de recursos: destino de órganos, admisión de pacientes en áreas especializadas, administración de fármacos y recomendación de tratamientos.
7. Dilemas bioéticos en investigación: pacientes vulnerables, aspectos económicos que merman la eticidad de la investigación, coerción y manipulación, etc.
8. Conflictos de interés: derivados de las dinámicas familiares o de las políticas institucionales.

De lo anterior se entiende que las especialidades que más presentan casos que implican diversos dilemas éticos involucrados sean pediatría, neonatología, geriatría, terapias intensivas, cardiología y neurología. Sin embargo, los conflictos no se constriñen únicamente a estas áreas, sino que pueden presentarse ahí donde la duda sobre el curso de acción correcto y pertinente se haga presente, en cualquier momento de la intervención y tratamiento médico.

La American Society for Bioethics and Humanities también brinda una serie de acciones (3) que le son propias

al consultor en bioética y que constituyen la médula de su quehacer en el caso por el que es consultado. Estas acciones ayudan a clarificar y entender más lo que se espera del bioeticista clínico en las distintas circunstancias. A continuación, se reproduce la lista:

1. Orienta para la toma de decisiones tanto a médicos como a familiares y pacientes.
2. Clarifica términos y se asegura que el paciente y su familia entiendan su condición y los beneficios y riesgos de las intervenciones.
3. Media entre los deseos del personal sanitario y los deseos del paciente.
4. Emite recomendaciones (no vinculatorias).
5. Emite documentos para prevenir conflictos en un futuro.
6. En casos de donación de órganos en personas vivas, entrevista a los candidatos.
7. Se asegura de que estén cumpliendo los últimos deseos del paciente⁴ (aunque no haya un documento de por medio).
8. Interviene para la asignación de tutores para adultos con discapacidad mental, niños o adultos mayores con demencia senil o, simplemente, incapaces de cuidarse ellos mismos.

4 Ese aspecto es muy recurrido en la bioética clínica en Estados Unidos y se le conoce como *patient's best wishes*. Es un término que remite a la consideración de todos los factores circundantes al caso presentado, donde se vela, en primer lugar y por encima de los demás valores, por los del paciente y se toman en cuenta todas aquellas acciones que cumplan con el principio de beneficencia, no solamente física, sino mental, emocional y psicológica de los pacientes. Ello favorece y recomienda aquellas que le brinden el mayor índice de beneficencia y los más altos estándares de calidad de vida.

9. Interviene en los planes de “alta” de los pacientes buscando opciones que salvaguarden en todo momento el bienestar del paciente.

10. Apoyan emocionalmente a los agentes involucrados.⁵

Como se puede observar, por los objetivos, por las problemáticas y por las funciones del consultor, el campo de la bioética clínica requiere un abordaje mucho más profundo que las teorías éticas o las delimitaciones conceptuales bioéticas. Implica ser capaz de discernir el caso a la luz de las circunstancias presentadas e, incluso, en ocasiones, vislumbrar opciones más allá del propio esquema de pensamiento; por ello, y para evitar la introducción de aspectos subjetivos y factores emocionales, se precisa un método que permita la objetividad sabiendo que, como se afirmó al inicio de este trabajo, no siempre brindará la verdad respecto de un único camino *per se*; pero, al menos, evitará errores deteriorantes y denigrantes para todos los involucrados.

LAS METODOLOGÍAS MÁS RECURRENTE EN BIOÉTICA CLÍNICA

Muchas y muy variadas han sido las propuestas que se han hecho en torno a las metodologías para abordar un

5 De aquí que la American Society for Bioethics and Humanities establezca una serie de conocimientos y herramientas que el bioeticista clínico requiere, además de su formación como tal y de los conocimientos propios de la disciplina (médico, filosófico y jurídico), como conocimientos y herramientas para el abordaje psicológico de los agentes involucrados, intervención en crisis, técnicas de entrevistas, etc. Así mismo, necesita desarrollar aptitudes que le permitan un mejor desempeño de su trabajo: empatía, tolerancia, capacidad de escucha, etc. (3).

caso bioético y emitir una sugerencia o recomendación; todas ellas han surgido de la realidad de hacer “bioética en la cama del paciente” y, por ende, consideran aspectos que, en un plano teórico, no se considerarían; por ello mismo, presentan enormes ventajas en su aplicación. A continuación, se describen algunas de las más conocidas y usadas en la bioética clínica, particularmente en Estados Unidos, con el fin de compararlas y extraer de ellas los elementos que permitan una propuesta adaptada a la realidad mexicana.

La casuística

La primera metodología es la *casuística*, llamada así en virtud del estudio de los casos particulares, con el objetivo de extraer de ellos principios y máximas que permitieran un estudio y análisis ulterior y que sirvieran de base para casos similares. Se define como:

[...] the interpretation of moral issues using procedures of reasoning based on paradigms and analogies, leading to the formulation of expert opinion about the existence and stringency of certain particular obligations, framed in terms of rules or maxims that are general but not universal or invariable, since they hold good with certainty only in the typical conditions of the agent and circumstances of action. (2)

Esta metodología cobró particular interés en los siglos XV y XVI, con el desarrollo de la teología jesuítica y usada especialmente para la aplicación de máximas teológicas durante la confesión; por ello, en el campo de la ética médica se fundamenta —como se lee en la definición propuesta— en las circunstancias particulares de cada caso y saca de este máximas sobre cuestiones que se

consideran éticas y no éticas que, más que posicionarse como normas teóricas y abstractas, son prácticas y se aplican siempre a discreción y discernimiento de las circunstancias y nunca de forma universalmente válida para todos los casos. Un ejemplo sería la obligatoriedad ética de obtener el consentimiento informado en pacientes que se encuentren conscientes y competentes para tomar una decisión. Bajo esta máxima, no obtenerlo y actuar conforme al buen juicio médico sin involucrar al paciente, sería una acción no ética; sin embargo, hay situaciones en las cuales esta se justificaría como un caso de emergencia donde se debe intervenir al paciente para salvar su vida y este, por miedo, dolor, desesperación o ignorancia, no consciente. Es decir, la casuística considera máximas éticas para aplicarlas a casos individuales y extraer cursos de acción adecuados según cada circunstancia.⁶ Estos casos se convertirán en casos paradigmáticos que servirán como guía para la resolución de otros casos parecidos.

