



**Viernes 14 de octubre de 2005**

**Seminario:  
“La bioética  
en la práctica pediátrica”**

**Moderadora:**

Carmen Martínez González  
*Pediatra, CS San Blas, Parla, Madrid*

■ **La bioética en la práctica pediátrica:  
método para el análisis de casos**

Concha Bonet de Luna  
*Pediatra, CS Tres Cantos, Madrid*

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

**¿Cómo citar este artículo?**

Bonet de Luna C. La bioética en la práctica pediátrica: método para el análisis de casos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 255-259.

## La bioética en la práctica pediátrica: método para el análisis de casos

Concha Bonet de Luna  
*Pediatra, CS Tres Cantos, Madrid.*  
[conchabonet@hotmail.com](mailto:conchabonet@hotmail.com)

### ¿QUÉ ES LA BIOÉTICA?

Una disciplina que nos permite tomar decisiones prudentes en condiciones de incertidumbre. La medicina no es una ciencia exacta como la física o las matemáticas. Los profesionales sanitarios tomamos decisiones probabilísticas y no apodícticas (de certeza) en la clínica. Esto nos puede generar mucha angustia y confusión, ya que en ocasiones los usuarios (o nosotros mismos) nos exigen soluciones “ciertas”. Pero aunque los profesionales sanitarios somos técnicos en “hechos”, en la relación con personas aparecen también valores. En ocasiones tenemos que decidir entre cursos de acción morales sabiendo que manejar adecuadamente los valores de todos los sujetos que intervienen en la relación clínica es garantía de calidad. Para ello la bioética (BE) nos aporta una metodología, no para ser más exactos o veraces, sino para poder fundamentar nuestras decisiones y asegurar que son prudentes.

### ¿POR QUÉ HABLAR DE BIOÉTICA AHORA?

Como comentábamos en el curso pasado<sup>1</sup>, ha habido muchos cambios tanto tecnológicos como sociales. Hoy tenemos que tomar decisiones anteriormente impensables, como decidir si es correcto seleccionar embriones para tratar enfermedades de niños ya nacidos, o decidir si continuar un tratamiento con respiración asistida en pacientes cuya calidad futura de vida nos hace cuestionarnos la pertinencia o la futilidad del mismo. También somos cada vez más conscientes de que los recursos son limitados y que lo que empleamos en tratar determinadas patologías se lo estamos negando a otras. Por ello, una disciplina como la BE nos puede dar herramientas para decidir y fundamentar nuestras decisiones en base a unos principios, a unas consecuencias (o

a ambas) o basándonos en determinadas virtudes que los profesionales deberíamos tener.

En cuanto a los cambios sociológicos, la profesión médica anda desconcertada buscando los fines de la misma. Efectivamente; hace unos años los fines de la medicina estaban bien claros y definidos: "el bien del enfermo". Los médicos que actuábamos con beneficencia fijábamos cuál era ese bien, mientras que el enfermo debía obedecer, ya que su enfermedad le convertía en un "incapaz moral". La aparición en los años 60-70 de los derechos del enfermo hace tambalearse este concepto tan arraigado apareciendo la autonomía frente a nuestra beneficencia. Esto ha acarreado muchos encontronazos con los pacientes, ya que nuestro rol paternalista se ha visto amenazado por el derecho de los usuarios a decidir sobre lo que es correcto o bueno en su vida y en su enfermedad. El bien ya no lo definimos exclusivamente los médicos. Esto, unido a la caída de las profesiones positivamente privilegiadas (medicina, sacerdocio, judicatura), ha hecho que los médicos vivamos momentos de mucha ambivalencia y tensión en la relación clínica (RC). Además, no sólo no tenemos claros cuáles son los fines de la medicina, sino que no tenemos claro si somos una profesión o un oficio. Si a esto le añadimos que hemos saltado de forma holística a incluir dentro de nuestras competencias el encargarnos de la salud y no sólo de la enfermedad de la población, la confusión está servida, porque, ¿qué es la salud?, ¿quién la define?, ¿existen recursos suficientes para asegurarla a toda la población?, ¿la salud es un derecho?

Parece claro entonces que la BE puede ser una herramienta que arroje algo de luz y de método para reflexionar y deliberar como colectivo, como agentes sociales y como ciudadanos acerca de todos estos problemas.

