

BIOÉTICA: Bioética aplicada en Pediatría. Nociones básicas y resolución de casos:

TALLER DE BIOÉTICA

“APLICANDO EL MÉTODO DELIBERATIVO PARA LA RESOLUCIÓN PRUDENTE DE CONFLICTOS ÉTICOS”

OBJETIVOS DEL TALLER.

1. **Objetivo fundamental:** al terminar el taller el alumnado conocerá la aplicación de la ética como herramienta para la toma de decisiones prudentes.
2. **Objetivos secundarios:**
 - a) Distinguir conflictos éticos y valores.
 - b) La importancia de los valores, construir en valores como objeto de la bioética.
 - c) Conocer los principios básicos de la bioética principialista y su aplicación práctica.
 - d) La importancia de la deliberación moral. Aproximación al método deliberativo, en concreto al del profesor D. Diego Gracia Guillén.
 - e) Caso práctico y resolución a través de la aplicación del método.

I. INTRODUCCIÓN

Previo al desarrollo práctico del taller se hace necesaria una introducción teórica breve al campo de la bioética, con el siguiente esquema:

1. **TERMINOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA ÉTICA.**
2. **BIOÉTICA Y V. R. POTTER**
3. **¿POR QUÉ SURGE LA BIOÉTICA?**
4. **¿SE NECESITA DE LA BIOÉTICA EN PEDIATRÍA O SE NECESITA DE UNA BIOÉTICA PEDIÁTRICA?**
5. **¿QUÉ CONFLICTOS ÉTICOS PUEDEN APARECEN EN EL EJERCICIO DE LA PEDIATRÍA?**
6. **CONFLICTO Y DILEMA.**
7. **LOS PRINCIPIOS Y LOS VALORES.**
8. **LA DELIBERACIÓN.**
9. **EL MÉTODO DELIBERATIVO DEL PROFESOR DIEGO GRACIA.**

1. TERMINOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA ÉTICA

Se comienza por aclarar algunos términos:

En principio se consideró Moral y Ética como sinónimos porque aunque las palabras eran distintas para designarlas en griego, se tradujeron al latín con el mismo término y de ahí al resto de lenguas.

Con el tiempo ha quedado como sigue:

- **Moral:** estudio de las costumbres o hábitos de vida de los seres humanos en relación a su bondad o maldad.
- **Ética:** reflexión sistemática sobre el conjunto de principios, normas y valores que rigen la conducta humana. Explica **por qué hacer las cosas bien.**
- **Virtud:** hábito positivo. El negativo es el vicio.
- **Bioética:** “ética de la vida”:
 - Rama de la ética que aspira a proveer los **principios** orientadores de la **conducta humana** en el campo **biomédico.**
- Enciclopedia de Bioética. (WT Reich-1978)
 - Estudio sistemático de la **conducta humana** en el área de las ciencias de la vida y del **cuidado sanitario**, examinado a la luz de los **valores** y de **los principios morales.**

2. BIOÉTICA Y POTTER

La difusión del término *Bioética* se debe a **V.R. Potter**¹, quien en **1970** publicó el artículo “*Bioética: La ciencia de la supervivencia*” y en **1971**, con la publicación del libro “*Bioética: puente hacia el futuro*”, se generaliza su uso. Potter pretendía establecer un **puente** entre las ciencias (la **biología**) y las humanidades (la **ética**).

Preocupado por la alteración que las actuaciones humanas pudieran provocar en el medio ambiente y cómo este medio ambiente alterado podría alterar la salud humana.

¹ 1927, Fritz Jahr: Bio-Ethik (bios=vida y ethos=comportamiento). Artículo sobre la relación del ser humano con las plantas y los animales.

3. ¿POR QUÉ SURGE LA BIOÉTICA?

Para el profesor Diego Gracia la bioética surge con el objetivo de promover prácticas prudentes y arrojar luz ante los conflictos éticos derivados de:

- Los avances tecnológicos.
- El **Nuevo modelo** de atención: se sustituye el modelo paternalista por el de decisiones compartidas.
- La necesidad de una **distribución equitativa de los recursos**, ya que estos son finitos.

Siendo el objetivo de la bioética el de “Promover prácticas prudentes”.

4. ¿SE NECESITA DE LA BIOÉTICA EN PEDIATRÍA O SE NECESITA DE UNA BIOÉTICA PEDIÁTRICA?

