

PROYECTO DE INTERVENCIÓN:

**PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES EN
SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS.**

POR:

JORGE CARRILLO TERMINI

Trabajo de Grado presentado a la

Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, para optar al

Grado Académico de Magister en Bioética

PROFESOR GUÍA

Sra. BERNARDITA PORTALES

Octubre, 2024

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

Dedicatoria.

A Laura, mi madre, que siempre se esforzó por hacernos mejores personas.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Cecilia que me ha ayudado a ponderar la vida y a creer en mis virtudes, y que diariamente me allana el camino para ejercer mi actividad académica.

A mis hijos Daniela, Mariana y Felipe, que son un regalo de la vida y que también, sin quererlo quizás, me empujan a buscar la excelencia.

A todos mis docentes en los dos años del Magister, en especial a Alberto Lecaros, que siempre ha creído en mí (a pesar de mí mismo); a Bernardita Portales, mi profesora guía en este trabajo, y en especial al Dr. Beca, que ha liderado a tantas generaciones en la disciplina de la Bioética.

Listado de abreviaturas.

ABP: Aprendizaje basado en problemas

CEA: Comité Ético-Asistencial

CEC: Consultoría Ético-Clínica

CP: Comités Perinatales

DMC: Deliberación moral de casos

MD: Método del Dilema

Índice de Contenidos

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Listado abreviaturas	5
Índice de Contenidos	6-8
Resumen	9
I. MARCO TEÓRICO	10-20
1. Antecedentes y contexto	10-11
2. La formación en bioética de los integrantes de los Comités Perinatales	11-14
3. La Deliberación Moral de Casos como instrumento de aprendizaje y mejora profesional.	14-20
4. Justificación del proyecto.....	20
II. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INTERVENCION	21-22
1. Objetivos de la Intervención	21
2. Objetivos de la Investigación	21
III. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	22-25
1. Formato	22
2. Duración	22
3. Participantes	22
4. Metodología de implementación	23
5. Protocolo de implementación	23-26
6. Evaluación	26-27
1. Cuestionario de Evaluación de DMC de Maastrich	26
2. Instrumento Euro-MCD 2.0	27

IV. ETAPAS DEL PROYECTO	28-30
1. Validación	28
(1) Reunión con Expertos en DMC	28
(2) Presentación al Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo	28
(3) Defensa del Trabajo de Grado en Comisión Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo	28
2. Sesión Piloto de DMC	28
3. Difusión e invitación a los Comités Perinatales	28
4. Preparación de facilitadores	28
5. Ejecución de las sesiones de DMC	29
6. Evaluación y análisis de los resultados	29
7. Redacción y publicación del documento final	29
8. Carta Gantt	30
V. Consideraciones éticas del Proyecto de Intervención de DMC en CP	31-32
1. Valor social	31
2. Validez científica	31
3. Selección equitativa de sujetos	31
4. Proporción favorable de relación Riesgo/Beneficio	31
5. Evaluación independiente	32
6. Consentimiento Informado	32
7. Protección a los participantes	32
VI. RESULTADOS ESPERADOS	33-34
1. Participación	33
2. Evaluación de los resultados	34
VII. BIBLIOGRAFÍA	34-37

VIII. ANEXOS	38-44
1. Anexo1: Carta de Invitación al Proyecto de Intervención de DMC	38
2. Anexo 2 Cuestionario de DMC de Maastricht.....	39-41
3. Anexo 3 Instrumento Euro-MCD 2.0 en español	42
4. Anexo 4 Consentimientos Informados	43-44
i. Consentimiento de Participación de los miembros de Comités Perinatales en las sesiones de DMC.....	43
ii. Consentimiento de las pacientes para el uso y publicación de la información del caso clínico	44

Resumen

La progresiva complejidad del cuidado perinatal, producto del vertiginoso avance tecnológico en Obstetricia y en Neonatología desde los años 80, ha llevado a que los casos de pacientes fetales y sus madres sean regularmente evaluados de manera interdisciplinaria en los llamados Comités Perinatales, reuniones periódicas integradas por profesionales de la Salud tales como ginecólogos especialistas en Medicina Materno Fetal, neonatólogos, matronas, enfermeras, radiólogos, cirujanos, traumatólogos y urólogos infantiles, psicólogos perinatales, etc. Las decisiones médicas que se deben tomar siempre contienen una dimensión ética (Chevernak, 2018), lo que puede derivar en que en el proceso de evaluar estos complejos casos, los profesionales involucrados en la discusión las miren desde las concepciones valóricas y de principios de cada uno, que al ser diversas, puede desembocar en una difícil determinación de los cursos de acción posibles para el cuidado clínico.

El presente trabajo tiene como objetivo diseñar un proyecto de intervención dirigido a integrantes de Comités Perinatales (CP) de centros de salud de la Región Metropolitana, mediante su participación en sesiones de Deliberación Moral de Casos (DMC). La DMC es un método de diálogo estructurado y guiado por facilitadores, en base a la discusión concreta sobre casos en que se experimente incertidumbre o desacuerdos morales (Inguaggiato, 2019). La DMC tiene la virtud de guiar la deliberación, confrontando en el diálogo diferentes perspectivas sobre lo que cada uno considera moralmente correcto, llevando a los participantes a la reflexión en equipo, a adquirir nuevas destrezas y competencias en la dimensión ética, a reducir el estrés moral (Kävelmark, 2004; Førde, 2008) y contribuir en el futuro a la elaboración de cursos de acción mejor reflexionadas en los equipos, con recomendaciones clínicas más robustas y ponderadas.

I. MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes y contexto.

A partir de la post guerra a fines de los años 40, y sobre todo a fines de los años 60, como consecuencia de los cambios sociales y culturales en el mundo con el auge y relevancia de la protección de los derechos humanos (DDHH), sumado a un masivo desarrollo del acceso a la información en la sociedad, la interacción entre médico y paciente ha ido evolucionando desde una relación clínica paternalista hacia una progresiva transversalidad de las interacciones entre el paciente, los familiares y los profesionales de la Salud, fomentando los derechos del paciente, con especial énfasis en el ejercicio de su autonomía y el respeto por sus preferencias (Couceiro, 2013). Esto deriva en desafíos para la práctica sanitaria, en particular para una mejor información y consejería a los pacientes en las decisiones de cuidado y manejo.

Asimismo, los continuos avances científicos y tecnológicos han impactado positivamente en las alternativas de estudio, diagnóstico y tratamiento en Medicina. El desarrollo progresivo de la Neonatología ha ido cambiando los límites de la viabilidad, mejorando la sobrevivencia y la calidad de vida de los neonatos prematuros extremos. Y en la Obstetricia, la introducción del Ultrasonido en la década de los 80 abrió la puerta a un mejor estudio del paciente fetal, permitiendo un mejor y más preciso tamizaje de aneuploidías, del diagnóstico y terapia de la patología fetal y la posibilidad de intervenir en el útero, para corregir o paliar anomalías fetales antenatales. Eso dio curso a una formación regular y calificada de médicos ginecoobstetras en Medicina Materno Fetal como una subespecialidad de la Obstetricia, con profesionales que adquieren sólidos conocimientos, competencias y destrezas para el tamizaje, diagnóstico y manejo de la patología antenatal (Society for Maternal-Fetal Medicine, 2014) y el desarrollo progresivo de la cirugía fetal, con un espectro creciente de intervenciones intrauterinas con el propósito de mejorar la calidad de vida de los neonatos (Jancelewicz, 2009 pp 227-236; Hirose, 2010 pp 125-132).

Derivado de estos cambios, se ha generalizado la presencia de los llamados Comités Perinatales (CP) en hospitales y clínicas del país, que son reuniones donde se hace una evaluación colectiva de los casos complejos y de pronóstico perinatal y/o materno inciertos, para la consiguiente toma consensuada de decisiones de manejo (Bijma, 2007).

