

Diego Gracia y Javier Júdez (eds.)

Ética en la práctica clínica



TRIACASTELA

Madrid, 2004

COLECCIÓN HUMANIDADES MÉDICAS, N.º 13

Ética en la práctica clínica

1.ª edición, Madrid, Triacastela, 2004

© Diego Gracia y Javier Júdez (eds.), 2004

© Los autores, 2004

© Fundación de Ciencias de la Salud, 2004

Avenida de Pío XII, 14

28016 Madrid

Tel.: 913 530 150. Fax: 913 505 420

info@fcs.es

www.fcs.es

© Editorial Triacastela, 2004

Antonio Palomino 8, 5.º izda.

28015 Madrid

Departamento editorial y comercial

Portuexxe 45A, 3-5

20018 San Sebastián

Tel.: 943 000 333. Fax: 943 000 334

editorial@triacastela.com

www.triacastela.com

Maquetación: Imanol Atxega

ISBN: 84-95840-15-4

Depósito legal: M-22.816-2004

Impresión: Gráficas Efca, S.A.

Encuadernación: Ramos, S.A.

La deliberación moral: el método de la ética clínica

Diego GRACIA

Desde los escritos hipocráticos, en los orígenes de la medicina occidental, ética (véase Glosario) y clínica han venido siendo dos conceptos inseparables. Ello se debe, en primer lugar, a que por las manos del clínico pasan, como advierte ya el autor del escrito hipocrático *Sobre el médico*, «objetos de muchísimo valor»¹. Pero se debe también a otra razón, quizá aún más importante que la anterior. Se trata de que la clínica y la ética comparten un mismo método. Esto puede parecer extraño cuando se oye por primera vez, pero deja de serlo en cuanto se reflexiona sobre ello con cierta calma. Hay un hecho que no deja de ser sorprendente, y es que el método de la ética procede con toda probabilidad del método de la clínica, más concretamente del método de la clínica hipocrática. El autor de esa modificación fue Aristóteles. Hijo de médico, muy preocupado siempre por las cuestiones médicas e investigador incansable de problemas biológicos, Aristóteles llegó muy probablemente a la ética desde la medicina. Cuando en la *Ética a Nicómaco* describe la lógica del razonamiento práctico, no está pensando sólo en la ética y la política sino también, como él mismo se encarga de señalar, en la técnica, especialmente en aquella que en su época se había convertido en paradigmática, la *téchne iatriké*, la técnica médica, la medicina. Toda la teoría de la deliberación, la prudencia, el término medio, el razonamiento probable, la toma de decisiones en situación de incertidumbre, etc., se aplica por igual a la clínica y a la ética².

En cualquier caso, las cosas han cambiado mucho de los hipocráticos a nuestros días, y en especial en las últimas décadas. Ello se debe a múltiples razones.

¹ Tratados hipocráticos (vol. 1). Madrid: Gredos, 1983; 176.

² Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 37: 1112b.

En primer término, al cambio cualitativo que ha sufrido el concepto de técnica médica. Nuestra técnica ya no es la *téchne* hipocrática y aristotélica. Se trata de algo completamente distinto. Para los griegos la técnica tenía por objeto la modificación accidental de las sustancias naturales. Se trataba de un mero cambio de accidentes, sin alterar la sustancia. También cabe decir que la técnica antigua modificaba, pero no transformaba. Ése fue el gran desafío de los alquimistas, que quisieron no ya modificar sino transformar, transmutar, transustanciar la realidad mediante el uso de procedimientos técnicos. Su condena fue unánime. El técnico tenía que proponerse objetivos más humildes, como lo demostraba la experiencia diaria del carpintero o del herrero. Ni uno ni otro producían la sustancia con la que trabajaban, la madera o el hierro. No pretendían crear madera o hierro, sino modificar sus accidentes de cantidad, relación, etc., a fin de hacer una mesa, una silla o un escudo. Pretender modificar sustancialmente la naturaleza se habría visto como algo no sólo prácticamente imposible, sino éticamente inaceptable. Se estaría jugando a ser Dios.