Cómo en la mayoría de las ocasiones la respuesta ni es única ni es sencilla.

- El **incremento de la complejidad científico-técnica** de nuestra especialidad implica enfrentarse a situaciones cada vez más complicadas.
- La **relación clínica multilateral**. En la atención al niño interviene junto con el profesional de la pediatría, el paciente, la familia y otros profesionales con los que se plantea la necesidad de **compartir información**, qué información y hasta dónde corriendo el riesgo de violar la **confidencialidad**.
- Hay **aspectos específicos** a tener en cuenta en la edad pediátrica: vulnerabilidad, autonomía y derechos de los padres al rechazo de tratamientos:
 - La **vulnerabilidad**. El niño tiene una mayor **dependencia** de los seres que le rodean.
 - La **autonomía**. Es necesario valorar la capacitación del niño y respetar su **autonomía**.
 - **En el niño la adquisición progresiva de Autonomía forma parte de su desarrollo**. Así, legalmente la mayoría de edad sanitaria se sitúa en los 16 años, pero entre los 12 y 16 años (“el menor maduro”) los niños son capaces de recibir y comprender la información que atañe a su salud y de expresar sus deseos, que deben ser tenidos en cuenta en la toma de decisiones clínicas.

- **Respecto al derecho de los padres a rechazar tratamientos** hay que conjugar este derecho con obrar en mayor beneficio del menor.
- Otros campos que abarca la pediatría.
 - El desarrollo de la medicina fetal y perinatal.
 - **Exámenes genéticos predictivos.** Criterios para decidir realizarlo y aquéllos que podrían estar indicados en la infancia, asesoría previa de los padres, el carácter confidencial de los resultados.
 - **Investigación clínica en menores.** Cuestiones acerca del consentimiento, del tratamiento de datos, de la confidencialidad.
 - Los trasplantes de órgano.

En el caso de prematuros extremos, polimalformados y pacientes críticos se concentra la mayoría de los conflictos éticos. Los **problemas** que a menudo se plantean se relacionan con: *el respeto y derecho a la vida, la toma de decisiones de LTSV, la aparición de discrepancias entre padres y profesionales y la incertidumbre y la posibilidad de dañar:*

- **El respeto y el derecho a la vida.** Las decisiones que se tomen en estos casos deben conjugar la **Proporcionalidad terapéutica** (Obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible) y el **Principio de Justicia** (que obliga a un reparto equitativo de los recursos sanitarios).
- La toma de decisiones de limitación de intención (que no de esfuerzo) terapéutica con el fin de no caer en la obstinación terapéutica.
- **La aparición de discrepancias** entre los padres y los profesionales. Es fundamental la calidad de la información que se ofrece, establecer una relación de confianza con ellos, empatizar, permitir aclarar dudas y que en la búsqueda de la decisión se tengan en cuenta los valores junto a los aspectos científico-técnicos.

Tenemos la exigencia moral de **AYUDAR Y ACOMPAÑAR** en el proceso de muerte al niño y a la familia, para **aliviar el sufrimiento** (físico y espiritual) respetando la **dignidad del paciente**, sus **creencias** y sus **valores**.

Generalmente en pediatría, el "ser" objeto de nuestras acciones casi nunca es el sujeto capaz en la toma de decisiones

5. ¿QUÉ CONFLICTOS ÉTICOS PUEDEN APARECER EN EL EJERCICIO DE LA PEDIATRÍA?

Ninguna rama de la pediatría queda exenta de enfrentarse a conflictos éticos de distinta índole, la lista es interminable algunos ejemplos sería los *límites de viabilidad en neonatología*; el *rechazo a todas o a algunas vacunas incluidas en el Calendario Vacunal*; *conflictos en torno a enfermedades raras*; *la toma de decisiones por parte del menor maduro*; *la limitación de tratamientos de soporte vital*; *los ensayos clínicos u otros como la objeción de conciencia* y así hasta el infinito.

6. CONFLICTO Y DILEMA

Hablar de conflicto ético o de problema ético, en lugar de dilema ético es muy importante a la hora de analizar un caso, así atendiendo a la Real Academia Española (RAE) de la Lengua

- un conflicto ético significa un **problema o cuestión materia de discusión**. Por tanto, en su resolución pueden barajarse varias posibilidades.
- un dilema es
 - el **argumento formado de dos proposiciones contrarias disyuntivamente**, con tal artificio que, negada o concedida cualquiera de las dos, queda demostrado lo que se intenta probar.
 - Duda, disyuntiva.