La fortaleza principal de esta metodología radica en su capacidad de leer las circunstancias particulares de cada caso concreto y actuar en consecuencia con ellas, es decir, de adaptarse a la toma de decisiones tomando en cuenta los valores y principios particulares de cada paciente, en cada momento concreto de su tratamiento y con la evolución propia de sus emociones y las de su familia. Por su parte, la debilidad de esta consiste en que, el considerar las circunstancias particulares de cada caso, puede extraviarse en la orientación que se dé al final del análisis, ya que este será muy particular y corre el riesgo de perder de vista la universalidad de los principios bioéticos. De igual manera, se corre el peligro de ma-

⁶ Se sugiere la revisión del término por parte de Alberto García, en *Encyclopedia of Global Bioethics* (4).

nejar emociones y sentimientos que, al ser cambiantes, pueden determinar una postura cambiante, de igual modo. Ante esta debilidad, la casuística recomienda la revalorización de los casos constantemente, así como el contraste con su evolución en tiempos breves durante todo lo que dure el padecimiento o tratamiento.

La metodología de Thomasma y Pellegrino

El médico David Thomasma creó, a la par del surgimiento de la ética médica contemporánea, su metodología para el abordaje de casos clínicos desde el punto de vista ético y, junto con Edmund Pellegrino, la puso en práctica.⁷ Esta consiste en seis pasos que se describirán a continuación:

Primero. Describir todos los datos médicos relevantes

Aquí se incluye el estudio de la historia clínica del paciente y de su condición actual, así como pasada, para extraer de ella aquellos datos que se consideran pertinentes para la futura reflexión ética. Es de destacarse que, en casi todas las metodologías, este es el primer paso en el análisis bioético. De no tenerlo, tampoco se sabrá a qué se está enfrentando el bioeticista y, por ende, no conocerá dónde buscar el dilema ético.

7 Son varias las obras que realizaron en conjunto dentro de las cuales destacan:

- Edmund D. Pellegrino y David C. Thomasma. *Helping and healing: religious commitment in health care* (Georgetown: Georgetown University Press; 1997).
- Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma y David G. Miller. *The Christian virtues in medical practice* (Georgetown: Georgetown University Press; 1996).
- Edmund D. Pellegrino y David C. Thomasma. *Las virtudes cristianas en la práctica médica* (Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2008).

Ahora bien, no se trata aquí únicamente de contar con la historia y el expediente clínico del paciente, sino de entender la naturaleza, las implicaciones y las consecuencias de las acciones médicas realizadas o que se pretenden realizar. Por ello, es sumamente deseable que el bioeticista cuente con conocimientos mínimos de medicina y que se apoye fuertemente en sus colegas que son médicos, ya que serán ellos los que puedan delimitar el problema desde el punto de vista biológico.

Segundo. Describir todos los valores y conflictos de interés presentes en el caso

Tanto del paciente como del médico y demás personal involucrado. Este segundo momento incluye una indagación sobre los valores y preferencias de los tres agentes involucrados; pero también de cualquier otro interés que pudiera estar afectando al caso en particular, por ejemplo, políticas hospitalarias, indicaciones jurídicas, etc. Esta aclaración de los valores involucrados es compleja y, en ocasiones, lleva tiempo; sin embargo, es indispensable, ya que la detección del dilema ético más importante se dará en función de la detección de los valores en conflicto existentes.

Tercero. Determinar el principal conflicto de valores

Como ya se mencionó, en el caso puede haber tantos valores, preferencias y conflictos de interés como personas involucradas; sin embargo, una vez que se han encontrado y delimitado, el tercer paso consiste en determinar cuál de ellos es el principal y por qué está en conflicto con los otros.

Para lo anterior es preciso hacer una taxonomía que permita una clasificación de posibles valores encon-

trados, por ejemplo: aquellos que recaigan sobre la categoría de consentimiento (autonomía, capacidad y competencia para tomar decisiones, coercibilidad, manipulación, etc.), aquellos que recaigan sobre la categoría del principio de beneficencia (iniciar, continuar o retirar el tratamiento, intentar más opciones, buscar calidad de vida en pacientes terminales, etc.) o aquellos contenidos en la categoría de confidencialidad y privacidad de datos personales (secreto profesional, consentimiento para protocolos de investigación, etc.). Hasta aquí el análisis se ha centrado en una metodología descriptiva, vendrá ahora la deliberación ética de los elementos descritos.

Cuarto. Determinar todos los posibles cursos de acción que sean éticos y que protejan tantos valores involucrados como sea posible

En este momento surge la pregunta por lo correcto e incorrecto ético, ya que se ponderan las distintas posibilidades, así como las ventajas y desventajas para los valores detectados en la etapa anterior. Aquí no bastan ya los datos médicos ni la taxonomía axiológica, es preciso elaborar reflexiones que permitan evaluar cuál de las opciones es la más apegada a la ética, al proteger la mayor cantidad de valores posibles.

Este paso es de suma importancia, ya que, en todos los casos, según el autor, existe más de una opción y es necesario discernir acerca de cada una de ellas antes de dictaminar una como la mejor. Este abanico de posibilidades deberá darse a conocer también, una vez que se haya optado por alguna de ellas, de manera que siempre se le ofrezca a quien realiza la consulta más de una opción posible, mostrándole, las consecuencias de cada una.

Quinto. Elegir una opción

Una vez contempladas distintas opciones, se elige la que se considere mejor con base en los valores detectados, los posibles cursos de acción y las implicaciones de cada una de estas. Se entiende que cuando se elige una, se elige en función de las ventajas consideradas deseables de obtener, es decir, se toma una pensando que será la mejor por las ventajas que ofrece, sabiendo que siempre existe la posibilidad de que el caso no desemboque en lo que se hubiera querido o deseado.