Pues bien, la técnica moderna ha dado ese salto que durante tantos siglos se consideró imposible. Los alquimistas tenían razón al querer transmutar los metales. Eso es lo que ha conseguido la moderna química. El ser humano no sólo tiene que jugar a ser Dios; es que, como afirmó Leibniz, es un pequeño Dios³. No puede crear desde la nada realidades nuevas, como hace Dios, pero sí transmutarlas o transformarlas. Tal es el origen de la técnica moderna. El ser humano no es siervo de la naturaleza sino su señor; tiene en sus manos el poder de hacer y deshacer, de manipular todo, incluso la vida y la muerte. Ya no hay límites naturales a la acción técnica del ser humano. Por eso mismo se hacen aún más necesarios los límites morales. Ya no puede seguir aceptándose la antigua idea de que la transformación de la naturaleza es intrínsecamente perversa. Esa barrera ética también ha caído. Pero eso no significa que haya desaparecido todo control ético. Muy al contrario, hoy resulta más importante que nunca. De este modo, por una vía distinta, ética y técnica, ética y ejercicio técnico de la medicina, es decir, ética y clínica se encuentran de nuevo. Y esta novedad obliga a definir desde el principio las reglas de juego.

EL MÉTODO DE LA CLÍNICA

«Clínica» es palabra que procede del griego *klyne*, término cuyo sentido queda claro recordando algunas palabras derivadas de él, como «inclinación», «triclinio», «clima» o «climaterio». Su sentido más usual fue el de «cama». De *klyne*

³ Leibniz GW. Monadología, n.º 83. En: Leibniz GG. Obras. México: Porrúa, 1984; 399.

procede también «clínica». Clínica es la actividad que se realiza ante la cama del enfermo. La clínica es siempre una actividad concreta, individual. Su misión consiste en diagnosticar y tratar a un enfermo concreto, determinado. En eso se diferencia de la patología o estudio de las llamadas especies morbosas o universales patológicos. No es lo mismo el estudio de la especie morbosa llamada «tuberculosis pulmonar» que el diagnóstico y tratamiento de un tuberculoso concreto. La especie es universal, en tanto que el enfermo es particular. Entre ambos existe la misma diferencia que entre una especie botánica o zoológica y un espécimen concreto. Con la particularidad de que la categorización de las enfermedades como especies es muchísimo más problemática y discutible que la de los animales y las plantas, ya que un enfermo puede participar a la vez de varias especies morbosas, cosa que no cabe afirmar nunca de un espécimen vegetal o animal.

En cualquier caso, la opción que realizó la medicina occidental en sus mismos orígenes, a partir de la medicina griega, fue que hay especies morbosas y pacientes concretos, y que entre unas y otros existe la misma diferencia que entre las especies naturales y los individuos o especímenes. Ése es el origen de expresiones todavía hoy vigentes como el de «historia natural» de las enfermedades. La medicina occidental hizo la apuesta por entender la enfermedad como un hecho natural, intentando interpretarla con las categorías propias de las cosas de la naturaleza, especialmente de la naturaleza viva.

Tal es el origen de la distinción clásica entre patología y clínica, que cualquier profesional sanitario aprende ya en los primeros años de su formación. En cualquier caso, hay algo que no se enseña y que resulta de la máxima importancia práctica, a saber, la diferente lógica de estos dos tipos de saberes. Los razonamientos propios de la patología y de la clínica son completamente distintos y lo han sido desde los mismos orígenes de la medicina occidental. No puede atribuirse a la clínica la lógica de la patología, ni a la inversa. La tesis clásica, vigente desde los griegos hasta el siglo XVII, fue que entre la clínica y la patología existía la misma diferencia que entre la sustancia primera u *ousía* y la sustancia segunda o *tò tí estín*. Los latinos llamaron a la primera *substantia* y a la segunda *essentia*. La sustancia es particular, en tanto que la esencia es universal. Entre ambas media una diferencia semejante a la que separa a un ser humano concreto de la humanidad. Todos los seres humanos formamos parte de una misma especie y, por tanto, compartimos una misma esencia específica, por más que tengamos variaciones individuales. La esencia es, pues, aquello que nos hace pertenecer a la misma especie. Aristóteles definió la especie humana como *zoon lógon ejon; animal rationale*, tradujeron los latinos⁴. Ésa es la esencia del ser humano; por consiguiente, de la especie humana.

⁴ Aristóteles. *Política*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970; 1253 9-10.

Un individuo concreto pertenecerá a ella si posee esas notas, es decir, si es animal y si es racional.

