

La práctica de la consultoría en ética clínica

Ethics Consultation Practice

Carlos Pose

Universidad de Santiago de Compostela

In memoriam: a mi querido amigo
José Antonio.

Resumen

Es práctica habitual que la toma de decisiones clínica venga implementada en los casos más complejos por un servicio de consultoría que funciona como un agente externo que ayuda a la promoción de los valores tanto del profesional de la salud como del paciente, de su familia, de la propia institución sanitaria, etc. Sin embargo, el llamado "servicio de consultoría en ética clínica" suele confundirse, unas veces, con una "asesoría clínica", otras con una "asesoría jurídica", y algunas más, incluso, con un servicio de "apoyo emocional" en la toma de decisiones. La explicación podría encontrarse en un concepto erróneo de ética y de ética clínica que estaría llevando a confundir la práctica de la consultoría, bien con un modelo directivo de toma de decisiones clínicas, bien con un modelo alternativo de resolución de conflictos al estilo de la mediación o la conciliación en el ámbito jurídico, bien con un órgano de prevención de riesgos o de gestión de conflictos al servicio de las instituciones sanitarias, etc. El objetivo de este artículo es analizar la conveniencia de introducir un servicio de consultoría individual o de pequeño grupo de personas en toda institución sanitaria, resolviendo de este modo las limitaciones del comité, así como describir tanto el sentido "ético" de la práctica de la consultoría frente a los modelos de mediación, como los pasos concretos que ha de recorrer para un correcto funcionamiento.

Palabras clave: Bioética, Consultoría en ética clínica, Comités de ética asistencial, Deliberación, Ética, Ética clínica.

Abstract

It is common practice that in complex cases, clinical decision-making should be implemented by a consulting service that functions as an external agent that helps to protect the values of both health professionals and patients, their families, and the healthcare institution. However, the so-called "clinical ethics" consultation service is sometimes confused with a "clinical consultation" service, sometimes with a "legal consultation" service, and sometimes even with an "emotional support" service for decision making. The explanation could be that an erroneous concept of ethics and clinical ethics might lead to confusing the practice of consultation either with a model of clinical decision-making, or with an alternative model of conflict resolution similar to mediation in the legal field, or with a risk prevention or conflict management body at the service of healthcare institutions, etc. The aim of this article is to analyze the appropriateness of introducing an individual or small team consultation service in all health institutions, thus resolving the limitations of ethics committees. We also aim to describe both the "ethical" sense of the ethics consultation practice as opposed to mediation models, and any practical steps to be taken for its correct performance.

Keywords: Bioethics, Ethics consultation, Ethics committees, Deliberation, Ethics, Clinical Ethics.

Introducción

Como es bien sabido, el desarrollo espectacular de la biomedicina y la aparición de nuevas tecnologías sanitarias, así como los cambios socioculturales acontecidos en las últimas décadas han transformado sustancialmente el sistema sanitario. Estas transformaciones se comenzaron a visibilizar tanto en los grandes hospitales, que han doblado su tamaño y reorganizado sus servicios al introducirse nuevas unidades de cuidados (intensivos, paliativos, etc.), como en la práctica de la medicina, que se ha visto afectada muy decisivamente por la introducción de un nuevo modelo de relación clínica. La posibilidad, por ejemplo, de intervenir en el paciente con más medios tecnológicos y mayores consecuencias morales ha tenido como resultado un incremento de la complejidad de la toma de decisiones. Por ello, los modelos tradicionales de relación clínica, casi súbitamente, se han vuelto inservibles de un tiempo a esta parte, pues la toma de decisiones, por primera vez en siglos de historia de la medicina, ya no podía recaer exclusivamente en el profesional de la salud, sino que había de ser práctica habitual que tanto el paciente como la familia participasen en las decisiones de salud. Este cambio de valores sociosanitarios, auspiciado sobre todo por la ganancia de una nueva sensibilidad ciudadana hacia todo lo que tenía que ver con sus derechos como persona, estuviera o no sana, llevó a un cambio profundo en la práctica clínica. El profesional de la salud ya no podía hacer el bien al paciente en contra de su voluntad, o sin solicitar su consentimiento informado, ni tampoco podía proporcionarle daño aunque el paciente se lo demandara, acortando, por ejemplo, su vida.

Por primera vez en la historia, por lo tanto, la toma de decisiones clínicas necesitaba echar mano de un servicio de consultoría que funcionara como un agente externo y sirviera para ayudar a la protección de los valores tanto del profesional de la salud como del paciente, de su familia, de la propia institución sanitaria, etc. Hay un dato que llama enormemente la atención y que viene a confirmar esta nueva teoría de la práctica clínica. En 2007, un estudio realizado en los hospitales estadounidenses mostró que el 81% de los hospitales en general y el 100% de aquellos que tienen más de 400 camas poseían un servicio de consultoría en ética (Fox et al., 2007: 13-25). Las autoras retomaron el estudio más de una década después, en 2021, y observaron que el número general de hospitales que poseían un servicio de consultoría de ética había aumentado al 86,3%. También el número de consultas de casos había crecido de forma significativa: un 94% de aumento comparado con los resultados de los años 2000 (cuando se registraban 35.000 consultas anuales), hasta alcanzar 68.000 consultas al año. En cuanto al modelo de consultoría que se aplica en la actualidad en EE.UU., los resultados de la encuesta mostraron que el modelo predominante era el de un pequeño equipo de consultores (el 65,1% de los casos), a gran distancia de los modelos del comité de ética (el 16,3% de los casos) y del consultor único (el 18,6%). En general, el perfil de los profesionales que desempeñaban el servicio de consultoría ética era el siguiente: clínicos (el 24%), personal de enfermería (el 23%), trabajadores sociales (el 10,9%), capellanes (el 9,6%), personal administrativo (el 9,3%), otros profesionales de la salud (el 8,9%), etc. Mucho menos numerosos resultaron ser los profesionales que se declararon abogados (el 3,4%), filósofos (el 2,8%), o los que se autodenominaban como “eticistas / bioeticistas”, que solo alcanzaban el 2% (Fox et al., 2021: 8).

Estos resultados, sin embargo, no prejuzgaban la calidad ética de estos servicios, ni si se trataba de auténtica consultoría ética. De hecho, la tesis que me propongo defender aquí es que la llamada comúnmente “consultoría en ética clínica” suele confundirse, unas veces, con una “asesoría clínica”, otras con una “asesoría jurídica”, y algunas más, incluso, con un servicio de “apoyo emocional” en la toma de decisiones. La explicación podría encontrarse en un concepto erróneo de ética y de ética clínica que estaría llevando a confundir la práctica de la consultoría, bien con un modelo directivo de toma de decisiones clínica, bien con un modelo alternativo de resolución de conflictos al estilo de la mediación o la conciliación en el ámbito jurídico, bien con un órgano de prevención de riesgos o de gestión de conflictos al servicio de las instituciones sanitarias, etc.

El objetivo que me dispongo a desarrollar, en consecuencia, tiene que ver con lo que debería ser el funcionamiento correcto de la consultoría en ética clínica, con el sentido ético de la consultoría y los pasos concretos de su práctica. Para ello comenzaré analizando, en primer lugar, la conveniencia de la consultoría ética en la modalidad de consultor frente a la modalidad de comité, sus fortalezas y debilidades según la literatura más reciente en nuestro entorno. En segundo lugar, reconstruiré brevemente la historia de la consultoría ética individual con la idea de dejar al descubierto que a lo largo de todos estos años no se ha pasado del establecimiento de algunas definiciones, reglamentos y guías de la consultoría en ética clínica, en espera, por lo tanto, de una verdadera implementación ética. En tercer lugar, abordaré la crisis ética de los modelos de mediación vigentes en la actualidad, para proponer, en cuarto lugar, una correcta práctica de la consultoría en ética clínica basada en el análisis y deliberación de los problemas éticos.

1. La conveniencia de la consultoría individual en ética clínica

El problema de la consultoría en ética clínica no es hoy el de si debe o no existir tal servicio, sino el de si es preferible la consultoría individual o la consultoría ejercida por un comité. Por ello no estará de más situar el tema de la consultoría practicada por un consultor individual, la única en la que se centrará este trabajo, en el contexto en el que ha emergido: el de la corrección y mejora de la labor desempeñada por los más antiguos comités de ética asistencial.

La llamada comúnmente “consultoría en ética clínica” suele confundirse, unas veces, con una “asesoría clínica”, otras con una “asesoría jurídica”, y algunas más, incluso, con un servicio de “apoyo emocional” en la toma de decisiones.

Quizá la primera cuestión importante que cabría plantear en este apartado es la de qué cualidades debe tener un consultor individual y, sobre todo, cómo se forma y se acredita. La respuesta, no obstante, puede plantear nuevas cuestiones, dado que ello depende del peso que demos a la “ética clínica” dentro de la formación del consultor. ¿Podemos considerar la “ética clínica” una especialidad profesional? Si no la consideramos una especialidad profesional, entonces cualquier persona se podría sumar a la labor de la consultoría mediante la realización de algún curso de formación en ética clínica, y quizá alguna experiencia. Si la consideramos una especialidad, entonces se requeriría una formación de la misma calidad que la ofrecida en cualquier otro programa de formación de una especialidad profesional, llámese experto o máster en ética clínica. Esa formación, además, tendría que estar acreditada, pues no se puede confundir la

prudencia con el arrojo, esa especie de tempestad de movimiento nacida en el interior de una cierta voluntad que produce un sesgo que implica identificar el “yo quiero” con el “yo puedo”.