2. La formación en Bioética de los profesionales de la Salud

Los Comités Perinatales son reuniones interdisciplinarias periódicas (semanales o quincenales), con participación de profesionales relacionados con el cuidado perinatal (médicos ginecólogos y de otras especialidades, matronas, psicólogas, trabajadoras sociales, etc.), en que se presentan casos clínicos de patologías maternas, obstétricas o fetales (Ej. preeclampsia antes de las 32 semanas, restricción de crecimiento intrauterino antes de la viabilidad fetal, rotura prematura ovular en el segundo trimestre, etc.), donde se debe decidir sobre intervenciones terapéuticas o determinar los criterios clínicos para interrupción del embarazo en prematuros extremos. También casos de pacientes embarazadas en que se debe determinar la concurrencia de criterios para invocar la Ley N°21.030, de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: riesgo materno, patología fetal severa y en todo caso letal, y violación (Ley N° 21.030, 2018). Asimismo, pueden discutirse casos de malformaciones estructurales fetales que puedan ser candidatas a cirugía u otro procedimiento invasivo antenatal (Ej. síndrome de ventrículo único, hernia diafragmática, obstrucción de las vías urinarias inferiores (low urinary tract obstruction, LUTO, por sus signas en inglés) secuestro pulmonar, teratomas sacrocoxígeos, etc.); o complicaciones en embarazos gemelares monocoriales con riesgo de muerte intrauterina de uno o los dos fetos.

En estas reuniones, el eje de la deliberación es principalmente técnica y clínica, para proponerle cursos de acción de manejo y tratamiento a las pacientes. En medio de esta casuística, puede haber casos médicamente complejos, en que además aparecen incertidumbre y dudas en el plano valórico

y ético, tanto entre los participantes en las reuniones, como en las pacientes y su familia, y donde la comunicación deberá ser muy completa, directa y transparente.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Academia Americana de Pediatría (AAP), publicaron en el Boletín N° 501 varias recomendaciones para la seguridad de la madre y el feto (Committee Opinion N°501, 2011). Entre otras materias, señalan la relevancia de garantizar la autonomía de la madre en su decisión, toda vez que cualquier terapia o intervención sobre el feto implica actuar a través de su cuerpo y por lo mismo, de su consentimiento explícito. Además, se debe informar y explicar que, si el protocolo de manejo que se propone es parte de un estándar de manejo y basado en evidencia, o que se pueda tratar de intervenciones innovadoras o experimentales; y que haya seguridad de que, en el proceso de consentimiento informado, se disponga de medidas para prevenir limitaciones a la voluntariedad, que pudieran abarcar un vasto espectro, desde una influencia indebida del tratante, hasta la coerción psicológica.

La incorporación de una buena deliberación ética puede ayudar en la toma de decisiones para enfrentar estas situaciones de la práctica clínica (Rasoal, 2017). Entre los profesionales que participan en los CP, la formación y conocimientos en Bioética se ha adquirido principalmente en el pregrado. La mayoría de los programas de postgrado de la especialidad carecen de cursos o clases regulares de Bioética, quedándose entonces con una formación teorizante, aprendida en el pregrado y en general no habiendo sido aplicada a la práctica clínica (Alderson, 2002). Por lo anterior, los profesionales de los CP tienen poca experiencia en abordar esa dimensión de los casos clínicos, lo que hace necesario promover una formación de mejor calidad en diálogo y deliberación en Bioética. En una encuesta por Google Forms, ejecutada por el autor en Noviembre de 2023, respondida por algunos de los integrantes (n=28) de los Comités Perinatales del Hospital Padre Hurtado y Clínica Alemana, solamente 2 (7%) respondieron que no tuvieron Bioética en el Pregrado,

mientras que 13 (46%) señalaron no haber tenido formación curricular en el Postgrado. A su vez, 20 encuestados (71%) contestaron positivamente a la pregunta de si han sentido incertidumbre en el plano de los principios y/o valores bioéticos en el enfrentamiento de casos obstétricos y/o fetales, y 21 (75%) afirmaron sentir carencia de conocimientos bioéticos para abordar casos obstétricos o fetales (información no publicada, disponible en <https://docs.google.com/forms/d/1N-z08IBgLO6i8LxPI1DRoYAEHg8II9A6oBufOughi1A/edit>). El mundo de los valores no es parte explícita del currículum formal del postgrado, quedando sujeto al currículum oculto (Ortega, 2014), que depende en buena medida del docente con quien interactuó el profesional en el Pregrado y en Postgrado, el que ejerce de modelo de roles. La calidad en el cuidado de la salud no es solamente cuestión de competencias técnicas y científicas, sino que también de una actitud profesional que disponga de capacidad reflexiva y evaluativa de las situaciones que tendrá que resolver en el ámbito de su profesión (Couceiro, 2008), en particular para lidiar con conflictos de valores.

En 1984, Jameton acuñó el término “distrés moral” frente a la aparición, en enfermeras clínicas, de síntomas negativos típicos de estrés (como frustración, rabia o ansiedad), derivando incluso en algunos casos a cefaleas, pesadillas y sentimientos de minusvalía, al no poder materializar sus propias convicciones éticas y de principios, por las limitaciones institucionales o estructurales del sistema de salud, impidiendo un curso de acción ideal para el profesional involucrado. (Jameton, 1984, p 6). Posteriormente Kävelmark (2003) amplía el concepto a un espectro de situaciones que van más allá de las potenciales limitaciones a nivel institucional, cuando se presentan conflictos de valores y principios personales que los profesionales de la Salud no pueden expresar o que no pueden canalizar apropiadamente para su resolución en ocasiones de incertidumbre ética, derivando en distrés moral.

La cultura médica en sí misma puede generar conflictos éticos y estrés moral, por la actitud defensiva frente a las críticas y los reclamos. Hurst y cols (2005)

encontraron que los médicos enfrentados a dilemas éticos tienden a evitar el conflicto como una relevante estrategia de manejo. Una encuesta a médicos ejerciendo en Noruega en 2004, buscaba describir si experimentan estrés moral asociado al ejercicio de sus actividades clínicas; un 57% reconoció que se hacía difícil criticar a sus pares en presencia de errores profesionales y un 51% cuando era por diferencias valóricas, y un 51% reconoció experimentar estrés al tener que actuar contra su propia conciencia. Un 44% consideró que su lugar de trabajo carecía de estrategias para lidiar con dilemas éticos. (Førde, 2015).

En un estudio de Aasland y cols, (2005) los resultados sugerían que la discusión abierta y la aceptación de la crítica frente a materias profesionales y éticas estaba positivamente asociada a un mayor apoyo de sus pares después del evento.

3. La Deliberación Moral de Casos como instrumento de aprendizaje y mejora profesional.

Como resultado de lo antes expuesto, el enfoque tradicional de la enseñanza de ética clínica entre profesionales se concentra más en un aprendizaje cognitivo y menos enfocado en destrezas y actitudes, donde las preguntas morales y el marco normativo de los principios éticos suelen estar predefinidos, limitando el espacio para preguntas surgidas del caso y de los profesionales participantes. Se suele aplicar los conocimientos éticos como adyacentes al contexto, sin tomar lo suficientemente en cuenta las experiencias y puntos de vista de los mismos profesionales. El trasfondo de ese enfoque radica en que la experticia en ética se asume como ubicada en el conocimiento teórico y no en la experiencia moral de los profesionales de la salud.

Rasoal y cols. (2007) hicieron una revisión integrativa de la literatura acerca de diversos métodos de apoyo ético clínico (AEC). Sus resultados encontraron principalmente cuatro enfoques o aproximaciones disponibles para el apoyo de personal de la salud enfrentados a situaciones éticamente complicadas: la

consultoría ético-clínica (CEC), los comités ético-asistenciales (CEA), la deliberación moral de casos (DMC) y los grupos de reuniones éticas/reflexión ética/reuniones de discusión ética (este enfoque se puede unificar, por la similitud de su forma y contenido). Por la falta de una definición estricta, se hizo difícil trazar fronteras entre unas y otras, por lo que los límites pueden estar superpuestos.

