EL CASUISMO Y LA ÉTICA MÉDICA

1. EXCURSO HISTÓRICO DEL CASUISMO

La casuística floreció en el siglo XVI en el seno de la teología moral católica que por esas fechas, a raíz del Concilio de Trento, nació como disciplina autónoma del resto de la teología. Es necesario, pues, decir alguna cosa sobre el contexto de la casuística.

1ª) El siglo XVI fue una época de cambios radicales como el descubrimiento de nuevos mundos y nuevos pueblos, la evolución de la economía por caminos inéditos, la escisión de la cristiandad occidental con la aparición y difusión del protestantismo o reforma luterana...Todo ello dio lugar a problemas morales totalmente nuevos: la licitud moral de la conquista de nuevos territorios, el significado antropológico y el valor ético de los pueblos descubiertos (recuérdense los famosos escritos de Francisco de Vitoria o Bartolomé de las Casas), la novedad de los préstamos a interés o los seguros para las mercancías de los grandes viajes, las dudas de conciencia que planteaba la persecución religiosa en suelo europeo, etc., etc. A todo eso no se daba respuesta en la moral al uso, que era exclusivamente la católica.

2ª) Por otra parte, en el siglo XVI, concretamente entre 1545-1563, se celebró el conocido Concilio de Trento que, entre otras muchas disposiciones, insistió en la necesidad y utilidad del sacramento de la penitencia poniendo mucho énfasis en la confesión individual auricular (en contra de la doctrina luterana). Esto exigía una formación adecuada por parte de los sacerdotes, especialmente en lo referente a la teología, pero como en la mayoría del clero no abundaba precisamente ese tipo de conocimiento, comenzaron a difundirse con gran éxito unas obras que siempre tenían la misma estructura: las nociones más útiles para el sacerdote-confesor presentadas en orden alfabético, la solución práctica de los casos expuesta con claridad y brevedad, y, finalmente, la lectura rápida y la retención de las soluciones. Lo más importante fue que la moral se polarizó en el *acto* de la persona desviándose de la persona que realiza el acto o, dicho de otro modo, se puso la máxima atención en el *caso* particular.

El primer autor que destacó en ese género literario fue el navarro Martín de Azpilcueta (+1586) con su *Enchiridion confessariorum*, que contó nada menos que 81 ediciones.

El estudio de los "*casos de conciencia*" se convirtió en una parte muy importante de la formación de los confesores, particularmente de los jesuitas, que se convertirían en los grandes maestros de la moral casuística. En la actualidad, la casuística ha desaparecido prácticamente de la teología moral católica, pero lo curioso y llamativo es que hay otras disciplinas que han mantenido vivo el interés por los casos particulares tal como sucede en el derecho, la psicología y la medicina clínicas que, como bien se sabe, son

de gran importancia para la bioética. Y quizá no puede ser de otro modo dado el enfoque eminentemente práctico de tales disciplinas.

A buen seguro que, por esas razones, y también porque supone una reacción crítica y una tarea complementaria al "principialismo", los autores que hemos señalado más arriba se han elaborado un método sencillo que permite valorar y solucionar los problemas éticos que presenta cada caso clínico analizado a la luz diversos parámetros y siguiendo una serie de pasos o momentos que ellos proponen.

Nuestro resumen se basa en la obra de A.R. Jonsen-M. Siegler-W.J. Winslade, *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*, Ariel, Barcelona, 2005 (traducción de la 5ª edición en inglés: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*, McGraw-Hill Companies, 2002), una obra que a mi juicio va bastante más allá del casuismo clásico y ofrece también bastante más cosas que la simple moral casuista.

2. EL RAZONAMIENTO DEL CASUISMO EN ÉTICA CLÍNICA

Nuestros autores entienden la ética clínica como *«una disciplina práctica que brinda un enfoque estructurado con el que identificar, analizar y resolver las cuestiones éticas que nacen en el campo de la medicina clínica»*.

Y añaden poco después lo siguiente: *«esta disciplina se basa en la convicción de que, en los momentos de confusión y perplejidad o cuando las emociones se desbocan, los facultativos, los enfermeros y los pacientes, sin olvidar a sus familiares, siempre podrán trabajar de manera constructiva para identificar, analizar y resolver muchos de los problemas éticos, propios de la medicina clínica»*.

Pues bien, su propuesta no es ofrecer un libro que tenga su punto de partida en los principios convencionales (autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia). Antes, al contrario, su propuesta consiste en analizar cada caso clínico, en particular los que planteen problemas éticos, siguiendo los cuatro parámetros siguientes: 1) las indicaciones médicas, 2) las preferencias del paciente, 3) la calidad de vida, y 4) los aspectos contextuales (sociales, económicos, jurídicos, administrativos, etc.).