En este caso solo se puede escoger un camino.

7. LOS PRINCIPIOS Y LOS VALORES

Un conflicto moral, es un conflicto de valores. Todos los principios son valores, pero no todos los valores son principios, por eso no conviene reducir el conflicto ético al lenguaje de los cuatro principios, si bien proporcionan un marco teórico práctico de ayuda para el análisis de los conflictos.

7.1. LOS PRINCIPIOS CLÁSICOS DE LA BIOÉTICA

Beauchamps y Childress publican en 1979 el libro "*Principios de la ética biomédica*", enunciando los 4 principios de la Bioética que llegan hasta nosotros.

- **Beneficencia**: obligación de procurar el bien a las personas.
- **No Maleficencia**: obligación de no dañar intencionadamente a otras personas. El "primum non nocere" de Hipócrates. Se relaciona con la *lex artis ad hoc*.

- **Autonomía:** obligación de respetar la libertad, la conciencia de las personas, sus valores y sus creencias particulares.

Del mismo modo que estamos obligados a no infligir daño a las personas, no podemos procurarles el bien sin su consentimiento.

- **Justicia:** tratar a todos por igual, con equidad, siendo injusta o inmoral toda discriminación, salvo que se utilice para favorecer a los más desfavorecidos.

Ahora bien, cuando estos autores publican su tratado dan la misma importancia a todos los principios e indican que se ordenaran según el caso de que se trate, es decir que *“los principios suben y bajan como en una escalera”*.

El profesor Diego Gracia estableció la jerarquía de los principios clasificándolos en:

- **Principios de Nivel I o de primer nivel: No Maleficencia y Justicia. Son obligatorios,** exigibles por la sociedad mediante imposición y búsqueda de consenso, hacen referencia a éticas civiles.
- **Principios de Nivel II o de segundo nivel: Autonomía y Beneficencia** (la relación clínica es un ejemplo). Dependen del sistema de valores y se encuentran en la **“esfera privada”** de las personas. Propio de éticas individuales.

En caso de Conflicto, siempre prevalece EL NIVEL 1

Cuando los principios no entran en conflicto se tiene el deber moral de cumplir con todos ellos.

7.2. LOS VALORES

Puesto que los problemas éticos surgen cuando entran en conflicto valores aparentemente incompatibles, convendrá hablar sobre **valores**.

Recurriendo de nuevo a la RAE:

- Un **valor** es una **calidad** (no medible ni tangible) que poseen algunas realidades consideradas bienes por lo cual son **estimables** (la vida, la dignidad, la verdad, la justicia, la felicidad, la salud, la belleza).
- Tienen **polaridad**, los sentimos como positivos o negativos lo que nos hace llevarlos a la categoría de virtud o vicio.
- Tienen **jerarquía**, son superiores o inferiores, (intrínsecos o instrumentales).

- Y son **QUASI-SUBJETIVOS**, dependen de la percepción individual, del momento histórico, de las creencias, la cultura, la religión, etc. Tenemos una escala de valores que hace que demos preferencia a unos sobre otros.

Cuando **deliberamos**, dado que la medicina no es una ciencia exacta y que **confrontamos valores**, **deliberamos** en condiciones de **incertidumbre**.

Siguiendo con los valores el profesor Diego Gracia señala que:

- El **VALOR** da sentido a nuestras vidas puesto que:
 - La capacidad de VALORAR es intrínseca al ser humano
 - Sin VALORAR no es posible PROYECTAR. Sin proyectar no es posible VIVIR
 - Los VALORES son, pues, la fuente de nuestra actuación
- El **DEBER** es la **obligación** percibida en el orden moral. El deber es **práctico** y consiste en la **realización de valores**. Los deberes forman parte del dominio de la **ÉTICA**, es decir
- La **ÉTICA** no trata de valores, sino de **deberes**, y
- Nuestro deber siempre es el mismo: *optar por los mejores valores y llevarlos a la práctica*, en definitiva, **CONSTRUIR VALORES**.

8. LA DELIBERACIÓN

Es la **prudencia** la virtud intelectual que permite **tomar decisiones racionales**, o al menos **razonables**, en condiciones de incertidumbre. Las **decisiones prudentes** no son ciertas, pero sí **aspiran a ser razonables**. Por eso han de ser el resultado de un proceso de deliberación.

