

COMITÉS CLÍNICOS DE BIOÉTICA: LA CONFLUENCIA DE LA ÉTICA Y LA CLÍNICA

Eduardo Díaz Amado, MD.*

Resumen

El ejercicio de la medicina se inscribe en el contexto de los valores que cada época erige como fundamentales, debiendo además conjugarlos con aquellos que le han sido propios como profesión desde Hipócrates. Podríamos denominar nuestra época como “la época de la autonomía”, valor que se ha hecho preponderante, por lo menos desde la Ilustración, hace aproximadamente dos siglos. A su vez podríamos denominar a la medicina como “la profesión de la beneficencia” por antonomasia. Un típico problema que surge entonces es cómo armonizar autonomía y beneficencia, y en general, cómo conciliar las diferentes concepciones del Bien que coexisten en nuestra sociedad plural y multicultural. Mucho más cuando se trata de ese tipo de relación humana tan compleja y singular que es la “relación clínica”. Es aquí donde se convierten en fundamentales los comités clínicos de bioética.

Introducción

El ejercicio de las profesiones que tienen que ver con el campo de la salud aparece con frecuencia como problemático, desde el punto de vista de lo que llamaríamos “lo correcto” en el plano moral. Si bien es cierto que, gracias a los conocimientos científicos que poseemos y las posibilidades técnicas que hemos llegado a desarrollar, contamos con elementos suficientemente claros para decidir cuál será el tratamiento más apropiado o la intervención requerida para un paciente en aras de recuperar su salud, no ocurre igual al decidir que será lo moralmente correcto.

Acudir a un algoritmo o receta, a lo que estamos tan acostumbrados los médicos, para dar con la decisión correcta desde el punto de vista moral, tendría el defecto de comprimir demasiado la complejidad que caracteriza el mundo moral contemporáneo.¹ Es posible que resultaría en un empobrecimiento de la discusión necesaria en un ambiente de pluralismo, y en un reduccionismo desacertado al asumir la moralidad como un asunto meramente técnico.

Hay que hacer énfasis en que hoy, para decidir lo que será desde el punto de vista moral correcto, se re-

quiere que adoptemos una posición de Justicia, la cual consiste en aceptar, primero, que hay maneras diferentes de entender lo Bueno según las diversas comunidades e individuos que conviven en nuestra sociedad y, segundo, que la fundamentación de tales decisiones se da de manera *intersubjetiva*,² es decir, a través de la discusión, la exposición de argumentos y el consenso. No se puede aceptar hoy la imposición unilateral de una concepción particular de lo Bueno. Las dictaduras éticas están proscritas. Tampoco es aceptable dar por sentado que lo técnicamente posible es, en sí mismo y *a priori*, Bueno. Esto también tendrá que ser discutido.

Pasando al terreno de lo clínico, podemos decir que “la calidad de la práctica clínica no será buena si la corrección técnica no va acompañada de una adecuada toma de decisiones morales por parte del personal sanitario”³. Esta proposición insiste de nuevo en lo errada que es la idea intuitiva de que basta la suficiencia técnica y el conocimiento meramente *médico*, para considerar “buena” una intervención en el campo de la práctica clínica.

En general, el personal sanitario no incluye entre los factores que importan para un buen resultado final en la práctica clínica la dimensión ético-moral. Por desgracia, el ámbito de las decisiones éticas nos parece relevante sólo en el campo de las situaciones extremas, a las que en ocasiones nos enfrenta esa práctica clínica. Son

* Investigador del Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana.
Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

circunstancias que nos obligan a mirarnos cara a cara con las concepciones que hemos construido sobre la vida, vuelven problemática la existencia y recuerdan nuestra “humanidad”. Se habla de ética entonces sólo cuando estamos frente al aborto, la eutanasia o clonación reproductiva, por citar algunas de esas situaciones extremas.