Esos cuatro parámetros ofrecen un método sencillo y sistemático para identificar y analizar los problemas éticos que surgen en la práctica clínica. Más aún, tanto al inicio de su formación como a lo largo de su carrera profesional, los médicos hacen "presentaciones" de casos clínicos o formulan un diagnóstico y su respectivo plan de actuación clínica siguiendo ordenadamente una serie de parámetros similares (dolencia principal, historia de la enfermedad, historial clínico, antecedentes familiares y sociales, conclusiones del reconocimiento médico, y datos del laboratorio). Lo

importante, en la ética clínica, es hacer un análisis ético basado en un examen ordenado de los cuatro parámetros anteriores que reproducimos a continuación.

1) Las indicaciones médicas

Este parámetro abarca el contenido habitual de las deliberaciones clínicas: el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del problema sanitario del paciente. A ese respecto, el debate ético examina los hechos médicos y los evalúa a la luz de los rasgos éticos del caso, tales como la posibilidad de beneficiar al paciente y de respetar sus preferencias. Debe quedar claro que el primer paso para evaluar los aspectos éticos de un caso es, por tanto, el de tener una idea clara de los posibles beneficios que se obtienen con una intervención médica.

Dicho de otro modo y más práctico, las indicaciones médicas tienen que hacer referencia explícita a los principios de *beneficencia* y de *no-maleficencia*, planteándose y respondiendo a las siguientes preguntas: 1ª) ¿Qué problema médico tiene el paciente? ¿Cuál es su historial, diagnóstico y pronóstico?; 2ª) ¿Es un problema agudo o crónico, crítico o no crítico, reversible o irreversible?; 3ª) ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?; 5ª) ¿Qué alternativas se contemplan en caso de fracaso terapéutico?, y 6ª) En suma, ¿Cómo se puede beneficiar el paciente de la atención médica y de enfermería sin causarle daño?

2) Las preferencias del paciente

En todo tratamiento médico son éticamente relevantes las referencias del paciente basadas en sus propios valores y en la evaluación personal que haga de los beneficios y de los riesgos. Estamos, según nuestros autores, ante un parámetro esencial en el análisis de los problemas éticos de la medicina clínica. Estamos ante el significado, valor y alcance, moral y jurídico, de la autonomía personal que se mantiene tan enraizado en la cultura occidental. Así pues, este parámetro se ocupa de las cuestiones vinculadas con la manifestación o, en su caso, con el silencio, que el paciente exprese respecto de sus preferencias y siguiendo este orden: (1) la importancia ética, jurídica, clínica y psicológica de los deseos y voluntades del paciente; (2) el consentimiento informado; (3) la capacidad de decisión; (4) la veracidad en la comunicación médica; (5) las creencias culturales y religiosas; (6) la negativa a recibir el tratamiento; (7) las directrices o instrucciones previas; (8) las decisiones de los representantes; (9) el paciente poco cooperativo; y (10) la medicina alternativa.

Dicho con otros términos, las preferencias del paciente tienen hacen referencia explícita al principio de respeto a la *autonomía* personal, planteándose y respondiendo a las siguientes preguntas: 1ª) ¿Tiene el paciente sus facultades mentales intactas y es legalmente competente? ¿Hay signos de incapacidad?; 2ª) Si el paciente es competente, ¿ha manifestado sus preferencias respecto a su tratamiento?; 3ª) Se le ha informado de los riesgos y beneficios? ¿Ha comprendido dicha información? ¿Ha dado su consentimiento?; 4ª) Si está incapacitado, ¿Quién es su representante legítimo? ¿Basa éste sus decisiones en principios adecuados?; 5ª) ¿Ha expresado el enfermo previamente sus preferencias, por ejemplo, en directrices médicas anticipadas?, 6ª) Se resiste o colabora en el tratamiento médico? Justifique su respuesta; 7ª) En suma, ¿se está respetando, en lo posible, el derecho de elección del paciente de acuerdo con la tarea ética y la ley vigente?

3) La calidad de vida

Cualquier problema de salud se puede convertir en una amenaza potencial o real para la calidad de vida. Uno de los objetivos fundamentales que persigue la intervención médica es la recuperación, el mantenimiento o la mejora de la calidad de vida. Ahora bien, es necesario tener en cuenta que esa expresión no es fácilmente definible debido a que está llena de factores objetivos y subjetivos, de juicios de valor en los que resulta difícil delimitar sus componentes con absoluta claridad.

