
Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial

Method of analysing ethical conflicts in care practice

P. Hernando¹, M. Marijuán²

RESUMEN

En toda relación clínica han de tomarse decisiones en condiciones de incertidumbre, lo cual requiere razonabilidad y prudencia. ¿Cómo hacer esto de la mejor manera posible?: deliberando.

Las dos propuestas metodológicas con más éxito en la aplicación de la bioética han sido la casuista y la principialista, con contenido similar y diferente fundamentación.

En este trabajo se aplican dichas propuestas a un caso práctico en el que se plantea la retirada de un tratamiento de soporte vital.

El análisis se hace en cuatro pasos: el primero es realizar, desde la no maleficencia, la valoración clínica de la indicación o indicaciones para intervenir médicamente. El segundo momento nos remite al principio de justicia o a los rasgos contextuales, procurando un reparto equitativo de los recursos sanitarios. El tercer paso hace referencia al principio de autonomía, el de las preferencias de los pacientes. Este principio es el último desvelado en las relaciones sanitarias y, probablemente, el que mayores conflictos plantea. El respeto a la autonomía del afectado implica la consideración de tres aspectos: capacidad, información y voluntariedad. El cuarto y último paso aborda el principio de beneficencia o de calidad de vida. Este criterio va indeliblemente ligado a las preferencias del propio paciente y, además, su contenido general incluye que la práctica sanitaria trata de promover el bien, asistir y curar las enfermedades, promover y mantener la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Deliberar y ponderar cada uno de los contenidos de los pasos anteriores es la propuesta metódica que se plantea, argumentado en favor de la preeminencia de uno u otro aspecto en función de los datos que presente cada caso.

Palabras clave. Métodos de análisis ético. Conflicto ético. Bioética. Deliberación.

ABSTRACT

In every clinical relationship decisions must be taken in conditions of uncertainty, which requires reasonableness and prudence. How is this to be done in the best way possible? By deliberating.

The two most successful methodological proposals in the application of bioethics have been casuist and principialist, which have similar contents but different bases.

In this article these proposals are applied to a practical case in which the withdrawal of life supporting treatment was posed.

The analysis is carried out in four steps: the first is to realise, in the absence of malice, a clinical evaluation of the indication or indications for intervening medically. The second step takes us to the principle of justice or the contextual features, procuring an equitable share out of health resources. The third step refers to the principle of autonomy, that of the patients' preferences. This principle is the latest to emerge in health relationships and is probably the one that poses the most problems. Respect for the autonomy of the person affected implies considering three aspects: capacity, information and voluntariness. The fourth and final step deals with the principle of benefit or quality of life. This criterion is necessarily linked to the preferences of the patient himself and, besides, its general content includes attempt by the health practice to promote well-being, to assist and cure diseases, to promote and maintain health, to alleviate pain and suffering, to avoid premature death and to ensure a peaceful death.

Deliberation and weighing up each of the contents of the above steps is the methodological proposal that is set forth, with the argument favouring the pre-eminence of one or another of the aspects depending on the data presented by each case.

Key words. Methods of ethical analysis. Ethical conflict. Bioethics. Deliberation.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 91-99.

-
1. Psicólogo. Director de los Servicios de Atención al Cliente de la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Presidente de la Sociedad Catalana de Bioética.
 2. Doctora. en Medicina. Máster en Bioética. Profesora de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco.

Correspondencia:

E-mail: phernando@cspt.es

INTRODUCCIÓN

Los autores de este trabajo nos movemos en dos ámbitos profesionales diferentes: la universidad y un hospital público, pero ambos participamos en el asesoramiento y despliegue de los Comités de Ética Asistencial. Pues bien, de esta experiencia hemos constatado que una de las principales preocupaciones de sus miembros se refiere al “método del análisis ético” ante las consultas de casos que llegan a dichos comités.

Se suele esperar del experto en temas de bioética un conocimiento técnico, neutro, la aplicación estricta de un método desconocido para el profesional sanitario que como en otros aspectos de la práctica clínica dé una respuesta clara al problema planteado.