## MÉTODOS PARA ANALIZAR CASOS CLÍNICOS

Para poder analizar desde una perspectiva plural y laica<sup>1</sup> los problemas éticos, necesitamos un marco de referencia común y universalizable. Se trata de dos enun-

ciados genéricos sin contenido moral concreto que sirven de guía para saber si aquello que definimos como éticamente correcto lo es realmente o no. De estos enunciados se tiene un conocimiento intuitivo-racional que cualquier persona, independientemente del tiempo y del lugar, tendería a utilizar (o sería deseable que utilizase). Tiene objetividad intra y transhistórica:

1. Obra de tal modo que uses a la humanidad siempre como un fin en sí misma y nunca solamente como un medio, ya que las personas tienen dignidad y no precio.
2. Obra de tal manera que siempre consideres que todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto; no les hagas aquello que no desearías que te hiciesen a ti.

Hay muchas formas de analizar casos clínicos en BE. Primero tenemos que enumerar cuáles son los problemas éticos del caso. Esto es importante porque se discutirá uno de ellos y es fundamental aclarar sobre cuál vamos a deliberar para no mezclar problemas (esto es muy útil siempre en resolución de conflicto)<sup>2</sup>. Para enumerar los problemas éticos, tendremos que hacernos distintas preguntas y seguir un proceso lógico. Éste, de JF Drane (un poco retocado), puede ser uno de tantos<sup>3</sup>:

1. Describir los hechos médicos.
2. Describir los valores (metas, intereses) de todas las personas involucradas en el caso (médicos, pacientes, padres, personal, hospital, etc.).
3. Analizar las circunstancias concretas del caso.
4. Consideraciones sobre calidad de vida si procede.
5. Analizar factores socio-económicos.
6. Indicar cuáles son los valores en conflicto.

Para poder decidir cuáles son los valores en conflicto, nos puede ser muy útil clasificarlos según la ética deon-

tologista en cuatro principios. Los cuatro son deberes llamados *prima facie*, lo que significa que de no entrar en conflicto, son todos de obligado cumplimiento. Los problemas éticos de hecho suelen ser conflictos entre dichos principios. Algunos autores como Beauchamp consideran que estos cuatro principios son buenos porque de ellos se derivan buenas consecuencias y las consecuencias contrarias serían malas. Otros como Childress consideran que estos principios son racionales y objetivos y además son buenos en sí<sup>4</sup>. Estos principios son:

- **Principio de no maleficencia.** Obliga a no hacer daño a las personas, es decir, a tratar con igual consideración y respeto a todas las personas en el orden biológico.
- **Principio de justicia.** Obliga a tratar a todas las personas con igual consideración y respeto en el orden social y a no discriminarlas por ningún motivo (raza, etnia, sexo, profesión, opinión, religión, procedencia, orientación sexual, poder económico...) estableciendo igualdad de oportunidades.
- **Principio de autonomía.** Obliga a considerar que todas las personas son, por principio y mientras no se demuestre lo contrario, capaces de tomar decisiones respecto a la aceptación o el rechazo de todo aquello que afecte a su proyecto vital.
- **Principio de beneficencia.** Obliga a hacer el bien a las personas, procurándoles el mayor beneficio posible y limitando al máximo los riesgos o perjuicios. La definición de lo que sea beneficioso tiene que tener en cuenta lo que el afectado entienda por tal.

D. Gracia<sup>5</sup> ordena jerárquicamente los principios considerando que la no maleficencia y la justicia son principios absolutos que se definen desde lo público, pues se refieren a las relaciones entre personas. Ambos son de obligación perfecta, exigibles en una ética de mínimos y deben ser asegurados desde la legalidad (ética civil básica). Pero considera que hay unos máximos que tienen

que ver con un proyecto de felicidad personal privado y con cómo cada uno define el bien (beneficencia y autonomía). Lo correcto en cuanto a transfusiones de sangre para un testigo de Jehová puede no ser lo mismo para una persona que no comparta esta creencia. Esto es por supuesto respetable, pero a un segundo nivel y tiene que ver con cómo defino yo mi vida en plenitud. Otros autores no asignan criterio de prioridad o rango jerárquico a los principios.

