

Herramientas de bioética en la toma de decisiones en la unidad de paciente crítico

Claudio Castillo^{1,a*}, Manuel Ramírez^{1,b}, Cristian Grenett^{1,c}, Víctor Rosse².

Bioethics Tools in Decision-Making in the Intensive Care Unit

RESUMEN

El trabajo en las Unidades de Paciente Crítico (UPC) es multidisciplinario y de alta complejidad lo que hace necesario tomar decisiones colegiadas. La Bioética como disciplina, en el contexto de sociedades pluralistas y democráticas provee herramientas para la resolución de los casos clínicos complejos. En este artículo, previo repaso de ciertas definiciones imprescindibles, proponemos el uso de la herramienta Principialismo (Beauchamp y Childress) combinada con el Método Deliberativo como principal apoyo a la resolución de estos problemas en la UPC. Adicionalmente complementamos la visión con dos herramientas que consideran el ámbito psico-social: Jonsen, Siegel y Winslade y Diego Gracia. Pensamos que con estas herramientas es posible la resolución de la mayoría de casos evitando los cursos de acción extremos.

Palabras clave: Bioética; Toma de Decisiones Clínicas; Unidades de Paciente Crítico.

ABSTRACT

Working in Critical Care Units (CCU) is of a multidisciplinary, high-complexity nature; thus, collegiate decisions are necessary. Bioethics as a discipline in the context of pluralistic, democratic societies provides us with valuable tools for complex clinical cases. In this article, we propose the Principlism tool (Beauchamp & Childress) combined with the Deliberative Method as a major supporting tool for the resolution of these problems at CCU. Additionally, we complement that view

¹Unidad de Paciente Crítico, Hospital del Salvador. Santiago, Chile.

²Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^aMédico coordinador Unidad de Paciente Crítico.

^bMédico jefe de Unidad de Paciente Crítico.

^cMédico subjefe de Unidad de Paciente Crítico.

*Correspondencia: Claudio Castillo Vukovic / ccastillo@hsalvador.cl
Av. Salvador 364, Providencia, Santiago.

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 06 de octubre de 2023.
Aceptado: 14 de noviembre de 2024.

with two other tools that consider psychosocial scope: Jonsen, Siegel Winslade, and Diego Gracia Tools. With the help of these tools, it is possible to solve most clinical cases, avoiding extreme courses of action.

Keywords: Bioethics; Clinical Decision-Making; Critical Care Units.

En la actualidad el trabajo en UPC es cada vez más multidisciplinario y de alta complejidad, con especialistas de diversas áreas como tratantes de pacientes y mayores expectativas de éxito terapéutico. Sin embargo, pese a los grandes avances, existe una cantidad creciente de pacientes en que las decisiones deben ser tomadas en conjunto, de manera colegiada para brindarles la mejor terapia de acuerdo a su condición clínica y aspectos biopsicosociales.

Desde su introducción por Van Rensselaer Potter en 1970, el término Bioética ha evolucionado desde una disciplina preocupada de la conducta humana en relación con las ciencias biomédicas, a un concepto más amplio en la actualidad, pasando a constituirse en una interdisciplina que aborda los problemas de las ciencias biológicas, desde la medicina al medio ambiente y su impacto en la biosfera y las generaciones futuras. Desde este punto de vista, la ética biomédica, comprende un aspecto particular de esta disciplina, no sólo para reflexionar sino guiar y elaborar pautas de conducta para el ser humano en relación con sus problemáticas^{1,2,3,4}.

El marco filosófico actual emana de sociedades pluralistas y democráticas, en que existe una diversidad de valores y conductas que en ocasiones incluso son antagónicas entre los diversos grupos y actores sociales. Esto ha llevado al desarrollo de la ética de los consensos (Appel/Habermas) y a la ética de mínimos (Cortina), en que se intenta establecer un piso mínimo para el entendimiento y convivencia social. Por otra parte, la toma de conciencia de la especie humana del daño generado al medio ambiente, ha propiciado el desarrollo de una ética deontológica, preocupada del futuro del planeta y las generaciones futuras (Jonas)⁵. Asimismo, a fines del siglo pasado se ha desarrollado una teoría

de la justicia que puso el acento en la justicia social (Rawls)⁶.

Ante este marco, se requiere una base conceptual sólida para la toma de decisiones sobre nuestros pacientes, que involucre los conocimientos técnicos y además otras herramientas para llegar a consensos que respeten los valores individuales y colectivos y el marco jurídico imperante.

