

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DE SALUD
PROGRAMA DE POS-GRADUACIÓN EN ENFERMERÍA
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN: EDUCACIÓN Y TRABAJO EN
ENFERMERÍA**

MIREYA INÉS TRIVIÑOS BARRIENTOS

**ABORDAJE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD FRENTE A
LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE
MAGALLANES, CHILE**

**FLORIANÓPOLIS
2019**

MIREYA INÉS TRIVIÑOS BARRIENTOS

**ABORDAJE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD FRENTE A
LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE
MAGALLANES, CHILE**

Disertación de Magíster presentado a Banca Examinadora del Programa de Pos-Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Caterina, como requisito para obtención de título de Magíster en Enfermería
Área de Concentración: Educación y Trabajo en Salud y Enfermería

Orientadora: Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider.

Co-orientadora: Dra. Elide Mariela Alarcón Bustos.

**FLORIANÓPOLIS
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barrientos, Mireya Inés Triviños

Abordaje de los profesionales de salud frente a los problemas éticos en una clínica de Magallanes, Chile / Mireya Inés Triviños Barrientos ; orientador, Dulcinéia Ghizoni Schneider, coorientador, Elide Mariela Alarcón Bustos, 2019. 171 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Ética en Enfermería. 3. Problema Ético Asistencial. 4. Método Deliberativo Moral. 5. Comité Ético Asistencial. I. Schneider, Dulcinéia Ghizoni . II. Bustos, Elide Mariela Alarcón . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

MIREYA INÉS TRIVIÑOS BARRIENTOS

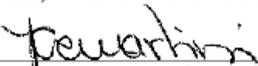
**ABORDAJE DE LOS PROFESIONALES DE SALUD FRENTE A
LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE MAGALLANES,
CHILE.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de

“MESTRE EM ENFERMAGEM”

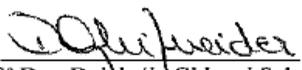
aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em
Enfermagem UFSC, Área de concentração: Educação, Trabalho em
Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 11 de fevereiro de 2019.

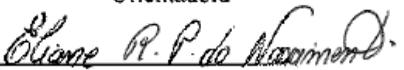


Prof.ª Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

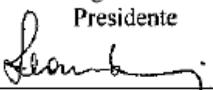
Banca Examinadora:



Prof.ª Dra. Dulcineia Ghizoni Schneider
Orientadora



Prof.ª Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Presidente



Prof. Dra. Flavia Regina Souza Ramos
Membro



Prof. Dra. Tella Rafaela Amadigi
Membro

AGRADECIMIENTOS

Infinitos agradecimientos a docente orientadora **UFSC, DRA. DULCINEIA GHIZONI SCHNEIDER**, por su efectiva orientación, palabras de apoyo y constante fuerza en sus palabras para avanzar hacia el logro y consecución del Magíster, así también menciono a **JAMIL, JAMILCITO y BRUNO**; cedieron momentos de su vida, con total generosidad, para permitirme valiosas horas de la compañía de su madre, quien ocupó este tiempo apoyando mi orientación, no lo olvidaré.

Agradecimientos a **DRA. ELIANE REGINA P. DO NASCIMENTO**, por su compañía y representación como presidente de la banca, durante **DISERTACIÓN TESIS DE MAGÍSTER ENFERMERÍA**, me acogió y acompañó con compromiso significativo.

Agradecimientos a **DRA. ELIDE MARIELA ALARCÓN BUSTOS**, docente a quien agradezco sus intervenciones orientadoras, desde **LA UNIVERSIDAD DE MAGALLANES, CHILE**.

Agradecimientos A **SR. RECTOR DE UNIVERSIDAD DE MAGALLANES, DR JUAN OYARZO PEREZ**, quien siempre tuvo palabras de aliento en el camino emprendido.

Agradecimientos a las doctoras de la BANCA, por sus generosas observaciones de aporte.

**DRA. DULCINEIA GHIZONI SCHNEIDER; DRA. FLAVIA REGINA RAMOS SOUZA; DRA. FELIPA RAFAELA AMADIGI; DRA. ISABELA SAIORON
DRA. MARA AMBROSINA DE OLIVEIRA VARGAS; DRA ELIANE REGINA P. DO NASCIMENTO; DRA LUCIANA RAMOS SILVEIRA.**

Agradecimientos a la acogida de **DOCENTES UFSC, BLOQUE ENFERMERÍA DE POS-GRADO**, por su acogida grata y cercana en todo momento.

Agradecimientos al grupo **PRAXIS de UNIVERSIDAD FEDERAL DE SANTA CATARINA**, por brindar momentos de enseñanza y compartir generosamente su conocimiento.

Agradecimientos al apoyo de mi familia, **GABRIEL, CAROLINA**, me dieron amor y comprendieron mis períodos de ausencia por estudios; y a **MIS PADRES**, los que desde un lugar más distante, observan mis actos, sé estarían emocionados por estos años de mi vida.

Agradecimientos a la Dirección de **CLÍNICA DE MAGALLANES**, por la oportunidad de desarrollar la investigación en sus dependencias y **A LOS PROFESIONALES DE CLÍNICA DE MAGALLANES**, Chile, que aceptaron participar en la investigación, sin su voluntad de colaboración, no hubiera sido posible obtener valiosa información, que dió sentido a la investigación.

BARRIENTOS, Mireya Inés Triviños. Abordaje de los profesionales de salud frente a los problemas éticos en una clínica de Magallanes, Chile. 171p. Disertación (Magíster en Enfermería–Programa de Pos-Graduación en Enfermería), Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMEN

Investigación cualitativa, tipo exploratoria, con abordaje en la hermenéutica de Gadamer, realizada en una Clínica de Magallanes en Chile. El objetivo general fue comprender como las enfermeras (os) de la unidad del paciente crítico (UPC) adulto y los integrantes del comité ético asistencial (CEA) deliberan y dan solución frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile. Recolección de datos realizada por medio de entrevista semiestructurada, en el período de marzo a mayo de 2018, con diez enfermeras(os) de la UPC adulto, y cuatro integrantes del CEA, profesionales clínicos de diferentes disciplinas. El referencial teórico fue fundamentado en los conceptos de ética, bioética, el método deliberativo moral de Diego Gracia. El software Atlas-ti fue utilizado en la organización del análisis de los discursos obtenidos, bajo el referencial metodológico de la hermenéutica, el Círculo Hermenéutico de Hans-Georg Gadamer, que guió sobre la comprensión de los discursos en el fenómeno investigado. Los resultados se presentan en dos manuscritos: el primero titulado “Abordaje y deliberación de las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico, adulto, frente a los problemas éticos en una clínica de Magallanes, Chile” presenta los resultados en Unidades de Significados (US) y, síntesis de los discursos, que se llamaron Síntesis Interpretativas de las Unidades de Significados (SIUS), demostró que las enfermeras cuidan a los enfermos, dando valor a la calidad de vida, a los derechos de las personas, a la confidencialidad de los datos clínicos del paciente, a la multiculturalidad, a credos y religiones, a la diversidad del ser humano, sienten compasión por el que sufre; muestran sensibilidad moral expresado en los discursos obtenidos. Se reconoce la capacidad de estas profesionales en identificar, comprender, y dar solución a los problemas éticos del ámbito clínico asistencial, que ocurre en momentos que deliberan como equipos del turnos, hecho también constatado en la aplicación y desarrollo de caso de problema ético ficticio, donde muestran conocimiento y comprensión moral al desarrollar el método deliberativo moral. En el segundo manuscrito titulado: “Deliberación de los integrantes del comité de ética asistencial de una Clínica de

Magallanes, Chile frente a los problemas éticos” , los resultados se presentan en seis Síntesis Interpretativas de Unidades de Significados, éstas fueron: conocimiento de ética , conocimiento en bioética; problemas vivenciales en la relación con los pacientes y familiares; descripción del caso en que se tomó una decisión basada en criterios bioéticos; desarrollo del método deliberativo moral en caso de problema ético ficticio; empatía, prudencia y trabajo en equipo como referencias para la deliberación. Los integrantes del CEA declaran que: son capaces de deliberar en equipo y llegar a una conclusión en consenso siempre, pensando en el mayor respeto y beneficio en bien del paciente, teniendo también como referencias la empatía y la prudencia en la toma de decisión. El estudio contribuye a generar conocimiento respecto a la identificación y resolución de los conflictos éticos presentados en la práctica diaria por ambos grupos de estudio , generando oportunidades que contribuyan a efectuar intervenciones que mejoren la calidad de la atención de los pacientes que presentan problemas de índole ético durante su estadía hospitalaria.

Descriptor: Ética; Bioética; Ética en Enfermería; Problema Ético Asistencial; Método Deliberativo Moral; Comité Ético Asistencial.

BARRIENTOS, Mireya Inés Triviños. Abordagem dos profissionais de saúde frente aos problemas éticos em uma clínica de Magallanes, Chile. 171p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMO

Investigação qualitativa, exploratória, com abordagem na hermenêutica de Gadamer, realizada em uma Clínica de Magallanes no Chile. O objetivo geral foi compreender como as enfermeiras (os) da Unidade de Pacientes Críticos (UPC) adulto e os integrantes do Comitê Ético Assistencial (CEA) deliberam e dão solução frente aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile. Coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada, no período de março a maio de 2018, com dez enfermeiras(os) da UPC adulto, e quatro integrantes do CEA, profissionais clínicos de diferentes disciplinas. O referencial teórico foi fundamentado nos conceitos de ética, bioética e o método deliberativo moral de Diego Gracia. O software Atlas-ti foi utilizado na organização da análise dos discursos obtidos, sob o referencial metodológico da hermenêutica, o Círculo Hermenêutico de Hans-Georg Gadamer, que guiou a compreensão dos discursos do fenômeno investigado. Os resultados se apresentam em dois manuscritos: o primeiro intitulado “Abordagem e deliberação das enfermeiras(os) da Unidade de Pacientes Críticos, adulto, frente aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile” , apresenta os resultados em Unidades de Significados (US) e, sínteses dos discursos, que foram denominadas de Sínteses Interpretativas das Unidades de Significados (SIUS), demonstrou que as enfermeiras(os) cuidam dos enfermos, dando valor à qualidade de vida, aos direitos das pessoas, a confidencialidade dos dados clínicos do paciente, à cultura, a crenças e religiões, à diversidade do ser humano, sentem compaixão pelos que sofrem; mostram sensibilidade moral expressada nos discursos obtidos. Se reconhece a capacidade destas profissionais em identificar, compreender e dar solução aos problemas éticos do âmbito clínico assistencial, que ocorre nos momentos que deliberam como equipes de turnos, fato também constatado na aplicação e desenvolvimento do caso de problema ético fictício, onde mostram conhecimento e compreensão moral ao desenvolver o método deliberativo moral. No segundo manuscrito intitulado: “Deliberação dos integrantes do Comitê de Ética Assistencial de uma Clínica de Magallanes, Chile frente aos problemas

éticos”, os resultados se apresentam em seis Sínteses Interpretativas de Unidades de Significados, sendo estas: conhecimento sobre ética, conhecimento em bioética; problemas vivenciais na relação com os pacientes e familiares; descrição do caso em que se tomou uma decisão baseada em critérios bioéticos; desenvolvimento do método deliberativo moral no caso de problema ético fictício; empatia, prudência e trabalho em equipe como referências para a deliberação. Os integrantes do CEA declaram que são capazes de deliberar em equipe e chegar a uma conclusão de consenso sempre pensando no maior respeito e benefício do paciente, tendo também como referências a empatia e a prudência na tomada de decisão. O estudo contribui para gerar conhecimento a respeito da identificação e resolução dos conflitos éticos apresentados na prática diária por ambos os grupos estudados, gerando oportunidades para efetuar intervenções que melhorem a qualidade da atenção aos pacientes que apresentam problemas éticos durante sua internação hospitalar.

Descritores: Ética; Bioética; Ética em Enfermagem; Problema Ético Assistencial; Método Deliberativo Moral; Comitê Ético Assistencial.

BARRIENTOS, Mireya Inés Triviños. **Abordagem dos profissionais de saúde frente aos problemas éticos em uma clínica de Magallanes, Chile.** 171p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RESUMO EXPANDIDO

Introdução

O compromisso ético guia as condutas dos profissionais da saúde, visando ao cuidado de qualidade em suas várias dimensões. Uma abordagem assistencial baseada na ética implica que a(o) enfermeira(o) considere o ser humano em sua dignidade, evidenciando o cuidado humanizado em todas as ações que executa. Para proporcionar cuidados centrados na pessoa e suas necessidades, os profissionais de enfermagem são responsáveis diretos pelo cuidado fundamentado no conhecimento científico, na ética profissional, na legislação e também em valores que respaldem a sua atuação. No entanto, os problemas e dilemas éticos fazem parte das relações profissionais em saúde e exigem posicionamento ético e tomada de decisão. Para reconhecer e enfrentar problemas éticos os profissionais necessitam ter sensibilidade moral, considerar seus valores, sua experiência, utilizar o código de ética profissional e outras referências éticas e legais. Sugere-se que casos clínicos controversos que envolvem problemas ou dilemas éticos deveriam ser resolvidos nos hospitais sob a orientação de um Comitê de Ética Assistencial, o qual deveria conhecer os fatos e aconselhar os responsáveis pela tomada de decisão, ou seja, o paciente, familiares e profissionais da saúde. Dispor de um Comitê de Ética Assistencial é a melhor maneira de ter um suporte para mediar racional e eticamente as decisões mais prudentes. Existem métodos que permitem desenvolver a capacidade de raciocínio e tomada de decisão em situações de incerteza, sendo utilizados para a resolução de problemas complexos. Entre estes, destaca-se o Método da Deliberação Moral, proposto pelo bioeticista espanhol Diego Gracia, que se caracteriza por ser um método de raciocínio prático. O uso deste método deve ser incentivado quando os valores e limites da vida humana, individual ou coletiva estão em jogo. Nesse sentido, compreende-se que o conhecimento em ética e bioética e devem fazer parte da formação dos profissionais da saúde. No Chile, a partir do ano de 1992, a Universidade do Chile deu início ao trabalho formal de bioética com a constituição de um Comitê de Bioética com o

objetivo de formação dos estudantes universitários em temas da ética profissional e ética filosófica, relacionando-se com outras instituições para iniciar a formação em bioética e promover sua institucionalização nos programas de estudo nas universidades, áreas de investigação, setor de saúde e outros.

Objetivos

Este estudo teve como objetivo geral compreender como as enfermeiras(os) da Unidade de Pacientes Críticos Adulto e os integrantes do Comitê ético Assistencial realizam a abordagem e deliberam frente aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile. E como objetivos específicos conhecer como as enfermeiras(os) de uma Unidade de Pacientes Críticos Adulto realizam a abordagem e deliberam frente aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile; e conhecer como os integrantes do Comitê de Ética Assistencial deliberam e dão solução aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile.

Metodologia

Pesquisa qualitativa, tipo exploratória, com enfoque na hermenêutica de Gadamer desenvolvida em uma Clínica de Magallanes, Chile. Participaram da investigação quatorze profissionais da saúde, sendo dez enfermeiras(os) da Unidade de Pacientes Críticos Adulto e quatro profissionais clínicos de diferentes disciplinas, integrantes do Comité Ético Assistencial da referida Instituição. Estabeleceu-se como critérios de inclusão ser enfermeira(o) da Unidade de Pacientes Críticos Adulto; ser integrante do Comitê de Ética Assistencial. Como critérios de exclusão ser coordenadora da Unidade de Pacientes Críticos Adulto; e integrantes do Comitê de Ética Assistencial sem contrato permanente com a Instituição. O instrumento utilizado na coleta de dados, realizada no período de março a maio de 2018, foi a entrevista semiestruturada gravada em áudio, transcritas no programa Word, posteriormente adotando um código para cada participante, resguardando sua identidade pessoal. Também se utilizou um diário de campo em cada entrevista. Para aplicar o instrumento de coleta de dados se utilizou uma sala de reuniões da Clínica, e para isto se contactou previamente os participantes via correio eletrônico, agendando a data e a hora da entrevista. Antes da realização da entrevista foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e se assegurou a privacidade do entrevistado e

confidencialidade dos seus dados. O tempo dispendido em cada entrevista correspondeu em média a 45 minutos. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética Científico – Direção de Investigação da Universidade de Magallanes, Chile por meio do Certificado nº 014/CEC/2018 de 12 de Março de 2018. O software Atlas-ti, versão 7, foi utilizado na organização e análise dos dados e o referencial metodológico da Hermenêutica, o Círculo Hermenêutico de Hans-Georg Gadamer, guiou a compreensão dos discursos, permitindo a interpretação do fenômeno estudado. O referencial teórico foi fundamentado nos conceitos de ética, bioética e o método deliberativo moral de Diego Gracia.

Resultados e Discussão

Os resultados foram apresentados em dois Manuscritos: o primeiro intitulado “Abordagem e deliberação das enfermeiras(os) da Unidade de Pacientes Críticos, adulto, frente aos problemas éticos em uma Clínica de Magallanes, Chile”, apresenta os resultados em Unidades de Significados e sínteses dos discursos que foram denominadas Sínteses Interpretativas das Unidades de Significados. Demonstrou que as enfermeiras(os) cuidam dos enfermos, dando valor à qualidade de vida, aos direitos das pessoas, a confidencialidade dos dados clínicos do paciente, à cultura, a crenças e religiões, à diversidade do ser humano, sentem compaixão pelos que sofrem; mostram sensibilidade moral expressada nos discursos obtidos. Se reconhece a capacidade destas profissionais em identificar, compreender e dar solução aos problemas éticos do âmbito clínico assistencial, que ocorre nos momentos que deliberam como equipes de turnos, fato também constatado na aplicação e desenvolvimento do caso de problema ético fictício, onde mostram conhecimento e compreensão moral ao desenvolver o método deliberativo moral. No segundo manuscrito intitulado: “Deliberação dos integrantes do Comitê de Ética Assistencial de uma Clínica de Magallanes, Chile frente aos problemas éticos”, os resultados se apresentam em seis Sínteses Interpretativas de Unidades de Significados, sendo estas: conhecimento sobre ética, conhecimento em bioética; problemas vivenciais na relação com os pacientes e familiares; descrição do caso em que se tomou uma decisão baseada em critérios bioéticos; desenvolvimento do método deliberativo moral no caso de problema ético fictício; empatia, prudência e trabalho em equipe como referências para a deliberação. Os resultados obtidos demonstram que os integrantes do Comitê de Ética Assistencial deliberam utilizando o

diálogo interdisciplinar para resolver os problemas éticos da prática assistencial, por meio do método da deliberação moral, chegando a uma conclusão de consenso e prudente, orientadora frente às consultas recebidas, sempre considerando respeito e benefício ao paciente e família. O estudo contribuiu para gerar conhecimento a respeito da identificação e resolução dos conflitos éticos apresentados na prática diária por ambos os grupos estudados, gerando oportunidades para efetuar intervenções que melhorem a qualidade da atenção aos pacientes que apresentam problemas éticos durante sua internação hospitalar.

Considerações Finais

Ao finalizar esta dissertação pode-se concluir que as enfermeiras(os) participantes do estudo possuem conhecimento teórico no âmbito da bioética, refletindo na assistência prestada, fator este que favorece o bem estar dos pacientes por meio de decisões prudentes, acertadas e significativas, trazendo um ensinamento à equipe de saúde que participa das vivências e ações da enfermagem. As enfermeiras(os) demonstram compromisso e responsabilidade, estabelecem uma comunicação empática e humanizada no cuidado ao paciente e sua família, respeitando a sua autonomia e capacidade cognitiva. Representam um aporte no conhecimento de ética e bioética para o manejo e a tomada de decisões prudentes, para dar solução aos problemas éticos da prática assistencial, conformando equipes colaborativas, apoiando os tratamentos, prestando cuidados humanizados, agregado ao paradigma profissional nos cuidados de enfermagem. Na complexidade analítica demonstrada no desenvolvimento do Método Deliberativo Moral, as enfermeiras(os) apresentaram algumas diferenças em relação à estrutura, porém todas convergiram em relação a um modelo que se estabelece desde a sua formação pré-curricular. Da mesma forma, os integrantes do Comitê de Ética Assistencial que participaram do estudo expressam em seus discursos conhecimento, desenvolvimento moral e disciplinar, respeitam os princípios da bioética principialista nos debates de deliberação. Explicam que alguns deles não tiveram formação em bioética na sua graduação, mas ainda assim demonstram que exercem seus conhecimentos em bioética, nos valores morais implícitos nos códigos de ética apreendidos durante a sua formação de graduação, o respeito aos valores e opiniões dos outros membros do Comitê. Declaram que são capazes de deliberar em equipe e chegar a um consenso, considerando o bem estar e benefício do paciente, respeitando

a Lei Chilena de Direitos e Deveres dos Pacientes, tendo também como referências a empatia e a prudência na tomada de decisão. Em síntese os integrantes do Comitê analisam, dialogam, revisam, comparam, contrastam e valorizam. Valorizar não é o mesmo que julgar, conseqüentemente, a tomada de decisão tende a dar conta do diálogo interdisciplinar e da deliberação intersetorial, contribuindo no campo da saúde, proporcionando um tratamento justo e equitativo aos pacientes e suas famílias.

Palavras-Chave: Ética; Bioética; Ética em Enfermagem; Problema Ético Assistencial; Método Deliberativo Moral; Comitê Ético Assistencial.

BARRIENTOS, Mireya Inés Triviños. Approach of health professionals in the face of ethical problems in a clinic in Magallanes, Chile. 171p. Dissertation (Master's Degree in Nursing-Post Graduation Program in Nursing), Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

ABSTRACT

A qualitative study, exploratory type with an approach in the hermeneutical of Gadamer, was carried out in a Clinic of Magallanes, Chile. The general objective of this work was to understand how the nurses of the adult intensive care unit (AICU) and the members of the clinical ethics committee (CEC) deliberate and solve ethical problems in a clinic in Magallanes, Chile. The collection of data was carried out through a semi-structured interview, from march to may 2018 to ten nurses from the adult AICU, and four members of the CEC, clinical professionals from different disciplines. The theoretical referential was based on the concepts of ethics, bioethics, the moral deliberative method of Diego Gracia. The Atlas-ti software was used in the organization of the analysis of the discourses obtained, under the methodological reference of hermeneutics- the Hermeneutic Circle of Hans-Georg Gadamer- aiming at understanding the discourses of the phenomenon investigated. The results are presented in two manuscripts: The first one, "Approach and deliberation of the nurses of the adult Intensive Care Unit in front of the ethical problems in a clinic of Magallanes Chile", presenting the results in (UM) and synthesis of the speeches, which were called Interpretative Synthesis of the Units of Meanings (ISUM); showed that nurses take care of the sick, giving value to the quality of life, to the rights of people, to the confidentiality and protection of patient data, to multiculturalism, to creeds and religions, respect for the diversity of the human being, feel compassion for the one who suffers; They show moral sensitivity expressed in the discourses emerging from the interviews. The ability of these professionals to identify, understand, and solve the ethical problems of the clinical care setting is recognized as they deliberate as shift teams, a fact also found in the development of fictional cases to generate discussion of the ethical issues in which they show knowledge and moral understanding when developing the moral deliberative method. In the second manuscript entitled: "Deliberation of the Members of the Clinical Ethics Committee in a Clinic of Magallanes, Chile" when facing Ethical Problems. The results are presented in six Interpretative Syntheses of Units of Meanings, these were: knowledge of ethics, knowledge in bioethics;

experiential problems in relation to patients and relatives; description of the case in which a decision was made based on bioethical criteria; development of the moral deliberative method in case of fictitious ethical problems; empathy, prudence and teamwork as references for deliberation. CEC members declare that: they are able to deliberate as a team and arrive at a conclusion in consensus, ensuring that patients and their relatives perspectives are adequately considered and included, having as references the empathy and prudence in the decision making. The study helps to generate awareness regarding the identification and resolution of ethical dilemmas presented in daily practice by both study groups, generating opportunities that contribute to interventions that improve the quality of care for patients with ethical problems during their hospital stays.

Descriptors: Ethics; Bioéthics; Ethics in Nursing; Assistance Ethical Problem; Deliberative Moral Method; Assistance Ethics Committee.

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1 - Círculo Hermenéutico de Gadamer (Adaptado).....	54
Figura 2 - Concepto en Bioética en Enfermeras (os) UPC Adulto.....	78
Figura 3 - Como Proceden ante Situaciones de Problemas Éticos Clínicos y Aplicación del Método Deliberativo Moral por Enfermeras (os) UPC	87
Figura 4 – US 3 - Bioética Aplicada en Problemas Éticos Vivenciales en la Relación con los Pacientes y Familiares de Estos...	115
Figura 5 – US 4 - Descripción de caso en que se toma Decisión Médica Basada en un Criterio Bioético.....	117
Figura 6 – US 5 - Aplicación del Método Deliberativo Moral en Integrantes del CEA	119

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1 - Método Deliberativo Moral Diego Gracia	42
Cuadro 2 - Perfil Enfermeras (os) UPC Adulto Clínica de Magallanes, Chile, 2018	60
Cuadro 3 - Perfil de los integrantes del CEA; Clínica de Magallanes, Chile, 2018.....	61

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

ABNT	Asociación Brasileña de Normas Técnicas
CAEC	Sistema de activación del seguro de salud auspiciado por el Sistema de protección del Ministerio de Salud de Chile, para los pacientes que sufren enfermedades catastróficas, prolongado y oneroso tratamiento
CEA	Comité de ética asistencial
CI	Consentimiento Informado
CONECYT	Comisión Nacional de Investigación y Tecnología, Conocimiento e innovación, organismo que estructura, impulsa, coordina y promueve las actividades de ciencia, humanidades y desarrollo tecnológico en todas sus etapas, contribuyendo al desarrollo sustentable y el bienestar social de Chile
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica
FELAIBE	Federación Latinoamericana y del Caribe de Intituciones de Bioética
GES	Garantías Explícitas en Salud, 80 patologías a las que se entrega Cobertura de atención en salud por programa gratuito de Ministerio de Salud, Chile, (2012)
GRD	Grupos relacionados de diagnósticos
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile
JCAHO	Comisión de Acreditación y Calidad en Instituciones ded Salud, EEUU., en su sigla Joint Comission toAcreditacion of Healthcare Organization
LET	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
LU	Ley de Urgencia
MTM	Método Deliberativo Moral
TIC	Tecnología de información y comunicación
UPC	Unidad del Paciente Crítico

SUMARIO

1 INTRODUCCIÓN	29
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	30
1.2 PREGUNTAS	32
2 OBJETIVOS	33
2.1 OBJETIVO GENERAL	33
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
3 REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1 ÉTICA	35
3.2 BIOÉTICA	37
3.2.1 Bioética, EE.UU.	37
3.2.2 Bioética, Alemania	39
3.2.3 Bioética, España	40
3.3 EL MÉTODO DELIBERATIVO MORAL DE DIEGO GRACIA	41
3.4 LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN CHILE.....	43
3.4.1 Los comités de ética asistencial.....	43
3.4.2 Marco normativo de los CEA en Chile	46
3.5 COMISIÓN DE ACREDITACIÓN Y CALIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS E INFLUENCIA EN CHILE	48
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	51
4.1 LA HERMENÉUTICA	51
4.2 CÍRCULO HERMENÉUTICO	52
4.2.1 Etapas del círculo hermenéutico	55
5 METODOLOGIA	57
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	57
5.1.1 Enfoque de la investigación	57
5.1.2 Metodología de la investigación cualitativa	57
5.2 LUGAR DE ESTUDIO.....	58
5.3 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	60
5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
5.4.1 Entrevista semiestructurada grabada	61
5.4.2 Análisis de resultados	64
5.5 DIFUSIÓN DE RESULTADOS	64
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	65
5.6.1 Valor social o científico	66

5.6.2 Validez científica	66
5.6.3 Selección equitativa de los participantes.....	66
5.6.4 Proporción favorable riesgo/ beneficio.....	67
5.6.5 Condiciones de diálogo auténtico.....	67
5.6.6 Evaluación independiente.....	67
5.6.7 Consentimiento informado	67
5.6.8 Respeto por los participantes	68
6 RESULTADOS	69
6.1 MANUSCRITO 1 - ABORDAJE Y DELIBERACIÓN DE LAS ENFERMERAS (OS) DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRITICO (UPC), ADULTO, FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE MAGALLANES CHILE	70
6.2 MANUSCRITO 2 - DELIBERACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE UNA CLINICA DE MAGALLANES CHILE, FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS	105
7 CONSIDERACIONES FINALES	139
REFERENCIAS	143
APÉNDICES	149
ANEXOS.....	169

1 INTRODUCCIÓN

El compromiso ético y los valores que guían la conducta del personal de la salud permiten valorar a la persona en su totalidad y establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano. Un abordaje asistencial basado en la ética implica que la enfermera (o) considera al ser humano con respeto y absoluta dignidad. La enfermería debe evidenciar el cuidado humanizado en todas las acciones que ejecuta, aplicando el saber ético, actitudes y valores hacia la persona a cuidar (CASTELLANOS; HENRÍQUEZ, 2018).

Para proporcionar cuidados centrados en la persona y sus necesidades, los profesionales de enfermería son responsables directos de otorgar cuidado, basado en la ética profesional acompañado de conductas éticas y legales que respalden su actuación (CASTELLANOS; HENRÍQUEZ, 2018).

Los actos de los profesionales de la salud, además de tener la dimensión técnico-científica, tienen una dimensión ética. La dimensión ética es inherente al cuidado en salud y incluye el tener que decidir sobre los problemas y dilemas éticos que se presentan en la práctica profesional (BASSO-MUSSO, 2012).

Para reconocer y enfrentar problemas éticos los profesionales necesitan tener sensibilidad moral, considerar sus valores, su experiencia, utilizar un código de ética profesional y otras referencias éticas (BARLEM; RAMOS, 2015).

Existen métodos que permiten desarrollar las capacidades de razonamiento y toma de decisión en situación de incertidumbre, y que son usados para la resolución de problemas complejos (BASSO-MUSSO, 2012). Entre estos, destaca el Método de Deliberación Moral (MDM) propuesto por Diego Gracia. La deliberación es un método de razonamiento práctico. Debe ser incentivada cuando los valores y los límites de la vida humana, individual y colectiva están en juego. La bioética debe colaborar en esta tarea (GRACIA, 2000).

Comprendiendo que el conocimiento en ética y bioética están presentes en los profesionales de la salud con debilidades en la práctica asistencial y advirtiendo que la bioética es un cuerpo de conocimientos incorporado en los profesionales de salud en Chile a partir del año 1992, fecha en que la Universidad de Chile, durante la rectoría del Dr. Lavados, dió inicio al trabajo formal en bioética, con la constitución de un Comité de Bioética, mediante decreto exento N° 5435 del 22 de septiembre de 1992, dirigido por el Dr Lolas; a este comité se le asignó

como tarea, la formación de los estudiantes a nivel universitario en temas de ética profesional y ética filosófica, relacionándose con otras instituciones para iniciar la formación de bioética y promover su institucionalización en los programas de estudio en universidades, áreas de investigación, sector salud y otros. (LOLAS, 1992).

Se anhela que en la realidad actual, los profesionales de salud, sean capaces de identificar y reconocer situaciones de problemas éticos en la práctica asistencial, que posean los conocimientos que les permita abordar estos problemas éticos y ayudar a la comunidad que requiera estos servicios.

Actualmente, se visualiza un cambio del perfil de usuario en el mundo del siglo XXI, el paciente pertenece a un mundo globalizado; utiliza la Tecnología de Información y Comunicación (TIC); se muestra conocedor de sus derechos como paciente, por ende, tiene autonomía, se torna exigente ; la existencia de publicaciones en prensa sobre eventos adversos que pueden ocurrir; la judicialización introducida en los ámbitos de la salud ,representan situaciones que provocan desconfianza de la comunidad hacia los profesionales de salud; todos estos factores en conjunto, influyen y hacen valiosa la existencia de los comités de ética asistenciales en las instituciones, que velen por la protección de los derechos de los pacientes en todos sus ámbitos y también orienten a los profesionales tratantes en la toma de las desiciones , las que deben ser deliberadas, reflexivas, ponderadas y prudentes.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Debido al avance tecnológico en las ciencias de la salud, en los ámbitos hospitalarios de las prácticas clínicas, se está viviendo un fuerte proceso de cambio, que muchas veces son percibidos por los pacientes como amenazantes, lo que podría generar nuevos problemas éticos, que requieren la asesoría de expertos en la materia.

Los avances médicos representan uno de los principales motivos frente a la presencia de los problemas éticos de la práctica clínica, los que generan la necesidad de recursos del conocimiento ético en los integrantes de los equipos de salud y del CEA desde su instancia de deliberación de asesoría interdisciplinaria.

Surge la necesidad de realizar el estudio motivado por las dificultades que enfrenta el profesional de salud en el quehacer asistencial en los tiempos modernos, marcado por las rápidas transformaciones en el campo de la salud, especialmente por el

desarrollo global tecnocientífico contemporáneo y los nuevos desafíos que enfrentan los profesionales responsables de entregar atención en salud, tanto en sistemas públicos como privados.

En Clínica de Magallanes, existe un Comité de ética creado el año 2010, reformulado en su protocolo los años: 2011, 2015, 2016.

Anterior a su creación, la solución frente a los problemas éticos de los pacientes, se establecía coyunturalmente por criterios clínicos que demostraron fueron eficaces y resolvían los problemas éticos internamente; desde su creación el CEA inició funciones protocolizadas y regulares de sus funciones, en forma sistematizada y periódica, inicialmente fue conformado por 5 integrantes, en el tiempo se produjo rotación de algunos de los integrantes, disminuyendo su conformación original; producto de esta condición, posteriormente hubo disgregación y falta de fuerza de las funciones del CEA; las investigadoras plantean que los problemas éticos deberían llegar al CEA (CLÍNICA DE MAGALLANES, 2018).