La expectativa, hablando del método, es que éste se ajuste al canon científico en el que prima la coherencia formal, la prueba deductiva y donde el contexto generalmente no tiene importancia. El mismo deseo de “cientificidad” que guía el diagnóstico, el pronóstico o la terapéutica en la práctica clínica, es el que se pretende exigir al análisis de los conflictos éticos. Sin embargo, la aplicación del conocimiento médico a un caso clínico concreto siempre está sometida a un importante grado de incertidumbre. El paciente con sus particularidades biológicas, psicológicas y sociales, los recursos sanitarios disponibles, las habilidades de los profesionales, la actitud de la familia..., hacen que se necesite algo más que conocimiento científico *sensu stricto*. Lo mismo ocurre en el ámbito de la denominada bioética clínica o ética asistencial.

MÉTODO

La toma de decisiones en condiciones de incertidumbre requiere ser razonable y prudente en el análisis, en la toma de decisiones, en su aplicación y en la posterior valoración (“evaluación”, dicho en términos más actuales). Todo ello tanto en los aspectos clínicos como en los aspectos éticos del caso. Actuar de esta manera genera, casi siempre, más posibilidades o alternativas de solución.

Entendemos que, recogiendo la distinción de Toulmin¹ entre racionalidad y racionalidad, el método para analizar problemas éticos en el ámbito de la salud se mueve dentro de la primera opción. Un extracto de su obra lo expresa mejor: *Si nos centramos exclusivamente en las proposiciones que figuran en un argumento, haciendo caso omiso de la situación en que éste se presenta, puede decirse que consideramos el argumento desde el punto de vista estricto de la racionalidad. Si, por el contrario, únicamente prestamos atención a los recursos que hacen que un argumento sea persuasivo, lo máximo que se puede decir de un caso es que lo presentamos lo más razonablemente posible: sólo si logramos compaginar de forma equilibrada la atención a la sustancia de un argumento con un estilo convincente, pero no demasiado insistente, se nos podrá atribuir una racionalidad que combina la fuerza intelectual del contenido con una moderación de la forma. La racionalidad supone concentrarse restringidamente en asuntos de contenido y la racionalidad, ser sensibles a las mil maneras en que una situación puede modificar tanto el contenido como el estilo de los argumentos.*

¿Cómo hacer realidad lo anterior?, ¿cómo ser razonables?

Deliberando. Tal y como señala Diego Gracia²: *el razonamiento deliberativo se caracteriza por ser práctico y tener por objeto la toma de decisiones. Presupone el diálogo, ...el razonamiento deliberativo no da certeza sino que siempre está afectado por la incertidumbre....* Eso no significa que no sea un procedimiento racional. “La deliberación es la búsqueda de la racionalidad o al menos de la racionalidad en el mundo de la incertidumbre”. Es preciso, entonces, plantearse el análisis con prudencia. Aristóteles señaló la prudencia –*phronesis*– como una virtud intelectual relacionada con el conocimiento y la razón. La prudencia sería, según él, la disposición que permite deliberar correctamente acerca de lo que es bueno o malo para el ser humano. No bueno y malo en sí mismo, sino dentro del mundo. No en general, sino en cada situación³. Ser prudente sería, por tanto, saber tomar decisiones en condiciones de incertidumbre. Para ello es clave contar con el mayor número posible de perspectivas diferentes a la hora de ana-

lizar un problema concreto, aceptando que es enriquecedor escuchar los argumentos de los demás porque nadie tiene toda la razón ni la puede tener. Escucha quien cree que puede aprender algo, es decir, el que cree que no lo sabe todo y esto es esencial en la relación clínica (como en cualquier relación entre adultos). Señala Amy Gutmann que *La deliberación es necesaria porque en la naturaleza humana se dan cuatro causas de desacuerdo y por tanto cuatro motivos para ella: la escasez de recursos y no sólo sanitarios, nuestra limitada generosidad, la existencia de valores morales incompatibles y nuestra comprensión deficiente*⁴. Es posible que no sean las únicas causas, pero nos parecen muy razonables.

¿Cómo empezar una deliberación sobre los problemas éticos que genera un caso clínico concreto?

Nuestra intención no es hacer un análisis exhaustivo de las diferentes propuestas metodológicas. Este análisis ya fue realizado hace tiempo por Diego Gracia⁵. En él identificaba la racionalidad, antes señalada, con la casuística.

Puede decirse que las dos propuestas metodológicas de más éxito para el análisis ético han sido la propuesta casuística y la principialista. Sin detenernos en cuestiones de fundamento y yendo a los contenidos de ambas, podemos establecer el siguiente paralelismo:

Propuesta casuística Obra de referencia: Clinical Ethics¹	Propuesta principialista Obra de Referencia: Principles of Biomedical Ethics²
Indicaciones para intervenir médicamente	Principio de no maleficencia
Las preferencias de los pacientes	Principio de autonomía
La calidad de vida	Principio de beneficencia
Los rasgos contextuales	Principio de justicia

¹ Hay una edición en castellano: Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética clínica. Barcelona : Ariel, 2005.