Para los antiguos las especies tienen realidad, pero ésta no es idéntica a la de los individuos. La realidad de los individuos la conocemos por los sentidos, por sus propiedades y accidentes. Por el contrario, la realidad de la especie, es decir, de la esencia universal, no es directamente accesible a los sentidos sino sólo al entendimiento, a la razón. Ella es la que abstrae lo común y específico de lo individual y, de ese modo, penetra en la esencia de las cosas. El conocimiento de las esencias, por ser universal, es por definición cierto. Aquí no cabe el error. Por eso Aristóteles asigna a este tipo de conocimiento la categoría de *epistème*, «ciencia». Ciencia significa aquí conocimiento universal y necesario; por tanto, cierto. En el caso concreto de la medicina, éste es el tipo de conocimiento propio de la Patología, razón por la cual el saber sobre las especies morbosas es universal y cierto; es decir, «científico». Por el contrario, el conocimiento de la enfermedad propia de un individuo concreto es siempre incierto, ya que depende de nuestra capacidad de análisis de los signos y síntomas de esa realidad concreta, que es siempre muy limitada. Para el pensamiento clásico la concreción es siempre más problemática que la abstracción. Sobre los individuos concretos no cabe nunca «ciencia», sino sólo «opinión» (*dóxa*). De ahí que la lógica propia de la Patología no coincida con la lógica de la Clínica. La lógica de la Patología es, según los antiguos, «apodíctica» y «demostrativa»; tiene un valor de verdad similar al de los teoremas matemáticos. En ella no hay sitio para el error, y menos para la incertidumbre. Por el contrario, la lógica de la Clínica es la propia de la incertidumbre. Nunca seremos capaces de agotar la riqueza de una realidad concreta, razón por la cual nuestros juicios sobre ella serán como máximo «probables». Frente a la apodicticidad de la patología, la probabilidad de la clínica. Eso explica que en ésta reine siempre la «incertidumbre». La certeza es imposible. De ahí que no pueda ni deba pretenderse que sus decisiones sean «ciertas», aunque sí «razonables». Esta razonabilidad consiste siempre en la ponderación cuidadosa de los principales factores intervinientes, a fin de disminuir en lo posible la incertidumbre. Al proceso de ponderación razonable lo llamaron los griegos *boúleusis*, «deliberación». Y a la decisión razonable tomada tras prolongada deliberación se la llamó «prudente». Donde la *epistème* dice «demostración», la *dóxa* añade «deliberación», y donde la *epistème* pone «cierta», la *dóxa* dice «prudente». Deliberación y prudencia son las dos condiciones básicas del «razonamiento práctico», del mismo modo que «demostración» y «certeza» lo son del razonamiento teórico. Para los antiguos, el ejemplo paradigmático de razonamiento teórico lo constituía la matemática. Por el contrario, el razonamiento práctico era el propio de la ética, la política y las técnicas en general.

Ahora se entiende por qué la clínica y la ética han compartido durante su historia una misma lógica; porque ambas utilizaban un tipo de razonamiento

similar, cuyas dos principales características eran la deliberación y la prudencia, frente a la demostración y la ciencia. Nadie pretende que las decisiones clínicas sean completamente ciertas, de modo que no vayan a necesitar en el futuro rectificación. Es más, en clínica es posible que dos profesionales sabios y experimentados, deliberando sobre un mismo caso, lleguen a decisiones diagnósticas, pronósticas o terapéuticas distintas. Esto es lo propio del razonamiento prudente, que admite siempre más de una solución. Un mismo hecho puede ser objeto de dos o más decisiones, todas prudentes, que sean no sólo distintas entre sí, sino hasta opuestas. Esto es propio de la clínica, y también de la ética.