En el ámbito internacional ha habido varios movimientos importantes en torno al tema de la formación, la acreditación y las cualidades del consultor individual. Como ya hemos adelantado parcialmente, a finales de la década de los 90 y principios de los años 2000 en los Estados Unidos se llegó a la conclusión de que era imperativo contar con programas de formación y acreditación de los consultores de ética. “[...]Como el 95% de los que actúan como consultores se consideran mal preparados para llevar a cabo esa función, la Asociación Norteamericana de Bioética y Humanidades se ha hecho cargo de este problema, elaborando en 1998 un amplio documento titulado *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*, en el que intenta definir los conocimientos y habilidades imprescindibles para actuar como consultor (segunda edición, 2010). De ese documento se han vendido más de 10.000 copias, lo que demuestra el interés actual en el tema. La Asociación Norteamericana de Bioética y Humanidades ha establecido últimamente un programa de certificación de los consultores, aún en fase de implementación, a fin de restringir el título de consultores de ética a las personas debidamente formadas y acreditadas” (Gracia, 2014: 2).

En España no existe nada similar, y esta falta de criterio está teniendo algunas consecuencias prácticas. La especialización de todos los saberes clínicos ha llevado, está llevando de hecho, a que también la ética clínica quiera presentarse como un ejercicio profesional, si bien no regulado, que pueda mostrar su eficacia al lado de otras especialidades, lo cual supone varias cosas. En primer lugar, sin una buena formación en ética resulta casi imposible ser un buen profesional en clínica. Como esta formación es algo a lo que no todo profesional puede acceder, bien porque el currículo de Medicina no lo contempla, bien porque el tiempo disponible una vez graduado tampoco lo facilita, resulta que la figura del consultor en ética clínica es hoy una necesaria especialidad informal o no reglada dentro del sistema sanitario, con las consecuencias que ello conlleva. En segundo lugar, dado el vacío existente, o la falta de control, tanto en la formación como en la práctica de la consultoría en ética clínica, es frecuente que nos encontremos con otras especialidades capaces de asesorar sobre los diversos asuntos de la medicina. No solo hay muchos comités en el área clínica, sino también muchos asesores en cada especialidad: en el inicio de la vida, en el final de la vida, en oncología, etc.; en la forma de doula, *counselling*, tanatólogo, *navigator*, etc. En estas circunstancias la consultoría en ética clínica tiene que medirse con todas estas especialidades y mostrar que lo que ella puede aportar tiene un fundamento propio.

Ciertamente, antes de que todas estas especialidades entraran en la medicina, la necesidad de la consultoría en ética clínica ya se venía anticipando con la creación de los primeros Comités de Ética. Sin embargo, estos comités, en la forma de Comités de Ética Asistencial, no entraron en los hospitales hasta principios de los años 80 en EE.UU; y en España, por lo general, hasta los años 90. Hoy todo hospital cuenta con un Comité de Ética Asistencial, pero el reto parece ser contar también con un servicio de Consultoría individual en ética clínica. La razón de este desplazamiento parcial desde la labor de los Comités hacia el servicio de Consultoría individual hay que encontrarla en que probablemente los Comités no han tenido el éxito esperado, o no han cubierto correctamente las necesidades hospitalarias en ética clínica.

Esto es lo que ha llevado a que hace unos años Diego Gracia publicara un Editorial en la revista EIDON titulado “¿La hora de los consultores?”. Parte de un estudio, publicado en el mismo número de la revista, llevado a cabo por Estebaranz y colaboradores, sobre la frecuencia de los conflictos éticos en la práctica asistencial

La especialización de todos los saberes clínicos ha llevado, está llevando de hecho, a que también la ética clínica quiera presentarse como un ejercicio profesional, si bien no regulado, que pueda mostrar su eficacia al lado de otras especialidades.

de dos grandes hospitales de la provincia de Málaga. “Entre los hallazgos del estudio, hay uno que merece una atenta reflexión. Se trata de que un 14,4% de las decisiones tomadas en las Unidades de Cuidados Intensivos, y un 6% de las que se toman fuera de ellas, plantean problemas éticos a sus médicos responsables, según confesión explícita de estos. Además, un 30,4% de las reclamaciones de los pacientes en esos hospitales están vinculadas a problemas éticos. Otros profesionales, como el personal de enfermería y los responsables de los servicios de atención al paciente, estiman que los problemas éticos se dan con mucha mayor frecuencia, con estimaciones que están en torno al 50% de los casos. En contraste con estas cifras, el porcentaje de casos o conflictos que llegan a los Comités de Ética Asistencial de ambos hospitales no llega, en el mejor de los casos, al 1%” (Gracia, 2014: 1-2). Todos estos datos llaman poderosamente la atención. Por ejemplo, “la discordancia entre el número de problemas éticos que identifican los profesionales y el de consultas al Comité de Ética, demuestra que este último no es el lugar adecuado, o al menos los profesionales no lo perciben así, para llevar a cabo esa función de apoyo a la toma de decisiones o de consultoría ética” (Gracia, 2014: 2). Decir esto es tanto como poner en cuestión el papel de los Comités de Ética Asistencial en la toma de decisiones en el ámbito hospitalario:

Si los Comités de ética tienen por objeto mejorar la calidad de la asistencia sanitaria ayudando a la gestión correcta de los conflictos de valores, parece claro que están fracasando, al menos parcialmente, en su objetivo. Eso explicaría, por otra parte, el desánimo que existe en muchos de ellos. Durante estos últimos treinta años han ido estableciéndose en la práctica totalidad de los centros sanitarios de España, con unos resultados que son cualquier cosa menos algo despreciable, habida cuenta de que han sido el gran motor del cambio de mentalidad en nuestras instituciones en todo lo relacionado con la gestión de los valores en la toma de decisiones. Pero parecen estar llegando a un tope en su desarrollo (Gracia, 2014: 2).

Esto no significa, sin embargo, que haya que eliminar los Comités de Ética Asistencial:

Una vez asentados los comités, ha llegado la hora de plantearse la introducción en nuestros centros de la figura del ‘Consultor en ética clínica’. Hoy puede hacerse porque comenzamos a tener profesionales formados en ética clínica que pueden desempeñar de modo competente esa difícil función. Se trata de aplicar al campo de la ética algo usual en cualquier institución sanitaria, la llamada “interconsulta”, de tal modo que cuando los profesionales identifiquen un problema ético o un conflicto de valores que les plantea dudas en orden a la toma de decisiones, pidan al consultor de ética que se desplace a su servicio, analice la historia clínica, vea al enfermo o a quien corresponda, y ayude al profesional en la resolución del conflicto (Gracia, 2014: 2).

Diego Gracia propone, por lo tanto, un modelo mixto de consultoría en ética clínica, atendiendo a los pocos problemas que llegan al comité, a su falta de agilidad en la consulta y la tradición de la consulta o interconsulta en las instituciones sanitarias.

Mi opinión es que en nuestro medio ha llegado el momento de promover la figura del consultor, que lejos de privar de identidad o protagonismo al Comité de ética, puede dinamizar su función. La consultoría tiene la ventaja de que se ajusta a los cánones de lo que en la práctica hospitalaria se conoce con el nombre de interconsulta, algo perfectamente asumido por todos los profesionales y que está lejos de suscitar los recelos que sí levanta con frecuencia la consulta al Comité de ética. Por otra parte, tiene la agilidad y rapidez en la respuesta a las demandas concretas que le falta al Comité de ética. Este debe actuar como supervisor de las actividades del o de los consultores, y a la vez plantearse objetivos no de corto sino de medio plazo, como pueden ser, además del de supervisión de la consultoría, la elaboración de guías y protocolos y la planificación y promoción de la formación continuada en ética de los miembros de la institución. De este modo, consultoría y comité pueden verse no como rivales sino como complementarios en la búsqueda del objetivo que es común a ambos, la ayuda a los profesionales en la toma de decisiones cuando se presentan conflictos de valor. Algo que aún está lejos de conseguirse en nuestro medio (Gracia, 2014: 3).

Estas reflexiones no han pasado desapercibidas para algunos autores. Así, Pablo Hernando “compart[e] la propuesta de establecer un modelo mixto donde persista la presencia de los comités (más ajustados en número de miembros, con evaluación de sus funciones, etcétera) y la de algunos participantes como consultores. Existen diferentes fuentes para determinar sus conocimientos, habilidades y actitudes” (Hernando, 2017: 21). Ahora bien, a su vez cree que

los CEA y la figura del consultor o consultores, se centra en demasía en la función consultora de los comités y obvia una cierta función evaluativa que yo propongo. De facto, hay que decirlo, en muchos comités hay ciertos miembros que ya lo hacen (la consultoría); otra cosa es institucionalizar esta figura, que también podría tener sus inconvenientes, como señala Azucena Couceiro: ‘El modelo de consultor emite el mensaje de que los problemas éticos han de ser remitidos a un experto.’ ‘Buscar la solución en el consultor conduce a los clínicos a no asumir su responsabilidad en la toma de decisiones.’ Es bien cierto que la figura de la interconsulta está fuertemente asentada en los centros sanitarios. Sin embargo, otra cosa es que se reconozca al experto en bioética como especialista, en donde sí creo que hay diferencias importantes en este sentido con Estados Unidos. Conociendo la realidad me parece difícil que una figura como tal se asiente en nuestras instituciones en estos momentos si no es bajo el amparo del comité (Hernando, 2017: 21).

Por todo ello, concluye que

la figura complementaria del consultor con respecto al comité será igual de ineficiente si no atendemos a lo expresado en los dos primeros puntos de esta exposición: la evaluación y legitimidad de la autoridad de los comités por una parte, y por otra su vinculación con acciones de calidad propias de la llamada ‘atención centrada en el paciente’ (Hernando, 2017: 21).