² Hay una edición en castellano : Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética médica. Barcelona: Masson, 1999

Al comparar los contenidos de cada apartado, vemos que los aspectos a considerar son muy similares aunque, por ejemplo, el término “rasgos contextuales” recoge más aspectos que el Principio de Justicia, pero ello es consecuencia del formalismo que impregna al principialismo.

Como en muchas otras disciplinas, la propuesta que recoja las bondades de ambas aproximaciones sería la mejor. Nuestro planteamiento, en este sentido, es ecléctico y favorable a todo aquello que promueva la deliberación y, en este sentido, la propuesta casuística de *Clinical Ethics* nos parece más sugerente y clara que la principialista de *Principles of Biomedical Ethics*.

El paradigma principialista fue enunciado por Beauchamp y Childress en 1979⁶ y no está exento de críticas⁷. Establece que para tomar decisiones adecuadas, en el ámbito de la práctica sanitaria, se han de respetar los principios de no maleficencia,

beneficencia, autonomía y justicia. Sin embargo, los problemas surgen cuando dichos principios entran en conflicto. Beauchamp y Childress proponen que cuando esto suceda, se analice el caso, (en los Comités de Ética Asistenciales) teniendo en cuenta las opiniones de los implicados y las circunstancias particulares que concurren en él, lo que podrá llevar a una jerarquización de los principios. Sobre decir la preeminencia que en esa jerarquía adquiere el principio de autonomía en toda la bioética norteamericana.

La alternativa casuística, explicitada en *Clinical Ethics*⁸ señala ...que cada caso clínico, sobre todo los que planteen un problema ético, sea analizado a la luz de los cuatro parámetros siguientes: 1. las indicaciones médicas, 2. las preferencias del paciente, 3. la calidad de vida, y 4. los aspectos contextuales, definidos éstos como el contexto social, el económico, el jurídico y el administrativo en el que se enmarca el caso”. Para estos autores no hay preponderancia de un

parámetro sobre otro y las consideraciones de cada uno de ellos es garantía en la toma de decisiones. Hay que contemplarlos todos y, tal como se haría en una sesión clínica, buscar la mejor solución posible para el caso concreto que nos ocupe. Son tópicos que a lo largo de la experiencia han demostrado su validez, como la anamnesis, la exploración, los datos de laboratorio, etc.

Diego Gracia elaboró una propuesta metódica⁵, una alternativa a la jerarquización casuística (en función de cada caso). Su propuesta incluye los siguientes pasos: sistema de referencia moral (establecer las premisas ontológicas y éticas), esbozo moral (argumentar desde los principios), experiencia moral (argumentar sobre las consecuencias) y justificación moral (verificar las propuestas en el plano individual y en el social).

Propone además jerarquizar los principios en dos niveles. Los principios de nivel 1 – no maleficencia y justicia –, configuran la ética de mínimos, de objetivo y obligado cumplimiento para todos. Los principios de nivel 2 –autonomía y beneficencia– representan la ética de máximos, de búsqueda individual de felicidad, de proyectos de vida subjetivos. Esta jerarquización facilita, entre otras cosas, el análisis ya que cuando colisionan principios de diferente nivel, se ha de procurar respetar los principios de nivel 1 por encima de los de nivel 2. Su propuesta presenta más complejidad, pero baste esta pequeña introducción para situar el razonamiento que *a posteriori* se expone.

A PROPÓSITO DE UN CASO

Para ilustrar cómo aplicar todo esto, nada mejor que hacerlo con un caso real. El método de análisis de casos es una excelente vía para la formación en bioética porque provoca en los lectores el interés añadido de haber sufrido situaciones parecidas y por ello entender mejor las dificultades del abordaje así como los pros y contras de las distintas propuestas planteadas.