La verdad es que en el cotidiano transcurrir de la práctica clínica, en la vida normal de un hospital o entidad de salud, a la vez que se están tomando decisiones de tipo técnico y científico: llevar o no a cirugía, recetar éste o aquél medicamento, prescribir cierta terapia o el reposo, etc., en forma simultánea se están tomando decisiones en un sentido ético/moral; por ejemplo al considerar la información que le transmitiremos al paciente, cómo lo haremos, reanimar o no a una persona, cuál será nuestra posición frente al paciente que se niega a recibir un tratamiento o que ha decidido abandonarlo. Este panorama configura un lugar importante para la Ética en la práctica clínica “normal”, que debe ser suficientemente reconocido por el personal que labora en salud.

Por lo general, dada la minusvalía a la que ha sido sometida el área de las ciencias humanas y sociales en la educación médica de hoy, en la que sigue siendo costumbre poner de relieve sólo la posesión de datos técnicos de punta y la adquisición de habilidades en el manejo de la tecnología médica, que cada vez ocultan más a la persona de los ojos del médico, la decisión ética termina siendo abandonada en manos del sentido común o del “olfato moral”. Se intensifica así la sensación de que la decisión clínica, entendida únicamente como lo técnico y científico, es suficiente, porque se apoya en datos comprobados “experimentalmente”; la hoy llamada “medicina basada en la evidencia”.

Para empeorar las cosas, este endiosamiento del dato científico, que siempre se quedará corto en abarcar plenamente *el mundo de la vida*, para usar la expresión de Husserl, es también patrocinado por la “fetichización” de la historia clínica. Gracias a la tendencia judicializante alrededor de la medicina, los médicos hemos tenido que atrincherarnos en “lo que dice la ciencia” y en “lo que dice la historia” como su correspondiente correlato. Conclusión: lo que no dice la ciencia ni está en la historia clínica, simplemente no existe. Los médicos estamos

obligados a dejar de lado gran parte de los aspectos que matizan una relación humana tan especial como es la de médico-paciente, que no pueden ser nunca transcritos en un formato diseñado para llenar en cinco minutos, y limitarnos a hablar y escribir el lenguaje de las “cosas” que exige la ciencia y la ley.

Pero el hecho de que las decisiones acerca de los procedimientos médicos estén basadas en cierta “evidencia científica” y sigan un método llamado *historia clínica*, no significa tampoco que tales decisiones sean de total certeza. “Lo común es exactamente lo contrario, que [el médico] deba tomar decisiones con incertidumbre, hasta el punto de que los raros casos en que cree tener certeza de lo que decide, deben considerarse situaciones límite, en las que la probabilidad es tan alta (y por tanto la incertidumbre tan baja), que tiende a 1, es decir, a la llamada certeza estadística”.⁴

La incertidumbre es lo común, y no lo ocasional, en la práctica clínica, no sólo en los aspectos éticos, donde parece evidente la falta de “pruebas” para estar seguros, sino en los aspectos técnico y científico también. Es errado pensar que el juicio ético/moral no hace parte de la clínica misma. Desde los tiempos de Hipócrates sabemos que la medicina es ética en sí misma,⁵ más exactamente, que el juicio que guía al médico en todo momento es el *juicio prudencial*, que es a la vez técnico-científico como ético-moral.

Sin embargo, el poseer un método sofisticado como la historia clínica y trabajar sólo con “evidencias” palpables, tangibles y medibles, hace de la práctica médica, en su aspecto técnico y procedimental, una actividad más o menos segura. De otro lado, en el campo de las decisiones éticas, se ha intentado en los últimos años desarrollar también métodos que reduzcan las posibilidades de “error” o que por lo menos no dejen tales decisiones en manos del sentido común o el “olfato moral”. Es aquí donde se inserta el quehacer de los *Comités Clínicos de Bioética* –CCB– (también llamados comités bioéticos asistenciales o comités hospitalarios de bioética). Estos son diferentes tanto de los comités éticos de investigación como de los de ética profesional, ya sean de medicina, de enfermería o de otras profesiones, los cuales no serán abordados en el presente artículo.⁶