Por su parte, Steinkamp y Gordijn describieron cuatro métodos de implementación de deliberación ética de casos: el pragmatismo clínico, el método de Nijmegen, el método hermenéutico y el diálogo Socrático. (Steinkamp, 2008) Los dos primeros basan su ejecución en la ética principialista, mientras que los dos últimos lo hacen basándose en la ética dialógica. Aunque todos los métodos parten de la evaluación de un caso concreto, en el caso del pragmatismo clínico y el método de Nijmegen, el punto de partida es una pregunta moral formulada al comienzo del proceso de DMC y están más orientados a la obtención del consenso para una decisión terapéutica. El pragmatismo clínico pone el eje en una consultoría ética profesional, que ayuda a deliberar sobre situaciones morales difíciles para la decisión terapéutica. El método de Nijmegen tiene la virtud de proceder a una evaluación colectiva del caso, partiendo de las intuiciones morales presentadas, para después determinar los valores y principios subyacentes a estas intuiciones y generando una decisión justificada. Ambos métodos están orientados prospectivamente, es decir, a alcanzar un curso de acción prudente y orientado al consenso.

En el caso del método hermenéutico y el diálogo Socrático, el enfoque del caso concreto propuesto está dirigido a la resolución de una duda moral o incertidumbre conceptual y busca comprender el problema y aclarar conceptos y principios básicos; el foco está más puesto en el razonamiento moral que en llegar a consensos, que pueden ser producto de la reflexión y el diálogo, pero no son el objetivo principal. Estos métodos están orientados desde un punto de vista retrospectivo, buscando obtener aprendizaje moral sobre el caso concreto en que han surgido dudas o incertidumbre moral.

Aspect \ Method	Occasion	Perspective	Aim
Clinical pragmatism	Moral conflicts	Prospective	Consensus
Nijmegen method	Moral problem in decision making	Prospective	Justified decision
Hermeneutic method	Moral uneasiness, moral remorse, moral residue	Retrospective	Comprehension
Socratic dialogue	Conceptual and normative uncertainty	Retrospective	Clarification of basic concepts and principles

Figure 1. Methods of ethical case deliberation, related to various types of moral problems.

Tomado de Steinkamp, N., & Gordijn, B. (2003). Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, health care, and philosophy*, 6(3), 235–246.

En Chile, el apoyo a los profesionales para los casos donde hay incertidumbre ética, se ha explorado principalmente con dos estrategias de apoyo: las consultorías ético-clínicas (CEC), en que un experto en bioética asiste a la cama del enfermo y delibera con el equipo de salud responsable del paciente; (Beca, 2010) y los comités ético-asistenciales (CEA) institucionales, en que los tratantes presentan el caso clínico al Comité y se delibera para ofrecer una recomendación, en congruencia con las categorías que Rasoal mencionaba. El formato más frecuente de trabajo en los CEA es el llamado método deliberativo, que ha descrito Gracia (Gracia, 2001; Gracia, 2003) y que ha sido desarrollado en Chile por Beca y cols. (Beca 2012); este método pone el foco en identificar los conflictos morales, principios y valores involucrados, para luego definir los mejores cursos de acción posibles para la resolución del problema clínico presentado. Tanto la consultoría ético-clínica como las recomendaciones de los CEA, son formatos donde el conocimiento es presentado como recomendación de expertos a los clínicos, en que el foco está en llegar a una propuesta de plan de acción, más que en la internalización de conocimientos o adquisición de competencias morales.

La intervención que se propone en nuestro proyecto es ofrecer un abordaje contextual, sustentado en una ética hermenéutica pragmática y dialógica. (Molewijk, 2006). La Deliberación Moral de Casos (DMC) es un tipo de apoyo ético, en el que casos éticamente difíciles son discutidos por los profesionales involucrados en el manejo clínico en base a un método estructurado y guiado por un profesional entrenado, llamado facilitador. Esta modalidad de apoyo ético-clínico es identificada como un análisis en una dinámica donde el abordaje transcurre de abajo arriba, y se orienta a ayudar a los profesionales con su experiencia y bagaje valórico personal a contextualizar los aspectos éticos del caso y determinar responsabilidades morales.

El facilitador ayuda en el proceso de la deliberación; si lo asimilamos a un método docente, se puede asemejar a un aprendizaje basado en problemas (ABP) (Benaglio y cols, 2009). En esencia, el docente (en este caso, el facilitador) es un asistente técnico que ayuda a aprender. Los alumnos aprenden haciendo, convirtiéndolo de esta manera en un aprendizaje integral que implica vincular los conceptos con la práctica. El ABP es una técnica de aprendizaje de gran utilidad en la enseñanza para adultos y en particular para profesionales en los que se espera adquieran competencias, es decir conocimientos, actitudes y destrezas, que es el propósito de esta forma de DMC.

En la DMC los profesionales involucrados clínicamente en los casos reflexionan directamente sobre el asunto ético en cuestión. Confrontan sus experiencias, opiniones y perspectivas sobre lo que se considera moralmente correcto, llevando a que los cursos de acción a proponer cambien desde una práctica basada en la intuición, sujeta a los principios, valores y sesgos naturales de cada uno, hacia un mayor enriquecimiento y mejor fundamentación, permitiendo a los profesionales la educación y el desarrollo de competencias en la dimensión ética y reduciendo el estrés moral potencial, al derivar en cursos de acción más reflexionados y participativos. Tiene un doble efecto, de deliberación y aprendizaje, para los profesionales que participan (Molewijk, 2008). Asimismo,

puede permitir que la recomendación clínica que se presente a los pacientes y sus familiares sea más robusta y ponderada (Tan, 2018).

Los facilitadores en las sesiones de DMC son profesionales que guían a los participantes en advertir sus presuposiciones y sus destrezas de razonamiento y amplían su reflexión al enfocarse en los puntos de vista de los demás, permitiendo un intercambio de ideas. Es un método de aprendizaje donde se usa la experiencia del caso como punto de partida para la reflexión moral. Es capaz de entrenar en nuevas competencias profesionales, como la adquisición de conocimientos (reconocer y comprender los problemas y conflictos morales), actitudinales (capacidad de crear diálogos morales y aprender a escuchar) y destrezas morales y verbales (comunicación, razonamiento). Esto ocurre poniendo el foco en el proceso de reflexión de los profesionales, más que en una decisión o solución para el problema clínico (Haan, 2018).

Como el propósito de la DMC en nuestro contexto es estimular la reflexión y la adquisición de competencias morales que se puedan aplicar para casos futuros, hemos elegido basarnos en el llamado Método del Dilema (Molewijk, 2008; Stolper, 2016), que nos parece una buena combinación del método hermenéutico y de diálogo Socrático, y que ha sido descrito y desarrollado principalmente en Europa del Norte (Molewijk, 2017; Stolper, 2016; Tan, 2017). En este tipo de ejercicio reflexivo, se selecciona el problema moral que el presentador del caso clínico consideró más relevante, presentado como un dilema ético más que una variedad de conflictos morales que el caso pueda presentar.

