

**Reflexiones sobre la bioética clínica como instrumento para la deliberación en el
ámbito hospitalario**

Mónica V. Gómez y Susana Ospina

Maestría en Bioética

Facultad de Medicina - Departamento de Humanidades

Universidad CES

Julieta Moreno Molina

2022

Tabla de contenido

1	3
2	5
2.1	8
2.1.1	8
2.2	15
2.3	23
3	28
4	30
5	33

1 Introducción

Muchas son las preguntas que surgen cuando se piensa en la bioética como herramienta para el cuidado del paciente en el contexto hospitalario, así, si bien su uso se ha documentado, desde hace varios años y en diferentes países, como un medio para apoyar la toma de decisiones, y generar discusiones sobre las consecuencias de la innovación y el desarrollo en múltiples ámbitos que superan lo clínico, y que se mueven hacia la esfera de la justicia social y ambiental, también se han identificado algunas réplicas, problemáticas y cuestionamientos sobre su uso en la atención clínica en el contexto hospitalario, sin dejar de conservar la bioética como herramienta para atender las necesidades del paciente.

La bioética, desde sus inicios, ha buscado ser un punto de unión ante los avances de la ciencia y el trato humano de las personas, especialmente, en los dilemas y los conflictos éticos en el contexto hospitalario, donde se da por hecho que hace parte de la cotidianidad, lo que resulta en la continua presencia de preguntas sobre cómo se deben abordar las decisiones desde esta disciplina.

Sin embargo, ante los continuos desarrollos de la tecnología en la medicina, y el reconocimiento de los derechos de las personas para autodeterminarse frente a su salud y calidad de vida, ha surgido la necesidad de darle una nueva notabilidad a las preguntas y las situaciones éticas relacionadas con la toma de decisiones ante el tratamiento y el manejo médico, durante el proceso de cuidado y enfermedad; en consideración con el individuo que las toma como persona y sujeto moral, quien se posiciona y participa, activamente, en la discusión, de este modo, no se limita a ser paciente, lo que deriva en un cambio en el rol de este en la relación dentro de la que acontece el proceso de toma de decisiones.

En este proceso, la deliberación supone una actitud más activa basada en la autonomía, donde se busca que la persona pueda tomar decisiones con libertad, para determinar cómo vivir, cómo morir y en qué condiciones, y no limitada a autorizar intervenciones sobre su cuerpo.

En tal marco, la transición a los nuevos modelos de relación clínica¹ ha generado, en los profesionales de la salud, tensiones éticas difíciles de resolver frente a la atención de los pacientes, pues surgen preguntas esenciales sobre la vida, la muerte y la dignidad humana. La práctica cotidiana presenta, de primera mano, las diferencias en la concepción de bienestar entre cada uno de los pacientes y el personal asistencial, es así, como en respuesta a esta realidad, en suma a la evolución de las relaciones clínicas, a la disponibilidad de la tecnología biomédica y de los avances jurídicos, y en el reconocimiento de los derechos humanos, se ha dado lugar a la creación de servicios y comités de bioética aplicada, en búsqueda de una atención humanizada y respetuosa de las necesidades de cada paciente y su familia (Gempeler et al., 2017; Koppmann, 2017).

El avance acelerado y continuo de la ciencia y la tecnología y la transición antes referenciada, han obligado a la atención médica a reconocer la bioética como parte fundamental en la relación médico-paciente, lo que ha dejado atrás la toma de decisiones guiada, exclusivamente, por las intuiciones morales de cada profesional, evolucionando a una orientada en el marco de los valores de las personas y las condiciones relevantes de su contexto particular; con ello, la bioética se consolida como una disciplina que permite actuar, de manera individualizada, en cada caso, procurando evitar los juicios de valor que se puedan presentar en

¹ Modelos de relación clínica

Paternalista: el médico toma las determinaciones en nombre del paciente y sin tener en cuenta su consentimiento.

Autonomista: el paciente toma las decisiones y el médico es solo un espectador.

Responsable: las dos partes asumen la responsabilidad y deciden, con conocimiento y libertad para hacerlo (Vélez, 2020).

los profesionales de la salud, y minimizando el uso de las intuiciones morales y los sesgos de pensamiento como herramientas “únicas” para la toma de decisiones en el manejo de los pacientes.

En consecuencia, esta revisión se pregunta sobre el papel de la bioética clínica en la práctica diaria en los servicios de hospitalización y en su relevancia para la toma de decisiones. Para reflexionar sobre esta pregunta, se identifican, exploran y analizan los aspectos importantes sobre la estructura de diferentes formas desde las que se ha apropiado la bioética en la práctica clínica, para realizar un análisis sobre la importancia de estos servicios de bioética aplicada en la vida diaria de los pacientes, su familia y los profesionales de la salud, puesto que impresiona un importante y acelerado crecimiento de esta, como herramienta de apoyo en el proceso de toma de decisiones centrado en el paciente.

Adicionalmente, se cuestiona y se reflexiona sobre las posibles consecuencias que esta ambición de incluir la bioética en la práctica clínica tenga en diluir su esencia –la deliberación de cada caso en particular–, dando lugar a tomar las decisiones por la estandarización de los procesos, esto partiendo del supuesto de que todos deberían tener reflexiones éticas para la toma de decisiones, en este caso, cuando están relacionadas con la deontología y el quehacer profesional.

2 Definiciones

En principio, se considera pertinente describir qué es la ética en el contexto de la bioética clínica. Para Diego Gracia², dentro de la evolución de las especies, es un elemento crítico para

²Diego Gracia, médico y psiquiatra. Es uno de los representantes más importantes de la bioética española, escribió fundamentos en bioética, el que supuso un hito en la bioética tanto por la importancia de su aportación como por la novedad de su planteamiento, pues describe un método de análisis que se basa en la deliberación (Institut Borja de Bioètica, 2011)

señalar como el ser humano ha recurrido a la inteligencia como mecanismo de supervivencia ante las “pocas” probabilidades biológicas para sobrevivir en un ambiente hostil, puesto que, por su desarrollo, no posee características físicas que le permitan sobrevivir. Por esto, ante la teoría de la evolución y su postura sobre la desaparición del “menos apto o el más vulnerable”, el hombre ha buscado actuar para el cuidado de los más débiles, como los enfermos; dando lugar a la ética como forma de asumir una postura ante la necesidad y las situaciones adversas que ponen en riesgo a las personas, a través del establecimiento de códigos morales; un ejemplo de esto es la historia del establecimiento de los derechos humanos para el cuidado de los que no tienen voz (Gracia, 1998).

Por otra parte, puede ser definida por su objeto de estudio, tal y como lo plantea Cossio (2020), quien hace referencia a la ética como la ciencia que estudia los actos humanos que se realizan por voluntad y en libertad, respondiendo a un contexto específico, una reflexión de la moral y a un comportamiento; para la autora, “en términos generales, es la rama de la filosofía que se ocupa de estudiar lo correcto o lo incorrecto del comportamiento humano” (Cossio, 2020, p. 1).