Sin embargo, la mayoría reconoce un tercer nivel que es el de las consecuencias de los actos. De acuerdo con lo anterior, yo tengo que decir la verdad porque todas las personas deben ser tratadas como fines y no sólo como medios. Pero en ocasiones decir la verdad puede ser perjudicial ya que las consecuencias pueden ser terribles. Por ejemplo, si en tiempos de los nazis acudían la policía especial (SS) a las casas preguntando si tenías escondido a un judío, decir la verdad (si en verdad lo tenías acogido) podría suponerle la muerte y esta consecuencia no sería deseable. Por ello se podría considerar moralmente justificado poder hacer excepciones a dichos principios. Las excepciones se hacen de acuerdo con las consecuencias y se deben justificar siempre. Los actos morales habría que analizarlos entonces a priori y también a posteriori y a partir de ahí decidir.

## METODOLOGÍA DE APLICACIÓN A CASOS CONCRETOS<sup>6</sup>

- I. Analiza detenidamente todos los posibles problemas del caso.
  - A. Problemas de salud física o psíquica.
    - Diagnóstico: procedimientos realizados o no y alternativas posibles.
    - Tratamiento: procedimientos realizados o no y alternativas posibles.
    - Cuidados necesarios a corto y medio plazo.
    - Pronóstico.

- Calidad objetiva de vida.
- B. Problemas psicológicos o emocionales.
- Capacidad y competencia de los participantes en la toma de decisiones.
- C. Problemas de relación sanitaria.
- Información al paciente en cantidad y calidad suficientes.
  - Preferencias del paciente o la familia (escalas de valores, directrices previas, calidad subjetiva de vida, etc.).
  - Confidencialidad.
  - Forma y características de la participación de familiares y amigos (influencia en la toma de decisiones en el paciente competente y decisiones de sustitución en el incompetente o del menor).
  - Forma y características de la participación de los profesionales sanitarios implicados.
- D. Problemas socio-económicos.
- Recursos económicos del paciente o la familia.
  - Capacidades y problemas sociales.
  - Características de la estructura familiar.
  - Falta de recursos en la institución sanitaria.
  - Problemas legales reales o potenciales.
2. Trata de sintetizar el problema principal en una frase que recoja todos los matices importantes. Si hay varios problemas, define cada uno por separado. Si existe relación o dependencia entre algunos, señálalo.
3. Haz una lista con todos los problemas.
  4. Elige el problema a discutir y establece cursos de acción posibles. Es más fácil colocar los cursos de acción extremos y antagónicos y luego reflexionar sobre cursos intermedios para resolver del mejor modo el caso.
  5. Evalúa a nivel de principios éticos. Es decir, cómo están implicados los principios en cada curso posible de acción. Valora en cuáles están respetados y en cuáles vulnerados.
  6. Analiza las posibles consecuencias de las acciones posibles.
  7. Evalúa posibles excepciones a los principios.
  8. Contrasta cada uno de los cursos de acción con el marco de referencia.
  9. Elige la decisión final.
- Este método es muy útil para casos de hospital, pero para los problemas que manejamos en AP parece en ocasiones más útil manejar la ética de la virtud y determinadas habilidades de RC (empatía, respeto, escucha activa, técnicas de comunicación, resolución de conflicto, etc.).
- Para poner esto en práctica, en el seminario se trabajarán para discusión y desarrollo de habilidades casos que se esbozaron el año pasado (menor maduro y postcoital, madre naturista que no quiere vacunar a su hijo o madre que focaliza sus problemas en el niño patologizando la normalidad).

### **Bibliografía**

1. Bonet de Luna C. Bioética en pediatría. En: AEPap ed. Curso de actualización pediatría 2004. Madrid: Exlibris; 2004; p. 103-110.
2. Brusa M, Bonet de Luna C. Resolución de conflicto. AEPap. Escuela de padres [Fecha de consulta 28 ago 2005]. Disponible en [www.aepap.org](http://www.aepap.org)
3. Drane JF. Métodos de ética clínica. En: Cruzeiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Tricastela; 1999. p. 187-199.
4. Gracia D. Principios y metodología de la ética. En: Cruzeiro A, (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Tricastela; 1999. p. 201-222.
5. Gracia D. Cuestión de principios. En: Gracia D, (ed.). Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Bogotá: El Búho; 1998. p. 89-113.
6. Simón Lorda P, Cruzeiro A, Barrio Cantalejo I. Una metodología de análisis de los problemas bioéticos. En: Cruzeiro A, (ed.). Bioética para clínicos. Madrid: Tricastela; 1999. p. 233-237.