Algunas definiciones necesarias

Habitualmente observamos confusión y uso de terminología poco precisa, incluso incorrecta, para referirse a problemas relativamente frecuentes en la UPC. A este respecto y sin pretensiones de verdad absoluta, parece necesario precisar estos conceptos, previo a revisar las herramientas bioéticas que tenemos a disposición. A continuación, breves definiciones de términos frecuentes en el uso clínico:

Adecuación del esfuerzo terapéutico (AET): si bien, muchas veces, se considera sinónimo de Limitación del Esfuerzo Terapéutico, la tendencia en los últimos años se inclina a usar este término que, más que a poner límites al esfuerzo terapéutico, se refiere a adecuar o ajustar los tratamientos a la situación clínica del paciente. Se pone así el énfasis en el ajuste de los objetivos terapéuticos, pero los esfuerzos en pro del bienestar del paciente se mantienen. De hecho, es posible que pacientes en los que se ha implementado la adecuación del esfuerzo terapéutico, logren egresar vivos de la Unidad de Pacientes Críticos e incluso del hospital^{7,8}.

Limitación del esfuerzo terapéutico: se refiere a la decisión meditada sobre la no implementación o el retiro de terapias médicas que se anticipa no involucrarán un beneficio para el paciente. Es un término no exento de polémica,

incluso considerado peyorativo, pero que sigue empleándose rutinariamente en la práctica de los Cuidados Intensivos y que, como ya se indicó, se utiliza como sinónimo de Adecuación del Esfuerzo Terapéutico, aunque en nuestra opinión, la palabra limitación se relaciona con restringir o negar tratamientos, lo que podría contribuir a esta percepción^{9,10}.

Futilidad terapéutica^{11,12}: actuación médica que carece de utilidad para un paciente. Se puede calificar en base a 3 dimensiones:

- Estadística: cuando el beneficio de la terapia es inferior al 1% (según algunos autores inferior al 5%).
- Cualitativa: cuando hay beneficio parcial a un órgano o sistema, pero sin impacto global
- Fisiológica: cuando se alcanzan determinadas metas fisiológicas, pero no cambia el resultado.

No es fácil determinarla por lo que no siempre sirven las reglas generales, ante lo cual debe aplicarse a cada caso en concreto.

*Fracaso terapéutico o refractariedad terapéutica*¹³: se define como la no respuesta a las terapias instauradas. Se puede clasificar en primaria, cuando no hay respuesta inicial a una terapia y secundaria cuando habiendo una respuesta inicial, posteriormente el paciente deja de responder a una o varias terapias sincrónicas o consecutivas. La literatura sobre el tema se concentra más bien en el área oncológica, siendo escasa en medicina intensiva.

Cuidados de fin de vida: se refieren a la cobertura de las necesidades físicas y psicosociales del paciente, en contexto de fallecimiento inminente. Puede formar parte de los cuidados paliativos, pero no son sinónimos, ya que los cuidados paliativos no solo involucran el fin de la vida y por otra parte no todos los aspectos de los cuidados de fin de vida son paliativos, sino que se refieren a necesidades básicas y dignidad del ser humano (ej. aseo)^{14,15}.

Eutanasia^{5,16,17}: Aunque etimológicamente significa "buen morir", se define como aquella acción producida por el médico u otro profesional

del equipo de salud con la intención de provocar la muerte consentida de un paciente, con el objetivo de aliviar su sufrimiento. Se diferencia la Eutanasia activa de la pasiva, en que en esta última no hay una acción directa, sino que retiro, suspensión o no inicio de terapias que se limitan a prolongar la vida de un paciente que está en situación de enfermedad terminal o irreversible. De cualquier forma, la eutanasia es legal en pocos países y la legislación chilena, pese al debate reciente, la proscribire.

latrogenia: daño ocasionado por el profesional de la salud a pacientes, familiares u otras personas de manera no intencional, que puede provocar un rango amplio de efectos que van desde un ligero malestar hasta la muerte. Es una de las principales causas de muerte en pacientes hospitalizados.

Ensañamiento terapéutico^{18,19,20}: habitualmente conocido también como encarnizamiento terapéutico, obstinación terapéutica, distansia o cacotanasia. Se refiere a una práctica médica basada en la aplicación de métodos extraordinarios y desproporcionados de soporte vital en enfermos terminales o irrecuperables. Existe controversia respecto a lo que se considera extraordinario o desproporcionado, sin embargo, hay consenso en que las dimensiones asociadas a ello la constituyen la complejidad, la escasez, la invasividad, el alto costo y el requerimiento de entrenamiento especializado. Existe bastante consenso en que el ensañamiento terapéutico debe ser evitado.

