



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# MAGISTER EN BIOETICA 2023

## Módulo 1:

### Fundamentos de la Bioética Clínica

## **Casuismo y Sabiduría práctica**



Una tarea central de la ética clínica,...fomentar la reflexión crítica y sistematizada de los problemas éticos de su práctica, de tal manera imbuir, en el médico y personal de salud tratante, una sabiduría práctica y la habilidad de apreciar valores que optimicen el vínculo de la relación clínica.




La distinción aristotélica entre **conocimiento sistemático-deductivo (episteme)** y **sabiduría práctica o prudencia (phronesis)** no aplica solamente a conocimiento ético o a juicios éticos. El mismo Aristóteles mencionó la medicina y la navegación como ejemplos de prudencia. Y es común, hoy en día, marcar una distinción entre la ciencia y el arte diciendo que la medicina es tanto ciencia como arte...

**La sabiduría práctica** no se limita a crear una respuesta adecuada a los conflictos morales, sino que se presenta como la capacidad más importante en el ejercicio cotidiano de configuración y refiguración de sí mismos, pues **“la sabiduría práctica se ejerce en los diferentes dominios en los que la vida humana se constituye”**



La etimología de la palabra **Prudencia**, explica Cicerón, es una cualidad que toma su nombre de *providere*.

Se trata, por tanto, de una contracción de la palabra providencia, que es **ver con anticipación**.



**«significa como ver a lo lejos; es ciertamente perspicaz y prevé a través de la incertidumbre de los sucesos»** y señala que lo propio de la prudencia es conocer el futuro a través del presente o del pasado.



**La prudencia** aparece aquí como una **facultad intelectual que sabe ver, sin perderse, entre las múltiples y variables circunstancias del caso.**

Se refieren a ella como **«sabiduría práctica»**, y ésta es definida como la sabiduría que versa **«sobre individuos particulares, problemas específicos y detalles de los casos prácticos o situaciones actuales»**



**La prudencia aparece aquí como una facultad intelectual que sabe ver, sin perderse, entre las múltiples y variables circunstancias del caso.**

**Se refieren a ella como «sabiduría práctica», y ésta es definida como la sabiduría que versa «sobre individuos particulares, problemas específicos y detalles de los casos prácticos o situaciones actuales»**



**Tanto en la clínica y como en ética se da siempre una TD que nos exige una respuesta concreta e individual.**



**Ambas se mueven en la lógica propia de la incertidumbre**



**No podríamos ni deberíamos pretender que las decisiones que recomendamos sean «certezas apodícticas». Aunque eso sí «razonables».**



**Por tanto, nuestros juicios podrían como máximo ser considerados como «probables».**



**Y su razonabilidad consistirá en la ponderación cuidadosa de los principales factores que intervienen en cada caso**



**¿Qué sabe de su enfermedad?**

**¿Se está haciendo lo que usted desea?**

**¿Se siente escuchado?.**

**¿Qué es lo que más le preocupa ahora?**

**¿Se siente usted molesto con que los demás tomen decisiones sobre su salud?.**

**¿Con quién le gustaría estar si la situación no es buena o empeora?**



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE



# LOS CASOS...

Un suceso humano complejo, pleno en conductas, creencias, motivaciones, emociones debe guardarse o “encasillarse”. Sus componentes están tan mezclados en la vida, que es necesario organizarlos en compartimentos para diferenciarlos con claridad.

## CASO KAREN ANN QUINLAN

Karen Ann Quinlan nació el 29 de Marzo de 1954, en Scranton, Pennsylvania. Sus padres, devotos católicos, vivían en Landing, New Jersey.

En Abril de **1975** Karen Ann Quinlan comenzó una dieta estricta para poder usar un vestido que había comprado recientemente. El 15 de Abril, asistió a una fiesta en casa de un amigo. Tras consumir alcohol y un tranquilizante (que se cree que fue fenobarbital o diazepam), Karen Ann sufrió daño cerebral irreversible por experimentar una falla respiratoria prolongada, sólo se mantenía viva por la alimentación nasogástrica y el apoyo del ventilador. Luego de varios meses, sus padres al observar el estado de su hija solicitaron la suspensión de la ventilación mecánica. El hospital rechazó la petición de los padres. En 1976, los Quinlan llevaron su caso a la Corte Suprema de New Jersey, que finalmente acogió la petición de los padres. Sin embargo, Karen continuó respirando de manera espontánea después del retiro del ventilador. Fue alimentada mediante sonda nasogástrica por nueve años más, hasta su muerte por neumonía en 1985. Este caso fue relevante debido a que, a raíz de la sentencia judicial, se constituyeron por primera vez en la historia los comités de ética hospitalaria.