El estudio se efectuó en Clínica de Magallanes, ubicada en Punta Arenas, ciudad capital de la Duodécima Región de Magallanes y Antártica Chilena, la más austral de Chile, y cuyos habitantes corresponden a 165.533 (INE, 2017).

Con el propósito de comprender como las enfermeras (os) de la UPC adulto y los integrantes del CEA de la Clínica de Magallanes, Chile, realizan el abordaje frente a los problemas éticos asistenciales y cómo se organizan para deliberar y establecer soluciones, en la práctica asistencial, se planteó desarrollar esta investigación, utilizando metodología cualitativa, con enfoque hermenéutico, desde la perspectiva del compromiso y responsabilidad ética con los pacientes en la protección de sus derechos; buscando conocer una realidad.

Abordaje, en la investigación, se define como la participación de un elemento estratégico para el desarrollo fundamental de una acción en salud, por definición es participativo (DICCIONARIO DE LA REAL LENGUA ESPAÑOLA, 2016).

En la actualidad, aún dentro de la cultura organizacional de la Clínica Magallanes, como en muchas otras instituciones, no está internalizada en el comportamiento de los profesionales concurrir al CEA. Aún existe el empleo de prácticas éticas clínicas, que fueron eficaces en un período donde no existía un CEA, no existían los avances tecnológicos actuales, donde el paciente poseía un perfil diferente y donde se carecía de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes. (CLÍNICA DE MAGALLANES; 2018).

Los resultados obtenidos representarán un aporte para el conocimiento ético y para favorecer los cuidados y tratamientos de la comunidad que accede a esta clínica, una vez que se logre comprender el fenómeno a través de la información obtenida.

1.2 PREGUNTAS

¿Cómo las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto, realizan el abordaje y deliberan frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile?

¿Cómo los integrantes del comité de ética asistencial deliberan y dan solución, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender como las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto, y los integrantes del Comité Ético Asistencial (CEA) realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer cómo las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto, realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.
- b) Conocer cómo los integrantes del Comité Ético Asistencial (CEA) deliberan y dan solución a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para abordar la investigación con una base referencial teórica se realiza una búsqueda de significados filosófico de los conceptos de: ética, bioética, comités de ética asistencial, el Método Deliberativo Moral.

3.1 ÉTICA

La ética es una disciplina práctica. Su objetivo es que puedan tomarse decisiones moralmente correctas, es decir habla de lo correcto e incorrecto de la moral. El origen de la palabra ética deriva de la palabra griega “ethos”, modo de ser, carácter. La ética representa una rama de la filosofía que estudia el comportamiento humano desde la perspectiva de lo correcto o incorrecto de este, influyendo en el desarrollo de la civilización occidental desde diversas miradas (COUCEIRO, 2002).

La ética es la disciplina que estudia el bien y el mal y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano. Se define ética como el conjunto de costumbres y normas que dirigen o valoran el comportamiento humano (DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2014).

Moral es la traducción latina de ética, significa carácter o costumbres, representando el conjunto de normas o reglas adquiridas por hábitos; algunos autores usan el término ética y moral como sinónimos, etimológicamente lo son, representan la traducción griega y latina una de la otra. Originalmente, ethos significa moral, “costumer” o “costumbres”, el término se comprende como un modo de comportamiento que no corresponde a una actitud natural, sino que es adquirido como un hábito (BORGES; DALL’AGNOL; DUTRA, 2002).

La ética ha existido como término desde la antigüedad, antes de la edad de Cristo, ha sido una exigencia de la sociedad para los curanderos, médicos, legisladores de una comunidad, mientras que los ciudadanos lo explicaban como su ética profesional le impide confesar más cosas (COUCEIRO, 2002).

Inicialmente la ética se incorporó a las profesiones, representando hoy un componente relevante de las organizaciones, entre ellas las instituciones de salud.

Diego Gracia (2014) explica que el hecho de que la ética consista en tomar decisiones es algo que se da por supuesto. Como seres humanos, continuamente estamos enfrentados a tomar decisiones para

vivir, previo a actuar es necesario tomar una decisión y antes de eso proyectar. La ética se ocupa de los actos humanos proyectados. Los actos no pensados, los que son producto de reflejos, automatizados, del inconsciente, no son morales ni tienen vinculación con la ética.

El proyectar un acto requiere de una actividad mental previa y de un período de tiempo, solo los actos proyectados son morales, pensados y somos por esto moralmente responsables, la ética trata más bien del futuro, no del presente, no de lo que es, trata de lo que aún no es, pero debe ser (GRACIA, 2014, p. 14).

El proyecto se compone de tres momentos:

- a) Los hechos, que se refieren a la situación, la circunstancia,
- b) Los valores, que se refieren a los juicios de valor, y
- c) Los deberes, que representan un tercer componente, momento donde se delibera (GRACIA, 2014, p. 35):

Las éticas aplicadas nacen en el último tercio del siglo XX como una necesidad social. Las sociedades pluralistas precisan dar respuesta a las cuestiones que se les plantean y no pueden hacerlo desde un código único, sino desde esas éticas aplicadas que ya están funcionando como una parte de la realidad social. En sociedades «moralmente republicanas» es indispensable recurrir a un proceso de deliberación en la esfera pública para descubrir los valores y los principios de una ética cívica, común a los diferentes grupos. Por tanto, se vuelve necesario analizar cuales deben ser los rasgos de ese proceso de deliberación pública y cuál es el papel que las éticas aplicadas desempeñan en dicho proceso. Responder a esas preguntas nos llevará a descubrir cómo se está gestando desde las éticas aplicadas una ética cívica transnacional, que es el núcleo efectivo de una ética global (CORTINA, 2005, p.45).

3.2 BIOÉTICA

La bioética surgió en el contexto del debate sobre el poder de la ciencia y la tecnología sobre la vida humana, principalmente movilizadas por las barbaries realizadas en las investigaciones que involucran a seres humanos. La necesidad de discutir los efectos resultantes del avance tecnológico de las ciencias de la salud y las relaciones de los profesionales con las personas que buscan servicios de salud era emergente, ya que la reflexión sobre la ética no parecía acompañar la evolución tecno-científica (PESSINI; BARCHINFONTAINE, 2013).

3.2.1 Bioética, EE.UU.

El término bioética tiene un origen etimológico: bios- ethos, comúnmente traducido, ética de la vida. El autor del término, Van Rensselaer Potter, oncólogo, acuñó la palabra con la finalidad de unir mediante esta nueva disciplina a dos mundos que en su opinión hasta ese momento habían transitado por caminos distintos: el mundo de los hechos, las ciencias, los valores, y en particular la ética.

Van Rensselaer Potter entendía la bioética como “Bioética Global” o “Global bioethics”, una ética de la vida entendida en un sentido amplio, que comprendiera no solo los actos del hombre sobre la vida humana, sino también sobre lo animal y medioambiental.

Hoy en día el concepto de bioética entendida como ética global, parece más adecuada a todos los problemas que se presentan, ejemplificado en las catástrofes naturales debido a la contaminación ambiental o a la negligencia, instituyendo que la dimensión técnico instrumental debía ir unida a lo filosófico, sapiencial y que todo científico debía recuperar la dimensión sapiencial como algo intrínseco a su profesión humana. En otros escritos, Potter llamó a la bioética sabiduría de la ciencia.

En el contexto de la vertiente norteamericana, Van Rensselaer Potter forma parte de uno de los textos fundacionales de la bioética.

En el año 1970, Van Rensselaer Potter (1911-2011), médico de la Universidad de Wisconsin (Madison), publicó el artículo “Bioética, la ciencia de la supervivencia”, en la revista “Perspectivas en biología y medicina”, donde señalaba que “la humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y la mejora de la calidad de vida. [...] Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una

ciencia y, por lo tanto, propongo el término “bioética” para poner de relieve los dos elementos más importantes para alcanzar un nuevo saber que se necesita desesperadamente: conocimiento biológico y valores “humanos”. La publicación de este artículo le valió la paternidad del término “bioética”, en EEUU (POTTER, 1970).

El término bioética, es un neologismo creado por el oncologista americano Van Rensselaer Potter en 1970, quien se refiere a esta, como la “ciencia de sobrevivencia” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005, p. 34).

En 1971, Potter publicó el primer libro de la disciplina, bajo el título “Bioética, un puente hacia el futuro” intentaba crear un puente de diálogo entre el saber biológico y los valores humanos a este puente de diálogo, a este nuevo saber, Potter lo denominó “bioética”. Este científico participaba de la preocupación de algunos ecologistas norteamericanos por el equilibrio del ecosistema, pues consideraba indispensable mantener y promover si no se quería poner en peligro la supervivencia de la humanidad.

Esta visión de considerar la bioética como una ética global centrada en la supervivencia humana, en el medio ambiente y en los problemas de crecimiento de la población bioética ética ecológica, no generó adhesión y quedó relegada a segundo término. En el año 1975, Potter lamentaba que la bioética quede reducida solamente a ser una rama de la ética aplicada, a ser “bioética clínica”.

La Enciclopedia de Bioética es uno de los primeros intentos de sistematización de la bioética (REICH, 1995).

Reich, en su texto, completa y mejora esta definición, él incluyó e incorporó los aspectos de sistematización: interdisciplinariedad y pluralismo como característicos de la bioética, quedando de esta manera postulada como: bioética y el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluyó visión, decisión, conducta y normas morales, de las ciencias de la vida y de la salud, utilizando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario. (DURAND, 2003).

Posteriormente, surgen dos autores americanos, quienes crearon las bases del método principialista prima facie, Beauchamp y Childress, publicaron el texto llamado, “Principios de Ética Biomédica”, y destacan 4 principios que son considerados fundamentales en bioética, señalados como: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. (BEAUCHAMP Y CHILDRESS, 1979).

El texto se compone de tres partes:

- a) los “Fundamentos de la moral”, compuesta por tres capítulos,

las normas morales, el carácter moral y el estatuto de la moral, es una introducción a los conceptos básicos de la ética;

b) los “Principios morales”, compone el núcleo del libro, en este capítulo los autores presentan los cuatro principios de la bioética: el respeto a la autonomía, que explica que una acción autónoma es actuar intencionadamente, con conocimiento, sin influencias externas; la no maleficencia, entendido como no hacer daño intencionadamente; la beneficencia, que significa la obligación moral de actuar en beneficio de los otros y finalmente, la justicia, significa que las personas tienen derechos iguales, que deben ser tratadas con equidad y justicia;

c) trata sobre la relación del profesional sanitario con el paciente, donde destaca los conceptos que deben estar presentes en esta relación (BEAUCHAMP Y CHILDRESS, 1979).

3.2.2 Bioética, Alemania

Investigaciones en el campo de la bioética entregan una novedad en el origen de la bioética. En Alemania, en el año 1927, Halle y Der Saale, Fritz Jahr, pastor protestante, filósofo y educador, publicó en el influyente periódico científico alemán *Kosmos*, un artículo titulado “Bioética. Un estudio de las relaciones ético humanos con los animales y las plantas”.

La publicación de Jahr, propone un “imperativo bioético” ampliando el imperativo moral de Kant “vivir de tal modo que se considere a la humanidad, tanto en la persona como en su relación con otras personas, (considerándolo siempre como un fin y nunca como un simple medio), para todas las formas de vida, respetando a todo ser vivo, como principio y fin en sí mismo, tratando en lo posible de cumplir el imperativo bioético de Jahr.

El concepto de bioética de Jahr, es más amplio que el de los dos autores norteamericanos Beauchamp y Childress, incluye todas las formas de vida. Este filósofo y educador se refiere al creciente progreso de la fisiología de su tiempo y los desafíos morales relacionados con el desarrollo de las sociedades, cada vez más seculares y pluralistas, redefine las obligaciones morales, en relación a todas las formas de vida, humanas y no humanas, cambiando el concepto de bioética, como una disciplina académica, con principios y virtudes.

Jahr no influyó históricamente como hubiera podido esperarse, pues él vivió en épocas de turbulencia política y moralmente, su visión y argumentos éticos, de una nueva ciencia y tecnología, exigían una nueva

reflexión y solución ético-filosófica, fueron una contribución en esclarecer y entender dimensiones “geo-éticas” como la bioética (PESSINI; HOSSNE, 2008).

3.2.3 Bioética, España

El autor Pablo Simón, médico y bioeticista español, señala que la bioética:

Surge alrededor de los años sesenta como respuesta a la creciente complejidad de la tecnología biomédica, cada vez más capaz de irrumpir en los parajes más profundos de la biografía de los seres humanos y, por tanto, como reacción afirmativa del derecho de las personas a proteger su autonomía moral para decidir su destino, su salud, sus vidas (SIMON, 2005, p. 248).

Diego Gracia, bioeticista, en el texto “Fundamentos de Bioética” (1989), dos ediciones en español, última edición, (2007), enuncia que:

La bioética surge con la intención de reconfigurar el vínculo conflictivo establecido durante la época moderna y el desarrollo moral de la humanidad. La ética y bioética representan un cambio de actitud frente al desarrollo global tecnocientífico contemporáneo y en los nuevos desafíos que enfrentan los profesionales responsables de entregar atención en salud en sistemas de atención de salud, tanto pública como privada. Los desafíos de siglo XXI son cada vez de mayor envergadura, la creciente complejidad de la ciencia involucra una serie de riesgos que es necesario abordar con preparación y conocimiento (GRACIA, 1989, 2007).

La importancia progresiva que las organizaciones hospitalarias dieron a temas morales implicó que estas organizaciones dieran cuenta de dichos conflictos éticos, representando este el antecedente inmediato del origen de los comités de ética.

Los comités de ética asistenciales constituyen:

Un primer intento por sustraer del ámbito judicial discusiones que a todos parecían mejor ubicadas en el ámbito moral de las relaciones clínicas privadas entre profesionales y pacientes, y en el interior del tejido vital de las instituciones sanitaria (SIMON, 2002, p. 248).

Comisiones, expertos y ciudadanos, desde diversos enclaves sociales, empezaron a incorporar la moral a las instituciones mediante procesos de deliberación razonable. Este proceso requiere participación de un grupo de personas que representen a todos los afectados, y que se respeten en el diálogo como interlocutores válidos y en condiciones de igualdad, requiere un método analítico, que contraste aquello que se delibera con los principios, y después con las consecuencias y circunstancias de cada caso.

La deliberación es un modo de conocimiento del razonamiento moral, en el que todos los implicados se hallan en un proceso de evaluación y cambio de sus propios puntos de vista, con el deseo de enriquecer la propia comprensión de los hechos y de tomar una decisión prudente. Este proceso, genera en sí mismo conocimiento moral, permite la participación en la búsqueda de soluciones a los conflictos de valor, creando el bien común, las posibilidades morales que se descubren en el seno de una ciudadanía plural (CORTINA, 2008, p. 14-18).

3.3 EL MÉTODO DELIBERATIVO MORAL DE DIEGO GRACIA

Diego Gracia define como protocolo del comité de ética asistencial el método deliberativo principalista, jerarquizado y moral, complementando y dando una luz en la deliberación por jerarquía de los valores involucrados en la deliberación, entendiendo unos valores de mayor jerarquía y otros de menor categoría. Una breve síntesis el método deliberativo moral de Diego Gracia, se representa en cuadro 1 explicativo a continuación.

Cuadro 1 - Método Deliberativo Moral Diego Gracia

TIPO DE MÉTODO	MARCO ÉTICO	PRINCIPIOS NORMATIVOS	FASES DEL MÉTODO
Deliberativo Moral.	Dignidad intrínseca del ser humano	1. No maleficencia. 2. Justicia 3. Beneficencia 4. Autonomía	1. Presentación del caso por la persona responsable de tomar la decisión. 2. Discusión de los aspectos clínicos de la historia clínica. 3. Identificación de los problemas morales que suscita. 4. Elección: por la persona responsable del caso, del problema moral que le preocupa y quiere que se analice. 5. Identificación de los cursos de acción posibles. Identificación de los cursos extremos de acción. Búsqueda de los cursos de acción intermedio. 6. Análisis del curso de acción óptimo. 7. Decisión final. 8. Comprobación de la validez basada en las pruebas de consistencia: Prueba de la publicidad, prueba del tiempo, prueba de defensa pública si fuese necesario.

Fuente: Gracia (2003).

La deliberación es el método propio del razonamiento práctico, aquel que tiene por objeto la toma de decisiones prudentes. Es un procedimiento complejo, en el que cabe distinguir tres momentos:

- a) La deliberación sobre los hechos;
- b) La deliberación sobre los valores en juego;
- c) La deliberación sobre las circunstancias y consecuencias de la decisión a tomar.

Cada uno de estos tres momentos posee sesgos, difíciles de decidir por su carácter. Al procedimiento propio del razonar dialéctico lo llamó Aristóteles, decisiones prudentes, no son decisiones ciertas, se

delibera sobre aquello que puede ser de otra manera.

En bioética, la base referencial de la fundamentación es la dignidad intrínseca del ser humano, entendiendo la bioética como una ética cívica, secular, aplicada como la ética de la responsabilidad, considerando siempre las circunstancias y las consecuencias de las decisiones. A lo anterior, se agregan los cuatro principios de la ética biomédica, aplicados con la jerarquización propuesta por Diego Gracia, quien considera de primer orden la no maleficencia y la justicia y en segundo orden, los principios de autonomía y beneficencia.

Una segunda condición para la aplicación de un método de análisis es la actitud de quien delibera, reconociendo que las posiciones personales pueden ser sesgadas e insuficientes y que otros puntos de vista pueden ser igualmente válidos. Finalmente, las fases propuestas por Gracia, dan cuenta de la exhaustividad para tomar una decisión médica, haciendo énfasis en la capacidad de escucha, la capacidad para reconocer nuestra factibilidad y la razón de lo que dicen los demás, y la capacidad de asunción de ciertos niveles de incertidumbre (GRACIA, 2003).

3.4 LEY DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN CHILE

Se promulga la Ley N° 20.584, en los artículos 17 al 22 y 4 al 7 del DFL. N° 1 del año 2005, ambos del Ministerio de Salud, y teniendo las facultades del que confiere el artículo 32, N° 6, se promulga la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes. Esta Ley entrega el marco regulatorio y normativo sobre el respeto a los deberes y derechos de los pacientes en salud.

Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. La ley se publicó en el Diario Oficial el 24 de abril de 2012 y entró en vigencia el 1 de octubre del 2012. Es aplicable a todos los prestadores públicos y privados, institucionales e individuales.

3.4.1 Los comités de ética asistencial

Se definen los Comités de ética asistencial como “un grupo multidisciplinar de personas que, dentro de una institución sanitaria, ha recibido oficialmente la misión de aconsejar a los profesionales

sanitarios en sus decisiones sobre las cuestiones éticas planteadas en el curso de la práctica clínica” (SARRIAS, 2006, p.1).

“En Europa, los comités de ética asistencial son mucho menos numerosos que en EE.UU., si bien en algunos países, España entre ellos, cuentan con ellos prácticamente en todos los hospitales, tanto públicos como privados, existiendo una legislación bien establecida que determina su proceso de acreditación” (SARRIAS, 2006).

Los avances técnicos en el campo de la medicina que tuvieron lugar a lo largo del siglo XX y las controversias que surgieron a partir de diferentes experiencias de investigación que no cumplían ningún tipo de principio ético, fueron razones que dieron lugar a la aparición y organización de los Comités Éticos Asistenciales, que se ocuparon tanto de los problemas bioéticos que surgían en el campo asistencial como en el campo de la investigación (SARRIAS, X.L, 2006).

El estudio *Ética Clínica y Comités de Ética en Latinoamérica*, Leon (2011), resume los temas presentados en el VIII Congreso de Bioética de la Fundación de Bioética (FELAIBE), y presenta entre ellas.

Experiencias en comités de ética asistenciales en hospitales, describe que en 20 años de haber conformado FELAIBE, se ha acrecentado la formación académica de profesionales de la salud, se ha fortalecido la ocurrencia de congresos, la creación de centros, asociaciones y sociedades de bioética.

El estudio fue re alizado a través de una encuesta aplicada en 472 comités ético - asistenciales de los países latinoamericanos, entrega respuestas que resumen las fortalezas y debilidades existentes en estos comités.

Las principales fortalezas serían:

Las disposiciones y requerimientos de organismos internacionales de acreditación de las instituciones de salud, que resaltan la necesidad de contar con los CEA en cada institución.

La efectiva creación oficial de CEA en las instituciones gubernamentales en algunos países.

La percepción de las comunidades acerca de la eficiencia en el funcionamiento de los CEA, la que en general es buena (PERALTA CORNIELLE, 2011, p. 143).

En cuanto a las debilidades y dificultades para el funcionamiento regular de los CEA, son expresiones comunes en todos los que responden y comprenden las siguientes:

La existencia en pocos países de regulaciones legales y administrativas para la conformación de estos comités, falta de apoyo institucional, falta de insumos, funciones ad-honorem de los integrantes que se traduce en poco interés en participar por la responsabilidad que conlleva el participar sin reconocimiento oficial, ausencia de regularidad de las reuniones de estos comités, ausencia de apoyo legal cuando se dirimen cuestiones del ámbito legal y deontológico, no existencia de profesionales calificados en ética asistencial que orienten el proceso de consolidación de los comités (PERALTA; CORNIELLE, 2011, p.154).

Concluyen que muchos países latinoamericanos reflejan el interés de aprender esta nueva disciplina, la bioética ha aportado a la reflexión y al debate público de los principales temas valóricos relacionados con la vida y la ciencia, se ha introducido en la formación de pre-grado de carreras de la salud y de otras disciplinas y está presente en la formación continua de posgrado en muchos profesionales. Aunque se ha extendido por toda Latinoamérica la formación de los comités de ética asistenciales, aún no tienen todo el desarrollo que deberían, finalizan planteando desafíos, fomentar el apoyo de los CEA, compartir experiencias, favorecer la mayor formación de sus integrantes, conseguir que obtengan el reconocimiento institucional debido (PERALTA; CORNIELLE, 2011).

El sentido de los comités de ética es orientar la toma de decisiones en los ámbitos hospitalarios, donde un aspecto fundamental del análisis se refiere al proceso de toma de decisiones (SARRIAS, 2006).

También existe una función modélica ejemplar, ocurre cuando las decisiones del CEA sobrepasan el área hospitalaria y llegan a otros hospitales o a la población general, puede ser reconocido como “la ética del comité de ética” (SARRIAS X.L, 2006).

“Los grandes avances médicos, como la aparición de la diálisis, los instrumentos de control cardiovascular, los inmunodepresores y la fertilización "in vitro", entre otros, han estimulado la necesidad de la existencia de los CEA como recursos éticos, que la sociedad y el personal

sanitario necesitan para hacer más eficaz sus acciones”. El recurso judicial debería reservarse para las situaciones en que las partes implicadas advierten incapacidad para resolver desacuerdos acerca de materias de importancia. Las instituciones sanitarias deberían explorar y evaluar diversas instancias administrativas posibles para revisar y consultar en materias no rutinarias acerca de la toma de decisiones. Ante esto, se considera que los CEA darían estas respuestas. (SARRIAS, 2006, p.394).

Los comités de ética asistenciales en Estados Unidos y Europa dan cuenta de vivencias similares, se inician y dan cuenta de acciones con fuerza, en la medida que transcurre el tiempo se aprecia cansancio, falta de iniciativas de los integrantes de los CEA, detención o estancamiento en sus acciones, lo que genera desinterés por parte de los directores y jefes de entidades sanitarias de ser visto como una instancia consultora que represente y signifique orientación a profesionales y pacientes consultantes. (ABEL, F, 2006, p. xx).

3.4.2 Marco normativo de los CEA en Chile

La conformación, funciones y responsabilidades del Comité de Ética Asistencial en Chile se encuentra regido, por las normas establecidas en la ley N° 20.548, que Regula los derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas en su atención en Salud, dictada por el Ministerio de Salud de Chile, el Decreto N° 62 , que aprueba el Reglamento para la Constitución y funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial , del Ministerio de Salud , promulgado el 25 de Octubre de 2012, y publicado en el Diario Oficial el día 8 de julio del 2013, que aprueba el Reglamento par la Constitución y Funcionamiento del Comité de ética Asistencial.

La ley dice dice, que podrán constituirse estos comités en todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados. Sin embargo, “Su creación será obligatoria para aquellos centros hospitalarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud que hayan obtenido su reconocimiento como establecimiento de autogestión en red, para los establecimientos de salud de carácter experimental u otros que

se clasifiquen como de alta complejidad y especialización. Subsecretaría de Redes Asistenciales, aprueba el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial, 08-07-2013. (CHILE, 2013).

En adelante los comités se regirán por las disposiciones que este reglamento dispone en cuanto a su creación, composición, funciones y periodicidad de sus sesiones como asimismo a los mecanismos de acceso que dispondrán los usuarios y los profesionales tratantes que requieran de su opinión en los términos que dispone dicha ley (CHILE, 2013).

Esta ley define que los comités son órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los problemas éticos en la práctica asistencial, formados para mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella.

A partir de este año se constituye exigencia la formación de los CEA como requisito para todas las instituciones de salud, su funcionalidad es controlada por el Ministerio de Salud y por las normas de acreditación de las instituciones de salud de atención abierta y cerrada en Chile.

Atendiendo a lo anterior, la Clínica de Magallanes posee un Comité de ética Asistencial, normado por un Protocolo de ética asistencial, documento formulado el año 2010, reformulado años 2011, 2015, 2016, éste señala:

El Comité de Ética Asistencial de Clínica de Magallanes, surge como una instancia de asesoría, educación y orientación normativa en relación a la bioética. El propósito general fue constituirse como una instancia interdisciplinaria, autónoma e independiente que se ocupe de las consultas, estudios, normas y planes a seguir en dilemas éticos que surgen de la práctica asistencial diaria. Para este fin, reconoce como marco de referencia los cuatro principios de la bioética: respeto a la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (CLÍNICA DE

MAGALLANES, 2016).

La influencia para la conformación del CEA en Chile ha sido la corriente principialista de Georgetown, de los autores norteamericanos Beauchamp y Childress y el Método Deliberativo Moral del bioeticista español, Diego Gracia.

El médico Psiquiatra Fernando Lolas Stepke, señala que:

Los principios esenciales de la bioética son la autonomía, la beneficencia, la justicia y la no maleficencia”, estas dos últimas “son el fundamento de la ética cívica de mínimos, aquella que puede exigirse”. En cuanto a la autonomía y beneficencia, son fundamento de una ética de “máximos”, “opcional, pero deseable”. Estos principios son “ideales de perfección, no pueden exigirse. Sólo cabe aspirar a ellos (LOLAS, 2002, p. 122-123).

Es importante considerar que siempre habrá grados de incertidumbre que no se pueden suprimir. El propósito final en las instancias de deliberación de los CEA es llegar a conclusiones que serán recomendaciones para responder a un problema y ayudar a un paciente concreto, para ello, es necesario examinar la mayor cantidad de elementos clínicos, biológicos, contextuales y biográficos del enfermo.

3.5 COMISIÓN DE ACREDITACIÓN Y CALIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN ESTADOS UNIDOS E INFLUENCIA EN CHILE

La Comisión de Acreditación y Calidad de Instituciones de Salud en EEUU, (JCAHO), es la organización de acreditación y calidad más importante de ese país y la que mayor influencia ha tenido en Chile.

La JCAHO, durante el año 1995 fue crucial para el desarrollo de la ética en las instituciones de salud, puesto que en este período incluye en su Manual de Acreditación, un capítulo referente a la ética en las organizaciones (SIMON, 2005).

En torno a los manuales de derechos del paciente que la JCAHO ha publicado, se han desarrollado debates importantes que han contribuido a perfeccionar y modernizar dichos manuales. Un antecedente importante lo constituye el hecho ocurrido año 1992, donde

publica en dicho Manual “que las instituciones sanitarias dispusieran de algún tipo de estructura o mecanismo para respetar estos derechos.” (SIMON, 2005, p. 250-251). El Manual significó un apoyo fundamental para la creación de comités de ética en las organizaciones hospitalarias.

En Chile, acorde a lo dispuesto en el numeral 2^a del Artículo 121 del Decreto con Fuerza de Ley N^a 1, de 2005, del Ministerio de Salud, en la Ley 19.880, sobre Bases de Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado , en el “Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de la Salud “, aprobado por el Decreto Sanitario , DS N^a 15/2007, del Ministerio de Salud, en el Decreto Exento N^a18 , de 2009, de ese mismo Ministerio, aprueba el Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada (CHILE, 2012).

Desde esta fecha se ha estado trabajando fuertemente para entregar una atención en salud bajo estándares de calidad y seguridad, normados para la atención de los enfermos en Chile. Bajo la perspectiva de Decreto Ley, Clínica de Magallanes, ha obtenido en dos oportunidades la calidad de acreditada (2012-2015), situación que mantiene actualmente, cumpliendo estándares de calidad exigidos en el país (CLINICA DE MAGALLANES, 2018).

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1 LA HERMENÉUTICA

Se utilizó como referencial metodológico la Hermenéutica bajo la perspectiva del filósofo Hans-Georg Gadamer, buscando interpretar la realidad del fenómeno, expresados por los participantes entrevistados, en una muestra intencionada de sujetos.

El referencial es apropiado para obtener la comprensión de una realidad, donde a través de la interpretación del significado oculto que expresan los discursos, se buscó conocer e interpretar una realidad presente en un contexto y realidad histórica determinada.

La Hermenéutica es considerada el arte de interpretar textos, originalmente textos sagrados, considerada también una ciencia, basada en la teoría de Hans Gadamer, la teoría de la verdad y el método, que expresa la universalidad del fenómeno interpretativo desde la concreta y personal historicidad. El origen de la palabra hermenéutica es griego, hermenéutica, deriva del verbo “interpretar” (hermeneuo) (DICCIONARIO DE FILOSOFÍA, 2016).

Como herramienta de la hermenéutica, se utilizó el círculo hermenéutico de Gadamer : que explica que a través de la dialéctica y los preconceptos de ambos sujetos: entrevistado y investigador, se producen interpretaciones, nuevos preconceptos, re- interpretando los discursos obtenidos, el círculo fluye en una dirección y no se detiene, llegando a la etapa de la fusión de horizontes y de contextos , en esta etapa surge una nueva realidad , se da valor a la dialéctica, permite la comprensión del fenómeno, construyendo nuevos significados, nuevas interpretaciones.

Hans-Georg Gadamer, filósofo alemán, fundador de la Escuela Hermenéutica, busca interpretar textos más allá de las palabras, este autor afirma que la interpretación debe evitar prejuzgar con ideas y juicios preconcebidos. Considera importante escuchar sin juzgar, donde la escucha reflexiva es un método efectivo si evita las arbitrariedades que permitan comprender el significado de lo que nos expresan o comunican, Gadamer postula que la hermenéutica no se reduce a un acceso científico o cultural de la realidad , la hermenéutica es una condición existencial del hombre, en este sentido , el hombre se define existencial e históricamente como un hombre hermenéutico, y la vida humana como una experiencia interpretativa (GADAMER, 2017a).

4.2 CÍRCULO HERMENÉUTICO

Según Gadamer el giro hermenéutico se dirige en primer lugar en dirección a aquello que se transmite a través del lenguaje, así en una conversación el lenguaje es lo válido, no así el interlocutor u otro. (GADAMER, 1998).

El círculo hermenéutico es una manera reflexiva que permite interpretar los datos con base en otras informaciones, la circularidad de la interpretación es un proceso que está presente en cualquier aprehensión de conocimiento (ALVES; RABELO; SOUZA, 2014).

Algunos principios interpretativos deben ser considerados por constituir el plano de fondo del círculo hermenéutico como método de interpretación: el todo explica las partes y las partes explican el todo; es necesario comprender los preconceptos del autor de texto; siempre interpretamos un texto con base a nuestros preconceptos; para interpretar un texto debe existir un diálogo entre los preconceptos del autor y los preconceptos del lector; un texto forma un lector y el lector reforma un texto; comprender un texto implica comprender a si mismo; la comprensión de un texto nunca termina. (RICHARDSON, 2017, p. 48).

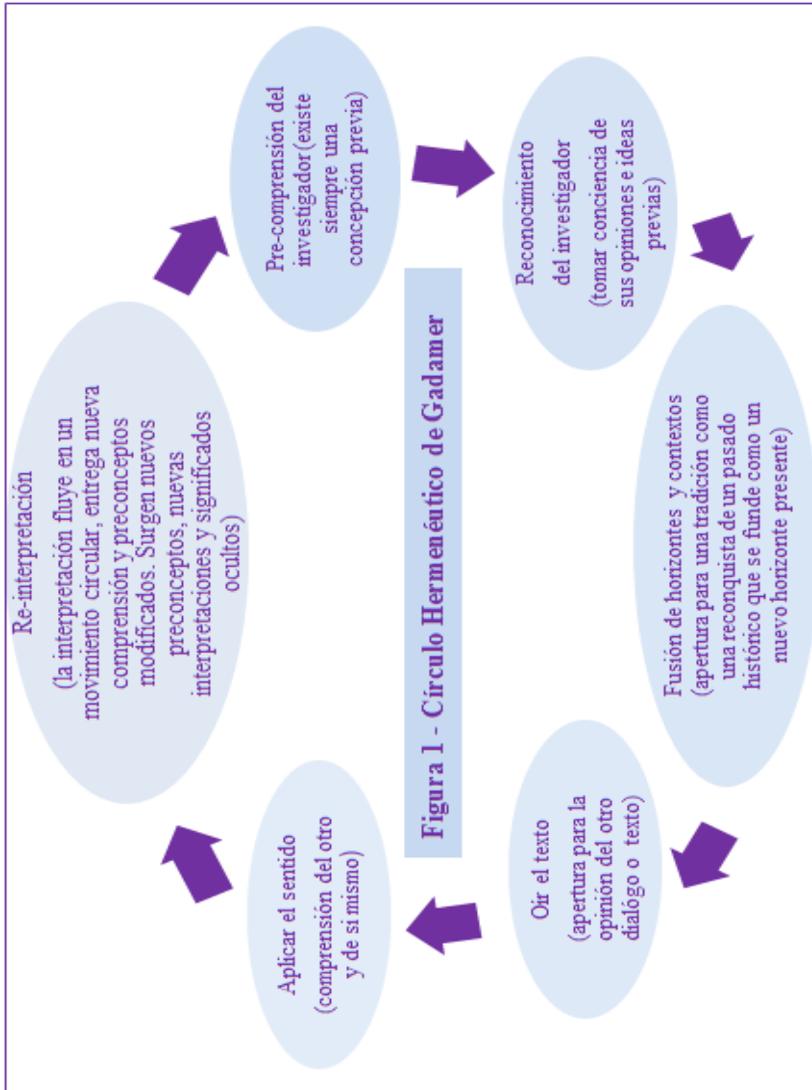
Gadamer (1998), plantea el hecho de considerar al Círculo Hermenéutico y a los prejuicios en una estrecha y profunda relación. Comprender un texto implica siempre un proyectar, anticipar un sentido que se revisará ,conforme se vaya penetrando en el sentido del texto. La interpretación parte de conceptos previos que se irán sustituyendo, en el mismo transcurrir de la interpretación por otros conceptos que se adecúe mejor.