Dado que no se trata de decisiones ciertas, **diferentes personas** pueden tomar ante un mismo hecho **decisiones distintas** que no por ello dejen de ser **prudentes**. Las decisiones prudentes buscan no lesionar los valores en juego o hacerlo mínimamente.

- **DELIBERAR**: significa considerar atentamente el pro y el contra de los motivos de una decisión antes de tomarla. Es resolver algo con premeditación.
- **DELIBERACIÓN MORAL**: es la "Deliberación interdisciplinar, la que se realiza en el seno de los Comités de bioética asistencial, sobre los problemas que el conocimiento científico y el poder tecnológico suscitan para la vida, con la finalidad práctica de servir para **orientar las decisiones difíciles**, teniendo en cuenta los **valores individuales** de la persona".

- La **deliberación** es el **acto central** de la toma de decisiones.
- En los problemas éticos hay al menos, **3 niveles**: el nivel de los **hechos**, el de los **valores** y el de los **deberes**.
- Se **analizan los hechos** y se **ponderan los valores** para **ejecutar los deberes**, es decir para llegar a **decisiones óptimas**. Por eso la deliberación puede definirse también como el *Proceso de **ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos, a fin de buscar su **solución óptima** o, cuando esto no es posible, la menos lesiva.***

Cuando se delibera es de suma importancia tener en cuenta el relato, los valores, las creencias, los sentimientos y no solo los hechos (Bioética narrativa) ya que aporta perspectiva.

La Ética Narrativa, la Ética Principialista, la Ética Casuística y la Ética consecuencialista forman parte de la **ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD**.

Hay que recordar que:

- En ética no hablamos de “lo **BUENO**”, sino de “lo **ÓPTIMO**”.
- Cualquier actuación por debajo de lo óptimo resulta incorrecta.
- Se delibera sobre lo que permite diferentes cursos de acción, en orden a buscar el más adecuado.
- Tenemos la obligación moral de buscar “cursos intermedios”.

9. EL MÉTODO DELIBERATIVO DEL PROFESOR DIEGO GRACIA.

El análisis crítico de casos bioéticos debe constar siempre de unos pasos básicos, que son los siguientes:

- Análisis de los hechos.
- Análisis de los valores.

Análisis de los deberes Este es el esquema y el tiempo medio aconsejado para cada fase:

- Una vez se ha completado una fase no se vuelve a la siguiente.
- Debe existir un moderador que controle los tiempos.

Análisis de los hechos		Tiempo/Mn
1	Presentación del caso clínico	10
2	Análisis de los aspectos clínicos del caso	25
Análisis de los valores		
3	Identificación de los problemas éticos del caso	15
4	Elección del problema ético principal	5
5	Identificación de los valores en conflicto	5
6	Identificación de los cursos extremos de acción	5
7	Árbol de cursos intermedios de acción	30
Análisis de los deberes		
8	Elección del curso de acción	5
9	Pruebas de consistencia <i>Prueba de legalidad</i> <i>Prueba de publicidad</i> <i>Prueba de tiempo</i>	5
10	Decisión final	5

Durante el desarrollo del caso práctico se explica cada uno de los pasos a seguir.

II. DESARROLLO DEL CASO PRÁCTICO

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. ANTECEDENTES

Niña de 4 años con doble nacionalidad (española e inglesa), que vive en Inglaterra. Afecta de una grave deficiencia genética ("mitochondrial disorder – complex 1 & 4 deficiency") que le condiciona un deterioro severo del neurodesarrollo (ausencia de sostén cefálico, incapacidad de sedestación, imposibilidad de nutrición oral autónoma), epilepsia refractaria, retraso mental grave y enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE). Precisa ventilación no invasiva nocturna y es portadora de sonda gastroduodenal de implantación percutánea tipo PEG para alimentación y como tratamiento conservador de su RGE.

Se trata de una condición para lo que no existe tratamiento curativo en la actualidad, y por tanto con un pronóstico infausto. Los padres aprecian, de forma subjetiva, algún avance en su neurodesarrollo, opinión no compartida por los profesionales ingleses.

La niña ha sufrido ingresos repetidos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en Inglaterra, con necesidad de intubación y ventilación mecánica, por infecciones respiratorias intercurrentes. En el domicilio, la necesidad de ventilación no invasiva nocturna y aspiración constante de secreciones condiciona una dificultad permanente para el descanso nocturno de la familia.