JAOV es un paciente de 82 años que sufre una insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) cuya causa inicial fue una nefropatía diabética. Está en tratamiento con

hemodiálisis periódica, 3 veces por semana, 3 horas por sesión, desde hace 4–11 años, y en los últimos 12 meses ha sufrido varios accidentes cerebro-vasculares (ACV) que han provocado un deterioro neurológico progresivo. Como consecuencia de ello, está desorientado y muy desconectado del medio por graves déficits de comprensión y comunicación. Hace una vida de la cama al sillón y es absolutamente dependiente para las tareas cotidianas. Desde el primer ACV se le alimenta por sonda nasogástrica, no responde a preguntas y reacciona al disconfort o al dolor con agitación psico-motriz. El paciente vive en su domicilio con su esposa. Tienen una única hija que los visita con mucha frecuencia y que trabaja como auxiliar de clínica en el centro donde es atendido el paciente, siendo la principal interlocutora con los profesionales.

Cada dos días el paciente es llevado a la Unidad de hemodiálisis, últimamente con cierta resistencia por su parte. Una vez allí, no reconoce al personal que le atiende y hacia la mitad de la sesión acostumbra a agitarse, llegando incluso a ponerse agresivo y a desconectarse de las líneas sanguíneas del circuito extracorpóreo. En 6 ocasiones durante los últimos 3 meses, estos episodios de agitación han impedido el traslado desde su domicilio a la Unidad, por lo que llegaba a la sesión siguiente con cifras muy elevadas de potasio en sangre.

Los profesionales que le atienden, tras valorar el caso en sesión clínica, plantean a la familia la posibilidad de suspender la hemodiálisis dado el estado del paciente y su pronóstico. Sus argumentos son: 1. la calidad de vida del enfermo es pobre y las sesiones de diálisis le están generando, probablemente, más perjuicios que beneficios: pinchazos, sujeciones físicas, tensión y disconfort, 2. otros pacientes podrían ocupar su lugar en la hemodiálisis, evitando así tener que desplazarse a otras poblaciones más lejanas para recibir el tratamiento y, por último, 3. el coste del tratamiento es alto y con el actual marco de escasez de recursos parece impropio continuar en esta situación. Opinan además que la familia tendría que aceptar sus conclusiones y respetar sus criterios.

La familia, sin embargo, es partidaria de que el enfermo continúe siendo dializado. Su esposa explica que en su domicilio el paciente no se queja, es dócil, se deja manejar sin problemas y que cuando ella permanece junto a él en la sesión de diálisis, se mantiene tranquilo. La hija argumenta, además, que en otras unidades del hospital donde ella ha trabajado se ha seguido dializando a enfermos con peor pronóstico que su padre.

Análisis del caso

En la relación asistencial aparece un conflicto cuando quienes intervienen en ella no están de acuerdo en "lo que se debe hacer". En este caso concreto el conflicto aparece por las opiniones encontradas de los sanitarios y la familia respecto a seguir o no seguir con la hemodiálisis. Cada una de las partes argumenta desde perspectivas y prioridades distintas.

Según lo expuesto sobre el método, podríamos analizar este desencuentro considerando: a) los conceptos: las indicaciones para intervenir médicamente, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los rasgos contextuales o b) los principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

La primera pregunta que debemos formular es: ¿Qué conflictos morales se hacen presentes? Existen opiniones encontradas entre los sanitarios y la familia respecto a la conducta que hay que tomar sobre seguir o no la hemodiálisis. ¿Estamos ante una decisión exclusivamente técnico-sanitaria en la cual la familia no ha de intervenir? o se trata, por el contrario, de una decisión que atañe únicamente a la familia dado que el paciente es incompetente? Vayamos por partes.

Realizar un juicio clínico de acuerdo al principio de no maleficencia o de la ética de la indicación

Esto es previo a cualquier otra consideración. Lo primero que el sanitario debe plantearse es no ser maleficente, esto decir, no dañar al paciente y hacer bien su trabajo asistencial desde la práctica

correcta, como, por ejemplo en este caso, la hemodiálisis.

Una interpretación meramente tecnocrática o paternalista (según el uso mandato-obediencia) de la relación clínica plantearía que es obligado dializar si los profesionales sanitarios lo indican y no dializar si ésta es su prescripción.

La Buena Práctica Clínica (BPC), la *lex artis* o la medicina basada en pruebas (MBP) nos dicen que la indicación terapéutica para la IRCT es la diálisis. Esto, sin embargo, no debe ser interpretado como una actuación obligatoria porque estaríamos identificando *a priori* una cuestión técnica con una moral y en las situaciones concretas siempre hay muchos aspectos a considerar.