En definitiva, considero que el proceso nunca se convierte en un círculo cerrado, debido a que no existe la interpretación absoluta que la cierre, siempre estamos dentro del círculo, interpretando desde adentro, en palabras de Gadamer: “la regla hermenéutica de comprender el todo desde lo individual y lo individual desde el todo.... La anticipación de sentido que hace referencia al todo, solo llega a una comprensión explícita a través del hecho de que las partes que se determinan desde el todo, determinan a su vez a ese todo. (ECHEVARRIA, 2017, p. 360).

Un diálogo no es cualquier conversación. Se trata de la más fecunda expresión de la “fusión de horizontes”.

En el diálogo observamos el ejercicio mutuo de dos horizontes diferentes, que asignan sentidos distintos, pero que se relacionan asumiendo su propia precariedad.

En él, los interlocutores procuran no sólo hacer sentido de los sentidos del otro, sino, de la misma forma, hacer mejor sentido de sí mismos, iría incluso más lejos y añadiría: consiste también en sospechar que lo que hasta ahora hemos creído saber, podría derrumbarse en cualquier momento. El diálogo se sostiene en una profunda humildad, en la apertura al misterio que es el otro y al misterio que es la vida. (ECHEVARRIA, 2017, p. 361).

Figura 1 - Círculo Hermenéutico de Gadamer (Adaptado)

Fuente: Gadamer (2017 a, 2017 b); Richardson (2017)

4.2.1 Etapas del círculo hermenéutico

Pre-comprensión; reconocimiento; fusión de horizontes y contextos; volver a la comprensión del texto; aplicación del sentido; re-interpretación.

a) La Preconcepción/pre-comprensión: es un resentimiento o idea preconcebida de lo que pensamos sobre el objeto en estudio; siempre existe una preconcepción.

b) Reconocimiento: antes de leer un texto, el lector ya tiene una idea de lo que está leyendo, es necesario preguntarse, ¿qué conozco del texto?, se debe escribir la primera comprensión.

c) Fusión de horizontes y contextos: a través de la dialéctica entre interlocutor e investigador surgen nuevos preconceptos, una nueva interpretación y comprensión en un horizonte de nueva interpretación y comprensión del texto, un nuevo conocimiento.

d) Volver a la comprensión del texto: valora el diálogo, el lenguaje oral o escrito es la esencia del fenómeno.

e) Aplicación del sentido: da valor al contexto, al momento, a la circunstancia histórica donde se expresa el fenómeno.

f) Reinterpretación: se mueve en un flujo circular y vuelve a reinterpretar el texto, el círculo nunca se cierra (GADAMER, 2017a; 2017b; RICHARDSON, 2017).

Al leer un texto, tiene que ser considerada la pre-comprensión del lector, para alcanzar la comprensión de un texto es necesario que el intérprete examine sus opiniones previas en cuanto a su legitimación, es decir, en cuanto a su origen y validez. Lo que es dicho por alguien, de las más diversas formas. Y en el caso de que el intérprete tenga conocimiento. Sin embargo, no siempre sólo tener conocimiento representa una condición que facilita la comprensión si las opiniones previas del intérprete continúan completamente desapercibidas. Se necesita la apertura para la opinión del otro o para la opinión del texto, estando dispuesto a dejar que éste le diga algo. En ese sentido, una conciencia formada hermenéuticamente debe mostrarse receptiva a la alteridad del texto, considerando también los presupuestos del lector para que haya un enfrentamiento entre la verdad del texto con sus opiniones previas personales, incluyendo la apropiación selectiva de las propias opiniones y preconceptos. Los prejuicios no percibidos pueden hacer la lectura sorda para lo que le habla la tradición (GADAMER, 2017 a, GADAMER, 2017 b).

“Preconcepto” no significa en modo alguno, falso juicio, una vez que su concepto permite que pueda ser valorado positiva o

negativamente. En si mismo “preconcepto” quiere decir un juicio que se forma antes del examen definitivo de todos los momentos determinantes según la cosa en cuestión (GADAMER, 2017a, p. 360).

Comprender significa primero entenderse en la cosa y, en segundo lugar, apartar y comprender la opinión del otro como tal. [...] La hermenéutica debe partir del hecho de que quien quiere comprender está ligado a la cosa que viene a hablar en la tradición, manteniendo o adquiriendo un vínculo con la tradición desde donde habla el texto transmitido. (GADAMER, 2017b, p. 78-79).

Así, la conciencia hermenéuticamente formada incluía una conciencia histórica. El movimiento circular de la comprensión se mueve desde las partes de un todo y de nuevo hacia el todo. El movimiento circular se da entre el intérprete y su texto. El intérprete no se encuentra fuera, sino dentro del contexto.

Gadamer (1998, p. 146), refiriéndose al círculo hermenéutico afirma:

Intenté, por lo tanto, abrir el círculo hermenéutico y el uso que Heidegger hacía de él, en dirección al movimiento que se produce en una conversación. No se trata simplemente de un procedimiento que uno lleva a cabo sobre un texto dado, sino de un movimiento de existencia que antecede a todo procedimiento. [...] Hermenéutica se refiere sobre todo a que hay algo ahí que se dirige a mí y me cuestiona a través de una pregunta. Esta es la razón de que el lenguaje sólo pueda ser en la conversación lo que puede ser, pues es en el juego de pregunta y respuesta donde ofrece una perspectiva que no se encontraba ni en la mía ni en la del otro.

El movimiento de la comprensión transcurre siempre del todo hacia la parte y, de ésta, de vuelta para el todo. La tarea es ampliar, en círculos concéntricos, la unidad del sentido comprendido. El criterio que cada vez se ha de emplear para constatar la justeza de la comprensión es la concordancia de todas las partes singulares con el todo. La falta de esa concordancia significa el fracaso de la comprensión (GADAMER, 2017 b).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Metodología cualitativa, tipo exploratoria con enfoque en la hermenéutica de Gadamer.

5.1.1 Enfoque de la investigación

Estudio cualitativo, conducente a comprender como realizan el abordaje y deliberación frente a los problemas éticos asistenciales, los profesionales de la salud en una Clínica de Magallanes, Chile; conociendo una realidad.

5.1.2 Metodología de la investigación cualitativa

Es un metodología de investigación que considera como prácticas de recolección de datos diversas herramientas, tales como: la entrevista personalizada, observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discursos de los participantes, evaluación de experiencias personales, registros de historias de vida, interacción con personas, grupos y/o comunidades, se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados con exactitud.

La recolección de información consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes: emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos, el investigador recolecta datos a través de lenguaje escrito, verbal y no verbal, observa el entorno, considera las interacciones entre diferentes personas, grupos y comunidades, reconoce las vivencias y tendencias personales de estos de igual manera a como la describen los participantes. (RIBEIRO et al, 2018).

Es un proceso de recolección de información flexible, holístico, el investigador obtiene información y busca interpretar el significado lo que se va captando, sin intervenir.

Se fundamenta en la realidad interpretativa centrada en el entendimiento del significado de lo que relata el participante.

Esta metodología de investigación da un significado a la realidad a través de las interpretaciones de los participantes a través de sus propias interpretaciones, estas realidades se van modificando a medida

que avanza la investigación y las realidades descritas por los participantes (RIBEIRO et al, 2018).

El investigador se introduce en la realidad del participante y construye conocimiento conociendo que forma parte del fenómeno que se investiga. Es un método naturalista porque estudia los fenómenos y los seres vivos en sus ambientes naturales y en el diario vivir. Es interpretativo porque busca encontrar significado sentido a los fenómenos en base a los significados que cada persona le otorgue a esta realidad (RIBEIRO et al, 2018).

5.2 LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se efectuó en clínica sanitaria de la región de Magallanes, Chile.

La Clínica de Magallanes es una institución de salud creada en el año 1982, actualmente conforma una sociedad en un consorcio en red de seis clínicas de atención en el país que entrega atención abierta y cerrada a usuarios principalmente que cuentan con sistemas de seguros de salud, y/o se encuentran en convenios con instituciones y empresas, realiza atención a mutuales para los trabajadores accidentados a través de convenios especiales, a pacientes de otras instituciones trasladados por convenios, a pacientes clasificados como Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), a pacientes por Ley de Urgencia (LU), a pacientes acogidos a las Garantías Explícitas de Salud (GES), y pacientes con diagnósticos que generen activación de la Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC). (CLÍNICA MAGALLANES, 2018).

Los principales usuarios son los habitantes de las comunas de la XII Región (Punta Arenas, Puerto Natales, Tierra del Fuego), Patagonia Argentina (continental e insular), Islas Falkland, científicos y personal uniformado que permanecen en territorio antártico, además de turistas de todas las nacionalidades que anualmente visitan la región.

La actividad principal de la clínica es la prestación de servicios hospitalarios y ambulatorios a pacientes de diferentes instituciones de salud previsional, entrega cobertura de atención a usuarios de hospital del servicio público, a usuarios del Hospital de las Fuerzas Armadas de la región de Magallanes y a pacientes extranjeros si lo requieran, a través de convenios y servicios.

La Clínica de Magallanes fue acreditada como institución de salud el año 2012, condición que se mantiene hasta el día de hoy, este

factor promueve el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad de la atención de los pacientes que acceden a sus servicios.

En esta institución de salud existe un Comité Ético conformado el año 2010 constituido en esa oportunidad por cinco profesionales, todos funcionarios de la organización, actualmente está constituido por nueve integrantes, dos de ellos externos a la clínica como componente de los protocolos y estándares de calidad y de seguridad en la atención de los usuarios (CLÍNICA DE MAGALLANES, 2018).

El recurso humano está integrado por diferentes estamentos, distribuidos en más de 80 médicos generales y variadas especialidades médicas, sumado a profesionales no médicos de apoyo, quienes en conjunto alcanzan a más de 389 profesionales, los que integran un gran equipo humano, conformado por 50 enfermeras, matronas, sicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, tecnólogos médicos, técnicos paramédicos de nivel superior, químico farmacéutico, sicólogos, profesionales del área gerencial, comercial, administrativos, otros. Cabe destacar que, durante el año 2018, por ampliación de planta física y del corporativo de red de clínicas privadas a la cual pertenece Clínica de Magallanes, la dotación de personal ha ido en aumento (CLÍNICA DE MAGALLANES, 2018).

La cultura organizacional fomenta el actuar ético en todos los profesionales, en el personal colaborativo, en todas sus actividades impulsa a cumplir relaciones comerciales equitativas, el respeto por la privacidad, dignidad, autonomía y la entrega de un trato humanizado del paciente y sus acompañantes, comprometida con el desarrollo de la institución y de asegurar que las actividades sean sustentables con el cuidado del medio ambiente.

La clínica actualmente posee un total de 57 camas y de éstas, 10 pertenecen a servicio de UPC Adulto.

La Unidad de Pacientes Críticos de Adultos (UPC) adulto, tiene como principal función el cuidado de los usuarios que se encuentran en riesgo vital, que requieren monitorización de hemodinamia permanente y continua, con personal altamente calificado y competencias para entregar estos cuidados. Por otro lado, el servicio de UPC está dotado de equipos clínicos de última generación, que permiten dar asistencia, soporte y tratamiento a las necesidades que requiere el enfermo, según patologías.

Se espera que el personal entregue cuidados humanizados y enmarcados en valores y principios de bioética, lo que requiere valores de empatía en la atención, contar con conductas humanizadas, favorecer la interacción del profesional clínico y el paciente con instancias de

comunicación que entreguen preocupación y cercanía, esto se ve reflejado en la relación flexible con los familiares cercanos del paciente, permitiéndoles una interacción e información fluida.

En Chile, desde que se promulgó la Ley 20.584, de Deberes y Derechos de los Pacientes (2012), se ha estado trabajando en otorgar mejores condiciones en la calidad y seguridad de atención de los enfermos, reflejado en las modificaciones tendientes a las buenas prácticas en las distintas áreas de salud.

5.3 SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Un total de 14 profesionales permanentes de salud de la clínica, formaron parte de esta investigación.

Perfil de los participantes de la investigación

a) Diez enfermeras (os), de la Unidad de Pacientes Críticos (UPC) adulto.

b) Cuatro integrantes del Comité de Ética Asistencial (CEA), correspondió a profesionales de la salud de diversos estamentos disciplinares.

Se presentan abajo del texto, cuadros de Perfiles de participantes de UPC y del CEA.

Cuadro 2 - Perfil Enfermeras(os) UPC adulto, Clínica de Magallanes, Chile, 2018

Código	Años de servicio en UPC	Año de Egreso	Sexo	Edad
EU-1	8	2010	F	40
EU-2	2	2016	F	28
EU-3	4	2013	F	30
EU-4	2	2016	F	25
EU-5	6	2012	F	29
EU-6	3	2015	M	27
EU-7	8	2010	F	35
EU-8	2	2016	F	26
EU-9	2	2012	F	30
EU-10	2	2016	F	27

Cuadro 2 - Perfil de los participantes del CEA; Clínica de Magallanes, Chile, 2018

Código Profesionales de salud del CEA	Años en CEA	Edad	Sexo	Años en clínica	Año de Egreso
CEA -1	7	69	M	36	1974
CEA -2	2	50	M	26	1992
CEA -3	2	45	M	11	2002
CEA -4	2	45	F	10	2007

Criterios de inclusión de los participantes

Profesionales pertenecientes a personal permanente , enfermeras de UPC adulto e integrantes del CEA.

Profesionales que desempeñen actividades en esta institución con un mínimo de doce meses de permanencia en la institución, previo a la entrevista.

Criterios de exclusión de los participantes

Profesionales enfermeras externos del servicio de UPC adulto, (suplencia) y sin contrato en Clínica Magallanes.

Enfermera coordinadora de UPC, por dependencia administrativa.

Integrantes del CEA de Clínica Magallanes sin contrato en la Institución.

5.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1 Entrevista semiestructurada grabada

Se utilizó como herramienta de recolección de datos: la entrevista semiestructurada grabada en audio, transcritas a programa word, posteriormente se codificó, reemplazando el nombre del participante por un código que identifico a cada participante, resguardando su identidad personal, se utilizó un diario de campo en cada entrevista.

La entrevista semiestructurada se aplicó como prueba piloto, previamente en Clínica Magallanes, en una muestra de tres enfermeras que no formaron parte del estudio y que desempeñaron funciones en UPC, un período mínimo de doce meses previo a la entrevista.

El propósito de la prueba piloto fue tener la oportunidad de revisar previamente las preguntas a realizar en las entrevistas, donde se pudiera encontrar falta de información o de comprensión, en estos casos, se volvió con el entrevistado para obtener datos faltantes. Se acompañó cada entrevista con diario de campo y registro de situaciones vivenciales en cada una de ellas, conceptualización que corresponde al muestreo teórico.

La entrevista semiestructurada es un instrumento de recolección de datos relevantes para obtener respuestas e información necesaria en una investigación de metodología cualitativa.

La entrevista es una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas. Como técnica, puede ser influenciada por las características personales del entrevistador, significa un encuentro entre dos personas: un investigador y un entrevistado, el investigador hace preguntas que pueden ir desde el investigador hacia el entrevistado, el entrevistado a su vez, también puede ser preguntado por el informante. La entrevista no se basa solamente en cuestionarios, sino en entrevistas más abiertas, cuya máxima expresión es la entrevista cualitativa en profundidad, donde se mantiene una conversación con el informante, los encuentros se repiten hasta que el investigador ha efectuado revisión de cada entrevista, ha aclarado los temas emergentes y cuestiones relevantes para el estudio.

El investigador al utilizar la entrevista desde la perspectiva cualitativa, lo hace como una herramienta en sus distintas formas de presentarse, sus preferencias serán orientadas a lograr que el entrevistado hable en forma abierta.

Previo a realizar la entrevista la co-investigadora preparó un guión temático sobre las preguntas que necesitaba responder el entrevistado. (Apéndice G- Matriz de preguntas). Las preguntas se realizaron con modalidad de respuesta abiertas, el informante pudo expresar sus opiniones, pudo desviarse del guión inicial pensado por la investigadora, en ocasión en que se distinguió la aparición de temas emergentes que fue preciso explorar, la co-investigadora veló para mantener la concentración e introducir en las respuestas del informante, los temas que eran de interés para el estudio, enlazando para esto la conversación de una forma natural durante el transcurso de ésta.

Se relacionó las respuestas de los informante sobre una categoría con otras que emergieron en la entrevista , y se construyó nuevas preguntas (DENZIN; LINCOLN, 2005, p.643).

La entrega de información a los participante se socializó por la investigadora con los participantes de los dos grupos de estudio , para lo cual coordinó vía correo electrónico, citando a reunión a cada uno de ellos, para informar sobre la investigación, utilizó una sala de reuniones, estableciendo fecha y hora de reuniones ajeno a horario de roles de turnos y definido acorde a oportunidad.

En esta reunión se proporcionó información general de la investigación, se presentó y socializó el documento “Consentimiento Informado” (CI), detalló generalidades de la investigación, se explicó uso de Consentimiento Informado a todos los participantes.

Cada participante pudo decidir libremente su participación, fueron informados que podrían retirarse del estudio en el momento que lo estimaren, si no accedían a participar, no serían afectados de ninguna manera, su identidad se mantuvo confidencial, cada entrevistado se nominó con un código que reemplazó su nombre, ejemplo, primer grupo de estudio, participantes enfermeras de UPC adulto , los códigos asignados fueron: enfermera 1 (EU-1), enfermera 2 (EU-2), enfermera 3 (EU-3) , etc.

En el segundo grupo de estudio, Comité de Ética Asistencial (CEA); los códigos asignados fueron: profesional 1 (CEA-1); profesional 2 (CEA-2); profesional 3 (CEA-3); profesional 4 (CEA-4).

Se les explicó que la herramienta de recolección de la información que se utilizaría, era la entrevista semiestructurada grabada, en formato acorde al rol de los participantes (Enfermeras UPC / Integrantes del Comité de Ética Asistencial), durante la aplicación de la entrevista semiestructurada se aseguró mantener la privacidad y confidencialidad del entrevistado, la información obtenida por cada entrevistado fue puesta a resguardo de la co-investigadora, el tiempo considerado para cada entrevista , correspondió a un tiempo de 45 minutos.

Finalizada reunión, se presentó el documento Consentimiento Informado, solicitando firmar si aceptaban participar, si no aceptaban podían expresarlo y no firmar. Los documentos de Consentimientos Informados, fueron impresos en dos copias firmadas que constataron la aceptación, el formato original se mantiene con la co-investigadora responsable y una copia se entregó al profesional entrevistado. Para aplicar el instrumento de recolección de datos: las entrevistas semiestructuradas grabadas; se utilizó una sala de reuniones de Clínica

de Magallanes, para esto, se contactó previamente a los participantes vía correo electrónico, coordinando reunirse con cada uno de ellos, en fecha y hora ajenos a roles de turnos, definido acorde a oportunidad e inserto en cronograma de la investigación.

Durante la aplicación de las entrevistas semiestructuradas, se aseguró mantener privacidad y confidencialidad del entrevistado y de la información obtenida. El tiempo empleado por cada entrevista correspondió a 45 minutos aproximadamente.

5.4.2 Análisis de resultados

Se utilizó el programa computacional ATLAS.ti, versión 7, herramienta informática, cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de grandes cuerpos de datos textuales de material recolectado, gráficos, audio y video. Permite organizar, reagrupar datos, codificar entrevistas realizadas, establecer categorías centrales, subcategorías, determinar vínculos y extraer relaciones existentes entre las ideas principales en cada entrevista, formulando representaciones de figuras gráficas de la información obtenida. (SARABIEGO et al, 2014).

El Atlas.ti, tiene un potencial significativo cuando su utilización con enfoques comprensivos, como la hermenéutica, y los cuidados a considerar son los mismos referentes a otros enfoques cualitativos (FORTE, et al, 2017).

La interpretación y análisis de los datos agrupados en el Software Atlas-ti, se realizó bajo la óptica de la hermenéutica, utilizando el círculo hermenéutico de Gadamer en sus etapas: pre-comprensión; reconocimiento; fusión de horizontes y contextos; volver a la comprensión del texto; aplicación del sentido; re-interpretación. Se expresaron extractos de interpretaciones por cada US, formuladas por las investigadoras, las que llamaron Síntesis Interpretativa de Unidad de Significado (SIUS); permitiendo la comprensión del fenómeno estudiado en esta realidad local e histórica.

5.5 DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Terminado el análisis y obtenidos los resultados de la investigación se coordinó por correo electrónico para efectuar entrevistas personales con cada uno de los participantes, en sala de reuniones de Clínica de Magallanes, la co-investigadora informó los resultados obtenidos en forma personalizada, consideró las herramientas

facilitadoras que demostraron en la resolución de problemas éticos; las debilidades del conocimiento que sería posible abordar en términos de capacitación, como mejora continua en los cuidados de excelencia en la atención del paciente. Agradeció su participación.

Se efectuó una presentación en conjunto con enfermeras (os) de UPC adulto y los integrantes del CEA, donde se presentó resultados y nuevo conocimiento obtenido.

Se detalló hallazgos detectados, expresando resultados generales.

Se les informó que el título de la investigación cambió durante el desarrollo de la metodología, circunstancia permitida en una investigación cualitativa, notificado por escrito al Comité de Ética de Investigación Científica de Umag y aceptado con fecha Diciembre 2018.

Cambio de título desde “Problemas éticos enfrentados por profesionales de salud en la toma de decisiones en Clínica de Magallanes, Punta Arenas, Chile” para “Abordaje de los profesionales de salud frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile”.

Título actual refleja el fenómeno de manera más clara al anterior, metodología del estudio y herramientas utilizadas se mantienen sin variación.

El nuevo título fue aprobado por la por el Comité de Ética Científico – Dirección de Investigación de la Universidad de Magallanes la Constancia N° 201/CEC/2018 de 14 de diciembre de 2018.

La Investigación permanecerá archivada como documento de Disertación de Magíster de Enfermería en la Universidad Federal Santa Catarina, Brasil y en la Universidad de Magallanes, Chile.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se utilizó los criterios éticos recomendados como requisitos en una investigación cualitativa. Comprende resguardos que se cumplen en esta investigación, estas se enumeran y explican. (GONZALEZ, 2002).

Valor social o científico; validez científica; selección equitativa de los participantes; proporción favorable riesgo/beneficio; condiciones de diálogo auténtico; evaluación independiente; consentimiento informado; respeto a los participantes.

5.6.1 Valor social o científico

El estudio pretende generar mayor conocimiento a las enfermeras (os) de UPC adulto y del Comité Ético Asistencial respecto a la identificación y resolución de los conflictos éticos presentados en la práctica diaria, generando oportunidades que contribuyan a efectuar intervenciones que mejoren la calidad de la atención de los pacientes que presentan problemas de índole ético durante su estadía hospitalaria.

5.6.2 Validez científica

El estudio se efectuó mediante el paradigma de la metodología cualitativa, cualitativa, tipo exploratoria con enfoque en la hermenéutica de Gadamer.

El enfoque cualitativo, facilita la comprensión desde la perspectiva de los participantes sobre los fenómenos que los rodean, permitiendo entender la forma en que los entrevistados perciben la realidad (SAMPIERI, 2014).

El paradigma cualitativo tiene la capacidad de describir objetivamente las cualidades de un fenómeno y su realidad histórica, permitiendo comprender e interpretar el significado de los hechos y reconstruir sus significados de la realidad (SAMPIERI, 2014).

La investigación es de tipo exploratoria, dado que se investiga un fenómeno no estudiado en esta comunidad con anterioridad, por tanto, no ha sido explorado y reconocido, aportará al conocimiento local e histórico del fenómeno que se estudia (SAMPIERI, 2014).

El estudio cumplió todas las consideraciones de una investigación de metodología cualitativa, abordando las materias de investigación con rigor científico, metodológico y sensibilidad ética.

5.6.3 Selección equitativa de los participantes

En la investigación se seleccionó a un grupo de participantes que correspondió a una muestra intencionada para estudiar como se presenta el fenómeno en el servicio de UPC adulto e integrantes del CEA, como también desde el marco del muestreo teórico.

5.6.4 Proporción favorable riesgo/ beneficio

El estudio no revistió riesgo para las personas, el beneficio fue individual para cada participante, al finalizar la investigación, se presentó los resultados a cada profesional con las habilidades y debilidades encontradas y que acredita; para el abordaje de problemas éticos de la práctica asistencial. Se entregó un documento escrito que describe fortalezas y debilidades observadas en cada uno de ellos.

También incluyó beneficios a terceros, desde el reconocimiento de debilidades del conocimiento en ética, bioética, MDM, y que habría que abordar en términos de capacitación al equipo de profesionales en este servicio principalmente.

5.6.5 Condiciones de diálogo auténtico

Al aplicar el instrumento de recolección de información, se cuidó propiciar un ambiente que favoreció mantener un diálogo íntimo, con escucha abierta y reflexiva, que permitió al participante expresar sus respuestas, pensamientos reflexivos, sentimientos de alegrías, sin temor, se mantuvo la reflexividad por parte del investigador, considerada una exigencia para lograr que una investigación cualitativa sea reconocida con rigor metodológico y científico en la comprensión e interpretación de los fenómenos humanos.

5.6.6 Evaluación independiente

Se presentó este estudio a evaluación de la investigación por el Comité Ética de Investigación Científica de la Universidad de Magallanes, lo que aseguró el respeto y resguardo por cada participante.

5.6.7 Consentimiento informado

Se utilizó un documento cuyo propósito fue entregar información a los participantes respecto de su incorporación o retiro de la investigación. El Consentimiento Informado (CI) se aplicó a cada participante, con el fin de asegurar que los profesionales que participaron en la investigación decidieran si era compatible con sus valores, intereses y preferencias.

El (CI) explicó los fines del estudio, riesgos y beneficios, manifestaba que se permite al participante expresar el deseo de retirarse

del estudio si lo quisiera, una vez que haya firmado aceptando participar en forma voluntaria en la investigación, así también tiene derecho de renunciar a participar, una vez iniciada la investigación.

5.6.8 Respeto por los participantes

Se resguardó la privacidad y la confidencialidad de los participantes del estudio, se les explicó que los datos personales entregados por el entrevistado serían compilados en un protocolo de codificación, ejemplo del código del primer grupo de participantes de la investigación; enfermeras UPC adulto: enfermera 1(EU-1); enfermera 2(EU-2); enfermera 3(EU-3); hasta enfermera 10(EU-10).

Los códigos asignados al segundo grupo de participantes de la investigación e integrantes de Comité de ética Asistencial fueron: profesional 1 (CEA-1); profesional 2 (CEA-2); profesional 3 (CEA-3); profesional 4 (CEA-4).

En el manejo de la información se respetó y usó reglas explícitas de confidencialidad a través de la reserva de la identidad y de la información recibida, los datos fueron almacenados en archivos digitales en computadores de la co-investigadora durante el desarrollo de la investigación.

Posterior a cinco años, estos documentos serán destruidos. Esta investigación que involucra a seres humanos cumple y respeta los preceptos de la Declaración de Helsinki (1964), reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2001.

Proyecto aprobado por el Comité de Ética Científico – Dirección de Investigación de la Universidad de Magallanes, por el Certificado N° 014/CEC/2018 de 12 de Marzo de 2018 (Anexo A) y después de la actualización del título del trabajo por la Constancia N° 201/CEC/2018 de 14 de diciembre de 2018 (Anexo B).

Las investigadoras declaran que no existe conflicto de interés.

6 RESULTADOS

Se presenta los resultados de la investigación así como las discusiones en formato de manuscritos conforme establece la Instrucción Normativa n°1/2016, de 17 de agosto de 2016, de PEN/UFSC que cambia los criterios para elaboración del formato de presentación de los resultados del trabajo y de conclusiones de cursos de Magísteres y Doctorados de Pos-Grados en Enfermería, Normativa de 15/06/2011. Establece que los resultados deben ser presentados en forma de un mínimo de 2 manuscritos, siendo que uno de estos podrá ser pesquisa bibliográfica.

MANUSCRITO 1:

ABORDAJE Y DELIBERACIÓN DE LAS ENFERMERAS(OS) DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO (UPC) ADULTO FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE

MANUSCRITO 2:

DELIBERACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE UNA CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS”.

6.1 MANUSCRITO 1 - ABORDAJE Y DELIBERACIÓN DE LAS ENFERMERAS (OS) DE LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO (UPC), ADULTO, FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS EN UNA CLÍNICA DE MAGALLANES CHILE

RESUMEN

El objetivo del estudio fue comprender cómo las enfermeras de Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto, realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile. Investigación cualitativa, tipo exploratoria con enfoque en la hermenéutica de Gadamer realizado en una Clínica de Magallanes en Chile. La recolección de datos fue obtenida por medio de la entrevista semiestructurada grabada y se efectuó desde marzo a mayo del año 2018, en una muestra intencionada de 10 enfermeras de la UPC adulto. Para la organización y análisis de los datos recolectados se utilizó el software Atlas-ti y el Círculo Hermenéutico de Gadamer. Los resultados fueron presentados en figuras de mapas conceptuales, denominadas Unidades de Significados (US), posteriormente se elaboraron extractos que ejemplificaron las exhortaciones de los participantes y que fueron nominados Síntesis Interpretativas de las Unidades de Significados (SIUS). Se demuestra que las enfermeras de UPC adulto poseen conocimientos en ética, bioética, respeto a la persona, al valor de la vida, a la calidad de vida, a la diversidad del ser humano, a la confidencialidad de los datos clínicos del paciente, a la multiculturalidad, a los credos y religiones, a los deberes y derechos de las personas, compasión por el que sufre. Se reconoce como hallazgo la capacidad que poseen estas (os) profesionales en identificar y comprender los problemas éticos del ámbito clínico asistencial, así también el conocimiento y dominio aplicado en bioética, expresados en sus discursos y en el conocimiento aplicado del Método Deliberativo Moral.

Descriptor: Bioética. Ética en enfermería. Método Deliberativo Moral.

ABORDAGEM E DELIBERAÇÃO DAS ENFERMEIRAS (OS) DA UNIDADE DE PACIENTE CRÍTICO (UPC) ADULTO, DIANTE DOS PROBLEMAS ÉTICOS EM UMA CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE.

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender como as enfermeiras da Unidade de Paciente Crítico (UPC) adulto realizam a abordagem e deliberam diante dos problemas éticos em uma clínica de Magallanes, Chile. Estudo qualitativo, tipo exploratório com enfoque na hermenêutica de Gadamer, realizado em uma clínica de Magallanes no Chile. A coleta de dados foi obtida por meio da entrevista semiestruturada gravada e foi realizada de março a maio do ano de 2018, em uma amostra intencional de 10 enfermeiras da UPC adulto. O programa software Atlas ti e o Círculo Hermenêutico de Gadamer foram usados para organizar e analisar os dados coletados. Os resultados foram apresentados em figuras de mapas conceituais, chamadas Unidades de Significados (US), em seguida foram elaborados extratos que exemplificaram os estímulos dos participantes e que foram nomeados Sínteses Interpretativas das Unidades de Significados (SIUS). Foi demonstrado que as enfermeiras da UPC adulto possuem conhecimentos em ética, bioética, respeito pelo indivíduo, o valor da vida, a qualidade de vida, a diversidade do ser humano, a confidencialidade dos dados clínicos do paciente, a multiculturalidade, os credos e religiões, os deveres e direitos das pessoas e a compaixão por aquele que sofre. É reconhecido como um achado a capacidade que possuem estes profissionais em identificar e compreender os problemas éticos do âmbito clínico assistencial, como também o conhecimento e domínio aplicado em bioética, expressos em seus discursos e no conhecimento aplicado do Método Deliberativo Moral.

Descritores: Bioética. Ética em enfermagem. Método Deliberativo Moral.

APPROACH AND DELIBERATION OF THE NURSES OF THE ADULT INTENSIVE CARE UNIT IN FRONT OF THE ETHICAL PROBLEMS IN A CLINIC OF MAGALLANES, CHILE

ABSTRACT

The objective of the study was to understand how nurses of the Adult Intensive Care Unit (AICU) perform the approach and deliberate to face ethical dilemmas in a Clinic of Magallanes, Chile. A qualitative study, exploratory type with an approach in the hermeneutical of Gadamer, was carried out in a Clinic of Magallanes, Chile. The data gathering was

obtained through a semi-structured interview recorded and carried out, from an intentional sample of 10 nurses of the adult AICU from march to may, 2018. The Atlas-ti software and the Gadamer Hermeneutic Circle were used to organize and analyze the data collected. The results were presented in figures of concept maps, called Units of Meanings (UM), later extracts were elaborated that exemplified the exhortations of the participants and they were nominated Interpretive Synthesis of the Units of Meanings (ISUM). It is demonstrated that adult AICU nurses possess knowledge of ethics, bioethics, respect for the person, the value of life, the quality of life, the diversity of the human being, the confidentiality of the patient's clinical data, multiculturalism, creeds and religions, the duties and rights of people, and show compassion for those who suffer. The ability of these professionals to identify and understand the ethical problems of the clinical care area is recognized as a finding, as well as the knowledge and domain applied in bioethics, expressed in their discourses and in the applied knowledge of the Moral Deliberative Method.