Sexto. Dar razones de la elección y sostenerla

Esta elección debe ir acompañada de razones suficientes que la hagan válida y sólida desde la ética; por ello, su ponderación debe ser muy minuciosa y cuidadosa, a la luz de los principios éticos y valorando lo que se cree mejor para el paciente; cuando esto ha ocurrido, se pueden elaborar explicaciones y dar razones que la conviertan en la decisión más sostenible y plausible, al menos para ese momento concreto.⁸

Si bien se considera esta metodología una de las más completas, se puede observar que, aunque su éxito se deba precisamente a la valoración de todos los elementos en juego, en un caso clínico, así como al peso otorgado a

⁸ Es importante decir aquí que en bioética clínica, dada la rápida evolución o involución de los pacientes, los casos se deberán reevaluar continuamente, al igual que las recomendaciones emitidas. De detectarse un caso en el cual la recomendación ya no es aplicable porque se realizó cuando la condición del paciente era muy distinta, esta deberá revalorarse inmediatamente sin temor a ser cambiada. Esto significa que nunca una recomendación de bioética deberá ser tomada como una e invariable; más bien, deberá estar contrastando con la condición, de suyo cambiante, de la situación particular.

los valores y su clasificación, su debilidad se encuentra en la segunda parte, es decir, en el momento de la deliberación ética, ya que deberá privilegiar un curso de acción por encima de otros, y para hacerlo deberá valorar unos principios por encima de otros. De igual modo, la elección de unos valores en lugar de otros siempre tendrá la dificultad de la subjetividad arrojada en el análisis, ya que estos siempre serán elegidos o ponderados como los más importantes por quien realiza el análisis, esto es, por el bioeticista o por el comité y su propia jerarquía de valores puede intervenir en su juicio.

El problema real radica en que se consideran los cursos de acción en el momento presente y según las circunstancias concretas en un determinado momento; mientras que los valores de las personas van cambiando según se vayan estableciendo distintas jerarquías en ellos, acordes con el momento que está viviendo. Así, es posible que, en un primer momento de un padecimiento, se valore más la permanencia de la autonomía personal por encima de la prolongación de la vida; entre tanto, en un momento avanzado se valorará más, quizá, las finanzas o economía personal que la misma prolongación de la vida, y así sucesivamente.

Por su parte, esta metodología es muy socorrida, ya que representa un elemento clave que otras no lo consideran: el dar razones de la elección. En distintas bibliografías se resalta la importancia de explicar el proceso deliberado para poder llegar a una decisión, ya que se considera que, cuando se puede explicar, es porque la decisión se tomó con elementos racionales y el proceso deliberativo adecuado; en cambio, cuando no se puede explicar una decisión, es porque intervinieron en la toma de decisiones elementos contingentes y, por ende, no siempre racio-

nales. Así, esta metodología, al exigir que el bioeticista o el comité expliquen los elementos tomados en cuenta para dar su sugerencia, asegura que se haya realizado la ponderación de todos los factores y circunstancias particulares con el debido proceso racional.

Esta metodología se ha usado mucho en distintos hospitales y comités de bioética y es, junto con algunas que se exponen a continuación, una de las que se sugieren en la *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación* (5), emitida por la Comisión Nacional de Bioética de México con última actualización en enero de 2016.

La metodología de Siegler, Jonsen y Winslade

También llamada *the four topic chart*, por su planteamiento de análisis basado en cuatro elementos, propuestos como cuadro. A continuación se ejemplifica esta metodología,⁹ así como los puntos y preguntas que se deben analizar en cada tema.

En la tabla 1 se observan múltiples elementos de análisis que brinda esta metodología, la cual partiendo del análisis médico de los aspectos empíricos y de los datos exactos y cuantificables, avanza hacia los valores y preferencias involucrados, al contrastarlos con lo que se busca en último sentido: la calidad de vida, así como los aspectos contextuales que, sin ser concretamente valores o preferencias, ejercen un papel decisivo en determinadas circunstancias.

⁹ Se hace una adaptación en idioma español a la propuesta original que se puede y se recomienda consultar en la obra original: Jonsen, Siegler, y Winslade, *Clinical Ethics* (6).

Tabla 1. Metodología de Siegler, Jonsen y Winslade

| 1) Indicaciones médicas | 2) Preferencias del paciente |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el problema de salud que se presenta? ¿Es crónico, reversible, irreversible, degenerativo, etc.? ¿Cuáles son los antecedentes más relevantes? • ¿Cuál/es es/son los objetivos del tratamiento médico? • ¿Está indicado el tratamiento médico? • ¿Cuáles son las probabilidades de éxito? • ¿Cómo se verá beneficiado el paciente? • ¿Cómo se puede evitar el daño al paciente? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Se le han explicado al paciente los riesgos y beneficios de su tratamiento? ¿Los entiende y tiene capacidad para tomar decisiones? • El paciente ¿es competente legalmente para tomar decisiones? Si no lo es, ¿quién sí lo es? ¿Se ha expresado la voluntad del paciente de forma anterior? • ¿Cuáles son las estimaciones o juicios de valor que hace el paciente respecto de su tratamiento? ¿Por qué? • Si existe rechazo al tratamiento médico, ¿por qué? |
| 3) Calidad de vida | 4) Aspectos contextuales |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las probabilidades del paciente de regresar a su vida normal y reinsertarse social, familiar y laboralmente? ¿Cuál es su estructura familiar? ¿A qué dificultades se va a enfrentar después del tratamiento? • ¿Qué entiende el paciente por calidad de vida? ¿Qué entienden los familiares? ¿Qué entiende el médico? ¿Se puede llegar a un acuerdo? • ¿Buscar la calidad de vida del paciente hará que se cambie el objetivo del tratamiento? • ¿El paciente tiene derecho a decidir sobre el rechazo al tratamiento médico (legal y éticamente)? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Hay algún tipo de conflicto de interés, ya sea del médico, de la institución, de los familiares o bien del contexto laboral y profesional del paciente? • ¿La familia y quienes toman decisiones por el paciente están enterados de la condición clínica y de las posibles vías de acción? • ¿Existe alguna razón para romper el secreto profesional? • ¿Existen factores o creencias religiosas o sociales que es importante considerar antes de tomar una decisión? • ¿Existen dilemas respecto de la distribución de recursos sanitarios escasos? • ¿Existen protocolos de investigación vigentes en torno a la condición del paciente? |

