

**PROCESO DE TOMA DE DECISIONES  
EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARES**

el arte de  
deliberar



Cuidamos personas





# el arte de deliberar

---

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EQUIPOS INTERDISCIPLINARES

© 2016 Fundación SARquavitae

Todos los derechos reservados. Sin la autorización escrita de Fundación SARquavitae y, bajo las sanciones previstas por la ley, se prohíbe la reproducción y distribución, total o parcial, de esta obra mediante cualquier método o procedimiento.

Edita:

**SARquavitae**

Depósito legal:

B-5424-2016

# ÍNDICE

Presentación	
Director General de SARquavitae	06
<hr/>	
Introducción	08
<hr/>	
El arte de deliberar	12
<hr/>	
Fundamentos de la deliberación compartida	15
<hr/>	
Actitudes fundamentales	18
<hr/>	
Modelo de toma de decisiones SARquavitae	22
<hr/>	
Ejemplos prácticos	29
<hr/>	
Bibliografía	42
<hr/>	

# presentación

---

Tengo el placer de presentar la última publicación del CEA SARquavitaes: *El arte de deliberar. Proceso de toma de decisiones en equipos interdisciplinarios*.

Uno de los objetivos del Comité de Ética Asistencial de SARquavitaes es elaborar documentos para orientar, formar y apoyar a los equipos de profesionales que trabajan con nosotros y publicarlos para que los puedan utilizar otros equipos del mismo ámbito asistencial.

En esta ocasión, el CEA propone una metodología para ayudar en la toma de decisiones que los equipos hacen diariamente, en situaciones cada vez más complejas y que se debe hacer con el máximo de garantías para conseguir que sea la mejor decisión posible.

¿Qué tiene de particular esta Metodología? En primer lugar es la que utilizamos en SARquavitaes y está pensada para el trabajo interdisciplinar de nuestros profesionales en servicios asistenciales,

---

donde la persona y la familia también se implican durante todo el proceso de atención.

Por otra parte, se pretende “estimular y activar la práctica de la deliberación ética” mediante un proceso de reflexión pautado que facilite a los equipos el intercambio del conocimiento y de las capacidades de cada disciplina orientadas a un objetivo común, respetando los principios de la ética en beneficio de las personas.

La deliberación se vuelve proceso creativo cuando un conjunto de disciplinas miran a la persona como algo único y especial. Por eso es tan importante esta mirada interdisciplinar.

Espero que este documento les resulte interesante y les sea útil en su trabajo diario.

**José Luis Roselló**  
Director General SARquavita

# introducción

---

En la vida profesional es inevitable tomar decisiones. Independientemente del grado de responsabilidad y del rol que juegue un profesional en el seno de una organización, le corresponde tomar decisiones. En ocasiones, debe tomarlas de un modo solitario, pues sólo compete a él tal responsabilidad y no puede delegarla, pero en muchas circunstancias debe tomarlas con otros, en equipo, a través de la práctica del diálogo y de la escucha, lo cual requiere de una metodología y de unas condiciones de posibilidad que intentaremos explorar en este documento.

Las decisiones que un equipo profesional toma a lo largo de su actividad definen su modo de

ser, su singularidad. El modo cómo una organización resuelve sus debates o dilemas internos la definen públicamente. Las decisiones que se toman, tanto en el plano ejecutivo como en el asistencial, tienen consecuencias, no sólo para el equipo, sino para un conjunto de personas más extenso, lo cual exige prudencia, cálculo de consecuencias y un atento discernimiento.

Cuanta más responsabilidad tenga un equipo profesional, asistencial o ejecutivo, más trascendencia tienen los efectos de su decisión. De ahí la importancia que tiene, explorar, a fondo, el proceso de toma de decisiones (decision making process, en la bibliografía especializada)



y la metodología más idónea para alcanzar los mejores resultados.

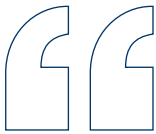
La toma de decisiones en equipos interdisciplinarios no es una tarea fácil. Desde hace más de diez años, los miembros del Comité de Ética Asistencial SARquavitae, nos reunimos una vez al mes para llevar a cabo la difícil, pero apasionante tarea de deliberar juntos, de buscar la mejor solución a problemas que se plantean en la atención socio sanitaria. Hemos adoptado una metodología propia que creemos puede ser útil a otros Comités de Ética y también a equipos profesionales interdisciplinarios de carácter asistencial.

El único fin que nos mueve es el bienestar integral del usuario, la calidad de la atención, la excelencia

en el trato. Sin embargo, a la hora de dilucidar la mejor acción para la persona que cuidamos, no existe una única opción, ni resulta siempre evidente lo que se debe hacer, lo cual exige un intercambio razonable de argumentos y de puntos de vista.

Nos proponemos, con esta nueva publicación, dar a conocer una propuesta metodológica a partir de la experiencia de estos años con el fin de contribuir al diálogo ético en nuestro país y con la voluntad de mostrar el valor y la necesidad de los Comités de Ética Asistencial en el ámbito socio sanitario.

Durante los últimos cuarenta años se han constituido un gran número de Comités de Ética asistencial tanto en hospitales, como en clínicas y consorcios hospitalarios y, en los últimos tiempos en centros geriátricos y gerontológicos, como también en organizaciones del ámbito estrictamente social.



**Cuanta más responsabilidad tenga un equipo profesional, asistencial o ejecutivo, más trascendencia tienen los efectos de su decisión.**



Esta eclosión de Comités de Ética es, sin lugar a dudas, una buena noticia, pero la madurez de un Comité exige tiempo y formación de sus miembros. Algunos de los Comités formados durante estas décadas han logrado su objetivo y han contribuido a mejorar la calidad asistencial; otros, por motivos muy distintos, han naufragado y han perdido su razón de ser. La buena marcha de un Comité de Ética depende de una pluralidad de factores, pero la formación previa de sus miembros es determinante para un correcto funcionamiento.

Algunos teóricos de la ética aplicada a las organizaciones consideran que los Comités de Ética deben ser sustituidos por la figura de un asesor o de un consultor en materia de Ética; pues, según ellos, esta figura aporta una solución a los dilemas éticos que se plantean en la vida institucional de un modo más eficiente que la que aporta la vida de un Comité. Otros teóricos consideran que los Comités juegan un papel decisivo en nuestra sociedad y que no pueden ser sustituidos por la figura de un especialista, porque son órganos de deliberación compartida, espacios donde se hace efectivo el uso de la razón dialógica.

Nosotros consideramos que un Comité de Ética, cuando verdaderamente actúa de un modo autónomo, juega un papel decisivo en una institución, un rol que no puede suplir, en ningún caso, ni un asesor ni un consultor de Ética aplicada. La riqueza intangible de un Comité de Ética asistencial reside, precisamente, en la interacción de la pluralidad de profesionales que lo integran, en la diversidad de puntos de vista que se ponen de manifiesto cuando se analiza un caso.

Ello hace posible lo que luego trataremos como la deliberación compartida. Para que tal deliberación compartida tenga lugar, es esencial superar

algunos escollos importantes como las barreras lingüísticas, las relaciones de poder, los temores y la desconfianza.

Es verdad que la fisiología de un Comité de Ética exige encontrarse, presencial o virtualmente y que, para ello, se requiere tiempo, recursos, capacidad de escucha y de mutua comprensión, pero la resultante de tal deliberación colectiva es sustantivamente más valiosa que la deliberación que puede ejercer a título individual un especialista o un consultor. Por ello, somos partidarios de los Comités de Ética asistencial, pero admitimos que sólo con el tiempo y con la debida formación es posible alcanzar la madurez intelectual como Comité.

Pensamos que la publicación de este documento puede tener un fin pedagógico no sólo para otros Comités del sector, que están naciendo tanto en el ámbito privado como público, sino también para estimular y activar la práctica de la deliberación ética en las Facultades de Enfermería, de Medicina y de Ciencias de la Salud en general. Consideramos que, además de la formación científico-técnica, los profesionales de la salud necesitan de las ciencias humanas y de la filosofía práctica en particular, lo que denominamos ética, para abordar, con éxito, su servicio a la sociedad.

A lo largo de estos años, hemos elaborado una metodología propia de resolución de casos que se ha ido tejiendo a partir de la experiencia. A continuación, proponemos secuenciarla en distintas fases por si puede ser útil a otros órganos de deliberación. El proceso de toma de decisiones en equipos interdisciplinarios no es una ciencia estricta, tampoco es un proceso automático. En ocasiones se producen interrupciones y cortes en la secuencia de las fases que sólo se pueden

superar desde la flexibilidad, pero proponemos un modelo metodológico que debe aplicarse en virtud de los espacios y tiempos de cada organización. Existen distintos modelos y protocolos de toma de decisiones en equipos interdisciplinarios que están reseñados en la bibliografía sobre esta temática. Al fin y al cabo, son caminos, modos de proceder que tienen un objetivo común: el bienestar de la persona que cuidamos.

Exponemos el modelo que seguimos en los procesos de deliberación con el objetivo que pueda inspirar a los equipos en su toma de

decisiones. Esta propuesta metodológica está diseñada para equipos interdisciplinarios que deben tomar decisiones en el ámbito asistencial. Estas decisiones conllevan, en muchos casos, una gran trascendencia para la persona cuidada, pero también, para el entorno afectivo que la rodea. De ahí la importancia de identificar las condiciones de posibilidad de una correcta toma de decisiones, las actitudes fundamentales para que ésta tenga lugar y la secuencia lógica que, según nuestra propuesta, debe seguirse en un equipo integrado por profesionales de distintas disciplinas.

# EL ARTE DE DELIBERAR

# 1

La toma de decisiones no es fácil, menos aún cuando ésta se articula en equipo y cuando lo que se está debatiendo afecta directamente la vida de las personas implicadas. Además de responsabilidad, exige tacto y un gran sentido de prudencia y de cautela.

No es una conquista fácil lograr la cohesión interna y la tolerancia necesaria dentro de un Comité de Ética asistencial, menos aún asumir su pluralidad interna y la necesaria flexibilidad, pero nuestro tiempo exige, quizás más que nunca, órganos de deliberación donde profesionales formados y preocupados por el bienestar de sus destinatarios, busquen las mejores soluciones a los dilemas que, de manera inevitable, plantea la vida.