Habiendo hecho estas definiciones previas podemos analizar las herramientas disponibles:

I. Herramienta principalismo de Beauchamp y Childress:

En 1979, TL Beauchamp y J F Childress publican su libro *Principles of Biomedical Ethics*. Estos autores distinguen 4 principios fundamentales de la práctica médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia que han sido ampliamente utilizados para prevenir y resolver los dilemas éticos de la práctica clínica⁵.

Aunque el enfoque principialista ha sido cuestionado en los últimos años por cierta ingenuidad, dogmatismo y por considerarse dentro de la misma esfera tecnocientífica de la que pretende salir,

este enfoque continúa siendo una aproximación muy útil, cuando se consideran sus limitaciones y no se la reduce a una única herramienta de análisis. En nuestra opinión, lo más valioso de este planteamiento es que permite un ordenamiento mental a los médicos clínicos y constituye una primera aproximación a los problemas éticos en la práctica de las Unidades de Paciente Crítico. Esta perspectiva bien empleada además nos permite resolver problemas clínicos complejos, cuando se vinculan estos principios a preguntas clínicas como mostraremos a continuación, por lo que nos parece valioso que se le integre rutinariamente en el pensamiento clínico del día a día. Ciertamente no se pretende que esta herramienta sea el enfoque único y preferente en la resolución de tales problemas, pero sí, se constituya en una puerta de entrada a este proceso, enriquecido luego con otros enfoques disponibles.

Proponemos estructurar el análisis del siguiente modo al indicar cualquier terapia que se plantee.

1. Principio de beneficencia: Lo relacionamos, aunque no lo agota, con la pregunta ¿La terapia está indicada? Y la respuesta se inicia con el conocimiento fisiopatológico cotejado con la mejor evidencia disponible en la literatura médica. En muchos casos la evidencia a favor será contundente. Ejemplo: uso de ASA en los síndromes coronarios agudos, terapia antimicrobiana en neumonía bacteriana, etc. Otras veces la evidencia se inclinará en contra de la indicación, como el uso de antibióticos en infecciones virales, tratamiento médico de la colestiasis, etc. Sin embargo, en los Pacientes Críticos a menudo nos movemos en una zona gris, donde la indicación tiene un alcance probabilístico de éxito, el cual puede ser relativo.
2. Principio de no maleficencia: de antiguo conocido por la frase “*primum non nocere*”, lo relacionamos con la pregunta ¿La terapia está contraindicada? Es el paso lógico después de responder la primera pregunta; es decir revisar las contraindicaciones que la terapia puede tener. Las contraindicaciones pueden ser absolutas, cuando el

daño que producen es inaceptable (ej. utilizar un fármaco con alergia conocida sin mediar terapia de desensibilización) o relativas, cuando se asumen ciertos riesgos conocidos o controlados. Al igual que en el principio anterior en los pacientes críticos suele haber controversia en las contraindicaciones.

3. Principio de autonomía: Lo relacionamos con la pregunta ¿El paciente (o en su defecto sus representantes) está(n) de acuerdo con la terapia? En nuestra práctica del día a día, solemos acotarlo al consentimiento informado. Sin embargo, no siempre resulta fácil la toma de decisiones respetuosa a este principio por diversas complejidades que abarcan desde lo cultural a conflictos legales. De cualquier modo, nos parece imprescindible su respeto, salvo pocas excepciones.
4. Justicia: tiene dos componentes: uno individual y uno colectivo (relacionado con la justicia distributiva). Involucra la costo-efectividad de las terapias y la disponibilidad de los recursos disponibles, por lo que es relevante el poseer conocimientos de gestión para su mejor comprensión e implementación.

Reiteramos que el análisis de estos principios de modo secuencial, considerando primeramente los aspectos señalados, constituye una puerta de entrada para el proceso que seguimos a continuación, que es la deliberación.