Un requisito fundamental en esta parte del análisis es determinar el pronóstico de vida del paciente. La demencia que padece JAOV es probablemente progresiva y su problema renal está en fase terminal -es decir con una función renal inferior al 10% de la normal- desde hace 4-11 años. Con todos estos datos el equipo de profesionales que le atiende opina que, manteniendo la diálisis, el pronóstico de vida es inferior a 1 año.

En este caso, por tanto, la diálisis no está contraindicada desde un punto de vista estrictamente técnico y la retirada supondrá el fallecimiento del paciente por intoxicación metabólica. Presumiblemente JAOV irá perdiendo la consciencia por el aumento de urea en sangre y en pocos días sufrirá una parada cardiaca por hiperpotasemia. Puede decirse que, con los debidos cuidados, sería una muerte sin sufrimiento físico, un final apacible.

¿Existen otras alternativas terapéuticas? Los tratamientos alternativos para la IRCT como el trasplante renal u otras técnicas de diálisis (la diálisis peritoneal y la hemodiálisis domiciliaria) no son técnicamente válidas en este caso dada la situación del paciente.

Principio de justicia y los rasgos contextuales

La justicia se preocupa del reparto equitativo de los recursos sanitarios. Los

criterios para tal reparto responderán al “modelo político-social” que se situará entre estos dos polos: el modelo liberal, que entiende el cuidado de la salud como una responsabilidad básicamente individual y el modelo social, en el que este cuidado se considera un derecho básico del ciudadano y un valor indispensable para promover la igualdad de oportunidades. Por ello, porque cada sociedad tiene un concepto propio sobre la justicia, el alcance y los límites de una determinada prestación sanitaria tendrán que estar regulados a través de disposiciones normativas.

En España nos situamos en el llamado “modelo social”. La asistencia sanitaria tiene cobertura universal y unas prestaciones definidas en el catálogo de 1995⁹. Puede ocurrir, sin embargo, que tratamientos incluidos en este catálogo estén limitados *de facto*, como ocurre, por ejemplo, con las camas de cuidados intensivos y con otros recursos escasos. De todos modos, en la actualidad, no existen limitaciones de ese tipo para la diálisis en nuestro país. Cualquier enfermo que padezca una insuficiencia renal crónica terminal, si está indicado, podrá ser dializado en un centro público o privado, o en su domicilio.

El respeto a la legislación vigente en materia sanitaria, la equidad, la eficiencia, la accesibilidad a los servicios y la responsabilidad social de todos los implicados son los parámetros que plantea nuestro modelo asistencial ante estas situaciones. Por tanto, en este caso, los dos aspectos planteados por los sanitarios en relación con la justicia -el posible acceso de otros enfermos a diálisis en ese centro y el alto coste del tratamiento- han de ser analizados a la luz de los elementos aquí expuestos.

Principio de autonomía y las preferencias de los pacientes

El principio de autonomía ha sido el último en incorporarse a las relaciones sanitarias y probablemente el que mayores conflictos plantea. Como ya enunciaba S. Mill: *cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual. La especie humana ganará más en dejar a*

*cada uno que viva como le guste, que no obligarle a vivir como guste al resto de sus semejantes*¹⁰.

El respeto a este principio implica la consideración de tres aspectos: la capacidad, la información y la voluntariedad de la persona que decide.

La capacidad es un requisito para ejercer la autonomía. También es una cuestión de grados y su mayor o menor exigencia está relacionada con la importancia de la decisión. La reflexión ética y la normativa legal obligan a los profesionales sanitarios a partir de la presunción de capacidad del paciente y no al contrario. La incapacidad deberá ser convenientemente probada. En este caso parece suficientemente documentada la incapacidad de JAOV. En situaciones como ésta hay tres criterios que, jerárquicamente, se deben aplicar en la toma de decisiones¹¹. 1. El primero es el de las instrucciones o directrices previas del paciente que deberán ser respetadas si se conocen (por ejemplo por haber realizado un documento de voluntades anticipadas). En el caso que nos ocupa no existe tal documento. De hecho, el que lo haya es todavía poco frecuente en nuestro entorno y su elaboración e interpretación también pueden plantear problemas. 2. El segundo criterio es el del juicio sustitutivo mediante el cual un representante del enfermo toma las decisiones intentando aplicar los valores del afectado. Deberán actuar como representantes del paciente aquellos que mejor le conocen, normalmente los familiares. En este caso actúan como representantes de JAOV su esposa e hija, a las que hemos de suponer un buen conocimiento de los deseos de su marido y padre. Ellas defienden la continuidad de la diálisis y no tenemos ningún indicio para suponer que JAOV hubiese deseado lo contrario. 3. Un tercer criterio -sólo aplicable en ausencia de los anteriores- es el del mejor interés, según el cual, y en base a juicios de “calidad de vida intersubjetivos”, los sanitarios (a menudo tras una consulta al Comité de Ética o incluso al juez) serán los que tomen las decisiones.