Descriptors: Bioethics. Ethics in nursing. Deliberative Moral Method.

INTRODUCCIÓN

El ámbito de la bioética es diverso, se encuentra presente en salud, donde enfermería como cuerpo disciplinar, enfrenta desafíos que apelan al conocimiento científico en ética y bioética, al dominio de habilidades y manejo de herramientas que les permitan reconocer los problemas éticos de la práctica asistencial, deliberar y tomar decisiones deliberadas en equipo y prudentes, se encuentran relacionadas con los cuidados de enfermería éticos, humanizados, de calidad y seguridad en la atención del enfermo.

Durante la formación en enfermería es necesaria una educación fundamentada en el diálogo, en la problematización de ideas y en el desarrollo de la moralidad del estudiante, para que él aprenda a priorizar, a tomar decisiones, a ser empático y sea capaz de cuidar de manera humanizada (ÁVILA, et al, 2018).

En salud, los problemas del ámbito ético y de la bioética se presentan con recurrencia y obedecen a diversas causas; se ha observado que proporcionalmente ocurren estos problemas en la unidad del paciente crítico, lo cual responde a que, en estos servicios se proporciona atención a pacientes que ingresan en condiciones extremas y críticas, se utilizan tratamientos médicos invasivos y uso de

tecnología avanzada, lo que puede ocasionar problemas éticos por el momento apremiante que viven, lo que puede tornar las decisiones del ámbito clínico difíciles, el profesional del siglo XXI necesita estar provisto de conocimiento en ética, bioética, valores morales, humanización, prudencia y razonamiento crítico en todo momento (PESSINI; BARCHINFONTAINE, 2013).

En Chile, “La gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada”, se sustenta en dos grandes pilares que requieren aplicar conocimiento en el ámbito clínico como gerencial, la gestión médica de “curar” y la gestión de enfermería del “cuidar”. La Norma General Administrativa N° 19 de 2007 (CHILE, 2007).

La Enfermería al desarrollar sus competencias en el cuidado de calidad y de seguridad del paciente en UPC, establece una importante interacción con el paciente, quien por cercanía y dependencia crea un vínculo de confianza con las enfermeras (os), idealmente cuando su condición lo permite.

El cuidar, curar y servir es un ideal moral, es la base de la cultura del cuidado de Enfermería, donde se involucra la mente, el cuerpo, el alma como un todo, las enfermeras (os) poseen sensibilidad moral para identificar los problemas éticos, para aplicar la deliberación moral en busca de la decisión más prudente para el paciente y su familia.

La sensibilidad moral puede ser considerada, como un sentido agudo, o una mirada crítica y autocrítica, que se usa para reconocer los problemas morales, como una permeabilidad o reactividad más aguda o más sutil. Los individuos pueden desarrollar sensibilidad moral, o condiciones para percibir el contenido moral de las acciones cotidianas, de los actos y pensamientos cotidianos. (BARLEM; RAMOS, 2015).

Se planteó necesario comprender el abordaje y deliberación de las enfermeras (os) de UPC adulto, frente a los problemas éticos relacionados con la atención, tratamientos y cuidados de los pacientes, conocer las herramientas que utilizan para reconocer los problemas éticos, factor que puede ser intervenido como mejora continua en el área asistencial, desde la mirada del conocimiento ético en capacitaciones dirigidas, consolidando y complementando su saber en los ámbitos de la ética y bioética, a través de entrega de evidencia científica, con el propósito de velar por entregar una gestión de enfermería de excelencia, que beneficie y proteja al paciente en el resguardo de sus derechos (MONJE et al, 2018).

Este estudio tiene como objetivo comprender cómo las enfermeras (os) de UPC adulto realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

MÉTODO

La investigación se desarrolló con metodología cualitativa, tipo exploratoria de abordaje en la hermenéutica de Gadamer, con la intención de comprender e interpretar el fenómeno a estudiar, utilizando las experiencias de los participantes, expresadas en sus discursos e información relatada en textos, desde sus propias experiencias particulares; se consideró exploratorio, ya que se buscó investigar un tema en salud poco estudiado en esta región geográfica y no estudiado en este contexto particular con anterioridad; de esta manera, a través del discurso de los participantes, se recabó información necesaria para comprender el fenómeno estudiado en la investigación.

El estudio se efectuó en una clínica de salud de la región de Magallanes, Chile. El recurso humano es integrado por diferentes estamentos, distribuidos en más de 80 médicos generales y variadas especialidades médicas, sumado a profesionales no médicos de apoyo, quienes en conjunto alcanzan a más de 389 profesionales, los que integran un gran equipo humano, conformado por 50 enfermeras, matronas, sicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, tecnólogos médicos, técnicos paramédicos de nivel superior, químico farmacéutico, psicólogos, profesionales del área gerencial, comercial, administrativos, personal de apoyo; que en conjunto alcanzan a más de 389 funcionarios, conformando un equipo multidisciplinario; desarrolla funciones en todas las áreas de salud de atención cerrada de alta y mediana complejidad, así también entrega atención abierta.

Durante el año 2018, por ampliación de planta física y del corporativo de red de clínicas privadas a la cual pertenece Clínica de Magallanes, la dotación de personal ha ido en aumento (CLÍNICA DE MAGALLANES, Recursos Humanos, Agosto, 2018).

La cultura organizacional fomenta el actuar ético en todos los profesionales, en el personal colaborativo, en todas sus actividades impulsa a cumplir relaciones comerciales equitativas, el respeto por la privacidad, dignidad, autonomía y la entrega de un trato humanizado del paciente y sus acompañantes, comprometida con el desarrollo de la institución y de asegurar que las actividades sean sustentables con el cuidado del medio ambiente. (CLÍNICA DE MAGALLANES, Departamento de Calidad, 2018).

La Clínica Magallanes, posee 57 camas y de éstas, 10 pertenecen a servicio de UPC Adulto. La Unidad de Pacientes Críticos de Adultos (UPC) tiene como principal función el cuidado de los usuarios que se

encuentren en riesgo vital, que requieren monitorización de hemodinamia permanente y continua, con personal altamente calificado y competencias para entregar estos cuidados.

El equipo clínico de enfermería en la clínica comprende a 50 enfermeras en total, distribuidas en diferentes servicios, en UPC se encuentran asignadas 10 enfermeras titulares, 4 enfermeras de llamada para refuerzo y suplencias; existe personal clínico de apoyo, llamados técnicos paramédicos de nivel superior, médicos ucistas en rol de turno 24 horas, médicos interconsultores de diferentes especialidades, kinesiólogos, nutricionistas, se cumple la dotación de personal acorde a indicadores del Ministerio de Salud.

Perfil de los participantes de la pesquisa

Un total de 10 enfermeras (os), de la Unidad de Pacientes Críticos (UPC) adulto, formaron parte de esta pesquisa.

El grupo etáreo correspondió a adultas jóvenes; edades comprendidas entre 27 a 40 años; los años de egreso profesional corresponde a los años comprendidos entre el 2010 hasta el 2016; años de pertenencia a UPC es de dos a ocho años; destaca que cinco de las enfermeras ejercen desde hace dos años.

Como criterios de inclusión: se consideró a las enfermeras (os), de UPC adulto que trabajan en forma permanente en la clínica; y que han desempeñado funciones en UPC, por un tiempo mínimo de doce meses. Como criterios de exclusión: enfermeras externas del servicio de UPC, sin contrato en Clínica de Magallanes (suplencias); enfermera coordinadora de UPC, por dependencia administrativa.

La investigadora coordinó con las participantes, vía correo electrónico para efectuar reuniones personalizadas con cada una de ellas(os), conciliando fecha y hora ajeno a roles de turnos y acorde a oportunidad.

En estas reuniones se proporcionó información general de la investigación, se presentó y socializó la herramienta de recolección de datis: la entrevista semiestructurada grabada; y el documento "Consentimiento Informado" (CI). Se les informó que podrían retirarse del estudio en el momento que lo estimaren, cada participante pudo decidir libremente su participación, si no accedían a participar, no serían afectados de ninguna manera, su identidad se mantuvo confidencial, cada entrevistado se nomino con un código que reemplazó su nombre, ejemplo: enfermera 1(EU-1); enfermera 2(EU-2); enfermera 3 (EU-3); etc. Finalizada reunión se presentó el documento Consentimiento

Informado solicitando firmar si aceptaban participar, si no es así, podrán expresarlo y no firmar.

La entrevista semiestructurada, se aplicó como piloto previamente, en una muestra de tres profesionales que no formaron parte del estudio. Las entrevistas fueron grabadas por sistema de audio y transcritas a programa word, se utilizó un diario de campo en cada entrevista. Se utilizó software Atlas ti versión 7, para el agrupamiento y organización de los datos recolectados, obteniendo categorías, subcategorías, mapas conceptuales y redes vinculantes entre las ideas principales expresadas en los discursos de los participantes, que orientaron a la interpretación de los discursos encontrados; en esta primera etapa surge la pre-comprensión de los discursos.

A partir de la interpretación buscada utilizando la filosofía de la hermenéutica y aplicando las etapas del Círculo Hermenéutico de Gadamer , se procuró comprender la forma de enfrentamiento y búsqueda de soluciones frente a los problemas éticos, por las enfermeras(os) de UPC adulto, comprensión que se amplía durante el intercambio de la dialéctica entre el participante y el interlocutor, surgiendo nuevas interpretaciones y significados aún para el entrevistado, sumado a la preconcepción del interlocutor y el intercambio de lenguaje en un contexto histórico, en este intercambio de lenguaje se origina la fusión de horizontes descubriendo nuevo conocimiento, uniendo la dialéctica de los interlocutores a las interpretaciones efectuadas y volviendo a reinterpretar el texto, el círculo hermenéutico continúa en giro entregando mayores significados en cada giro, el que continúa en forma circular y nunca para, volviendo a descubrir nuevas interpretaciones y significados ocultos.

En la comprensión del abordaje de las enfermeras ante los problemas éticos aplicando el círculo hermenéutico de Gadamer, se buscó identificar preconcepciones de las autoras, buscar el conocimiento en la literatura, reconocer la propia vivencia / experiencia, teniendo la conciencia de la apertura para oír los discursos de las enfermeras, fusionando los discursos en los horizontes de la comprensión.

El círculo hermenéutico permitió configurar las Unidades de Significado (US) y agrupar las US en Síntesis Interpretativas das Unidades de Significados (SIUS).

Esta investigación que involucra a seres humanos cumple y respeta los preceptos de la Declaración de Helsinki (1964), reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2001.

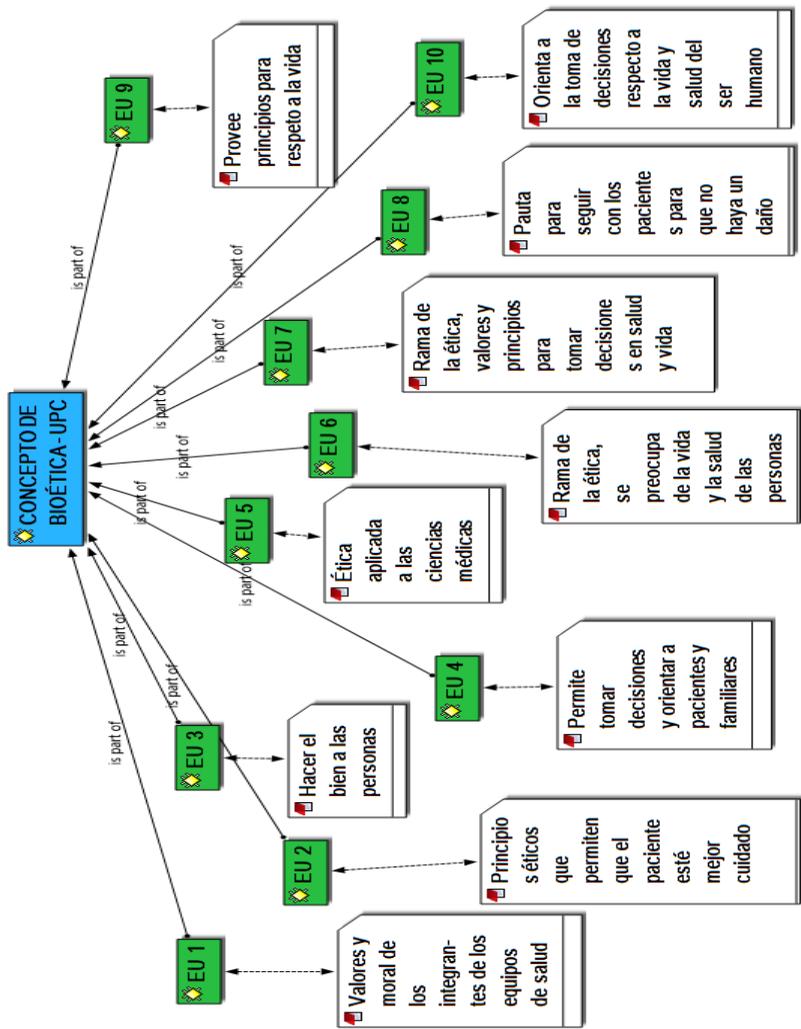
El Proyecto fue aprobado por el Comité de Ética Científico – Dirección de Investigación de la Universidad de Magallanes, certificado

como N° 014/CEC/2018 de 12 de Marzo de 2018 y después de la actualización del título del trabajo por la Constancia N° 201/CEC/2018 de 14 de diciembre de 2018.

SÍNTESIS INTERPRETATIVAS DE LAS UNIDADES DE SIGNIFICADOS (SIUS)

Se procura comprender la forma de enfrentamiento de los problemas éticos por las enfermeras(os) de UPC adulto. Las Unidades de Significado (US) demuestran comprensión de las enfermeras en su rol como agente moral cuando se presentan problemas éticos vivenciados en la práctica asistencial. Estas US pasan a ser presentadas en Síntesis Interpretativas (SI de cada US = SIUS). Las síntesis son interpretaciones de las investigadoras, elaboradas a partir del análisis hermenéutica de Gadamer, aplicando las etapas del Círculo Hermenéutico. Para cada SIUS se presentaron extractos que ejemplifican las exhortaciones de los participantes que generaron las US y SIUS.

FIGURA SINTESIS DE TODAS LAS CATEGORIAS – US Y SIUS
Figura 2 - Concepto en Bioética en Enfermeras (os) UPC Adulto.



SIUS 1 - Concepto en Bioética en las Enfermeras (os) UPC Adulto

Las enfermeras(os) de UPC adulto, conciben la bioética como una rama de la ética o ética aplicada(A), Pauta de principios y Fundamentos (B), o como un conjunto de bases y valores (C); que sirven de guía orientadora de la acción/desviación. Estas 3 formas de concebir agrupan lo que puede estar relacionado a cada una de ellas: a la preocupación, al objeto de la bioética, a su fundamentación y aplicación práctica, reportándose tres niveles de apropiación de los conceptos y complementarios entre ellos, desde el más genérico al más específico

Separándolo en dos cosas Bio tiene que ver con la salud, con lo biológico, cierto, y ética tiene que ver con la moral, con las costumbres, con los valores de las personas, en este caso de los integrantes de los equipos de salud (EU-1).

Es una rama de la ética que estudia como determinar las conductas, los valores y los principios de los trabajadores en estos casos de los trabajadores, en relación al trabajo con el ser humano. Permite un lineamiento para poder trabajar, acorde a principios éticos, que hagan que el paciente pueda estar mejor cuidado, con una buena calidad de atención (EU-2).

SIUS 2- La Bioética en la Formación Profesional

Los resultados se organizan en 2 US: a) La Formación en Bioética en Etapa de Pregrado y b) Formación en Bioética en Etapa Profesional, sugieren que la bioética como concepto se ha ido incorporando en su rol profesional en función a lo aprendido en sus experiencias formativas, tanto en el pre-grado y complementando en algunos casos en el pos-grado.

Los resultados expresan que, en la formación de pregrado la bioética es muy teórica y poco práctica, ofrecida en etapas del recorrido formativo, poco específica, pero suficientemente profundizada, especialmente por medio de estudio de casos.

En el nivel de pos-grado (sólo 3 de ellas realizaron estudios de pos-grado con módulos de bioética), la bioética fue poco desarrollada, limitada a módulos y temas específicos, presentada como capítulos del diplomado para las enfermeras (os).

a) Formación en Bioética, en etapa de Pre-grado

Inicié estudios en bioética el año 2001, cuando estuve en bioética. Aprendí más bien teórico, no fue práctico, en realidad estando en la etapa de pre-grado uno no tiene tanta interacción ni conocimiento similar a cuando uno no ha trabajado, no conoce ni tienes oportunidad de conocer estos problemas (EU-1).

Sí, tuve a la profesora XXX-A., por más de un año. Logré ver, conocer, estudiar y analizar casos de bioética, me parece que fue en tercero, cuarto y quinto año, pude desarrollar y analizar casos de la bioética (EU-2). (XXX-A, Docente de bioética, Univ.Magallanes, 2003).

Lo desarrollamos en profundidad,.. se desarrolló durante todo el semestre durante tres años de la carrera, se desarrolló a través de todo el semestre, durante tres años, En Chile, las carreras de salud tuvieron enseñanza en ética y bioética a partir de pocos años atrás (EU-3).

b) Formación en Bioética, en Etapa Profesional

Sí, hice un diplomado en gestión de calidad en salud en la Universidad de Chile(...), en salud, donde se tocaron temas de bioética, era un módulo completo del diplomado, lo hice hace dos años, no recuerdo los nombres de los profesores de bioética, los puedo buscar, tengo todo el programa del diplomado. Comprendo que la bioética es un rama de la ética que estudia como determinar las conductas, los valores y los principios de los trabajadores en estos casos de los trabajadores en relación al trabajo con el ser humano. Permite un lineamiento para poder trabajar, acorde a principios éticos, que hagan que el paciente pueda estar mejor cuidado, con una buena calidad de atención (EU-2).

Sí, hice un diplomado en la Univesidad de Chile , donde un módulo completo fue abordado en la

bioética, en relación al trasplante de órganos (EU-7).

Realicé un diplomado de diálisis el año 2015, donde se aborda el tema de trasplante y los aspectos éticos relacionados con ello (EU-10).

SIUS 3 - La ética y los Cuidados Humanizados Enfermera (o)

En sus discursos describen como enfrentan los problemas éticos, coinciden que el factor humanización de enfermería favorece reconocer y ser parte de los problemas del enfermo, del entorno cercano, mantienen valores y principios de la gestión del cuidado enfermera (o), compromiso ético y responsabilidad, factores que las identifica con la problemática cercana al paciente y familiares. Las situaciones del cuidado clínico diario que identificaron como problemáticas fueron: limitaciones del esfuerzo terapéutico, pacientes ancianos y con enfermedades terminales, muerte cerebral y... (estas situaciones representan problemas éticos condicionantes, que les provocan sufrimiento moral (...)).

Es que es algo constante, uno siempre se está cuestionando todo el cuidado que se le está dando al enfermo, en cuanto a medicamentos, en cuanto a la forma que la familia se comunica con nosotras, nosotras, como enfermeras somos más bien observadoras en ese sentido, no podemos participar tan activamente en los tratamientos, no podemos decidir los tratamientos por ley en Chile, es así, al final el médico es el que tiene la decisión (EU-1).

Recuerdo un caso especial, en el box uno(...), un paciente estaba con varias drogas vasoactivas, un paciente muy grave, sin respuesta a los tratamientos, se habló con los familiares que se tomarían medidas de limitación del esfuerzo terapéutico, el médico había hablado con la familia y ellos (...),habían aceptado que esto era la conducta y tratamientos. Pero la familia no había firmado la ficha clínica(...),entonces los médicos nos empezaron a indicar que debíamos

empezar a titular las drogas, disminuyendo las dosis de tratamientos vasoactivos,(...),a la enfermera del turno de le tocó iniciar la disminución de las drogas vasoactivas(...),le costó, la hizo cuestionarse, para mí eso(...), no lo olvido (...), al otro día me tocó a mí continuar con este tratamiento, me tocó suspender las drogas y al cabo de una hora el paciente falleció, eso me cuestionó mucho, era una persona que había ingresado por un cuadro agudo, tenía 60 años (EU-9).

SIUS 4 - Relación entre Bioética y el Desempeño Profesional Enfermera (o)

Las enfermeras (os) afirman, que la bioética es algo que está presente en todo momento de su proceder profesional, entendiéndolo como algo primordial a la hora de relacionarse con pacientes y con sus familiares. En términos más prácticos las enfermeras declaran que deben utilizar criterios bioéticos en situaciones tales como: cuidado de los pacientes, atendiendo a la voluntad y comprensión de los procedimientos, a través de los cuales son intervenidos y haciendo valer los derechos de cada persona, en la comunicación con los familiares, en la información que está permitida entregar, en la preparación y administración de los medicamentos, etc.

Enfatizan que las enfermeras (os), al estar expuestas y relacionarse permanente y directamente con los pacientes tienen un compromiso especial con las personas, que esto forma parte de su rol disciplinar.

Constantemente está involucrada en mi profesión, en cosas pequeñas, tal vez, en todo momento está presente, cuando gestiono los cuidados, cuando preparo medicamentos, cuando hablo con los familiares, cuando veo que información puedo dar, cuando tengo que intervenir quizá con el Dr, para ver qué información puedo dar (...), en todo momento (EU-3).

De acuerdo con el trato de familiares de pacientes, de todas maneras uno utiliza herramientas, (...), las que muchas veces juegan en contra de los propios valores (...)Por esto es importante que

estas decisiones éticas no las tome una sola persona, tiene que haber otras personas que intervengan , debe haber oportunidad de que participen varias opiniones, otros puntos de vista, en que participen varios,(...), todos tenemos diferentes puntos de vista, y entre todos debemos tomar decisiones prudentes, deliberadas, entre todos analizar y llegar a decisiones prudentes. En relación al trato con los familiares de los pacientes en general la gente es muy empática, bueno(...), en la UPC, generalmente el paciente está sedado y no se da cuenta, pero uno observa cosas mínimas que significan mucho(...), uno observa a las tenses, y uno mismo ve la forma en que entregan su trabajo,..en ocasiones hacen un gesto, un guiño, un cariño al paciente (...), y uno las ve diferentes , las ve acogedoras, es diferente, más allá de la clínica y el confort, la gente(...), el personal se muestra muy cercano en este trato, sobre todo en su integridad, se están preocupando de él,..no es como que lo muevan de un lado para otro cumpliendo labores, sin tener los cuidados, ellos se preocupan(...) En la parte médica veo diferencias(...), existen médicos que entran y ven a sus pacientes, les conversan(...) les importa hacerlos sentir en confianza, les importa saber qué les aflige,..no voy a entrar en detalle(...), pero hay médicos y médicos.

En relación al grupo humano, de enfermería con los pacientes existen diferencias, más que nada porque existen diferencias en las edades, las enfermeras, unas son mayores,..otras son más jóvenes(...), esto las hace diferente(...), aún así, en su mayoría, todas tienen un trato humanizado(...), con los pacientes todos tienen una misma línea, a veces los familiares son muy insistentes(...), por suerte, la secretaria que tenemos también es muy humana en el trato con los enfermos y las familias de esto” (EU-8).

SIUS 5 - Ética y relaciones entre Profesionales de la Salud, Pacientes y Familiares

En relación a este ítem, la mayoría de las enfermeras entrevistadas identifican que la buena comunicación es una condición imprescindible para establecer relaciones humanizadas con los pacientes y sus familiares, sobre todo si se toma en cuenta que comunicar malas noticias o pronósticos ominosos es una situación compleja que requiere de un fuerte componente de sensibilidad humanista en los profesionales que transmiten estas informaciones. Al mismo tiempo declaran que deben ser cuidadosas y rigurosas con respecto a como y qué información transmiten a los familiares (con quienes declaran tener mayor tener relación que con los mismos pacientes), asumiendo que en su rol y función deben respetar una jerarquía, en la cual son los médicos quienes deciden que pueden y que no pueden comunicar a los familiares. Enfatizan en el respeto que deben tener con respecto a las creencias culturales, religiosas y valóricas que tienen las personas. Una de las cosas que más destacan es el hecho de asumir que son los pacientes y sus familiares quienes toman decisiones en relación a la información proporcionada por los profesionales de la salud, y en donde la enfermera debe ser un ente facilitador en este proceso, incluso cuando existan desacuerdos entre el equipo médico y los familiares.

La relación con los familiares de los pacientes es cercana, es estrecha, se ven casos de pacientes con diagnósticos terminales, casos terminales, donde el paciente, ni sus familiares conocen el diagnóstico, ni los tratamientos que se les indican, ellos, tanto el enfermo cuando puede y el familiar constantemente están queriendo comunicarse con el enfermero, nos consultan, nos ven cercanos, y de confianza, se atreven a preguntar (EU-6).

En la mayoría de los casos la relación entre los profesionales de la salud y los familiares de los pacientes es de un 90% autónomos(...), ya que hay participación del paciente en la toma de decisiones, siendo el equipo clínico un facilitador de esto. Se respetan las culturas, creencias religiosas por ejemplo(...), los testigos de Jehová, que no aceptan transfusiones, etc.; se entrega la información a los familiares, honestamente, sin

levantar falsas expectativas. Se realizan consentimientos informados al representante legal o directamente al paciente (EU-7).

SIUS 6 - Experiencias Vivenciales de la Práctica Asistencial Donde se han visto Enfrentadas a Problemas Éticos

Con respecto a las experiencias concretas de las enfermeras, en las cuales han tenido que operar criterios, valores y decisiones en torno a conflictos éticos- clínicos, destacan en los discursos de las enfermeras entrevistadas enfrentarse a situaciones tales como; limitación del esfuerzo terapéutico, pacientes que no tienen los recursos para pagar una atención clínica, donación de órganos, desaveniencias comunicacionales con los familiares y filtración de información confidencial en la prensa. Es importante destacar que las enfermeras declaran que los procedimientos realizados ante estas contingencias ético-clínicas no dependen directamente de ellas, sino que son acciones realizadas en función de las instrucciones recibidas por parte de los médicos. Las enfermeras enfatizan que ante cualquier situación debe primar el respeto por los derechos de los pacientes y la dignidad humana que estos tienen en su condición de personas, buscando su mayor beneficio y respetando a las decisiones de estos o de sus familiares.

Sí, hay varios, bueno(...), existe una paciente en especial que ha firmado ante notario que no quiere tratamientos invasivos, es una persona enferma crónica, que sigue llegando cada cierto tiempo y ahora cada vez que ingresa permite que la tratemos con procedimientos invasivos, sin embargo, ella tiene una voluntad anticipada firmada ante notario en un momento que estaba con todos sus sentidos activos y eso ahora está abolido, ahora llega más deteriorada, además la familia acepta y permite esto, para mí (...),esto es un problema ético, que se le den estos tratamientos invasivos, ella ahora ya no dice nada(...), y yo me pregunto,(...),¿ella está capacitada de darse cuenta al punto que ha llegado? (...), cada vez ingresa más deteriorada, con menos capacidad de conciencia , ella despierta, habla, pero ya no dice nada, (...), nadie se detiene a pensar que existe una voluntad

anticipada, la paciente cuando estaba en plena conciencia firmó su voluntad anticipada (EU-1).

Sí, las situaciones de limitación del esfuerzo terapéutico, se pueden dar en la UPC, es un problema, en algunos casos los familiares de los pacientes quieren que su paciente tenga un tratamiento invasivo total, existiendo la explicación médica, que es necesario y recomendable aplicar medidas de limitación de esfuerzo terapéutico, esta situación en particular es muy complejo, especialmente cuando los pacientes son jóvenes, es muy fuerte esta decisión para mí (...), respeto lo que dice el médico en estos casos (EU-4).

SIUS 7 - Factores que influyen en presentar los Problemas Éticos Asistenciales al Comité de Ética Asistencial

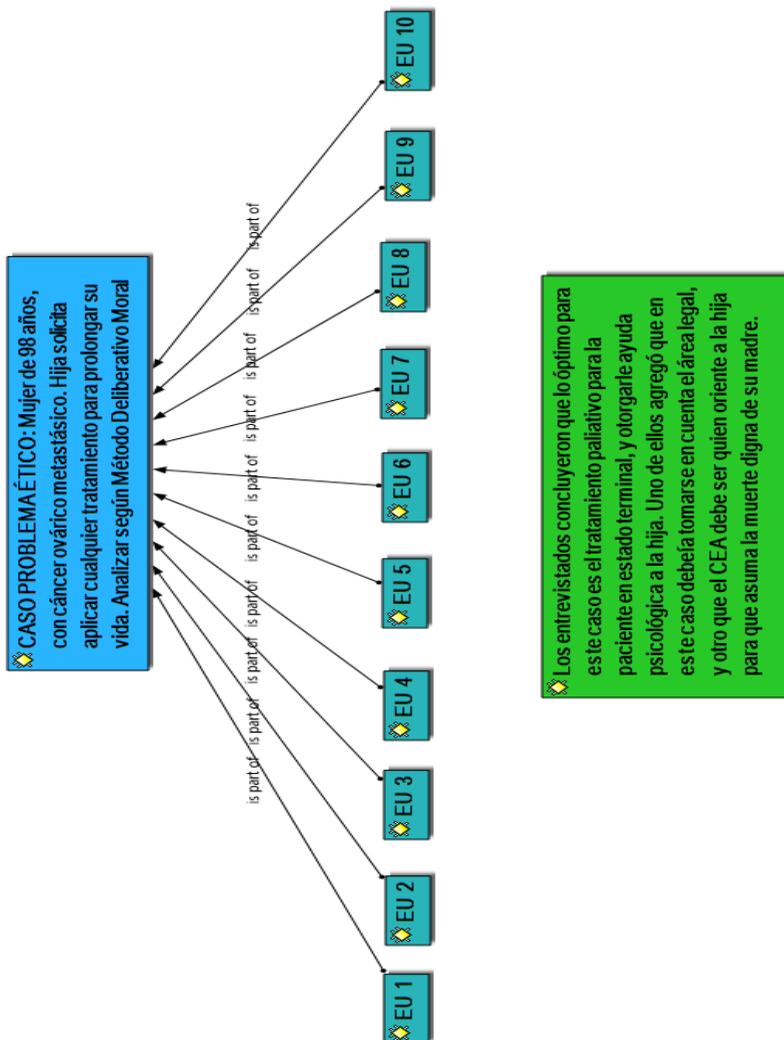
Las enfermeras(os) entrevistadas declaran no acudir al CEA ante situaciones éticas conflictivas. A excepción de una entrevistada que declara que eventualmente ante una coyuntura específica, presentaría el caso ante el CEA. Ante esta omisión del procedimiento formal, lo que hacen es preguntarle a la enfermera coordinadora de la Unidad, quien a su vez participa al médico jefe de UPC de los hechos y es él quien toma las decisiones con respecto a como proceder en este caso.

En el caso anterior yo seguí el conducto regular, denuncié la situación con el Jefe de servicio, con la Enfermera Coordinadora, el Director médico, no llegué al CEA, pero siento que lo hice, mi jefe de servicio me pidió un informe por escrito y lo hice, lo cumplí, se me dijo que eso era todo, que las acciones estaban cumplidas y que deje hasta ahí mi participación, siento que fui capaz y lo hice (EU-3).

Porque ante una situación similar o diferente, que yo reconozca como un problema ético asistencial, lo que haría es respetando el conducto regular, lo conversaría en primer lugar con mi enfermera coordinadora de la UPC, en segundo lugar, presentaría la situación al médico jefe de UPC.

Nunca he pensado en que presentaría un problema ético al CEA, porque lo compartiría primero con mi enfermera coordinadora y el jefe del servicio (EU-7).

Figura 3 - Como Proceden ante Situaciones de Problemas Éticos Clínicos y Conocimiento del Método Deliberativo Moral



SIUS 8 - Como Proceden ante Situaciones de Problemas Éticos Clínicos y Conocimiento del Método Deliberativo Moral

En el desarrollo del caso, se puede reconocer inferencialmente habilidades y valores a partir de los cuales las enfermeras (os) proceden.

Las enfermeras prácticamente en su totalidad declaran conocer el Método Deliberativo Moral, aunque algunas con mayor profundidad que otras, no obstante todas coinciden en que es la forma apropiada para abordar la complejidad de un caso como el que se presenta. Así también identifica la definición que tienen del MDM, que es principalmente técnica teórica y procede de los trabajos de Diego Gracia, incluso citan definiciones de diccionario. En general todas afirman que este método es pertinente para dirimir y tomar decisiones cuando hay valores antagónicos y visiones disímiles entre los profesionales de la salud y los pacientes y sus familiares (incluso puede haber desacuerdos entre los mismos profesionales de la salud).

Se destaca que para poder adoptar efectivamente el MDM, las (o) profesionales deben tener una predisposición personal, lo que incluye incorporar la capacidad de escucha, la capacidad para reconocer falencias, las razones que argumentan los demás, y la capacidad de asunción de ciertos niveles de incertidumbre. Se concluye que las entrevistadas conocen el Método Deliberativo Moral, con diferencias en cuanto a la elaboración de cada caso, todas declaran los pasos correspondientes al MDM. y su importancia a la hora de enfrentar conflictos éticos clínicos.

Para evaluar como las enfermeras (os) desarrollan el Método Deliberativo Moral, se les presentó a las participantes, un caso de problema clínico ficticio recurrente en las realidades clínicas, en el que describieron como procederían ante eventualidad de que se les presente un problema ético de esta naturaleza.

CASO FICTICIO

Se trata de una paciente adulto mayor, 88 años, con diagnóstico cáncer ovárico terminal, quien es tratada y derivada desde un centro oncológico mayor, con indicación de tratamiento en su domicilio con cuidados paliativos.