**Karen Ann  
Quinlan**  
(1954 – 1985)



## CASO BABY DOE

**1982** nació en Bloomington, Indiana un niño con polipatología, ya que padecía Síndrome de Down, fístula traqueo-esofágica y atresia esofágica. En este caso una temprana operación habría tenido más de un 90% de posibilidades de éxito, lo cual fue corroborado por su médico de la familia y su pediatra. Sin embargo, el obstetra de referencia Walter Owens, minimizó este hecho cuando discutió el tema con los padres, y enfatizó en su asesoría médica los problemas del Síndrome de Down. Los padres decidieron no permitir la operación. Los administradores del hospital y los pediatras no estuvieron de acuerdo con la decisión de los padres e inmediatamente convocaron una reunión de emergencia con un juez, John Baker. Owens, cuando testificó en esta audiencia, repitió su pronóstico: Incluso si la cirugía fuese exitosa, *“la posibilidad de una calidad de vida medianamente adecuada es inexistente debido al severo e irreversible retardo mental del niño”*. El padre de Baby Doe, estaba de acuerdo con Owens y sentía que aquellos niños nunca lograban *“una calidad de vida meramente aceptable”*.

*Pence GE: The Baby Doe Rules. Classic Cases in Medical Ethics. McGraw Hill, Birmingham: 2004; 220- 222.*





FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

Baker determinó que los padres tenían el derecho de tomar la decisión con respecto de tratar o no tratar al niño.

El abogado del distrito intervino y apeló tal decisión a la Corte del Condado, y luego de perder, apeló a la Corte Suprema de Indiana. Ambas apelaciones fallaron y cada una de ellas otorgó la jurisdicción a los padres.

Luego se apeló a la Corte Suprema federal de los Estados Unidos para una intervención de emergencia, pero Baby Doe murió a los 6 días de edad, antes de llegar el caso a Washington DC .

La Secretaría de Servicios Humanos y de Salud prohibió la discriminación en contra de los discapacitados en casos futuros. Subsecuentemente, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) dictaminó que es ilegal y discriminatorio suspender la alimentación o el soporte médico de pacientes nacidos discapacitados .

**En 1984**, se aprueba una Ley, conocida como “**The Baby Doe Rules**”, que condena como abuso y negligencia, más que como discriminación, la no aplicación del tratamiento médico indicado a un niño, cualquiera sea su condición, salvo en los casos de coma irreversible, inutilidad del propio tratamiento o cuando su aplicación sólo postergue indebidamente la muerte .



## LA BEBÉ K

En **1992** la bebé K, se le diagnosticó anencefalia en los primeros meses de gestación y, a pesar de los consejos de sus médicos, la madre, que era profundamente religiosa, decidió continuar con su embarazo; una vez que nació, *insistió en que debía hacerse todo lo posible para mantenerla con vida*. Como consecuencia, la paciente ingresaba y salía del hospital repetidamente, requiriendo en varias ocasiones un respirador; la madre tenía en su contra al padre de la niña, a los médicos tratantes, al Comité de Ética, al hospital, a la Academia Americana de Pediatría, a la Sociedad de Medicina Crítica; pero la madre esperaba un milagro y dejaba todo en las manos de Dios, a pesar que los médicos argumentaban que la niña no tenía corteza cerebral ni conciencia y que no tenía ninguna posibilidad de sobrevivir. El hospital apeló a los tribunales al ser obligado prácticamente a proporcionar un tratamiento médicamente no indicado, pidiendo autorización para retirar el apoyo del ventilador y aduciendo futilidad en este caso....



¿Cómo procedemos para adquirir conocimiento?

¿De los casos particulares obtenemos conclusiones generalizables?