Un segundo aspecto a tratar es el de la información, por el que se debe determinar si el paciente o en este caso los fami-

liares disponen de la información necesaria para tomar esta decisión. En este caso cabe suponer un adecuado nivel de información dados los años de tratamiento en diálisis y la profesión de la hija.

El último aspecto a considerar para garantizar que la decisión es autónoma es el de la de voluntariedad. Es decir que la decisión no está sujeta a cuestiones que limiten la libertad de quien las toma. En este caso, al ser el paciente incapaz para decidir, se deberá valorar este extremo en la esposa y la hija.

Principio de beneficencia y calidad de vida

La atención sanitaria trata de hacer el bien, asistir y curar las enfermedades, promover y mantener la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento, evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz¹². Todo lo anterior lo intenta conseguir a través del conocimiento científico, pero también adaptando los medios de los que dispone a las características de cada enfermo.

Durante gran parte de la historia de la medicina, "lo bueno" lo determinaba el profesional basándose en datos objetivos. El paternalismo suponía la imposición del criterio de los sanitarios al considerar que el paciente no estaba capacitado para decidir en tales asuntos. Se decidía por el paciente, con la mejor intención, tratando de promover un bien en él. Sin embargo, hoy se reconoce que el "bien" particular, por definición, es subjetivo y que lo bueno para uno mismo no tiene por qué serlo para otro. También existen, de todos modos, valoraciones sobre la calidad de vida, ampliamente compartidos, basadas en criterios intersubjetivos.

En el caso de JAOV, los profesionales que le atienden opinan que su calidad de vida es pobre y que los perjuicios que le provoca la hemodiálisis (disconfort, agitación, etc.) sobrepasan unos beneficios que, según ellos, alargan una vida que consideran casi meramente biológica. No parece que el fin de la medicina sea el prolongar *per se* la vida de los pacientes que padecen un gran deterioro físico y un profundo déficit psíquico¹³. Para estos sanitarios ello va en contra de la dignidad del

paciente y en contra del sentido de su profesión. Sin embargo, la esposa e hija valoran de modo distinto la calidad de vida de su familiar y defienden que el paciente, al que ellas cuidan, está tranquilo en su compañía. Los profesionales se basan en estándares sobre calidad de vida, las familiares en un criterio subjetivo. No hay constancia de que JAOV indicara ni a su familia ni a los sanitarios qué opinaba él sobre estas cuestiones. Son este desconocimiento y las diferencias entre los implicados los que originan el conflicto.

CONCLUSIONES SOBRE EL CASO

Como señalábamos en el inicio, el paradigma principialista propone el respeto a todos los principios, pero los conflictos se producen, precisamente, cuando estos colisionan. La propuesta casuista aspira a explorar los conceptos enunciados sin pronunciarse por la preponderancia de ninguno de ellos.

En este caso, el problema se ciñe fundamentalmente a la interpretación del principio de beneficencia o al concepto de calidad de vida. El principio de autonomía o las preferencias del paciente que pudieran resolver las diferencias no se conocen y aparecen como un juicio sustitutivo. ¿Cuál de las opiniones ha de prevalecer, la de los sanitarios o la de la familia?

La dificultad estriba en determinar lo que es "bueno" para este paciente porque lo que parece "bueno" para los sanitarios no lo es para su familia. La determinación de lo bueno tiene dos limitaciones: una derivada de la no maleficencia o de las indicaciones para intervenir médicamente que nos señalan que no podemos realizar acciones contraindicadas y otra nacida de los requerimientos de justicia, por los cuales determinados tratamientos están o no incluidos dentro de las prestaciones sanitarias. Estas dos posibles limitaciones no se dan en el presente caso, porque los familiares no solicitan mantener un tratamiento contraindicado y la diálisis está incluida en las prestaciones sanitarias universales. Según esto: ¿Han de atender los sanitarios la petición de las familiares aún creyendo que no se beneficia al paciente? ¿Han de ser neutros en este tema abste-

niéndose de expresar preferencias y limitándose a la aplicación técnica de sus conocimientos? Creemos que no. Si los profesionales consideran que sus argumentos son sólidos deberán tratar de persuadir al paciente o a sus representantes. El curso de acción que no sería justificable es el de imponer su opinión.