La DMC se viene aplicando desde hace más de 20 años en Europa, especialmente en Países Bajos, Noruega y Suecia, en diversos contextos clínicos, como neurología (Tan, 2017), psiquiatría (Molewijk, 2008), cuidado crítico del adulto (Ashida, 2023), oncología pediátrica (Bertholdson, 2016), Urgencia General (Steinkamp, 2003), etc. En una interesante revisión de la literatura sobre DMC (25 artículos), Haan y cols. (2018) encontraron los

siguientes cuatro aspectos como más relevantes en relación con la implementación de la DMC:

1. Sobre los facilitadores y lo que debe asegurarse en la preparación de la DMC:
 - Se consideró como muy importante que el facilitador creara un ambiente seguro y abierto. El facilitador debe ser idealmente neutral respecto del grupo participante.
 - Poder disponer de un caso clínico concreto para la discusión; mejor si ya fue conocido por los participantes.
 - Debe haber compromiso en la asistencia de los participantes y si es un proyecto institucional, el apoyo de la institución en tiempo protegido y lugar físico.
2. Después de las sesiones de DMC, se evidenciaron cambios en los participantes a nivel personal e interprofesional:
 - Percepción de alivio (validación de su opinión y de la cercanía con la opinión de otros, facilitación para superar el distrés moral).
 - Percepción de cercanía con los otros, más confianza al hablar abiertamente sobre dilemas morales.
 - Comprensión del punto de vista del otro y del asunto moral en juego.
 - Mayor atención sobre la dimensión moral del caso y la importancia de la reflexión para encontrar cursos de acción en equipo.
3. Se percibieron algunos cambios para el cuidado de los pacientes y su familia.
 - No obstante, se señala que no hubo suficiente evidencia de que la DMC haya producido un impacto concreto en el cuidado clínico.
 - Los cambios se produjeron sobre todo en un impacto positivo en el ambiente de trabajo y un incremento en la calidad del cuidado al mejorar la habilidad de los participantes de ver cursos de acción alternativos y tomar mejores decisiones. Sin embargo, la evidencia es aún limitada al respecto.

4. Eventuales cambios en el nivel de la institución. Este aspecto fue igualmente poco evidenciado, en línea con una investigación de Silén y cols, que señala que no se puede demostrar una relación positiva entre las reuniones éticas y mejoras en el clima laboral (menos “burnout” o mejor satisfacción en el trabajo) (Silen, 2015). La falta de evidencia disponible actualmente constituye un desafío para este campo de investigación.

4. Justificación del proyecto de intervención.

La deliberación sobre casos perinatales complejos, donde hay conflictos morales en juego y en que participan profesionales con sus propias convicciones, valores y creencias, se puede enriquecer al incorporar explícitamente la capacitación en Bioética para la deliberación en la dimensión ética.

En base a las referencias bibliográficas y la evidencia empírica, los profesionales de los CP tenemos una insuficiente formación en bioética, tendemos a eludir los conflictos entre pares y contamos con estrategias limitadas para encauzar el diálogo y la deliberación.

La adquisición de nuevas competencias, mediante la participación en sesiones de DMC, puede contribuir a elevar las capacidades profesionales y éticas de los participantes y por consecuencia, fortalecer la deliberación y las recomendaciones clínicas con los pacientes a futuro.

II. OBJETIVOS

Este proyecto es principalmente una intervención con un propósito formativo para los participantes de las sesiones de DMC.

En una fase posterior, esperamos evaluar los cambios evidenciados en el ámbito de las competencias profesionales.

Por lo mismo, definiremos objetivos para las dos dimensiones del proyecto

Objetivos del Proyecto de Intervención:

1. **Objetivo General:** Realizar un ciclo de tres sesiones de DMC con la participación de integrantes de los CP de los tres centros de salud invitados.
2. **Objetivos específicos:** Al final de las sesiones de DMC, esperamos:
 - a. Lograr la integración a las sesiones de DMC, de médicos de diversas especialidades que participan regularmente en los CP
 - b. Conseguir la integración a las sesiones de DMC, de profesionales no médicos que participan regularmente en los CP.
 - c. Lograr una participación paritaria por género, de profesionales que asisten regularmente a los CP.

Objetivos de la Investigación sobre DMC:

1. **Objetivo General:** Al final de las sesiones de DMC, los participantes podrán identificar y reflexionar acerca de los dilemas morales presentes en la discusión de casos clínicos complejos.
2. **Objetivos específicos:** Al final de las sesiones de DMC, los participantes:
 - Serán capaces de identificar una situación éticamente difícil y los valores en juego.
 - Podrán reconocer los puntos de vista propios y ajenos y lograr una disposición de escucha con los participantes.
 - Podrán expresarse y argumentar abierta y oportunamente en casos éticamente difíciles.

- Podrán lograr un trabajo en equipo para expresarse y apoyarse mutuamente en casos éticamente difíciles.
- Podrán explicar y justificar el o los cursos de acción propuestos con fundamentos valóricos.

III. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1. Formato.

Se implementarán sesiones de DMC desarrollando el llamado Método del Dilema (Stolper, 2016; Tan, 2017), cuyo protocolo se desarrolla a continuación. Se enfoca en estimular la reflexión y el diálogo en base a un caso clínico que haya generado inquietud moral en el lugar de trabajo. Deberá ser capaz de develar las destrezas de razonamiento y disposición a escuchar.

2. Duración.

Se espera implementar tres sesiones de DMC para integrantes de CP de cada centro de salud. Cada sesión de DMC tiene una duración de aproximadamente 90 minutos. Se plantea ejecutar estas sesiones en lugar, fecha y horario a convenir con los Coordinadores de los CP.

3. Participantes.

1. Se invitará a los profesionales de la Salud que integran regularmente los Comités Perinatales de Unidades Obstétricas de los Hospitales Padre Hurtado (comuna de San Ramón), Dra. Eloísa Díaz (comuna de La Florida) y Clínica Alemana de Santiago (comuna de Vitacura), en la Región Metropolitana. En cada reunión de Comité participan médicos gineco-obstetras formados en Medicina Materno Fetal, neonatólogos, matronas y médicos en formación en la especialidad; además, dependiendo del caso clínico, pueden participar radiólogos, cirujanos y neurocirujanos infantiles, cardiólogos infantiles, urólogos infantiles, etc. También podrán integrarse los médicos en formación en Obstetricia y Ginecología de esos centros de salud.

2. El propósito del proyecto de intervención es lograr que un 50% de los asistentes regulares a los Comités Perinatales de los Servicios de Obstetricia y Ginecología de los Hospitales Padre Hurtado, Dra. Eloísa Díaz y Clínica Alemana de Santiago participen en tres sesiones de DMC durante 2025.

4. Metodología de implementación

Facilitadores. Se implementará el Método del Dilema para la Deliberación Moral de Casos. Para esto se deberá entrenar a profesionales con experiencia en Bioética y motivados por aprender sobre DMC. El facilitador ayuda a reflejar el razonamiento y las experiencias morales de cada uno, hace explícito los valores en juego y dispone un clima adecuado para la expresión de otros valores y puntos de vista. Su tarea central es hacer preguntas en un rol de estilo Socrático: hará más preguntas para abrir la reflexión que para estimular un debate.

Deberá estar familiarizado con conceptos y temas éticos y ser capaz de explicar la diferencia entre pregunta ética y pregunta práctica y aclarar la naturaleza de un dilema moral. Debe conocer el trasfondo teórico del método y los pasos involucrados y ser sensible al contexto concreto en que se está desarrollando la DMC.

5. Protocolo de implementación (Método del Dilema)

Paso 1: introducción

- El facilitador recibe a los participantes, explica el propósito y forma de trabajo de la DMC
- Define la DMC, el propósito de este tipo de reuniones y la relevancia del diálogo para una indagación ética constructiva.
- Señala expectativas que podrían surgir (logro de una comunicación abierta y honesta y descubrir formas de razonamiento)
- Explicación de los pasos del método.
- Enuncia el problema clínico a discutir.

Paso 2: Presentación del caso

- El profesional más directamente relacionado con el caso hace de presentador/a
- Se desarrolla el caso clínico con el mayor detalle para aclarar la situación.
- El/la presentador/a plantea el problema o conflicto ético que para él/ella ha motivado derivar el caso
- Se pide al presentador/a que señale cuándo apareció el problema ético para él/ella y que sea lo más explícito posible del momento en que se hizo patente el dilema ético.
- Se solicita que haga una breve, pero completa descripción de los hechos, incluyendo los sentimientos asociados.