Por su parte, también Felipe Solsona afirma que es preciso que todas las consultas realizadas sean posteriormente evaluadas, en este caso, tanto por el comité como por el consultor. Pero se pregunta, además, si las consultas de ámbito deliberativo que deberían ser planteadas al Comité pueden ser resueltas por el Consultor, que al fin y

al cabo solo delibera consigo mismo, “y si este hecho no cuestiona de algún modo el binomio Comité de ética-Consultor, ya que el Comité no parece responder adecuadamente a los conflictos éticos planteados en el Hospital” (Solsona: 2018: 76). Su respuesta es que “las consultas que resuelve el Consultor son debidas a sus conocimientos en bioética, y que este mismo Consultor es uno de los integrantes del Comité de Ética Asistencial, es decir, es justamente el que aporta, como miembro experto, estos conocimientos al grupo”. Pero esto no quiere decir que el modelo de consultor individual sea preferible, puesto que “el Comité de ética supera en su análisis al Consultor, por el simple hecho de que la deliberación es más amplia, al someterse al juicio de un mayor número de personas procedentes de distintos estamentos” (Solsona: 2018: 77). Por eso sostiene que el binomio Comité de ética-Consultor de ética responde mejor a las necesidades exigidas por los problemas éticos que se generan en el día a día del hospital. Afirma así que “nuestra experiencia con este binomio es que nos llegan un mayor número de consultas y se resuelven muchas de ellas de manera más operativa” (Solsona: 2018: 77). Lo que sucede es que a veces, por falta de tiempo o por otras circunstancias no menores, puede resultar más operativo que la resolución de conflictos recaiga en el consultor y no en el comité:

El binomio Comité de ética-Consultor permite reducir las pérdidas que se generan en un trabajo aislado y produce ganancias como el aumento de las consultas que provienen de pacientes o familiares, una mayor confidencialidad, la cercanía y la discusión abierta entre todos los afectados, etc.

Para los pacientes y familiares, el hecho de acudir a un Comité de ética les puede suponer una mayor carga emocional, al tener que enfrentarse a un mayor número de personas. También, como sabemos, es difícil reunir al Comité de urgencia. La mayoría de los hospitales no disponen de Consultor, y es bastante significativo que las pocas consultas que reciben vengan todas de profesionales, ya sean médicos o enfermeras. Casi es inexistente la proporción de familiares y pacientes que acuden directamente a ellos, y este es un tema que debería preocuparnos” (Solsona, 2018: 78).

Por lo tanto, el binomio Comité de ética-Consultor permite reducir las pérdidas que se generan en un trabajo aislado y produce ganancias que no deberíamos perder de vista. El comité siempre aportará una respuesta más nutrida en el proceso de deliberación y evaluación de los casos, debido a su amplia y plural perspectiva, pero será deficitario en la operatividad de la resolución de conflictos habida cuenta tanto de la dificultad de reunir a todos los miembros en un intervalo corto de tiempo, como de la capacidad para atraer casos. Por el contrario, “la figura del Consultor puede aumentar las consultas que provienen de pacientes o familiares. Su fortaleza será la confidencialidad, la cercanía, la proximidad, la discusión abierta con ellos” (Solsona, 2018: 78).

Casi todos los autores consultados de nuestro entorno concuerdan con este balance de fortalezas y debilidades del consultor frente al comité. Para Juan Pablo Beca, por ejemplo,

La consultoría individual tiene su principal ventaja en la eficiencia y rapidez que ofrece, permitiendo incluso la implementación de sistemas de turnos de llamada cuando hay varios consultores en una institución. De esta manera aumenta de manera importante el número de casos y la cercanía con los médicos, lo que se traduce en una oportunidad educativa. Por una parte, la participación del consultor en visitas clínicas permite conocer mejor los casos y reconocer problemas éticos

que a veces pasan inadvertidos por los profesionales tratantes. El registro de la consultoría en la historia clínica, sea como una interconsulta o en una hoja especial, facilita que las recomendaciones sean conocidas por todo el equipo tratante. Por otra parte, el contacto directo del consultor con pacientes o sus familiares permite conocer mejor sus opiniones, dudas, valores y esperanzas, con lo cual se les respeta más y se les ofrece apoyo directo. Por último, el seguimiento de la evolución de los casos asesorados se hace más expedito, con lo cual en algunos casos la asesoría se prolonga en el tiempo. La consultoría individual se constituye así, en la práctica, en una asesoría para las decisiones y también en una forma de apoyo directo a pacientes, familiares y profesionales” (Beca, 2008: 3).

Sin embargo, junto a estas ventajas, el autor también formula algunas limitaciones importantes:

La mayor limitación es la falta de deliberación multidisciplinaria que es una de las cualidades más relevantes de los comités de ética asistencial. Como consecuencia de lo anterior se genera el predominio de la perspectiva personal del consultor, basada en su formación y experiencia, pero también con sus inevitables sesgos. El consultor ético clínico puede ser considerado, erróneamente, como una especie de experto que define lo que es correcto o incorrecto, a pesar de su esfuerzo por actuar de manera objetiva e impersonal. Por su parte los médicos pueden, de alguna manera, desligarse de su propia responsabilidad en las decisiones ético-clínicas, descansando en la opinión del consultor. El sistema de consultoría individual y la realizada mediante equipos de dos o tres consultores pueden llevar a que los comités sean menos requeridos por ser percibidos como instancias demasiado complicadas. Lo anterior puede llevar a que se modifique el trabajo de los comités de ética asistencial, realizando menos consultoría de casos, pero más revisiones retrospectivas y propuestas educativas y normativas (Beca, 2008: 3-4).

También B. Herreros considera que la consultoría individual también tiene pros y contras respecto a otros modelos de toma de decisión:

Entre sus ventajas, en primer lugar hay que nombrar la rapidez y operatividad del consultor. También que puede realizar un seguimiento de la evolución del caso (algo que también podría hacer el CEA, pero con mayor dificultad) y que existe más confidencialidad al haber menos personal implicado, aunque si la consulta es a través de la historia clínica puede ser al contrario. Otra ventaja es la cercanía a los clínicos, porque el consultor está ‘a pie de cama’ y conoce la narrativa real del caso, lo que produce mayor implicación con el paciente y la familia. También existe la posibilidad de ‘itinerancia’, pudiendo desplazarse a otra institución si es preciso, por ejemplo si se es consultor en varios centros. Todo ello suele producir una mayor satisfacción en los implicados: paciente y cuidadores, clínicos y bioeticista. Respecto a las desventajas, hay un mayor riesgo de sesgo individual en el análisis ético. Otro aspecto tiene que ver con la figura del ‘experto’, que puede ser positiva, pero que, como todo especialista (por ejemplo un cardiólogo), podría convertirse en un ‘ahuyentador de consultas si no realiza adecuadamente su trabajo: es decir, si no da consejos prácticos, si suplanta los deberes del clínico, etcétera. Asimismo, la consulta ética puede despertar susceptibilidad en otros implicados. Por ejemplo si un cirujano consulta porque tiene dudas sobre si un paciente quiere intervenir de cáncer de colon, el oncólogo podría sentirse ‘ofendido’ porque es él quien ha solicitado la intervención y el bioeticista lo cuestiona. Por último, la consulta ética puede utilizarse también con fines perversos: como ‘medicina defensiva’, para burocratizar la toma de decisiones o

para evitar realizar tareas que son propias del clínico (informar correctamente a los enfermos, enfrentarse a familias conflictivas...) (Herrerros, 2017: 59).

Como último testimonio, el de K. Goset, que afirma que “la gran fortaleza de los CEA es su carácter multidisciplinario y su capacidad de deliberar considerando las distintas miradas de sus integrantes (Goset, 2017: 122). Además, añade que

la debilidad es la lejanía con los clínicos, con los usuarios y, por lo tanto, su difícil acceso. En todo el mundo los CEA reciben un número muy bajo de consultas de casos y se formulan preguntas informales o de pasillo a los miembros del comité sobre conflictos éticos cotidianos. Estas consultas informales son contestadas de igual modo, sin un análisis sistemático, sin deliberación y sin reporte en la ficha clínica (Goset, 2017: 122).

Por el contrario,

la consultoría, al ser realizada por uno o dos consultores, tiene la flexibilidad para organizar reuniones rápidamente con los médicos, el paciente y sus familiares. Va directamente a la cama del enfermo y esta es una ventaja con respecto al comité de ética asistencial. Su rapidez, eficacia y cercanía, sin por ello dejar de ser formal. Se habla de llevar la bioética a la cama del enfermo. Es esta cercanía con los médicos y otros profesionales, la que propicia otras de sus funciones que son la educativa y la de apoyo [emocional] (Goset, 2017: 122).

A su vez, “la consultoría ético-clínica también puede evitar desencuentros entre profesionales y familiares, actuando como mediadora entre ellos y, de esta manera, contribuye indirectamente a disminuir la judicialización de la medicina”. Por lo tanto,

la actividad de la consultoría ético-clínica es complementaria a la de los CEA y permite aumentar su cobertura. En la experiencia CAS [Clínica Alemana de Santiago] aumentó 10 veces el número de casos anuales analizados, ha contribuido a la formación en temas éticos de los distintos profesionales del equipo de salud, y mejora la calidad de atención al paciente y sus familiares, asegurando el respeto de sus valores y de su autonomía (Goset, 2017: 123).

En consecuencia, a la vista de lo descrito, en general el servicio de consultoría individual o en pequeño grupo en ética clínica ofrece una serie de ventajas en la resolución de problemas éticos con respecto al comité, como la rapidez en la respuesta, la movilidad por la institución de salud, la cercanía a todos los implicados en un caso, etc., por lo que parece conveniente ir introduciendo este servicio. Sin embargo, una de sus debilidades es la imposibilidad de deliberar multidimensionalmente como lo hace un comité, lo cual tiene consecuencias en orden a determinar quién ha de ejercer la consultoría, cuáles han de ser las cualidades del consultor en ética clínica, cómo y dónde se debe formar, quién o qué institución lo puede acreditar y reevaluar pasado un tiempo, etc. En España algunas Comunidades Autónomas han puesto en marcha tanto cursos de formación como procesos de acreditación a través de los distintos comités regionales, pero casi todo está en sus inicios, empezando por el mismo concepto de ética que ha de fundamentar la tarea específica del consultor en ética clínica.

2. Reconstruyendo la historia de la consultoría en ética clínica

Cuando en la bibliografía norteamericana se habla de consultoría en ética clínica, esto incluye tanto la labor de los Comités de Ética Asistencial, como la tarea del consultor

único, o incluso del equipo de consultores. Se trata siempre de un servicio hospitalario que ha ido evolucionando, desde la formación de los primeros Comités de Ética Asistencial hasta más recientemente la irrupción de los consultores individuales. En todo caso, después de casi cincuenta años de consultoría en ética clínica, empiezan a verse con alguna claridad las etapas por las que ha ido discurriendo esta práctica asistencial, sin que estas etapas hayan elevado este servicio a su momento de madurez.