Aspectos generales de los comités clínicos de bioética

Se ha recalcado que una buena práctica clínica implica involucrar la cuestión del posible conflicto de valores, esto es, de concepciones heterogéneas de lo Bueno, entre pacientes y personal de salud, para darle trámite de la misma manera y con el mismo acento que el procurado al problema físico de salud que se presenta. Así, los profesionales de salud pueden encontrar en los CCB una herramienta útil y de fácil acceso, que les permitirá suscribirse a la excelencia en la práctica clínica, mediante un verdadero manejo integral y holista del paciente. En definitiva, la medicina apunta al *bien-estar* de los individuos, y en este sentido ciencia y ética no tienen que ir por caminos opuestos.^{7,8,9} Observemos entonces algunas características de los CCB:

Los objetivos de los CCB son:

1. Ayudar en la toma de decisiones clínicas.
2. Fomentar el respeto de la autonomía y los derechos de los pacientes.
3. Dar pautas de corrección moral en todas las actividades de la vida clínica.

Entre las funciones que cumplen los CCB están:

1. Protección de los derechos de los pacientes.
2. Facilitación del proceso de decisión en los casos más conflictivos, desde la perspectiva del equipo de salud.
3. Elaboración de protocolos de actuación en aquellos casos en que con frecuencia se presentan conflictos de tipo ético.
4. Formación en bioética de los miembros del comité y del personal de la institución.

Se excluyen las siguientes funciones:

1. Amparo jurídico directo de las personas o de la institución.
2. Juicios sobre la ética profesional del personal sanitario. Estos corresponden a los comités de ética profesional.

3. Toma directa de decisiones. Los comités, excepto en casos muy especiales, tienen sólo un papel asesor y dejan la toma de decisiones en las manos de quienes siempre ha estado: el paciente o su representante legal, la familia, el equipo de salud, la institución o la autoridad judicial.
4. Análisis de problemas socioeconómicos. El comité no puede olvidar esta realidad tangible de la vida social, que influye en la existencia y posibles soluciones de los conflictos éticos.

Puede decirse, en general, que la función primordial y la razón de ser de los CCB son las de constituirse en un espacio de *deliberación*¹⁰ moral, acerca de cuestiones que tocan a la práctica clínica directamente o se relacionan de manera importante con ella. De esta manera, se posibilita la construcción de lo que constituye la base de la autoridad moral en las sociedades contemporáneas: *el diálogo intersubjetivo*. Se caracteriza en los CCB por la herramienta utilizada: *la argumentación*, y por su fortaleza epistemológica: por ser *interdisciplinario*. La bioética es pluralista, racional y crítica.¹¹

Estructura de los CCB:

El promedio más aceptado sobre la cantidad de integrantes de los CCB está entre seis y diez miembros. Sin embargo, es posible contar con personas invitadas según se requiera. Por ejemplo, puede necesitarse en ciertos casos la opinión de una autoridad en determinado tema o especialidad, o que asistan algunos de los involucrados en el dilema ético que se está abordando (el médico tratante, familiares del paciente, su orientador espiritual, etc.).

Las personas que hacen parte del comité deben poseer determinadas características. Por supuesto que su título profesional es importante, pero no debe extrapolarse este hecho con una obvia capacidad para analizar las cuestiones éticas o un gran interés en abordar con seriedad temas de la bioética. Además de una profesión calificada, quienes hagan parte del comité deben ser personas abiertas, con capacidad para detectar sus propios prejuicios, dispuestas a escuchar argumentos diferentes a los acostumbrados en la propia estructura ética y con habilidad para trabajar en grupo. También deberíamos estar atentos a no caer ciegamente en el

mito de la edad: no por tener muchos años o canas se es más sabio, más prudente o más conciliador; a veces es justamente lo contrario.