Paso 3: Formulación de la pregunta moral y el dilema ético

- El facilitador solicita al presentador que formule la pregunta moral y pide a los demás que le ayuden en esta parte.
- Luego de declarar la pregunta, el facilitador le pide al presentador que exprese los dos cursos de acción dicotómicos que debe escoger.
- Se expresa las consecuencias negativas de las dos opciones y se anota en la pizarra.
- El facilitador hace algunas preguntas para facilitar la comprensión de la pregunta moral: ¿qué está en juego para ti? ¿qué te preocupa? ¿qué te hace sentir incómodo?

Paso 4: Clarificación para ponerse cada uno en la situación (“empatizar”) del presentador

- El facilitador invita a los participantes a ahondar en más preguntas para lograr que todos se involucren en la situación y logren ponerse en el lugar del que presenta.
- Hay que lograr que no se enjuicie al presentador y su curso de acción elegido, manteniendo un clima de confianza. Es importante para el paso siguiente.

Paso 5: Analizar el caso en base a los puntos de vista, valores y las acciones asociadas (normas)

- Se escribe en la pizarra
 - Puntos de vista (de todas las partes interesadas)
 - Valores
 - Curso de acción (normas)
- Hay que asegurar que todas las partes involucradas en el caso estén representadas
- Se escriben valores y acciones relacionadas con el problema moral, muy concretas.

Paso 6: Buscar creativamente cursos alternativos

- Buscar creativamente cursos de acción alternativos, diferentes de A y B, yendo más allá de las presunciones subyacentes al dilema moral.
- Activar una tormenta de ideas.

Paso 7: Elección individual y explicar las consideraciones personales

- El facilitador pide que cada participante escriba en un papel la respuesta a lo siguiente:
 - A. Es moralmente justificado que yo elija la opción... (A, B o una alternativa)
 - B. Debido a... (qué valor o acción)
 - C. A pesar de... (que valor o acción)
 - D. ¿Cómo limitar el daño o efecto descrito en C por tu elección?
 - E. ¿Qué se necesita para cumplir la opción que elegiste?
- Se pregunta quiénes eligieron A y se elige a uno para leer sus anotaciones. Se pregunta quiénes eligieron opción B y lo mismo. Todo se anota en la pizarra.
- Se pide que los demás señalen lo que habían elegido y que pueden agregar a lo que se haya escrito para A, B o una alternativa.

- No se busca dar consejos al presentador del caso, sino que permitir la reflexión sobre lo que cada uno ha elegido.

Paso 8: Indagación dialógica

- Se explicita el valor determinado como mayoritario.
- Se explicitan otros valores mencionados.
- Se examinan las similitudes y diferencias de cada punto de vista. Se busca aclarar la posición de cada uno y se recogen nuevas percepciones para llegar a una buena decisión.
- En esta etapa se busca un diálogo que permita entender y examinar el punto de vista del otro, más que la ocurrencia de un debate para persuadir a otros.

Paso 9: Conclusiones (“cosechar”)

- Se vuelve a la pregunta ética inicial y se pide a los participantes que cuenten si ahora tienen un punto de vista diferente del caso y las razones (cosechando).
- Se resumen las conclusiones y se traza un plan de acción.

Paso 10: Evaluación

- Se pide comentar los aspectos positivos y negativos de la DMC y qué se puede aprender para futuras actividades de deliberación.
- Si es la primera sesión (o se anticipa nuevas sesiones), se pueden delinear cambios para las reuniones futuras.

6. Evaluación.

Se aplicarán dos instrumentos de evaluación.

1. Se solicitará llenar el **Cuestionario de Evaluación de DMC de Maastricht** (Molewijk B, 2008). Este cuestionario está enfocado en una evaluación semicuantitativa del desempeño de los facilitadores y de los logros percibidos con la participación en las sesiones de DMC. Se podrá

completar en línea mediante una encuesta en plataforma RedCap, o impresas en papel.

2. También se aplicará el **Instrumento Euro-MCD 2.0**, que ha sido elaborado colectivamente por un equipo de investigadores de Suecia, Noruega y Países Bajos (<https://euro-mcd.com/en/>). Especial participación tuvo la Dra. Janine de Snoo-Trimp, profesora asistente de Ética, Leyes y Humanidades Médicas de la Amsterdam University Medical Center (UMC), quien, a partir de la publicación en 2014 de un instrumento de evaluación de resultados de DMC llamado Euro-MCD, (Svantesson, 2014) desarrolló seis trabajos de campo, (de Snoo-Trimp, 2022) aplicando ese instrumento. Posteriormente, en base a una combinación de reflexiones teóricas a partir de la literatura disponible, con los resultados de estos 6 estudios de campo y la discusión en un panel de expertos en apoyo ético-clínico (n=8) en 2019, provenientes de Alemania, Países Bajos, Suecia y Suiza, se elaboró un nuevo cuestionario de evaluación de resultados de DMC, llamado Euro-MCD 2.0. (Snoo-Trimp, 2020) El instrumento de 2014 (Euro-MCD) contenía 26 ítems de resultados, agrupados en seis dominios. Luego de este proceso, el nuevo instrumento Euro-MCD 2.0 (Anexo 3) quedó conformado por 15 ítems, agrupados en tres dominios: 1) Competencia Moral; 2) Trabajo Moral en Equipo y 3) Acción Moral. Es un cuestionario más corto, menos complicado y más robusto. Se espera estandarizar la investigación en DMC aplicando este instrumento de evaluación. El autor ha traducido al español la encuesta, autorizado por la autora y el MCD Group para su uso e implementación en la evaluación de nuestras sesiones de DMC. Los contenidos del Euro-MCD 2.0 se incorporaron a los objetivos específicos de nuestro proyecto, para ser evaluados y analizados en una publicación a futuro.

IV. Etapas del proyecto

1. Validación del proyecto

- (1) Discusión del proyecto con el profesor Rouven Porz, experto en Deliberación Moral de Casos, (Director de la Unidad de Ética Clínica del Hospital Universitario de Bern, Suiza, Inselgruppe AG), para fortalecer el proyecto de intervención (Octubre 2024).
- (2) Discusión del instrumento Euro-MCD 2.0 con Janine de Snoo-Trimp para ratificar la autorización del uso de la encuesta y corroborar la correcta traducción de los conceptos al castellano (Octubre 2024).
- (3) Presentación del proyecto en el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.
- (4) Defensa de Trabajo de Grado en Comisión de Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

2. **Sesión Piloto de Deliberación Moral de casos.** En el mes de Noviembre se hará una sesión piloto dirigida por el Dr. Rouven Porz (Suiza) y Guy Widdershoven (Alemania) como facilitadores, antes de la ejecución definitiva de las sesiones de DMC. En esta sesión se invitará a integrantes voluntarios de CP, y profesionales con entrenamiento en Bioética, quienes podrán ser facilitadores de las sesiones en los CP.

3. Difusión e Invitación a los CP.

- (1) A partir del 9 de Diciembre, se enviará una carta y correo electrónico de invitación a los Coordinadores de cada CPN: Dr. Álvaro Carrasco (HLF), Dr. Rodrigo Latorre (HPH), Dr. Julio Astudillo (CAS).
- (2) Asimismo, se informará a los respectivos directores de cada centro de Salud, para facilitar la asistencia de los integrantes de CP, en caso que las reuniones sean concertadas dentro del horario de trabajo de los profesionales.
- (3) Se concertará una reunión presencial con cada coordinador de CP, para reforzar los contenidos de la carta de invitación.