Este modo de ver las cosas no comenzó a cambiar más que en el siglo XVII, por obra de filósofos empiristas como Locke y médicos como Sydenham. El empirismo va a demostrar que el análisis aristotélico del razonamiento práctico era mucho más consistente que el del razonamiento especulativo, y que por tanto era más coherente su teoría de la prudencia que su doctrina de la ciencia. La tesis de los empiristas es que todo saber empírico es imperfecto, y que esa imperfección sube de grado cuando intentan formularse proposiciones universales, como hace la ciencia. Ése es el punto en que Aristóteles se confundió, el de la verdad de la ciencia. No hay conocimiento empírico absolutamente verdadero. Eso sólo puede darse en las puras relaciones de ideas, en los llamados «juicios analíticos», que son los propios de las ciencias no experimentales, como la lógica y, quizá, la matemática. Como la patología es un saber experimental, tiene que ser por definición incierto. La patología comparte, pues, el mismo destino de la clínica; más aún, puede y debe concebirse como clínica universalizada, es decir, como la universalización de los datos concretos recopilados en el proceso clínico. A la patología se llega, pues, desde la clínica, y consiste en la generalización de los datos adquiridos en el proceso clínico. De ahí que a partir del siglo XVII el proceder puramente «nosológico» o esencialista haya cedido el puesto a otro muy distinto, de carácter «nosográfico» o descriptivo. Desde el siglo XVII hasta hoy han sido muchos y reiterados los intentos de introducir de nuevo el conocimiento esencial y especulativo, tanto en medicina como en ética. Tres han sido los movimientos más significativos a este respecto: el racionalismo del siglo XVII, el idealismo del XVIII, y el positivismo del siglo XIX. Los tres quisieron reinstaurar el saber empírico sobre bases ciertas y científicas, y los tres han acabado fracasando en su intento. Nunca ha estado tan clara la conciencia de su fracaso como en el siglo XX y, más en concreto, como en estas últimas décadas. Por más que sigan quedando muchos médicos dogmáticos, nunca ha estado tan clara como hoy la conciencia antidogmática en medicina. Y por más que sigan siendo muchos los dogmáticos en ética y en bioética, nunca como hoy ha sido posible la deliberación amplia y participada de estas cuestiones en busca de decisiones razonables y prudentes.

EL MÉTODO DE LA ÉTICA CLÍNICA

Los juicios morales, como los médicos, son primariamente empíricos y concretos. En ellos se cumple el principio de que la realidad concreta es siempre más rica que nuestros esquemas intelectuales y que, por tanto, los desborda. De ahí que el procedimiento de toma de decisiones no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados. Esto es lo que técnicamente se conoce con el nombre de «deliberación» (para una clasificación de términos véase el glosario del final del volumen). Hay deliberación clínica, aquélla que el profesional sanitario realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto, y hay deliberación ética. La deliberación ética no es tarea fácil. De hecho, muchos no saben deliberar, a la vez que otros no consideran que la deliberación sea necesaria, o incluso importante. Sucede lo mismo que en clínica. Hay profesionales que toman decisiones en acto reflejo, rápidamente, sin pasar por el largo proceso de evaluación del paciente. Esto se suele justificar apelando al llamado «ojo clínico». Del mismo modo que hay personas que creen poseer ojo clínico, hay otras muchas que se creen dotadas de «olfato moral»⁵. Éstas consideran que saben la respuesta ya de antemano, sin necesidad de deliberación. Ello se debe, las más de las veces, a inseguridad y miedo ante el proceso de deliberación. Por eso puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica. Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas es, por lo general, producto de la angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto permitirá identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles. Puede tomarse como norma que los cursos posibles son siempre cinco o más, y que cuando se han identificado menos es por defecto en el proceso de análisis. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está generalmente en los extremos, sino en el medio o cercano a él. De ahí que el resultado del proceso de deliberación suela ser tan distinto del de los procedimientos dilemáticos. Ya dijo Aristóteles que la virtud solía estar en el punto medio.

⁵ Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991; 10.

El proceso de deliberación exige la escucha atenta (la angustia no deja por lo general escuchar al otro, precisamente porque se tiene miedo de lo que pueda decir), el esfuerzo por comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario.

La deliberación es en sí un método, un procedimiento. Por eso pueden establecerse unas fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo que quiera ser correcto. El análisis crítico de casos bioéticos debe constar siempre de unos pasos básicos, que son los siguientes:

1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión.
2. Discusión de los aspectos clínicos de la historia.
3. Identificación de los problemas morales que presenta.
4. Elección por la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere que se analice.
5. Identificación de los valores en conflicto.
6. Identificación de los cursos extremos de acción.
7. Búsqueda de los cursos intermedios.
8. Análisis del curso de acción óptimo.
9. Decisión final.
10. Comprobación de la consistencia de la decisión tomada, sometiéndola a la prueba de la legalidad («¿es legal esa decisión?»), a la de la publicidad («¿estarías dispuesto a defenderla públicamente?») y a la de la consistencia temporal («¿tomarías la misma decisión caso de esperar algunas horas o unos días?»).