Así mismo, es necesario establecer que, cuando se habla de ética médica, se hace referencia a un campo de la ética que tiene sus orígenes en el juramento hipocrático, el que se mantiene vigente en las escuelas de medicina. Esta aborda los temas morales de la práctica médica y, aunque está relacionada, estrechamente, con la bioética, no trata lo mismo, puesto que la ética médica atiende los problemas planteados por la práctica de la medicina y el comportamiento de los profesionales, mientras que, la bioética se ha dispuesto a abordar la relación entre el desarrollo de la ciencia y las humanidades en todos sus ámbitos. Cabe anotar que en sus inicios, fue confundida y reducida a la ética médica, sin embargo ahora hace parte

fundamental de cómo se relacionan las personas con la naturaleza y la tecnología (Asociación Médica Mundial, 2005).

El término “bioética” fue implementado, en 1970, por V. Potter, naciendo con un enfoque global y ambiental, señalaba que, si no se cuidaba el entorno, no habría futuro; menciones previas como la de Jahr (1927) lo ubican dentro de un contexto centrado en los animales, esto al afirmar que “respetar a todo ser vivo como fin en sí mismo, y tratarlo coherentemente tanto sea posible” (p. 4). Desde entonces, múltiples divisiones de esta disciplina se formaron con el mismo objetivo: buscar un mundo mejor a largo plazo, esto a través de una relación armónica del hombre con sus semejantes, la naturaleza y los animales (Gómez, 2014). De manera generalista, el uso del término plantea posturas disciplinares orientadas en las necesidades plurales de lo vivo, y no solo de las situaciones derivadas de la medicina u otras ciencias de la salud; para Hottois (2004), la bioética puede definirse del siguiente modo.

Un conjunto de investigaciones, discursos y prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y si es posible, resolver preguntas de tipo ético, suscitadas por la investigación y desarrollos biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados por ser individualistas, multiculturales y evolutivas. (p. 57)

Así, una de las subdivisiones de la bioética es la bioética clínica o asistencial, la cual está determinada por su función, ayudar en la toma de decisiones a través de fundamentos éticos y diferentes teorías filosóficas, en situaciones donde se presentan conflictos de valores y tensiones morales. Su método es prevalentemente deliberativo, pues está caracterizado por el respeto y la escucha de los argumentos propuestos por los otros; en tal marco, tiene la pluralidad como base,

partiendo de que el pensamiento no es único, sino múltiple, asimismo, la verdad es un objeto, pero no es única, procurando que las actuaciones se den en busca de un consenso moral entre los participantes mediante los buenos argumentos (Cossio, 2020).

2.1 Bioética aplicada: referentes teóricos y sus características

Se presentan, a continuación, los referentes teóricos y sus principales características, esto como parte de la exploración de las estructuras epistemológicas que han sido retomadas en la integración de la bioética en el escenario de la práctica clínica, la que puede enunciarse como bioética aplicada, resultado del uso de diferentes estilos asistenciales para asumir y acompañar el análisis de las situaciones que así lo ameriten.

2.1.1 Evolución de la integración de la bioética a la práctica clínica

El posicionamiento de la bioética aplicada en el contexto asistencial ha resultado en dos posibilidades para el acompañamiento y el análisis de los conflictos y dilemas éticos. Por un lado, se encuentran los comités de ética asistencial, estos son requisito de las instituciones de salud, en las que se reúnen, periódicamente, para el análisis de casos complejos. Por otro lado, se encuentran los servicios de consultoría ético - clínica, los que se han implementado en algunas de las instituciones asistenciales, y tienen como función acompañar a los profesionales de la salud en la deliberación de los conflictos y los dilemas éticos que se presentan durante la atención de un paciente y su familia en el hospital (Galván et al., 2021). Estas son alternativas o estilos que contienen y comparten referentes epistemológicos y, ocasionalmente, teóricos según su conformación o participantes.

La bioética aplicada puede ser situada en el escenario asistencial a partir de la relación médico-paciente, relación que, históricamente, ha estado mediada por el momento temporal y

cultural en el que se encuentre, así como enmarcada en la rápida evolución tecnológica, y tal como se mencionó previamente, no limitada a lo biológico, sino a la construcción del sujeto moral y su posicionamiento en el mundo; esto tiene, como resultado, cuestionamientos éticos en los médicos a la hora de abordar cada caso en particular, al mismo tiempo que frente a las posturas individuales de los pacientes y las familias, quienes tienen sus propias apreciaciones sobre las acciones mediadas por la tecnología. Lo anterior deriva en tener que tomar decisiones en situaciones donde la presencia del estrés moral pareciera inevitable.

De acuerdo con Gracia (1998), el aspecto más relevante de la medicina, como profesión, es la relación médico - paciente, relación que para el autor iniciaba una transición de roles a finales de los noventa; señalando el tránsito entre el *paternalismo-obediencia*, donde se considera al enfermo como un sujeto incapaz y el “buen médico” es quien tiene la autoridad moral para saber qué es beneficioso para este, a un rol de *beneficencia-autonomía*, donde hay, en palabras del autor, una “rebelión de los pacientes”, en la que se reconoce la capacidad y el derecho a tomar las decisiones a partir de lo que creen que es bueno para sí mismos (Gracia, 1998).

A continuación, se realiza una exploración sobre la evolución de referentes conceptuales de la deontología³ profesional, desde Hipócrates, Beauchamp y Childress (1999), pasando por Gracia (1998) y Adela Cortina; quienes han sido llevados a las discusiones de la práctica asistencial o a lo que se ha denominado, en esta revisión, como bioética aplicada, convirtiéndolos en referentes de la epistemología de la bioética clínica.

³ Deontología médica: conjunto de deberes derivados del ejercicio de una profesión. Es la reflexión acerca de la búsqueda de las exigencias y reglas éticas que conlleva el ejercicio de una profesión. Así, resulta que se habla de manera indistinta de deontología médica, de ética médica o de moral médica (Durand, 1992, p. 6).

Desde la ética médica tradicional, la deontología se fundamenta en el ideal de “no daño” que ha reinado por más de 20 siglos, el que se articula con la beneficencia del *juramento hipocrático*; esta es la expresión de una ideología paternalista que sitúa la relación de las partes como vertical, en la que el conocimiento del médico le da la potestad de definir lo bueno para el paciente, lo que supone establecer, como base, la excelencia y la responsabilidad dada con ese poder. Este axioma no solo se ha limitado al contexto médico, sino que ha adquirido relevancia en otras profesiones del talento humano en salud, esto como la base de la excelencia profesional, los deberes y el respeto por el otro en el desarrollo de sus funciones (Gracia, 2004).

El siguiente momento histórico que impactó la relación del paciente y el médico se ubica a partir del Informe Belmont ⁴(1974), como cita Siruana (2010), donde, por primera vez, se nombraron tres principios para el análisis ético de la investigación, los que, posteriormente, en 1979, Beauchamp y Childress (1999) retomaron al escribir el texto más influyente de la bioética en Estados Unidos; y el cual se convertiría en referencia para el estudio de la bioética y de la ética médica, no solo para este país, sino para Europa, en corto tiempo. La propuesta de Beauchamp y Childress (1999) buscó construir, a partir de cuatro principios (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia), un sistema teórico - práctico que ayudará a resolver los dilemas éticos que surgían en la práctica asistencial.