Según este criterio, la historia de la consultoría (norteamericana) puede dividirse en tres etapas fundamentales, algunas de las cuales, a su vez, están jalonadas por hitos importantes que conviene destacar. Esas etapas son las siguientes:

- Primera etapa (años 60-80): los inicios de la consultoría en ética clínica.
- Segunda etapa (años 90-2020): la regulación, la formación y la acreditación de la consultoría.
- Tercera etapa (años 2020-...): implementación ética de la práctica de la consultoría.

a) Primera etapa (años 60-80): los inicios de la consultoría en ética clínica

La primera etapa de la consultoría en ética clínica, la más importante, no es lineal, sino que puede dividirse, a su vez, en tres hitos:

- Primer hito: nuevas tecnologías sanitarias.
- Segundo hito: carta de derecho de los pacientes.
- Tercer hito: nacimiento de la bioética y de la ética clínica.

El primer hito tiene que ver con la introducción de nuevas tecnologías sanitarias en la práctica clínica. El nacimiento de los primeros Comités de Ética tuvo que ver con la introducción de las técnicas de soporte vital, la creación de las llamadas UCIs, los cuidados de los pacientes críticos, etc. El Comité de Seattle de selección de pacientes para hemodiálisis, constituido en 1962, ha sido considerado por todos como el primer caso de consultoría. La importancia de este comité está en que por primera vez el clínico comparte la toma de decisiones, o mejor, por primera vez se tienen en cuenta criterios no puramente clínicos en la toma de decisiones. Es cierto que estos criterios no clínicos fueron muy criticados posteriormente, porque correspondían a la preservación de los valores de la clase media alta de la sociedad americana, pero lo importante es que hubo de someterse la decisión a un proceso de deliberación nunca hasta entonces practicada de este modo en el ámbito hospitalario. En 1968, en un contexto completamente diferente, se constituyó el Comité de Harvard de definición de los criterios de muerte cerebral a raíz los primeros trasplantes en EE.UU. Se trata, pues, de los dos casos que permiten las primeras experiencias en la formación y desarrollo de los Comités de Ética, siendo uno de ellos, al menos, un comité no puramente clínico.

El segundo hito hay que situarlo en el movimiento de emancipación de los pacientes, que desembocó en su primera tabla de derechos. Este código es el resultado de algunos movimientos anteriores, una sensibilidad que se fue formando en la segunda mitad del siglo XX, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial. Pensemos en la Declaración de los Derechos Humanos, 1948; en la oleada de protestas contra la discriminación racial y contra el autoritarismo y paternalismo: el caso de Rosa Parker en 1959, o el de Martin Luther King en 1963 fueron muy llamativos. Es también el

momento en el que Betty Friedan publica *La mística de la feminidad* (1963), obra clave en el desarrollo del feminismo; el movimiento se consolidó definitivamente como organización con la fundación del *Women's Lib*, en 1968. A su vez, este año es importante debido a las manifestaciones conocidas precisamente como las del Mayo del 68. Por lo tanto, en medio de un aparente inmovilismo político, en las sociedades occidentales se fue iniciando un cambio de sensibilidad cultural que afectó profundamente a todas las estructuras sociales. Afectó a las relaciones personales en la familia, a la relación docente en la escuela y, cómo no, a la relación clínica en medicina.

En el campo de la medicina, esto se fue plasmando en una serie de documentos y recomendaciones. Paul Ramsey, por ejemplo, publicó *El paciente como persona* en 1970, y en él habla de la autonomía y los derechos del paciente como los elementos vertebradores de una nueva concepción de la ética médica. Un poco más tarde, a impulsos de las asociaciones de consumidores, la *American Hospital Association* aprobó la Carta de Derechos del Paciente en 1973.

Todos estos acontecimientos, junto con la recomendación del Tribunal Supremo de New Jersey en el caso Karen Ann Quinlan, 1976, llevaron a que los Comités de Ética comenzaran a implantarse en buena parte de los hospitales estadounidenses, aunque no tuvieron el éxito esperado hasta que, posteriormente, la Comisión Presidencial, con la publicación en 1983 del informe *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment (Decidir sobre el rechazo al tratamiento de soporte vital)*, apoya definitivamente la constitución de Comités de Ética Asistencial.

El tercer hito comienza con el nacimiento de la bioética y de la ética clínica. Este hito resulta decisivo porque en la práctica significa la unión de la filosofía, la medicina y la sociedad. Ya vimos lo de los movimientos sociales. Pero, además, como afirmó Callahan, por una parte, la medicina se vio sujeta a un examen público, también debido a la publicidad dada a muchos casos judiciales, etc.; por otra, la filosofía se rebeló contra su aislamiento social de las Universidades ("torre de marfil"), y deseaba tener alguna relevancia práctica. Esta mezcla de elementos son los que explican, por ejemplo, el nacimiento de la bioética, la creación de varios centros de reflexión ética sobre las decisiones médicas, los cursos intensivos de filósofos y teólogos impartidos en las aulas de medicina, etc.

El primer autor importante es Rossenlaer Van Potter que da nombre al nacimiento de la bioética, 1970. Potter fue el primero que usó el término, el primero en hacerlo público y el primero en concebir la bioética como saber interdisciplinar. Dan cuenta de este fenómeno la publicación en 1970 del artículo titulado "*Bioethics, the science of survival*" y, más tarde, en 1971, del libro titulado *Bioethics: bridge to the future*.

Por otro lado, con la finalidad de apoyar el campo de la naciente bioética, en 1971 André Hellegers fundó en la Universidad de Georgetown un instituto con el nombre de *The Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, más tarde conocido como el *Kennedy Institute of Ethics*. La fundación del *Kennedy Institute* siguió a la creación por D. Callahan del *Hastings Center*, que se había fundado en 1969.

Sin embargo, pese a todos estos elementos, todavía existía mucha distancia entre la teoría ética y la práctica clínica. De ahí que M. Siegler, a partir del artículo de 1978

titulado “*El legado de Osler: enseñar ética clínica al lado de la cama*”, comenzara a desarrollar lo que denominó por primera vez “ética clínica”. Unos años más tarde, en 1982, junto a William Winslade y Albert Jonsen, Siegler publicó *Ética clínica*, el conocido método de los cuatro parámetros que orienta la toma de decisiones evaluando las indicaciones clínicas, las preferencias del paciente, su calidad de vida y otros rasgos contextuales. En ella se define la “ética clínica” como

la identificación, el análisis y la resolución de problemas morales que surgen en el cuidado de pacientes concretos... La ética clínica está relacionada intrínsecamente con la labor más importante del médico, que es decidir y poner en práctica la mejor atención clínica para una persona concreta en unas determinadas circunstancias. (Jonsen, 1998: 366).

En este contexto, las consultas éticas realizadas, no por Comités de Ética sino por consultores, empiezan a cobrar visibilidad y comienza a escribirse sobre este tema. La primera consulta ética registrada como tal la realiza la eticista Ruth Purtilo, profesora de ética y fisioterapia en la Universidad de Nebraska, con la publicación en el *New England Journal of Medicine* en 1984 del artículo “*Ethics consultations in the Hospital*”.

A mediados de 1980, el Dr. John La Puma participó en el primer programa de especialización en consultoría de ética organizado por Siegler en el *MacLean Center for Clinical Ethics*. De ahí salió el método Siegler-La Puma, que posteriormente este último publicó en el *Western Journal of Medicine* en un artículo titulado “*Consultations in clinical ethics - Issues and questions in 27 cases*” (1987) (Pose, 2016: 62).

b) Segunda etapa (años 90-2020): la regulación, la formación y la acreditación de los servicios de consultoría en ética clínica.

A pesar del inicio de la consultoría, todavía no existían estándares de evaluación de la calidad de la práctica de la consultoría de ética. En un congreso organizado en 1985 en torno a temas de consultoría de ética en el *National Institute of Health* se puso de manifiesto la necesidad de un foro oficial para los debates sobre la consultoría de ética, su papel y sus objetivos. En 1986, once de los participantes en la conferencia del año anterior se reunieron para constituir la *Society for Bioethics Consultation*, con tres objetivos bien definidos: financiar congresos, realizar programas de especialización ético-clínica y ayudar a las organizaciones a desarrollar sus propios programas de formación. La *Society for Bioethics Consultation* planificó tres congresos para el periodo 1987-1988. Lamentablemente, esta iniciativa fue recibida con muy poco entusiasmo, de modo que finalmente todos los congresos fueron cancelados. De hecho, se tardaría más de una década para que aparecieran las primeras iniciativas institucionales con la finalidad de establecer estándares y métodos para la práctica de la consultoría ética.

En 1991, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* exigió el establecimiento de un “mecanismo” que analizara los problemas éticos en la atención a los pacientes y que formara/informara/educara a los profesionales de la salud y a los pacientes sobre estos temas (JCAHO, 1993). No obstante, la Comisión no estableció unas guías que acompañaran esta regla, y esta “evidente vaguedad” dio paso a una amplia diversidad de maneras en que las instituciones abordaron los problemas éticos en la atención a los pacientes.

En su artículo de 1994 titulado *Ethics Committees: Time to experiment with standards*, John Fletcher y Diane Hoffman señalaron algunas deficiencias de la consultoría. Era

necesario investigar más de cerca su rendimiento y establecer estándares de calidad que regularan la actividad de la consultoría.

Como respuesta a todo esto, la *Veterans' Administration* (VA), la organización gubernamental que maneja el mayor sistema público de salud de los Estados Unidos, implementó por primera vez un programa de ética a nivel institucional, a través del cual se establecían pasos concretos para la realización de la consultoría de ética, se definían los tipos de casos que podían ser objeto de la consultoría de ética, y se ponían las bases de programas de formación de los clínicos. Este modelo se ha denominado *IntegratedEthics* (IE), y ha sido implementado en todos los establecimientos de la VA y respaldado por un gran número de publicaciones con el papel de educar y formar a los profesionales en los asuntos relacionados con la ética de la asistencia sanitaria.