II. El método deliberativo

Es un método que concibe la deliberación para la toma de decisiones con base en un análisis cuidadoso y reflexivo de los principios, valores implicados, circunstancias y consecuencias, de un caso clínico con dilema bioético^{5,21,22} (Gracia). Posee un ordenamiento lógico que se puede sistematizar en 4 componentes:

1. *Deliberación sobre los hechos*: se debe exponer el caso clínico desde una perspectiva objetiva, considerando diagnóstico, terapéutica y pronóstico.
2. *Deliberación de los valores*: a) identifica-

- ción de los problemas éticos, b) selección del problema principal, c) Identificación de los valores en conflicto.
3. *Deliberación de los deberes*: de lo anterior surgen los posibles cursos de acción que se clasifican en: a) Extremos: lesionan un valor por privilegiar otro; b) Óptimo: en que se lesiona en menor medida los valores involucrados y c) Intermedios: ubicados entre las dos opciones anteriores.
 4. *Prueba de consistencia*: una vez tomada una definición debe verificarse 3 pruebas de consistencia de la decisión: a) Legal, b) Temporalidad (¿la decisión se tomaría igual si se pudiese esperar más tiempo?) y, c) publicidad (si la decisión se defendería públicamente).

Participantes en la deliberación

En UPC existen dos grandes modelos de atención: Modelo abierto, en que la tratancia recae en las especialidades que solicitan el ingreso a la UPC y el modelo cerrado, en que recae en la

UPC y es compartida con las especialidades a que corresponden los pacientes.

En cualquier caso, en la deliberación deben participar las partes involucradas en la atención del paciente y debe hacerse parte a este o sus representantes de las opciones terapéuticas disponibles para la selección del curso de acción.

En suma, los actores involucrados en el proceso de deliberación en UPC deben ser: médicos residentes, personal no médico involucrado en la atención del paciente, jefaturas técnicas y jefatura de la unidad, médicos especialistas involucrados en el problema principal del paciente y finalmente el paciente y/o su(s) representante(s). Los casos de mayor complejidad, en que existe demasiada incertidumbre, o en que no se alcanza acuerdo entre las partes involucradas, deben ser presentados al Comité de Ética Asistencial. Aun así, esto no garantiza evitar la judicialización del caso.²²

A continuación, proponemos un esquema que combina el Principialismo con el Método Deliberativo para la resolución de conflictos y análisis de casos complejos (Figura 1).

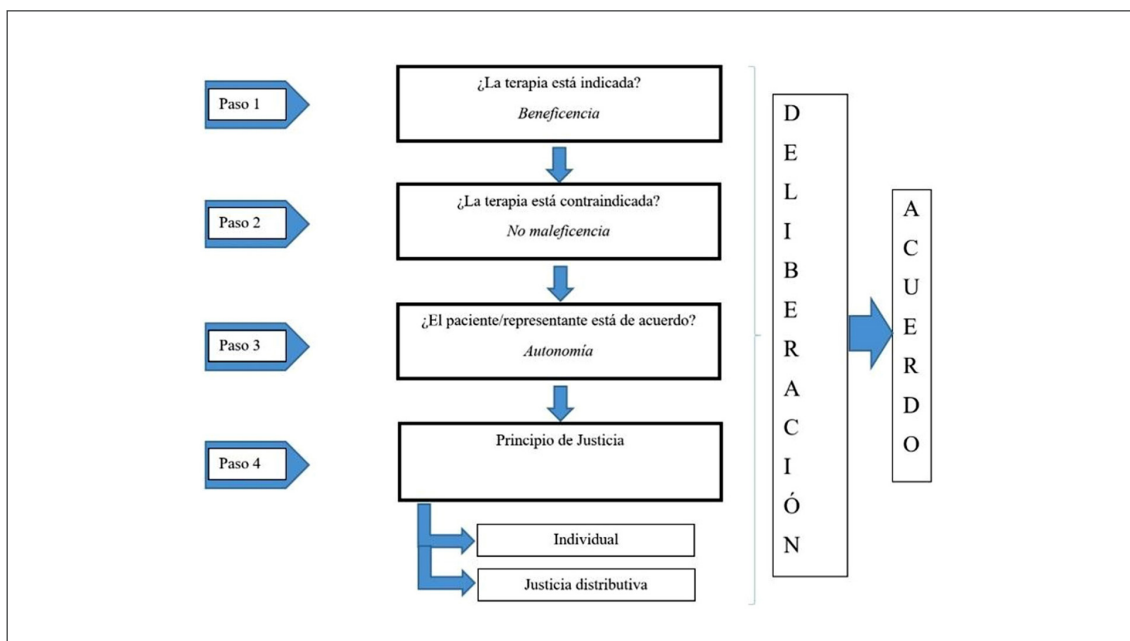


Figura 1: Algoritmo Herramienta Principialismo y Método deliberativo.