Para los autores, plantear estos principios permite realizar una ponderación entre la moral común y la tradición médica, puesto que su metodología tiene como objetivo orientar, moralmente, las decisiones en situaciones donde es necesario analizar y resolver conflictos y

⁴ Informe de Belmont (1974), como se citó en Siruana (2010), el Congreso de los Estados Unidos crea la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta. En 1978, los comisionados publican el «Informe Belmont», donde distinguen tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia (p. 122).

dilemas éticos, con el fin de que las decisiones sean razonables y prudentes. Adicionalmente, los autores plantearon que los principios no son suficientes, por lo que incluyeron, en su discurso, las virtudes que proporcionan “buenos motivos para actuar”. Además, señalaron que, cuando los principios entran en conflicto a la hora de tomar decisiones, estos se pondrán en una balanza y se definirá, según el caso en particular, las consecuencias de cada decisión para elegir el mejor curso de acción (Institut Borja de Bioètica , 2011). Con el propósito de enunciarlos y delimitarlos, se describe, a continuación, cada uno de los principios y las características nucleares, incluidos en el libro “Principios de ética biomédica” de Beauchamp y Childress (1999):

Autonomía: proviene del griego y significa “autogobierno”, es decir, es el gobierno personal del yo, para que esté libre de interferencias controladoras de otros y limitaciones que impidan una elección significativa o una comprensión inadecuada. El individuo autónomo actúa libremente de acuerdo con un plan elegido por sí mismo, esto, análogo a la forma en la que un gobierno independiente administra sus territorios y establece sus políticas. Una persona de autonomía disminuida, por el contrario, está en, al menos, algún punto controlado por otros o es incapaz de deliberar o actuar con base en sus deseos y planes (Beauchamp y Childress, 1999).

No maleficencia: es la obligación de no infringir daño intencionadamente, lo que se ha asociado, estrechamente, con la ética médica y la máxima *primum non nocere* (lo primero no dañar) (Beauchamp y Childress, 1999).

Beneficencia: obligación moral de actuar en beneficio de los pacientes, así, la moral requiere no solo que se trate a las personas de manera autónoma y no se les haga daño, sino de contribuir a su bienestar; si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia busca prevenir el daño. En la beneficencia siempre hay acción, la que puede ser de dos tipos: la

beneficencia positiva que requiere la provisión de beneficios, y la utilidad que requiere un balance entre los beneficios y los daños (Beauchamp y Childress, 1999).

Justicia: distribuir beneficios, riesgos y costos de manera justa; la noción de que los pacientes, en posiciones similares, deben ser tratados de manera igualitaria, asimismo, aborda el concepto de justicia distributiva y justicia social en salud (Beauchamp y Childress, 1999).

Una de las críticas y los problemas señalados sobre la propuesta principialista es la ubicación de los cuatro principios en el mismo orden jerárquico, lo que provoca que, en el caso de algún conflicto moral entre dos de estos, la forma de resolverlo sea por medio de la ponderación, es decir, poner en una balanza según el caso en particular, a partir de una lectura consecuencialista.

Por otra parte, Gracia (1998), desde su propuesta de un “principalísimo jerarquizado”, intentó resolver la limitación señalada en la propuesta de Beauchamp y Childress, esto a través de la división de los cuatro principios planteados en dos categorías: ética de máximos y ética de mínimos. Así, la beneficencia y la autonomía hacen referencia a los máximos, y son a los que una persona aspira en consideración con sus particularidades personales, su sistema de creencias y proyecto vital, es decir, una ética que depende del propio sistema de valores; por otra parte, los principios de no maleficencia y justicia hacen referencia a los mínimos, pues aseguran la supervivencia, lo que se refiere a lo público, es decir, a lo que deben tener los seres humanos para la convivencia. Es central, en esta propuesta, que, en caso de la ocurrencia de un conflicto entre los principios, se garantice el cumplimiento de la ética de mínimos, pues son los que posibilitan la ética de máximos (Institut Borja de Bioètica , 2011).

Otra de las propuestas de gran relevancia planteadas por Gracia (1998), para la bioética clínica es cómo “adaptar” la teoría de la deliberación en el contexto sanitario. El autor planteó la

deliberación como un procedimiento de análisis para los problemas relacionados con la toma de decisiones, con el propósito de que sean razonables y prudentes.

Cabe resaltar que no se debe confundir deliberación con decisión, puesto que la decisión corresponde con la persona que debe tomarla y esta, en muchos casos, no se puede subrogar. Por otra parte, la deliberación permite exponer distintos puntos de vista sobre los objetivos comunes, lo que enriquece el diálogo, para favorecer la construcción de ideas más razonables y prudentes (Gracia, 1991; 1998; 2004).

Una de las conclusiones de Gracia (1998), ante sus propuestas de implementar metodologías que permitan la toma de decisiones ante los conflictos éticos en la práctica médica, es su planteamiento sobre la coyuntura de transición de roles, señalada esta a finales de los noventa.

La bioética se halla en un momento crucial. En la actualidad existe una conciencia generalizada entre los profesionales sanitarios de que los conflictos de valores son cada vez más graves, y de que su incorrecta solución deteriora gravemente la calidad de la asistencia médica. Lo que ahora se necesita son procedimientos claros y operativos que permitan el análisis metódico y racional de esos problemas, y su solución, si ella es posible. (p. 97)

Por último, se aborda la propuesta de Adela Cortina, para hablar de autonomía y libertad del ser humano, tema que trasciende el concepto general descrito por Beauchamp y Childress, pues, para la autora, hablar de autonomía implica la exploración del ser humano, cómo influye su relación con el otro, y cómo ve y entiende el mundo, unido esto con el sistema de creencias; esta pluralidad genera conflictos en la deliberación individual y social ante las situaciones que producen estrés moral. Para Cortina, si bien es la persona quien toma la decisión, esa decisión se

toma desde el juicio propio construido en el diálogo argumentativo que se da dentro de una comunidad (Cortina, 2018a).

La libertad, para Cortina (2018a), es un tema de gran relevancia, pues si bien la persona libre es quien toma sus decisiones y se hace responsable de las consecuencias que derivan de estas, la persona es resultado de las interacciones sociales, lo que resulta un límite para la libertad. De este modo, el ser humano es gracias a su relación con los demás, así, las decisiones están mediadas por lo que se conoce o se cree que es el mundo, esto según lo que se ha construido en esa relación con los otros, lo que influirá en la práctica de la profesión a la hora de analizar y tomar decisiones.

Adicionalmente, la autora hace referencia al debate sobre la libertad, esto en consideración con el relato de la neuroética, donde se alude a que los individuos hablan de acciones libres solo cuando las eligen conscientemente, pese a ello, la autora describió la libertad como una ilusión, debido a que las personas son el resultado de las respuestas automáticas del cerebro, en tanto se ha señalado que antes de que el hombre sea consciente de la intención de la acción, se debe activar un “potencial de disposición” a nivel cerebral, es decir, hay cargas eléctricas que anteceden la decisión consciente (Cortina, 2014; 2018a; 2018b).