La hija al llegar a su hogar se siente con desconocimiento del manejo de la paciente ante su agravamiento y la ingresa a Clínica de Magallanes, donde explica al médico que la ingresa, que su madre necesita cuidados intensivos, si es necesario uso de equipos invasivos

que le proporcionen perdurar su vida, ella firmará todo Consentimiento Informado que le pidan para uso de ventilador mecánico, uso de cateter venoso central, drogas vasoactivas, le pide al médico que establezca estas medidas invasivas en su madre, ella no resiste saber que su madre está en fase terminal de vida, quiere mucho a su madre, el médico le explica que lo debido es dar medidas de soporte y disminuir el dolor , hidratarla y que no es debido y prolongar su agonía, la madre es ingresada en UPC, cumple medidas paliativas acorde a la circunstancia. Médico tratante presenta el caso al Comité de Ética Asistencial.

En el desarrollo del caso se puede reconocer inferencialmente habilidades y valores a partir de los cuales las enfermeras (os) proceden.

Las enfermeras prácticamente en su totalidad declaran conocer el Método Deliberativo Moral, aunque algunas con mayor profundidad que otras, no obstante todas coinciden en que es la forma apropiada para abordar la complejidad de un caso como el que se presenta. Así también identifica la definición que tienen del MDM, que es principalmente técnica teórica y procede de los trabajos de Diego Gracia, incluso citan definiciones de diccionario. En general todas afirman que este método es pertinente para dirimir y tomar decisiones cuando hay valores antagónicos y visiones disímiles entre los profesionales de la salud y los pacientes y sus familiares (incluso puede haber desacuerdos entre los mismos profesionales de la salud).

Se destaca que para poder adoptar efectivamente el MDM, las (o) profesionales deben tener una predisposición personal, lo que incluye incorporar la capacidad de escucha, la capacidad para reconocer falencias, las razones que argumentan los demás, y la capacidad de asunción de ciertos niveles de incertidumbre. Se concluye que las entrevistadas conocen el Método Deliberativo Moral, con diferencias en cuanto a la elaboración de cada caso, todas declaran los pasos correspondientes al MDM. y su importancia a la hora de enfrentar conflictos éticos clínicos.

CASO DE PROBLEMA ÉTICO CLÍNICO PARA DESARROLLO DEL MÉTODO DELIBERATIVO MORAL

El Método Deliberativo Moral es un método cualitativo de investigación en bioética, pretende “poner orden” en las decisiones difíciles, cuando entran en conflicto valores enfrentados entre sí, en un intento de preservar el máximo la autonomía individual sin lesionar valores fundamentales.

Aplicado de forma sistemática, ayuda en el proceso de toma de decisiones prudentes en el momento adecuado. Se trata de un método de análisis cuyo objetivo radica en identificar la solución óptima a un conflicto, y de ese modo conducir a la toma de decisiones razonables y prudentes, en un marco de incertidumbre. Como señala Diego Gracia, hoy en día en la toma de decisiones médicas hay que considerar valores, concibiendo los valores como las cualidades que hacen importantes las cosas a los seres humanos y les exigen su respeto, es fácil entender que estas gozan de una gran amplitud y ambigüedad, y, aunque algunos valores parecen objetivos (la vida, el amor...), la mayoría adquiere significados y jerarquías diferentes para distintas personas (creencias religiosas, calidad de vida),..., influyendo de manera distinta en lo relativo a la salud. En la práctica, es frecuente identificar valores merecedores de respeto, pero enfrentados entre sí, no es posible tomar en consideración a la vez, dando lugar a un conflicto de valores, y, por tanto, a un conflicto moral para aquel o aquellos implicados en resolverlo. En la medicina es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida, y el otro la decisión del paciente y los de sus representantes, la escasez de recursos, las ciencias, etc. Además, entran en juego los valores del sujeto, los de su familia, o representante legal y los propios del profesional que les atiende. Deben prevalecer los valores del paciente y, por tanto, las decisiones deben orientarse en su beneficio. Pero, en situaciones complejas, es difícil dejar de lado los propios valores que, erróneamente pueden confundirse con el “mejor beneficio para el paciente (EU-2).

El procedimiento deliberativo moral, requiere determinadas capacidades o actitudes que, partiendo de la buena predisposición personal, se desarrollan con la práctica, (...) de la propia deliberación. Entre estas, cabe destacar la capacidad de escucha, la capacidad para reconocer nuestra falibilidad y la razón de lo que dicen los demás, y la capacidad de asunción de ciertos niveles de incertidumbre.

Presentación caso clínico

Paciente de 98 años, Diagnóstico: cáncer ovárico terminal etapa IV, portadora de metástasis secundarias óseas en cráneo, extremidades superiores, inferiores y pelvis; estado de conciencia: deteriorado, desorientada, deshidratación de piel y mucosas, anúrica hace días, refiere la hija, que no orina hace días EVA 9 de 10, significa alto nivel de dolor y sufrimiento, signos vitales inestables y límites, apremio y dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria de 10 por minuto, saturación: 88% /Fi O2 21%, hija de 50 años, cuidadora principal, en estado de negación frente a estado de salud de la madre, solicita cuidados intensivos para su progenitora, ventilación mecánica y otras medidas de soporte, tales como alimentación parenteral.

Médico tratante recomienda cuidados paliativos para manejo del dolor e hidratación.

Médico actual a cargo de la paciente, indica uso de bigotera nasal con oxigenoterapia 4 litros por minuto, terapia hidratante, monitorización de hemodinamia permanente y presenta caso a comité de ética asistencial, hija tiene la autorización de acompañamiento amplio de su madre durante su hospitalización.

Discusión de los aspectos clínicos de la historia

Discrepancia de valores éticos entre el médico a cargo del cuidado actual de la paciente y su hija (principal cuidadora y responsable legal).

Por una parte, el médico indica cuidados paliativos dada la condición actual de la paciente, tomando en cuenta su dolor, edad, y pronóstico, por otro lado, la hija solicita se instalen todas las medidas de soporte invasivas que permitan la sobrevivencia de su madre.

Identificación de los valores y problemas morales que suscita

¿Debe autorizarse la solicitud de la hija, teniendo en cuenta que los soportes vitales invasivos, podrían no funcionar y significarle mayor dolor a la paciente?

¿Se debe contar con la opinión de la paciente, aún teniendo en cuenta, que esto podría significar esperar un gran tiempo hasta que logre estar nuevamente orientada?

¿Son los cuidados paliativos, la mejor opción para la paciente, considerando su diagnóstico, pronóstico y dolor?

¿Se encuentra la hija capacitada actualmente para tomar decisiones vitales en relación a los tratamientos de su madre, o requiere apoyo asistencial de algún tipo?

Elección por la persona responsable del caso, del problema moral

De los problemas detectados, el problema escogido por el profesional que presenta el caso para análisis deliberativo al CEA fue: ¿Debe autorizarse la solicitud de la hija, teniendo en cuenta que los soportes vitales invasivos podrían no funcionar y significarle mayor sufrimiento a la paciente?.

Identificación de los valores morales en conflicto

Autonomía. La facultad de la decisión de la hija (autonomía por subrogancia), basada en su convicción de hacer lo mejor para su madre, la esperanza subliminal de curación pese al pronóstico ominoso y su idea particular de calidad de vida y bienestar familiar.

Beneficencia. Convicción del profesional médico y de la hija de querer hacer lo mejor para su paciente y madre respectivamente, dado que existe la posibilidad de prolongar la vida biológica de la paciente, aunque de modo transitorio (beneficencia).

Esperanza. Expectativa y /o anhelo de la hija, por prolongar la vida de su madre.

Eficiencia profesional: Que exige evitar el consumo de recursos escasos y costosos cuando se espera un efecto fútil o perjudicial.

No maleficencia: No hacer daño, que obliga moralmente a no ejecutar procedimientos que pueden resultar más lesivos que beneficiosos para la paciente, incluso a petición de su representante legal.

Calidad de vida de la paciente: Cabe preguntarse y evaluar, dado el diagnóstico y pronóstico de la madre, como será su calidad de vida en caso de aplicar todas las medidas de soporte existentes para prolongar su vida.

Muerte digna: Es el gran dilema moral en este caso clínico, ¿debemos entregar todas las medidas y cuidados básicos para procurar una muerte digna de la madre? o ¿debemos preservar su vida a cualquier costo?

Empatía: La desesperación, la angustia y el miedo por perder a su madre, hacen que la hija pierda empatía con ésta, ya que refiere que “no la abandonará”, haciendo todo lo que sea necesario para que viva, sin pensar quizá sobre la calidad de vida de su madre en ese momento y en

el futuro próximo, considerando diagnóstico, pronóstico, sobre estado actual en el que se encuentra.

Amor: El amor que la hija siente hacia su madre hace que no pueda analizar todas las opciones que existen, cada una con diferentes consecuencias que debiesen ser consideradas también.

Profesionalismo: Es el compromiso y la responsabilidad que tiene el médico frente a la vida de la paciente, pero también frente a la hija de ésta, siendo consciente que esta última no posee los conocimientos de él y del comité de ética, por lo tanto, debe ser cuidadoso y mesurado en su actuar.

Prudencia: El médico tratante actúa basado en este valor, ya que ante el conflicto ético al que se ve enfrentado, toma la decisión de brindar a la paciente el máximo confort para su bienestar en ese momento y llevar el caso al comité de ética, sabiendo que hay un claro dilema moral que debe ser deliberado por otra instancia, además de él, el médico jefe de UPC y la enfermera jefe de Upc.

Responsabilidad: Ética y legal del equipo médico y comité de ética frente a la paciente y su hija.

Identificación de cursos de acción

Extremo: Aplicar todas las medidas invasivas, invadir con catéteres: vesical, arterial, venoso, gástrico, intubar a la paciente, conectarla a un ventilador mecánico invasivo, reanimarla en caso de una parada cardíaca o respiratoria.

Intermedios: Continuar brindando cuidados paliativos a la paciente internada en la clínica: analgésicos, oxigenoterapia, hidratación, monitorización hemodinamia, acompañamiento continuo, cuidados de enfermería, apoyar psicológicamente a la hija, para enfrentar el duelo, etc.

Óptimo: Continuar brindando cuidados paliativos en su domicilio, dar analgésicos, hidratación.

Decisión final

Considero que el curso de acción intermedio, que implica mantener hospitalizada a la paciente, pero brindando cuidados paliativos es la óptima y prudente.

Ya que de esta forma se logra aliviar el sufrimiento de la paciente, ofreciéndole una muerte digna, manteniendo controlado su diagnóstico actual, dentro de las posibilidades de su pronóstico, sin llegar al encarnizamiento terapéutico, en el que las decisiones de actuar serían desproporcionadas, a la casi certeza de efectos secundarios y

molestias adicionales, que sin duda empeorarían la calidad de vida en las últimas fases de la enfermedad de la paciente.

Además, se debe considerar el otorgar apoyo psicológico a la hija, para ayudar a enfrentar el proceso de negación que experimenta frente a la posibilidad de muerte de su madre, considerando también la posibilidad de acompañamiento extendido (para que esté cerca de su madre), haciéndole saber que su progenitora estará recibiendo todos los cuidados paliativos necesarios durante todo el día, todos los días, que esté hospitalizada.

Descarto la idea de cuidados paliativos en domicilio, bajo la idea de que en esta situación y si empeora la condición de la paciente, la hija no va a saber como intervenir se angustiará, nuevamente llevará a su madre a un centro asistencial en busca desesperada por ayuda, etc.

Comprobación de la validez basada en pruebas de consistencia: Legalidad- Publicidad- Tiempo” (EU-2).

Elaborar conclusión orientadora por escrito: “Este punto no lo cumplen las enfermeras(os) de UPC, aunque sí conocen que es la conclusión orientadora cuando se presenta el problema ético al CEA, es deliberada y orientadora, no es de carácter vinculante” (EU-2).

DISCUSIÓN

Teniendo en consideración que el objetivo específico planteado fue: comprender como las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto, realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile, se buscó dar significado a los discursos de las enfermeras(os), según el análisis hermenéutico; iniciando por comprender como conciben el concepto de bioética, los resultados de la investigación demuestran que es influenciado desde la formación precurricular de enfermera (o y, por experiencias agregadas a lo largo de la vivencia profesional: ya sea por la experiencia clínica y el conocimiento del ser humano en estado de enfermedad, en una Unidad de Pacientes Críticos (UPC), como también desde la relación establecida entre los pacientes y los familiares de estos.

Se comprende que las enfermeras (os), en su formación desarrollan una construcción moral que les permite realizar un cuidado humanizado, sustentado en firmes valores morales.

Acepción concordante a la investigación efectuada en una muestra de enfermeras de cuidados intensivos sobre la humanización del

cuidado, en sus conclusiones determina que la humanización de la atención en enfermería, se relaciona estrechamente con la gestión de la salud, y que se requiere una mayor inversión en la preparación de enfermeros, para que estos tengan una atención más humanizada, menos formal, menos protocolizada, concluye que, poseer la condición de humanización en los cuidados afecta e interfiere directamente en la calidad de la atención del profesional (SILVA et al, 2012).

Con respecto al concepto y formación en bioética en el rol disciplinar enfermera (o), en los significados de lo que declaran las enfermeras (os) de UPC como principios de la bioética, existen tópicos que se repiten en los discursos, aunque se reconoce heterogeneidad en los significados del concepto, adoptando en ciertos momentos acepciones valóricas, normativas y relacionadas a la enseñanza de bioética.

Valóricas: el valor es definido de un modo general como aquello que debe ser objeto de preferencia o de elección. El uso filosófico del término en el dominio de la ética fue introducida por los estoicos, como objeto de elección moral, cualquier contribución para una vida según la razón (ABBAGNANO, 2003). O encamina, como define Cícero a “lo que está en conformidad en el marco de la naturaleza o la dignidad de la elección y por “estar en conformidad con la naturaleza”, infiere que debe ser elegido en todos los casos, o sea, la virtud”. (ABBAGNANO, 2003, p. 989).

Cortina (2005), enuncia a algunos valores como siendo partes de la ética cívica, tales como la libertad, la igualdad, el respeto activo, la solidaridad y el diálogo, estos valores orientan a los cuidados, para actuar como sujeto participante del contexto social en las diferentes situaciones sociales que se presentan.

Normativas: la ética normativa procura establecer como deben ser las acciones de los individuos, proporcionando teorías para guiar las reflexiones sobre las prácticas profesionales, tales como subsidios o ayudas, para fomentar las discusiones sobre los problemas éticos. (HELLMANN; VERDI, 2014). Comprende el código deontológico de los profesionales del equipo de salud, las normas morales, las reglamentaciones legales del país que se refieran a la protección de las personas en sus derechos y deberes en salud; basada en estructuras normativas técnicas, asistenciales, administrativas y de gestión gerencial que rigen las instituciones, normadas y reguladas por el Ministerio de Salud, y por Organismos Internacionales en Salud.

Formativa: relacionada con el compromiso de formación en bioética a los profesionales de salud de la institución, lo que involucra

en primera instancia la formación de los propios integrantes del CEA y a continuación la formación de los profesionales de la institución. Los referenciales teóricos ofrecen soporte para las decisiones de las enfermeras complementando sus reflexiones, las que se encuentran sustentadas en sus valores morales y reforzados por la experiencia.

La formación ética, así como la enseñanza- aprendizaje/vivencial de ética se encuentra presente en el rol profesional y está comprometida con el desarrollo de la realización de valores humanizadores que conforman la identidad profesional (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

Las enfermeras aplican el Método Deliberativo Moral en diversas situaciones de problemas éticos. Ellas no solamente poseen sensibilidad moral para identificar los problemas éticos, sino también para aplicar la deliberación moral en busca de la decisión más prudente para el paciente y su familia.

La sensibilidad moral puede ser considerada como un sentido agudo o una mirada crítica y autocrítica que se usa para reconocer los problemas morales, como una permeabilidad o reactividad más aguda o más sutil. Los individuos pueden desarrollar sensibilidad moral o condiciones para percibir el contenido moral de las acciones cotidianas, de los actos y pensamientos cotidianos. (BARLEM; RAMOS, 2015).

Las enfermeras reconocen que existen problemas de la práctica asistencial que en su mayoría las entienden y aceptan, como Limitación Esfuerzo Terapéutico, y que en oposición a los estudios y conocimiento científico les provoca sufrimiento moral.

En la identificación de situaciones de problemas éticos, la percepción de las enfermeras puede ser seguida de sentimientos de inquietud o incomodidad moral. Estos sentimientos no necesariamente se relacionan con efectos negativos o desagradables sobre el tema, pero se ven a través de su productividad, como condiciones para la reflexión y la deliberación moral y permiten visibilizar problemas morales, que de otra manera, podrían mantenerse ocultos o desconocidos para la experiencia personal. (BARLEM; RAMOS, 2015).

Los momentos de discusiones y reflexiones em enfermería funcionan como un ambiente de partida en la construcción de decisiones a ser tomadas, garantizando así, una decisión ética prudente. Las discusiones éticas no eximen al enfermero (a) de su responsabilidad de decidir; la participación en la discusión está siempre en quien vivencia un problema ético (NORA et al., 2016).

Referente a la percepción de las enfermeras (os) de UPC adulto, en la relación ética entre profesionales de la salud con pacientes y

familiares de los pacientes, las enfermeras aseveran que existe una relación ética en el cuidado de los enfermos, donde confluyen múltiples factores, uno de ellos principalmente, es por las condiciones críticas del enfermo en esta unidad, lo cual los hace mayormente dependientes en la autonomía de sus cuidados y tratamientos terapéuticos, condición que es cercana y constante .

Existe así también, una situación clínica en UPC que se repite, y es la vivencia de los pacientes en etapa de transición de la vida a la muerte, circunstancia enfrentada con regularidad por las enfermeras (os); en estos casos , deben ser capaces de entregar cuidados de enfermería humanizados , manteniendo cercanía, comunicación abierta, permitiendo permisos en horas extendidas a familiares de pacientes, velando por mantener la confidencialidad del entorno a la persona, propiciar un espacio de espiritualidad de acuerdo a sus creencias, acompañar al paciente y familiares, estar presente, conducta asumida como un deber moral y que se ajusta al cumplimiento de Ley 20.548 en Chile (CHILE, 2012).

La formación de enfermería debe contener una formación íntegra, crítica e integradora, comprometida con los cuidados humanizados, responsables y éticos. La construcción moral de los estudiantes de enfermería los torna más humanizados a partir de la comprensión del conocimiento solidario y humanizado, internalizando valores morales para ser desarrollados en su práctica profesional (ÁVILA, et al, 2018).

En la práctica asistencial en el contexto de la complejidad de la relación clínica, se encuentran problemas de ética, que requieren conocimiento de bioética, siendo necesario la toma de decisiones difíciles que surgen por terapias y tratamientos médicos que influyen en el pronóstico de cada caso, de los objetivos terapéuticos, del uso de la tecnología invasiva, de los deseos del paciente y familiares directos y de los recursos disponibles.

Frente a los factores que influyen para presentar los problemas éticos al Comité Ético Asistencial en primera instancia presentarían los problemas éticos a la enfermera coordinadora del servicio y en segunda etapa notificarían al médico jefe de servicio, en su mayoría lo afirman (ocho de un total de diez) ; una de las participantes acudiría en consulta al CEA si ocurriera algún problema ético ; es importante destacar que una de las enfermeras frente a un problema ético que observó durante su turno , no esperó utilizar el conducto regular que cumplen en toda notificación, actuó frente a este problema en forma inmediata , lo cual devela autonomía y confianza en sus conocimiento en ética y bioética,

responsabilidad, compromiso con la buena praxis clínica y respeto a la protección de los derechos de los enfermos.

Muchas palabras de las enfermeras se presentan “con reticencias”, esta condición demostró que las pausas en sus discursos representan el rescate de las experiencias de vida de un pasado histórico, el rescate de la temporalidad, del conocimiento, para poder traducir en su discurso sus experiencias y vivencias, frente a los problemas éticos vivenciados en su práctica asistencial. Al interpretar estas palabras, las autoras buscaron establecer las Unidades de Significado (US), considerando las partes y volviendo al todo.

Reconocen problemas éticos que consideran debes ser protocolizados: ejemplo: la donación de órganos, mencionado por más de una de las participantes; otra situación: el derecho de los enfermo a tener una muerte digna , permitiendo transcurrir sus momentos finales de la vida, en el lugar que los pacientes hayan confidenciado a las enfermeras como un anhelo , y que no lo expresan a su familiares por decisión autónoma , esta información es conocida por los enfermeros y ocurre durante la relación empática que logran establecer las enfermeras(os) con los enfermos, corroborando el estado de confianza y empatía que logran.

Al ser consultadas como se expresan los cuidados de enfermería y las experiencias vivenciales de la práctica asistencial, donde se han visto enfrentadas a problemas éticos, en sus discursos consideran la empatía un elemento clave para la comunicación de las personas, la empatía consiste en la capacidad de situarse en el lugar del otro, es una estrategia fundamental para entender las emociones y sentimientos del otro, sin juzgar ni culpar, el lograr situarse en el lugar de otra persona y entender lo que esta siente (GARCÍA, 2011).

Sus concepciones sobre la empatía y humanización coinciden con la contribución de Jean Watson (teorista de enfermería), quien resalta estos conceptos y, así como la asistencia de una enfermería coherente, verdadera y empática, refuerza la condición de empatía en las relaciones de salud y considera importante rescatar ese concepto en las contribuciones de los profesionales de salud (SAVIETO; LEAO, 2016).

Consideran en su vivencia profesional que la escucha reflexiva tiene un significado y sello de singularidad del rol , comprendiendo como la capacidad de atender al mensaje que se recibe de un paciente y/o interlocutor; atender al contenido, comprender la forma en que expresa el mensaje un paciente, mirarlo, valorar su discurso, dedicarle atención, hacer ver a la otra persona que lo escuchamos y entendemos su

discurso y contenido, dar confianza, dar tiempo a la persona para emitir su mensaje (RICOEUR, 2013).

En el ámbito dignidad del ser humano, lo definen como respeto a la persona, como un ser humano individual y único en su dignidad intrínseca, con valores y principios, respetando su autonomía y libertad, credo político, religión, espiritualidad, costumbres, origen y raza.

La dignidad de las personas es el principio rector de la bioética; la persona tiene derecho a recibir un trato digno, de calidad y con un énfasis integral, acorde a las demandas sanitarias de la población (MONJE et al, 2018).

Uno de los problemas éticos que se repiten es la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de no reanimar, el inicio y término de medidas del soporte vital invasivo, la solicitud de familiares de aplicar medidas de soporte entendidas como desproporcionadas o fútiles en algunos casos y que , eventualmente significarán medidas de encarnizamiento terapéutico, es aquí donde el equipo de enfermería participa, estableciendo una comunicación asertiva, cercana, empática, humanizada, en la relación con el paciente si se encuentra con autonomía y capacidad cognitiva y/o con el familiar que subroga cuando el paciente ha perdido su capacidad intelectual.

La comprensión de los problemas éticos y la concepción y reconocimiento que develan las enfermeras (os) en UPC, al mencionar estas situaciones, reafirman la construcción moral obtenida, durante su formación académica. La comprensión de los significados encontrados, plantean como esencia del rol disciplinar en este equipo de enfermeras(os), entregar cuidados éticos humanizados de enfermera (o) como un deber moral.

Frente a los problemas éticos, demuestran comprensión y respeto por los valores de la vida, respeto a la Ley Deberes y Derechos del paciente (CHILE, 2012), a la diversidad del ser humano, a la confidencialidad de los datos clínicos del paciente, a la multiculturalidad, a los credos y religiones, a los deberes y derechos de las personas, compasión por el que sufre, empatía, piedad, humildad, razonamiento reflexivo y crítico, todos estos componentes representan valores morales y cultura ética , conformando un cuerpo de conocimientos , que enfermería enfrenta en el día a día y del que es responsable como disciplina.

Se rescata el valor que atribuyen a la ontología, donde asignan valor al concepto que, “todos los seres humanos son personas, no precio”, valor moral que ayudan a las personas que necesitan el arte de su disciplina. La ética del cuidado podría convertirse en la respuesta

buscada por nuestra profesión, ya que responde a la pregunta fundamental: ¿cuál debería ser la naturaleza de la relación con la persona enferma, y cuáles son las responsabilidades dentro de esta relación? (GARCÍA, 2015).

La formación en bioética y la continuación de estudios de posgrado en este gran tema, consolidan el conocimiento y buenos cuidados de la enfermera (o), confrontando en su diario vivir valores morales que forman parte de su rol.

CONSIDERACIONES FINALES

Los problemas éticos están presentes en el cotidiano vivir de los pacientes del servicio de UPC, estos problemas requieren comprender los valores morales existentes en el equipo de enfermería que desarrolla actividades asistenciales en esta Unidad.

El objetivo de la investigación, fue comprender como las enfermeras(os) de UPC adulto, realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile. Los resultados obtenidos permiten comprender el fenómeno.

El equipo de enfermeras (os) de UPC adulto, posee conocimiento teórico en el ámbito de la bioética, reflejándose en la aplicación de los cuidados de enfermería entregados, factor que favorece el bienestar de los enfermos y aporta una enseñanza al equipo de salud, quienes participan de las vivencias y acciones de enfermería, pudiendo traspasar estas modelos de cuidados hacia otros instancias como: decisiones prudentes, acertadas y significativas.

Las enfermeras(os) demuestran compromiso y responsabilidad, establecen una comunicación cercana, empática y humanizada en el trato con el paciente, si el paciente se tiene autonomía, capacidad cognitiva y/o con los familiares que subrogan, cuando el paciente ha perdido su capacidad intelectual. Representan un aporte en el conocimiento de ética y bioética para el manejo y la toma de decisiones prudentes, para dar solución a los problemas éticos de la práctica asistencial, conformando equipos colaborativos, apoyándose en los tratamientos, entregando cuidados humanizados, agregado al paradigma profesional en los cuidados de enfermería.

Reconociendo que existen problemas asistenciales, que en su mayoría las entienden y aceptan; casos de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, indicación de no reanimar en pacientes jóvenes; indicaciones de término a tratamientos invasivos, que en oposición al

conocimiento científico y conocimiento en ética las enfermeras expresan son medidas que aceptan, pero les provoca sufrimiento moral.

En la complejidad analítica demostrada en el desarrollo del Método Deliberativo Moral, presentaron algunas diferencias respecto a la estructura, sin embargo todas (os) convergen en el respeto a un modelo en ética convencional y uniforme en su rol profesional, que está establecido desde su formación precurricular.

Se puede concluir que la investigación aporta reconocimiento al valor del rol de las enfermeras (os) UPC adulto en bioética, en el contexto histórico y cultural de esta clínica, favorece la excelencia del cuidado y atención de los enfermos, así también aporta una enseñanza al equipo interdisciplinario presente, que observa las acciones del equipo de enfermería en la unidad, es significativo considerar que existe reconocimiento y agradecimientos de los pacientes y familiares de estos, atendidos en la unidad, considerando la fragilidad de los pacientes que reciben estos cuidados. El reconocimiento de familiares de pacientes no se consideró como hallazgo esperado en la investigación y es un factor importante de destacar hoy en día, donde se incentiva el respeto a la dignidad intrínseca del ser humano y el respeto a los derechos de los pacientes.

REFERENCIAS

ABBAGNANO, N. **Revisão da Tradução e Tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti**. Dicionário de filosofia. Trad. da 1. Edição Brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

AVILA, L.I. et al. Moral construction of undergraduate nursing students to promote care humanization. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.27, n.3, e4790015, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004790015>.

BARLEM, E. L.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. v. 22, n. 5, p. 608-615, ago. 2015. Doi: 10.1177/0969733014551595. Epub 2014 Nov 3.

BASSO-MUSSO, L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 2, p. 260-268, may-ago. 2012.

CASTELLANOS, B.; HENRÍQUEZ, P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioética**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2018.

CLINICA MAGALLANES. **Protocolos calidad y seguridad. Protocolo Comité de ética**. Departamento de Calidad. Chile, 2018.

CORTINA, A. **Ciudadanos del mundo: para una teoría de ciudadanía**. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola, 2005.

COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA, CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN (CONYCYT). Organismo que estructura, impulsa, coordina y promueve las actividades de ciencia, humanidades y desarrollo tecnológico en todas sus etapas contribuyendo al desarrollo sustentable y el bienestar social de Chile. **Investigaciones en seres humanos**. Disponible en: www.conicyt.cl.

CHILE. Ministerio de Salud Pública. **Ley 20.584. Regula los derechos y los deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud**. 2012. Disponible en: [www.http://minsal.cl](http://minsal.cl).

CHILE. Ministerio de Salud. **Norma General Administrativa N. 19, Artículo 13. Gestión del cuidado Enfermería para la atención cerrada en Establecimientos Hospitalarios de Alta y Mediana Complejidad**. 2007. Disponible en: [www.http://minsal.cl](http://minsal.cl).

DURAND, G. **Introducción general en bioética: conceptos e instrumentos**. Trad. Nicolás N. Campanario. São Paulo: Loyola, 2003.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método I - traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Trad. Flávio Paulo Meurer. Rev. Trad. Enio Paulo Giachini. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2017a.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método II – complementos e índice**. Trad. Enio Paulo Giachini; Rev. Trad. Marcia Sá Cavalcante-Schuback. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2017b.

GARCÍA, D.J. La deliberación moral en bioética. Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización. **Ideas y Valores**. v. lx, n. 147, p. 25-50, dic. 2011.

GRACIA, D. **Pensar a bioética, metas e desafios**. São Paulo: Centro Universitario São Camilo Loyola, 2010. Problemas con la deliberación. Revista Folia Humanística, p. 1-8, 2016.

HELLMANN, F.; VERDI, M. I. M. Ética, bioética e deontologia no ensino da naturologia no Brasil. **Rev. bioét.** v. 22, n. 3, p. 529-539, 2014.

LOLAS, S.F. **“Bioética en la Universidad de Chile”**. Centro Interdisciplinario de estudios de Bioética. Disponible em: www.uchile.cl/portal/investigación/...bioética/.../bioética-en-la-universidad-de-chile

MONJE V.P. et al. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. **Ciencia y Enfermería**, v. 24, n. 5, 2018. Doi: 10.4067/s0717-95532018000100205.

MOTTA, L.C.S. et al. Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. **Rev. bioét.** v. 24, n. 2, p. 304-314, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>

NORA, C.R.D. et al. Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4500014, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberación ética en salud: revisión integrativa de la literatura. **Rev. bioét.** v. 23, n. 1, p. 115-125, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>.

PASTURA, P.S.V.C.; LAND, M.G.P. La perspectiva de la ética de las virtudes para la toma de decisiones médicas. **Rev. Bioét.** v. 24, n.2, Brasília, mayo/ago. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242124>

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética clínica e pluralismo. Con ensayos originales de Fritz Jarh.** Sao Paulo: Loyola, 2013.

REICH, W. **Enciclopedia de bioética.** 2. ed.1995.

RIBEIRO, L.M; PERFEITO, R.R.; SANTINIG, R. **Metodologías de pesquisa para a Enfermeragem e saúde.** De la teoría a la práctica. v. 2, Porto Alegre: Moria, 2018.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 4. ed. Rev. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

RICOEUR, P. **La ética hermenéutica de Paul Ricoeur.** Ed. Sociedad para el estudio multidisciplinar de la Racionalidad y la ética Hermenéutica. Madrid, 2013.

ROA-CASTELLANOS, R.A.; BAUER C. Traducción de los Textos Sobre el Imperativo Bioético y la Biopsicología de Fritz Jahr (1929-1933); Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC. Colombia. Martin Luther Universität. Halle-Wittenberg. Alemania. **Rev.Latinoamericana de bioética.** v. 9, n. 2, ed. 17, p. 92-105, 2009.

SAMPIERI, H. et al. **Metodología de la investigación.** 6. ed., 2014.

SARABIEGO, P.M. et al. El anaálisis cualitativo de datos con ATLAS ti. Universidad de Barcelona. **Instituto de Ciencias de Educación,** v. 7, n. 2, p.5. Disponible en: <https://researchgate.net>.

SARRIAS, L.X. **Comités Ético Asistenciales.** Barcelona: Hospital Universitario Bellvitge, 2006.

SAVIETO, R.M; LEAO, E.R. Asistencia em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. Hospital Israelita Albert Einstein. **Esc.Anna Nery,** v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SILVA, F. D. et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v. 16, n. 4. Out/Dez, 2012.

SIMÓN, P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Segundo estadio del desarrollo de la bioética. **Rev. de calidad Asistencial**, p.250-251, Madrid, 2005.

SOROKIN, P; MARIEL, A.; OUTOMURO, D. **Comités de ética Asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos**. Departamento de Humanidades Médicas, Argentina, 2016.

VERA, C.O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de Cuidados Intensivos. **Rev Med**, La Paz, v. 21, n. 1, Ene/Jun. 2015.

6.2 MANUSCRITO 2 - DELIBERACIÓN DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE UNA CLINICA DE MAGALLANES CHILE, FRENTE A LOS PROBLEMAS ÉTICOS

RESUMEN

El objetivo del estudio fue comprender cómo los integrantes del Comité Ético Asistencial (CEA) deliberan y dan solución frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile. Investigación cualitativa, tipo exploratoria con enfoque en la hermenéutica de Gadamer. En la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada grabada, el período de la obtención de datos fue desde marzo a mayo del 2018, con la participación de 4 integrantes del CEA, todos profesionales de la salud. En la etapa de la organización y agrupamiento de datos obtenidos, se utilizó el programa software Atlas ti, versión 7 y para obtener la comprensión de los significados ocultos de los discursos, se utilizó como herramienta el círculo hermenéutico de Gadamer. Las interpretaciones, fueron llamadas unidades de significados (US), las US se presentaron en síntesis interpretativas por cada una de estas (SI US del 1- 6); las síntesis interpretativas elaboradas por las investigadoras se expresaron como extractos, que ejemplificaron los discursos de los participantes. Se concluye que los integrantes del CEA poseen conocimiento en ética y bioética, conceptualizado desde sus bases disciplinarias, acrecentadas con el razonamiento clínico que les permite su práctica clínica, aplicando juicios prudentes y ponderados, son capaces de deliberar en equipo y llegar a conclusiones en consenso siempre, pensando en el mayor respeto y beneficio en bien del paciente, teniendo también presentes referencias como: la empatía , el trabajo en

equipo y la prudencia en la toma de sus decisiones, frente a los problemas éticos que se presentan en la práctica asistencial.