Tal vez el método que se enfoca en los principios apelaría a las personas de interés abstracto y realmente puede funcionar mejor para ellos, mientras que la casuística podría ser más atractiva y puede funcionar mejor para personas con un interés en la complejidad de los detalles personales...



¿Qué es un caso?

***Casuística: Teoría basada en casos clínicos***

del latín *casus*, un evento;  
es “el ejemplo de algo que  
ocurre, un estado de cosas  
real”.

del latín *capsa*, de *capere*,  
guardar; es “aquello que  
encierra o contiene algo,  
como una caja, un  
portafolios”

## **La casuística es la teoría de los *casos*:**

1. el casuista muestra cómo deben aplicarse a un caso moral en particular las normas generales que gobiernan la conducta y se definen conceptos asociados
2. la guía son los casos paradigmáticos (caso típico y claro, en cuya solución están de acuerdo la mayoría de las personas).
3. Todos los códigos deontológicos recientes para abogados, médicos y otros profesionales exigen una casuística para su aplicación.
4. Existe una taxonomía moral: árbol lógico que agrupa los casos según su similitud. La base de cada rama contiene las máximas que se aplican a los casos concretos.
5. La certeza moral sólo puede existir en los casos particulares.



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

## El método casuístico clásico

(Jonsen y Toulmin)

El método casuístico clásico – *The Achievement of Casuistry* - se deriva de la época de esplendor de esta tradición moral y que inspira en todo momento su propuesta actual.

El proceder  
analógico y los  
casos  
paradigmáticos.

La apelación a  
máximas o  
reglas.

El análisis de  
las  
circunstancias

El análisis de  
los grados de  
probabilidad.

El uso de los  
argumentos  
acumulativos.

La  
presentación  
de una  
resolución  
final.



## RAZONAMIENTO CASUÍSTICO:

### Primer paso

#### **Determinación de temas :**

una plataforma sobre la cual construir una aplicación, a saber, el análisis de las circunstancias específicas del caso.

### Segundo paso

#### **Interpretación de máximas y principios:**

Los principios abstractos de beneficencia y autonomía adquieren su peso respectivo conforme los detalles factuales relativos a los temas y máximas se satisfacen y amplifican

### Tercer paso

#### **Argumentación por analogía:**

es posible reunir casos en donde sobresale un caso incuestionable como paradigma. Un ejemplo similar pero distinto y pertinente en una serie de casos en los cuales el caso paradigma es el más claro y convincente.

# LOS CASUISTAS EN BIOÉTICA CLÍNICA..

La nueva casuística.