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la metodología es clara respecto del papel que desempeñan cada uno de los agentes involucrados, pues le concede la importancia necesaria a la interacción entre el médico y el paciente, donde esta es un agente autónomo, capaz de tomar decisiones, es decir, la metodología es clara en cuanto a los principios fundamentales del principalismo: los principios de beneficencia y no

maleficencia rigen el primer cuadrante; el principio de autonomía, el segundo; los tres anteriores, el tercero, y el principio de justicia, el cuarto.

Esta es una metodología más detallada y objetiva que las anteriores, ya que al formular los asuntos a manera de preguntas, permite una limitación de la problemática

y, por ende, de las respuestas; así es más fácil llegar a un discernimiento de los hechos desde la reflexión ética. No obstante, también comporta la dificultad práctica del tiempo que implica la reflexión y deliberación sobre todas las preguntas planteadas, además de que no aclara, en caso de presentarse una controversia entre alguno de los cuatro temas, a cuál hay que darle prioridad.

Cabe mencionar que si bien originalmente la propuesta fue de Mark Siegler, quien era médico, los autores que acompañan su reflexión hasta nuestros días y que fortalecen su propuesta no lo son: Albert Jonsen es filósofo y William Winslade es abogado. Por esto también se considera y valúa esta propuesta como sólida, debido a su carácter inminentemente interdisciplinario.

La propuesta de Bernard Lo

Quizá menos conocida resulta la metodología del médico Bernard Lo, propuesta en su libro *Resolving Ethical Dilemmas*; no obstante, contiene elementos importantes. Para él, el primer paso consiste, como en las anteriores y, en general, en cualquier metodología, en el análisis y comprensión de los hechos empíricos y datos médicos. En el segundo se deberán evaluar los valores y las preferencias del médico o profesionales de la salud. Este paso es muy controversial en su propuesta, ya que se ubica por encima del tercero, que sería la consideración de los valores y preferencias del paciente. La razón que justifica su secuencia es que, para Lo, si el médico no logra vislumbrar y tener claros cuáles son sus valores y preferencias se verá confundido cuando le sean expuestas las del paciente y, en consecuencia, su integridad y profesionalismo se verán comprometidos. Así, en el tercer paso se analizan los valores y las preferencias

del paciente, así como de la familia —de existir— involucrados en el caso.

En un cuarto paso se abordan los aspectos éticos involucrados, que prácticamente son los mismos propuestos por Thomasma cuando establece necesaria la realización de una taxonomía de problemas presentes en cada caso. Por último, se toman en cuenta las distintas consideraciones prácticas circundantes al caso; esto es equivalente con los aspectos contextuales enunciados por Siegler, Jonsen y Winslade, donde se consideran cuestiones no directamente relacionadas con el caso; pero que lo convierten en una realidad compleja, como regulaciones jurídicas vigentes, políticas institucionales, costumbres locales, etc.

Esta metodología ha sido discutida, ya que arroja la controversia sobre la prioridad otorgada a los valores o preferencias del médico o profesionales de la salud o aquellos propios del paciente. Se ha argumentado que al ser el agente principal es este último, los valores prioritarios deben ser los suyos y no los del médico; no obstante, Lo explica que, dado que es el médico o los profesionales de la salud quienes realizarán los procedimientos necesarios y deberán tomar las decisiones en el ámbito médico, sus valores y preferencias deben ser considerados primero.

De algún modo, ante esta discusión encontramos un esbozo de la figura de la objeción de conciencia que tiene implicaciones importantes en el terreno de la bioética. La metodología tratada brinda la posibilidad de que, frente a una opción en que el médico ve comprometida su jerarquía de valores, pueda presentar objeción. Esto beneficia al médico y revaloriza su práctica dentro de una dimensión que lo considera integralmente como persona.

Recordemos aquí que la relación médico-paciente es una de mutuo perfeccionamiento.

También es importante argumentar a favor de lo propuesto en el párrafo anterior, ya que al considerar los valores del médico, se salva la posibilidad de caer en una práctica clientelar donde el paciente es quien ordena al médico lo que se le debe hacer; más aún, rescata la adecuada relación de un utilitarismo salvaje que termine con la economía de uno y la reputación del otro.

Metodología de James Drane

Esta metodología se conforma de cuatro etapas:

- *Etapa expositiva*: el objetivo de este primer momento es tener claros cuáles son tanto los factores médicos de la condición presentada como los asuntos éticos derivados de la consideración del paciente como persona, sus valores y preferencias; al igual que los propios del médico o personal de la salud que lo está tratando y de todos los aspectos socioeconómicos que rodean al caso. En este momento únicamente se trata de una simple identificación y enumeración de factores, no de un análisis o valoración de estos.
- *Etapa racional*: en este segundo momento un análisis más cauteloso y detallado se realiza a partir de los factores enunciados en la etapa anterior: de las consideraciones médicas (se hace una valoración del tipo de terapia, tratamiento o intervención, su naturaleza, los riesgos y beneficios, los costos, etc.), de los asuntos éticos observados mediante la guía rectora de determinados principios bioéticos (por ejemplo, beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto de autonomía), de tal suerte que estos justificarían las razones emitidas en el tercer momento que se verá a continuación. De igual modo, en esta etapa se analizan los aspectos jurídicos circundantes al caso.
- *Etapa volitiva*: en este momento se debe decidir por un determinado curso de acción. Se llega a esta conclusión ordenando jerárquicamente los bienes en juego y los valores y principios detectados, con el fin de decidirse por la mejor opción y de mayor alcance para todos los involucrados.
- *Etapa pública*: una vez que se ha tomado la decisión de sugerir una acción por encima de otras posibles, se debe dar razón de ello, es decir, se deben proveer las razones y motivos que llevaron a elegirla. Se buscará en esta etapa que las decisiones sean consistentes con los valores y principios éticos, sólidas en el plano de la argumentación y coherentes para ser dadas a conocer tanto al paciente, como al médico y a la familia.