4. **Preparación de facilitadores.** Se harán sesiones de capacitación para profesionales del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina Clínica

Alemana-Universidad del Desarrollo, interesados en adquirir experticia para funcionar como facilitadores en las sesiones formales de DMC con los miembros de los CP.

5. Ejecución del proyecto

- (1) Reclutamiento y consentimiento de participantes. Se espera la asistencia de por lo menos un 50% de los profesionales que participan en cada CP, idealmente logrando representación paritaria por género.
- (2) Entrenamiento de candidatos a facilitadores (Febrero-Abril 2025).
- (3) Implementación de sesiones en HPH-HLF-CAS. Entre el 21 de Abril y el 31 de Agosto esperamos haber realizado por lo menos tres sesiones de DMC con participantes para cada centro de salud (Abril- Agosto 2025). Las sesiones podrán ser híbridas.
- (4) Sala de Reuniones y materiales para las sesiones.
 - (a) Cada centro de salud dispondrá de una sala con tiempo reservado para su uso por 90 minutos para cada una de las sesiones.
 - (b) Se dispondrá de pizarra y lápices para el desarrollo del protocolo de DMC.
 - (c) Se dispone de una licencia para 50 personas en la plataforma Zoom de videoconferencias.

6. Evaluación y análisis de resultados.

Esperamos hacer la evaluación de las encuestas y resultados en el segundo semestre de 2025, para redactar un documento final de conclusiones.

7. Informe final y publicación

Mediante la aprobación del proyecto y de los documentos de consentimiento de las pacientes y de los participantes en el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, se podrá redactar y presentar un artículo con los resultados para su publicación en revistas y redes sociales.

8. Carta Gantt del proyecto de intervención.

Etapas y actividades	2024			2025												
	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1. Sometimiento al Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina CAS-UDD																
2. Presentación del Trabajo de Grado en Comisión de la Facultad de Medicina CAS-UDD																
3. Sesión Piloto con R. Porz y G. Vidderhoven.																
4. Solicitud consentimiento a pacientes																
5. Difusión e invitación a CP																
6. Formación de facilitadores																
7. Ejecución de las sesiones de DMC																
8. Evaluación y redacción del informe																
9. Publicación de la experiencia																

V. Consideraciones éticas del proyecto en base a los criterios propuestos por Emanuel (Emanuel, 2000)

- 1. Valor clínico y social.** El proyecto de implementación de DMC busca mejorar la calidad de la deliberación en los CP en la dimensión ética de los casos que se presenten. Pretende fomentar un diálogo ponderado que facilite la discusión de los casos clínicos presentados al CP, reduciendo el conflicto y estrés moral en los CP y en su relación con el paciente y su familia. Asimismo, se espera que los participantes adquieran nuevas competencias, de reconocer conflictos morales, aprender a escuchar y adquirir destrezas dialógicas y comunicacionales, lo que puede ser beneficioso para la reflexión sobre casos a futuro.
- 2. Validez científica.** El proyecto de intervención tiene su fundamento en la evidencia científica disponible, que ha sido incorporada en el diseño de las sesiones de DMC. Se toma como referencia la experiencia obtenida en más de 10 años de aplicación en Europa. Aunque no hay experiencia en nuestro país y hasta donde sabemos, tampoco en Latinoamérica, nos parece que la adaptación a nuestra idiosincrasia y cultura puede dar buenos resultados. Las sesiones de DMC contarán con facilitadores con conocimientos sobre esta modalidad de deliberación. La aplicación de los instrumentos de evaluación de las sesiones y los facilitadores será anónima y en una plataforma en línea (RedCap). Los resultados de la intervención podrán ser publicados en medios científicos (revistas y congresos) y en redes sociales.
- 3. Selección equitativa de los sujetos.** La participación de los miembros de los CP será voluntaria y estará disponible para cualquier participante en CP. Una vez organizados los grupos para las sesiones, se acordará en conjunto el día y la hora de cada sesión, para asegurar la asistencia.
- 4. Proporción favorable riesgo/beneficio.** El beneficio esperado es una mejoría de la calidad del análisis de los casos en las reuniones de los CP. No se anticipa riesgos físicos ni psicológicos por la participación en los Talleres DMC. No habrá costo económico para los participantes, con la excepción del uso de horario que podría ser usado para otras actividades de la profesión.

5. Evaluación independiente. El proyecto de intervención será validado en una Comisión para optar al grado de Magister en Bioética en la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. Además, será presentado a evaluación ética en el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, dado que se requiere el consentimiento libre y voluntario de participación de los asistentes y el consentimiento de las pacientes para el uso de la información de los casos clínicos y su publicación, asegurando no revelar los datos sensibles de las pacientes.

6. Consentimiento Informado.

1. Se pedirá a los participantes la firma de un consentimiento que explica la forma de participación y de evaluación y la publicación de los resultados de los Talleres DMC, y el registro fotográfico de las sesiones.
2. Como esta es una intervención con fines educativos y no una nueva evaluación clínica, para el uso de la información de los casos y para la publicación de la experiencia, se pedirá a las pacientes (o su representante, en caso de no poder dar su consentimiento) la autorización para presentar los casos clínicos en esta actividad formativa y para que puedan ser incluidos en una posible publicación de los resultados de la intervención, garantizando la confidencialidad de los datos sensibles.
3. El consentimiento será solicitado y explicado conjuntamente por el autor y el profesional que haya sido tratante en cada establecimiento.

7. Respeto a los participantes. Los casos clínicos deberán contar con el consentimiento explícito de las pacientes (o su representante en caso de no poder hacerlo personalmente) para ser presentados en las sesiones de DMC. En todo momento se garantizará que la participación en los Talleres de DMC sea libre y voluntaria.

VI. Resultados esperados

1. **Participación.** Se espera que por lo menos 8 participantes de cada CP de los 3 hospitales sean reclutados en el tiempo de implementación de las sesiones de DMC. Habrá una lista de asistencia y registro fotográfico de las sesiones.

2. Evaluación de Resultados.

1. Se pedirá a los participantes el llenado de la Pauta modificada del Cuestionario de Deliberación Moral de Casos de Maastricht (Anexo 1), antes y después de cada sesión antes de la sesión final, donde se evalúa a los facilitadores y las sesiones.
2. Para la evaluación de los contenidos de las sesiones de DMC, se hará una encuesta al final del ciclo de sesiones, mediante el Instrumento Euro-DMC 2.0, en una versión en español (traducida por el autor), autorizada por el equipo de Euro-MCD 2.0.

Bibliografía.

Alderson P, Bobbie Farsides B, Clare Williams C (2002). Examining Ethics in Practice: health service professionals' evaluations of in-hospital ethics seminars. *Nurs Ethics* 2002; 9: 508-21 [DOI:10.1191/0969733002ne541oa](https://doi.org/10.1191/0969733002ne541oa)

Ashida, K., Kawashima, T., Molewijk, A. C., de Snoo-Trimpe, J. C., Kawakami, A., Tanaka, M. (2023). Moral distress reduction using moral case deliberation in Japan: A mixed-methods study. *Japan Journal of Nursing Science*, 20(3), e12528. <https://doi.org/10.1111/jjns.12528>.

Bartholdson, C., Lütznén, K., Blomgren, K., & Pergert, P. (2016). Clarifying perspectives: Ethics case reflection sessions in childhood cancer care. *Nursing ethics*, 23(4), 421–431. <https://doi.org/10.1177/0969733015570511>

Benaglio C, Bloomfield J, Conget P, Maturana A, Repetto G, Ronco R, Santa Cruz J, Valenzuela A (2009) Metodologías de enseñanza-aprendizaje aplicables a la Educación <https://medicina.udd.cl/cde/files/2014/03/Manual-Metodologias-Docente-Facultad-de-Medicina-CAS-UDD.pdf>

Beca, JP, Koppmann, A., Chávez P., Delgado I., Solar S. (2010) Análisis de una experiencia de consultoría ético-clínica en Cuidado Intensivo. *Rev Med Chile* 138: 815-820

Beca, J.P. (2012). Método de decisión en ética clínica. En J.P. Beca y C. Astete (Ed), *Bioética Clínica*. (pp. 232-243). Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.