No habrá relaciones de poder entre los miembros del comité. Ya se trate de un padre de familia, de un médico jefe de servicio o de un religioso, las relaciones entre dichos miembros serán de horizontalidad, en las que cada quien ve en el otro "un legítimo otro". De este modo, en las discusiones será posible la argumentación limpia, que no tenga en cuenta posiciones de poder o justifique la deslegitimación de cualquier interlocutor por vía de su profesión, creencias o posición jerárquica dentro de la institución.

Los miembros del comité deben poder ser libres de expresar sus opiniones sin temor a retaliaciones o al castigo. Sin embargo, es importante definir ciertas funciones dentro del comité: quién conducirá la discusión (una especie de moderador), quién tomará las notas o trabajará sobre una grabación para constituir el acta, y según las necesidades, quién o quiénes llevarán a cabo trabajos tales como búsqueda de información, consulta de historias clínicas, contactos con personas requeridas, ya sea para abordar un caso o su seguimiento, para desarrollar programas de educación en Bioética, etc.

Para que el comité sea representativo deberá estar compuesto de tal manera que en él se hallen personas de los diversos sectores de la institución. Se acepta que la mejor es aquella donde una tercera parte son médicos, otra tercera enfermeras y la tercera restante compuesta por otras personas o profesionales: abogados, filósofos, capellanes, representante de los usuarios, etc. Si la institución está enfocada a cierto sector de la población o a determinadas áreas de la medicina, será conveniente que un usuario o paciente de dicha institución haga parte del comité. Para ilustrar este aspecto pensemos en un hospital o servicio de oncología pediátrica; en este caso sería conveniente que hiciera parte del comité uno de los padres de un niño que ha padecido cáncer y es o fue atendido en la institución donde funciona el CCB o en otra de similares características.

La toma de decisiones

El trabajo del CCB debe apuntar, cuando se trata de un caso clínico, a emitir un concepto o a proponer determinada decisión. Como fue dicho, tal decisión o concepto no implica obligatoriedad, pues la decisión final seguirá estando en manos de quienes deben asumir la responsabilidad directa por las acciones emprendidas: el médico tratante y el paciente o sus representantes válidos.

Para llegar a esto, el comité lo podrá hacer a través de votación oral o por medio de papeletas, aunque siempre será preferible la vía del consenso. El método de la votación puede hacer ver el asunto como una mera formalidad. El consenso, en cambio, refleja una dinámica en la que el resultado es fruto de un rico intercambio entre los participantes, es la realización de la comunidad moral plural y pacífica, en la que cada uno de sus miembros se encuentra a gusto y reconciliado. Si esto último no fuera así, si el resultado fuera de disgusto o de enemistad, entonces aquello que el comité produjo fue otra cosa menos consenso. En realidad, al producirse consenso la mencionada obligatoriedad deja de ser una camisa de fuerza para convertirse en "el camino indicado". Para ello es necesario un buen moderador, que logre sintetizar sistemáticamente cada momento de la discusión y sepa descubrir el momento justo en que sea posible vislumbrar dicho consenso.

El comité debe preocuparse por conocer los diversos métodos que existen en ética clínica. De esta manera será posible un tratamiento sistemático y congruente de los casos. Conociéndolos se podrá elegir uno, explicando los motivos de su elección, o configurar uno nuevo, sincrético tal vez, ajustado a sus propias necesidades, tomando los elementos ventajosos de cada uno de los diversos enfoques. Entre los diversos métodos para la toma de decisiones tenemos, entre otros:

- El enfoque principialista.
- El procedimiento casuístico.
- El método narrativo.
- El enfoque clínico.

De estos, el enfoque principialista, es el más conocido y ha mostrado ventajas para resolver dilemas éticos en la práctica clínica. Por ello lo revisaremos aquí en sus características generales, haciendo la salvedad de que esto no significa que en definitiva sea el mejor de todos o que no presente limitaciones. A este respecto podemos anotar, por ejemplo, que se le han hecho críticas por su insuficiencia a la hora de abordar temas de macrobioética y justicia sanitaria. Analizar con detenimiento los pros y contras de cada método, se sale de los límites de este artículo.