El modelo IE fue desarrollado y probado durante un período de 5 años por un equipo de diseño integrado por especialistas de varios ámbitos, como la bioética, la medicina, la administración pública, el mundo de los negocios, la educación, las comunicaciones, la enfermería y las ciencias sociales. Desde el principio de 2008, el modelo IE se implementó en todos los establecimientos médicos de la *Veterans' Health Administration*, 135 en total, así como en las 35 Redes de Servicios Integrados para Veteranos (*Veterans' Integrated Service Networks*). El programa ofrece un enfoque estandarizado de la ética que está integrado a través de los niveles de la organización de la salud (clínica, organizacional, investigación).

El programa *IntegratedEthics* sirvió como punto de partida de los informes *Core Competencies* de la ASBH. Unos años más tarde, la directora del programa IE, la doctora Ellen Fox comentó que su modelo ponía en práctica lo que la ASBH iba a denominar en la segunda edición de las *Core Competencies* (2011) "mediación ética" (*ethics facilitation*).

La *American Society for Bioethics and Humanities* es el resultado de la fusión entre la *Society for Bioethics Consultation*, la *Society for Health and Human Values* y la *American Association of Bioethics*. En 1998 un grupo de trabajo que integraba miembros de la *Society for Bioethics Consultation* y de la *Society for Health and Human Values*, elaboró una serie de recomendaciones sobre la consultoría de ética, que reunió en el informe titulado *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* (ASBH, 1998: 2011). El informe proporcionaba una definición de la consultoría de ética, recomendaciones sobre el proceso de la consulta y una lista de conocimientos y habilidades necesarias para realizar consultoría de ética. De este modo, junto con la *Veterans' Administration*, la *American Society for Bioethics and Humanities* se convirtió en una de las principales fuentes de información sobre la consultoría de ética.

Además del *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*, publicada en 1998 en primera edición y en 2011 en segunda edición, la Asociación también publicó: en 2009 una guía de práctica de la consultoría titulada *Improving Competence in Clinical Ethics Consultation: A Learner's Guide* (ASBH, 2009), en 2013 un modelo de acreditación de la consultoría de ética, *Quality Attestation for Clinical Ethics Consultants* (ASBH, 2013), y en el 2014, un código de ética, *Code of Ethics and Professional Responsibilities for Healthcare Ethics Consultants* (ASBH, 2014) (Pose, 2017).

Finalmente, como notan Fox et al. (2021) en su estudio de revisión del estado de la cuestión de la consultoría ética en EE.UU., en las últimas dos décadas también se ha desarrollado un proceso de revisión para evaluar la competencia de los profesionales de la consultoría ética (Fins et al. 2016; Kodish et al. 2013), una guía de estudio basada en casos (Bruce et al. 2018), y, más recientemente, un programa de certificación para consultores de ética clínica (Bruce et al. 2019). Mientras tanto, algunas organizaciones han comenzado el proceso de acreditación de los profesionales de la consultoría ética a nivel hospitalario (Acres et al. 2012; Dubler et al. 2009), mientras que otras han propuesto una acreditación de los servicios de consultoría ética a nivel de programa o institución (Berkowitz et al. 2016; Magnus y Fishbeyn 2015), o la acreditación de los programas de formación en CE (Spike 2014). Y varias organizaciones han publicado herramientas para evaluar a los consultores de ética o las prácticas de consultoría ética (CHA y Ascension Health 2011, 35-45; National Center for Ethics in Health Care 2011; Pearlman et al. 2016; Wasson et al. 2016).

c) Tercera etapa (años 2020-...): la implementación ética de la práctica de la consultoría

Como acabamos de ver, poco a poco se han ido introduciendo nuevos instrumentos o mecanismos de toma de decisiones en el ámbito hospitalario. La consultoría en ética clínica, que ha comenzado siendo colectiva en la forma que conocemos de comités de ética asistencial, ha acabado complementándose con la figura del consultor individual o de pequeño grupo, algo mucho más reciente y que está esperando su propia implementación. Por eso quizá estamos en el momento de abrir una nueva etapa en la consultoría individual en ética clínica, algo que vaya más allá de la regulación, la formación y la acreditación de los servicios de consultoría en ética clínica. Y ello porque a la vez que la consultoría individual se ha ido desarrollando, han aparecido a veces críticas sobre su actividad práctica.

Según el análisis de las fortalezas y debilidades de la consultoría individual frente al comité, el punto débil de la consultoría individual lo constituye la falta de deliberación colectiva. Lo cual puede tener, y tiene de hecho, dos consecuencias importantes. Una, que se crea que la deliberación colectiva puede satisfacerse suficientemente con una deliberación individual, no solo en algunos casos de urgencia, sino en todos los casos. Dos, que la deliberación individual se convierta en algo que ni siquiera es deliberación, sino pura mediación o negociación. En este punto hay que insistir, porque conviene no

La consultoría en ética clínica, que ha comenzado siendo colectiva en la forma que conocemos de Comités de Ética Asistencial, ha acabado complementándose con la figura del consultor individual o de pequeño grupo, algo mucho más reciente y que está esperando su propia implementación.

echar por tierra el trabajo que durante años han hecho muchos profesionales de la salud formados en el modelo deliberativo de toma de decisiones y en el trabajo en equipo en la forma de Comité de Ética Asistencial. Al menos desde los años 90 muchas generaciones de profesionales se han

venido formando en el área de la bioética con una metodología que, si bien ha ido evolucionando, hoy se practica de modo al menos “esquemático” en la mayoría de los Comités de Ética Asistencial de España. Muchos profesionales que ejercen hoy la consultoría son fruto de las inquietudes de esos primeros profesores y profesionales que se han formado en bioética y son bien conocedores del modelo deliberativo. Pero otros, al iniciarse en una nueva etapa de la consultoría en ética clínica, no deberían

perder de vista que lo que está en juego es el propio “modelo de análisis de problemas éticos” y no solo el “modelo de toma de decisiones”.

En EE.UU., donde se inició la práctica de la consultoría ética y donde más se ha publicado sobre sus fundamentos, estudios recientes muestran que la sociedad se está decantando por un modelo de toma de decisiones alejado de los extremos: el modelo del pequeño equipo de consultores, que es el más frecuente en los grandes hospitales norteamericanos (Fox et al 2021: 9). De esta manera, es posible aligerar la burocracia asociada al modelo de Comité de Ética, hacer más práctica la logística en torno a las consultas, y a la vez evitar la falta de deliberación que amenaza el modelo del consultor individual.

La asignatura pendiente, no obstante, sigue siendo la implementación ética de la práctica de la consultoría, esto es, la introducción de un modelo de análisis de problemas éticos que permita llevar la labor del consultor hasta el nivel en que lo hace el comité de modo pluridimensional.

3. Crisis ética de los modelos de consultoría (o el punto débil de la ética clínica: el modelo de consultoría)

La *American Society for Bioethics and Humanities* define la consultoría en ética clínica como un servicio, prestado por una persona o un grupo de personas, en respuesta a la demanda de un paciente, su familia, o de alguno de los miembros del equipo de atención debido a un problema o un conflicto de valores en torno a una decisión concerniente a su manejo de salud. Por lo tanto, así como un Comité de Ética está formado por un número más o menos amplio de personas que se reúnen en torno a un caso clínico que plantea uno o varios problemas éticos, podemos definir la figura del consultor como la persona, o un grupo de personas, que tienen una formación específica en bioética y que, estando acreditado para ello, ofrece respuestas de urgencia a problemas éticos que se plantean en la institución para la que presta sus servicios, siempre al amparo del Comité de Ética Asistencial, que es quien realiza la evaluación de las decisiones que va tomando. La conveniencia de contar con un consultor individual se debe sobre todo a que no siempre es posible dar respuestas rápidas a los problemas éticos planteados en un hospital, por lo que la ayuda de un profesional cualificado puede suplir puntualmente el trabajo de todo el comité. Si verdaderamente hubiera tiempo, la reunión del comité resulta siempre la solución preferible.

Ahora bien, lo que está en juego en este nuevo modelo de toma de decisiones (la del consultor único en lugar del comité) es el modelo de análisis de problemas éticos. Muchos bioeticistas que actúan como consultores actúan como mediadores o facilitadores ante las partes involucradas en un problema ético. De hecho, en la bibliografía norteamericana se describen varios tipos de *aproximaciones* a la consultoría de ética clínica, que van desde un extremo que se podría denominar “la aproximación paternalista”, a otro que se podría denominar “mediación ‘pura’” (“*pure facilitation*” o “*pure consensus*”). Entre estos dos extremos la *American Society for Bioethics and Humanities* en el Informe “*Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*”, en su segunda edición, propone la “mediación ética” (“*ethics facilitation*”).

El modelo paternalista, aplicado a la consultoría en ética clínica, da más importancia a los valores morales del consultor que a los del paciente o a los valores implicados en su decisión. Aunque se trata de un modelo casi ausente en la literatura en torno a la consultoría, todavía persistente en la práctica. En la actualidad toma la forma de modelo directivo.

El modelo de mediación, hegemónico hoy en la práctica de la consultoría en ética clínica, tiene dos versiones, la “mediación pura” y la “mediación ética”. El modelo de “mediación pura” tiene por objeto simplemente obtener un consenso entre las partes afectadas, sin tratar de aclarar las consecuencias sociales, legales e institucionales de los valores implicados en el caso. La “mediación ética” se diferencia de la pura mediación en que, antes de alcanzar el acuerdo o consenso entre las partes implicadas, es preciso identificar y analizar el conflicto de valores existente en un caso clínico. No obstante, sigue poniendo el acento en que el objetivo es alcanzar un acuerdo o consenso entre las partes implicadas.