Como se aprecia, esta metodología engloba en cuatro etapas las distintas consideraciones en torno a un caso clínico; sin embargo, su aplicación es aún ambigua en cuanto a la resolución de los conflictos generados en el momento de identificación de los valores y preferencias. En su análisis teórico se parece a la propuesta por Thomasma y Pellegrino; sin embargo, aquella resulta más exacta respecto de los ponderables que se van a deliberar, además que establece claramente que es el bioeticista o el comité los que deben realizar el análisis. En esta metodología, sobre todo en su etapa racional, queda abierta la duda sobre si deberá ser este quien delibere, o bien los demás agentes involucrados, sea la familia o el médico. Además, en la etapa expositiva se encuentra la dificultad de no separar los aspectos y

hechos estrictamente médicos y científicos de los valores y principios involucrados con lo que el análisis se puede ver oscurecido y la deliberación ser confusa.

Como se mencionó en páginas anteriores, cada una de estas metodologías parte de los hechos objetivos y desprende los elementos subjetivos que se prestan a debate, como los valores y preferencias en juego, los asuntos éticos de los involucrados en el caso, así como las políticas institucionales que varían según cada filosofía institucional; así, pues, si bien tener una metodología ayuda en el proceso de toma de decisiones, no deben considerarse de forma absoluta para esto, ya que, en ocasiones, se ameritará considerar factores que circundan al caso y que pudieran no estar contemplados en alguna metodología.

Las propuestas planteadas deben ser una guía y orientación sujeta a variables contextuales y a las personas que toman parte en el proceso decisional; por ello deben someterse a revisiones y adaptaciones periódicas que vayan respondiendo a distintas realidades y momentos históricos.

PROPUESTA DE ANÁLISIS PARA LA REALIDAD MEXICANA

Hacer bioética “en la cama del paciente” es distinto en cada país, pues las costumbres y las visiones son distintas; por ello, las complejidades propias de cada contexto ameritan un repensamiento de las metodologías existentes. Esta situación no es menos común en México, donde la obligatoriedad de contar con comités hospitalarios de bioética surge apenas en el 2011 y, por tal razón, su práctica es escueta y principiante.

A continuación, se exponen algunos aspectos culturales que son característicos de la realidad mexicana y que

permean aún en la pretensión de realizar un abordaje bioético en los casos clínicos.

Aspectos culturales

Las siguientes son algunas características de la realidad mexicana que el bioeticista debe considerar al momento de abordar y recomendar sobre un caso.

Machismo

En México las decisiones las toma el varón, no por su mejor entendimiento de la situación, sino porque, culturalmente, la sociedad es paternalista y, en consecuencia, la mujer no es un sujeto capaz de decidir. A pesar de haber conquistado su derecho a ejercer el voto ciudadano, la mujer todavía sigue replegada al ámbito doméstico y el cuidado de los hijos; pero sobre ella se ejerce la autoridad del varón del hogar que puede ser el padre o el esposo o concubino. Esto deja en franca desventaja a las mujeres y más, al momento de decidir sobre su salud; simplemente, la autonomía siquiera es considerada posible en ellas, razón por la cual los valores y preferencias del paciente que se considera en varias metodologías es un tema álgido para quien haga bioética. No obstante, se deberá velar, en la medida de lo posible y sin exponer la vida propia o la de terceros, por hacer cumplir y valer la voz misma de la paciente o, al menos, velar por los que se consideran sus derechos, aunque estos no sean válidos para sus mismos familiares.

Violencia intrafamiliar y contextual

El machismo conduce a la puesta en práctica de medidas violentas y agresivas, con el fin de salvaguardar la figura autoritaria del varón, por lo que las mujeres

sufren constantes agresiones y menoscabo de sus derechos y libertades tan pronto como se sospecha de un posible acto autónomo; en ocasiones, esto podrá llevar al bioeticista a no dar parte a las autoridades gubernamentales con el propósito de mantener oculta una práctica que, de saberse, provocaría un mayor riesgo para la integridad física y psicológica de la mujer. Hay que recordar aquí que, por principio de beneficencia, es necesario velar por el bien de la persona o del paciente y evitar cualquier daño que se le pudiera ocasionar directa o indirectamente.

De igual forma, México es un país violento, y la violencia se ha incrementado considerablemente en los últimos diez años; por ello, casos donde el conflicto sea tal que pudiese escalar los ánimos y generar una mayor tensión son potencialmente peligrosos para los bioeticistas; también aquellos en que hay involucradas situaciones de uso y abuso de drogas o alcohol alertan sobre la necesidad de ser abordados en conjunto con las autoridades civiles y de protección adecuadas y autorizadas por el hospital. La misma integridad física y psicológica del bioeticista puede verse seriamente perjudicada en un ambiente de violencia donde es su vida misma la que está en riesgo; por ello, se deberán tomar las medidas de precaución que se consideren necesarias sin escatimar en las posibilidades y los recursos.

Pobreza y escasez de recursos

La miseria en que viven muchos mexicanos se constata en sus estados de salud, que son precarios y, en ocasiones, agravados por el tiempo y las distancias que han tenido que esperar y recorrer buscando una solución a un problema que los aqueja. La referencia de pacientes del interior de la República a hospitales de tercer nivel es cada vez

más frecuente, y estos pacientes llegan después de haber sido diagnosticados y tratados fallida y erróneamente en otras instituciones; sus condiciones han empeorado de modo considerable, y la dificultad más grande que enfrentan es que se tienen que quedar a pasar la noche en el hospital y su familia no tiene recursos para alquilar un cuarto o un hotel, puesto que ya invirtieron su dinero en el transporte. Así, el problema es doble, ya que no solo se trata del paciente, sino de su familia, y en estos casos es preciso velar por el bien de ambos.