Volvemos a los conceptos de prudencia y racionalidad ante la incertidumbre. Lo habitual es que cuando existe una buena relación, los pacientes y familiares sigan los consejos de los profesionales. Esto nos orienta a que quizá en este caso sea aconsejable emprender acciones que ayuden a mejorar posibles conflictos relacionales y emocionales. Dado que es una situación muy difícil para la madre y la hija, la intervención de especialistas cualificados desde la psicología o el trabajo social y el dejar tiempo para la reflexión, probablemente ayuden a resolver el conflicto. Un posible curso de acción mientras se llega a un acuerdo, sería que la esposa del paciente estuviera siempre presente en la sesión de diálisis, hecho que, según ella comenta, mantiene a JAOV tranquilo.

Este caso merece además otra consideración: ¿Hasta qué punto se ha reflexionado, desde el inicio del tratamiento con hemodiálisis hace 4 años, sobre las situaciones, más o menos previsibles, que se podían producir? A la vista de lo expuesto no parece que se haya trabajado en este sentido, lo que no es extraño porque en nuestro medio todavía es poco habitual establecer este tipo de relación sanitario-paciente ya que ambas partes encuentran dificultades para comunicarse en esos términos de previsión y acuerdo sobre el futuro. Esta opción hubiese permitido hablar con el paciente, cuando aún era capaz, sobre sus valores y preferencias para una situación parecida a la actual.

Este diálogo es fundamental en enfermedades crónicas que pueden conllevar una incapacidad progresiva. Incluir en el trabajo clínico el conocimiento de los deseos del paciente y trabajar con tiempo estos aspectos facilitaría el abordaje de situaciones tan complejas como estas y la desactivación de muchos conflictos.

A MODO DE CONCLUSIONES SOBRE EL MÉTODO

La bioética aplicada a los casos clínicos tiene un efecto inmediato: desplegar perspectivas nuevas. Este es un potente estímulo intelectual capaz de modificar definitivamente la perspectiva individual y abrir nuevas posibilidades. Los pacientes, las familias, los gestores, la legislación *ad hoc*, los distintos profesionales, etc. aportan datos, argumentos, emociones y valoraciones que son evidentes sólo para sus portadores, pero que pueden acabar siendo matizadas e incorporadas por los demás.

Para llegar a la resolución de un conflicto a veces es necesario recurrir a los Comités de Ética Asistencial. Cuando el comité concluye la deliberación y traslada a un acta todo lo tratado, debe redactarla de forma breve y argumentativa, absteniéndose de referencias teóricas y en un lenguaje comprensible para todo aquél que acceda a ella. No es fácil transmitir el proceso de aprehensión que se ha producido, pero no es imposible. Requiere, entre otras cosas, de mucha práctica.

BIBLIOGRAFÍA

1. TOULMIN S. Regreso a la razón. Barcelona: Península, 2001.
2. GRACIA D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.
3. Comte-Sponville A. Pequeño tratado de las grandes virtudes. Barcelona. Paidós, 2005.
4. GUTMAN A. La educación democrática. Una teoría política de la educación. Barcelona: Paidós, 2001.
5. GRACIA D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema Universidad, 1991.
6. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principios de ética médica. Barcelona. Masson, 1999.
7. GILLON R. (Ed), Principles of Healthcare. Chichester: Willey & Sons, 1994.
8. JONSEN AR, SIEGLER M, WINSLADE WJ. Ética clínica. Barcelona: Ariel, 2005.
9. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. http://www.info-disclm.com/documentos/boe/prest_sanitarias_salud.htm

10. MILL JS. Sobre la libertad. Barcelona: Orbis, 1984.
11. BUCHANAN AE, BROCK DW. Deciding for others. The ethics of surrogate decision making. New York: Cambridge University Press, 1990.
12. Hastings Center. Los fines de la medicina. Consultado el 3 de noviembre de 2005 en <http://www.fundaciogrifols.org/docs/pub11%esp.pdf>
13. STANLEY JM. The Appleton Consensos: suggested internacional guidelines for decisions to forego medical treatment. J Med Ethics 1989; 15: 129-136.0