Es así como Cortina, ubica en contexto la existencia de sistemas normativos en la vida humana, como la moral, el derecho o la religión, y cómo estos códigos tienen influencia en las acciones de las personas. En este sentido, aunque se podría decir que las personas son libres de elegir qué sistemas siguen, estos sistemas no solo describen lo que pasa y lo que debe pasar, sino que buscan hacer que algo pase y su influencia lleva a que se realicen determinadas acciones. Asimismo, hace referencia a las decisiones que se toman cuando las personas están atravesadas por emociones que, si bien las condicionan, no las hacen menos libres.

En tal marco, la libertad humana se constituye de libertades de expresión, conciencia, desplazamiento, entre otras figuras filosóficas de libertad, lo que queda a la vista cuando se reconocen desde lo intersubjetivo (Cortina, 2014).

De acuerdo con Siruana (2010), en la propuesta Cortina (2014), al igual que en Gracia (1998), se pueden distinguir entre dos éticas. La primera es la ética de mínimos normativos universalizables que se defienden alcanzando la intersubjetividad, y la segunda es una ética conciliatoria de máximos, esta se refiere a la particularidad de la idiosincrasia de los individuos y los grupos, lo que debe ser respetado en la medida que no se violen los mínimos universalizables. En otras palabras, la ética de mínimos, fundamentada en la autonomía, exigirá el respeto por los ideales de autorrealización de los individuos y los grupos, siempre y cuando no interfieran con los ideales de los demás hombres.

De este modo, la disertación de la autora, alude al consentimiento informado como la expresión del principio ético de la autonomía dialógica, pues reconoce el derecho del paciente a ser escuchado, lo que permite el diálogo y la comunicación; dando lugar a ese ser autónomo en la toma de decisiones que lo afectan; debido a que el diálogo permite llegar a un “acuerdo” en el que se busca satisfacer los intereses de quien toma la decisión (Siruana, 2010).

2.2 Situación actual de la bioética aplicada

Hace 17 años, se suscribió la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la que convoca al compromiso de respetar los principios fundamentales, no solo los propuestos por Beauchamp y Childress, sino la dignidad de la persona, la libertad y el respeto por la pluralidad, como lo promueven Gracia y Cortina. En la búsqueda para la aplicación de estos principios, se desarrollan diferentes estilos asistenciales para desplegarlos y ponerlos en

ejercicio, entre estos, los comités de ética asistencial y los servicios de bioética. Se exponen, a continuación, las características y los principales países donde actúan.

Para la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2006), los comités de ética se han convertido en instrumentos de equidad y justicia, pues promueven el respeto a la dignidad humana y permiten realizar debates sobre la bioética. De acuerdo con la UNESCO, los comités de bioética se dividen en cuatro tipos: 1. Comité normativo y/o consultivo, 2. Comité de asociación de profesionales de la salud⁵, 3. Comité de ética asistencial/hospitalaria y 4. Comité de ética de la investigación; cada uno cumple con objetivos específicos y un propósito común, puesto que, en todos, se busca respetar los derechos humanos, reconocer la dignidad de los ciudadanos y respaldar los programas educativos de bioética.

Los comités de bioética y los servicios de bioética se han convertido en parte fundamental de la atención en salud; en Estados Unidos, en 1982, solo el 1 % de los hospitales contaba con comités, pero, para el 2006, el 81 % de los hospitales los había adoptado en su práctica, principalmente, en el área de investigación clínica (Tapper, 2013). Esta situación de comités limitados al objeto de dar respuesta a procesos de investigación clínica, dio lugar a la creación de otros espacios que permitieran el abordaje de los conflictos éticos asistenciales desde una figura de interconsulta, como un tipo de bioética aplicada. Una figura que se enfoca en la valoración individual por un experto en ética quien realiza una evaluación del paciente y su contexto, consultas que hacen parte de un servicio asistencial que funciona de manera permanente, lo que equivale a cualquier otro servicio médico (Fins y Real, 2017).

⁵ También conocidos como los comités deontológicos

El objeto de estas valoraciones y consultas no es la suplantación de la evaluación clínica en la toma de decisiones, sino la posibilidad de ofrecer un análisis ético que pueda ser útil para el proceso de toma de decisiones, en vista de que su rol es asistir y mediar conflictos (Fins y Real, 2017). En Estados Unidos, estos profesionales deben procurar una certificación formal para actuar como consultores de ética, con el propósito de garantizar que estos cuenten con los conocimientos clave, las competencias y las habilidades para el análisis ético.

De este modo, se garantiza que tengan conocimiento en razonamiento moral, teoría ética y códigos éticos relevantes, así como en leyes de salud y políticas locales, además de conocer sobre el contexto clínico y las perspectivas de los profesionales de salud y el paciente. Los profesionales certificados cuentan, al mismo tiempo, con un código de ética que identifica un conjunto de responsabilidades para quienes participan en la consulta de ética de la atención médica, desarrollado por la Sociedad Estadounidense de Bioética y Humanidades (Rasoal et al., 2017).

Ellen et al, realizaron en el 2000 un estudio, donde se plantearon varias preocupaciones de la práctica bioética en hospitales de Estados Unidos, donde el objetivo era describir la prevalencia, los profesionales y los procesos de consulta ética en algunos hospitales del país, encontrando un bajo número de consultas, una baja frecuencia de profesionales de ética clínica con formación avanzada y una baja frecuencia de la evaluación formal (Fox, Myers, and Pearlman 2007). Para el año 2022, los autores realizaron un seguimiento de lo que había pasado a través del tiempo, sobre la práctica de bioética en los hospitales de Estados Unidos; encontrando que el número de consultas de casos revisados anualmente aumentó en un 94 %, en los hospitales que contaban con consultas éticas. (Ellen et al., 2022)

Los autores señalan además que aumentó el porcentaje de hospitales con servicios de consultoría ética activa, sin embargo el nivel de educación de los practicantes de ética clínica se mantuvo sin cambios, debido a que solo un pequeño porcentaje de profesionales que participan en consultoría ética habían completado un posgrado en bioética, mientras que el porcentaje de los hospitales que evaluaron, formalmente, sus consultorías disminuyó del 28,0 % al 19,1 % (Ellen et al., 2022).

En Latinoamérica, hasta el 2013, solo se habían reportado dos programas de consultorías en bioética: uno en Brasil y otro en Chile; este último fue pionero en el inicio de los comités de bioética clínica en Latinoamérica. Se puede identificar el inicio de estos en la Clínica Alemana de la ciudad de Santiago de Chile, cuyas funciones datan desde 1995, con una tasa de 3-15 casos al año, la que, dado el crecimiento de necesidades, se llevó hacia un modelo de “bioética al lado del enfermo”, donde existen funciones establecidas y organizadas que iniciaban con una interconsulta por el médico tratante, posteriormente, el consultor era avisado, visitaba al paciente y continuaba una reunión con los familiares para analizar, con ellos, cuál era la situación clínica, su pronóstico, la voluntad del enfermo, las expectativas y los temores, así como las alternativas existentes.

En el proceso descrito, se identifican los dilemas éticos, y las posibles acciones y recomendaciones acerca del tema a tratar, lo que se consigna en la historia clínica. Como resultado de esta experiencia, se documentaron necesidades en educación de los profesionales de salud, las que fueron atendidas, resultando con el tiempo en que aquellas interconsultas que inicialmente eran más recurrentes disminuyeran, así como el estrés moral de los médicos al manejar situaciones clínicas donde se presentaban dilemas éticos (Beca, 2017).