Los modelos de mediación pura y de mediación ética han sido desarrollados mayoritariamente por autores que han formado parte de, o han tenido que ver con dos instituciones norteamericanas, la *Veterans' Administration* y la *American Society for Bioethics and Humanities* a partir de la década de los noventa, o que han estado implicados en la introducción del servicio de consultoría en ética clínica en las instituciones sanitarias norteamericanas.

La razón de este cambio de modelo de consultoría de ética clínica, frente a los modelos directivos que venían siendo más habituales en ética clínica, hay que buscarla en el peso que la legislación ha ido ganando en la mayoría de las organizaciones o instituciones de las sociedades democráticas occidentales. Este es su éxito social y a la vez su fracaso moral. El incremento de derechos y reglamentos ha hecho que las relaciones humanas sean más conflictivas, y en este contexto de una gran judicialización de los procesos, la mediación se presenta como la alternativa a que esos procesos se eternicen en los tribunales de justicia. De ahí que todos los países avanzados hayan promulgado leyes de mediación en asuntos civiles y mercantiles, con el objeto de hacer que los procesos sean más fáciles, menos costosos y de corta duración.

En el caso de los conflictos a nivel sanitario sucede lo mismo. En medio de un incremento de la judicialización de muchos problemas ético-clínicos, y en el contexto de la llamada medicina defensiva, la mediación se presenta como el modo extrajudicial de gestionar todos los conflictos sanitarios.

En medio de un incremento de la judicialización de muchos problemas ético-clínicos, y en el contexto de la llamada medicina defensiva, la mediación se presenta como el modo extrajudicial de gestionar todos los conflictos sanitarios, incluso los conflictos morales.

Hay tres modos o modelos de resolución alternativa de conflictos: “adjudicativo” (*adjudicative*), “evaluativo” (*evaluative*) y “facilitador” (*facilitative*). Su distinción y ordenación obedece al grado de vinculación con el modelo jurídico. El modelo adjudicativo se subdivide en dos categorías, el arbitraje y la identificación neutral de los hechos (*Neutral Fact-Finding*). La evaluación se puede hacer según cuatro categorías, la “evaluación por pares”, el “juicio abreviado ante un jurado”, la “evaluación jurídica” y la “evaluación por expertos”. El modelo facilitador es el que más se aleja del sistema judicial. El llamado “neutral” no tiene que tomar una decisión

vinculante, ni siquiera analizar el valor de los argumentos en el conflicto, sino que su papel es de árbitro o consejero de las partes, fomentando el debate, el diálogo y el consenso. En este modelo hay tres categorías, la “mediación”, la “conciliación” y la “construcción de consenso”. Por lo tanto, influidos por las leyes sobre la mediación mercantil, algunos eticistas llegaron a la conclusión de que la mediación podía aplicarse a la consultoría de ética clínica. Una de estas personas fue Nancy Dubler, quien en los años 90 puso en marcha uno de los primeros servicios de consultoría de ética norteamericanos en el *Montefiore Medical Center* de Bronx, NY (Pose, 2017: 97-100).

Sin embargo, la autora que más ha destacado en la formulación de un modelo no directivo de pura mediación es Haavi Morreim. Su “resolución de conflictos en el ámbito clínico” se distancia, pues, del modelo tradicional de consultoría de ética y formula lo que cabe llamar una “aproximación neutral”:

Dicho brevemente, puedo afirmar que mi propia aproximación a la consultoría de ética tiende a ser no directiva. Voy a distinguir entre lo que podemos llamar el “modelo médico” tradicional de consultoría y un modelo “de mediación”. El modelo médico, según mi definición, es principalmente un proceso de recogida de información [por el consultor] de diferentes personas implicadas en la situación, seguida por la formulación de una recomendación y su transmisión al equipo, sea de forma oral, sea introduciéndola en la ficha médica o historia clínica del paciente. Este modelo a menudo no requiere que el consultor tenga conversaciones razonadas y cuidadosas, es decir, que use unas buenas habilidades de comunicación.

La principal posible desventaja del modelo médico, en mi opinión, es que, puesto que las personas son conscientes de que el consultor finalmente va a “tomar partido”, favoreciendo una aproximación y no otra (o, como mínimo, desfavoreciendo algunas aproximaciones aunque considere que más de una opción es aceptable), las personas pueden estar en guardia, en su manera de comunicarse. Sus descripciones pueden ser más un intento de influir en la recomendación del consultor que de describir completamente lo que de verdad está pasando –el fondo de la historia, los objetivos subyacentes o los hechos incómodos que no han sido expuestos.

Para mí, una aproximación mediadora de verdad, en general incluye unos principios básicos que han de comunicarse a todos los participantes:

- a. “No estoy aquí para tomar partido”.
- b. “No estoy aquí para decirle a nadie qué debe hacer”.
- c. “Lo que se me diga en privado quedará en privado”.

Obviamente, puede haber excepciones a cualquiera de estos tres principios, pero, en conjunto, esta es una aproximación muy diferente a la consultoría. En mi opinión, es mucho más probable generar la confianza personal que el consultor necesita para saber lo que de verdad está pasando – esas historias de fondo que pueden mostrar una imagen muy distinta, en comparación con las descripciones que se hacen con el fin de influir al consultor.

Una buena ética comienza con buenos hechos, se nos dice, y, para mí, la mejor, si no la única manera de conocer los hechos reales (más allá de las descripciones más superficiales hechas para influir al consultor) es ganarse la confianza de los participantes en suficiente medida como para que estén dispuestos a decir las cosas que inicialmente no estaban dispuestos a revelar. Estas son a menudo cosas que se deben conocer si se quiere que la consultoría lleve a una decisión o a un resultado

duradero, y no sea solamente una situación de intimidación, sea por parte del equipo al paciente o a la familia, o al revés.

Porque también estoy formada como abogada y veo los conflictos a otros niveles del sistema de salud, he estado trabajando con el Colegio de Abogados de EE.UU. para analizar las maneras en que la resolución de conflictos puede hacerse ampliamente disponible y fácil de usar en todo el sistema sanitario. Esto incluye [los conflictos entre] los médicos y la administración, las enfermeras, los médicos y las enfermeras, los administradores, etc. Todo ello es importante (Pose, 2017: 105).

Casi antes, y desde luego después, de que la mediación fuera introduciéndose como modelo de resolución de conflictos en el ámbito hospitalario, fueron apareciendo algunas revisiones críticas de este modelo. La propia ASBH sustituyó en la segunda edición del *Core Competence* la pura mediación por la mediación ética. Pero aun así, los críticos han apuntado muy directamente a dos de los fundamentos de la mediación: la neutralidad y la búsqueda de consenso. Como la teoría de la mediación ética afirma que, para que en una situación se alcance un consenso, es imprescindible acatar tanto los requisitos éticos como los legales, mientras que, a la vez, el mediador debe mantenerse en una posición de neutralidad, muchos autores consideran que el nivel de neutralidad necesario para un proceso efectivo es imposible de alcanzar. Según afirma, por ejemplo, Scofield (1993), para garantizar un resultado correcto, se dice que el mediador debe defender que ciertos valores o normas tengan prioridad en la consulta, lo cual es tanto como decir que no puede mantenerse neutral a los valores en juego. De este modo, aunque el mediador pueda parecer imparcial, el hecho de abogar por que primen determinados valores a la hora de tomar decisiones hace que la supuesta imparcialidad del mediador sea falsa. Por lo tanto, de esta falta de coherencia no puede colegirse más que, o bien la mediación tal como se describe en la literatura es impracticable, o bien es infiel al principio de neutralidad.

Otros autores dirigen su crítica a la idea de acuerdo que implica inevitablemente la mediación. En el sistema jurídico de donde se importó este modelo, “el acuerdo [...] reemplaza la idea sublime de la justicia con un resultado diluido que todos pueden aceptar, pero nadie puede admirar” (Fiss, 1984, en Bergman & Fiester 2009: 179). Por lo tanto, los críticos consideran que “un proceso de resolución consensual de las disputas es igual de inherentemente incapaz de producir el resultado ético correcto como lo es la mediación en el contexto legal de hacer justicia” (Bergman & Fiester, 2009: 179). Esta crítica parece bastante consistente si se lleva al campo de la ética clínica, pues como ha defendido tantas veces Diego Gracia, la ética ni siquiera trata de lo correcto, sino de lo mejor, de lo óptimo, lo cual está muy lejos del buscado consenso (Gracia, 2003: 225-226). Volveremos sobre ello.

4. Implementación ética de la práctica de la consultoría

El modelo de mediación descrito en la literatura y desarrollado en la práctica en Norteamérica, pese a sus enormes deficiencias, ha tenido una difusión más allá de sus fronteras. De hecho, de modo casi imperceptible ha impregnado el lenguaje, y no solo el lenguaje, de la consultoría en ética clínica. De ahí que en la actualidad contemos con dos modelos rivales en nuestro entorno, el modelo de mediación o facilitación y el modelo de deliberación.

El modelo de mediación se presenta en nuestro medio asistencial con una denominación diversa (asesoría clínica, psicológica, jurídica, etc.) pero tiene un origen común: la mediación. Se trata de la intervención de un mediador, un facilitador o un negociador que pone en comunicación a las partes enfrentadas, bien de modo directivo (intervencionista) o no directivo (meramente informativo, neutral), con el objeto de llegar a un acuerdo o consenso, o reducir o conducir el problema en cuestión, etc. La descripción más aproximada de este modelo la ha realizado Herreros:

En relación con la consulta ética, en algunos centros se ha trabajado con la figura del mediador o facilitador ético. Es un profesional que busca lo mejor para el paciente, defendiendo sus intereses, al considerar que muchos enfermos se encuentran en la posición más vulnerable ante un conflicto ético. Sin embargo, no se debe olvidar que el mediador, aunque ayuda a proteger los intereses y valores del paciente, tiene que ser neutral. Debe defender imparcialmente al paciente, considerando los intereses de las otras partes implicadas (profesionales, cuidadores, familiares, gestión). / Respecto a esta tarea de mediación, facilitación o acompañamiento ético, hay que destacar que muchas veces la tarea del consultor ético es realmente de mediación entre distintas partes, más que de asesoría ante conflictos éticos complejos (Herreros, 2017: 61).