De nada sirve ocultarlos, pues los problemas siguen ahí. En ocasiones, los dilemas o debates éticos que existen en las organizaciones no se canalizan por el Comité de Ética. Están latentes en los espacios informales y no se afrontan cómo es debido. Quizás porque existe cierto temor a solicitar una consulta, a mostrar la perplejidad que uno experimenta frente a determinados casos. Tales problemas generan angustia y afectan negativamente en la vida del profesional y, a veces, incluso afectan el desarrollo de la vida personal y familiar y le dañan emocionalmente.

Los Comités de Ética fueron creados, también, para liberar a los equipos profesionales de la angustia y de la desazón que sufren cuando deben

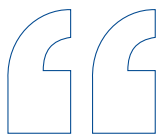
tomar decisiones complicadas en situaciones muy complejas. El desarrollo de las tecnologías, el envejecimiento progresivo de nuestra sociedad, la pluralidad inherente al cuerpo social y los conflictos axiológicos entre el equipo profesional, el entorno afectivo y la persona cuidada hacen muy compleja la tarea de cuidar correctamente en el final de vida. No se puede exigir al profesional que solitariamente los resuelva por sí mismo, pues muchas veces la complejidad del debate ético que está en juego exige, necesariamente, el diálogo abierto y racional, la ayuda de un especialista en el campo de la ética y del derecho, el fecundo intercambio de ideas y de argumentos entre los profesionales del sector social y sanitario, la confrontación de opciones y, finalmente, la necesaria tarea de llegar a consensos razonables.

La deliberación es un proceso de ponderación de aquellos factores que intervienen en una acción o situación con el fin de poder decidir cuál es la mejor alternativa o, cuando esto ya no es posible, la menos lesiva. Es el procedimiento que permite formular juicios razonables, pero prudentes, sobre la bondad de las acciones. Consiste en inclinarse

por una de las opciones que están en juego tras ponderar las circunstancias concurrentes, comprobando en qué medida la elección es coherente con los principios y tras prever sus posibles consecuencias.

La deliberación no se ejecuta sobre lo que es evidente, sobre lo que siempre sucede del mismo modo; sino que tiene lugar sobre lo que es incierto, poco probable, o sobre lo imprevisto, es decir sobre asuntos cuyo desenlace no es claro o que es indeterminado.

En la vida asistencial existen muchas situaciones que entran, de lleno, en el plano de lo incierto, porque el factor humano tiene algo de imprevisto. Lo evidente es lo claro y distinto por sí mismo, lo que todos ven del mismo modo, lo que no suscita debate alguno. En la atención a las personas mayores, en el cuidado de los seres humanos más vulnerables, se plantean situaciones que no siempre forman parte de lo evidente, con lo cual es necesario tomar decisiones sobre marcos de probabilidad, de incertidumbre y ello exige tolerancia al riesgo y, también, a la frustración.



**La deliberación es un proceso de ponderación de aquellos factores que intervienen en una acción o situación con el fin de poder decidir cuál es la mejor alternativa o, cuando esto ya no es posible, la menos lesiva.**



Un Comité de Ética no libera al equipo profesional de la tarea de pensar por sí mismo, no tiene como objetivo invadir su autonomía o injerirse en su legítima responsabilidad; sino ayudarle a tomar la decisión más correcta, la más adecuada. Su objetivo está al servicio de los profesionales que cuidan y curan y forma parte de la madurez de un ser humano consultar o asesorarse cuando no se tiene claridad suficiente para resolver un dilema. El modelo deliberativo de toma de decisiones es aplicable, más allá de todo Comité de Ética, a cualquier equipo interdisciplinario.

En la toma de decisiones en equipo intervienen muchos factores. De ahí la necesidad de que entren distintas disciplinas en juego. En la deliberación sobre lo que debe hacerse, acerca de cuál es la acción más justa, no se pueden, por ejemplo, ignorar los principios de la ética aplicada a las organizaciones, pero tampoco se puede ignorar los recursos ni los costes económicos. Toda decisión a favor de la calidad de vida de las personas tiene unas consecuencias en el plano social, emocional y económico que hay que poder evaluar y anticipar.

La toma de decisiones no puede tener como único criterio el factor económico, el gasto, la rentabilidad, el mercado o la reputación. No cabe duda que toda decisión asistencial, por simple que sea, tiene su repercusión económica y ésta debe ser valorada, también, en el proceso de toma de decisiones, pero el argumento económico no puede convertirse en el único argumento a la hora de inclinar la balanza. El respeto a los valores corporativos de la organización y a los principios éticos del cuidado son los elementos fundamentales en el proceso de toma de decisiones.

Con frecuencia, el equipo profesional se enfrenta a dilemas éticos de difícil solución. Experimenta conflictos de conciencia; siente, incluso, que se le exigen unas prácticas desde el punto de vista legal que, por coherencia con sus propios valores, no puede realizar. Se siente perplejo porque no sabe cómo debe actuar, ni cuál es la decisión que mejor beneficiará a su destinatario. De ahí la importancia que tienen los Comités de Ética asistencial como órganos de deliberación compartida.

La autonomía del profesional tiene que poder armonizarse con la del destinatario y con su derecho a decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones que afectan a su salud, a su cuerpo, a su intimidad, en definitiva, a su vida. El destinatario no es un objeto, ni un ser pasivo; es un sujeto de derechos que, independientemente, de su condición y de su estado de salud, debe ser tratado siempre y en cualquier circunstancia como una persona. Las personas que cuidamos son siempre y en cualquier situación sujetos de derechos, incluso cuando han perdido la consciencia de serlo por su grave estado de enfermedad o deterioro cognitivo. La defensa de sus derechos, de su dignidad, de su bienestar y confort es la razón de ser de nuestra labor y nuestra misión principal.

Los Comités de Ética asistencial son órganos de deliberación que no poseen un carácter vinculante, sino meramente consultivo. Participar en un órgano de este tipo exige ciertas condiciones que, si no se dan, fácilmente puede frustrar su función. No sólo es relevante que quienes formen parte de él sean competentes en sus diversos campos profesionales, sino que, además, deberán serlo en el debate y la deliberación conjunta.

# FUNDAMENTOS DE LA DELIBERACIÓN COMPARTIDA 2

---

¿Por qué deliberar con otros? ¿Qué aporta la deliberación compartida?  
¿Quiénes deben formar parte del equipo que delibera?

La deliberación compartida aporta tres elementos decisivos para una organización: mayor perspectiva, mayor responsabilidad y mayor cohesión interna de los equipos y, por consiguiente, de la misma organización.

## El valor de las distintas perspectivas

Un equipo asistencial de carácter interdisciplinar está integrado, como su nombre indica, por un conjunto de profesionales que pertenecen a distintas disciplinas, lo que significa que aportan enfoques y visiones del caso desde ángulos y miradas diferentes.

Existe, propiamente, interdisciplinariedad cuando estas distintas perspectivas se ponen en contacto unas con otras y se prestan al diálogo y a la interacción. Cuando sólo se superponen puntos de vista, pero no existe permeabilidad, ni comunicación bilateral, ni un lenguaje compartido,

no se puede hablar, en sentido estricto, de interdisciplinariedad, sino de multidisciplinariedad.

Partimos de la idea que la suma de perspectivas tiene valor. La perspectiva es un enfoque, una mirada, un lenguaje y un modo de abordar el problema. Cada profesional, partiendo de su perspectiva disciplinar, aborda el caso de estudio desde un determinado ángulo de visión. No existe una perspectiva global, lo que podría denominarse, la perspectiva. Lo que existe es la mirada del médico, de la enfermera, del jurista, del psicólogo, del trabajador social, del filósofo y del economista

y, cada una de estas miradas posee su valor y tiene una dignidad.

Cada uno de los profesionales contempla el problema desde su particular visión disciplinar. Lo esencial es no injerirse en la perspectiva profesional del otro. Lo que corresponde al médico es abordar el caso desde la perspectiva médica y no jurista y lo que corresponde al jurista es no injerirse en la visión médica del asunto.

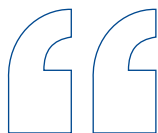
Uno de los errores más comunes consiste en creer que la propia mirada es la única mirada posible sobre el caso, que el propio abordaje es el único abordaje posible de la cuestión que se debate. Esta visión unilateral de los problemas empobrece significativamente a las organizaciones.

Desde este paradigma se reconocen distintas perspectivas y se otorga autoridad a cada profesional cuando expone su punto de vista disciplinar. Cuando el jurista interviene como jurista, su punto de vista tiene un especial valor y es reconocido por todos los miembros del equipo, pues aborda la cuestión desde un ámbito que supuestamente conoce, en el cual se le supone competente. La clave consiste en

respetar, en igualdad de dignidad, las distintas perspectivas sin desconsiderar ninguna de ellas. Lo que se espera del profesional es que se limite a abordar la cuestión desde el ámbito en el cual es competente y no se injiera, a modo amateur, en la perspectiva del otro.

La suma de perspectivas tampoco se puede identificar con el sincretismo, que es una especie de suma caótica de las distintas perspectivas que hay en juego. Del diálogo interdisciplinar emerge una solución que trasciende la suma de propuestas individuales, la acumulación de las partes. El todo es más que la suma de las partes, del mismo modo que la resultante del diálogo es más que la suma de los puntos de vista.

En definitiva, ¿Por qué es relevante el valor de las perspectivas para la toma de decisiones en equipos asistenciales? Porque la suma dialógica de perspectivas reduce, significativamente, la posibilidad del error, aunque no la extingue definitivamente. Cuando un conjunto de profesionales observan atentamente el mismo dilema, es más fácil reducir el margen de error. Aun así puede existir el error, porque en los problemas asistenciales existen variables e intangibles que no siempre son fáciles de detectar.



**Partimos de la idea de que la suma de perspectivas tiene valor. La perspectiva es un enfoque, una mirada, un lenguaje y un modo de abordar el problema.**





# Corresponsabilidad

La toma de decisiones en equipos interdisciplinarios favorece la corresponsabilidad profesional. Cuando todos los miembros de un equipo asistencial se implican en el proceso, entonces se sienten agentes activos e interlocutores válidos, lo cual potencia su autoestima y su dignidad profesional.

Cuando, por otro lado, la decisión se toma unilateralmente, difícilmente se consigue corresponsabilidad en la acción. Los profesionales tienen derecho a aportar su talento y su mirada en la resolución de los problemas. Ello no sólo les dignifica, sino que mejora ostensiblemente a la organización, porque rentabiliza el capital intangible que hay en ella.