El enfoque principialista

El método principialista se ha convertido casi en sinónimo de Bioética. Su aplicación se extiende más que cualquiera de los otros y puede considerarse un buen método para ser utilizado en la resolución de casos o dilemas que se le presentan a un CCB, por ser sencillo de comprender y manejar para cualquiera de sus miembros. Dicho de otra manera, el método principialista no requiere que los miembros del comité sean expertos en alguna rama de las ciencias o la filosofía para ser utilizado. Tal vez más adelante, cuando la cultura de la Bioética esté más extendida, cuando el lenguaje de la ética, la filosofía y la sociología, por citar algunas ramas tradicionalmente dejadas por fuera del encuentro clínico, no sean más vistos como "intrusos", seguramente tendremos mayor oportunidad de afinar métodos de discusión en los CCB, cuyos miembros estarán mucho más familiarizados con dichos lenguajes. Mientras tanto nuestra misión es ir construyendo dicha cultura, y utilizar el enfoque principialista es una buena opción para empezar.

Se basa en la existencia de cuatro principios básicos a partir de los cuales puede evaluarse la rectitud de un proceder en el campo de la salud. El origen de estos cuatro principios obedece a la necesidad de contar con unos referentes básicos, compartidos por todos en una sociedad plural, es decir, por individuos con distintas etnicidades, que orienten la acción y la toma de decisiones. No es fácil, a veces imposible, armonizar esas distintas etnicidades, es decir, diferentes concepciones del Bien. Para muchos sería cuestión de apelar a Dios o a la Razón a fin de resolver el problema, pero en una sociedad plural y secular los individuos "no escuchan a

Dios de la misma manera y no encuentran argumentos racionales bien fundados para resolver sus controversias morales, tan sólo les queda el recurso de ponerse de acuerdo pacíficamente".¹²

Los intentos de la filosofía moral contemporánea han consistido en encontrar esos principios o marco teórico, sobre los cuales estemos de acuerdo todos, y que guíen a los individuos en sus controversias morales a pesar de que exhiban diferentes concepciones del Bien entre sí. En esta vía se habla de una *ética mínima*, en palabras de A. Cortina,¹³ o del marco de referencia moral en que se han convertido los Derechos Humanos.¹⁴

Hacia 1978 se publicaba el *Informe Belmont*¹⁵ en los Estados Unidos, en el que se formulaban tres de los cuatro principios que hoy hacen parte del canon de la Bioética: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Un año después, en 1979, Beauchamp y Childress publican su famoso libro, que va por la quinta edición, *Principles of Biomedical Ethics*,¹⁶ en el que aparecen los cuatro principios que hoy conocemos, basándose en los que ya habían sido formulados en el Informe Belmont: Autonomía, Beneficencia y Justicia, agregando además el principio de No maleficencia.

Estos principios se consideran *prima facies*, es decir, que ninguno de ellos está, *a priori*, primero que los otros, lo que se ha convertido para algunos teóricos de la Bioética en tema de discusión. Pero más allá de discusiones académicas, lo importante es que si se ha de adoptar un orden jerárquico entre ellos, por ejemplo en el marco de la discusión de un dilema ético en la práctica clínica, se habrá de hacer remitiéndose a la situación concreta que se presente. Puede ocurrir, entonces, a modo ejemplo, que en unos casos se ha de privilegiar el principio de justicia y en otros el de beneficencia. Decidir esto será una de las tareas del CCB.