A lo largo de los últimos años se han hecho esfuerzos para establecer unos indicadores que permitan cuantificar la calidad de vida incluyendo una serie de funciones físicas como la movilidad, el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, la ausencia o presencia del dolor, la interacción social y la agudeza mental. De todas formas, conviene añadir que es complicado (y muy limitado, por no decir "reduccionista") empeñarse en hacer una descripción objetiva de una realidad eminentemente subjetiva y personal, aun cuando sea útil "cuantificarla" para la eficacia y eficiencia de la praxis clínica.

Sea como fuere, lo cierto es que el parámetro de la calidad de vida tiene que hacer referencia explícita, según nuestros autores, a los principios de *beneficencia*, *no-maleficencia* y respeto a la *autonomía* personal, planteándose y respondiendo a las siguientes preguntas: 1ª) ¿Cuáles son las perspectivas del paciente sobre su retorno a la vida normal, si sigue el tratamiento o si no colabora con el tratamiento?; 2ª) ¿Qué carencias de índole física, mental y social, son previsibles incluso con un resultado positivo del tratamiento?; 3ª) ¿Existen prejuicios susceptibles de influir en la evaluación que el profesional sanitario haga respecto de la calidad de vida del paciente?, 4ª) ¿Es la situación actual (o previsible) del paciente de tal naturaleza que

no valdría la pena seguir viviendo?; 5ª) ¿Existen planes o razones que justifiquen la renuncia al tratamiento?, y 6ª) ¿Se han previsto alivios y cuidados paliativos?.

4) Los rasgos contextuales

Todo caso clínico está enmarcado en un contexto más amplio en el que confluyen personas, familias, comunidades o grupos sociales, empleados de las organizaciones sanitarias, casas de seguros, decisiones políticas, etc. Todos esos factores componen los "rasgos contextuales" en que tiene lugar el caso concreto de atención a un determinado paciente. Tiene una gran influencia en el modo en que los problemas éticos son percibidos, analizados y resueltos, y está relacionado con el caso clínico al menos de dos formas: por una parte, fija los límites y las condiciones en que se toman las decisiones y, por otra, queda influido por las decisiones del y para el paciente.

Posteriormente, nuestros autores se detienen con mayor detalle en otros asuntos de actualidad "contextual" como el papel de las partes interesadas, la confidencialidad del médico, la economía sanitaria, la distribución de los escasos recursos sanitarios, la religión, el papel del derecho en la ética clínica, la investigación clínica, la docencia clínica, la medicina ocupacional, la sanidad pública y los comités de ética.

Por último, al igual que en los parámetros anteriores, presentan aquí la referencia explícita que tiene que haber entre los rasgos contextuales y los principios de *lealtad* y *justicia*, planteándose y respondiendo a las siguientes preguntas: 1ª) ¿Hay factores familiares susceptibles de influir en las decisiones relativas al tratamiento?; 2ª) ¿Hay factores vinculados a los profesionales sanitarios que afecten a las decisiones en torno al tratamiento?, 3ª) ¿Hay factores económicos o financieros que influyan en el caso clínico? ¿Cuál es su grado de influencia?; 4ª) ¿Y factores religiosos y culturales? ¿Su grado de influencia?; 5ª) ¿Existen límites a la confidencialidad?; 6ª) ¿Hay problemas en la asignación de los recursos sanitarios?; 7ª) ¿En qué medida afecta el Derecho a las decisiones sobre el tratamiento?; 8ª) ¿Se da algún conflicto de intereses en los profesionales sanitarios o en el centro sanitario?

3. RECOMENDACIÓN FINAL DE LOS AUTORES

Como es lógico, su recomendación se dirige a los comités de ética, a los así llamados "consultores éticos" y, sobre todo, a los mismos profesionales sanitarios, para que utilicen el método de análisis que se acaba de presentar aquí resumidamente. Como hemos podido comprobar es un método de razonamiento moral que consiste en plantearse y responder (con la reflexión y el debate ético consiguientes) a las preguntas que condensan el análisis ético del caso clínico según ha quedado expuesto

al final de cada uno de los parámetros. Ese conjunto de preguntas permite evaluar cada caso, y los casos entre sí, a la luz de los principios éticos de cada parámetro (nosotros los hemos puesto en negrita en el párrafo final de cada parámetro)

«Nuestro método arranca, no con los principios y las normas, como hacen otros muchos tratados de ética, sino con la presentación de las características objetivas del caso. Haremos referencia a los principios y a las normas a medida que sean relevantes en el debate de los parámetros. De este modo, evitaremos debatir en abstracto sobre los principios o, lo que es más frecuente, evitaremos asumir un solo principio como el único elemento guía del caso. Como mejor se comprenden las normas y los principios éticos es en el contexto particular de las circunstancias reales de un caso».