Integración de herramienta principialista y método deliberativo y otras herramientas complementarias

Como proponemos en el algoritmo 1, el primer enfoque, principialista y relacionado a preguntas clínicas, nos sirve de puerta de entrada a la deliberación, la cual se sistematiza de tal modo que se incluya a todos los actores responsables, abriendo un espacio de participación que genera valoraciones positivas en el equipo de salud. En esta deliberación se involucran más elementos de juicio, que enriquecen la argumentación y existen numerosas herramientas y metodologías posibles de emplear en la resolución de conflictos y dilemas bioéticos, involucrando un marco de referencia que trasciende el contexto clínico, como

el familiar, social, económico e incluso político. Presentamos aquí dos modelos¹¹:

III. Herramienta Jonsen, Siegler, Winslade (Tabla 1).**IV. Herramienta Diego Gracia (Tabla 2).****Rol del comité de ética^{22,23,24}.**

En la actualidad se subdivide en un comité de ética asistencial y uno de ética de la investigación, dada la especificidad de los conocimientos necesarios para responder a los dilemas de ambas categorías. Nos referiremos aquí al rol del comité de ética asistencial (CEA).

Tabla 1. Herramienta Jonsen, Siegler, Winslade *Tomado de Alzate, Y¹¹.

INDICACIONES MÉDICAS	PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES
<p>Principios de beneficencia y No Maleficencia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia Médica 2. El problema actual es agudo, crónico, crítico, emergente, reversible? 3. Metas del tratamiento 4. Probabilidades de éxito 5. Plan en caso de falla 6. ¿Cómo puede beneficiarse el paciente del cuidado médico y de enfermería y cuánto puede salir perjudicado? 	<p>Principio de Autonomía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad mental y competencia legal 2. Preferencias respecto al tratamiento 3. ¿Consentimiento informado? 4. Tutor, representante legal? 5. Voluntades anticipadas 6. ¿El paciente coopera? 7. En suma se está respetando la autonomía?
CALIDAD DE VIDA	MARCO REFERENCIAL
<p>Principios de Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posibilidades de retomar vida normal 2. Consecuencias físicas, mentales y sociales si el tratamiento es exitoso 3. ¿Hay sesgos? 4. Razones o plan para continuar el tratamiento 5. Hay plan de cuidados paliativos o confort? 	<p>Principios de Lealtad y Justicia</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Hay factores económicos y financieros? 2. Factores religiosos y culturales 3. Límites de la confidencialidad 4. ¿Hay problemas con la distribución de los recursos? 5. Problemas legales 6. El tratamiento está involucrado en la investigación clínica o docencia? 7. Conflictos de interés en los proveedores de salud

Tabla 2. Herramienta Diego Gracia *Tomado de Alzate, Y¹¹.

ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS MORALES	
I.	Primera evaluación (sistema de referencia) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ver si se puede universalizar 2. Ver si cumple con el principio de trato igualitario y respetuoso
II.	Principios morales (corrección y bondad) <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel 1 de la "corrección" (No maleficencia y justicia). Bondad objetiva 2. Nivel 2 de la "bondad". Principios de Autonomía y Beneficencia Bondad subjetiva (ver si la decisión es acorde con los valores del individuo y de su grupo-autenticidad). Evaluar la autonomía del sujeto.
III.	Consecuencias (mal menor) <ol style="list-style-type: none"> 1. Consecuencias objetivas (proporcionado/desproporcionado) 2. Consecuencias subjetivas (Ordinario/extraordinario)
IV.	Toma de decisión final

Las tres funciones principales del CEA son: a) consultiva; b) educativa y c) normativa

En Chile la ley 20.120 de 2006 estableció la obligatoriedad de contar con Comités ético-científicos en las instituciones de salud. Por otra parte, en 2012 la ley 20.581, llamada Ley de deberes y derechos de los pacientes establece en su reglamento funciones específicas:

- Asesorar a los usuarios o prestadores en la toma de decisiones relativas a conflictos ético-clínicos que se presentan en la atención en salud.
- Contribuir a la protección de derechos de los pacientes
- Elaborar y aplicar el reglamento interno
- Contribuir a la formación en bioética de los profesionales, miembros del comité y directivos y en la difusión a usuarios
- Elaborar una memoria anual de actividades.

En el caso de la UPC recomendamos la existencia de un subcomité local y que el CEA se convoque en casos de conflicto en la toma de decisiones.