Aunado a esto, existe el problema de la escasez de recursos: las medicinas no siempre se encuentran disponibles en el hospital, incluidos los quirófanos, el material de curación, las camas, los aparatos de diagnóstico; todo se estipula según el presupuesto, y cuando este escasea, también escasean los primeros. Ello resulta en una deficiente atención de la salud de la población, no por falta de preparación, sino por falta de recursos materiales.

En cuanto a recursos humanos, también hay escasez: los médicos de base atienden un promedio de 50 a 60 pacientes al día y, frecuentemente, reportan estar y sentirse sobrepasados. Esto complica el escenario, ya que los errores médicos se dan con más facilidad ante su desgaste físico, mental y emocional; la insatisfacción por parte de pacientes y familiares se eleva porque no se sienten correctamente atendidos y perciben que son “uno más”, y la posibilidad de demandas por varios millones de pesos se incrementa y dibuja un panorama nada alentador para la institución.

Estos problemas, se podría decir, son el caldo de cultivo para que se despierten inquietudes que versan sobre temas de bioética; sin embargo, para el bioeticista estos problemas parecen no tener solución, ya que, incluso

en sus recomendaciones, se reconoce que el problema no depende del médico tratante ni del paciente, sino que obedece a una serie de circunstancias fatídicas que únicamente se podrán corregir cuando exista un mayor presupuesto para los servicios de salud y los profesionales que se dedican a su cuidado.

Vacío legal

Uno de los mayores problemas al que nos hemos enfrentado haciendo bioética clínica en México es el vacío legal que existe en torno a la figura del bioeticista. No hay sustento legal para hacer bioética adentro del hospital, con todo lo que esto conlleva: tener ingreso a las instalaciones; acceder al expediente clínico del paciente; contar con la autoridad para ir a visitar al paciente, para convocar al cuerpo médico tratante, a juntas con familiares y a emitir recomendaciones que tengan un peso que, al menos, quede escrito en el expediente clínico del paciente.

Estas actividades, propias de un abordaje del caso por especialistas en bioética, solo son posibles a través de la operación del comité hospitalario de bioética y, aun así, este no tiene competencia para reunirse con familiares ni anexas al expediente clínico sus recomendaciones; incluso en algunas situaciones y contextos, tampoco para acceder a este. En alguna medida, esta complejidad se ha resuelto por medio del médico o profesional de la salud que decide atender el caso desde la visión bioética, y lo que puede ejecutar en virtud de “ser médico o profesional de la salud” NO es virtud de ser bioeticista. Hasta que la figura del bioeticista no esté reconocida como parte de los profesionales de la salud y reguladas sus actividades como parte de las actividades de atención médica marcadas en el artículo 33 de la Ley General de

Salud, los alcances de los especialistas serán escasos y no tendrán la fuerza necesaria para elevar el grado de satisfacción tanto de pacientes como de profesionales de la salud y de los familiares.

Es urgente regular esta figura para hacer avanzar la bioética en nuestro país. Ahora bien, existen más aspectos culturales que se podrán describir en este espacio; sin embargo, basten los expuestos para entender la práctica de la bioética en un país tan particular como el nuestro. No obstante todos los obstáculos presentados, se ha encontrado la manera de brindar este abordaje bioético y fomentar un servicio de apoyo.

Propuesta de formato de análisis de caso

Se propone un formato de análisis de caso y emisión de recomendaciones por parte del área de bioética. Cabe mencionar que está inspirado tanto por las metodologías mencionadas en este artículo como por la experiencia obtenida en un hospital público de México, de agosto del 2014 a enero del 2016; por ende, responde a las dificultades y retos de la realidad mexicana.

Es importante aclarar también que este formato es una propuesta que deberá continuar en evaluación y modificación, según las necesidades se vayan presentando, y las circunstancias, cambiando. Se presenta el formato en la siguiente página.

A continuación se explica por qué se considera que esta metodología es adecuada para el contexto mexicano, sin por ello decir que es completa y perfecta. Más bien, se esboza un primer borrador que puede y debe seguirse pensando y completando o mejorando, conforme la práctica de la bioética clínica en México vaya siendo una realidad más tajante y empíricamente constatable.

Formato de análisis de caso y emisión de recomendaciones

I. Datos generales

Fecha: _____

Departamento o área que solicita la consulta: _____

Persona que solicita la consulta: _____

Responsable de bioética que atiende la solicitud: _____

II. Motivo de la consulta (quien realiza la consulta deberá expresar en este apartado la inquietud o dilema ético que lo mueve a realizar la solicitud, así como las expectativas que se tienen del bioeticista o bioeticistas que respondan)

III. Análisis del caso

3.1. Historia o antecedentes clínicos (si el paciente fue referenciado al hospital donde se realiza la consulta, es importante mencionar el diagnóstico que le dieron en la otra institución, así como el tratamiento y las causas de referencia) _____

3.2. Indicaciones médicas actuales y objetivos (tratamiento, opciones, naturaleza, riesgos y beneficios) _____

3.3. Valores y preferencias del paciente (cultura, religión, creencias, estimaciones, juicios, valoraciones, situación socioeconómica)

3.4. Asuntos éticos involucrados (autonomía, capacidad para la toma de decisiones, abuso, abandono, justicia, conflictos de interés)

3.5. Aspectos contextuales (políticas hospitalarias, preocupaciones administrativas, marco legal vigente, etc.) _____

IV. Recomendaciones (especificar a quién, cómo y cuándo se emitieron)

4.1. Fecha de emisión: _____

4.2. Persona a quien se le emitieron las recomendaciones y área de procedencia: _____

Continúa

4.3. Sugerencias del Comité:

Anexo

Por favor, escriba aquí cualquier otro dato que se considere relevante para el caso expuesto, puede ser del paciente, del médico, de los familiares, o bien algún otro dato que se estime importante y que no haya sido mencionado

Nombre y firma del responsable en bioética (preferentemente del presidente del Comité)

Nombre y firma de quien recibe la sugerencia:

Respecto del punto 3.1, hay que decir que en México resulta de especial importancia este aspecto, ya que se presentan muchos casos de pacientes foráneos que vienen de zonas donde la atención médica es deplorable o inexistente y, en su traslado, su condición ha empeorado considerablemente.