Siempre es conveniente seguir algún procedimiento, sea éste u otro. Los problemas éticos consisten siempre en conflictos de valor, y los valores tienen como soporte necesario los hechos. De ahí que el procedimiento de análisis haya de partir del estudio minucioso de los hechos clínicos, ya que cuanto más claros estén estos mayor será la precisión con la que podrán identificarse los problemas de valor. Una buena historia clínica es siempre la base de una buena sesión clínica, también de ética.

De todo el esquema anterior, el punto más complejo es sin duda el séptimo, la deliberación sobre el curso de acción moralmente óptimo. Para evaluar la calidad ética de un curso de acción hay que analizarlo siempre en dos fases, contrastándolo con los principios en juego y con las consecuencias previsibles. Los principialistas extremos suelen afirmar que las decisiones deben tomarse sólo a la vista de los principios, ya que consideran éstos absolutos e inmutables.

Los consecuencialistas extremos, por el contrario, piensan que la corrección de un acto sólo se mide por sus consecuencias. Ambas tesis han tenido y tienen sus defensores en ética, pero son claramente posturas extremas, y como tales distan mucho de ser mayoritarias. Lo que se ha dado en llamar «sentido moral»⁶ afirma la existencia de principios deontológicos formulados universalmente, como el no matar o el no mentir, pero considera que todo principio tiene sus excepciones, que se justifican por las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles.

No se conoce ningún principio deontológico que se pueda decir de modo absoluto que carece o puede carecer de excepciones, a no ser que se formule de modo puramente analítico y, en consecuencia, tautológico. Éste es un error lógico muy frecuente en ética. Juicios analíticos son aquéllos en los que la conclusión está ya contenida en las premisas; por eso no dicen nada nuevo, sino que sólo repiten lo que ya sabíamos por las premisas. A los juicios analíticos se los denominó así porque se les suponía independientes de la experiencia empírica y previos a ella, a diferencia de lo que sucedía con los juicios sintéticos, que surgían como resultado de la interacción entre la experiencia sensible y la inteligencia humana. Hoy la mayoría de los filósofos piensa que eso no es así. Los juicios analíticos parten también de la experiencia. Lo que sucede es que en ellos el predicado está ya incluido en el sujeto, de modo que son necesariamente tautológicos. De ahí que resulten siempre y necesariamente verdaderos. Por ejemplo, en el juicio «el ensañamiento es siempre moralmente reproable», el término «ensañamiento» incluye ya la cualificación moral negativa; es más, si fuéramos capaces de imaginar una circunstancia en que el ensañamiento no tuviera una connotación moral negativa, el juicio dejaría de ser analítico y ya no se podría absolutizar. Cabe pensar, por ejemplo, en el ensañamiento de un enajenado mental o de un sonámbulo. Se dirá que en tales casos el acto no es subjetivamente reproable (ya que el sujeto careció de voluntad al realizarlo) pero sí objetivamente reproable, dado que el acto sigue siendo en sí incorrecto. Pero aquí es donde surge la verdadera dificultad. Kant vio muy bien que sólo la mala voluntad es siempre y absolutamente mala⁷. Nunca una mala voluntad podrá ser buena y ello, precisamente, por su carácter subjetivo. Sin embargo, si se excluye del acto la voluntariedad y se atiende sólo a la dimensión objetiva del acto, entonces resulta imposible considerarlo siempre moralmente reproable. A veces se puede mentir, y se puede matar, incluso al inocente indefenso. Ciertamente que estas circunstancias agravan el caso y hacen mucho más difícil su justificación moral, pero no puede decirse que no haya o pueda haber una situación que lo haga moralmente justificable. Entre otras cosas, porque no conocemos todas las

⁶ Wilson JQ. *The moral sense*. Nueva York: The Free Press, 1993.

⁷ Kant M. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona: Ariel, 1996; 117.

situaciones posibles ni, por tanto, podemos afirmar que esas circunstancias justificativas no hayan existido nunca ni puedan existir jamás. Por otra parte, la historia es buen testigo en esta causa. Y aunque no lo fuera, siempre seguiría conservando vigencia el principio lógico de que la universalidad absoluta o incondicionada y la necesidad, características propias de los juicios analíticos, resultan imposibles de aplicar a los juicios sintéticos, como son los juicios morales.