Cuando la tarea profesional se limita, únicamente, a cumplir protocolos y a reproducir miméticamente ciertas pautas, la organización pierde talento, creatividad y corresponsabilidad. La corresponsabilidad significa asumir en tanto equipo, el éxito de la decisión tomada, pero también, cuando ha lugar, el fracaso. Esta asunción en primera persona del plural significa responder a la situación, asumiendo las consecuencias. En ocasiones, se reivindica la corresponsabilidad cuando la toma de decisiones ha sido exitosa, pero se oculta cuando se ha cometido un error.

Cuando los miembros han sido consultados y han podido participar activamente, es más fácil que asuman las consecuencias de la decisión.

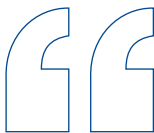
# Cohesión

Uno de los grandes problemas que sufren las grandes organizaciones es la atomización o la fragmentación de sus equipos y dispositivos. La cohesión es importante para que la organización sea, realmente, coherente con el sistema de valores corporativos que la definen. El modo cómo se interviene, se toman decisiones y se resuelven situaciones complejas, define públicamente a esa organización. De ahí la importancia del trabajo en equipo, de disponer de equipos cohesionados y bien liderados, pero ello sólo es posible si se da autonomía y responsabilidad a cada uno de sus miembros y se tiene en cuenta su punto de vista y su mirada disciplinar.

La toma de decisiones en equipos interdisciplinarios favorece la cohesión interna entre los profesionales, el sentido de pertenencia a la organización, lo cual es decisivo en organizaciones con una gran masa de profesionales porque ello hace posible una cultura de organización conjunta. La persona atendida es la principal beneficiaria de esta cohesión interna, pues la cohesión es un factor de mejora de la calidad asistencial. También se evitan, de este modo, los agravios comparativos y las desigualdades en el modo de abordar y tratar los problemas asistenciales.

# ACTITUDES FUNDAMENTALES

# 3



**La disparidad de puntos de vista es una riqueza en un equipo asistencial.**



Las actitudes y las capacidades que se precisan para llevar a cabo la deliberación conjunta son:

## **a. Una actitud de respeto por el otro**

Los valores son convicciones personales y el lenguaje empleado en el debate debe ser respetuoso con los valores de los otros participantes aunque no los compartamos. El respeto a la persona es un requisito esencial para la deliberación y ello no debe confundirse, jamás, con la identificación con sus ideas, opiniones o puntos de vista.

La disparidad de puntos de vista y de criterios es una riqueza en un equipo asistencial, cómo también las propuestas que se formulan, pero sólo puede haber diálogo si se respeta a todos

los miembros que forman parte del equipo. Respetar a la persona como interlocutor válido significa respetar su dignidad, su integridad y su libertad de pensamiento y de expresión, lo cual es imprescindible en un proceso de deliberación compartida.

## **b. Saber escuchar**

Saber escuchar significa atender a los argumentos contrarios y esforzarse por entenderlos mediante preguntas adecuadas. La escucha exige liberación de prejuicios, tópicos y resentimientos, presupone una actitud receptiva, de atención plena, una actitud que trasciende el mero oír y que tiene un valor intencional.

Cada miembro del equipo tiene derecho a ser escuchado, con lo cual es esencial no interrumpir su intervención y menos aún presuponer lo que va a formular.

### **c. Capacidad para identificar y comprender los valores ajenos**

Se requiere la capacidad para identificar los valores de los otros, así como el componente emotivo que pueda impregnar sus argumentos y juicios. Los profesionales, en tanto que personas, son portadoras de valores, tienen sus preferencias y convicciones morales.

En la toma de decisiones no sólo interactúan profesionales con distintas perspectivas disciplinares, sino también personas con preferencias y jerarquías de valores diferentes, lo cual exige respeto y comprensión. Identificar y comprender los valores del otro no significa, en ningún caso, compartirlos, pero sí que exige respetar lo que para el otro es valioso.

### **d. Capacidad para exponer los valores personales**

La capacidad para exponer los propios valores es clave, aunque estos no se correspondan con certezas verificables ni demostrables, pero son convicciones que se pueden y se deben fundamentar racionalmente. Ello presupone capacidad dialéctica, de hallar los argumentos para sustentar las propias propuestas.

Esta labor de razonamiento es clave para poder persuadir a los otros miembros del equipo de la propia propuesta. De ahí la importancia que posee el lenguaje expositivo y el arte de la persuasión.

### **e. Capacidad para argumentar**

Se requiere la competencia para argumentar de manera racional y razonable. Se parte del supuesto que, a la hora de argumentar, los miembros del equipo tienen como principal objetivo el bien de la persona que se cuida y que, para ello, se buscan razones verdaderas, en argumentos fundados en el conocimiento, las evidencias y las competencias científico-técnicas así como en la propia experiencia o en situaciones análogas. Se descarta, pues, cualquier modo de argumentación que utilice la falacia, el sofisma o la demagogia como mecanismo de persuasión.

### **f. Distanciamiento**

Para poder deliberar con otros, es fundamental saber tomar distancia de los principios y valores personales durante la deliberación. Quién no esté dispuesto a modificar su opinión debería abstenerse de participar en la deliberación. Esta capacidad de tomar distancia no debe leerse como una caída en el relativismo. Significa tener la flexibilidad racional y emocional para captar qué es lo más necesario en la situación propuesta, a pesar de que tal solución puede entrar en conflicto con los principios y valores personales.



**Para poder deliberar con otros, es fundamental saber tomar distancia de los principios y valores personales durante la deliberación.**



### g. Capacidad de autocrítica

Se requiere capacidad de autocrítica para poder identificar los prejuicios propios. Se supone en el arte de la deliberación compartida la capacidad de someter a crítica el propio punto de vista, sin que ello se lea, necesariamente, como una derrota o forma de humillación. Tener capacidad para reconocer que el otro puede tener razón y yo estar equivocado, no conlleva una pérdida de credibilidad profesional, menos aún, de reputación. Esta autocrítica, fruto de la humildad, es imprescindible para hallar soluciones compartidas.

### h. Contención emotiva

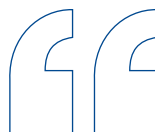
En la toma de decisiones en equipo es básico el control de las emociones, lo cual es especialmente difícil cuando el caso que se está debatiendo tiene graves consecuencias. Si el profesional está muy afectado emocionalmente, porque existe un vínculo afectivo con alguno de los actores del caso, es difícil deliberar de un modo neutro, con lo cual es mejor que se abstenga de participar en los procesos de toma de decisión, por su excesiva implicación emocional.

En los procesos de argumentación lo que verdaderamente cuenta y tiene valor son los argumentos y las razones que se expresan. Las efusiones emocionales y valoraciones de tipo subjetivo no aportan elementos de calidad a la hora de dilucidar cuál es la mejor opción para garantizar el bien de la persona cuidada.

### i. Predisposición para ver lo positivo de la otra perspectiva

En el proceso de toma de decisiones compartido es básico que los interlocutores sean capaces de identificar y asumir los aspectos positivos y complementarios en las razones y argumentos de los otros. Es positivo en el proceso de toma de

decisiones en equipos, que los miembros sean capaces de reconocer las aportaciones de calidad que hagan sus colegas y que puedan sumar y matizar sus visiones con espíritu constructivo. Las intervenciones pueden servir para tomar distancia de la visión ajena, pero también para reforzar ese punto de vista.



**En los procesos de argumentación lo que verdaderamente cuenta y tiene valor son los argumentos y las razones que se expresan.**



### j. Actitud crítica

Para poder deliberar con otros, es necesaria una actitud crítica frente a cualquier manifestación de fundamentalismo y de dogmatismo, porque estas actitudes quiebran el proceso de argumentación y se fundan en el principio de autoridad o bien en la coacción, la fuerza o el chantaje emocional.

### k. Simetría de los actores

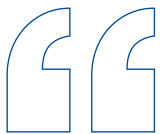
Una condición capital en el arte de deliberar con los demás es el reconocimiento del otro como interlocutor válido. Desde el clasismo o cualquier forma de elitismo es inviable el proceso de toma de decisiones en equipos, porque la condición sine qua non para que tenga lugar es el reconocimiento de la igualdad en dignidad de todos los interlocutores que hay en juego.

## **l. Claridad lingüística**

A lo largo de estos años, hemos aprendido que, para comprenderse mutuamente, los miembros de un equipo deben articular un lenguaje inteligible para todos. Las jergas especializadas producen muy a menudo opacidad comunicativa. Con excesiva frecuencia, la utilización de términos técnicos, propios de una particular disciplina hace imposible el mutuo entendimiento. De ahí la necesidad de aprender a formular las ideas con un lenguaje claro, accesible a todos y diáfano, con voluntad comunicadora.

## **o. Confianza en la competencia del otro profesional**

En la toma de decisiones asistenciales en equipos interdisciplinares es fundamental la confianza en la competencia y capacidad profesional de los miembros que configuran el equipo. Se parte del supuesto que cada uno de los integrantes es competente en su disciplina y, mientras no existan motivos objetivos para cuestionar tal competencia, se debe otorgar autoridad a sus juicios cuando aborda el caso desde su perspectiva de análisis.



**En la toma de decisiones asistenciales en equipos interdisciplinares es fundamental la confianza en la competencia y capacidad profesional de los miembros que configuran el equipo.**



## **m. Libertad de pensamiento y de expresión**

En la toma de decisiones en equipo hay otra condición básica que no se puede olvidar: la libertad de pensamiento y de expresión de quienes participan en la deliberación. Cada miembro tiene derecho a manifestar abiertamente sus puntos de vista y para ello tienen que hallar los mejores argumentos para poder persuadir a los otros participantes de la legitimidad de su postura moral.

## **n. El deber de confidencialidad**

Es prescriptivo, a la hora de tomar decisiones asistenciales, guardar silencio de los procesos de deliberación y preservar los datos personales de los actores implicados en la discusión. La confidencialidad es la base de la confianza.

## **p. Ausencia de coacción y capacidad de ejecución**

La libertad de elección de un equipo interdisciplinar requiere la ausencia de coerción por parte de los otros. Se refiere a la posibilidad de elegir, a la existencia de un dominio o espacio dentro del cual el equipo puede ejercer su autonomía como grupo. Aun en el caso que no hubiere coacción, se requiere otra condición: la capacidad de elegir, es decir, de ejecución. No es suficiente tener amplitud de opciones si después no se sabe elegir o no se pueden convertir los medios en capacidad para promover los propios objetivos.

Si una persona es libre para concebir su propio plan de acción, pero no tiene la capacidad de ejecutarlo, entonces no puede asumir sus consecuencias.

# MODELO DE TOMA DE DECISIONES SARQUAVITAE

# 4

La propuesta que realizamos desde el Comité de Ética SARquavitae, para la toma de decisiones asistenciales en equipos interdisciplinares se caracteriza por las siguientes fases.