Así descrito, el modelo de mediación convierte el servicio consultoría en ética clínica en una “asesoría” técnica o jurídica en la que la ética del consultor consiste en el cumplimiento de los valores plasmados en ley. Se trataría de “informar” o “conducir” a las partes implicadas según las normas, los derechos o las obligaciones exigibles en cada momento en la institución sanitaria. De hecho, la mayoría de los protocolos de los comités de ética establecen que una de las obligaciones de sus miembros es la defensa de los derechos de los pacientes. Consecuentemente, según este modelo, el papel del consultor en ética clínica se parece al de un mediador, facilitador o negociador; un cuasi-abogado que ofrece “asesoría” técnica (¡psicológica!, ¡clínica!) o jurídica, ayudando en el desahogo o parálisis profesional, en la gestión de los recursos sanitarios, o en el apoyo emocional a pacientes y familiares. Y todo ello preservando su neutralidad en la toma de decisiones.

El intento de convertir la consultoría en ética clínica en un servicio de “asesoría” técnica o jurídica desvela el escaso conocimiento de la lógica de la valoración y de la lógica de la deliberación.

Por el contrario, el modelo de deliberación en ética clínica, de raíz más mediterránea y de más calado, tiene una orientación completamente distinta. Como el autor que más ha desarrollado este modelo en nuestro

entorno ha sido Diego Gracia, valga esta descripción como resumen: El objetivo o sentido de la toma de decisiones en ética clínica no es la consecución de un consenso, sino el enriquecimiento del punto de vista de cada uno hablando con los demás o con uno mismo, aumentando así la madurez de la propia decisión, para hacerla más responsable e prudente. Como sabemos, en muchos casos los integrantes de un grupo de deliberación diferirán en la solución final de un caso, pero la exposición de las razones de cada uno modificará la percepción del problema. Este es el objetivo del proceso. Nuestras decisiones morales no pueden ser completamente racionales, pero deben ser razonables, es decir, justificables. La deliberación es el procedimiento principal para alcanzar este objetivo. Nos obliga a tener en cuenta a los demás, respetando las diferentes opiniones y justificando los propios puntos de vista (Cf. Gracia, 2003: 225-226).

Por lo tanto, el intento de convertir la consultoría en ética clínica en un servicio de “asesoría” técnica o jurídica desvela el escaso conocimiento de la lógica de la valoración y de la lógica de la deliberación. Cuestiones como qué significa valorar y qué son los valores, cómo identificar valores y los tipos de valor, qué es un conflicto de valores, cómo evitar los sesgos de valoración (la tiranía axiológica, la ceguera axiológica, la aberración axiológica, el fundamentalismo, el fanatismo, el sectarismo, etc.), así como qué es la deliberación, cuál es la relación entre el razonamiento humano y la deliberación, cuál es la relación entre la deliberación y la prudencia, cómo evitar sesgos en la toma de decisiones, etc. forman parte del bagaje necesario para no caer en la confusión entre método de trabajo, método de análisis de problemas éticos y método de toma de decisiones, confusión abundantemente presente en el modelo de mediación y en la práctica de la consultoría en ética clínica en la actualidad.

Conviene, por eso, describir los pasos concretos de lo que debería ser el trabajo de un servicio de consultoría en ética clínica según el modelo de deliberación descrito por Diego Gracia, adaptado ahora a la consultoría individual:

Primer paso: discernir, identificar y determinar la urgencia del caso.

- Discernir si se trata de un problema ético. No todo es problema ético. Un problema ético aparece cuando no se sabe qué hacer debido a la excesiva incertidumbre en los hechos, a la falta de aclaración o desconocimiento preciso de los conceptos relevantes, o a un conflicto en el ámbito de los valores.
- Identificar o formular por escrito el problema del caso.
- Determinar si es urgente. Solo si el caso es urgente, o concurren otras circunstancias que lo hagan desfavorable el abordaje por parte del Comité, debe ser atendido por un servicio de consultoría individual en ética clínica.

Segundo paso: recopilar y organizar la información.

- Recopilar la información consultando la historia clínica, al médico responsable, a otros profesionales, al paciente, a los familiares, etc. Se trata de recabar la información de todas las partes afectadas.
- Organizar la información y plasmarla por escrito.

Tercer paso: Analizar el problema ético.

- Analizar significa ahora deliberar, sea colectivamente en pequeño grupo de consultores, sea individualmente. Este análisis es válido tanto para un Comité de Ética Asistencial como para un Consultor individual o un pequeño grupo de personas. Dividir las consultas en deliberativas y no deliberativas, como se hace usualmente en la literatura de este campo, es un error.
- Analizar el problema moral, deliberar sobre él, es el paso fundamental de la consultoría. Dicho de otro modo, en ello se cifra el sentido ético del servicio de consultoría. Es preciso analizar los problemas para poder resolverlos; no se puede resolver sin analizar, ni analizar sin saber para qué. La ausencia de análisis produce errores o sesgos en la toma de decisiones, en la resolución de problemas. El análisis ha de recaer, en primer lugar, en los hechos, en la aclaración del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de una enfermedad. Es fundamental partir de buenos hechos. En segundo

lugar, es preciso analizar los valores, identificando tanto los problemas de valor como los conflictos de valor. Este es un punto que determinará que las posibilidades de acción puedan ser prudentes, no extremas. En tercer lugar, el análisis ha de versar sobre los cursos de acción intermedios y el curso óptimo. Hay que buscar siempre el curso óptimo, pero ello pasa por ir analizando e identificando los cursos intermedios.

Cuarto paso: elaborar un informe y comunicarlo a las partes afectadas.

- Elaborar un informe. Este informe ha de tener la forma de una “recomendación”. La ética no es nunca una imposición externa, por lo que el consultor no puede tener una actitud directiva. Tampoco se trata de que se mantenga en una posición neutral. El consultor tiene que tener una actitud deliberativa y ofrecer una recomendación expresando la mejor opción, una vez recabada toda la información posible, después de haber hablado con las partes implicadas y, finalmente, tras haber hecho el análisis del problema.
- Comunicar la recomendación a la persona que ha hecho la consulta y/o a las partes afectadas que tienen que tomar la decisión.

Quinto paso: registrar, hacer el seguimiento y reevaluar pasado un tiempo.

- Registrar el caso, la recomendación y la toma de decisión, o cualquier otra información relevante. El registro no es necesario hacerlo en la historia clínica, sino que debería existir un registro independiente adaptado al servicio de consultoría ¿Por qué? Primero, para proteger la confidencialidad de todas las partes. Segundo, porque no se puede confundir una “interconsulta técnica” con una “recomendación ética”. Hay que proteger también al consultor, que hace la recomendación, y al tomador de la decisión, y a las partes afectadas, etc.
- Hacer el seguimiento y reevaluar el caso y la toma de decisiones pasado un tiempo. El seguimiento permite ir incorporando la experiencia del caso para futuros análisis y tomas de decisiones, mientras que la reelaboración facilita el aprendizaje y el incremento de la calidad en la prestación del servicio de consultoría, lo cual puede hacerse tanto por el propio consultor como por el Comité de Ética Asistencial.

5. Conclusión

La conclusión no puede ser que el fracaso de la consultoría en ética clínica según el modelo de mediación norteamericano, o en lo que tenga de importación, se identifica directamente con el éxito de la consultoría según modelo de deliberación practicado en nuestro entorno. Pero sí parece cierto que en la literatura se describen experiencias de consultoría, tanto en otros países como según otros modelos, que no aportan nada original que invalide los activos del actual modelo deliberativo. Además, parece lógico echar mano del modelo de deliberación en la medida en que ha impregnado la bioética española o latina y, por ende, conforma el método de trabajo de los Comités de Ética Asistencial extendidos por la mayoría de los hospitales de nuestro país.

Tampoco son válidas aquellas experiencias que ligan el éxito de la consultoría en ética clínica con el éxito en la toma de decisiones de un caso. Ambas cosas pueden darse,

pero no hay una relación directa entre ambas. Así como hay enfermedades que tienen su evolución natural independientemente de su diagnóstico y de su tratamiento, también hay casos que se resuelven con éxito independientemente del modelo que se haya aplicado. Lo que esto quiere decir es que ni el método lo es todo, ni todos los casos bien resueltos son casos bien analizados. La experiencia dice justamente lo contrario: que existen casos bien resueltos y mal analizados, lo cual lleva a pensar que existe una clara confusión entre modelo de análisis y modelo de toma de decisiones.

Existe otro error de base en la práctica de la consultoría. La consultoría no es una “ayuda unidireccional”, esto es “asistencial”, que el consultor da a los demás, de modo directivo o no directivo, sin verse de algún modo afectado por la deliberación y la decisión. Solo si el consultor se ve enriquecido y afectado de algún modo por la deliberación y la decisión de los demás, buscará que la decisión sea, no solo correcta, sino la mejor. Esto es lo que invalida los modelos de mediación que tanto imitan la consultoría jurídica, que median o facilitan la resolución de conflictos mediante un acuerdo o un consenso al que tienen que llegar los demás, sin verse afectados por la decisión ni siquiera hipotéticamente.

Cabe añadir todavía una última conclusión. Tal y como se describe en la literatura y se realiza en la práctica, la asignatura pendiente de la consultoría en ética clínica es la ambigüedad con la que se maneja el concepto de ética. La ética no es un mero conjunto de conocimientos que se pueden aceptar o rechazar sin gran compromiso. La ética alberga unos ciertos conocimientos, pero no se define en primera instancia por sus conocimientos. Es necesario insistir en que se trata de una experiencia originaria que lleva al desarrollo de la habilidad de tomar decisiones prudentes en situación de incertidumbre mediante el análisis deliberado de un caso concreto. En este sentido, la ética es ajena a la mediación, a la facilitación, a la neutralidad y, en definitiva, al relativismo tanto axiológico como moral porque constituye la expresión más genuina y creativa de la conciencia moral, esto es, de la conciencia de deber. Por eso la consultoría en ética clínica no es la de pacificar ni consensuar los intereses de los afectados, ni defender los valores de una parte frente a los de otra parte aunque estén ligados a derechos. La ética tiene por objeto promover y realizar todos los valores, sean valores del profesional o del paciente, de la familia o de la institución. El mayor sesgo que sufre hoy la ética clínica es el sesgo jurídico, la confusión entre lo que deliberadamente se debe hacer con lo que legalmente se puede o se tiene que proteger. En la situación actual nada hay más necesario que vivir en una sociedad con derechos, pero nada hay menos responsable y autónomo que ampararse únicamente en la mediación o consenso entre esos derechos. Lo cual vale para la consultoría en ética clínica como para la ética sin más.