La consecuencia práctica de todo lo anterior es que la deliberación moral ha de realizarse siempre en dos tiempos, uno primero en que se contrasta el hecho a considerar con los principios deontológicos, y otro en que se evalúan las circunstancias y las consecuencias, por si éstas permitieran o exigieran hacer una excepción a los principios. El deber primario es siempre cumplir con los principios, de modo que quien quiera hacer una excepción tiene de su parte la carga de la prueba y, por tanto, ha de probar que la excepción puede y debe hacerse. Por eso se trata de una mera excepción, no de otro principio. La excepción es siempre excepcional, y deja de serlo en cuanto se convierte en principio. Existe, ciertamente, el riesgo de ampliar las excepciones hasta convertirlas en principios. Es un abuso que no viene justificado por la teoría. Lo único que ésta dice es que hay circunstancias que permiten hacer excepciones a los principios. Así, en medicina hay situaciones que justifican la violación del principio de veracidad. Ése es el origen de la llamada tradicionalmente «mentira piadosa», o de la excepción al consentimiento informado conocida con el nombre de «privilegio terapéutico». Decir la verdad siempre y en toda circunstancia es, cuando menos, irresponsable. De ahí que las éticas que articulan principios y consecuencias se conozcan hoy con el nombre de «éticas de la responsabilidad». La bioética es manejada por la mayor parte de sus cultivadores (aunque no, ciertamente, por todos, porque siguen existiendo posturas deontológicas estrictas, que consideran ciertos principios deontológicos como absolutos y sin excepciones, y posturas teleológicas también estrictas, para las que la corrección de un acto se mide sólo por la maximización de sus consecuencias) con las categorías propias de las éticas de la responsabilidad. Para las éticas de la responsabilidad, el análisis del problema moral puede articularse como expresa el esquema de la figura 1.

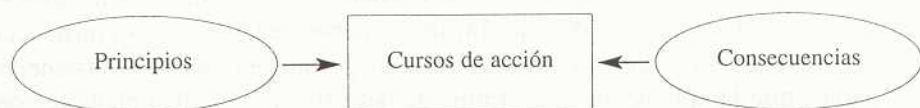


FIGURA 1. Esquema de análisis de los problemas morales.

En la práctica, la evaluación de la calidad ética de cada curso de acción puede hacerse siguiendo los siguientes pasos:

1. Contraste del curso de acción con los principios morales

- Análisis de los principios involucrados en el caso: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia. Los principios de no maleficencia y de justicia tienen carácter público, y por tanto determinan nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos, tanto en el orden de su vida biológica (principio de no maleficencia) como en el de su vida social (principio de justicia). Estos principios definen, pues, los deberes que son universalizables y exigibles a todos por igual, incluso coactivamente. Para que esto último sea posible, es necesario que se formulen de forma aceptable por todos o por la mayoría, y que por consiguiente adquieran forma jurídica. Los principios de autonomía y beneficencia marcan, por el contrario, el espacio privado de cada persona, que ésta puede y debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Los dos primeros principios vienen a corresponderse con la llamada «ética de mínimos» y los otros dos con la «ética de máximos».
- Identificación de los conflictos entre valores o principios. Los deberes propios de la ética de mínimos son más limitados o restringidos que los de la ética de máximos, pero por lo general gozan de una mayor exigencia, de modo que en caso de conflicto suelen tener prioridad sobre los deberes de máximos. Es frecuente que los conflictos morales surjan como consecuencia de su consideración como públicos o privados. Esto es sobre todo frecuente en medicina. Así, por ejemplo, la anticoncepción artificial ha estado tipificada como un deber público de no maleficencia, incluido en el Código Penal, en tanto que hoy es un deber de gestión privada (de acuerdo con los principios de autonomía y beneficencia).