Descriptor: Ética. Bioética. Método Deliberativo Moral. Comitê Ético Asistencial.

DELIBERAÇÃO DOS INTEGRANTES DO COMITÊ DE ÉTICA ASSISTENCIAL DE UMA CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE FRENTE AOS PROBLEMAS ÉTICOS

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender como os membros do Comitê de Ética Assistencial (CEA) deliberam e solucionam os problemas éticos em uma clínica de Magallanes, Chile. Pesquisa qualitativa, tipo exploratória com abordagem na hermenêutica de Gadamer. Na coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada gravada, sendo o período de coleta de dados de março a maio de 2018, com a participação de 4 membros do CEA, todos profissionais de saúde. O programa software Atlas ti, versão 7, foi usado para organizar e analisar os dados coletados, enquanto que para obter a compreensão dos significados ocultos dos discursos, foi usado como ferramenta o círculo hermenêutico de Gadamer. As interpretações foram chamadas Unidades de Significados (US). As US foram apresentadas em sínteses interpretativas por cada uma destas (SIUS de 1-6); As sínteses interpretativas elaboradas pelos pesquisadores foram expressas como extratos, o que exemplificou os discursos dos participantes. Conclui-se que os membros do CEA são conhecedores em ética e bioética, conceituado a partir de suas bases disciplinares, acrescentadas com o raciocínio clínico que lhes permite a prática clínica, aplicando julgamentos prudentes e ponderados. São capazes de deliberar juntos e chegar sempre a conclusões por consenso, pensando no maior respeito e benefício no bem do paciente, tendo também em conta as referências, tais como: a empatia, o trabalho em equipe e a prudência na tomada de decisões, diante dos problemas éticos que surgem na prática asistencial.

Descriptor: Ética. Bioética. Método Deliberativo Moral. Comitê Ético Asistencial.

DELIBERATION OF THE MEMBERS OF THE CLINICAL ETHICS COMMITTEE WHEN FACING ETHICAL PROBLEMS IN A CLINIC OF MAGALLANES, CHILE.

ABSTRACT

The objective of the study was to understand how the members of the Clinical Ethics Committee (CEC) deliberate and give solution to the ethical problems arising in a Clinic of Magallanes, Chile. A qualitative study, exploratory type with an approach in the hermeneutical of Gadamer, was carried out in a Clinic of Magallanes, Chile. In the data gathering, the recorded semi-structured interview was used, the data collection period was from March to May 2018, with the participation of 4 members of the CEA, all health professionals. In the stage of the organization and grouping of obtained data, the software program Atlas ti, version 7 was used, later to obtain the understanding of the hidden meanings of the discourses, the hermeneutic circle of Gadamer was used as a tool. The interpretations were called units of meanings (UM), the UM were presented in interpretive syntheses for each of these (ISUM of 1-6); The interpretive syntheses elaborated by the researchers were expressed as extracts, which exemplified the speeches of the participants. It is concluded then that the members of the CEC have knowledge in ethics and bioethics, conceptualized from their disciplinary bases, enhanced with the clinical reasoning that allows their clinical practice, applying prudent and considered judgments, being always able to deliberate as a team and reach conclusions in consensus, seeking the greatest respect and benefit for the patient, also taking into account references such as: empathy, teamwork and prudence in making their decisions, in front of the ethical problems that arise in healthcare practice.

Descriptors: Ethics. Bioethics Deliberative Moral Method. Health Ethics Committee

INTRODUCCIÓN

Los avances científico tecnológicos revolucionaron la historia de la medicina, los principales dilemas éticos que han surgido como consecuencia del desarrollo a partir de la mitad del siglo XX, hace que surgan destacados bioeticistas que han buscado conocer como han abordado estas cuestiones los primeros Comités de ética en el mundo (SOROKIN et al, 2016).

La creciente complejidad de las relaciones asistenciales, debido al desarrollo de la nueva medicina, la especialización técnica, la estructura de los grandes hospitales o lo contrario la falta de estructura y medios para estar a la altura de los avances científicos, la socialización de la asistencia sanitaria, ha cambiado la clásica relación médico-paciente. Los nuevos problemas se dan, además, en un ámbito de complicadas relaciones y procesos asistenciales. El paciente se relaciona con muchos profesionales sanitarios: médicos de diferentes especialidades, varios de un mismo servicio, enfermeras, auxiliares, psicólogos (LEON CORREA, 2011).

Se sugiere que casos clínicos controversiales o difíciles deberían resolverse en el hospital en lugar de los tribunales, se plantea que un Comité Ético Asistencial (CEA) debería conocer los hechos y aconsejar a los responsables de la toma de decisiones, o sea, pacientes, familiares y personal de salud. Disponer de un CEA es la mejor manera de tener en cuenta la mayor parte de lo que es mejor para todos y de mediar racional y éticamente entre usuarios, profesionales (enfrentados) y terceras partes (LEON CORREA, 2011).

Se produce en forma natural el empleo de prácticas éticas coyunturales que fueron eficaces, en un período donde no existían los avances tecnológicos actuales, desarrollo de las tecnologías de las comunicaciones, donde el paciente accede a la información de un mundo globalizado, existen grandes migraciones de pueblos, vivimos una evolución en la medicina, que se torna innovadora, incluyendo nuevos tratamientos y avances en la tecnología en salud, producto de investigaciones médicas científicas. Estos avances representan uno de los principales motivos frente a la presencia de los problemas éticos de la práctica clínica, los que generan la necesidad de recursos del conocimiento ético y de los comités de ética asistencial desde su instancia de deliberación de asesoría interdisciplinaria (GARCÍA, 2011).

Los conflictos éticos son recurrentes en la cotidianidad de la práctica clínica y los CEA, contribuyan a efectuar intervenciones que mejoren la calidad de la atención de los pacientes que presentan problemas de índole ético durante su estadía hospitalaria (LEDESMA; GARCÍA; BARRAZA, 2015).

Para reconocer y enfrentar problemas éticos los profesionales necesitan tener sensibilidad moral, considerar sus valores, su experiencia, utilizar un código de ética profesional y otras referencias éticas (BARLEM; RAMOS, 2015).

Existen métodos que permiten desarrollar las capacidades de razonamiento y toma de decisión en situación de incertidumbre, y que

son usados para la resolución de problemas complejos (BASSO-MUSSO, 2012). Entre estos, destaca el Método de Deliberación Moral (MDM) propuesto por Diego Gracia. La deliberación es un método de razonamiento práctico. Debe ser incentivada cuando los valores y los límites de la vida humana, individual y colectiva están en juego. La bioética debe colaborar en esta tarea (GRACIA, 2000).

Este estudio tiene como objetivo comprender cómo los integrantes del Comité Ético Asistencial (CEA) deliberan y dan solución frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

MÉTODO

La metodología utilizada correspondió al paradigma de la investigación cualitativa, de corriente hermenéutica, tipo exploratoria.

La Investigación se realizó en una Clínica de Magallanes, Chile, conociendo una realidad. El recurso humano está integrado por diferentes estamentos, distribuidos distribuidos en más de 80 médicos generales y variadas especialidades médicas, sumado a profesionales no médicos de apoyo, quienes en conjunto alcanzan a más de 389 profesionales, los que integran un gran equipo humano, conformado por 50 enfermeras, matronas, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, tecnólogos médicos, técnicos paramédicos de nivel superior, químico farmacéutico, psicólogos, profesionales del área gerencial, comercial, administrativos, personal de apoyo; quienes en conjunto alcanzan a más de 389 funcionarios, conformando un equipo multidisciplinario; desarrolla funciones en todas las áreas de salud de atención cerrada de alta y mediana complejidad, así también entrega atención abierta.

Durante el año 2018, por ampliación de planta física y del corporativo de red de clínicas privadas a la cual pertenece Clínica de Magallanes, la dotación de personal ha ido en aumento (CLÍNICA DE MAGALLANES, Recursos humanos, 2018).

En Chile, se promulgó en el diario oficial la Ley 20.584 de Deberes y Derechos de los Pacientes (año 2012), posteriormente, en el 2013, se publica el decreto que dió inicio a la creación de los Comités de Ética Asistenciales en el país; en las instituciones de salud, desde esa fecha al presente, se han institucionalizado los CEA, a partir de la publicación de esta ley, en el país se ha estado trabajando en otorgar mejores condiciones en la calidad y seguridad de atención de la salud de los enfermos, reflejado en las modificaciones tendientes a las buenas prácticas en las distintas áreas de salud del país.

En esta clínica existe desde el año 2011 un Comité Ético Asistencial, conformado inicialmente por 5 profesionales, el año 2017 renovó su estructura , actualmente está conformado por 9 integrantes, que desarrollan funciones propias del CEA en forma periódica y protocolizada . En la investigación participaron 4 integrantes del Comité Ético Asistencial, todos profesionales de la salud.

Criterios de inclusión de los participantes

Profesionales Integrantes del CEA, con contrato permanente en la Clínica.

Profesionales del CEA , que desempeñan actividades en esta institución con un mínimo de doce meses en la institución, previo a la entrevista.

Criterio de exclusión de los participantes

Integrantes del CEA de Clínica Magallanes sin contrato en la Institución.

La recolección de información consistió en obtener discursos por medio de entrevistas semi estructuradas, se procuró obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes: emociones, experiencias, significados y los aspectos subjetivos, la investigadora recolectó datos a través de lenguaje escrito, verbal y en texto , observó el entorno, las interacciones entre diferentes personas y grupos, reconoció vivencias y tendencias personales de los participantes , de manera similar a como la describieron los entrevistados. Como criterio metodológico de validación se utilizó la saturación, la recolección de datos se interrumpió en el momento en que la información aportada por los participantes se tornó repetitivo.

Cada participante pudo decidir libremente su participación, fueron informados que podrían retirarse del estudio en el momento que lo estimaren, si no accedían a participar, no serían afectados de ninguna manera, su identidad se mantuvo confidencial, los entrevistados fueron nominados con un código que reemplazó su nombre, ejemplo: profesional 1(CEA-1); Profesional 2(CEA-2); Profesional 3(CEA-3); Profesional 4(CEA-4). Los participantes firmaron aceptando términos del Consentimiento Informado.

Se utilizó el programa computacional de análisis de investigación ATLAS.ti versión 7, ATLAS ti ; conjunto de herramientas utilizado

para el análisis cualitativo de grandes cuerpos conceptuales de material recolectado, permite codificar entrevistas realizadas, establecer categorías, construir mapas conceptuales y árbol de decisiones; a partir de esto, establecer los vínculos y las relaciones existentes entre las ideas principales de los discursos obtenidos.

El Atlas.ti tiene un potencial significativo cuando su utilización con enfoques comprensivos, como la hermenéutica, y los cuidados a considerar son los mismos referentes a otros enfoques cualitativos (FORTE et al, 2017).

Para obtener la comprensión de los discursos obtenidos, se utilizó como herramienta de interpretación de los significados ocultos, el Círculo Hermenéutico de Gadamer: permitió interpretar y reinterpretar en una fusión de horizontes y del contexto histórico, produciendo una nueva realidad en el horizonte, una nueva interpretación de preconceptos y realidades, ayudada por el análisis reflexivo en profundidad de las investigadoras, de las interpretaciones de los discursos y textos expresados en un giro de interpretación unidireccional, favoreció la comprensión del fenómeno (GADAMER, 2017a, 2017b; RICHARDSON, 2017).

Las interpretaciones, fueron llamadas unidades de significados (US), las US se presentaron en Síntesis Interpretativas por cada una de estas (SI US del 1- 6); las Síntesis Interpretativas elaboradas por las investigadoras se expresaron como extractos, que ejemplificaron los discursos de los participantes.

Esta investigación que involucra a seres humanos cumple y respeta los preceptos de la Declaración de Helsinski (1964), reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2001.

El Proyecto de Investigación fue aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes, Certificado N° 014/CEC/2018, de fecha 12 de Marzo de 2018 y posterior actualización del título de la investigación por la Constancia N° 201/CEC/2018 de 14 de diciembre de 2018.

Las investigadoras declaran no tener conflicto de intereses.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

De los entrevistados pertenecientes al CEA el año 2018, los cuatro participantes fueron profesionales de salud, de estos, tres de sexo masculino y uno de sexo femenino. Las edades se encontraban entre los rangos de 43 a 69 años. Respecto al tiempo de permanencia en la

institución, tres cumplían 02 años y un integrante 07 años. El tiempo de desempeño profesional varía de 10 a 36 años.

RESULTADOS

UNIDADES DE SIGNIFICADOS DE LOS INTEGRANTES DEL COMITÉ ÉTICO ASISTENCIAL

Para obtener las Unidades de Significados (US) que orienten la interpretación de los discursos encontrados se efectuó un agrupamiento de las respuestas, que involucran: conocimiento de ética y bioética; problemas vivenciales en la relación con los pacientes y familiares; descripción del caso en que se tomó una decisión basada en criterios bioéticos; desarrollo del Método Deliberativo Moral en caso ficticio; finalmente se presentan a partir de la comprensión de los discursos de los participantes, referencias utilizadas en sus acciones para deliberar: empatía, prudencia y trabajo en equipo.

En este apartado se presentan los resultados del estudio, para lo cual se crearon unidades de significado utilizando como referencial metodológico: el círculo hermenéutico de Hans-Georg Gadamer, herramienta utilizada en investigaciones de metodología cualitativa; las investigadoras para interpretar, crearon las unidades de significados (US), posteriormente utilizaron un extracto de los significados ocultos de los discursos obtenidos, los que fueron expresados como síntesis interpretativas de cada unidad de significados, fueron denominadas (SIUS de 1-6).

Las etapas del círculo hermenéutico consideradas en esta etapa fueron: la pre- comprensión; reconocimiento; fusión de horizontes y de contextos; dar valor a la dialéctica, la comprensión del texto; aplicación del sentido; re-interpretación (GADAMER, 2017 a; GADAMER, 2017 b; RICHARDSON, 2017).

SINTESIS INTERPRETATIVAS DE LAS UNIDADES DE SIGNIFICADOS (SIUS)

Concepto de Ética

SIUS 1 - Los integrantes del CEA comprenden la ética en una dimensión del comportamiento humano enmarcado en normas de conducta que se definen como el bien y el mal. Los conocimientos y habilidades incorporadas al hacer profesional de cada integrante del CEA según ellos

definen son: ética aplicada; ética en sentido etimológico; ética en su relación con la moral y varios conceptos complementarios

Ética aplicada

En medicina es peculiar y plena de desafíos, en la profesión médica y en salud se adquieren altos compromisos, no dañar ni engañar a los pacientes, cumplir con estándares éticos tales como: valores éticos primarios y secundarios, virtudes y compasión, cuidado, respeto a las personas, y un conjunto de valores y normas propias de la práctica médica en salud.

La ética es una disciplina práctica, su objetivo es tomar decisiones moralmente correctas, es decir habla de lo correcto e incorrecto de la moral. La ética representa una rama de la filosofía que estudia el comportamiento humano. Se define ética como el conjunto de costumbres y normas que dirigen o valoran el comportamiento humano (CEA- 1).

Ética en sentido etimológico

Expresa el origen y sentido de la palabra ética, se trata de una palabra griega como también el uso de un sinónimo derivado del latín, significando en ambos idiomas, hábitos, siendo este el sentido más primario de la palabra.

Ética es una rama de la filosofía dedicada a las cuestiones morales. La palabra ética proviene del latín *ethicus*, y este del griego antiguo *ἠθικός* (*êthicos*), derivada de *êthos*, que significa 'carácter' o 'perteneciente al carácter'. Referida al ámbito laboral, se habla de ética profesional y que puede aparecer recogida en los códigos deontológicos que regulan una actividad profesional. La deontología forma parte de lo que se conoce como ética normativa y presenta una serie de principios y reglas de cumplimiento obligatorio (CEA-4).

Concepto Bioética

SIUS 2 - Los integrantes del CEA definen el concepto de bioética de la siguiente manera:

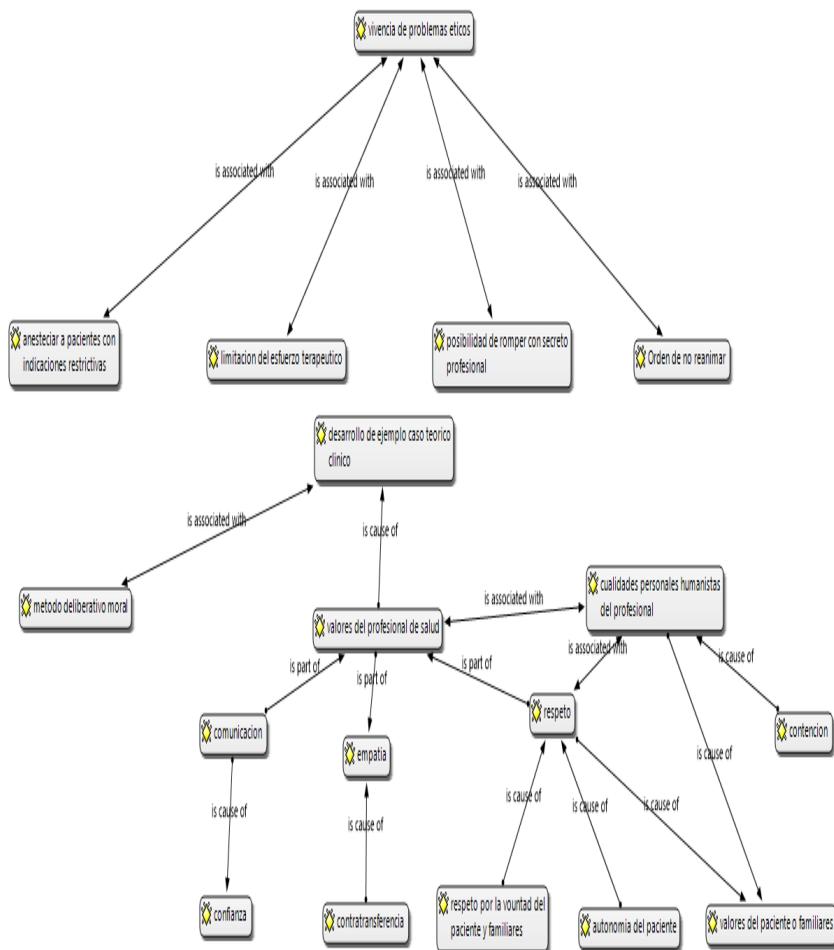
Los integrantes del CEA expresan en sus discursos el concepto de bioética comprendida como una rama de la filosofía ética aplicada en salud, donde se encuentran presentes valores morales, los principios de bioética que comprenden: justicia, no maleficencia, autonomía, beneficencia, donde se encuentran una ética de mínimos (exigible); comprende los principios que comparten todos los ciudadanos representada por principios de justicia y no maleficencia, y una ética de máximos (deseable); afecta a las personas en forma individual, implica la beneficencia y la autonomía.

Nace por la conciencia de una necesidad de una reflexión crítica sobre los conflictos éticos provocados por los adelantos de la ciencia y la medicina. Intenta dar una respuesta adecuada a la creciente complejidad presente en la atención sanitaria y en las políticas de salud. La bioética se preocupa por los aspectos éticos involucrados en la comprensión humana de la vida. Nace por la conciencia de una necesidad de una reflexión crítica sobre los conflictos éticos provocados por los adelantos de la ciencia y la medicina. La sociedad se caracteriza por la disparidad de creencias e ideas de bien. En el ámbito de la salud, por ejemplo, surgen conflictos entre la voluntad de los pacientes y el criterio de los profesionales. La bioética no es un protocolo que dice cuál de las dos actitudes es la correcta, sino que aporta elementos de reflexión que ayudan a analizar la situación concreta para que se llegue a la decisión más acertada (CEA -1).

Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. La bioética se ha convertido en uno de los temas de obligada referencia en la medicina y la investigación actual, una nueva disciplina que ha ido adquiriendo a lo largo de los últimos treinta años un importante cuerpo doctrinal convirtiéndose en una de las ramas de estudio más desarrolladas de la ética (CEA-4)

Bioética Aplicada en Problemas Éticos Vivenciales en la Relación con los Pacientes y Familiares de Estos

Figura 4 – US 3 - Bioética Aplicada en Problemas Éticos Vivenciales en la Relación con los Paciente y Familiares de Estos



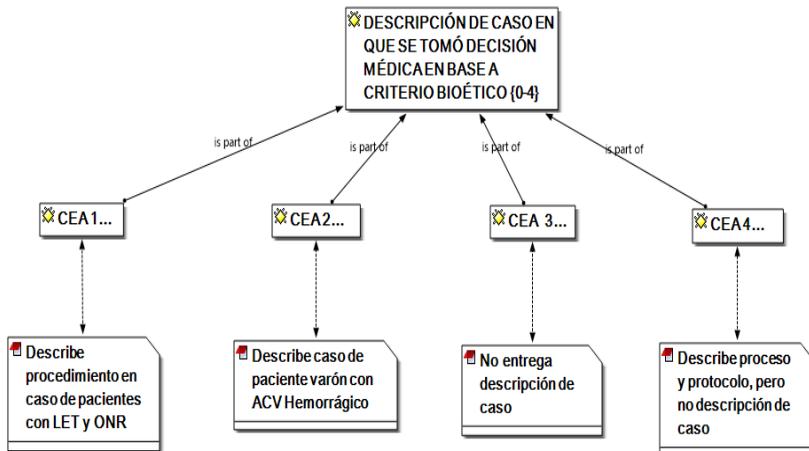
SIUS 3 - Bioética Aplicada en Problemas éticos Vivenciales en la Relación con los Pacientes y Familiares de Estos

Los integrantes del CEA expresan que los problemas vivenciales se presentan en forma recurrente en el ámbito de la relación clínico asistencial, y es a consecuencia de diversidad de factores derivados de la condición de complejidad de los pacientes: terapias, procedimientos de limitación del esfuerzo terapéutico, indicación de no reanimar, retiro de procedimientos y terapias invasivas, rechazo a tratamientos, ausencia de existencia de voluntades anticipadas en casos de pacientes que han perdido sus facultades cognitivas por condición clínica, otras. Consideran deben tener presentes los valores irrenunciables de la dignidad del ser humano, del valor de la vida, y la protección de los derechos de los pacientes en todos sus ámbitos.

No haré mención a un caso en especial, creo oportuno presentar una situación a la cual nos vemos enfrentados los anestesiólogos con cierta frecuencia y, que para mi es una preocupación, me refiero cuando se debe anestesiarse a pacientes con indicaciones restrictivas como Límite del Esfuerzo Terapéutico (LET) y Orden de No Reanimar (ONR). Estos pacientes con frecuencia tienen indicación de intervenciones destinadas a mejorar su calidad de vida, o para el control de síntomas, a pesar de tener un mal pronóstico evolutivo, y/o deterioro de su condición física (CEA-1).

Los procedimientos que con mayor frecuencia requieren anestesia para pacientes con decisiones restrictivas (ONR, LET), suelen corresponder a medidas de soporte, por ejemplo: a) sondas de alimentación, accesos vasculares; b) cirugías de urgencia con altas probabilidades de éxito, no relacionadas con la enfermedad terminal; c) cirugías de urgencia para una complicación subsanable de la enfermedad de base, o; d) intervenciones para el alivio del dolor y otros síntomas (CEA -1).

Figura 5 - US4 - Descripción de caso en que se toma Decisión Médica Basada en un Criterio Bioético



SIUS 4

Los integrantes del CEA relataron situaciones de problemas éticos vivenciados en su práctica clínica, expresando en sus discursos conocimiento ético, principios de bioética, empatía, comprensión frente a los problemas éticos del área asistencial, expresan poseer cultura de deliberación en equipo y ser capaces de dar solución demostrado en la toma de decisiones reflexivas y prudentes ante situaciones del ámbito ético que afecten a los pacientes y los suscitados por exigencias y la relación establecida con familiares de estos; casos de profesionales consultantes, entre otros

Uno de los casos fue un ejemplo, el caso de un hombre joven con diagnóstico de accidente vascular hemorrágico, donde en conjunto a los familiares se decidió limitar el esfuerzo terapéutico (CEA-2).

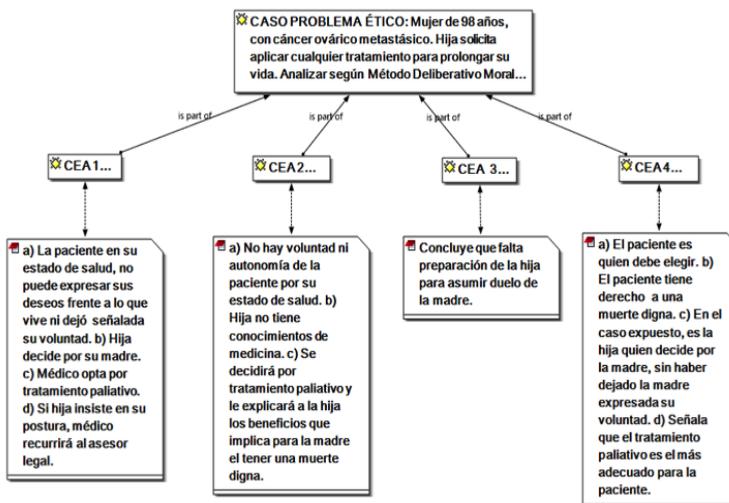
(...), varios casos me ha tocado con el tema, porque hay un caso en que tengo que enfrentarme al tema(...), hay un caso del profesional de salud, que tiene que ver con el secreto profesional, (...), igual es algo ético, y tiene que romper con el secreto profesional, ahí, al enfrentar situaciones

de riesgo del paciente, uno rompe el secreto profesional del paciente y actúa para salvar la vida del paciente, tiene relación con su seguridad. En estos casos, lo importante es que cuando uno parte con un paciente, uno tiene que realizar un encuadre al inicio, decirles: mira(...), hay cosas que van a quedar entre tú y yo, pero si yo veo que existe peligro, mi labor es denunciar y si ellos no denuncian, lo tengo que decir.

En muchos casos existen casos de violencia grave, otros casos de situaciones de abusos,... de abuso sexual (...).sí, me ha tocado,(...), lo dicen acá dentro de la sesión(...), ahora lo importante ahí (...), es que uno tiene que explicarles a ellos que tu deber es denunciar, cuando uno parte con la terapia de un adolescente, y tiene que explicarle “ mira aquí si pasa algo no debido, mi labor es denunciar (CEA- 3).

Aplicación del Método Deliberativo Moral

Figura 6 – US 5 - Aplicación del Método Deliberativo Moral por Integrantes CEA



SIUS 5 - Aplicación del Método Deliberativo Moral por Integrantes del CEA.

De los participantes, uno desarrolló el Método Deliberativo Moral del caso ético en forma sistematizada e integral por etapas, basado en los principios de la bioética y con razonamiento reflexivo, demostrando comprensión del problema ético, experiencia en el ámbito clínico asistencial, conocimiento de casos de problemas éticos, ponderando consecuencias de decisión tomada, llegando a una decisión prudente y ética, expresó que entiende la deliberación en términos de diálogos de igualdad y condiciones de incertidumbre, asigna valor moral a la dignidad intrínseca del ser humano y el respeto de los derechos de los pacientes.

Tres integrantes del CEA desarrollaron el método deliberativo acorde a filosofías éticas , humanistas y bajo códigos deontológicos propios de rol disciplinar ; privilegian el hacer el bien al paciente , velando por el respeto de sus derechos, comprenden los principios de bioética en sus discursos, asumido con compromiso y responsabilidad, valorando la significancia de su pertenencia al CEA , expresaron razonamientos reflexivos, consideran la prudencia , la empatía y el trabajo en equipo interdisciplinar fundamental en las acciones y funciones del CEA , cualidades consideradas necesarias para la toma de decisiones deliberativas y prudentes , expresaron que respetan opiniones diversas a las propias, y aceptan acorde a cada caso particular, otras opiniones como mejores las propias; agregan que tomada decisión del caso, revisan las pruebas de consistencia, posteriormente emiten decisión orientadora, respondiendo por escrito al consultante, declaran que la decisión es de asesoría consultiva, no tiene carácter vinculante.

Análisis caso problema ético clínico ficticio por Método Deliberativo Moral

A continuación se presenta como los integrantes del CEA desarrollan el Método Deliberativo Moral, se les presentó un caso de problema clínico ficticio recurrente en las realidades clínicas, en el que describieron como procederían ante eventualidad de que se les presente un problema ético de esta naturaleza.

Nivel I - HECHOS

Paso 1: Presentación del caso

Historia clínica: Paciente, Sra C.A.L., edad, 98 años, diagnóstico, cáncer ovárico terminal etapa IV, portadora de metástasis secundarias óseas en cráneo, extremidades superiores e inferiores y pelvis, estado de conciencia, desorientada, estado general: deshidratación de piel y mucosas, hija reporta que su madre no ha orinado en dos días.

Al examen clínico quejumbrosa, presenta dolor: Eva 9/10, ciclo vital en valores límites, con apremio y dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria de 10 x minuto, saturación $O_2 = 88\%$.

Ingresa paciente procedente de su domicilio acompañada de hija mayor, (edad de la hija 50 años), hija relata que su madre hace 5 días inicia estando previamente bien, posterior a tratamiento de cáncer ovárico en clínica de Santiago de Chile, dada de alta a domicilio ,

presenta hace 5 días desorientación, manifestación de gran dolor generalizado, por lo que hija consultó a médico tratante de su madre, quien le ha indicado instalar medidas paliativas de tratamiento, analgésicos e hidratación y mantener a su madre con cuidados domiciliarios.

La hija mayor decide llevarla a Clínica de Magallanes para hospitalizar y solicitar tratamientos para su madre, se entrevista con médico de turno y enfermera jefe de UPC, solicita que se le realice todo tratamiento invasivo a su madre, objeto de prolongar su vida. Explica que su madre representa el amor y cuidados que siempre tuvo y en este tiempo de su enfermedad, ella como hija no la abandonará y está dispuesta a hacer todo lo que sea necesario, para que su madre viva, la hija denota gran aflicción y angustia al entrevistarse con el médico y la enfermera.

El médico conversa con hija de la paciente explicándole que se tomarán medidas de tratamiento paliativo, ante esta respuesta, la hija le suplica al médico y a la enfermera que salven la vida de su madre y si es necesario conectarla a ventilación invasiva y otras medidas de soporte y ayuda, ella está dispuesta a firmar consentimientos informados que avalen estos tratamientos y cancelar costos que deriven de estos tratamientos, el médico tratante tranquiliza a la hija, instala tratamientos de analgesia a dosis de sedación, asiste con oxígeno por bigotera con 4 litros por minuto ventilación de la paciente, instala terapias hidratantes y monitoriza hemodinamia en forma permanente, permite que la hija acompañe a su madre gran parte en el día y parte de la noche.

Médico tratante presenta el caso al Comité de Ética Asistencial, solicita orientación de cursos a seguir ante la petición de hija de la paciente y evidente estado terminal de la madre.

Médico tratante expresa que la hija firmará solicitud de instalación de ventilación asistida a su madre y procedimientos invasivos para su alimentación, hija ha solicitado se inicie alimentación por vía endovenosa.

Explica el médico que al presentar el caso se preocupa del aspecto ético por la paciente, siente que no le está ofreciendo una oportunidad de calidad de vida y muerte digna debido a la presión que ejerce la hija, quien tiene la subrogancia de la madre, la hija se niega a permitir que continúe el curso natural de la enfermedad en su madre.

Se presenta el caso para deliberación y análisis por método deliberativo moral.

El médico explica que ante estos requerimientos necesita respaldar acciones médicas e informar a hija de la paciente que ha

enviado el caso de su madre al Comité de Ética Asistencial, para consulta orientadora, por los tratamientos que competen en esta fase de la enfermedad de su madre.

Paso 2: Aclaración de dudas

Aspectos Clínicos: Edad, 98 años, diagnóstico, cáncer ovárico terminal etapa IV, portadora de metástasis secundarias óseas en cráneo, extremidades superiores e inferiores y pelvis, estado de conciencia, desorientada, estado general: deshidratación de piel y mucosas, hija reporta que su madre no ha orinado en dos días.

Al examen clínico quejumbrosa, presenta dolor: Eva 9/10, ciclo vital en valores límites, con apremio y dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria de 10 x minuto, saturación $O_2 = 88\%$.

Conclusión: Se trata de una paciente terminal, mal pronóstico, y deterioro importante de su condición física.

Aspectos Jurídicos: Los derechos que asisten al paciente son: el derecho a la vida, el derecho a recibir asistencia médica, y especialmente, el principio bioético de la autodeterminación.

Aspectos Asistenciales: El equipo de salud ha entregado una atención ajustada a niveles de calidad, respeto y éticos. Se tomaron las acciones correctas en busca de una conducta adecuada.

Deseos del Paciente: Imposible determinar por:

- a) Paciente con alteración de conciencia, desorientada. Está imposibilitada de manifestar sus inquietudes o posición al respecto;
- b) No explicitó su voluntad con anticipación.

Papel de la Familia y su Posible Sustituto o Tutor: La hija mayor - sustituta- solicita tratamientos para su madre, se entrevista con médico de turno y enfermera jefe de UPC, solicita que se le realice todo tratamiento invasivo a su madre a objeto de prolongar su vida.

Principio de Autonomía Exigido por Sustituta, la Hija.