La metodología propuesta para este tipo de interconsultas en latinoamérica tiene como autor a Juan Pablo Beca, quien centra su teoría en el método deliberativo que analiza primero los hechos clínicos, calidad de vida, voluntad del enfermo y el contexto particular del caso, para continuar analizando los problemas éticos, los valores y principios en juego, y concluir en decisiones o recomendaciones con base a cursos de acción elegidos después de analizar todas las alternativas deliberadas con sus valores y fundamentos. (Beca, 2011, p. 11)

En esta línea de ideas, Beca (2011) denominó este tipo de interconsulta como consultoría ético-clínica, cuya función es apoyar la toma de decisiones en los casos en los que se plantean dudas éticas, así, la solicitud de acompañamiento o intervención puede ser realizada por los médicos tratantes, otros profesionales de la salud y los pacientes o sus representantes. El rol principal de la consultoría ético-clínica, para este autor, es asesorar al equipo médico en la toma de decisiones, de este modo, se parte de unas funciones establecidas para los consultores, donde se da lugar al análisis de los casos. Lo que se hace es una lectura general del contexto, y se concluye con recomendaciones que se refieren a las conductas que pueden reflejar, de la mejor manera, el mayor beneficio para los pacientes. De este proceso, se hace registro en la ficha clínica electrónica (historia clínica) y, en caso de ser necesario, se continúa con el acompañamiento al paciente, su representante o médicos tratantes (Beca, 2017).

En Colombia, es posible identificar la aparición de los comités de ética hospitalaria en la Resolución 13437 de 1991, la misma que adoptó el Decálogo de los Derechos de los Pacientes⁶; en el mencionado acto normativo, se establece que todas las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS), en el sector público y privado, deben conformar un comité de ética hospitalaria, especificando los integrantes, dentro de los que se debe incluir personal de la salud e integrantes de la comunidad, quienes cuentan con funciones y estándares determinados. Y se señala que su objeto principal es la divulgación de los derechos de los pacientes y la educación de la comunidad, así como canalizar quejas y denunciar, ante las autoridades competentes, las irregularidades que se den en la prestación de los servicios. Los comités de ética asistencial, de acuerdo con esta regulación, tendrían que cumplir con un papel no solo limitado a ser una instancia de evaluación de casos, sino con roles educativos y normativos.

A pesar de que este es el referente inicial en el país, pueden identificarse diferentes modelos de la bioética aplicada, los cuales van desde comités de ética asistencial, hasta consultores individuales o equipos de dos o tres consultores. Por ejemplo, en el libro guía de consultoría bioética de Paula Prieto, se narra la experiencia de los últimos 10 años de los servicios de consultoría ético clínica en Colombia. A través de un recuento de casos atendidos por el programa denominado “Servicio de Humanismo y Bioética”, donde señala la autora, se busca permitir escenarios de interacción entre el profesional de la salud, el paciente y su familia; esto con estrategias propias de la asesoría bioética y una metodología que, inicialmente, estuvo influenciada por el modelo individual de Estados Unidos, por lo que cuenta con el apoyo de un consultor ético, de manera permanente en el hospital, al cual se asocia una metodología

⁶ Derogada por la Resolución 4343 de 2012, sobre los derechos de los pacientes, la que fue posteriormente derogada por la Resolución 229 de 2020, enfocada esta en principios de autonomía y dignidad humana, la información y la autodeterminación.

deliberativa con el paciente, su familia y el equipo tratante que busca adaptarse a las condiciones particulares y heterogéneas en la atención médica en Colombia.

El proceso de atención de este servicio incluye los siguientes pasos: recibir la solicitud de la interconsulta, conocer el caso, identificar los actores involucrados, determinar los factores y las variables de la situación que genera conflicto, realizar una reunión al interior del servicio de humanismo y bioética, para el curso del proceso de deliberación, así como desarrollar un plan tentativo de recomendaciones dirigido a proponer alternativas al grupo tratante, el paciente o su familia y, posteriormente, además de reunirse con los actores involucrados para comunicar los posibles cursos de acción según las alternativas, lo anterior para dar curso a una toma de decisiones compartidas, hacerle seguimiento al caso y de ser necesario presentarlo a los comités pares para la consecuente discusión académica, lo que responde a la responsabilidad de educación.

A diferencia de los comités, las consultorías éticas asistenciales han sido reportadas, en la literatura, como más cercanas a los pacientes y los profesionales de la salud, debido a que pueden conocer más su contexto clínico y social, pero carecen de un análisis multidisciplinario al ser adelantadas por una máximo de tres personas; en ellas, la deliberación se realiza con los clínicos y las familias o cuidadores, por lo que se sugiere que el consultor necesita actuar con máxima imparcialidad para ver todas las perspectivas (Fins y Real, 2017). La característica central de esta consultoría es el rol del experto en ética, con conocimientos específicos, para emitir juicios en situaciones éticamente difíciles; esta propuesta ha sido apoyada por algunos y criticada por otros, los que hacen referencia a que, si bien hay experiencia en ética, no existen expertos en ética (Rasoal et al., 2017). Respecto con la consultoría individual, cabe anotar además que, su

principal ventaja es la eficiencia y la rapidez que ofrece, en contraposición, su mayor limitación es la falta de deliberación multidisciplinaria (Institut Borja de Bioètica , 2008).

Lo anterior, se contrasta con que, en la actualidad, los problemas éticos son identificados con mayor frecuencia, en la atención de pacientes críticos o en las condiciones clínicas de final de vida, pero a los comités de ética asistencial solo se presentan casos especialmente complejos que generan conflictos éticos y, con alguna frecuencia, aquellos que suponen un riesgo legal, administrativo o requieren una auditoría en el manejo del caso. Dada esta complejidad, se espera que el análisis de los comités de ética asistencial sea una deliberación plural y multidisciplinaria, pero sus conformaciones no necesariamente llevan a esto, pues su carácter es puramente consultivo y su labor es inevitablemente lenta, y más distante de los clínicos, por ello, consecuentemente, se analizan pocos casos (Fins y Real, 2017).

Dejando una situación que supone retos concretos sobre que tipo de servicio de bioética aplicada presenta mejores aproximaciones para las necesidades de la relación médico-paciente en el contexto actual, por una parte esta la poca multidisciplinaria de los modelos individuales de consultoría, cuyas las características pueden variar, en virtud de que los consultores pasan de tener un rol de apoyo a tener un rol de autoridad para tomar decisiones o dar recomendaciones, en relación con el mejor curso de acción, sea solo o de acuerdo con los familiares o los profesionales de la salud. Y por otra, la lentitud de accionar de los comités y su distancia con los pacientes y la cercanía con los casos que requieren de su acompañamiento, como se señaló previamente.