Bijma H., Van der Heide A., Wildschut H., Van der Maas P., Wladimiroff J. (2007). Impact of decision-making in a multidisciplinary perinatal team. *Prenatal Diagnosis*, 27, 97-103 <https://doi.org/10.1002/pd.1598>

Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (2018). The ethics of maternal–fetal surgery. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 23(1), 64–67. doi:[10.1016/j.siny.2017.09.008](https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.09.008)

Couceiro-Vidal, A. (2008). Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educación Médica*, 11, (2), 69-76.

Couceiro, A. (2013). La relación clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. En *Bioética Clínica* (150-151). Santiago de Chile: Mediterráneo.

Diagnóstico sobre conocimiento y formación en Bioética en especialistas asistentes regulares a Comités Perinatales de CAS/HPH
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfu5T7F6To3mxgc-9GmPtjcAwzzrnSL2RkDzS1KsCintrelxQ/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>

Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. (2000) What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA*, 283 (20): 2701–2711 doi:10.1001/jama.283.20.270

Førde, R. y Aasland OG, OG. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *J Med Ethics*, 34, (7), 521-5 doi:10.1136/jme.2007.021246. PMID: 18591286

Gracia, D (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Cli*, 117: 18.23

Gracia, D. (2003). Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care and Philos*, 6: 227-233

Haan, M.M., van Gurp, J.L.P., Naber, S.M.et al.(2018) Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics*, 19:85.
<https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y>

Hirose, S. y Harrison, MR. (2010). Fetal Therapy. En GW. Holcomb, P. Murphy y D. Ostlie (Ed), *Ashcraft's Pediatric Surgery*. Chapter 10 (pp. 125-132). Philadelphia, USA W.B. Saunders. ISBN 9781416061274, <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-6127-4.00010-0>.

Inguaggiato, G., Metselaar, S., Molewijk, B. y Widderschoven, G. (2019). How Moral Case Deliberation Supports Good Clinical Decision Making. *AMA J Ethics*, 21, (10), E913-919. doi: 10.1001/amajethics.2019.913. PMID: 31651392.

Jancelewicz T, Harrison, MR (2009) A History of Fetal Surgery, *Clinics in Perinatology*, 36;(2): 227-236, ISSN 0095-5108,
<https://doi.org/10.1016/j.clp.2009.03.007>

Jameton, A.(1984). *Nursing practice: the ethical issues*. New Jersey, USA: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J

Ley Núm 21.030 (2018) Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. <https://bcn.cl/2fd6u>

Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M., & Widdershoven, G (2008) Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, 34(2): 120–124. <https://doi.org/10.1136/JME.2006.018580>.

Molewijk, B., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, health care, and philosophy*, 11(1), 43–56. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9103-1>

Ortega B, Javiera, Fasce H, Eduardo, Pérez V, Cristhian, Ibáñez G, Pilar, Márquez U, Carolina, & Parra P, Paula. (2014). Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Rev Med Chile*,142(11), 452-1457. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001100013>

Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. (2017) Clinical ethics support for healthcare personnel: an integrative literature review. *HEC Forum*, 29:313–46 <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Sciscione, A., Berghella, V., Blackwell, S., Boggess, K., Helfgott, A., Iriye, B., Keller, J., Menard, M. K., O'Keeffe, D., Riley, L., & Stone, J. (2014). Society for maternal-fetal medicine (SMFM) special report: the maternal-fetal medicine subspecialists' role within a health care system. *Am J Obstet Gyn*, 211(6), 607–616. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.09.013>

Stolper, M., Molewijk, B. & Widdershoven, G (2016). Bioethics education in clinical settings: theory and practice of the dilemma method of moral case deliberation. *BMC Med Ethics* 17 (45):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0125-1>

de Snoo-Trimp, J. C., Molewijk, A. C., Svantesson, M., Widdershoven, G. A. M., & de Vet, H. C. W. (2022). Field-Testing the Euro-MCD Instrument: Important

Outcomes According to Participants Before and After Moral Case Deliberation. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 34(1), 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10730-020-09421-9>

de Snoo-Trimp, J.C., de Vet, H.C.W., Widdershoven, G.A.M. et al (2020). Moral competence, moral teamwork and moral action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-MCD) Instrument 2.0 and its revision process. *BMC Med Ethics* 21 (53): 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00493-3>

Steinkamp, N., & Gordijn, B. (2003). Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, health care, and philosophy*, 6(3), 235–246. <https://doi.org/10.1023/a:1025928617468>

Svantesson, M., Karlsson, J., Boitte, P. et al (2014) Outcomes of Moral Case Deliberation - the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD). *BMC Med Ethics* 15 (30):1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-30>

Tan DYB, ter Meulen BC, Molewijk A, Widdershoven G. (2018) Moral case deliberation *Practical Neurology*, 18:181-186. <http://dx.doi.org/10.1136/practneurol-2017-001740>

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Invitación para participar en el Proyecto de Intervención

“PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”

Dr. _____

Coordinador del Comité Perinatal de _____

Presente

Soy Jorge Carrillo, responsable de la implementación de un Proyecto de Intervención llamado “PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”.

Queremos invitar a todos los integrantes del Comité Perinatal que usted coordina a participar en este proyecto, que se propone deliberar sobre las dimensiones éticas de algunos casos perinatales complejos y de difícil determinación de los cursos de acción posibles. Este proyecto se ha diseñado para la participación en tres sesiones durante el año 2025, donde se presentará un caso clínico complejo del ámbito clínico perinatal, seguido de una actividad llamada “Deliberación Moral de Casos (DMC)”, que es un instrumento de aprendizaje y mejora profesional en la dimensión ética de los casos. Se trata de un método estructurado para conseguir una dinámica de diálogo e intercambio de opiniones sobre el caso, guiado por un profesional neutro que hará de facilitador para orientar la discusión.

Este es un Proyecto de Intervención presentado y aprobado como Trabajo de Grado por el suscrito en una Comisión de la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, con lo que he obtenido el Grado Académico de Magister en Bioética.

Vuestra participación consistiría en asistir a estas sesiones y después responder unas encuestas de evaluación, que se pueden hacer impresas o en línea. En alguna de ellas, podría ser alguno de los integrantes del CP quien presente el caso que se evaluará. Las sesiones tendrán un registro fotográfico. Por supuesto, la participación es voluntaria y podría abandonar la actividad cuando estime conveniente. Para formalizar la participación, cada uno tendrá un formulario de consentimiento informado para su firma.

Esperando una acogida favorable, se despide atentamente,

Dr. Jorge Carrillo T

Magister en Bioética

Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

ANEXO 2: Pauta modificada del Cuestionario de Deliberación Moral de Casos de Maastricht (tomado de Molewijk, B., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, health care, and philosophy*, 11(1), 43–56).

En una escala de evaluación entre 1 y 10, donde 1 es lo más bajo (o no logrado) y 10 es lo más alto (o completamente logrado).