Nivel II. Valores

Paso 3: Identificación de Problemas y Valores en Conflicto

- a) Identificación de problemas.
 - Me parece problemático que la paciente no pueda plantear su opinión. Autonomía;
 - Paciente terminal, mal pronóstico, y deterioro importante de su condición física;

- Hija mayor -sustituta- solicita que se le realice todo tratamiento invasivo a su madre a objeto de prolongar su vida;
- Me parece problemático la situación de la hija. Hija inestable emocionalmente, la hija con gran carga emocional;
- Puede ser problema el hecho que médico explica a la hija que se tomarán medidas de tratamiento paliativo, al parecer hija considera esta actitud insuficiente y no cumple sus expectativas;
- Es un problema que las expectativas de la hija no están ajustadas a la realidad de la enfermedad de su madre;
- Piensa que la mamá puede recuperarse en circunstancia que está terminal;
- Es un problema que médico esté presionado por la hija a seguir una conducta en circunstancia que el curso natural de la enfermedad de la paciente es otro;
- Es un problema que médico perciba que a la paciente no se le están entregando los cuidados adecuados y ajustados a ciertos valores de calidad por las acciones que realiza la hija.

b) Identificación de valores

- Paciente por su condición clínica es incapaz de poder ejercer su autonomía. Este principio quedó en manos de la hija, que es la sustituta o subrogante;
- Médico toma acciones destinadas a hacer el bien, no provocar daños al paciente, y aceptando las solicitudes de la hija (sustituta);
- Hija como sustituta decide por su mamá. Ella piensa que son beneficiosas para su madre y seguramente cree que son los deseos de su madre;
- Es un problema que se originen diferencias en los objetivos del médico y de la hija. Es un conflicto entre la autonomía del médico y la autonomía de la paciente interpretada por la hija.

Nivel III. Deberes

Paso 4: Deliberación, propuesta de cursos de acción.

El problema que se plantea al equipo médico es realizar todas las medidas incluyendo tratamientos invasivos como solicita su hija o efectuar tratamientos paliativos, de mantención y que la enfermedad siga su curso natural.

Al presentarle a la hija la segunda opción, ella solicita se realicen los mayores esfuerzos posibles para mantenerla con vida.

ANÁLISIS

Utilitarista: desde el punto de vista del equipo médico, el beneficio otorgado por la opción de la hija es menor.

Desde el punto de vista de costo-beneficio, la opción ofrecida es lo más recomendable.

Deontológico: el deber del equipo médico es la preservación de la vida.

La paciente hace efectivo su derecho a la autonomía a través de la interpretación de sus posibles deseos por su hija.

Aretológico: el dilema es: ¿Estoy haciendo el bien? ¿Estoy haciendo el mal?

En éste caso de problema ético la implementación de tratamiento paliativo será mejor para la paciente al dignificar la vida.

Las interrogantes ¿cómo debo actuar? y ¿cómo debo estar preparado para actuar correctamente?, constituyen problemáticas capitales dentro de la ética. De la solución que se les da a estas preguntas, deriva el modelo de ser humano que se aspira a formar.

La teoría de la virtud o aretología en un sentido más amplio, constituye una de las numerosas respuestas a las preguntas anteriormente mencionadas, virtud proviene del latín virtus, equivalente al griego “areté”, y significa cualidad excelente de las cosas o personas para realizar sus funciones. La filosofía moral, se ocupa de las virtudes, su naturaleza, desarrollo y medios para llegar a ella, así también de los vicios que se oponen a las mismas; bajo esta concepción la aretología es entendida como un “catálogo de virtudes”, que pertenecen a una persona (SANCHEZ, 2002).

Paso 5: Cursos de acción

a) Evaluación

El bien del paciente.

El bien mayor de la paciente es realizar tratamientos paliativos, de mantención y que la enfermedad siga su curso.

b) La autonomía del paciente.

Está comandada por la hija, con gran carga emocional y un gran componente de inestabilidad emocional.

c) La responsabilidad del equipo médico.

El equipo médico cumple con su responsabilidad al explicar a la hija las ventajas y desventajas de optar por un tratamiento determinado.

d) Decisión.

Lo aconsejable es respetar parcialmente la autonomía de la hija.

Al evaluar la opción tomada por la hija pienso que no es la mejor opción al no considerar tener una muerte digna.

Reafirmo que el tratamiento paliativo es la opción médica apropiada y mas aconsejable.

Paso 6: Prueba de legalidad y publicidad.

Legalidad, debe consultarse al abogado respecto a la legalidad de esta determinación.

Publicidad, Pienso que esta determinación resiste una acción publicitaria del caso al hacer evidente una decisión basada en conceptos deontológicos y aretológicos al preocuparse y ceñirse estrictamente a conceptos de dignificación de la vida y por sobretodo el derecho a tener una muerte digna”.

Paso 7: Elaborar respuesta orientadora de la consulta efectuada al CEA, frente a un problema ético dirigida al consultante (CEA-1).

El participante **CEA-2** respondió la aplicación del método deliberativo de la siguiente manera:

Primero, lo primero que yo hubiera hecho como integrante del comité (...), tendría los puntos de la deliberación de lo que significa la ética en este caso, que es lo que yo hubiera hecho, entonces ¿qué es lo ético?,

Me pregunto(.....), que es lo que hubiera querido la paciente, qué capacidad tiene la paciente de decidir.

Ninguna (...), cierto?, entonces pensaría qué si la paciente no está en condiciones de tomar alguna decisión, ninguna, cierto?, si la paciente no tiene ninguna capacidad, ni autonomía para decidir por estar con un cáncer etapa IV .

Y si la hija no tiene conocimientos nada de medicina, nosotros como profesionales de la medicina, en este caso en particular yo(...),como integrante del Comité de Ética Asistencial, habría limitado las medidas de esfuerzo terapéutico , eso es lo que yo hubiera hecho(.....),empleando las medidas básicas de confort, para evitar sufrimiento y cualquier tipo de problemas que se puedan resolver rapidamente, que se yo(.....), permitirle estar en un lugar cómodo(...), y de soporte vital para la paciente:hidratación, manejo de algias, evitar el dolor, evitar el sufrimiento, en

un ambiente digno, acorde a diagnóstico y pronósticos que ella tiene en estos momentos.

Le habría conversado y explicado a la hija, habría hecho un análisis con la hija, me habría sentado con la hija y ahora si ella espera hacer tratamientos más avanzados(...),explicarle que no se le está abandonando, explicar que se le entregará medidas de soporte y confort básico.

Me pongo en el caso del comité de ética de lo que yo habría propuesto, en relación a estas nuevas situaciones invasiva (...), por ejemplo (...), instalación de catéteres centrales, por ejemplo, significa solo alargar la agonía (...),en el caso de una paciente que sabemos tiene un pronóstico reservado, las medidas invasivas que propone la hija, uno no siempre debe hacer y cumplir todo lo que el familiar quiera o exiga(...), en este caso particular(...),al presentar el médico tratante el caso al comité de ética(...),se permite que se delibere, que se de la consulta a un comité de distintos expertos (...),donde nosotros, los profesionales, lo que tenemos que hacer, es darle un tratamiento acorde a la situación, un trato digno, yo (...), en mi caso habría indicado medidas de limitación del esfuerzo terapéutico.

Y explicarle a la hija, explicarle que la situación no es que se le abandone, sino que no corresponde uso de medidas extraordinarias (...), y eso explicárselo muy bien a la hija, que no solo es la decisión de un profesional, sino que ha sido una deliberación por un consenso de un comité de ética, es una decisión de un comité deliberada (CEA-2).

Expresa el desarrollo del método deliberativo moral, “desde la perspectiva deontológica del médico, busca y valora los principios éticos desde un código propio, sin embargo, el vivir constantemente con situaciones que abordan los límites éticos, le permite razonar prudentemente (CEA-2).

Desarrolla el método deliberativo moral

con visión de un profesional de la salud que acoge al enfermo en su dimensión psicológica, espiritual,

en toda su diversidad, explica las fases del ser humano y lo importante que es el significado de enfrentar la verdad, con la honestidad del diagnóstico y tratamiento terapéutico sin violentar la confidencialidad del ser en toda su verdad y expresión (CEA-3).

Desarrolla el método deliberativo moral en forma sistematizada, con referencial teórico orientado hacia la formación precurricular y post curricular, en teoría y práctica.

Aborda principios morales y normas técnicas que validan su conocimiento científico.

Frente a problemas éticos en un paciente con una enfermedad terminal no cabe hacer una reflexión ética sólo desde el punto de vista de los principios sino que debemos enfrentarlo en forma holística, vale decir, enfocar al paciente como persona. Muy a menudo olvidamos que estamos tratando a un ser humano de tal manera que reflexionamos y aplicamos los principios como si fuera un protocolo y no consideramos que los principios éticos son un medio para y no un fin en sí mismo. Al tratar la parte somática del paciente debemos tener presente que simultáneamente nos estamos enfrentando a su racionalidad, a su libertad, a su dimensión espiritual e incluso religiosa. En otras palabras estamos frente a una persona como un todo y no sólo a su parte corpórea. Tratamos a un ser humano y no a un órgano. (CEA-4).

SIUS 6 - Empatía, prudencia y trabajo en equipo como referencia en las acciones de los integrantes del CEA

A partir de sus discursos, expresan empatía, prudencia y trabajo en equipo como referencias que deben estar comprendidas por las decisiones tomadas como integrantes del CEA.

Explican que bajo la mirada de sus disciplinas clínicas-humanistas, y la perspectiva del código deontológico correspondiente al rol profesional al que pertenecen, pueden desarrollar el método deliberativo moral, buscando y valorando los principios de bioética desde un código propio, sin embargo, coinciden en aceptar y vivir con una cultura y valores morales de la bioética, condición que les permite

deliberar con un razonamiento prudente y reflexivo, expresando que al vivir constantemente situaciones que abordan los límites éticos, les permite un diálogo interdisciplinario y la aceptación de opiniones diferentes a las suyas y poder aceptarlas en ocasiones como mejores que las propias.

Comprenden **la Empatía** como un sentimiento de identificación con algo o alguien, significando para ellos, poseer la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos, (DICCIONARIO REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2017).

Valoran **el Trabajo en equipo**, expresado como la unión de una o más personas organizadas de una forma determinada, las cuales cooperan para lograr un fin común que es la ejecución de un proyecto, toman decisiones grupales, sostienen reuniones productivas, durante las reuniones se generan nuevas ideas y se establece acuerdos en consenso.

Asignan valor a la **Prudencia**, expresando que proviene del latín prudentia, comprendida como una virtud y cualidad muy valorada, y que consiste en actuar y hablar con cuidado, de forma justa o adecuada, con templanza, cautela, moderación, previsión y reflexión, sensatez y precaución para evitar posibles daños, dificultades reales o inconvenientes y respetar la vida, los sentimientos y las libertades de los demás. (DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 2005).

Empatía:

La ética tiene que ver principalmente con regirse con algunas normas en la relación con los pacientes, desde el vínculo, hasta el trato, hasta las respuestas que uno le da, sí, la relación ética también tiene que ver con los procedimientos que uno realiza con los pacientes, ya(...) desde el acceso a la información de los pacientes, el manejo de la confidencialidad (CEA-3).

[...],Varios casos me ha tocado con el tema, porque hay un caso en que tengo que enfrentarme al tema(...),hay un caso profesional del sicoterapeuta que tiene que ver con el secreto profesional,(...),igual es algo ético, y tiene que romper con el secreto profesional, ahí al enfrentar situaciones de riesgo del paciente, uno rompe el secreto profesional del paciente y actúa para salvar la vida del paciente, tiene relación con su

seguridad, (...). En estos casos, lo importante es que cuando uno parte con un paciente, uno tiene que realizar un encuadre al inicio, decirles: mira hay cosas que van a quedar entre tú y yo, pero si yo veo que existe peligro, mi labor es denunciar y si ellos no denuncian, yo lo tengo que decir.

En muchos casos existen casos de violencia grave, otros casos de situaciones de abusos, de abuso sexual (...)sí, me ha tocado (...),lo dicen acá, dentro de la sesión. Ahora lo importante ahí, (...), es que uno tiene que explicarles a ellos, que tu deber es denunciar. Cuando uno parte con la terapia de un adolescente, y tiene que explicarle “ mira aquí si pasa algo no debido, mi labor es denunciar (CEA-3).

Trabajo en equipo:

Desde su inicio el CEA se componen por un equipo multidisciplinario de trabajo en equipo, condición que es constante en su composición; esta condición estimula y favorece el diálogo y la deliberación interdisciplinaria considerada la base del que hacer de la bioética (CEA-4).

Prudencia:

Para enfrentar los duelos de los pacientes (...) Un profesional deba enfrentar sus procesos personales antes, sus propios procesos y tratarlos. La contratransferencia es fundamental en los sicoterapeutas, uno debe enfrentar sus propios duelos y pérdidas, especialmente cuando has tenido duelos difíciles, patológicos(...)o, cuando no has tenido duelos, (...),el profesional habiendo resuelto antes sus propios duelos podrá enfrentar los dolores de los pacientes (CEA-3).

DISCUSIÓN

Los resultados de la investigación demuestran que los integrantes del Comité ético Asistencial participantes utilizan el diálogo interdisciplinar para resolver los problemas éticos de la práctica asistencial, por el método de deliberación moral, llegando a una conclusión orientadora frente a las consultas recibidas para resolver y

entregar al consultante. Tal acción coincide con lo propuesto en el texto “Comités de ética asistencial”, que expresa que solamente el diálogo interdisciplinar y transdisciplinar permite en nuestra sociedad plural, encontrar por la vía de la deliberación, el mejor camino para la solución de conflictos éticos respetando la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud (ABEL, 2006).

Al referirse al concepto de ética los integrantes del CEA, definen ética bajo valores morales del bien y el mal, no explicitando en forma homogénea, sin embargo todos muestran una concepción moral relacionada con normas, valores y costumbres en la atención de salud. Mencionan el ámbito profesional, donde unen el concepto a los códigos deontológicos de la profesión, asimilado a principios y reglas de cumplimiento obligatorio.

En el concepto de bioética, los integrantes CEA, lo relacionan a que es una rama de la filosofía de la ética y es aplicada en el ámbito de la atención en salud. Destacan el desarrollo de la bioética en los últimos 30 años, considerándolo un tema obligado en las profesiones de salud, que en los últimos años ha crecido en medicina y en la investigación.

Expresan los principios de bioética principialista y moral que se aplican en la deliberación de problemas éticos en el campo asistencial y su relación con los pacientes y familiares de estos, principios de: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, mencionan que el MDM en un equipo multidisciplinar conformado permite tomar decisiones prudentes, reflexivas y consensuadas. Sin embargo, tienen presente que, solo una corriente bioética no es suficiente para dar cuenta de la complejidad de los problemas éticos experimentados en la práctica en salud. Es necesaria la ampliación de la discusión y reflexión, empleando otras corrientes de la bioética para la ampliación de la caja de las herramientas para la práctica ética en la toma de decisiones (MOTTA et al, 2016).

De los problemas vivenciales que les ha tocado resolver relacionados con la bioética mencionan casos de LET en pacientes jóvenes, indicación de no reanimar, problemas de rechazo de tratamientos donde establecen diálogo más cercano e íntimo con el paciente y familiar del paciente que subroga, problemas de culturas y credos, problemas de rechazo de tratamientos por pacientes y problemas de no aceptación de los familiares en situaciones del final de la vida y no aceptación de una muerte digna .

El respecto a los discursos expresados ante la pregunta de descripción de casos en que se toma decisión médica basada en criterio bioético, especifican que la deliberación como MDM favorece que las

diferentes opiniones pueden ser expuestas en forma sistematizada y dar oportunidad de expresar todas las opiniones del equipo, siendo el diálogo reflexivo la forma conducente de encontrar una decisión consensuada, deliberada y prudente. Mencionan además que tomada la decisión final es defendible pública y jurídicamente, considerando la prueba de consistencia en el tiempo.

Los integrantes participantes del CEA, al consultarles sobre el conocimiento y aplicación del Método Deliberativo Moral, explican que aplican normas y principios desde el conocimiento de los principios de la bioética principialista y moral, uno de ellos desarrolla el método deliberativo moral, tres de ellos argumentan bajo códigos deontológicos, demostrando conocimiento de los valores morales, principios éticos y bioéticos para tomar decisiones prudentes en bien del paciente.

De los participantes, uno tuvo formación de bioética en pregrado; Chile inició la enseñanza de bioética el año 1992, en universidades e inicialmente para medicina, para luego alcanzar todas las carreras del salud, y posteriormente se extiende a otras disciplinas. Los tres participantes restantes tuvieron formación en filosofías de ética y humanismo, en códigos deontológicos acorde a estamento, al ser integrantes del CEA, sienten compromiso del rol asumido, se han preocupado y obtenido conocimiento aplicado a la bioética, han cumplido en forma sistemática la capacitación a profesionales en: ética, bioética, protocolo del CEA, método deliberativo moral, como dar malas noticias en salud, ética de los registros clínicos por profesionales de salud, etc (CLÍNICA DE MAGALLANES, Departamento de Calidad y seguridad, 2018).

Mencionan que pueden existir problemas en el CEA, como su composición de los integrantes en el tiempo, motivado por migraciones por el factor de ser una zona austral geográfica, lo que favorece ocurran cambios y renovación del equipo, factor que condiciona posibles cambios de su estructura orgánica, expresan debe ser un punto a considerar.

Los componentes del CEA en ese estudio demostraron en sus palabras que la prudencia es una virtud de referencia para la toma de decisión ética. Y es la prudencia (del griego phronesis), virtud clave para la toma de decisiones éticamente correctas. La prudencia favorece el cálculo de aquello que es mejor para el ser humano en las cosas posibles de ser alcanzadas por la acción; de ahí carácter inminentemente práctico. Este cálculo es, sobre todo, acertado, correcto y sabio. La prudencia es justamente sabiduría práctica, percepción de la voluntad conforme al deseo correcto, que culmina en la buena elección

(PASTURA; LAND, 2016), por lo que al deliberar, los integrantes del CEA buscan la decisión más prudente.

El comprender y aplicar el arte de la deliberación prudente y razonable en condiciones de desigualdad y aceptar la conveniencia de utilizar el método deliberativo moral es considerado de relevancia e importante en los profesionales del CEA, creen necesario que sea reconocido, accesible a los profesionales, a los pacientes, a familiares de pacientes, que exista y se mantenga la capacitación y actualización en el ámbito de la bioética para todos los profesionales de salud, como un compromiso del CEA por el bienestar de los pacientes.

La ética es un aporte fundamental de la bioética, y a ella aporta el soporte científico y la tradición, a la vez que incorpora a ésta la luz de los valores y principios inherentes con la forma específica de existir del ser humano. Además señalan que existe una bioética general y una bioética clínica, la primera trata de los fundamentos éticos, valores o principios que deben regir el juicio o toma de decisiones, la segunda, examina aquellos dilemas que aparecen en la experiencia de la medicina mediante el análisis de los valores éticos implicados, y con el apoyo de los principios utilizados en la bioética general (VERA, 2015).

La deliberación colectiva puede auxiliar al profesional para reconocer y percibir los cursos de acción posibles; la deliberación realizada por un grupo de profesionales no deja exento a quien vivencia el problema ético de la responsabilidad de tomar decisiones. Por esto, las decisiones éticas son consideradas intransferibles (NORA; ZOBOLI; VIEIRA, 2015).

La empatía es considerada un elemento clave para la comunicación de las personas y consiste en la capacidad de situarse en el lugar del otro, es una estrategia fundamental para entender las emociones y sentimientos del otro, sin juzgar ni culpar, el lograr situarse en el lugar de otra persona y entender lo que esta siente (GARCÍA, 2011).

Los participantes del CEA analizan, piensan, dialogan, revisan, comparan, contrastan y valoran, comprenden que valorar, no es lo mismo que enjuiciar y consecuentemente la toma de decisiones, propenderá a dar cuenta de un diálogo interdisciplinario y de la deliberación intersectorial, contribuyendo en el campo asistencial como en el investigativo a: asegurarse de que los sujetos comprendan cabalmente los potenciales riesgos y beneficios a los que están expuestos; evitar incurrir en coacción, coerción, influencia indebida o seducción; no hacer daño y por ende acrecentar al máximo los posibles beneficios y disminuir al mínimo la exposición a potenciales daños,

brindándole un trato justo y equitativo a todas las personas y grupos (SOROKIN et al, 2016).

La participación en un Comité se basa en el principio de que nadie tiene la verdad completa y de que la deliberación puede aportar datos y perspectivas que lleven a cambiar las ideas que cada uno tenía previamente. Se delibera sobre lo opinable, es decir, aquello que tiene algunas razones a favor, pero también tiene otras en contra. La certeza total es imposible. De ahí que no pueda ni deba pretenderse que las decisiones sean ciertas, aunque sí razonables. Lo propio del razonamiento prudente es que admite siempre más de una solución. Un mismo hecho puede ser objeto de dos o, más decisiones, todas prudentes, que sean no solo distintas entre sí, sino hasta opuestas. Esto es propio de la clínica y también de la ética (LEDESMA et al, 2015).

La forma de trabajo de un Comité Hospitalario de Ética no puede ser definida de manera rígida o autoritaria. Debe tenerse en cuenta la institución donde el Comité se desempeña, el tipo de pacientes que trata y las necesidades de la comunidad que utiliza sus servicios. De esta manera, el trabajo del Comité podrá atender de forma satisfactoria a las demandas exigidas y realizar un aporte no solo al equipo de salud, sino a cada uno de sus miembros (LEDESMA et al, 2015). En el caso del Comité de Ética asistencial del estudio, la deliberación es la herramienta principal y más valorada de su actividad en la búsqueda de la mejor opción para la asistencia de los casos problemáticos que se plantean.

La creciente complejidad de las relaciones asistenciales, debido al desarrollo de la nueva medicina, la especialización técnica, la estructura de los grandes hospitales o lo contrario la falta de estructura y medios para estar a la altura de los avances científicos, la socialización de la asistencia sanitaria, ha cambiado la clásica relación médico-paciente. Los nuevos problemas se dan, además, en un ámbito de complicadas relaciones y procesos asistenciales. El paciente se relaciona con muchos profesionales sanitarios: médicos de diferentes especialidades, varios de un mismo servicio, enfermeras, auxiliares, psicólogos (LEON CORREA, 2011).

Los comités de ética asistencial son necesarios, porque las decisiones morales han sido de gran complejidad, por varias razones: por un lado la gran dificultad intrínseca de los problemas nuevos que se nos plantean: limitación del esfuerzo terapéutico, consentimiento informado, muerte cerebral, el verdadero beneficio para el enfermo de determinados tratamientos, hasta dónde llegar en la utilización de determinadas técnicas, entre otros planteadas por los participantes ; otras no nombradas , pero que sí conforman problemas éticos , como

diagnóstico prenatal, técnicas de reproducción asistida, manipulación genética, trasplante de órganos (LEON CORREA, 2011).

Se sugiere que casos clínicos controversiales o difíciles deberían resolverse en el hospital en lugar de los tribunales, apuntando que fuera un CEA el que revisara los hechos y aconsejara a los responsables de la toma de decisiones, o sea, pacientes, familiares y personal de salud. Las instituciones sanitarias deberían explorar y evaluar diversas instancias administrativas posibles (tales como los Comités de Ética) para revisar y consultar en materias no rutinarias acerca de la toma de decisiones. Disponer de un CEA es la mejor manera de tener en cuenta la mayor parte de lo que es mejor para todos y de mediar racional y éticamente entre usuarios, profesionales (enfrentados) y terceras partes (LEON CORREA, 2011).

La esencia del trabajo en equipo en los CEA es integrar un equipo con características peculiares, tolerar la compañía, dialogar y deliberar en condiciones de igualdad y con cierto grado de incertidumbre. Un problema ético asistencial puede tener varios valores morales que se cruzan o pueden ser antagónicos entre sí, siendo necesario en la toma de decisiones la situación que se está enfrentando, el momento histórico en que sucede el problema, lugar, ponderar los resultados de las decisiones que se tomen, aceptar deliberar y decidir en la toma de decisiones cuales valores son de mayor jerarquía.

CONSIDERACIONES FINALES

Los integrantes del CEA que participan en la investigación expresan en sus discursos conocimiento, desarrollo moral y disciplinar, respetan los principios de bioética principialista y morales en debates de deliberación. Explican que algunos de ellos no tuvieron formación en bioética en su etapa de formación de pregrado, aún así demuestran como ejercen sus conocimientos en bioética, los valores morales implícitos en códigos deontológicos recibidos durante su formación de pregrado, el respeto a los valores y opiniones de los restantes miembros del CEA.

Declaran que son capaces de deliberar en equipo y llegar a una conclusión en consenso siempre, pensando en el mayor respeto y beneficio en bien del paciente, respetando la ley de Derechos y Deberes de los pacientes, teniendo también como referencias la empatía y la prudencia en la toma de decisión.

En síntesis los integrantes do CEA, analizan, piensan, dialogan, revisan, comparan, contrastan y valoran. Valorar no es lo mismo que enjuiciar, consecuentemente, la toma de decisiones depende a dar

cuenta del diálogo interdisciplinario y la deliberación intersectorial, contribuyendo en el campo asistencial, brindando un trato justo y equitativo a todos los pacientes y sus familiares.

REFERENCIAS

ALVES, P.C.; RABELO, M.C.; SOUZA, I.M. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. **Soc. estado**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 181-1198, Apr. 2014.

AVILA, L.I. et al. Moral construction of undergraduate nursing students to promote care humanization. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.27, n.3, e4790015, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004790015>.

BARLEM, E. L.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. v. 22, n. 5, p. 608-615, ago. 2015. Doi: 10.1177/0969733014551595.

BASSO-MUSSO, L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 2, p. 260-268, may-ago. 2012.

CASTELLANOS, B.; HENRÍQUEZ, P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioética**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2018.

CHILE. Ministerio de Salud. **Ley 20.584. Regula los derechos y los deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud**. 2012.

CLINICA MAGALLANES. **Protocolos calidad y seguridad. Protocolo Comité de ética**. Departamento de Calidad. Chile, 2018.

CORTINA, A. **Ciudadanos del mundo**: para una teoría de ciudadanía. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola, 2005.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Definición Prudencia**. 2005.

DURAND, G. **Introducción general en bioética: conceptos e instrumentos.** Trad. Nicolás N. Campanario. São Paulo: Loyola, 2003.

FORTE, E.C.N. et al. La hermenéutica y el Software *atlas.ti*: una unión promisoría. **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e0350017, 2017.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método I** - traços fundamentais de uma hermenéutica filosófica. Trad. Flávio Paulo Meurer. Rev. Trad. Enio Paulo Giachini. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2017a.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método II** – complementos e índice. Trad. Enio Paulo Giachini; Rev. Trad. Marcia Sá Cavalcante-Schuback. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2017b.

GARCÍA, D.J. La deliberación moral en bioética. Interdisciplinariedad, pluralidad, especialización. **Ideas y Valores**. v. lx, n. 147, p. 25-50, dic. 2011.

GRACIA, D. **Pensar a bioética, metas e desafios.** São Paulo: Centro Universitario São Camilo Loyola, 2010. Problemas con la deliberación. Revista Folia Humanística, p. 1-8, 2016.

LEDESMA, F. et al. Experiencia del Comité de Ética asistencial de un hospital pediátrico de referencia. **Arch Argent Pediatr**, v. 113, n. 1, p. 42-45, 2015.

LOLAS, S.F. **“Bioética en la Universidad de Chile”**. Centro Interdisciplinario de estudios de Bioética. Disponible em: www.uchile.cl/portal/investigación/...bioética/.../bioética-en-la-universidad-de-chile

MONJE V.P. et al. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. **Ciencia y Enfermería**, v. 24, n. 5, 2018. Doi: 10.4067/s0717-95532018000100205.

MORAES, C.H..I.; DUARTE, D.S.F.; ASSUNÇÃO, F.M. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693, out-dez. 2011.

MOTTA, L.C.S. et al. Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. **Rev. bioét.** v. 24, n. 2, p. 304-314, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberación ética en salud: revisión integrativa de la literatura. **Rev. bioét.** v. 23, n. 1, p. 115-125, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>.

PASTURA, P.S.V.C.; LAND, M.G.P. La perspectiva de la ética de las virtudes para la toma de decisiones médicas. **Rev. Bioét.** v. 24, n.2, Brasília, mayo/ago. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242124>

REICH, W. **Enciclopedia de bioética**. 2. ed.1995.

RIBEIRO, L.M; PERFEITO, R.R.; SANTINIG, R. **Metodologías de pesquisa para a Enfermeragem e saúde**. De la teoría a la práctica. v. 2, Porto Alegre: Moria, 2018.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4. ed. Rev. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

RICOEUR, P. **La ética hermenêutica de Paul Ricoeur**. Ed. Sociedad para el estudio multidisciplinar de la Racionalidad y la ética Hermenéutica. Madrid, 2013.

ROA-CASTELLANOS, R.A.; BAUER C. Traducción de los Textos Sobre el Imperativo Bioético y la Biopsicología de Fritz Jahr (1929-1933); Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC. Colombia. Martin Luther Universität. Halle-Wittenberg. Alemania. **Rev.Latinoamericana de bioética**. v. 9, n. 2, ed. 17, p. 92-105, 2009.

SANCHEZ, H.A. Replanteamiento de la teoría de la virtud desde un enfoque axiológico. **Humanidades Médicas**, v. 2, n. 3, 2002. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>.Extraído el 9 Feb 2019.

SARABIEGO, P.M. et al. El análisis cualitativo de datos con ATLAS ti. Universidad de Barcelona. **Instituto de Ciencias de Educación**, v. 7, n. 2, p.5. Disponible en: <https://researchgate.net>.

SARRIAS, L.X. **Comités Ético Asistenciales**. Barcelona: Hospital Universitario Bellvitge, 2006.

SAVIETO, R.M; LEAO, E.R. Asistencia em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. Hospital Israelita Albert Einstein. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SILVA, F. D. et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 16, n. 4. Out/Dez, 2012.

SIMÓN, P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Segundo estágio del desarrollo de la bioética. **Rev. de calidad Asistencial**, p.250-251, Madrid, 2005.

SOROKIN, P; MARIEL, A.; OUTOMURO, D. **Comités de ética Asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos**. Departamento de Humanidades Médicas, Argentina, 2016.

VERA, C.O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de Cuidados Intensivos. **Rev Med**, La Paz, v. 21, n. 1, Ene/Jun. 2015.

7 CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio tuvo como objetivo general comprender como las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto y los integrantes del Comité de Ética Asistencial (CEA) realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

Los problemas éticos surgen en todo ámbito sanitario, las que son propias de la realidad contemporánea en un mundo globalizado, los avances en salud y nuevas tecnologías de uso médico, representan un contexto de una realidad cambiante, donde los avances médicos y la tecnología avanzan vertiginosamente, esto puede ser muy complejo y generar problemas a los pacientes, razón por la que necesitan ser orientados, acogidos y confortados en la solución frente a los problemas éticos.

Para reconocer y enfrentar problemas éticos los profesionales necesitan tener sensibilidad moral, razonamiento crítico, habilidades de comunicación, empatía, prudencia, humanización de los cuidados, respeto a los valores, experiencia clínica, utilizar un código de ética deontológico, referencias filosóficas éticas y deontológicas que conforman el conocimiento en ética, bioética, responsabilidad profesional, civil y social.

Para realizar esta investigación, se contemplaron dos grupos de una muestra intencionada de profesionales de la clínica, siendo diez Enfermeras (os) de Unidad de Pacientes Críticos adulto (UPC) y cuatro Profesionales integrantes del Comité de Ética Asistencial (CEA).

En la Clínica de Magallanes existe un Comité de Ética conformado el año 2010, reformulado en su estructura, el 2011, 2015, 2016, actualmente conocido como Comité de Ética Asistencial. Existen métodos deliberativos que permiten desarrollar las capacidades de razonamiento y toma de decisiones en condiciones de incertidumbre, y que son usados para la resolución de problemas éticos complejos; en la clínica se utiliza principalmente el método principialista y el método de deliberación moral (MDM), propuesto por Diego Gracia, método que utiliza la deliberación como un protocolo de razonamiento práctico y clínico.

En esta investigación se utilizó como referencial conceptual la ética; bioética; el Método Deliberativo Moral de Diego Gracia; cuidados de enfermería, reconociendo como los principios de bioética: la beneficencia, la autonomía, la justicia, la no maleficencia; desde una jerarquía de principios de mínimos y de máximos.

El estudio fue desarrollado con metodología cualitativa, de enfoque hermenéutico, tipo exploratorio; utilizando el círculo hermenéutico de Gadamer se obtuvo la comprensión del fenómeno, expresado en los discursos de los participantes. El círculo hermenéutico de Gadamer permitió, previa preconcepción del tema, a través de la dialéctica, la interpretación del fenómeno estudiado, al unir ambos preconceptos (del participante y del investigador), obtener la fusión de horizontes y de contextos históricos, surgió una nueva realidad, obteniendo nuevos preconceptos obtenidos de los significados ocultos de los discursos, reinterpretar la realidad y comprender como se expresa el fenómeno en su dimensión y realidad histórica, el círculo hermenéutico nunca se cierra, continúa un flujo unidireccional, de esta manera se obtiene nueva precomprensión y nuevo conocimiento.

El utilizar el paradigma de la metodología cualitativa en la investigación, les permitió a las investigadoras recabar información sobre el conocimiento en ética, bioética, habilidades, debilidades, cuidados de enfermería, conocimiento del Método Deliberativo Moral en los profesionales de salud participantes de la investigación; incluye el equipo de enfermeras(os) de UPC y los participantes integrantes del CEA. La hermenéutica, desde la interpretación de los significados ocultos en sus discursos, permitió comprender como abordan, deliberan y resuelven los problemas éticos, cuando se presentan estos casos, comprendiendo la realidad en su contexto; así también, reconocer y comprender las debilidades presentes referentes al fenómeno estudiado.

La comprensión de la realidad local e histórica de un fenómeno no estudiado con anterioridad, permitió establecer un nuevo conocimiento y contar con la comprensión histórica de una realidad en el presente; contribuyendo así al conocimiento científico.

Es exploratorio, permite reconocer bajo la evidencia desde un marco metodológico científico en los profesionales participantes, su comprensión del conocimiento en ética, bioética, método deliberativo moral, habilidades y debilidades que se desprenden de sus actos, referidos a su integralidad y humanización con los pacientes, en el abordaje y resolución de los problemas éticos; permitió reconocer que existe construcción moral y cultural en los diferentes profesionales y disciplinas clínicas que participaron en la investigación, demostraron valores y principios éticos, protección a la dignidad humana, respeto a los derechos de los pacientes desde todos los ámbitos, contextos e intervenciones, dirigidas a velar por la protección y cumplimiento de derechos de los pacientes.