Bibliografía

Acres, C. A., K. Prager, G. E. Hardart, y J. J. Fins (2012). Credentialing the clinical ethics consultant: An academic medical center affirms professionalism and practice. *The Journal of Clinical Ethics* 23 (2), 156-64.

Agich, G. J. (2016). Ethical Theory and Clinical Ethics Consultation: Toward Understanding the Relationship. *The American Journal of Bioethics*, 16(9), 36-37. doi:10.1080/15265161.2016.1198139.

Agich, G. J. (2018). Ethics Consultation: Critical Distance/Clinical Competence. *The American Journal of Bioethics*, 18(6), 45–47. doi:10.1080/15265161.2018.1461463.

Beca, Juan Pablo (2008). Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones. *Bioética & Debat*, 14, 54, 1-5.

Bergman, E. J. y A. Fiester (2009). “Mediation and Health Care”, in Vardit Ravitsky, Autumn Fischer, Arthur L. Caplan, *The Penn Center Guide to Bioethics*, Springer Publishing Company.

Berkowitz, K. A., A. L. Katz, K. E. Powderly y J. P. Spike (2016). Quality Assessment of the Ethics Consultation Service at the Organizational Level: Accrediting Ethics Consultation Services, *The American Journal of Bioethics*, 16:3, 42-44, DOI: 10.1080/15265161.2015.1135268.

Bruce, C. R., C. Feudtner, D. Davis, y M. B. Benner (2019). Developing, administering, and scoring the healthcare ethics consultant certification examination. *The Hastings Center Report* 49 (5), 15-22. doi: 10.1002/hast. 1050.

Bruce, C. R., J. Jankowski, B. L. Chanko, A. Cordes, B. J. Huberman, L. M. Johnson, D. L. Kasman, A. Katz, E. M. Robinson, K. Wasson, et al. (2018). The work of ASBH’s Clinical Ethics Consultation Affairs committee: Development processes behind our educational materials. *The Journal of Clinical Ethics* 29 (2), 150-7.

Churchill, L. R. (2019). How Is Ethics Consultation Work Justified? *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 63-64. doi:10.1080/15265161.2019.1665732.

Dubler, N. N., M. P. Webber, y D. M. Swiderski (2009). Charting the future: Credentialing, privileging, quality, and evaluation in clinical ethics consultation. *Hastings Center Report* 39 (6), 23-33.

Farris, G. (2015). Approach to the Medical Ethics Consultation. *Hosp Med Clin* 4, 98-105. doi:10.1016/j.ehmc.2014.09.003.

Fiester, A. (2020). Myopia in Reportability of Ethical Concerns in Healthcare Ethics Consultation. *The American Journal of Bioethics*, 20(6), 73-75. doi:10.1080/15265161.2020.1754510

Fins, J. J. (2016). ‘Understanding and Utilizing the Convening Power of Ethics Consultation’, *AMA Journal of Ethics*, 18, 5 (2016), 540-5.

Fins, J. J., Bacchetta, M. D., and y Miller, F. G. (1997). ‘Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving’, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 7, 2, 129-45.

Fins, J. J., Kodish, E., Cohn, F., Danis, M., Derse, A. R., Dubler, N. N. y Youngner, S. J. (2016). A Pilot Evaluation of Portfolios for Quality Attestation of Clinical Ethics Consultants. *The American Journal of Bioethics*, 16(3), 15-24. doi:10.1080/15265161.2015.1134705.

Førde, R. y Pedersen, R. (2011). Clinical Ethics Committees in Norway: What Do They Do, and Does It Make a Difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(03), 389-395. doi:10.1017/s0963180111000077.

Fournier V. et al. (2015). The “Commitment Model” for Clinical Ethics Consultations: Society’s Involvement in the Solution of Individual Cases, *The Journal of Clinical Ethics*, 26, 4, 286-96.

Fox, E., M. Danis, A. J. Tarzian, y C. C. Duke (2021). Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study, *The American Journal of Bioethics*, DOI: 10.1080/15265161.2021.1893547

Fox, E., S. Myers, y R. A. Pearlman (2007). Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. *The American Journal of Bioethics* 7 (2):13–25. doi: 10.1080/15265160601109085.

Friedrich A. B. (2018). “The Pitfalls of Proceduralism: An Exploration of the Goods Internal to the Practice of Clinical Ethics Consultation”. *HEC Forum*. Dec; 30(4): 389-403.

Geppert, C. M. A. y Shelton, W. N. (2012). A Comparison of General Medical and Clinical Ethics Consultations: What Can We Learn From Each Other? *Mayo Clinic Proceedings*, 87(4), 381-389. doi:10.1016/j.mayocp.2011.10.010.

Geppert, C. y Chanko, B. L. (2016). The CASES Approach to Ethics Consultation: The Centrality of the Ethics Question. *The American Journal of Bioethics*, 16(2), 80-82. doi:10.1080/15265161.2015.1132054.

Goset, K. (2017). Comités de ética y servicio de consultoría ético-clínica en Clínica Alemana. *Contacto científico. Ética asistencial y consultoría ético-clínica*.

Gracia, D. (2003). Ethical case deliberation and decision making. *Med Health Care Philos* 6(3), 225-6.

Gracia, D. (2014). ¿La hora de los consultores? *EIDON*, 42, 1-3.

Hernando, P. (2017). Introducción. Los CEAs en España. De dónde venimos y hacia dónde vamos. *Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas*, 46, 38-52.

Herreros, B. (2017). La consultoría ética: alternativa o complemento. *Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas*, 46, 53-62.

Kaposy, C. et al. (2016). Models of Ethics Consultation Used by Canadian Ethics Consultants: A Qualitative Study. *HEC Forum* 28:273-282. DOI 10.1007/s10730-015-9299-z.

Kodish, E., Fins, J. J., Braddock, C., Cohn, F., Dubler, N. N., Danis, M. y Kuczewski, M. G. (2013). Quality Attestation for Clinical Ethics Consultants: A Two-Step Model from the American Society for Bioethics and Humanities. *Hastings Center Report*, 43(5), 26-36. doi:10.1002/hast.198.

National Center for Ethics in Health Care, U.S. Department of Veterans Affairs (2011). *Ethics Consultation Feedback Tool*.

www.ethics.va.gov/docs/integratedethics/ethics_consultation_feedback_tool_20110822.doc.

Pearlman, R. et al. (2016). Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *The American Journal of Bioethics*, 16(3), 3-14. DOI: 10.1080/15265161.2015.1134704.

Pose, C. (2016a). Los inicios de la consultoría ética: los comités de ética y su constitución. *EIDON*, 45, 29-63.

- Pose, C. (2016b). El nacimiento de la ética clínica y la figura del eticista como consultor. *EIDON*, 46, 34-69.
- Pose, C. (2017a). El papel de las instituciones y comisiones de bioética en el desarrollo de la ética asistencial, *EIDON* 47, 89-127.
- Pose, C. (2017b). La consultoría de ética clínica en la actualidad: Revisión crítica. *EIDON*, 48:70-126. DOI: 10.13184/eidon.48.2017.70-126.
- Reiter-Theil, S. (2000). Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experiences and a Case Study, *Journal of Medical Ethics*, 26, 3 198.
- Reiter-Theil, S. (2001). The Freiburg Approach to Ethics Consultation: Process, Outcome and Competencies. *Journal of Medical Ethics* 27, 21-23.
- Schuchter, P. y A. Heller (2018). The Care Dialog: the “ethics of care” approach and its importance for clinical ethics consultation. *Med Health Care and Philos* 21:51-62. DOI 10.1007/s11019-017-9784-z.
- Scofield, G. (1993). Here come the ethicists! Trends in Health Care. *Law & Ethics* 8(4): 19-22.
- Solsona, F. (2018). El consultor de ética: Fortalezas y debilidades. *EIDON* 50, 72-79.
- Spike, J. P. 2014. The birth of clinical ethics consultation as a profession. *The American Journal of Bioethics* 14 (1): 20–2. doi: 10.1080/15265161.2014.863109.
- 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. DOI 10.1186/1472-6939-15-30.
- Tarzian, A. J. y ASBH Core Competencies Update Task. (2013). Health Care Ethics Consultation: An Update on Core Competencies and Emerging Standards from the American Society for Bioethics and Humanities’ Core Competencies Update Task Force. *The American Journal of Bioethics*, 13(2), 3-13. doi:10.1080/15265161.2012.750388.
- Tarzian, A. J., Wocial, L. D. y The ASBH Clinical Ethics Consultation. (2015). A Code of Ethics for Health Care Ethics Consultants: Journey to the Present and Implications for the Field. *The American Journal of Bioethics*, 15(5), 38-51. doi:10.1080/15265161.2015.1021966.
- Wasson, K. (2019). Engaging With a New Taxonomy for Clinical Ethics Consultation: What Are the Implications? *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 69-70. doi:10.1080/15265161.2019.1665752.
- Wasson, K., Parsi, M., McCarthy, V. J., Siddall y M. Kuczewski (2016). Developing an evaluation tool for assessing clinical ethics consultation skills in simulation based education: The ACES Project. *HEC Forum* 28 (2):103–13. doi: 10.1007/s10730-015-9276-6.
- Wocial, L. D., E. Molnar y M. A. Ott (2015). Values, quality, and evaluation in ethics consultation. *AJOB Empirical Bioethics*, DOI: 10.1080/23294515.2015.1127295.