Albert Jonsen



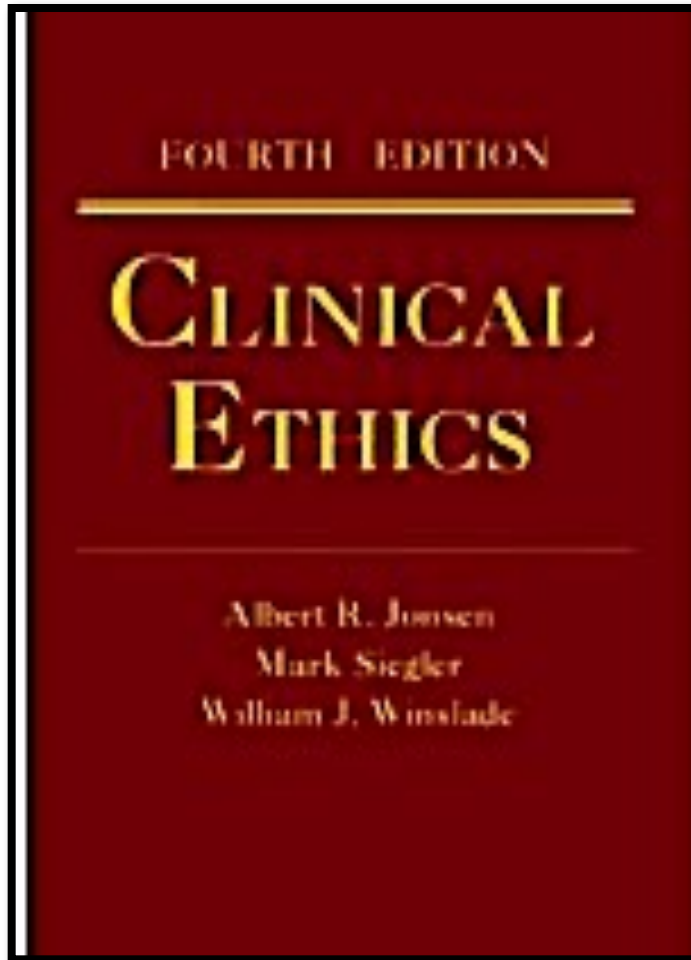
Mark Siegler



William Winslade



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE



El término “**ética clínica**” procede de  
Alvin Feinstein



Paradigma de las 4 cajas.  
Clinicals Ethics. A. Jonsen,  
M. Siegler, W. Winslade

**Indicaciones  
médicas**

**Preferencias  
del paciente**

**Calidad de vida**

**Factores  
socioeconómicos**



### **INDICACIONES MEDICAS**

- 1.1 INTERVENCIONES INDICADAS Y NO INDICADAS
- 1.2 JUICIO CLÍNICO E INCERTIDUMBRE CLÍNICA
- 1.3 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y ONR
- 1.4 ERROR MÉDICO
- 1.5 DETERMINACIÓN DE MUERTE
- 1.6 RESUMEN

### **CALIDAD DE VIDA**

- 3.1 EVALUACIONES DIVERGENTES DE CALIDAD DE VIDA
- 3.2 MEDICINA DE MEJORA
- 3.3 CALIDAD DE VIDA COMPROMETIDA E INTERVENCIONES PARA SOSTENER LA VIDA
- 3.4 ALIVIO DEL DOLOR PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL
- 3.5 MUERTE CON ASISTENCIA MÉDICA
- 3.6 SUICIDIO

### **PREFERENCIAS DEL PACIENTE**

- 2.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO
- 2.2 CAPACIDAD DE DECISION
- 2.3 TOMA DE DECISIONES PARA EL PACIENTE INCAPACITADO MENTALMENTE
- 2.4 TOMADORES DE DECISIONES SUSTITUTOS
- 2.5 FALTA DE COOPERACION EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

### **CONTEXTO SOCIOCULTURAL**

- 4.1 PROFESIONES DE LA SALUD
- 4.2 OTRAS PARTES INTERESADAS
- 4.3 CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN MÉDICA
- 4.4 ECONOMÍA DE LA ATENCIÓN CLÍNICA
- 4.5 ASIGNACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS ESCASOS
- 4.6 INFLUENCIA DE LA RELIGIÓN EN LAS DECISIONES CLÍNICAS
- 4.7 PAPEL DEL DERECHO EN LA ÉTICA CLÍNICA
- 4.8 INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EDUCACIÓN
- 4.9 SALUD PÚBLICA
- 4.10 ÉTICA ORGANIZACIONAL



FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

## AMA Journal of Ethics

*Illuminating the Art of Medicine*



I

Para quemaduras graves, estos incluyen el momento óptimo para operar, la necesidad de antibióticos tópicos o sistémicos, optimización de la nutrición, reemplazo de volumen, manejo de las vías respiratorias y rehabilitación..

P

El paciente debe incluirse en el proceso de toma de decisiones tan pronto como él o ella de manera adecuada y plenamente puede participar, según lo determinado por la evaluación clínica (incluyendo la evaluación de la capacidad de toma de decisiones) por el equipo médico. Cuando la situación lo permite, nos esforzamos por comprender los deseos del paciente y las creencias subyacentes...

## The Four-Quadrant Approach to Ethical Issues in Burn Care

Chad M. Teven, MD and Lawrence J. Gottlieb, MD

CV

Basándose en su revisión de la literatura, que las quemaduras afectan la calidad de vida relacionada con la salud del paciente de muchas formas que no son siempre predecibles.<sup>15</sup> Los factores asociados con una influencia positiva incluyen la integración temprana con las actividades y el apoyo familiar...

CSC

Un ejemplo es el paciente competente con una quemadura de 70% de TBSA que se identifica como testigo de Jehová. Aunque normalmente recomendaríamos la escisión y el injerto tempranos, podría ser aconsejable escalonar el proceso para evitar una gran pérdida de sangre si el paciente rechaza las transfusiones de sangre...