Conclusiones

La Bioética es una disciplina que nos proporciona herramientas de uso en la práctica clínica diaria en el manejo de los pacientes complejos de UPC. La experiencia, el conocimiento acabado de las bases fisiopatológicas de la enfermedad, la revisión sistemática de la mejor evidencia disponible y los elementos psicosociales e incluso económicos asociados, combinado con una adecuada deliberación entre las partes involucradas, tanto a nivel de equipos profesionales especialistas, como con todo el personal involucrado en la atención, además del paciente o en su defecto, sus familiares, enriquecen esta deliberación siendo posible en la mayoría de los casos, llegar a consensos y a cursos de acción óptimos. En otros casos al menos son posibles los cursos intermedios, siendo minoritaria la necesidad de intervención de Comités de Ética Asistencial o peor aún, llegar a la judicialización, cuando estas herramientas se emplean adecuadamente, con comunicación efectiva, empatía y honestidad de las partes involucradas.

Referencias

1. Postigo, E. (2015) *Bioética definición: Qué es bioética, Concepto de Bioética y corrientes actuales*. [Consultado el 08/05/2023]. <https://www.bioeticaweb.com/concepto-de-bioetica-y-corrientes-actuales/>
2. Sass H-M. Fritz Jahr's 1927 Concept of Bioethics. 2007; 17(4): 279-295. DOI: 10.1353/ken.2008.0006
3. M Rotondo. Introducción a la bioética. Rev Urug Cardiol. 2017; 32: 240-248. <https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
4. Potter VR. Conferencia Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda. Cuad Programa Reg Bioét OPS-OMS, 1998; (7): 1-35.
5. Escribá A, Pérez M, Villaroel S. Bioética: Fundamentos y Dimensión Clínica(2004) . Editorial Mediterráneo Ltda.
6. Caballero F. La teoría de la justicia de John Rawls. Ibero Forum, Otoño, num II, año I, 2006. https://ibero.mx/iberoforum/2/pdf/francisco_caballero.pdf
7. Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. Medicina de familia. 2016; 42(8): 566-574 DOI: 10.1016/j.semerg.2015.11.006
8. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments. Crit Care Med. 1992; 20: 320-326.
9. Fernández R, Baigorri F Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos ¿Ha cambiado en el siglo XXI? Med Intensiva. 2005; 29: 338-341 DOI: 10.1016/S0210-5691(05)74255-8
10. Hernando P, Diestr, G, Baigorri F. Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? Anales Sis San Navarra 2007; 30(3) 129-135.
11. Alzate Y. La "futilidad" como dilema en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas pulmonares (2009). https://bioetica.unbosque.co/sites/default/files/2017-11/YOLIMA_ALZARE_DIAZ.pdf
12. Mendoza G. El concepto de futilidad en la práctica médica. Rev Soc Peru Med Interna. 2008; 21(1): 26-35. <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/333>
13. Kusminsky G. El médico junto al paciente refractario y en el final de la vida. Hematología. 2008; 8(1): 62-64. <https://www.sah.org.ar>
14. Fascioli A. Los cuidados paliativos al final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016; 5(2): 46-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1288>.
15. Ley 21.375. Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales graves. En la Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl>
16. Carvajal S, Portales B, Beca JP. Eutanasia: Aclarando conceptos. Rev. Med. Chile. 2021; 1(149): 1502-1506. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001502>
17. Montero F. Repensar la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. En: Beca JP, Astete C, editores. Bioética Clínica. 1a Ed. Santiago de Chile. Editorial Mediterráneo; 2012. p 498-519.
18. Lecaros J.M. Ensamamiento terapéutico y derechos del paciente. [Consultado el 08/05/2023]. <https://www.diarioconstitucional.cl/articulos/ensamamiento-terapeutico-y-derechos-del-paciente/>
19. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Rev. Med. Chile. 2003; (6): 131. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000600015>
20. Gutiérrez C. ¿Qué es el encarnizamiento terapéutico? Cir. Gen. 2016; 38(3): 121-22.
21. Figuerola J, Eddrhourhi H, Zamora M, Ibañez T, Berga L, Alcalá P. Comités de bioética asistencial y el método deliberativo. Revista Sanitaria de Investigación. [Consultado el 08/06/2023]. <https://revistasanitariadeinvestigacion/comites-de-bioetica-asistencial-y-el-metodo-deliberativo/>
22. Zamora M.A. Aplicación del proceso deliberativo ante dilemas éticos: actuación del comité de ética asistencial en un caso clínico. Dilemata. 2018; 10(26): 71-78. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6278529.pdf>
23. Ley 20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud. En la Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl>
24. Ley 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, y prohíbe la clonación humana. En la Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.bcn.cl>