## Exposición del caso

Existe un caso cuando existe una situación que permite múltiples soluciones, cuando no se da una claridad o evidencia respecto a cómo se debe proceder. En el ámbito asistencial se dan muchas situaciones de esta naturaleza, circunstancias en las que los profesionales no saben exactamente cómo actuar, qué hacer, cómo intervenir, porque se produce un conflicto axiológico o de valores.

Cuando en una situación se vislumbra una solución evidente, esto es, clara y distinta por sí misma, no existe, propiamente, un caso. Cuando en una situación sólo existe una solución y, además, es de carácter absolutamente necesario, no existe caso. Un caso se da, cuando se dan, cuanto menos, dos o más posibilidades y eso es habitual en la vida asistencial, clínica, también en las organizaciones educativas, sociales y en el ámbito económico.

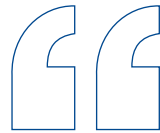
Para poder dilucidar cuál es la mejor opción, se requiere, en un primer momento, la presentación completa del caso, lo cual significa prestar atención a los actores implicados y al entorno. Todo caso se da en un determinado entorno: un domicilio, un centro de día, un centro residencial, un hospital; tiene lugar en un determinado municipio, que forma

parte de una determinada Comunidad Autónoma. Conocer el entorno es decisivo, pues según el entorno se va a tomar una decisión u otra. Cada entorno ofrece unas posibilidades, pero también posee unas limitaciones y barreras. Es distinto compartir una habitación, que estar en el propio domicilio; es distinto hallarse en un pueblo que en una ciudad. Una solución óptima para un entorno puede ser pésima para otro.

En segundo lugar, es fundamental conocer, a fondo, los actores implicados, sus preferencias, su sistema de valores, sus intereses, sus expectativas. En el ámbito asistencial, el actor principal es la persona que cuidamos, el destinatario principal de toda la actividad asistencial, pero en el escenario existen otros actores que interactúan con él, que tienen sus preferencias y sus intereses, ocultos o manifiestos.

Nos referimos a las personas que integran su entorno afectivo, generalmente, sus familiares y amigos y, también, al conjunto de profesionales que le atienden. Si el actor principal reside en un centro, se encuentra con otros actores que también comparten el mismo entorno y que se deben considerar y valorar a la hora de tomar decisiones, porque directa o indirectamente pueden verse afectados por ellas.

En esta primera fase, se requiere una detallada descripción del entorno y de los actores implicados. Tiene que incluir una redacción del conflicto ético, de la historia, de los actores implicados, así como una exhaustiva presentación de la historia clínica del usuario que incluye cuatro dimensiones (biológica, social, psicológica y espiritual), de tal modo que el equipo asistencial pueda formarse una opinión integral de la persona y de sus preferencias, convicciones y sistema de valores; también de sus necesidades de todo orden



**Existe un caso cuando existe una situación que permite múltiples soluciones, cuando no se da una claridad o evidencia respecto a cómo se debe proceder.**



## Elaboración del árbol de decisiones

En esta fase se identifican colectivamente las distintas alternativas que plantea el caso. Es el momento de elaborar gráficamente el árbol de decisiones. En esta representación, cada rama representa una posible opción. Si existen sólo dos ramas, hablamos de dilema; si existen tres, de trilema y, así, sucesivamente. Entre las opciones que se barajen habrá algunas de carácter irreversible, pues no permitirán un regreso a la situación original; pero habrá otras de tipo reversible que permiten regresar, de nuevo, al tronco del árbol.

En esta fase, se requiere un trabajo de imaginación para poder entrever posibles soluciones al dilema o trilema moral planteado. Se trata de imaginar escenarios de futuros procesos que todavía no se han dado, pero que pueden aportar luz a la hora de hallar la mejor solución. Es esencial que los miembros del equipo asistencial no se censuren a sí mismos en esta tarea imaginativa, pues ya habrá ocasión, a posteriori, para evaluar y analizar las propuestas que hayan surgido.

## Discernimiento a la luz de los valores corporativos y los principios éticos

En esta tercera fase se lleva a cabo un análisis de las alternativas a la luz de los valores corporativos y a la luz de los principios de la ética aplicada al terreno asistencial y organizacional. Este discernimiento comunitario tiene como finalidad dilucidar las posibles consecuencias de las alternativas expuestas. Se abordan las consecuencias previsibles de orden social, familiar, emocional, económico. Momento prudencial.

### Valores corporativos

La toma de decisiones en el marco de una organización que tiene unos valores corporativos definidos y publicados, debe desarrollarse en coherencia con este sistema de valores. Eso supone conocerlos y tenerlos en la mente a la hora de discernir cuál es la mejor opción dentro de un conjunto.

Los valores corporativos de SARquavitaet son el entusiasmo, el compromiso, el respeto, la profesionalidad, la calidad y la innovación. El entusiasmo se refiere a la fuerza interior, a la ilusión que requieren los profesionales para desarrollar con pasión la tarea que tienen encomendada. El entusiasmo profesional nace de la nobleza del fin y del valor intrínseco de la actividad que desarrollan los profesionales, a saber, cuidar personas.

El compromiso evoca implicación, tesón y esfuerzo, capacidad de entrega a un objetivo que, en sí

mismo, es valioso. El respeto se refiere a la justa distancia que debe existir entre los profesionales y los usuarios y al reconocimiento de la dignidad de todas las personas más allá de sus rasgos físicos e intangibles. La profesionalidad exige competencia científica y técnica y, además, competencia ética, es decir, virtudes y destrezas relacionales. La calidad evoca la búsqueda de la excelencia en todos los procesos que tienen lugar en la organización y la innovación se refiere al compromiso de la misma por introducir sistemas y métodos de última generación que mejoren sensiblemente la calidad de los servicios que se ofrecen.

Para conseguir tales objetivos, es esencial una pedagogía de los mismos en el conjunto de la organización. Los valores que no se traducen en buenas prácticas asistenciales son completamente estériles. Se convierten en objetos decorativos que ya no expresan la naturaleza, ni el fin de la organización. También en los procesos de decisión, los valores corporativos deben jugar un papel determinante. Deben inspirar opciones que sean acordes con la visión y la misión de la organización.

### Principios éticos a considerar

#### a. No maleficencia

Por no maleficencia entendemos el deber que tiene el equipo profesional de no causar ningún mal a la persona cuidada, de evitar cualquier daño o sufrimiento. A la hora de discernir la mejor opción, este principio de naturaleza hipocrática, no debe perderse jamás de referencia. En ocasiones será difícil dilucidar cuál es la opción menos perjudicial para la persona interesada, pero siempre tiene que prevalecer el interés superior de la persona cuidada, incluso en caso de conflicto con los intereses del entorno afectivo, de los profesionales y de la misma organización.



## **b. Beneficiencia**

Entendemos por beneficencia el compromiso activo del equipo profesional interdisciplinar de velar por el bien de la persona cuidada, lo que significa, trabajar denodadamente para mejorar su calidad de existencia, para garantizar su confort y bienestar integral, tanto en el sentido físico, psíquico, social como espiritual. No siempre existe consenso en un equipo interdisciplinar asistencial respecto a lo que es el bien para la persona atendida, ni tampoco respecto a qué tipo de bien se debe priorizar. Precisamente por ello, tiene sentido la deliberación compartida, pues partiendo del mismo principio, todos los profesionales desean llegar a aclarar cuál es la mejor opción para la persona atendida. En este discernimiento se tendrá siempre en cuenta, y de un modo prioritario, lo que para ella misma es un bien.

## **c. Autonomía**

El equipo profesional interdisciplinar tiene como misión velar por la autonomía de la persona cuidada en todos los aspectos posibles (funcional, psíquica, social, ética y espiritual).

Esto supone respetar sus decisiones libres y responsables, siempre y cuando hayan sido tomadas en plena competencia ética, lo cual tiene que ser verificado con la máxima precisión posible, pero, además, exige, por parte de los profesionales, hacer viables, en la medida de lo posible, sus decisiones y mediar con el entorno afectivo para que no sea un obstáculo. En la toma de decisiones se tendrán especialmente en consideración los intereses, valores y prioridades de la persona cuidada y se respetarán siempre y cuando ello no afecte negativamente a otras personas o al buen hacer de la misma organización.

## **d. Justicia**

A la hora de tomar decisiones es esencial respetar con atención el principio de justicia que exige no discriminar a ninguna persona atendida en virtud de sus características y cualidades. Para ello, se deben evitar agravios comparativos y cuando sea necesario tomar decisiones diferentes en virtud de las personas, se deberá argumentar, en cada caso, las razones que han conducido a tal decisión. Cada persona atendida es única en lo que respecta a sus necesidades y posibilidades, con lo cual, el trato justo jamás debe interpretarse como un trato uniforme u homogéneo. Cada cual debe ser tratado según corresponde a sus necesidades y peculiaridades, pero no se puede discriminar a ningún usuario por prejuicios, tópicos o por pura arbitrariedad.

## **e. Intimidad**

El respeto a la intimidad de la persona cuidada en todas sus formas (física, psíquica, social y espiritual) constituye un principio básico a la hora de tomar decisiones en el marco de un equipo profesional asistencial. La decisión tomada tiene que ser escrupulosa con la intimidad de la persona interesada, también con la de su entorno afectivo y ello exige confidencialidad de todos los miembros del equipo, es decir, el silencio del contenido de la deliberación compartido y de las informaciones que tengan que ver con la vida privada de los actores implicados.

#### f. Veracidad

El principio de veracidad exige a los profesionales del equipo asistencial revelar a la persona atendida la verdad de su situación considerando su circunstancia emocional y social y la de su entorno afectivo. Sin el compromiso con la verdad, la deliberación compartida no puede tener lugar, porque lo que la caracteriza es el deseo de buscar el mejor bien para la persona cuidada y eso sólo es posible si se conoce, lo más rigurosa y claramente posible, la verdad de su vida y su circunstancia. En ocasiones, la situación de la persona atendida es de tan extrema vulnerabilidad que no puede participar en el proceso de deliberación, con lo cual corresponde a su representante o tutor legal expresar su voluntad.

También se informará con veracidad a la persona interesada y al entorno afectivo, sin ocultar ninguna información y argumentado, en todo momento, la decisión que ha tomado el equipo profesional previa deliberación compartida. Esta labor pedagógica es imprescindible para garantizar, en el mejor de los casos, la implicación y la complicidad del entorno inmediato de la persona que atendemos.