Ante esta situación los padres expresan su deseo de volver a España, donde tienen familia. Y gestionan el viaje en avión con las gafas de oxígeno.

1.2. SITUACIÓN ACTUAL.

La niña se encuentra de nuevo ingresada en UCIP intubada y ventilada por un cuadro de reagudización respiratoria. Los médicos ingleses plantean un traslado medicalizado desde la UCIP de Inglaterra a una UCIP de española, situación que comunican a través de correo electrónico a la UCIP de destino solicitando aprobación para el mismo.

El consenso médico unánime de los facultativos de la UCI Pediátrica española es que "la paciente no debería ingresarse en una UCIP, sino en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, donde brindarle asistencia de confort y control de síntomas."

La aplicación de terapias avanzadas en a niños con enfermedades limitantes de la vida por trastornos genéticos severos en Unidades de Cuidados Intensivos plantea

importantes debates éticos entre los profesionales. El equipo de la UCIP decide solicitar apoyo del Comité de Bioética Asistencial (CBA) en su decisión.

2. ACLARACIÓN DE LOS HECHOS

En esta fase se pretende aclarar las dudas relativas a los hechos clínicos objetivos del caso, antes de entrar en el debate deliberativo. Algunas cuestiones que pueden surgir son las siguientes:

- ¿La enfermedad que padece la niña ¿es de carácter progresivo o no progresivo?
- ¿Se ha ofertado la opción de CCPP en Inglaterra por los profesionales de allí?
- ¿Se ha explorado la motivación de la familia para desear un traslado a España?
- ¿Están los papás satisfechos con la atención dispensada a su hija en Inglaterra?
- ¿Qué expectativas tienen los padres sobre la enfermedad de su hija?
- ¿Tenemos un informe completo de los médicos ingleses?
- ¿Tenemos que hacer lo que diga la familia?
- ¿Tenemos que hacer lo que digan los médicos ingleses?

3. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y VALORES EN CONFLICTO

El debate se plantea entre los diversos valores en conflicto:

- Principio de autonomía de decisión de los padres (autonomía delegada).
- Mejor interés del niño; beneficios del tratamiento a aplicar, evitando medidas fútiles y/o perjudiciales.
- Equidad en la aplicación de recursos sanitarios.

En este escenario, algunas de las cuestiones que nos podemos plantear serían:

- Los médicos UCIP española, ¿deben aceptar ingreso solicitado por los padres desde Inglaterra sin cuestionarlo?
- La gestión de un traslado en las condiciones actuales de la niña ¿supone un riesgo adicional para su estado de salud?
- Considerando la autonomía y capacidad de los papás para la toma de decisiones ¿están obligados los médicos a asumirla si existe disparidad de criterio?

- Considerando el *interés superior de la menor* ¿sería más adecuado su traslado a una UCIP o a una unidad de cuidados paliativos?
- En caso de aceptar el traslado ¿a quién corresponde hacerse cargo de los gastos: sanidad española, inglesa, la familia?

Haciendo referencia a los principios éticos fundamentales:

- **Autonomía** delegada, ya que son los padres los que toman las decisiones en este caso. El respeto a la autonomía como principio rector de las actuaciones llevaría al traslado de la niña en transporte medicalizado.
- **Beneficencia.**
Parece claro que el curso clínico de la enfermedad acabará fatalmente en un plazo no demasiado lejano. Por tanto, deben evaluarse detenidamente intervenciones y/o ingresos en UCIP, que podrían considerarse fútiles y promover su atención en una sala/unidad de cuidados paliativos en defensa del mejor interés de la menor.
- **No maleficencia.**
Corresponde a la otra cara del principio anterior, y bajo este punto de vista cabría considerar que el riesgo de complicaciones de su tratamiento (principalmente infecciones respiratorias, etc.) sería mayor en la UCIP que en una unidad de paliativos.
- **Justicia.**
Tomar en consideración los costes, no desdeñables, que suponen tanto el transporte de la niña como su permanencia en una unidad de alta tecnología como es una UCIP. Así como la ocupación de una cama de UCIP, limitando su disponibilidad para situaciones que la podrían requerir (justicia distributiva).

4. DELIBERACIÓN, PROPUESTA DE CURSOS DE ACCIÓN.

Asumiendo conveniente el traslado de la niña a España por sus circunstancias particulares (apoyo familiar en España, deseo expreso de los padres), el análisis se centra en la **pertinencia o no de su ingreso en una UCIP**, puesto que, a juicio facultativo, no cumple criterios para ello debido a la irreversibilidad y falta de opciones terapéuticas curativas para su enfermedad.