Teniendo en cuenta el cuestionamiento señalado y el objeto de la exploración del presente análisis, es importante revisar la propuesta que realiza la UNESCO sobre los comités de ética asistencial/hospitalaria, quienes deberían tener como el eje principal los debates que surgen en situaciones relacionadas con la atención centrada en el paciente, para que puedan enfocarse además en buscar la creación de políticas que tengan impacto en la atención, para responder a las “exigencias” de los pacientes y sus familias, todo en reconocimiento de la elección autónoma de estos ante la toma de decisiones en temáticas relacionadas con el cuidado de su salud (UNESCO, 2006). Propuesta sobre la cual indica, existen dificultades, tan serias y sensibles como que muchos individuos no calificados desean participar en ellos y muchos de los profesionales calificados no desean hacerlo, lo que deja cuestionamientos sobre la importancia de promover e incentivar la educación de los profesionales en bioética y la manera en la que debe continuarse la oferta de estos servicios.

2.3 Interpelación teórica para la bioética clínica

Habiendo señalado el contexto en el cual se da la aplicación de la bioética clínica, y sus problemáticas, y con el propósito de interpelar los referentes inicialmente expuestos frente a la situación actual de la bioética aplicada, se abordan a continuación las propuestas de Hannah Arendt y Lisa Tessman, como referentes teóricos que puedan incluirse en aras de reflexionar y analizar posibles contenidos que respondan a las necesidades y evolución de la bioética aplicada.

En primer lugar se requiere tener en cuenta lo propuesto por Arendt (2015), sobre la “vita activa”, la cual tiene tres actividades que condicionan la existencia: (i) la labor, su condición es la vida (proceso biológico); (ii) el trabajo: su condición es la mundanidad (aprecio

por las cosas); la más importante, para la autora, es (iii) la acción, la que está condicionada por la pluralidad, es decir, lo que se hace sin mediación de los objetos es lo que se hace a partir del discurso.

En este sentido, Arendt (2015) plantea que,

La inhabilidad del hombre para confiar en sí mismo o para tener fe completa en sí mismo (que es la misma cosa) es el precio que los seres humanos pagan por la libertad; y la imposibilidad de seguir siendo dueños únicos de lo que hacen, de conocer sus consecuencias y confiar en el futuro es el precio que les exige la pluralidad y la realidad, por el júbilo de habitar junto con otros un mundo cuya realidad está garantizada para cada uno por la presencia de todos. (p. 262)

Desde esta perspectiva, el hombre es un ser político y social, esto por la necesidad de estar en relación con los demás, así, mediante las acciones, se muestra al mundo que lo rodea, lo que da lugar a lo público, donde la presencia de otros asegura la realidad del mundo y del ser mismo, puesto que la sensación de la realidad depende de la apariencia. En tal marco, debe haber una esfera pública en la que las cuestiones surjan de la oscuridad de lo privado, la que sea cobijada por la existencia del reconocimiento de los otros. Para la autora, la realidad no está garantizada por la naturaleza común de todos los hombres, sino que, a pesar de las diferencias de posición y la resultante variedad de perspectivas, todos están interesados por el mismo objeto (Arendt, 2015; 2019).

Para Arendt, hablar de esfera pública y privada es enfocarse en la posición del ser humano en el mundo y no solo en lo que se entiende, actualmente, como propiedad privada y adquisición de riquezas, es decir, el hombre necesita de lo público para ser reconocido, visto y

oído por los demás, así como de lo privado para ocultar lo que no quiere reconocer y negarse a la posibilidad de ser visto por los otros (Arendt, 2019).

Si se piensa en la bioética aplicada en la práctica clínica desde Arendt, cabe considerar que esta debe estar en la esfera pública, donde se permita la deliberación y la acción del debate desde la pluralidad moral y de pensamiento, en este sentido, no llevarlo a una esfera privada donde se cree una lista de chequeo que debe ser seguida y cumplida sin pensamiento crítico - independientemente de su metodología-, puesto que puede llevar a la superficialidad y la banalidad de los resultados, es decir, pensar en la ética desde la estandarización de los procesos, lo que cierra la posibilidad de ser visto y escuchado por otros, o ver y escuchar a otros.

Por otra parte, desde la propuesta de Lisa Tessman⁷, se encuentra un concepto que puede ser incluido en la reflexión sobre la bioética aplicada: el de fallo moral inevitable, este, para ser comprendido, requiere del abordaje de las bases de su teoría, debido a que explica cómo se forman los juicios morales (Tessman, 2017).

Para Tessman (2017), los requisitos morales son los valores, estos pueden ser negociables o innegociables; por otro lado describe que, los conflictos morales son aquellos que se dan cuando se enfrentan dos requisitos morales negociables o uno innegociable y otro negociable. Así, después de la reflexión crítica y la ponderación de esos valores, cuando se llega a tomar una decisión, aunque se presentan pérdidas por tener que elegir, estas no son lo suficientemente graves como para dar motivos de preocupación moral, por lo que se concluye que los conflictos “tienen solución”.

⁷ Lisa Tessman Ph.D. en filosofía de la Universidad de Massachusetts, actualmente se desempeña como docente de filosofía en la Universidad de Binghamton, especialista en ética normativa, metaética, psicología moral y ética feminista, reconocida por sus tres libros enfocados al fallo moral. <https://lisatessman.weebly.com/>

Asimismo, la autora define los dilemas morales como un conflicto con un requerimiento moral innegociable e imposible, tanto que en su ponderación, siempre se renuncia a lo moralmente innegociable, por lo que se tiene, como resultado, un fallo moral inevitable. En otros términos, un dilema moral se da cuando las opciones son dos malas decisiones, por lo que será inevitable fallar sobre una de ellas. Por otra parte, al hablar de dilema, el individuo se enfrenta a situaciones donde las decisiones que toma generan fallos morales inevitables que pueden implicar sacrificios y una gran preocupación moral, lo que resulta en que, cuando la persona está frente a un dilema, está ante la posibilidad de dejar necesidades básicas sin satisfacer o no proteger a cualquiera que sea gravemente vulnerable, por ello, al tomar estas difíciles decisiones, es preciso asumir la responsabilidad y aceptar, como resultado, un fallo moral inevitable (Tessman, 2017).

Finalmente, respecto a los juicios morales, la autora señala que son el resultado de un proceso cognitivo a través de un sistema dual, el que consiste en dos vías: una intuitiva inconsciente, más rápida y automática, y otra de razonamiento que es consciente y más lenta; estos se vuelven la base de reflexión de la teoría de Tessman (2017), quien indicó que el ser humano se enfrenta a conflictos y dilemas morales como parte de su cotidianidad, los que se resuelven a partir de juicios morales, a través de un sistema de razonamiento o intuición, donde se ponderan los requisitos morales en conflicto a la hora de tomar decisiones.

Por lo tanto, se puede afirmar, en consideración con lo expuesto, que si el individuo se enfrenta a un conflicto, se da por hecho que existirá solución, aunque represente una pérdida, pues esta no se define como grave ni genera mayor estrés moral, esto a diferencia de los dilemas que conllevan a un fracaso moral inevitable.

Para Tessman (2017), es importante resaltar la diferencia entre los tipos de procesamiento cognitivo que se realizan a la hora de hacer un juicio moral, en esta línea de ideas, su teoría se basa en el modelo desarrollado por Haidt⁸ (2001), el cual consta de dos modelos: (i) el razonamiento moral, este como una actividad mental consciente que consiste en transformar la información dada sobre una persona, para llegar a un juicio moral; este es intencional y controlado. Por su parte, (ii) la intuición moral se refiere a la aparición repentina y en conciencia de un juicio moral, es decir, aparece de manera automática y sin ninguna conciencia de haber pasado por procesos de búsqueda, para sopesar evidencia o inferir alguna conclusión.