#### g. Eficiencia

Entendemos que una decisión es eficiente cuando su ejecución se desarrolla de tal modo que se maximiza la calidad de los resultados en las decisiones que se adoptan incorporando en la toma de decisión el valor de los recursos que se emplean para ello. Esto no debe perjudicar, en ningún caso, la calidad asistencial que merece la persona cuidada.

Ser eficiente en la toma de decisiones en equipos interdisciplinarios significa velar por las estructuras, por los servicios, por el control del gasto energético que supone y no utilizar productos o materiales innecesariamente. Las organizaciones del ámbito asistencial, para poder ser sostenibles económicamente y ecológicamente, deben regularse por el principio de eficiencia, pero ello no puede ser jamás un argumento para privar de los recursos necesarios a las personas que se atienden.

## Memoria de casos precedentes

En el proceso de la toma de decisiones, la memoria de lo vivido, el recuerdo de casos y de situaciones que se han tenido que afrontar profesionalmente en momentos precedentes, tiene un valor.

El recuerdo de lo vivido, de lo acaecido, ya sea acertado o no, influye en las decisiones del presente. Eso significa que la memoria tiene un peso específico en el proceso de toma de decisiones y, por lo tanto, antes de tomar una decisión, es fundamental explorar qué situaciones análogas se dieron en el pasado y qué soluciones se propusieron.

**El principio de veracidad exige a los profesionales del equipo asistencial revelar a la persona atendida la verdad de su situación considerando su circunstancia emocional y social y la de su entorno afectivo.**

El fin de esta mirada retrospectiva no radica en reproducir miméticamente lo que se decidió en aquel momento, pues cada situación es nueva y también son distintos los actores y, generalmente, el entorno, pero puede inspirar una solución más adecuada para el presente o bien evitar la reiteración de un error.

## Elección de una alternativa

En esta fase del proceso se alcanza la elección. En este eslabón, juega un papel determinante la intuición, pues, en ocasiones, no existen suficientes argumentos o razones para poder inclinar la toma de decisiones en un sentido u otro, con lo cual se debe tomar la decisión mediante una intuición, una visión clara que no es la resultante de un proceso deductivo.

La elección tiene que venir precedida por la elaboración de un razonamiento fundado en argumentos y de una secuencia lógica de actuación. La elección consensuada o pactada por los miembros del equipo, debe justificarse.

Si se trata de una decisión tomada por un Comité de Ética Asistencial, ello exige la redacción del dictamen que incluye la alternativa que se ofrece con una argumentación de carácter ético y una propuesta del modo de proceder. Igualmente se debe comunicar la decisión tomada con su debida argumentación al equipo asistencial quién deberá decidir autónomamente si procede su ejecución.

Es bueno recordar que el Comité de Ética asistencial tiene un carácter consultivo y no vinculante, lo cual significa que sus decisiones no se convierten,

necesariamente, en prescripción para el equipo profesional que ha solicitado el dictamen.

## Ejecución de la decisión

La ejecución de la decisión es su puesta en marcha. Para ello es fundamental la cohesión de todo el equipo profesional, también de los miembros del equipo que defendían, de entrada, otras opciones a la hora de intervenir.

La ejecución debe ser en equipo y todos deben responsabilizarse de los efectos de la misma, tanto si son positivos, como si son negativos. A la hora de ejecutar la decisión, se informará a los responsables de la organización, al entorno afectivo y a los otros profesionales colaboradores en la práctica asistencial.

## Valoración de la decisión adoptada

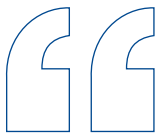
En todo proceso de toma de decisiones en equipos asistenciales es determinante la valoración crítica de los efectos que ha tenido esa decisión. No basta con decidir, es esencial, validar los efectos de tal decisión. Para ello, es esencial darse un tiempo, el que sea necesario para poder evaluar los efectos y no precipitarse a la hora de emitir un juicio de valor. También se requiere sinceridad y audacia para no ocultar los problemas derivados de la decisión si fuere el caso.

En el caso de que las consecuencias de la decisión ejecutada fueran positivas, se llega al final del proceso. En el caso que tal decisión tenga consecuencias no deseables, es fundamental reelaborar el árbol de decisiones, descartando la opción que se había tomado originariamente.

## Reelaboración del árbol de decisiones

En el caso que la opción tomada no hay tenido el efecto positivo que se buscaba para la persona cuidada, es necesario contemplar, de nuevo, las ramas del árbol y descartar la opción truncada, de tal modo que se inicia de nuevo el proceso, pero no partiendo de cero, sino a partir de la experiencia dada.

En este nuevo inicio, se pueden contemplar nuevas ramas o variables que no se vislumbraron antes de abordar el caso, ya sea por limitación propia del equipo o por novedades que se hayan producido en el entorno o en alguno de los actores implicados.



**En todo proceso de toma de decisiones en equipos asistenciales es determinante la valoración crítica de los efectos que ha tenido esa decisión.**



Ofrecemos a continuación, algunos ejemplos prácticos de la metodología de la toma de decisiones que proponemos en este documento a partir de algunos casos que durante estos diez años han sido objeto de estudio en el Comité de Ética asistencial SARquavita.

Con el fin de preservar la confidencialidad de los actores implicados y de los entornos, los nombres de los protagonistas son ficticios y hemos ignorado el lugar.

## Caso 1

Alberto es un señor de 55 años, casado y con dos hijos de corta edad. Hace unos años le diagnosticaron Esclerosis Lateral Amiotrófica y cuando no pudieron encargarse de sus cuidados en su casa se produjo el ingreso en el centro.

En la actualidad, Alberto no puede moverse y únicamente se comunica mediante un ordenador con el parpadeo de sus ojos. Sufre ELA, tiene déficit genético del cartílago articular en ambas rodillas, padece apendicetomía IQ, amigdalotomía IQ, ha sido operado en ambas rodillas, tiene un principio de úlcera de estómago y labilidad

emocional. Su diagnóstico clínico incluye además: gastrostomía, hemorroides externas, insomnio, traqueotomía acoplada a bipap, es dependiente para las actividades de la vida diaria. También padece hipersalivación, disfagia, osteoporosis, estreñimiento crónico y requiere de barandillas en la cama. Su situación funcional es de tetrapleja. Tiene un Barthel de 10 y un mini-mental de 30.

Se mantiene estable, pero va deteriorándose paulatinamente debido a su enfermedad. Desde la unidad de cuidados paliativos están valorando la petición Alberto de retirar la ventilación mecánica

y las posibilidades de que la retirada se realice en el centro.

Alberto quiere que se realice y desea que sea de forma inmediata. La unidad de paliativos le ha explicado el procedimiento y las valoraciones que tienen que realizar antes de tomar una decisión. Se trata de una persona sin ningún tipo de déficit cognitivo y autónomo en sus decisiones y la familia apoya la decisión que él quiere tomar.

El abordaje por parte de los profesionales del centro del tema que ha planteado Alberto suscita intereses de carácter ético. Discernir si se debe realizar en el centro o en el hospital es una labor difícil y sobre todo abordar el momento de la despedida. Es una persona que lleva en la residencia muchos años y ha generado muchos vínculos emocionales.

El Comité de Ética Asistencial SARquavita, valorando cuidadosamente la información proporcionada, realiza las siguientes consideraciones:

Los datos suministrados permiten concluir que se vulneran los siguientes principios de bioética:

**Principio de autonomía:** No se encuentran motivos suficientes para dudar de la capacidad y competencia del usuario para la toma de decisiones. Aunque se identifican ciertos factores que pueden condicionar esta competencia, tales como el estado anímico en el que se encuentra, no se considera que puedan ejercer una influencia tal que cambien o afecten de manera significativa a la decisión del usuario, ya que la depresión podría ser secundaria o inherente a su situación de salud. Por todo ello, se buscará respetar y asegurar la autonomía de la persona siempre que se cumplan una serie de condiciones y garantías legales.

**Principio de beneficencia:** El compromiso como profesionales dedicados a la atención de las personas consiste en atender integralmente sus necesidades con la mayor calidad posible. Por esta razón, se tratará en todo momento de plantear las intervenciones y cuidados más adecuados para el usuario.

**Principio de intimidad:** Si bien este principio no forma parte de los principios clásicos de la bioética, se considera de especial importancia, por la naturaleza del caso, respetar, en todo momento, la privacidad e intimidad tanto del usuario como de los miembros de su entorno afectivo.

Atendiendo a los argumentos presentados, el Comité de Ética Asistencial SARquavita ofrece las siguientes recomendaciones:

**Atención espiritual/existencial al final de la vida.** Como se ha dicho anteriormente, se recomienda atender integralmente a la persona. Esto es responder a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de la persona, pero también a las que tienen un cariz más trascendental o espiritual. Se es consciente de que, debido a la historia del caso, puedan existir ciertas reticencias o inconvenientes previos que dificulte la atención a las necesidades espirituales. No obstante, el compromiso como profesionales impulsa, al menos, a plantear la intervención en esta área. Además, se reconoce la necesidad de que el profesional que trate esta esfera posea una formación y experiencia suficientemente vasta para afrontar la intervención con garantías de éxito.

Por este motivo, el CEA de SARquavita pone a disposición del centro, de sus profesionales, del usuario y de su entorno afectivo a uno de sus

miembros, que cumple el perfil descrito, para que atienda, o al menos explore, estas necesidades más trascendentales de la persona.

Aplicación de la Terapia de la Dignidad. Se considera oportuno aplicar esta terapia que, planteada por H.M. Chochinov, busca dar la oportunidad a las personas de dejar un legado sobre sus reflexiones de vida y esperanzas. En este enfoque, la persona es estimulada por los entrevistadores a compartir recuerdos, pensamientos y lecciones de vida que quisiera dejar a su familia y a sus seres queridos.

Los estudios muestran que esta intervención podría mejorar la experiencia de fin de vida del entorno afectivo y de las personas que se enfrentan al final de sus vidas. El objetivo último es dignificar el proceso final mediante la creación de unos elementos que perdurarán a la muerte de la persona.

Proceso de desconexión de la ventilación mecánica. Se ha entendido la decisión tomada por el usuario como un rechazo expreso del tratamiento que le mantiene con vida. El hecho de disponer una declaración de instrucciones previas indica que se trata de una decisión que se ha tomado libremente y de manera reflexiva. Además, por la información aportada, parece que se cuenta con la aquiescencia de su entorno afectivo.