Los cursos extremos serían:

- Ingreso en UCIP y adopción de todas las medidas extraordinarias necesarias para mantener la vida de la menor a cualquier precio.
- Ingreso en unidad de cuidados paliativos para cuidados de confort, desoyendo la opinión y sentimientos de los papás.

Entre estos dos extremos, deben buscarse los **cursos intermedios**, con el objetivo de preservar al máximo los valores en juego. Algunas acciones a realizar podrían ser:

- En cuanto a mejorar el proceso de comunicación:
 - Con los papás y familia: Verificar la información y expectativas que tienen sobre la enfermedad, pronóstico, secuelas y calidad de vida de su hija. Contactar con otros familiares para verificar su disponibilidad, así como la calidad de vida que se puede ofertar a la niña si se traslada.
 - Con los profesionales: Contactar con la UCIP inglesa para conocer y consensuar puntos de vista, respecto a la situación real y posibilidades de traslado en condiciones de seguridad. Establecer comunicación con la unidad de CCPP de referencia para toma de contacto inicial.
- En cuanto a la valoración de la capacidad para la toma de decisiones:
 - Valorar la competencia de los padres para la toma de decisiones responsable en la situación actual.
- En cuanto a gestión prudente de recursos:
 - Gestionar un traslado con mínimos riesgos, sin ventilación asistida.
 - Acogida a su llegada en UCIP o área de críticos para estabilización inicial y traspaso progresivo a la unidad de atención domiciliaria / CCPP.
- En cuanto a otras acciones de corte multidisciplinar:
 - Contar con el soporte de los trabajadores sociales para valoración del ambiente sociofamiliar y recursos disponibles en España.
 - Apoyo psicológico a la familia en todas las fases de la enfermedad.
 - Consensuar con los padres las decisiones adoptadas.

SIEMPRE: Evitar intervención judicial y especialmente la repercusión mediática (prensa, redes sociales...), para proteger al máximo la dignidad del menor.

5. CURSO ÓPTIMO

Aquél que menos lesiona los valores en conflicto. Habitualmente deriva de una combinación prudente y ordenada de los cursos intermedios.

Tras un proceso de comunicación satisfactoria con los padres y profesionales, se podría gestionar un traslado en condiciones óptimas de seguridad en el momento que su condición clínica lo permita, garantizando estabilización a su llegada y adaptación de los cuidados adecuados para proporcionar a la pequeña la mejor calidad de vida acorde a su pronóstico vital, evitando así acciones médicas fútiles y desproporcionadas. Garantizar apoyo psicológico en todas las fases de la enfermedad, incluido el duelo cuando proceda.

6. PRUEBAS DE CONSISTENCIA

Para dar por válida la decisión adoptada, se la debe someter a 3 pruebas de validez:

1. **Prueba de legalidad.** La decisión es legal de acuerdo a la normativa vigente en materia de derechos de los pacientes y a la luz de los códigos éticos y deontológicos.
2. **Prueba de publicidad.** El curso de acción elegido puede ser defendido públicamente, en cualquier foro de opinión.
3. **Prueba de temporalidad.** Pretende soslayar el paso del tiempo, garantizando que la decisión actual no depende de una situación emocional pasajera, sino de un análisis profundo y juicioso.

7. DECISIÓN FINAL

La decisión tomada tras un proceso deliberativo no necesariamente tiene que ser la mejor ni la única posible, pero obligatoriamente debe ser prudente, racional y razonable, ser respetuosa con los valores y responsable con las consecuencias derivadas de la misma.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:18-23.
2. Gracia D y J. Júdez. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela; 2004.
3. Francesc Abel Fabré, Óscar Aceña Luján, M^a Luisa Albelda de la Haza, Xavier Allué Martínez, Rogelio Altisent Trota, M^a Almudena Andrés Domingo et al. *Bioética y Pediatría*. Manuel de los Reyes López y Marta Sánchez Jacob editores. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2010.

AUTORÍA:

GRUPO DE TRABAJO DE BIOÉTICA DE LA SVP:

Fernando Calvo Rigual, Belén Martín Parra, Cristina María Nebot Marzal, Gema Pedrón Marzal, Antonio Pérez Aytés, Concepción Ruipérez Cebrián, Pilar Sáenz González, María Tasso Cereceda.