En suma a lo anterior, Haidt (2001) incluye un tercer modelo social intuicionista, el cual consta de una respuesta cargada de emoción al hacer un juicio moral y, posteriormente, razonar para justificarlo. Dejando como postulado que, la mayoría de los juicios morales son el resultado de procesos intuitivos, afectivos y racionales, y rechazan ver al sujeto moral como un ser racional y autónomo al que no lo perturban las emociones ni las intuiciones (Tessman, 2017). Propuesta, que cabe señalar, se asemeja al modelo de Cortina (2018a) sobre la toma de decisiones y su relación con los procesos psicológicos de las personas.

Desde tal marco, cuando el individuo se enfrenta a problemas ético-clínicos y morales en la práctica diaria, y debe tomar decisiones, podríamos inferir que se deja llevar por la intuición y la incomodidad que pueda generar hacer un análisis racional de la situación, en búsqueda de caminos que considera “más fáciles”, los que, con el tiempo, y la asociación de creencias, ideas y experiencias, se vuelven automáticos.

⁸ Jonathan Haidt, psicólogo social, docente de liderazgo ético en la Universidad de Nueva York.

3 Discusión

Con la intención de abordar la discusión, se considera prioritario aclarar si en la práctica de la bioética clínica, la deontología médica es solo una parte, es decir, una norma que hay que seguir y que se busca estandarizar a la hora de tomar decisiones en el día a día, o si existe una característica psicológica distinta en cada individuo al tomar decisiones en conflictos difíciles de la práctica médica. Conforme con lo expuesto, a través de los diferentes autores, ambos argumentos son válidos en la práctica cotidiana, pues, como plantearon Beauchamp y Childress (1999), hablar del principalísimo es hablar de una moral común, asimismo, del hecho de que todos deberían poder resolver los conflictos por medio de este marco de valores, los que, de necesitar una ponderación, pudieran ser resueltos al abordar lo planteado por Gracia (1998): jerarquizar los principios y estandarizar los procesos para generar menos errores.

Esto puede complementarse al reconocer la importancia de esa construcción de juicios razonables por medio de la acción que da la interacción con el otro, en particular, la libertad que se tiene al tomar decisiones, puestas estas a disposición desde las teorías de Cortina (2018a) y Arendt (2015;2019), esto sin perder de vista los procesos cognitivos y psicológicos individuales que están atravesados por la emoción y las experiencias personales, a través de los que se llega a un juicio moral, como expuso Tessman (2017), al hablar de la manera en la que se asumen los conflictos y los dilemas morales.

Sin embargo, ni la jerarquización de los principios de Gracia (1998), ni la teoría de la libertad de Cortina (2014; 2018a; 2018b) han logrado brindar una solución para la resolución de estos conflictos; en el caso de la relación médico-paciente, se cae en la hipocratización y la beneficencia como único curso de acción para la resolución de problemas éticos en la práctica clínica. Así, se identifica la falta de idoneidad para realizar un diálogo con una adecuada

argumentación, lo que termina en una discusión de opiniones e intuiciones morales entre profesionales de la salud o profesional de la salud y paciente. Por el contrario, bajo esa probabilidad identificada de fallo moral, pueden llevar el caso a un comité de ética que no responde a la realidad, puesto que se compone de personas con roles administrativos, no clínicos, y con otros intereses y una diversidad de opiniones que no facilitan la deliberación para llegar a un curso de acción claro.

Una circunstancia imperativa de ser señalada es que los profesionales de la salud, como todas las personas, tienen una plantilla moral ⁹ que influye en la forma de ejercer la profesión, en consecuencia, la mayoría no realizan reflexiones éticas y morales de la situación particular, pues no logran identificar la necesidad de la deliberación, esto frente a las situaciones conflictivas o dilemáticas en la práctica clínica, debido a que usan un juicio moral intuitivo y se amparan en la vulnerabilidad del individuo enfermo para tomar la decisión por ellos.

En este sentido, ha de tenerse en cuenta si en efecto existe una moral común, para lo cual se propone tener en cuenta una investigación empírica de la moral común, llevado a cabo en Suiza en 2014, estudio donde se analizó si los principios de Beauchamp y Childress (1999) (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) hacen parte de la moral común, en consideración no solo con los estudiantes y los profesionales de medicina, sino con los estudiantes de negocios y finanzas; en el cual se concluyó que se pueden presentar fallas en la transmisión de estos principios en los profesionales, en la medicina por ejemplo, se identificó que estos principios no son los que predominan en la práctica clínica (Christen et al., 2014).

En esta línea de ideas, persiste una cuestión central ¿hacia dónde orientar las acciones de la bioética clínica, en consideración con la necesidad de afrontar los conflictos de la atención

⁹ Plantilla moral: esquemas intelectuales que influyen en el procesamiento de la información y se hace a través de múltiples mecanismos, destacando los sesgos de pensamiento e intuiciones morales.

individual y el requerimiento imperativo de mantener espacios de deliberación como los comités?, y otras derivadas de esta, como si ¿se debería fomentar la educación ética individual del profesional y la reflexión personal, o se asigna a alguien más para tomar la decisión? O si, ¿Se debería tomar la bioética aplicada como herramienta para resolver los casos que suponen dilemas clínicos y éticos a través de la interconsulta individual o la consultoría ético-clínica?

4 Conclusiones

Las preguntas planteadas a través de esta reflexión no tienen una única respuesta, pues se puede elegir qué teorías tomar como base para justificar las acciones, las que están condicionadas por las creencias, las experiencias, las ideas, las plantillas morales, las intuiciones, los juicios morales y la educación. Así, es posible coincidir con Tessman (2017) al afirmar que hay fracasos morales inevitables y es preciso aprender a vivir con ellos, debido a que, a pesar de todo el esfuerzo racional que se logre al tomar decisiones, en ocasiones, habrá fallo moral.

Por otra parte, es imperativo reconocer el pluralismo moral como condición esencial para la deliberación ética y cómo se ha fortalecido por medio de una confrontación crítica de las diferentes formas de pensar y ver el mundo, así, la bioética aplicada es una disciplina intersubjetiva, plural y deliberativa, a diferencia de lo que ocurre en la deontología, donde el individuo se priva de ver y oír otros argumentos, y tiene una única perspectiva al tomar decisiones.

Los modelos asistenciales individuales, como único modelo, no pareciese una alternativa, puesto que, por más de 20 años, aunque hubo un aumento en el número de interconsultas, las autoevaluaciones de los comités y la educación de los profesionales que los asisten han sido deficientes, donde ellos sugieren dirigir los futuros esfuerzos de mejora a los hospitales donde las necesidades no son satisfechas por los enfoques actuales de la bioética aplicada. En especial,

teniendo en cuenta que aunque en el modelo asistencial deliberativo hay posibilidades de debatir con los profesionales de la salud, su uso en el tiempo ha demostrado una disminución de los espacios de debate, en virtud de que los profesionales, al sentir que tienen conocimiento sobre ética, se alejan de las discusiones pluralistas con otros, con lo que regresan a la plantilla moral individual.