Por todo ello, respetando el principio de autonomía de la persona y una vez aplicadas las intervenciones anteriores, se recomienda coordinarse con el equipo de paliativos, sobre quien recaerá en última instancia la decisión final, para facilitar los trámites legales necesarios para proceder al cumplimiento de la voluntad expresada por el usuario con firmeza y determinación.

En este proceso, es conveniente conocer los deseos y preferencias del usuario con el objetivo de respetarlas y hacerlas prevalecer sobre cualesquiera otras con las que pudieran entrar en conflicto aunque se le darán a conocer para que valore otros puntos de vista.

También es básico lograr la complicidad del entorno afectivo del usuario. Sería conveniente reforzar, en este proceso, la relación con el entorno afectivo del usuario. Se considera especialmente importante acompañar y apoyar, en la medida de lo posible, a la familia del usuario. Además se les debería informar sobre los pasos y evolución del proceso, logrando así su compromiso, aceptación y consentimiento legal de las medidas a tomar.

Se recomienda que se respete en todo momento el principio de autonomía de los profesionales. De esta forma, se tiene que respetar la posibilidad de inhibirse en la aplicación de los tratamientos y recomendaciones en aquellos casos en los que exista algún tipo de conflicto por razones morales o de creencias espirituales y/o religiosas.

Además, es conveniente, dada la implicación emocional del equipo con el usuario, el planteamiento de las intervenciones oportunas para facilitar el proceso de despedida y duelo llegado el momento.

## Caso 2

Miguel, de noventa y ocho años, ingresa en un centro residencial. Es viudo, tiene cuatro hijos, uno de ellos vive fuera de la ciudad donde se ubica la residencia, dos hijas que viven en la misma ciudad y que se hacen cargo de él y, además, una hija con síndrome de Down que está institucionalizada. Miguel es el tutor legal de esta última hija.

La vivienda en la que vive, que es de su propiedad, ha sido vendida para sufragar los gastos de la residencia (Miguel desconoce este dato, de tal modo que cree que está alquilado). La profesión de Miguel era la de profesor de lengua. Desde el momento de su ingreso, le cuesta adaptarse al centro, siempre manifiesta deseos de volver a su casa.

Hasta la fecha actual siempre que ha intentado salir del centro ha sido posible reconducirlo, pero desde hace unos días solicita un taxi y sale completamente solo. Al salir, se va a su casa o a casa de otros familiares para requerirles poder vivir con ellos. Las hijas no soportan más esta situación y exigen que el médico le administre medicación ansiolítica, contra su voluntad y que no se le facilite ningún medio de transporte para su salida, a pesar del riesgo que esto puede suponer para el residente (caída).

El equipo asistencial explica a las hijas que su padre es autónomo y que se deben respetar sus decisiones, a pesar de ser conscientes de que él no podría vivir solo por sus limitaciones físicas. Las hijas no entienden la postura del equipo profesional y exigen que se cumplan sus peticiones.

Desde el punto de vista psicológico, Miguel posee

una personalidad rígida, difícil de reconducir. Desde su ingreso, muestra una ligera desinhibición social. Fácilmente entra en conflicto con otros residentes. Dispone de una red social, pero no participa activamente en ninguna actividad del centro. Pasa largos ratos en su habitación o en el jardín. No presenta deterioro cognitivo significativo. Desde su ingreso se observa sintomatología depresiva leve. Desde un punto de vista funcional, Miguel se desplaza de manera autónoma por todo el centro con ayuda de un bastón.

El resultado de las escalas es el siguiente: Barthel, 85; Minimental (MMSE), 26; NPI-Q, 6; Norton, 19. Está estable hemodinámicamente. Es asintomático desde el punto de vista clínico y consciente de que vive momentos de irritabilidad.

Desde el ingreso en el centro, la familia ha solicitado a los juzgados de incapacitación un cambio de tutor de la hija con síndrome de Down, por la edad avanzada de Miguel. En septiembre de 2007, él deja de ser el tutor y pasa a serlo una de las otras hijas.

El problema que se plantea el equipo profesional consiste en saber hasta qué punto se ha de respetar la autonomía de Miguel o bien se debe dar cumplimiento a los deseos de sus hijas.

La postura del equipo profesional es la siguiente: No se va a obligar a Miguel a tomar una medicación inadecuada. En virtud del principio de autonomía, se le consultará si desea seguir el tratamiento farmacológico.

Se le va a ofrecer el taxi cuando él lo requiera y no se van a limitar sus salidas (siempre se intentará reconducir para ver si es posible hacerle cambiar de idea).



La postura de las hijas es la siguiente:

Consideran que se le tiene que dar la medicación obligatoriamente, incluso sin el consentimiento de su padre. Defienden que no se le ofrezca taxi a pesar de que se pueda caer por la calle. Prefieren llevarse al hospital antes de que se presente en el trabajo de una de ellas o en casa de algún familiar.

La postura de Miguel es la siguiente:

Desea irse a su casa con una cuidadora.

El Comité de Ética Asistencial, evaluando el caso a partir de la información proporcionada, realiza las siguientes consideraciones:

Partiendo del principio de beneficencia, se arguye que los requerimientos planteados por las hijas tienen como finalidad el bien del residente. Sus exigencias son el resultado de una situación que consideran insostenible para ellas. Sin embargo, los profesionales deben actuar guiados por el bienestar de la persona que cuidan desde un punto de vista integral y esto implica tomar las medidas que se consideren convenientes desde su propio ámbito competencial.

Considerando el principio de justicia, el Comité de Ética asistencial defiende que Miguel merece un trato equitativo como el resto de los usuarios de los servicios. Si se limitaran sus derechos por razones arbitrarias, se incurriría en una forma de discriminación que vulneraría el principio de justicia y, además, se generaría un agravio comparativo con otros residentes, lo cual podría conllevar malestar y conflicto. Todo residente merece ser tratado justamente, independientemente del vínculo afectivo que tenga con sus allegados.

En virtud del principio de autonomía, el Comité de Ética asistencial considera que Miguel está capacitado para tomar sus propias decisiones, no presenta deterioro cognitivo significativo, no

es dependiente funcional, ni está incapacitado legalmente. Atendiendo a estos aspectos, las acciones propuestas por las dos hijas vulneran, por un lado, el principio de autonomía del residente, ya que se limita su derecho a actuar libremente, a rechazar la toma de la medicación prescrita y a estar informado de la situación y, por otro, la autonomía de los profesionales, ya que se exige que actúen según los deseos de la familia, independientemente del criterio clínico del equipo interdisciplinar.

Atendiendo a los argumentos presentados, el Comité de Ética asistencial ofrece las siguientes recomendaciones:

Se considera básico respetar la voluntad del residente de salir del centro cuando quiera, sin embargo, dado el riesgo de caídas, se deben poner todos los medios al alcance de los profesionales para minimizar el peligro que supone para el residente salir sin acompañamiento y sin conocer a dónde se dirige. Se aconseja, por tanto, favorecer que las salidas las haga acompañado o controlado para velar por su seguridad.

Miguel tiene derecho a que se le informe sobre su situación y a que se trabaje psicológicamente la pérdida de su domicilio, ya que esto permitirá reconducir las peticiones que formula y supondrá un beneficio para el usuario y la familia. Es importante destacar que el hecho de tener una vinculación afectiva o familiar con otra persona, sea ésta más o menos fuerte, no convierte al otro en propiedad, negándole sus propios derechos. En este sentido, el usuario tiene potestad para expresar lo que desee, respetando siempre el principio de no maleficencia.

Es importante trabajar con las hijas en la medida de lo posible para que entiendan las consecuencias

de sus demandas y ajusten sus expectativas a las circunstancias actuales. El hecho de que su padre no esté incapacitado limita tanto las acciones que el centro puede llevar a cabo como las suyas propias. Se recomienda mantener un diálogo y una comunicación constantes, tal como se ha hecho hasta el momento, facilitando la descarga emocional si se considera conveniente.

En general, desde el Comité de Ética asistencial se valora positivamente la posición del centro ya que se ha puesto el bienestar del residente por delante de cualquier otra consideración. Igualmente, se destaca que el criterio para la toma de medicación debe ser el prescrito por el facultativo y que éste debe cumplirse.

Por lo tanto, siendo la autonomía del residente fundamental, tal como se ha señalado, debe conjugarse con el principio de beneficencia y asegurarse que el residente tome la medicación prescrita para el mantenimiento de su condición física y psicológica.

### Caso 3

José, de setenta y ocho años, que vive solo en su casa con algunas ayudas familiares, particularmente la que le presta su sobrina, ingresa en un hospital de medicina interna por presentar infección de VIH por transfusión en un estadio C3 (Targa con Kiv+Fos/TIT).

El motivo del ingreso al centro sociosanitario procedente del hospital es su delicado estado de salud, que requiere de un constante seguimiento y vigilancia. José ingresa de forma voluntaria, de tipo privado, para una estancia de un mes hasta que mejore su situación y pueda volver a su domicilio.

Al ingresar en el centro, ni la familia, ni el residente informan del VIH que padece.

Desde su ingreso en el centro, José suscita polémica, tanto entre el personal asistencial como entre el resto de los residentes. Se encuentra ocupando la habitación de enfermería y utiliza de forma exclusiva un baño geriátrico común, lo cual genera alarma.

El personal auxiliar y DUE no realizan sus actividades correctamente, se niegan a cambiarle la ropa y a ponerle la sonda vesical por miedo al contagio, a pesar de que se les ha recordado las medidas de protección a utilizar.

A toda la polémica se une que el centro donde reside es concertado en su totalidad, con sólo cuatro plazas privadas y una de ellas la ocupa José, por lo que el equipo asistencial alega que no hay obligación de mantenerle en el centro al no ser plaza concertada.

La información médica sobre el estado de salud de José es la siguiente: Padece HIV y hepatitis C pos transfusional desde hace diecisiete años. Su situación funcional es la siguiente: A pesar de pluripatología, se mantiene estable clínicamente, permanece asintomático con tratamiento retroviral y mantiene marcadores de seguimiento estables.

Desde el punto de vista psicológico, José no conoce su patología, sólo sabe que hace once años le detectaron hepatitis por una transfusión sanguínea, motivo por el cual presenta sintomatología. Tanto la familia como su médico del Hospital han solicitado confidencialidad. El resultado de las escalas es el siguiente, Barthel, 85; Minimental, 23, Norton, 17. Desde su ingreso en el centro, José mejora desde un punto de vista clínico, está estable, desea vivir en la misma residencia y está perfectamente

adaptado y satisfecho con los cuidados y servicios que se le prestan.