Es importante resaltar que en el punto 3.2 se establecerán los objetivos perseguidos. Esto resulta un tema muy agudo en México, por la escasez de recursos existente en los hospitales públicos, por lo que se deberán detallar los objetivos perseguidos, así como, al cabo de algún tiempo que se estime adecuado, reevaluarlos para determinar si conviene o no seguir con el tratamiento propuesto o cambiarlo o hasta suspenderlo. Es importante siempre maximizar los recursos lo más posible, ya que existe una gran demanda y poca oferta de medicamentos, camas, procedimientos, quirófanos, etc. Por ello se debe reali-

zar una valoración muy cautelosa de los pacientes para otorgarles los beneficios que mejor contribuyan para el restablecimiento de su salud.

El paso 3.3 es de especial relevancia en México, ya que no solo se trata de determinar los valores del paciente, sino su contexto cultural. Hemos dicho ya que, por ejemplo, el empoderamiento cultural y moral del hombre por encima de la mujer es un determinante para la toma de decisiones en México. Pues, bien, en este punto se deberá valorar si existe tal empoderamiento en el caso presentado y para ello se requerirá una observación directa de la dinámica familiar y social del paciente y quienes lo frecuentan. De igual modo, se pueden determinar elementos de violencia, como pertenencia a pandillas o grupos urbanos, inserción en redes de narcotráfico o conductas psicológicas violentas.

El objetivo de este apartado será, por un lado, determinar las circunstancias que podrán alterar la toma de decisiones tanto por parte del paciente como de los profesionales e incluso de la institución hospitalaria; por otro, advertir de posibles factores de riesgo en el internamiento del paciente. Se trata de hacer una lectura crítica de las actitudes y discursos del paciente para determinar y valorar los posibles cursos de acción; incluso, en caso de ameritarse, advertir a las autoridades correspondientes. Mucho ayuda que, en este apartado, el bioeticista oriente su percepción con la del resto de los profesionales de la salud que tratan al paciente, ya que en ciertas ocasiones la complejidad radica en la diferencia de conductas presentadas en distintas horas del día; así se tendrá una visión más completa de las dinámicas que se mueven en torno al paciente.

El apartado 3.4 debe entenderse de modo diferente al usual en las metodologías en la particularidad de México, ya que, en múltiples ocasiones, no se trata tanto de un dilema ético identificado, sino de una situación de escasez de recursos.

Se presentan casos en los cuales el deterioro del estado de salud del paciente proviene de la escasez de recursos, bien sea porque el poder adquisitivo de la familia o del propio paciente no es suficiente para comprar las medicinas o tener acceso a los tratamientos diagnósticos o terapéuticos recomendados por el médico tratante o porque simplemente no se encuentran disponibles en las mismas instituciones. Esto retrasa, en el mejor de los casos, la evolución positiva de la condición médica y, en el peor de los escenarios, la conduce a una etapa irreversible.

Así, es entendible que, en ocasiones, el problema sea o bien la adquisición de medicinas o tratamientos, o

bien la ubicación física de un paciente foráneo que requiere darse de alta; pero no puede regresar a su estado por falta de recursos y haya que conseguirle un albergue temporal.

Este punto es sumamente controversial si se analizan las funciones de un bioeticista clínico o del propio Comité de Bioética: sus alcances y limitaciones ya que, en principio, resolver cuestiones referentes a escasez de recursos no es un área de competencia del bioeticista.¹⁰ No obstante, el que se tenga que hacer así en México constituye una de las adaptaciones que se han tenido que incluir, dada la circunstancia en que se desarrolla la bioética y en que se presentan los casos en el ambiente hospitalario.

El apartado 3.5, concerniente a los aspectos contextuales, resulta de especial importancia, ya que, como se mencionó, en México no existe una figura jurídica que avale el actuar del bioeticista dentro del ámbito hospitalario. Desde el 2011 tenemos una regulación, por orden de la Secretaría de Salud Federal, vía la Comisión Nacional de Bioética, de contar con comités hospitalarios de bioética, entre otros (5).¹¹ Esto da lugar a que el trabajo que se haga de bioética en los hospitales sea el reconocido por un comité, mas no el modelo individual ejercido por el bioeticista clínico, lo que implica que las recomendaciones dadas en un caso estén firmadas por el presidente del comité en representación de los demás miembros, lo que a su vez implica que se haya atendido la solicitud, analizado el caso y emitidas las recomendaciones en consenso con los integrantes del comité.

10 Recuérdese aquí la delimitación de las funciones propuesta por la American Society for Bioethics and Humanities (3).

11 Revísese, para una mayor claridad en el tema, las *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética* (5).

Lo anterior deja de lado la posibilidad de emitir sugerencias y realizar intervenciones de forma individual. Así, será necesario considerar esta particularidad, pues aunque en la práctica sea posible atender un caso de forma individual, en el momento de emitir la sugerencia este deberá ser sometido a la deliberación del grupo, lo que, entre otras cosas, complica el análisis y retarda las sugerencias. Además, existe el hecho de que si se requiere la sugerencia del comité para efectos legales en que un caso se haya pasado a las autoridades o se haya interpuesto una demanda penal, si bien las sugerencias del área de bioética no tienen carácter vinculatorio, sí pueden ser consideradas elementos aclaratorios si fueron emitidas por el conjunto, es decir, por el comité, no por individuos aislados.