El conocimiento obtenido en la investigación aporta un valor

social, ya que permitirá intervenir en medidas de mejora, en términos de refuerzos de capacitación ante debilidades del conocimiento en ética encontrados en estos profesionales, desde la mirada de capacitación, a los que requieran refuerzo del conocimiento de ética, bioética, y conocimiento del Método Deliberativo Moral para beneficio de la comunidad que accede a ser tratados en esta clínica.

REFERENCIAS

ABBAGNANO, N. **Revisão da Tradução e Tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti**. Dicionário de filosofia. Trad. da 1. Edição Brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ABEL, F. Comitês de ética assistencial. **An. Sist. Sanit.** Navarra, v. 29, Supl. 3, p.75-83, 2006.

ALVES, P.C.; RABELO, M.C.; SOUZA, I.M. Hermenêutica-fenomenológica e compreensão nas ciências sociais. **Soc. estado**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 181-1198, Apr. 2014.

AVILA, L.I. et al. Moral construction of undergraduate nursing students to promote care humanization. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.27, n.3, e4790015, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180004790015>.

BARLEM, E. L.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nurs Ethics**. v. 22, n. 5, p. 608-615, ago. 2015. Doi: 10.1177/0969733014551595.

BASSO-MUSSO, L. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 30, n. 2, p. 260-268, may-ago. 2012.

BEAUCHAMP Y CHILDRESS. **Princípios de Ética Biomédica**. 1979, 6ª. ed. 1999.

BECCA, P.; ASTETE, C. **Bioética clínica**. Chile, 2012.

BORGES, M.L.; DALL'AGNOL, D.; DUTRA, D.V. **Ética** (o que você precisa saber sobre...). Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CASTELLANOS, B.; HENRÍQUEZ, P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioética**, v. 24, n. 1, p. 39-46, 2018.

CLINICA MAGALLANES. **Protocolos calidad y seguridad. Protocolo Comité de ética**. Departamento de Calidad. Chile, 2018.

CORTINA, A. **Ciudadanos del mundo**: para una teoría de ciudadanía. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola, 2005.

CORTINA, A. Cuestión de fundamento. **Rev Bioética y Debate**, p. 18, 2008.

CORTINA, A. La dimensión pública de las éticas aplicadas. **Revista Iberoamericana de Educación**. N. 29, p. 45-64, 2002.

COMISIÓN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA, CONOCIMIENTO E INNOVACIÓN (CONICYT). Organismo que estructura, impulsa, coordina y promueve las actividades de ciencia, humanidades y desarrollo tecnológico en todas sus etapas contribuyendo al desarrollo sustentable y el bienestar social de Chile. **Investigaciones en seres humanos**. Disponible en: www.conicyt.cl.

CHILE. Ministerio de Salud Pública. **Ley 20.584. Regula los derechos y los deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud**. 2012. Disponible en: [www.http://minsal.cl](http://minsal.cl).

CHILE. Ministerio de Salud .**Norma General Administrativa N. 19, Artículo 13. Gestión del cuidado Enfermería para la atención cerrada en Establecimientos Hospitalarios de Alta y Mediana Complejidad**. 2007. Disponible en: [www.http://minsal.cl](http://minsal.cl).

DENZIN Y LINCOLN. **Manual de investigación cualitativa**. 3. ed. 2005. p. 643.

DICCIONARIO DE FILOSOFÍA. **Definición de Hermenéutica**. 4. ed. 5. Reimpresión. Méjico, 2016.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Definición de Ética**. 2014.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. **Definición Prudencia**. 2005.

DURAND, G. **Introducción general en bioética**: conceptos e instrumentos. Trad. Nicolás N. Campanario. São Paulo: Loyola, 2003.

ECHEVARRÍA, R. **La hermenéutica de Hans Georg Gadamer, figura imprescindible.** Newsfield Consulting, Instituto de Ontología del Lenguaje, Presidente Honorario de FICOP, 2017.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

FORTE, E.C.N. et al. La hermenéutica y el Software *atlas.ti*: una unión promisoría. **Rev Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e0350017, 2017.

GADAMER, H.G. **El giro hermenéutico.** Traducción de Arturo Parada. Madrid: Ediciones Cátedra, 1998. 238p.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método I** - traços fundamentais de uma hermenéutica filosófica. Trad. Flávio Paulo Meurer. Rev. Trad. Enio Paulo Giachini. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2017a.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método II** – complementos e índice. Trad. Enio Paulo Giachini; Rev. Trad. Marcia Sá Cavalcante-Schuback. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2017b.

GARCÍA, D.J. La deliberación moral en bioética. Interdisciplinarietà, pluralidad, especialización. **Ideas y Valores**. v. lx, n. 147, p. 25-50, dic. 2011.

GONZALEZ, A. **Aspectos éticos de la investigación cualitativa.** Revista Iberoamericana de Educación, n. 29, 2002.

GRACIA, D. Pensar a bioética, metas e desafios. São Paulo: Centro Universitário São Camilo Loyola, 2010. Problemas con la deliberación. **Revista Folia Humanística**, p. 1-8, 2016.

GRACIA, D. **Profesión médica, investigación y justicia sanitaria.** El Búho. Santa Fé de Bogotá, 2000.

GRACIA, D. Problemas con la deliberación. **Revista Folia Humanística**. 2016, p.1-8.

HELLMANN, F.; VERDI, M. I. M. Ética, bioética e deontologia no ensino da naturologia no Brasil. **Rev. bioét.** v. 22, n. 3, p. 529-539, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS CHILE (INE). **Región de Magallanes. Segunda entrega resultados Censo 2017.** Disponible en: www.inemagallanes.cl

LEDESMA, F. et al. Experiencia del Comité de Ética asistencial de un hospital pediátrico de referencia. **Arch Argent Pediatr**, v. 113, n. 1, p. 42-45, 2015.

LEON CORREA, .F.J. **Las comisiones nacionales de Bioética en Latinoamérica.** Chile, 2011.

LOLAS, S.F. **“Bioética en la Universidad de Chile”.** Centro Interdisciplinario de estudios de Bioética. Disponible em: www.uchile.cl/portal/investigación/...bioética/.../bioética-en-la-universidad-de-chile

MONJE V.P. et al. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. **Ciencia y Enfermería**, v. 24, n. 5, 2018. Doi: 10.4067/s0717-95532018000100205.

MORAES, C.H.I.; DUARTE, D.S.F.; ASSUNÇÃO, F.M. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693, out-dez. 2011.

MOTTA, L.C.S. et al. Toma de decisiones en (bio)ética clínica: enfoques contemporáneos. **Rev. bioét.** v. 24, n. 2, p. 304-314, 2016. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242131>

NORA, C.R.D. et al. Elementos e estratégias para a tomada de decisão ética em enfermagem. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, e4500014, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004500014>.

NORA, C.R.D.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberación ética en salud: revisión integrativa de la literatura. **Rev. bioét.** v. 23, n. 1, p. 115-125, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015231052>.

PASTURA, P.S.V.C.; LAND, M.G.P. La perspectiva de la ética de las virtudes para la toma de decisiones médicas. **Rev. Bioét.** v. 24, n.2, Brasília, mayo/ago. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242124>

PERALTA CORNIELLE, A. Perspectivas en Latinoamérica de los Comités de ética asistencial. VIII CONGRESO FELAIIBE. **Anais.** Chile, 2011.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Bioética clínica e pluralismo. Con ensayos originales de Fritz Jarh.** Sao Paulo: Loyola, 2013.

PESSINI, L; HOSSNE, W.S. **El imperativo bioético. El origen de la palabra bioética.** Fritz Jhar Alemania, 2008.

POTTER, V. R. Bioética, la ciencia de la supervivencia. **Perspectiva en Biología y la Medicina.** v. 14, p. 127-153,1970.

POTTER, V. R. **Bioética: un puente hacia el futuro.** Englewoods Cliffs. New York: Prentice-Hall, 1971.

REICH, W. **Enciclopedia de bioética.** 2. ed.1995.

RIBEIRO, L.M; PERFEITO, R.R.; SANTINIG, R. **Metodologías de pesquisa para a Enfermeragem e saúde.** De la teoría a la práctica. v. 2, Porto Alegre: Moria, 2018.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 4. ed. Rev. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2017.

RICOEUR, P. **La ética hermenéutica de Paul Ricoeur.** Ed. Sociedad para el estudio multidisciplinar de la Racionalidad y la ética Hermenéutica. Madrid, 2013.

ROA-CASTELLANOS, R.A.; BAUER C. Traducción de los Textos Sobre el Imperativo Bioético y la Biopsicología de Fritz Jahr (1929-1933); Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá DC. Colombia. Martin Luther Universität. Halle-Wittenberg. Alemania. **Rev.Latinoamericana de bioética**. v. 9, n. 2, ed. 17, p. 92-105, 2009.

SAMPIERI, H. et al. **Metodología de la investigación**. 6. ed., 2014.

SANCHEZ H.A. Replanteamiento de la teoría de la virtud desde un enfoque axiológico. **Humanidades Médicas**, v. 2, n. 3, 2002.
Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>.

SARABIEGO, P.M. et al. El anaálisis cualitativo de datos con ATLAS ti. Universidad de Barcelona. **Instituto de Ciencias de Educación**, v. 7, n. 2, p.5. Disponible en: <https://researchgate.net>.

SARRIAS, L.X. **Comités Ético Asistenciales**. Barcelona: Hospital Universitario Bellvitge, 2006.

SAVIETO, R.M; LEAO, E.R. Asistencia em Enfermagem e Jean Watson: uma reflexão sobre a empatia. Hospital Israelita Albert Einstein. **Esc.Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016.

SILVA, F. D. et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 16, n. 4. Out/Dez, 2012.

SIMÓN, P. Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Segundo estágio del desarrollo de la bioética. **Rev. de calidad Asistencial**, p.250-251, Madrid, 2005.

SOROKIN, P; MARIEL, A.; OUTOMURO, D. **Comités de ética Asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos**. Departamento de Humanidades Médicas, Argentina, 2016.

VERA, C.O. Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de Cuidados Intensivos. **Rev Med**, La Paz, v. 21, n. 1, Ene/Jun. 2015.

APÉNDICES

APÉNDICE A - CATEGORIZACIÓN

Ámbito Temático	Problema de investigación	Preguntas de investigación	Objetivo General Objetivos Específicos	Unidades de análisis Enfermeras UPC	Habilidades y herramientas en ética y bioética de enfermeras (os)UPC	Conocimiento en ética; bioética; Conocimiento en Método Deliberativo Moral en integrantes del CEA
Comprensión del abordaje y resolución de los problemas éticos en la práctica asistencial por profesionales de salud de una Clínica de Magallanes, Chile	Comprender como las enfermeras (os) de UPC e integrantes del CEA realizan el abordaje y solucionan los problemas éticos de la práctica asistencial	1.-¿Cómo las enfermeras de la Unidad del Paciente Crítico realizan el abordaje y deliberan frente a los problemas éticos que surgen en la práctica asistencial?	Obj. Gral. Comprender como los enfermeras de la unidad del paciente crítico, y los integrantes del Comité Ético Asistencial de la Clínica de Magallanes Chile, abordan y dan solución a los problemas éticos de la práctica asistencial.	1. Conocer como entienden los conceptos de ética y de bioética las profesionales Enfermeras(os) de UPC.	1. Conocer la formación curricular en pregrado del concepto en bioética. 2. Conocer la comprensión de las enfermeras del concepto ética y bioética. 3. Conocer cómo es la relación establecida de los profesionales de salud con el paciente y familiares del pte?.	1 ¿En su formación de pre-grado Ud. tuvo enseñanza y aprendizaje en ética? 2.-Conocer si ha accedido a formación académica en ética y bioética en su rol profesional?
		Obj. Específicos: 1. Conocer cómo las profesionales Enfermeras(os) de UPC realizan el abordaje y deliberan frente a los problemas éticos de la práctica asistencial.	Obj. Específicos: 2. Conocer las herramientas que tienen los integrantes del CEA para deliberar y dar solución a los problemas éticos de la práctica asistencial?	2. Conocer si tuvieron formación en ética, bioética, MDM en etapa de pregrado. 3. Conocer si han accedido a capacitaciones en etapa de Pos Grado en ética, bioética, MDM.	2. Conocer como fue la formación disciplinar en conocimientos en ética y bioética en los profesionales integrantes del CEA.	3. Conocer los problemas éticos vivenciales en su relación con el paciente y familiares del paciente. 4.- Conocer si ha usado el método deliberativo moral para deliberar y dar solución a los problemas éticos de la práctica asistencial?
			2. Conocer las	4. Conocer qué	3. Conocer si ha tenido	5.¿Cuáles son las estrategias

			habilidades de los integrantes del CEA para deliberar frente a los problemas éticos.	Metodología Deliberativa es utilizada para la resolución de problemas éticos por las profesionales enfermeras(os) de UPC.	oportunidad de asistir a cursos, seminarios de pos grado en ética y bioética.	que poseen los Integrantes del CEA para abordar y solucionar los problemas éticos vivenciados en la práctica clínica?
						6. ¿Utiliza un protocolo sistemático en el desarrollo del método deliberativo del caso clínico presentado? 7. ¿En cuántas ocasiones ha usado el método deliberativo moral para el análisis de un caso de problema ético clínico en su rol integrante del CEA?

APÉNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Estimado profesional integrante del comité de ética asistencial, junto con saludarle y en el marco de la investigación a desarrollar por profesional de esta clínica, cuyo tema es:

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Es un estudio de investigación regulado por la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, y Universidad de Magallanes, Chile, solicitamos a Ud. contestar las preguntas de esta entrevista.

Para ello, es necesario responder de manera honesta y veraz, de modo de que las conclusiones de este estudio contribuyan a obtener resultados que fortalecerán secundariamente, la calidad de la atención de nuestros usuarios. La información que usted brindará es valiosa y será grabada.

Posteriormente, la información que Ud. entregue será transcrita, categorizada y subcategorizada por un sistema de recolección de información que asegure su anonimato, los datos personales de los entrevistados se manejarán por códigos que reemplazarán sus nombres, ejemplo: Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3, etc. Su anonimato será resguardado en archivos destinados para manejo de información de la investigación, la cual se mantendrá bajo responsabilidad de la co-investigadora principal por cinco años, pasado este período de tiempo, serán destruidos.

Los resultados de la investigación conformarán un documento de Tesis de Magíster de Enfermería en la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil y en la Universidad de Magallanes, Chile.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PROFESIONALES DE UPC

Estimados profesionales:

Junto con saludarles, en el marco de la investigación

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

La investigación será realizada durante el año 2018, regulada por la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil y la Universidad de Magallanes, Chile; solicitamos poder contestar esta entrevista.

ÍTEMS GENERALES

1. Edad
 2. Sexo a) Hombre b)
- Mujer
3. Servicio donde ejerce su actividad profesional:
 4. Tiempo de Antigüedad profesional en el servicio:
 5. Estamento profesional: a)
- Enfermera

ÍTEMS ESPECÍFICOS

6. ¿Puede describir el significado de bioética?
7. ¿Considera que en su formación profesional la bioética fue desarrollada en profundidad?
8. ¿Usted ha accedido a algún curso o capacitación en temas de bioética?
9. ¿Cómo definiría la relación existente entre la bioética y su desempeño profesional?
10. De acuerdo al trato con los familiares del paciente, ¿cómo ve usted que se expresa la relación ética ellos y los profesionales de la salud?
11. En relación al cuidado diario de los usuarios en su unidad, ¿ha vivenciado una situación que involucre problemas éticos clínicos?

12. Si Ud. ha vivido situaciones como la anterior enunciada, ¿qué factor ha influido en que participe o no activamente presentando el problema ético del paciente al comité?

13. A continuación entrego a Ud. un caso de Problema Ético Clínico de la práctica asistencial para que Ud. lo desarrolle como método deliberativo moral, en un tiempo de 20 días, en que será contactado vía correo electrónico por la co- investigadora para recoger su respuesta.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Estimados profesionales:

Junto con saludarles, en el marco de la investigación:

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Investigación a realizar el año 2018, regulado por la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil, y Universidad de Magallanes, Chile; solicitamos poder contestar esta entrevista.

ÍTEMS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo: a) Hombre. b)
- Mujer
3. Servicio de desempeño a) UPC b) CEA
- c) OTRO
4. Estamento profesional c)
- a) Médico b) Enfermera.
- Sicólogo
5. Antigüedad en la institución

ÍTEMS ESPECIFICOS

6. Describa el significado de ética para Ud.
7. Describa que entiende Ud. por el concepto de bioética.
8. Describa algún caso en que tuvo oportunidad de tomar una decisión médica en base a un criterio bioético?
9. ¿Conoce el protocolo de deliberación moral para abordar un problema ético?
10. ¿Considera necesario profundizar conocimientos en la aplicación del desarrollo del método deliberativo moral ante consultas de problemas de índole ético ocurridos en la práctica asistencial?.
11. A continuación, presento a Ud. un caso de un problema ético clínico de la práctica asistencial para analizar por metodología deliberativa moral, se le pedirá lo desarrolle en un tiempo de 20 días, será contactado vía correo electrónico por la co-investigadora para recoger su respuesta.

12. Durante la formación curricular de su carrera profesional, ¿Ud tuvo formación en temas de ética o módulos de bioética en algún semestre académico.?. Describa por favor .

APÉNDICE C - CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Este es un documento de Consentimiento informado, el que tiene por objetivo entregar toda la información de la investigación en forma verbal y escrita a los participantes, Ud. podrá firmar si acepta participar en la investigación voluntariamente.

Posterior a leer este documento puede preguntar con libertad sobre aspectos que lo ayuden a aclarar dudas al respecto, se le proporcionará toda la información que necesite disponer para un buen entendimiento del estudio.

Los Consentimientos Informados se presentan en dos formularios impresos, cuyas copias se distribuyen de la siguiente forma:

Estos formularios van dirigidos a los siguientes Profesionales de la Salud:

Enfermeras de UPC, Clínica Magallanes.

Integrantes del Comité de Ética Asistencial de Clínica Magallanes.

Yo, Dra. Dulcineia Ghizoni Schneider, bajo el marco del Magíster de Enfermería UFSC –UMAG, docente orientadora de la candidata a Magíster, Sra. Mireya Inés Triviños Barrientos, enfermera perteneciente a la Clínica de Magallanes, informamos a Ud. que nos encontramos realizando la investigación:

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Investigación a realizar durante el el año 2018. El propósito principal de esta investigación es contribuir a comprender cómo se presenta el fenómeno y cómo es el comportamiento en la dinámica de los profesionales de este centro de salud, en relación a la resolución de los problemas de la ética clínica.

Lo invitamos a participar de esta investigación, se buscará comprender cómo el profesional identifica los conflictos éticos y su participación ante estos problemas que se presentan en la práctica asistencial, el tema es relevante y necesario de estudiar para entender como se produce el fenómeno en la práctica asistencial de los profesionales en la atención de los usuarios.

Antes de decidirse puede consultar para informarse sobre la investigación y aclarar dudas, puede contactarnos por las vías que se le entregarán si lo desea, la participación suya es voluntaria, puede elegir participar o no, cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes. Su participación consistirá en realizar una entrevista semi estructurada de 45 minutos, será grabada si lo autoriza, de forma que la co-investigadora mantenga toda la información relatada por Ud.

La información entregada es confidencial y será resguardada, no será utilizada para otro propósito ajeno a la investigación, su identidad será protegida mediante un código, que garantiza el anonimato de su entrevista, si lo desea, puede retirarse de participar en la investigación en cualquier momento, sin verse perjudicado por su decisión, asegurando de parte del entrevistador que la información ya aportada, no será utilizada bajo ninguna circunstancia ni menos integrada a éste estudio.

Tiene la opción de aclarar dudas, solicitar información cuando lo desee, para esto puede consultar a la co-investigadora responsable, quien se encuentra en Clínica Magallanes, Avda Bulnes 01488, correo electrónico:mireyatbs5@gmail.com.

Si los objetivos de la investigación presentarán algún cambio por las características de una investigación cualitativa, el entrevistador sostendrá una nueva entrevista con Ud., explicará motivos de cambios posibles consultando si acepta continuar en el estudio.

Los beneficios de esta investigación serán individuales, favorecerán a cada entrevistado, permitiendo al finalizar la investigación, darles a conocer nivel de conocimiento y estado del arte en cada participante para la resolución de problemas éticos asistenciales de la práctica clínica, información a entregar por la co-investigadora en forma individual a cada participante.

Secundariamente beneficiará a terceros, al crear conocimiento para enfrentar los problemas éticos de la práctica clínica entregando estrategias que fortalezcan a los profesionales de la clínica en la resolución de problemas éticos.

Consentimiento Informado Participación en la investigación

He sido cordialmente invitado (a) a participar en la investigación a realizar el año 2018.

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Sé que mi participación en esta investigación consistirá en responder una entrevista semiestructurada que no significa riesgos para mi salud y persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido oportunidad de preguntar y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Yo, (Nombre del profesional):	Firma:
Cédula de Identidad:	Fecha:

Equipo Investigador:

Mireya Inés Triviños Barrientos, Enfermera, Fono: 61-2207220 Clínica Magallanes, Av. Bulnes 01488, Punta Arenas, correo electrónico mireyatbs5@gmail.com.

Dra. Elide Mariela Alarcón Bustos, Fono: 612207188, correo: mariela.alarcón@umag.cl

Comité Ético Científico UMAG.

APÉNDICE D - CONSENTIMIENTO INFORMADO DE GRABACIÓN DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Está cordialmente invitado(a) a participar en la investigación a realizar el año 2018.

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Sé que mi participación consistirá en participar en entrevistas semi-estructuradas, lo que no significa riesgo para mi persona.

ESTAS ENTREVISTAS SERÁN GRABADAS, POSTERIORMENTE TRANSCRITAS Y DIGITADAS por un sistema de codificación, ejemplo: E1, E2, E3, (Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3, etc), para resguardo de información de mi persona como entrevistado.

Consentimiento Informado de Grabación de Entrevista Semiestructurada

Nombre del profesional:	Firma:
Cédula de Identidad:	Fecha:
Domicilio:	Nacionalidad:

Equipo investigador

Mireya Inés Triviños Barrientos, enfermera, Fono: 61-2207220 Clínica Magallanes, Av. Bulnes 01488, Punta Arenas, correo electrónico mireyatbs5@gmail.com

Dra. Elide Mariela Alarcón Bustos, Fono: 612207188, correo: mariela.alarcon@umag.cl Comité Ético Científico UMAG.

APÉNDICE E - REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

He sido cordialmente invitado (a) a participar en la investigación a realizar el año 2018.

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Sé que mi participación consistía en responder a una entrevista semiestructurada para esta investigación, que no significa riesgos para mi salud y persona. Por motivos personales, he decidido retirarme como participante y he solicitado al investigador que la información aportada no sea utilizada por ningún motivo.

Nombre del participante:	Firma:
Cédula de Identidad:	Fecha:
Domicilio:	Nacionalidad:

Equipo investigador:

Mireya Inés Triviños Barrientos, enfermera, Fono: 61-2207220
Clínica Magallanes, Av. Bulnes 01488, Punta Arenas, correo electrónico mireyatbs5@gmail.com

Dra. Elide Mariela Alarcón Bustos, Fono: 612207188, correo: mariela.alarcon@umag.cl Comité Ético Científico UMAG.

APÉNDICE F - CARTA DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS

Por medio del presente documento, la Dra Dulcinéia Ghizoni Schneider, docente orientadora de la investigación y Mireya Inés Triviños Barrientos, postulante a Magíster en Enfermería de la Universidad Federal Santa Catarina, Brasil y de la Universidad de Magallanes, Chile, en la investigación titulada:

“PROBLEMAS ÉTICOS ENFRENTADOS POR PROFESIONALES DE SALUD EN LA TOMA DE DECISIONES EN CLÍNICA DE MAGALLANES, CHILE”

Estudio a realizar el año 2018.

Declaramos que no existe conflicto de interés con los participantes del estudio.

Las enfermeras que serán entrevistadas para la investigación no tienen ascendencia ni dependencia directa en la gestión clínica y administrativa con la co- investigadora en relación al rol de Subdirectora Gestión del Cuidado de Clínica Magallanes.

Los integrantes del comité de ética asistencial participantes de la investigación no tienen ascendencia ni dependencia clínica ni administrativa de la co-investigadora.

Los derechos e integridad de ningún participante serán vulnerados.

Se resguardará que los participantes del estudio sean entrevistados en horarios consensuados, diferidos de roles de turno, de forma que no interfiera con sus actividades y responsabilidades laborales.

Para constancia de lo anteriormente expuesto, se firma esta declaración.

Nombre y Firma de los Investigadores

Nombre	Firma
Mireya Inés Triviños Barrientos, co-investigadora Clínica Magallanes, Punta Arenas, Chile.	
Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider, docente orientadora responsable de la investigación. UFSC. Brasil.	

APÉNDICE G - MATRIZ DE PREGUNTAS

Objetivo general

Comprender como las enfermeras (os) de la unidad del paciente crítico (UPC) adulto y los integrantes del comité ético asistencial (CEA) realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

Objetivo específico N° 1

Profesionales de UPC

Conocer cómo las enfermeras (os) de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) adulto realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

ÍTEMS GENERALES

1. Edad
2. Sexo a) Hombre b) Mujer
3. Servicio donde ejerce su actividad profesional:
4. Tiempo de Antigüedad profesional en el servicio:
5. Estamento profesional a) Enfermera

ÍTEMS ESPECÍFICOS

6. ¿Puede describir el significado de bioética?
7. ¿Considera que en su formación profesional la bioética fue desarrollada en profundidad?
8. ¿Usted ha accedido a algún curso o capacitación en temas de bioética?
9. ¿Cómo definiría la relación existente entre la bioética y su desempeño profesional?
10. De acuerdo al trato con los familiares del paciente, ¿cómo ve usted que se expresa la relación ética entre ellos y los profesionales de la salud?
11. En relación al cuidado diario de los usuarios en su unidad, ¿ha vivenciado una situación que involucre problemas éticos clínicos?
12. Si Ud. ha vivido situaciones como la anteriormente enunciada ¿qué factor ha influido en que participe o no activamente presentando el problema ético del paciente al CEA?
13. A continuación entrego a usted un Caso de problema ético clínico de la práctica asistencial para que lo desarrolle como método deliberativo moral, será contactado vía correo electrónico en un período de veinte días por la co- investigadora para recoger su respuesta.

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

Objetivo general

Comprender como las enfermeras (os) de la unidad del paciente crítico (UPC) adulto y los integrantes del comité ético asistencial (CEA) realizan el abordaje y deliberan, frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

Objetivo Específico N° 2

Integrantes CEA

Conocer cómo los integrantes del Comité Ético Asistencial (CEA) deliberan y dan solución frente a los problemas éticos en una Clínica de Magallanes, Chile.

ÍTEMS GENERALES

1. Edad:
2. Sexo a) Hombre b) Mujer
3. Servicio de desempeño a) UPC b) CEA c) OTRO
4. Estamento profesional a) Médico b) Enfermera c) Sicólogo
5. Antigüedad en la institución

ÍTEMS ESPECIFICOS

6. Describa el significado de ética para Ud.
7. Describa que entiende Ud. por el concepto de bioética.
8. Describa algún caso en que tuvo oportunidad de tomar una decisión médica en base a un criterio bioético.
9. ¿Conoce el protocolo de deliberación moral para abordar un problema ético?
10. ¿Considera necesario profundizar conocimientos en la aplicación del desarrollo del método deliberativo moral ante consultas de casos de problemas éticos clínicos ocurridos en la práctica asistencial?
11. A continuación entrego a usted un Caso de Problema ético clínico de la práctica asistencial para que lo desarrolle como método deliberativo moral, será contactado vía correo electrónico en un período de veinte días por la co- investigadora para recoger su respuesta.
12. Durante la formación curricular de su carrera profesional, ¿Ud tuvo formación en temas de ética o módulos de bioética en algún semestre académico. Describa por favor.

APÉNDICE H - CASO ÉTICO CLÍNICO FICTICIO PARA DESARROLLO MÉTODO DELIBERATIVO MORAL

A APLICAR : a) Enfermeras(os) participantes de UPC b) Profesionales participantes del CEA

Estimado profesional, se presenta a usted un caso de consulta ética de la práctica asistencial, esperamos que Ud. desarrolle el método deliberativo moral.

Se le pedirá el desarrollo, análisis y conclusiones orientadoras en un período de tiempo de 20 días a partir de hoy.

Historia clínica:

Paciente, Sra C.A.L., edad, 98 años, diagnóstico, cáncer ovárico terminal etapa IV, portadora de metástasis secundarias óseas en cráneo, extremidades superiores e inferiores y pelvis, estado de conciencia , desorientada, estado general: deshidratación de piel y mucosas, hija reporta que su madre no ha orinado en dos días.

Al examen clínico quejumbrosa, presenta dolor: Eva 9/10, ciclo vital en valores límites, con apremio y dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria de 10 x minuto, saturación $o_2 = 88\%$,

Ingresa paciente procedente de su domicilio acompañada de hija mayor, (edad de la hija 50 años), hija relata que su madre hace 5 días inicia estando previamente bien, posterior a tratamiento de cáncer ovárico en clínica de Santiago de Chile, dada de alta a domicilio , presenta hace 5 días desorientación, manifestación de gran dolor generalizado, por lo que hija consultó a médico tratante de su madre, quien le ha indicado instalar medidas paliativas de tratamiento, analgésicos e hidratación y mantener a su madre con cuidados domiciliarios.

La hija mayor decide llevarla a Clínica Magallanes para hospitalizar y solicitar tratamientos para su madre, se entrevista con médico de turno y enfermera jefe de UPC, solicita que se le realice todo tratamiento invasivo a su madre a objeto de prolongar su vida. Explica que su madre representa el amor y cuidados que siempre tuvo y en este tiempo de su enfermedad, ella como hija no la abandonará y está dispuesta a hacer todo lo que sea necesario, para que su madre viva, la hija denota gran aflicción y angustia al entrevistarse con el médico y la enfermera.

El médico conversa con hija de la paciente explicándole que se tomarán medidas de tratamiento paliativo, ante esta respuesta, la hija le

suplica al médico y a la enfermera que salven la vida de su madre y si es necesario conectarla a ventilación invasiva y otras medidas de soporte y ayuda, ella está dispuesta a firmar consentimientos informados que avalen estos tratamientos y cancelar costos que deriven de estos tratamientos, el médico tratante tranquiliza a la hija, instala tratamientos de analgesia a dosis de sedación, asiste con oxígeno por bigotera con 4 litros por minuto ventilación de la paciente, instala terapias hidratantes y monitoriza hemodinamia en forma permanente, permite que la hija acompañe a su madre gran parte en el día y parte de la noche.

Médico tratante presenta el caso a comité de ética asistencial, solicita orientación de cursos a seguir ante la petición de hija de la paciente y evidente estado terminal de la madre.

Médico tratante expresa que la hija firmará solicitud de instalación de ventilación asistida a su madre y procedimientos invasivos para su alimentación, hija ha solicitado se inicie alimentación por vía endovenosa.

Explica el médico que al presentar el caso se preocupa del aspecto ético por la paciente, siente que no le está ofreciendo una oportunidad de calidad de vida y muerte digna debido a la presión que ejerce la hija, quien tiene la subrogancia de la madre, la hija se niega a permitir que continúe el curso natural de la enfermedad en su madre.

Se presenta el caso para deliberación y análisis por método deliberativo moral.

El médico explica que ante estos requerimientos necesita respaldar acciones médicas y presentar a hija de la paciente que ha enviado el caso de su madre al Comité de Ética Asistencial para consulta orientadora por los tratamientos que competen en esta fase de la enfermedad de su madre.

ANEXOS

ANEXO A – CERTIFICADO N° 014/CEC/2018



Comité de Ética Científico
Dirección de Investigación

Universidad de Magallanes

Avenida Bulnes N°01855 - Casilla 113-D - Teléfono (56) 612299783 - Punta Arenas - Chile - <http://www.umag.cl>

Punta Arenas, marzo 12 de 2018.

CERTIFICADO N° 014 /CEC/2018

Nombre del Proyecto: "Problemas éticos enfrentados por profesionales de la salud en la toma de decisiones en Clínica de Magallanes, Chile"

Investigador Principal : Dulcinéa Ghizoni Schneider

Co-investigador : Mireya Triviños Barrientos

Institución Responsable : Universidad Federal de Santa Catarina
Universidad de Magallanes

De nuestra consideración:

Habiéndose constituido el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes y una vez revisado el proyecto "**Problemas éticos enfrentados por profesionales de la salud en la toma de decisiones en Clínica de Magallanes, Chile**", se verifica que el estudio cumple con los criterios éticos que permiten el resguardo del respeto y de la dignidad de los probandos.



Dr(a) E. Mariela Alarcón Bustos
Presidenta Comité de Ética Científico
Universidad de Magallanes

MAB/cjp
c.c.: archivo

ANEXO B – CONSTANCIA N° 201/CEC/2018



*Comité de Ética Científico
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado*

Universidad de Magallanes

Punta Arenas, diciembre 14 de 2018

CONSTANCIA N° 201/CEC/2018

Habiéndose constituido el Comité de Ética Científico de la Universidad de Magallanes y una vez revisada la carta enviada por la Investigadora y Co investigadora del proyecto “Problemas éticos enfrentados por profesionales de la salud en la toma de decisiones, Clínica de Magallanes, Punta Arenas, Chile”, se acoge la solicitud de cambio de nombre del proyecto, quedando denominado:

Nombre del Proyecto : Abordaje de los profesionales de salud frente a los problemas éticos de una clínica de Magallanes, Chile”

Investigador Responsable : Dulcinea Ghizoni Schneider

Co Investigador : Mireya Triviños Barrientos

Institución Responsable : Universidad Federal de Santa Catarina
Universidad de Magallanes



Dra. Mariela Alarcón Bustos
Presidenta
Comité de Ética Científico
Universidad de Magallanes

MAB/cjp
c.c.: archivo