Actualmente no requiere protocolo especial porque no existe la posibilidad de contagio, mientras permanezcan controlados sus marcadores CD4 y PCR.

El profesional asistencial que le atiende debe tener suma precaución en el aseo diario, pues por causa de lesiones en la piel, que está muy escamada, algunas veces sangra también como consecuencia de la sonda vesical que lleva de forma permanente desde su ingreso.

Desde el equipo asistencial se considera que, en el centro, no se cuenta con el personal auxiliar idóneo para este tipo de situaciones, ni de las herramientas adecuadas para llevar a cabo el seguimiento de laboratorio que es completamente indispensable para evitar males mayores.

Se considera que este caso requiere de cuidados más rigurosos para evitar potenciales infecciones en otras personas.

Frente a tal situación, el equipo asistencial se plantea las siguientes preguntas: ¿Puede el personal del centro negarse a atenderlo por su enfermedad? ¿Tiene José menos derecho a estar en el centro por poseer una plaza privada, -en la que decidimos el tipo de residente que aceptamos-, al no vernos obligados por la Administración como ocurre con las plazas concertadas? ¿Asistencialmente hablando, puede llegar el momento en que no se puede manejar un caso así en el centro? ¿Debe comunicarse la enfermedad de José a los demás residentes y familiares?

El Comité de Ética Asistencial, valorando cuidadosamente la información proporcionada,

realiza las siguientes consideraciones:

Considerando el principio de equidad, todo ser humano tiene derecho a ser tratado de manera digna e igualitaria de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 1 y 2). Por este motivo, consideramos que no se puede discriminar a una persona por causa de su condición física o su situación patológica, negándole asistencia cuando el centro dispone de personal preparado para ello.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía, el usuario es autónomo, capaz de tomar sus propias decisiones y posee el derecho a ser informado sobre su estado de salud y las enfermedades que padece.

Es fundamental mantener la confidencialidad sobre la historia clínica del residente, por lo que sólo el equipo de dirección y el equipo asistencial deben conocer los detalles de la enfermedad del residente.

Atendiendo al principio de no maleficencia, se tendrían que respetar dos vertientes, por un lado, la protección del profesional, vigilando el cumplimiento de las medidas básicas de seguridad individual para que no se produzca daño y, por otro, proteger al residente de causarle un mal mayor si conoce su situación.

Atendiendo a los argumentos presentados, el Comité de Ética asistencial ofrece las siguientes recomendaciones:

De acuerdo con el principio de beneficencia, se aconseja ingresarlo en un centro donde disponga de una habitación individual con baño, sin que esto suponga un privilegio. La razón argumentada

para no reingresarlo en el centro debe ser el proporcionar un mayor bienestar y comodidad, no la imposibilidad del personal para proporcionarle los cuidados que precisa.

Se recomienda celebrar una reunión entre el médico de medicina interna del Hospital, el enfermero de enlace, el epidemiólogo y la doctora del centro para que se tomen decisiones en cuanto a las herramientas o medidas a poner en práctica para atender a este usuario.

El objetivo sería pactar las actuaciones futuras y las condiciones idóneas para un reingreso posterior. Cualquiera de estos profesionales podría poner en conocimiento de la sobrina las decisiones tomadas.

Se recomienda realizar una valoración psicológica del usuario para analizar si sería maleficente revelarle la verdad acerca de su historial clínico. En este caso el principio de no maleficencia estaría reñido con el de autonomía, por lo que se debe evaluar la situación en su conjunto considerando los argumentos de la sobrina y del médico de medicina interna que justifiquen la mentira prolongada y la ocultación de información al centro.

Se aconseja realizar un análisis profundo de los errores comunicativos o fallos en la transmisión de la información que han llevado a provocar alarma entre el personal del centro.

Por último, como recomendación particular para el centro, pero haciéndola extensible a todo el Grupo en general, se aconseja formar periódicamente al personal asistencial en las enfermedades de transmisión por contacto o por vía aérea para que conozcan sus características y sobre todo las medidas de protección a utilizar.

Es relevante señalar que, en la mayoría de los casos, dichas medidas se corresponden con las básicas que ya se están utilizando en todos los centros que están recogidas en los protocolos de actuación de que disponemos.

El objetivo es que el profesional se sienta seguro y pueda realizar su trabajo con las mejores garantías, evitando así la estigmatización de usuarios con enfermedades transmisibles que están clínicamente estables.

## Caso 4

Andrés ingresa en la residencia hace unos meses. De hecho, es ingresado por su hija, la cual no lo ha visitado desde entonces, aunque sí se ha interesado de forma permanente por su estado. Durante las semanas posteriores, su estado se ha deteriorado, últimamente colabora menos en su cuidado y se está negando a comer, algo que hasta ahora no era un problema.

Dado que se trata de una persona vulnerable e incapaz, se hizo comunicación al juzgado informando del ingreso del residente, ya que éste es muy reacio a permanecer en el centro. Tras ser evaluado, el juez ha dictaminado que debe permanecer en la residencia, en contra de su voluntad. Su principal problema es que sufre una demencia asociada a un síndrome de Parkinson de probable origen mixto (degenerativo tipo Enfermedad por cuerpos de Lewy y también de origen vascular), encontrándose actualmente en un estadio moderado-grave. Hacía meses que se había operado de cataratas cirugía OI.

Desde su llegada al centro, su situación ha ido empeorando progresivamente y ha perdido mucha

autonomía funcional. En la actualidad, Andrés es dependiente para la realización de casi todas las AVDB. Es independiente para la alimentación, pero se niega a alimentarse. Es incontinente doblemente. No presenta alteración del esquema corporal aunque sí leve de la coordinación (Parkinson). Respecto a la movilidad funcional, el residente es dependiente para la realización de los cambios posturales en cama y para las transferencias (apoya sobre MMII, pero ofrece resistencia y se muestra agresivo). Dependiente para los desplazamientos en silla de ruedas.

Debido a su demencia, tiene un deterioro cognitivo moderado, siendo las áreas más afectadas la memoria de evocación y la orientación temporal. En menor medida se encuentran afectadas la capacidad de concentración y la orientación espacial. No logra entender su situación a pesar de habérsela explicado en numerosas ocasiones, no podemos hacerle razonar de forma lógica, por lo que no acepta su estancia en nuestro centro. Culpa al centro y al personal por no hacer nada para ayudarlo, para volver a su casa. Su capacidad cognitiva también ha empeorado desde su llegada al centro

Su estado de ánimo es bajo y motivado según él por su negativa a permanecer en nuestro centro por internamiento involuntario. El residente tiene muchas oscilaciones en el humor, desde mal humorado, irascible, apático, en ocasiones se muestra agresivo verbal y físicamente. Sin embargo, en otros momentos se muestra más afable y cordial. Ha habido períodos en los que no ha querido participar en las actividades del centro. Se muestra en ocasiones déspota con otros residentes y con el propio personal porque suele demandar atención exclusiva. En muchas ocasiones muestra una autoestima exagerada

o grandiosidad en el discurso sobre sí mismo.

Andrés tiene 86 años, es divorciado y antes de venir a nuestro centro vivía solo en un piso de su propiedad, pero con ayuda de un cuidador que su hija le había buscado. Su hija es el familiar de referencia, aunque no mantiene relación con su hija es ella la que se preocupa de forma permanente de él y de todo lo que necesita. Tiene rentas de sus negocios que le sostenían a nivel económico. Durante las primeras semanas, Andrés parece poco o nada adaptado a la vida de la residencia porque se siente superior al resto de residentes y tiene tendencia a la misoginia. Estos problemas de misoginia están en la base de la mala relación con su hija, ya que también era tratada así por su padre, ella se ocupa de que no le falte nada pero no quiere verlo.

En los últimos días, Andrés se está negando de forma voluntaria a comer, esta actitud está resultando ya perjudicial para su salud dado que se encuentra en serio riesgo nutricional y sufre importante pérdida de peso. Se muestra agresivo, sufre mucho por dicho motivo.

Ante esta situación se plantean interrogantes:

¿Se le puede obligar a comer, sabiendo que se niega y administrarle el alimento en contra de su voluntad?

¿Hasta qué punto se puede obligar a un residente a comer, lo cual implicará violentar su voluntad de alguna forma más o menos agresiva?

En el debate ético del caso de Andrés, la autonomía de esta persona constituye el punto crucial. En el desarrollo se puede entender que Andrés tenga un serio riesgo de no ser completamente autónomo para la toma de decisiones, debido al síndrome demencial que sufre.

El primer punto consiste en recomendar que se informe de forma detallada y continuada a su hija de todas las actuaciones y valoraciones del equipo en el caso de su padre. Su hija es su familiar de referencia y la persona que puede ejercer su tutela y salvaguarda a la vista de la historia de Andrés.

La segunda recomendación que se hace es la de avanzar en esta evaluación de la competencia de Andrés para la toma de decisiones, desarrollándose una evaluación neuropsicológica completa como primer paso para evaluar su competencia. Además, se propone evaluar también la competencia para la toma de decisiones de forma directa mediante el uso de la Escala SARquavita de evaluación de la competencia para la toma de decisiones y se propone que un miembro de este CEA forme parte del equipo evaluador.

Se recomienda, también, que se informe al juzgado de esta situación de vulnerabilidad de Andrés y del juicio profesional sobre su competencia para la toma de decisiones.

Una vez evaluada esta capacidad de Andrés, se contemplan dos posibles alternativas vinculadas a la competencia o no de Andrés respecto al conflicto que motiva este caso.

En caso de considerarse competente a Andrés se respetará su decisión de no comer y se le ofrecerán alternativas que le faciliten las ingestas, ofreciéndole tanto alternativas de lugar, contenido de la dieta y de tiempos de alimentación, intentando que no colisionen con el resto de usuarios y normas del centro.

En el caso de no considerarle autónomo para esta toma de decisiones, el plan a seguir para evitarle el perjuicio que su conducta le está causando, lo

establecerá el equipo de profesionales del centro. Desde el Comité de Ética Asistencial SARquavita, se considera que éste debe ser dinámico y sujeto a modificaciones en cuanto a las estrategias que puedan usarse, asegurando en todo momento que su hija está informada del mismo y que participa en dicho plan de intervención.

## Caso 5

Francisco tiene 63 años de edad, está soltero, su estatus socioeconómico es bajo y no dispone de vivienda. Desde los años 80 se encuentra institucionalizado, habiendo pasado por diversos servicios tales como hospital psiquiátrico, unidad residencial rehabilitadora y por último, unidad de trastornos de conducta. Está diagnosticado de trastorno del control de impulsos, trastorno de personalidad con rasgos antisociales y retraso mental (no hay datos sobre CI), diabetes y broncopatía crónica.