2. Evaluación de las consecuencias previsibles

- Evaluación de las circunstancias que concurren en el caso concreto y las consecuencias previsibles de la decisión. Esta evaluación no puede ser nunca exhaustiva, pero debe hacerse con todo el cuidado posible. En ética, como en derecho, las circunstancias pueden ser agravantes, atenuantes o eximentes. Cuando sucede esto último, el deber cede en esa circunstancia concreta. La razón es siempre la misma: porque en esas circunstancias parece que la aplicación indiscriminada del principio es incompatible con el respeto debido a los seres humanos. Hay veces, por ejemplo, en que decir la verdad resulta claramente ofensivo.
- Examen de si se puede y debe hacer una excepción a los principios. La excepción se justifica siempre que tengamos razones para pensar que la aplicación de una norma o principio resulta atentatoria contra la dignidad del ser humano. En el caso de los deberes públicos que han adquirido

forma jurídica, la excepción puede hacerla bien el juez, bien la ley, despenalizando la aplicación de la norma en ciertos supuestos. Esto último es lo que sucede, por ejemplo, en el caso de la legislación española sobre el aborto o en el de la holandesa sobre la eutanasia. Es importante advertir que con ello no se está definiendo la licitud o ilicitud moral de tales actos; sólo se afirma que, cuando concurren ciertas circunstancias, son considerados como deberes de gestión privada, no de gestión pública, como había sucedido con anterioridad. Hay que recordar, por otra parte, que quien quiere hacer una excepción carga siempre con la peor parte, y por tanto tiene de su parte la carga de la prueba de que la excepción es posible y necesaria.

La experiencia demuestra que siguiendo un procedimiento como el descrito pueden resolverse muchos conflictos morales, o al menos clarificarse las situaciones, aun en el caso en que no desaparezcan completamente las opacidades o los problemas.

Conviene recordar, finalmente, que el objeto del proceso de deliberación no es tomar las decisiones, ya que no tiene ni puede tener carácter ejecutivo ni decisorio, sino sólo consultivo. Las decisiones morales no son fácilmente transferibles. En todo el amplio campo de los deberes de gestión privada será el paciente, o el médico responsable, o el familiar, o el gestor sanitario, el que tenga el derecho y la obligación de tomar sus propias decisiones. Las sesiones de deliberación no pueden exonerarles de esa responsabilidad. Lo que sí pueden, y lo que intentan, es ayudarles en ese proceso, en la convicción de que con ello contribuyen a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la satisfacción de los profesionales y usuarios del sistema de salud. En cuanto a los deberes de gestión pública, sólo serán exigibles por los demás en el caso de que se hayan convertido en normas legales. El jurado en unos casos, y el juez en otros, deliberan antes de emitir una sentencia. Aquí la deliberación sí tiene carácter decisorio. En cualquier caso, es importante no confundir deliberación con toma de decisiones. La deliberación puede hacerla una persona o un conjunto de personas distintas a quien o quienes tienen que tomar la decisión. El ejemplo de los comités asistenciales de ética es muy significativo a este respecto.

Una última observación a tener en cuenta es que, como se acaba de insinuar, la deliberación puede ser individual o colectiva. También aquí sucede como en clínica. Los casos más complejos se llevan a una sesión clínica, a fin de que puedan ser analizados por más de un profesional. Lo mismo sucede en los tribunales de justicia, en los que las instancias de apelación se hallan compuestas por más de un juez, ya que se considera que los casos más graves no deben dejarse al juicio de una sola persona. La deliberación ética no tiene por qué ser distinta de estas otras. El profesional sanitario delibera consigo mismo siempre que tiene que decidir ante un paciente. La relación clínica es un proceso delibe-

rativo⁸. Y deliberativos son también los comités asistenciales de ética⁹. Sus funciones son muy similares a las de las sesiones clínicas: el análisis de los problemas complejos y la ayuda en la toma de decisiones difíciles. La deliberación clínica y ética constituye el núcleo de la actividad clínica.

TABLA 1. Fuentes para ampliar conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 185-237.
 - Dillon JT. *Deliberation in education and society*. Norwood, Nueva Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1994.
 - Gracia D. *Procedimientos de decisión en Ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
 - Gracia D. La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica. En: Sarabia y Albarezude J, de los Reyes López M, editores. *Jornada de debate sobre Comités Asistenciales de Ética*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2000; 21-41.
 - Gutmann A, Thompson D. *Deliberating about Bioethics*. *Hastings Center Report* 1997; May/June: 38-41.
 - Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA. *Bioethics: an introduction to the history, methods, and practice*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers, 1997; 113-255.
-

INTERNET

- Canadian Medical Association: *Bioethics for clinicians*: URL: http://www.cmaj.ca/cgi/collection/bioethics_for_clinicians_series (visita en abril de 2004).
 - National Issues Forum: URL: <http://www.nifi.org> (visita en abril de 2004).
-

⁸ Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-2226. [Traducido en Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 109-126.]

⁹ Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; 239-310 y 329-344.