1. Fecha y duración (min) de DMC	
2. Centro de Salud (CS)	
3. Unidad en el CS	
4. Nombre del facilitador/a	
5. Profesión	
6. Edad	
7. Sexo	
8. Ocupación actual	

Sobre las sesiones de DMC

9. ¿Ha participado en sesiones de DMC previamente?	<input type="checkbox"/> No (siga a pregunta 12) <input type="checkbox"/> Si, 1-3 veces <input type="checkbox"/> Si, más de 3 veces
10. Evalúe su experiencia previa con DMC, (con puntuación entre 1 y 10)	
11. Indique cuán importante fue la DMC para usted, (entre 1 y 10)	
12. ¿Le gustaría participar en futuras sesiones de DMC?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No

Sobre esta sesión de DMC:

13. Evalúe la DMC (1 a 10)	
14. ¿Cuál fue el tema en esta DMC?	_____

Por favor evalúe al facilitador en los siguientes ítems (entre 1 y 10)

1. Introducción y explicaciones	
2. Conducción y orden de la sesión	
3. Escucha y comprensión	
4. Reflexión crítica	
5. Motivación al grupo	

6. Experticia	
¿Qué cree que aprendió durante la sesión DMC?	

En esta encuesta podrá calificar algunas posibles metas sobre la DMC. Podrá encontrar algunas metas (muy) importantes, así como otras metas (definitivamente) no. Por favor indique en la primera columna **la importancia** de cada meta *en general* marcando entre 1 y 10. En la segunda columna usted puede **indicar en qué grado se ha alcanzado la meta** (entre 1 y 10):

Metas posibles de la DMC	Importancia de esta meta	¿En qué grado se alcanzó esta meta durante la DMC?
Adquirir conocimiento y entendimiento sobre asuntos éticos		
Influyó mi disposición respecto del caso		
Influyó mi conducta respecto del caso		
Mejoró mis destrezas para lidiar con asuntos éticos		
Entregar una respuesta o solución al problema moral		
A alcanzar consenso dentro del grupo		
A poner atención a razones y argumentos		
A mejorar el entendimiento mutuo		
A poner atención a los sentimientos		
A mejorar la comprensión mutua		
A mejorar la cooperación mutua		
A estimular mi motivación en el trabajo		

A liberar mi mente		
A hacerme un mejor profesional		
A mejorar la calidad (de la organización) del cuidado indirectamente		
A mejores decisiones concretas y reflexionar más sobre ellas		
Sugerencias, preguntas: _____ _____ _____ _____		

Anexo 3: Instrumento Euro-MCD 2.0

Instrumento Euro-MCD 2.0 Resultados experimentados durante la Deliberación Moral de Casos

Instrucciones: Por favor califique su acuerdo con las siguientes afirmaciones, al pensar en la(s) sesión(es) de DMC en que participó.

	Muy de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
1ª Categoría: Competencia Moral					
<i>Sensibilidad Moral</i>					
1. Identifico una situación como éticamente difícil.					
2. Reconozco los puntos de vista de otros en situaciones éticamente difíciles.					
<i>Destrezas analíticas</i>					
3. Puedo identificar los valores en juego en situaciones éticamente difíciles					
4. Puedo formular argumentos a favor o en contra de diferentes cursos de acción en situaciones éticamente difíciles					
<i>Actitud virtuosa</i>					
5. Escucho con mente abierta a otros cuando se discute una situación éticamente difícil					
6. Intervengo en situaciones éticamente difíciles.					
2ª Categoría: Trabajo Moral en Equipo					
<i>Nosotros= la gente con que usted ha participado en la(s) sesión(es) de DMC</i>					
<i>Diálogo Franco</i>					
7. Expresamos abiertamente nuestros puntos de vista en situaciones éticamente difíciles					
8. Todos tenemos la oportunidad de expresar nuestros puntos de vista en situaciones éticamente difíciles					
9. Respetamos diferentes puntos de vista al discutir en situaciones éticamente difíciles					
<i>Relaciones solidarias</i>					
10. Nos sentimos seguros de compartir emociones en situaciones éticamente difíciles					
11. Nos apoyamos mutuamente en situaciones éticamente difíciles					
3ª Categoría: Actuación Moral					
<i>Toma de decisiones morales</i>					
12. Tomamos decisiones sobre cómo actuar en situaciones éticamente difíciles					
13. Basamos nuestras decisiones en consideraciones éticas en situaciones éticamente difíciles					
<i>Cuidado Responsable</i>					
14. Somos responsables de los valores y necesidades de los pacientes y sus familias en situaciones éticamente difíciles					
15. Somos capaces de explicar y justificar nuestro cuidado a los pacientes y sus familias					

© Euro-MCD team

de Snoo-Trimp, J.C., de Vet, H.C.W., Widdershoven, G.A.M. et al (2020). Moral competence, moral teamwork and moral action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-MCD) Instrument 2.0 and its revision process. BMC Med Ethics 21 (53): 1-18. (traducción al español por el autor y autorizado por el Grupo Euro-MCD 2.0)

Anexo 4 – Consentimientos Informados

Carta de Consentimiento de participación en el proyecto de intervención “PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”

Consentimiento de Participación

El Dr. Jorge Carrillo, Investigador Responsable del Proyecto de Intervención “PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”, me está solicitando participar en este proyecto y después responder unas encuestas de evaluación.

Esta intervención propone deliberar sobre las dimensiones éticas de casos perinatales complejos y de difícil determinación de los cursos de acción posibles. Se me ha invitado a algunas sesiones donde se presentará un caso clínico complejo del ámbito clínico perinatal, seguido de una actividad llamada “Deliberación Moral de Casos (DMC)”, que será incorporada a una dinámica de diálogo e intercambio de opiniones sobre el caso, donde habrá un facilitador para orientar la discusión. Entiendo que este proyecto de intervención fue presentado como Trabajo de Grado por el doctor Jorge Carrillo a una Comisión de la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, para optar al Grado Académico de Magister en Bioética.

Mi participación consiste en asistir a estas sesiones y después responder unas encuestas de evaluación, que se pueden hacer impresas o en línea. En alguna de ellas, podría ser yo quien presente el caso que se evaluará. Se me ha indicado que se hará registro fotográfico de las sesiones. Se me ha explicado que no obtengo beneficio alguno por mi participación. Tampoco mi participación me significará perjuicios. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar la actividad cuando estime conveniente.

Acepto participar en el proyecto.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del Investigador

Carta de Consentimiento para las pacientes.

“PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”

Consentimiento de uso de la información clínica y de publicación de los resultados del caso y de las sesiones de deliberación moral de casos.

El Dr. Jorge Carrillo, Investigador Responsable del Proyecto de Intervención llamado “PARTICIPACIÓN DE INTEGRANTES DE COMITÉS PERINATALES DE MATERNIDADES DE CHILE EN SESIONES DE DELIBERACIÓN MORAL DE CASOS”, me está solicitando autorización para presentar el caso de mi embarazo de (fecha y lugar) en sesiones académicas de Deliberación Moral de Casos (DMC) entre profesionales del Comité Perinatal de (hospital)_____ . El profesional que estuvo a cargo de su caso se le acercará a pedir esta autorización.

Estas sesiones van a deliberar sobre las dimensiones éticas de mi caso clínico, donde hubo una difícil determinación de los cursos de acción posibles en el Comité Perinatal.

La actividad se llama “Deliberación Moral de Casos (DMC)” y participarán miembros del Comité Perinatal de _____, con un facilitador entrenado para orientar la discusión. Entiendo que este proyecto de intervención fue el Trabajo de Grado que presentó el doctor Jorge Carrillo ante una Comisión de la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo, para optar al Grado Académico de Magister en Bioética.

Mi participación presencial no será necesaria y acepto que:

1. Se conozca y presente el caso clínico como parte de las sesiones de DMC SI ____ NO ____
2. La información anonimizada de mi caso sea incluida en la publicación del resultado de las sesiones de DMC. SI ____ NO ____

Se me ha explicado que no obtengo beneficio alguno por mi participación y que tampoco mi autorización me significará perjuicios. Entiendo que toda la información que pueda identificarme (nombre, apellidos, RUT, número de ficha, domicilio) no será presentada ni publicada en forma alguna. Entiendo que puedo retirar la autorización cuando lo estime conveniente.

Acepto la presentación de mi caso y la publicación de los resultados de las sesiones DMC.

Nombre y firma de la paciente

Nombre y firma del tratante

Nombre y firma de testigo