Francisco no tiene relaciones familiares ni familiar de referencia alguno. Desde 1989, el único lazo afectivo que tiene es con su pareja que reside en un piso tutelado en la capital, a una hora en coche de donde Francisco vive. En varias ocasiones, su pareja ha acudido a la unidad de trastornos de conducta para visitarle pero, en general, el contacto es telefónico.

El residente tiene tramitada una curatela, pero se desconoce el curador. Al equipo le consta que no ha habido contacto alguno con él desde hace años. Por ello, el centro ha solicitado una revisión de dicha curatela.

Desde su ingreso en la UTC, en 2010, Francisco presentó múltiples y variadas alteraciones

conductuales que oscilaron desde el oposicionismo/negativismo a los tratamientos, actividades y normativas hasta conductas socialmente ofensivas e inclusive, agresivas.

Sin embargo, en la actualidad, tres años más tarde, el residente se encuentra bien adaptado a la unidad, mantiene buenas relaciones con sus compañeros, preserva un alto nivel de autonomía, acepta participar en actividades ocupacionales grupales y cumple, sin incidencias, un permiso de salida del centro que se lleva a cabo durante 30 minutos, dos días a la semana.

Debido a su estabilidad y buena conducta, por una parte, Francisco manifiesta su deseo de poder volver a la capital e ir a visitar a su novia. El equipo asistencial, por otra parte, considera positivo y necesario premiar el equilibrio del residente y permitir que pueda viajar.

Presenta un alto nivel de independencia para las actividades de la vida diaria. A pesar de ello, requiere supervisión de la ducha, por no realizar las acciones al completo; del vestido, por no seguir una adecuación de la ropa a la época del año; y de la imagen personal, no combinando adecuadamente las prendas que elige.

Para las actividades de la vida diaria de movilidad funcional, no existe deterioro. No existe deterioro cognitivo significativo. Presenta buena orientación en tiempo, espacio y persona. Tiene un bajo nivel cultural, un escaso nivel de alfabetización (escribe su nombre y lee palabras sencillas) y déficits en razonamiento lógico y pensamiento abstracto.

Desde su ingreso han sido continuas las alteraciones conductuales, así como las diferentes estrategias de intervención, desde las más restrictivas a las más flexibles, para reducir estas

conductas: sistemas de contingencias a corto plazo, sistemas de contingencias a medio plazo, gestión del tabaco, gestión del dinero, contrato de contingencias, castigo y, actualmente, Apoyo Conductual Positivo.

El residente ha tenido varios ingresos hospitalarios en los momentos de mayor inestabilidad conductual, en los que se negaba a aceptar cualquier normativa y pauta (incluso beber y comer).

Los resultados de las escalas son los siguientes: Barthel, 95; Minimental, 23; Tinetti, 7; Norton, 10, Clinical Dementia Rating, 5.5.

Tiene reconocido un grado III nivel 1 y un 69% de minusvalía, según la valoración de la situación de la dependencia. Según aparece en informes previos de la Residencia Comunitaria de Personas con Enfermedad Mental de su ciudad de origen, el residente llegó a ser procesado y condenado por agresión sexual a otra residente de la misma unidad.

A pesar de que aún continúan determinadas alteraciones conductuales, desde el área de psicología se considera estabilizado en este sentido. Las mayores dificultades con el residente tienen que ver con la dificultad de aceptar las normas sociales y mucho más aceptar la normativa propia de las instituciones. Actualmente, el residente escucha lo que se le propone y está demostrando un buen control de impulsos a la espera de una respuesta a su deseo de ir a la capital.

A pesar de que le cuesta seguir normativas, actualmente está cumpliendo con las normas que se le indican, escuchando las propuestas y razonamientos de los profesionales en relación al tabaco, gestión del dinero, aseo, etc. Las

salidas sin acompañamiento en la localidad se dan de manera positiva, regresa siempre a la hora indicada y han hecho que mejore su autonomía y estado de ánimo.

El equipo asistencial valora los esfuerzos realizados por Francisco y opina que es preciso, partiendo de la base de que se encuentra en una fase estable, acceder a la petición para promover su calidad de vida. Sin embargo, también aparecen las siguientes dudas debido a su diagnóstico y antecedentes:

- ¿Para intentar dotar de mayor autonomía, es necesario facilitar viajes fuera de la unidad?
- En el caso de que viajase, ¿debe hacerlo solo o acompañado?
- Si fuese acompañado, ¿debe asumir Francisco los gastos del personal que le acompañe?
- No tiene incapacidad legal conocida por el momento y se sigue a la espera de la revisión de curatela, ¿se le puede prohibir realizar salidas externas?

El Comité de Ética Asistencial, evaluando el caso a partir de la información proporcionada, realiza las siguientes consideraciones:

Partiendo del principio de beneficencia, el objetivo prioritario de cualquier servicio debe ser trabajar por el bienestar de las personas atendidas y promover el desarrollo pleno de sus capacidades. La información detallada refleja que actualmente el residente se encuentra estable y realiza salidas sin acompañamiento, sin incidencias. Considerando sus deseos y su situación actual, podría ser beneficioso para el residente realizar el viaje para visitar a su pareja, siempre y cuando se establezcan las medidas de seguridad oportunas.

Teniendo en cuenta el principio de autonomía, la curatela a la que fue sometido en 1990 restringe la autonomía del usuario exclusivamente a los actos de disposición de bienes materiales. No consta ninguna especificación sobre la limitación de salidas, por lo que legalmente estaría capacitado para viajar si lo solicitase.



Por lo que concierne al principio de no maleficencia, a pesar de saber que Francisco no está incapacitado, se debe preservar ante todo la seguridad de la persona atendida y de terceros. Por ello, se deben poner en marcha las medidas necesarias para evitar que el usuario se cause daño a sí mismo o al entorno social, lo que justifica el establecimiento de determinadas restricciones en lo referente a salidas fuera del pueblo de forma independiente. Por los progresos del usuario, parece que este principio no se vería comprometido si las salidas se realizasen con supervisión.

Teniendo en cuenta los argumentos presentados, el Comité de Ética Asistencial ofrece las siguientes recomendaciones:

Partiendo de los antecedentes y a pesar de no ser necesario desde el punto de vista legal, se considera imprescindible que el usuario esté acompañado en todo momento, por lo que debe aceptar que un profesional viaje con él. Además debe asumir los gastos del acompañamiento, a no ser que haya

algún tipo de apoyo económico por parte de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales que es titular de la plaza que ocupa Francisco.

Más adelante y en función de la evolución del usuario, se podría plantear la salida de la UTC hacia otros recursos de mayor autonomía para el residente y a largo plazo, el traslado a la capital en el régimen de atención que se considerase oportuno.

Por último, se recomienda informar a la administración de la salida y solicitar su conformidad, ya que, en último término, es responsable, junto con los profesionales del centro, de la seguridad y bienestar del usuario. En caso de no aprobación, se aconseja no realizar la salida por cuestiones de responsabilidad profesional y legal y continuar fomentando en el usuario el mantenimiento de los logros alcanzados. Esto permitirá disponer de más datos clínicos consistentes que apoyen la realización del viaje para que pueda ser aprobado por la Administración.

# bibliografía

---

**F. ABEL**, Los Comités de Ética y su función pedagógica, en *Quaderns CAPS 19* (1993) 19-26.

IDEM, Comités de Bioética: necesidad, estructura y funcionamiento, en *Labor Hospitalaria* 229 (1998) 136-146.

**D. GRACIA**, Procedimientos de decisión en ética clínica, *Eudema*, Madrid, 1991.

IDEM, La deliberación moral: el método de la ética clínica, en *Medicina Clínica* 117 (2001) 18-23

**C. A. HALL**, Recognizing the Passion in Deliberation: Toward a More Democratic Theory of Deliberative Democracy, a *Hypatia*, Volume 22, Number 4, Fall 2007, pp. 81-95.

**J. S. FISHKIN**, Response to Critics of When the People Speak: The Deliberative Deficit and What To Do About It, a *The Good Society*, Volume 19, Number 1, 2010, pp. 68-76.

**A. R. JONSEN, M. SIEGLER, W. J. WINSLADE**, Ética clínica, *Ariel*, Barcelona, 2005.  
Rhetorical Citizenship and Public Deliberation, *The Pennsylvania State University*, 2012.

**C. LAFONT**, Democracia y deliberación pública, in R. Arango (ed.), *Filosofía de la democracia*, Siglo del Hombre, Bogotá, 2007, p. 125-146.

**J. MANSBRIDGE**, Deliberative Polling as the Gold Standard, a *The Good Society*, Volume 19, Number 1, 2010, pp. 55-62.

**N. McAFEE**, Three Models of Democratic Deliberation, a *The Journal of Speculative Philosophy*, New Series, Volume 18, Number 1, 2004, pp. 44-59.

**R. D. MOHR**, Some Conditions for Culturally Diverse Deliberation, a *Canadian Journal of Law and Society*, Volume 20, Number 1, 2005, pp. 87-102.

**M. C. NUSSBAUM**, *Political Emotions. Why Love Matters for Justice*, Cambridge, MA, *The Belknap Press of Harvard University Press*, 2013.

**S. J. RALSTON**, Dewey's Theory of Moral (and Political) Deliberation Unfiltered, a *Education and Culture*, Volume 26, Number 1, 2010, pp. 23-43.

**J. SHOOK**, Dewey's Ethical Justification for Public Deliberation Democracy, a

*Education and Culture*, Volume 29, Number 1, 2013, pp. 3-26.

**J. VALADEZ**, Deliberation, Cultural Difference, and Indigenous Self-Governance, a *The Good Society*, Volume 19, Number 2, 2010, pp. 60-65.

**Z. WAGONER**, Deliberation, Reason, and Indigestion: Response to Daniel Dombrowski's Rawls and Religion: The Case for Political Liberalism, a *American Journal of Theology & Philosophy*, Volume 31, Number 3, September 2010, pp. 179-195.

**G. WANG, M. GOLD**, Joanna Siegel, Shoshanna Sofaer, Manshu Yang, Coretta Mallery, and Kristin L. Carman, Deliberation: Obtaining Informed Input from a Diverse Public, a *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, Volume 26, Number 1, February 2015, pp. 223-242.

**PROCESO DE TOMA  
DE DECISIONES EN  
EQUIPOS INTERDISCIPLINARES**

el arte de  
deliberar