Esto deja abierta la posibilidad de que no se puede dejar de lado que los individuos son libres para tomar decisiones, sin embargo, al estar mediados por la dualidad razón – intuición, esa libertad los lleva a ser responsables de las consecuencias de esas decisiones, aunque impliquen un fracaso moral inevitable. El ser está codificado de juicios morales intuitivos mediados por emociones, lo que invita a realizar procesos cognitivos controlados que permitan tomar decisiones más racionales.

De este modo, la bioética está inmersa en todas las acciones y las decisiones de la atención en salud, aún más en la práctica médica, donde su papel es primordial, pese a ello, en la cotidianidad, se ven dificultades al identificar y resolver los conflictos éticos por múltiples factores, lo que tiene, como resultado, la desagregación de la atención médica y el cuidado, lo que resulta en la delegación de la responsabilidad a las profesiones enfocadas en aspectos psicosociales o en especialidades médicas relacionadas con la evaluación de las capacidades, esto como consecuencia de la presencia perentoria de la capacidad para dar sustento a la autonomía; todo ello se debe a que los individuos no son capaces de enfrentarse a la tensión moral que se genera en la discusión con extraños morales, o se perciben sobrepasados por estos conflictos.

Se considera, entonces, que la propuesta de estandarizar los grupos, bajo el nombre de comités, no es una mala aproximación, pero debe reconocerse que más que delegar la

responsabilidad en otros, su activación debe buscar espacios de diálogo, donde se promueva la pluralidad como base de la deliberación; en otras palabras, es preciso crear espacios donde los diferentes argumentos sean escuchados, se permita el análisis particular de las situaciones, y se brinde el mejor curso de acción posible para ese contexto particular y heterogéneo.

Así, la alternativa parece ser optar por la complementariedad, pues no deberían ser comités o consultores, sino un modelo de comités y consultores que funcionen como grupos de deliberación, donde el trabajo conjunto tenga, como sustento, la pluralidad, el apoyo y el estímulo a los profesionales de la salud, para realizar procesos cognitivos que lleven a decisiones prudentes, con el fin de que puedan reconocer problemas éticos durante la práctica clínica y seleccionar los casos a ser analizados por los comités, todo ello de manera prospectiva y retrospectiva según la necesidad.

Igualmente, cabe el cuestionamiento de por qué no ha sido fácil ejecutar esta articulación, si desde la teoría parece sencillo, así como qué es lo que motiva este tipo de prácticas independientes, y si su uso puede provocar que se pierda la esencia de la bioética y la reflexión individual.

En suma, se considera importante reconocer una de las preguntas que quedan por discutir e intentar responder ¿cómo se da un proceso educativo sobre ética a los estudiantes y los profesionales del área de la salud para que hagan parte de un modelo de complementariedad?

5 Referencias

- Arendt, H. (2015). *La condición humana*. Editorial Paidós.
- Arendt, H. (2019). *La pluralidad del mundo*. Taurus.
- Asociación Médica Mundial. (2005). *Manual de ética médica*.
https://www.whcaonline.org/uploads/publications/em_es.pdf
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Masson.
- Beca, J. (2011). *La toma de decisiones en ética clínica*. Obtenido de Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-%C3%A9tica-cl%C3%ADnica.pdf>
- Beca, J. (2017). Experiencia en consultoría ético-clínica en Chile. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*(46), 38-51.
- Christen, M., Ineichen, C., & Tanner, C. (2014). How “moral” are the principles of biomedical ethics? – a cross-domain evaluation of the common morality hypothesis. *BMC Med Ethics*, 15(47), 1-12.
- Cortina, A. (2014). La indeclinable libertad de los ciudadanos. Neuroética y neuropolítica. En J. de la Torre, *Neurociencia, Neuroética y Bioética* (págs. 15 -26). Universidad Pontificia Comillas.
- Cortina, A. (2018a). *¿Para qué sirve realmente la ética?* . Editorial Paidós.
- Cortina, A. (2018b). *Ética sin moral* . Editorial Tecnos.
- Cossio, C. (2020). Ética y Bioética. En C. Cossio, & R. Posada, *Ética Médica*. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Durand, G. (1992). *La bioética: naturaleza, principios, opciones*. Editorial Desclée de Brouwer.

- Ellen, F., Marion, D., Anita, J., & Christopher, C. (2022). Ethics consultation in US hospitals: a national follow-up study. *The American Journal of Bioethics*, 18.
- Fins, J., & Real, D. (2017). La convivencia entre comités y consultores en ética clínica: un ejemplo de modelo asistencial. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*(46), 28-37.
- Fox, E., S. Myers, and R. A. Pearlman. 2007. Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. *The American Journal of Bioethics* 7 (2):13–25. doi: 10.1080/15265160601109085.
- Galván, J., Fernández, J., Sánchez, M., & Real, D. (2021). Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética*, 32(104), 75-87.
- Gempeler, F., Silva, J., & Torregrosa, L. (2017). Bioética clínica al lado del enfermo. Creación y experiencia de un servicio de ética clínica en un hospital universitario. *Universitas Médica*, 58(2).
- Gómez, F. (2014). *¿Qué es la bioética? De vuelta a la división de la vida humana en vida/bíos y vida/zoé*. Universidad Libre .
- Gracia, D. (1991). *Introducción a la Bioética*. El Búho.
- Gracia, D. (1998). *Bioética Clínica. Ética y Vida N.2: estudios de bioética*. El Búho.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco. Ética y Vida N.5: estudios de bioética*. El Búho.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108(4), 814–834.
- Hottois, G. (2004). Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(2), 57.

Institut Borja de Bioètica . (2008). Consultores de ètica clínic: razones, ventajas y limitaciones.

Bioètica & Debat, 14(54), 1-4.

Institut Borja de Bioètica. (2011). Principios de Ètica Biomèdica. *Bioètica & Debat*, 17(64), 1-

20.

Koppmann, A. (2017). Interconsulta bioètica y psiquiatría de enlace. *Revista Mèdica Clínic Las*

Condes, 28(6), 949-955.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1991). Resolución 13437 de 1991. [Por la

cual se constituyen los comités de Ètica Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los

Derechos de los Pacientes]. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2020). Resolución 229 de 2020. [Por la

cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y

del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de

desempeño de las Entidades Promotoras de Salud].

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2006). *Guía N.*

2. Funcionamiento de los comités de bioètica: procedimientos y políticas. Obtenido de

https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147392_spa

Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M., & Kihlgren, A. (2017). Clinical Ethics Support for

Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29(4), 313-346.

Siruana, J. (2010). Los principios de la bioètica y el surgimiento de una bioètica intercultural.

Veritas. Revista de Filosofía y Teología(22), 121-157.

Tapper, E. (2013). Consults for conflict: the history of ethics consultation. *Baylor University*

Medical Center Proceedings, 26(4), 417-422.

Tessman, L. (2017). *When Doing the Right Thing Is Impossible*. Oxford University Press.

Vélez, C. (2020). Ética médica. En C. Cossio, & R. Posada, *Ética médica*. Corporación para Investigaciones Biológicas.