Adicionalmente puede decirse que los dos primeros principios, de autonomía y de beneficencia, constituyen lo que se ha llamado una *ética de máximos*, y en cuanto inicialmente se constituyen en los criterios morales a través de los cuales se evalúa el individuo frente a sí mismo, conforman de esta manera una *ética privada*. De otro lado, los principios de no maleficencia y de justicia han sido denominados como los principios de

una *ética de mínimos* o *ética pública*, ya que apuntan en primera instancia a regular las obligaciones entre individuos, de unos frente a otros. Cabe anotar que esto no significa que un individuo no pueda asumir el principio de justicia como un máximo para sí mismo, por ejemplo. O que la autonomía y el principio de beneficencia no sean valores de trascendencia social.

Veamos a continuación una definición sucinta de cada uno de estos principios:

Principio de autonomía: según este principio toda persona tiene derecho a decidir sobre toda intervención en su cuerpo, a escoger qué camino tomar para conservar o recuperar su salud. Este derecho tiene como única limitación el no afectar a los demás. El respeto de este principio, que algunos lo enuncian como *principio de permiso*, se refleja en el respeto a las decisiones de los pacientes. Nadie puede hacer nada sobre el cuerpo de un enfermo sin su permiso, excepto en ciertos casos, como el que se refiere a la atención de urgencias.

Cuando no se trata de casos de excepción, los pacientes deben haber recibido por parte del personal de salud información completa, verídica y orientada, para que tales decisiones no estén viciadas. En algunos casos tal información deberá recibirla el subrogado moral del paciente. Sólo una persona bien informada podrá ser autónoma verdaderamente, lo cual significa que el ejercicio de la autonomía en la práctica clínica no es no sólo responsabilidad de pacientes o representantes legales, sino también del personal de salud que asiste. La concreción de esta circunstancia es el *consentimiento libre e informado*.

Principio de beneficencia: toda acción del personal de salud sobre una persona debe buscar que sea beneficiador, es decir, que busque el cumplimiento de un Bien, cuyo contenido dependerá de la eticidad de cada persona. Aquí se debe tener en cuenta que no siempre lo que el personal de salud considera beneficioso para el paciente lo es realmente para éste dentro de su propio esquema de valores. Tradicionalmente la medicina se ha ejercido bajo la consideración de que lo que propone el médico es sin lugar a dudas lo mejor para el paciente, pero esto ya no es así. Hoy no está universalmente determinado qué es beneficioso o para quién, por lo que deberá discutirse en

ciertos casos y encontrar ese bien que se busca en el marco de la asistencia sanitaria y la práctica clínica.

Principio de no-maleficencia: este principio encierra la vieja sentencia hipocrática *primum non nocere*, lo primero es no hacer daño. Está directamente relacionado con el anterior, pues no siempre es claro qué es no hacer daño y qué hacer un bien. En ocasiones ocurre que sólo podemos acogernos al “menor daño posible”. Discernir lo uno de lo otro dependerá de la capacidad de juicio moral que tenga el médico tratante o el personal de salud a cargo.

Principio de justicia: siempre se ha dicho que este principio quiere decir que las personas en situaciones similares deben ser tratadas en forma similar. La necesidad de actuar haciendo caso omiso de la religión, filiación política o nivel social se basa en este principio. Para algunos es el primero de todos, sin embargo, ningún principio es absoluto y su aplicabilidad connota un ejercicio reflexivo y prudente que mire los cuatro principios, como se insinuó antes.

Además, este principio conmina hoy a los médicos a tener en cuenta no sólo cuál sería el mejor tratamiento para un determinado paciente, sino cuál es la mejor forma de distribuir los recursos en salud para que “alcance” a todos.¹⁷

Conclusión

Los dilemas éticos que aparecen en la práctica clínica pueden ser enunciados utilizando los cuatro principios propuestos por Beauchamp y Childress, ubicando cuáles de ellos, por qué y cómo, están en conflicto en un caso clínico determinado. Por ejemplo, dilemas entre la autonomía del paciente y la beneficencia del médico; entre justicia, por querer racionalizar un gasto, y la beneficencia médica que obliga a dar el mejor tratamiento disponible según la *lex artis*.