Nos encontramos ante un vacío legal respecto de la figura del bioeticista, que complica la implementación de un servicio permanente de consultoría en bioética dentro de los hospitales, y este vacío deberá ser valorado también como parte fundamental del análisis que se haga de los casos.

Con el análisis de la metodología planteada, nos damos cuenta de que si bien es susceptible de ser mejorada o completada, aborda de forma puntual los aspectos relevantes propios de la cultura y sociedad mexicana y, por ello, se propone en estas páginas como una adaptación a la realidad de México.

CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas se ha mencionado que existen distintas metodologías para el abordaje bioético de los casos clínicos, cada una con elementos que permiten

una visión más integral y con análisis completos de las circunstancias particulares.

En primer lugar, hay que decir que todas las metodologías presentadas parten de la importancia de valorar el hecho empírico o la historia clínica del paciente, ya que este es uno de los ámbitos que pisa el terreno objetivo que se puede encontrar en un caso; posteriormente, abordan los elementos más subjetivos, como los valores y preferencias del médico tratante y de los profesionales de la salud, así como del paciente mismo, y, por último, abordan un análisis de las circunstancias ajenas al paciente que pueden arrojar perspectivas diferentes para su solución.

Independientemente de la metodología que se elija, su trascendencia radica en llevar la discusión a elementos sobre los que se puedan generar visiones compartidas y ordenarla, por ende, a mínimos que fomenten un debate libre y moderado para velar por el mejor y el mayor interés del paciente.

También es preciso recordar que estas metodologías no pueden aplicarse de forma universal y lineal, sino que cada cultura deberá valorar sus elementos y reordenarlos de manera que sean satisfactorias para todos los involucrados. Es importante destacar también que si bien las metodologías aportan elementos para el debate y deliberación de los casos, no asumen la totalidad de las circunstancias que los rodean, es decir, deberán fungir como guías, no como determinantes, por lo que deberá valorarse cada situación en sus particularidades, aun a pesar de que estas no se incluyan de forma explícita en los elementos del formato de análisis. Dentro de estos elementos se encuentran la regulación jurídica y la cultura propia de cada país, por lo que se deberán

adaptar los elementos al lugar donde ocurre el caso y se está deliberando.

Así es México, ya que en el país existen particularidades que deben ser consideradas en el momento de analizar un caso desde el punto de vista bioético, como la violencia doméstica, la visión de empoderamiento de los varones en la sociedad, el vacío legal en que se mueve el bioeticista, etc. Cada uno de estos factores propone retos interesantes y originales para la práctica de la bioética en México, lo que hace suponer que, lejos de desalentar su posibilidad, obligan a un pensamiento más profundo e integral de la realidad mexicana.

La metodología planteada responde a estas cuestiones culturales y sociales estableciendo los apartados con claridad; sin embargo, por su parte, algunos de ellos comportan la dificultad de su completa valoración en un tiempo no inmediato y con la ayuda de otros profesionales de la salud, por lo que el análisis se torna un tanto más tardado y complejo. Además, sigue pendiente el reto de proponer la figura del bioeticista como parte de los profesionales de la salud; pero solo en la medida en que se realicen prácticas hospitalarias donde se evidencie la atención de los casos emergentes y no programados por bioeticistas clínicos debidamente formados y entrenados en el área se podrán llevar cifras y datos que sustenten tal inclusión profesional.

De igual modo, es necesario planear e impartir cursos de formación en el área de la bioética clínica, ya que se requieren habilidades y aptitudes específicas que no se obtienen de los cursos formales de especialidades, maestrías o doctorados en bioética existentes en la oferta educativa de México. Así, frente a la incógnita de cómo resolver un caso concreto teniendo al paciente y su familia enfrente,

la metodología planteada lleva al bioeticista de la mano, paso a paso, para un mejor análisis; sin embargo, ello no cubre la preparación profesional que se necesita de forma integral. Es decir, es un primer paso contar con una metodología que oriente el análisis, pero se necesita educación formal y entrenamiento para poder aplicarla y mejorarla cada vez más.

Así también se precisa intervenir, cada vez más, en los hospitales con una presencia mucho más constante que vaya más allá —no que sustituya— de la función específica de los comités en sus sesiones programadas. Es imperante insertarse en la realidad hospitalaria y empezar a atender los casos emergentes, al menos responder de forma inmediata y eficaz a ellos, a pesar de que, posteriormente, se tengan que comentar y deliberar en el interior del comité; pero en la medida en que se vaya teniendo más presencia de bioeticistas clínicos que respondan al momento de ser solicitada una consulta ética, se empezará a romper la barrera cultural que frena la completa inserción de estos en las instituciones, pues se comenzará a entender su función como apoyo y en sintonía con los valores institucionales y profesionales, y no como autoridad punitiva que sanciona malas prácticas.

Finalmente, huelga decir que el bioeticista clínico cumplirá su función de orientación en un caso correspondiente cuando cuente con elementos de análisis y discernimiento claros y adaptados a la realidad donde se inserta, que le permitan ponderar el mayor número de variables posibles sabiendo siempre que el paciente es mucho más que estos elementos; por ende, considerando su trabajo complementario para una atención integral de la salud.

REFERENCIAS

1. Beca JP. Consultores de ética clínica: ventajas, razones y limitaciones. *Bioética & Debate*. 2008;14(54):1-5.
2. Drane J. *Clinical bioethics*. Kansas City: Sheed & Ward; 1994.
3. American Society for Bioethics and the Humanities (ASBH). *Core competencies for healthcare ethics consultation*. 2ª ed. Chicago: ASBH; 2011.
4. García A. *Encyclopedia of global bioethics*. Henk: Springer; 2015.
5. Secretaría de Salud de México, Comisión Nacional de Bioética. *Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación* [internet]. México; 2016. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CEI_paginada_con_forros.pdf
6. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical ethics*. 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2015.