## Críticas al casuismo.

- a) **Carácter meramente tópico**, debido al propio condicionamiento del pensar tópico, no se pueden jerarquizar, confía excesivamente en la capacidad de la prudencia para ofrecer soluciones ciertas a los casos.
- b) **Exceso de “situacionismo”**: la doctrina ética basada en que las circunstancias solas determinan la calidad moral de la decisión y la acción
- c) **Inoperatividad frente al pluralismo ético**, la operatividad de la casuística presupone una comunidad moral homogénea, lo que ciertamente no se da en muchos casos. No puede ofrecer respuestas ciertas para sociedades pluralistas como las actuales.
- d) **Convencionalismo**, puesto que no hay nada que impida que el intérprete supere los prejuicios concretos que son objeto de transmisión a través de la tradición de que forma parte.
- e) **Esterilidad**, frente a los casos difíciles. el casuismo está en condiciones de presentar suficientes elementos de juicio para resolver las situaciones «absolutamente conocidas», pero que carece de ellos cuando se trata de situaciones «absolutamente nuevas».
- f) **Intuicionismo**. el casuismo no puede operar al margen de los principios, todo análisis transversal de casos requiere acudir a principios generales o reglas.



## INDICACIONES MEDICAS

Los principios de beneficencia y No maleficencia

1. ¿Cuál es el problema médico del paciente? ¿La historia? ¿El diagnóstico? ¿El pronóstico? 2. ¿El problema es agudo? ¿Crónico? ¿Crítico? ¿Emergente? ¿Reversible? 3. ¿Cuáles son las metas del tratamiento? 4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito? 5. ¿Cuáles son los planes en caso de un fracaso terapéutico? 6. En suma, ¿Cómo puede ser beneficiado este paciente mediante el cuidado médico y de enfermería y evitarse el daño?

## PREFERENCIAS DEL PACIENTE

El principio de respeto a la autonomía

1. ¿El paciente es competente mental y legalmente? ¿Cuál es la evidencia de su incapacidad? 2. ¿Si es competente, qué es lo que el paciente dice acerca de su tratamiento de preferencia? 3. ¿Se le ha informado al paciente acerca de los beneficios y riesgos, entendido la información y dado consentimiento? 4. ¿Si está incapacitado, quién es el representante apropiado? ¿Está el representante usando los estándares apropiados para la toma de una decisión? 5. ¿Ha expresado el paciente previamente sus preferencias, mediante una directiva avanzada? 6. ¿Está el paciente voluntariamente no cooperando o incapacitado para cooperar con el tratamiento? ¿Por qué?



## **CALIDAD DE VIDA**

Los principios de beneficencia, no maleficencia y respeto por la autonomía

1. ¿Cuál es la prospectiva, con y sin tratamiento, de volver a vivir normalmente? 2. ¿Qué déficit físico, mental y social podría sufrir el paciente si el tratamiento tiene éxito? 3. ¿Hay sesgos que pudieran prejuzgar la evaluación que el proveedor hace de la calidad de vida del paciente? 4. ¿La condición presente o futura del paciente es tal que podría juzgarse que la continuación de la vida no es deseable para él o ella? 5. ¿Hay algún plan o justificación para no ofrecer tratamiento? 6. ¿Hay planes para mantener al paciente a gusto y ofrecerle cuidados paliativos?

## **RASGOS CONTEXTUALES**

Los principios de lealtad y justicia

1. ¿Hay situaciones familiares que pudieran influir las decisiones terapéuticas? 2. ¿Hay situaciones de los proveedores de cuidados (médicos y enfermeras) que podrían influir las decisiones terapéuticas? 3. ¿Hay factores económicos y financieros? 4. ¿Hay factores religiosos o culturales? 5. ¿Hay límites para la confidencialidad? 6. ¿Hay problemas con la ubicación de recursos? 7. ¿En qué manera la ley influye sobre las decisiones terapéuticas? 8. ¿Está involucrada en el caso la investigación o la educación clínica? 9. ¿Hay algún conflicto de intereses de parte de los proveedores o la institución?