Optar por una decisión basada en tomar partido por uno de estos principios estará sujeto al ejercicio de la discusión reflexiva, prudente y juiciosa del CCB. De esta manera, al igual que cuando actuamos orientados por la ciencia y la técnica, que permiten reducir el error a un nivel aceptable, con el buen funcionamiento de los CCB estaremos reduciendo las posibilidades de cometer “errores morales” en la práctica clínica.

Referencias

1. Para una explicación más amplia de lo que implica el mundo moral contemporáneo y la propuesta habermasiana de entender la Ética como la pregunta por lo Bueno y la Moral como la pregunta por lo Justo, puede verse mi artículo *De moralidad y eticidad. Dos dimensiones para la Bioética*. Acta Bioethica. 2002; 8 (1): 9-21.
2. Gracia, D. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Colección *Ética y vida: estudios de Bioética*. Tomo 1. Santafé de Bogotá: El Búho, 1998.
3. Gracia, D. *Procedimiento de decisiones en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991. Pág. 12
4. *Ibidem*. Pág. 11
5. Pellegrino, E. y Thomasma, D. *A Philosophical Basis of Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1981.
6. Una explicación breve de las diferencias entre estos tipos de comités puede encontrarse en *Los comités de Bioética*. Boletín No 5, enero-marzo de 2002, Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana. Pág. 8
7. Hackspiel, M., Rueda, E. y Maldonado, C. *Comités bioéticos clínicos*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud, 1998. Pags. 1-48 y 84-120.
8. Abel, F. *Comités de Bioética. Necesidad, estructura y funcionamiento*. Labor Hospitalaria. 1993; 25 (339): 136-146.
9. Lacadena, J. *Comités de Bioética*. Disponible en URL: www.cnice.mecd.es/tematicas/genetica. Consultado el 20 de febrero de 2003.
10. Para tener una idea más completa de lo que es la *deliberación* transcribo a continuación las notas que, a partir de la Ética a Nicómaco de Aristóteles, recoge el profesor Lacadena: "1. La deliberación es siempre racional, aportando argumentos. 2. No se delibera sobre saberes apodícticos (incondicionalmente ciertos o necesariamente válidos) ni sobre los juicios analíticos, que son de una manera y no pueden ser de otra. 3. No se delibera sobre los juicios sintéticos, si éstos son absolutamente ciertos, como lo son para los griegos las leyes de la naturaleza física, como las que rigen el movimiento de los astros. 4. No se delibera sobre lo que no depende de nosotros, sino que sucede sin que nosotros tengamos ningún tipo de control del fenómeno. 5. No se puede deliberar sobre lo que es puramente azaroso, pues no depende de nosotros. 6. Se delibera sobre las cosas humanas, pero no sobre todas, sino sólo sobre aquellas que nos afectan o sobre las que tenemos algún tipo de control o implicación. En resumen [...] La deliberación se realiza aportando argumentos que permitan tomar una decisión que no podrá ser nunca completamente cierta, pero sí prudente. [...] Por ejemplo, las decisiones clínicas, las decisiones judiciales y las decisiones morales." (LACADENA, J. Op. Cit. Pág. 5))
11. Gracia, D. Op. Cit., 1998. Pág. 53.
12. Engelhardt, T. *Los fundamentos de la Bioética*. 1ª edición en español. Barcelona: Paidós, 1995. Pág. 21
13. Cortina, A. *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. 5ª edición. Madrid: Técnos, 1996.
14. *Bioética y derechos humanos*. Instituto de investigaciones jurídicas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 1992.
15. El Informe Belmont. Disponible en URL: www.umng.edu.co/cimed/Postgrado/BELMONT.doc Consultado el 30 de noviembre de 2002.
16. Beauchamp, T. y Childress, J. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edition. New York: Oxford University Press, 2001.
17. Castaño, R. *Medicina, ética y reformas a la salud*. 1ª edición. Colombia: Fundación Creer, 1999. Pags. 200-234

