

En persona

Atreverse a ser eticista clínico: mi tiempo en Nueva York

Diego Real de Asúa

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, y División de Ética Médica, Departamento de Medicina, Weill Cornell Medicine, Nueva York, NY, Estados Unidos

Guardé el fonendo en su caja y me separé de la práctica médica hace dos años. Colgué la bata blanca para formarme como *fellow* en Ética Clínica en el *Weill Cornell Medical College* de Nueva York, donde vine a aprender las maneras del consultor de ética. Vine porque hace poco más de tres años me di cuenta de un vacío en mi formación. Había completado un máster en bioética, participado en varios cursos de actualización y formación complementaria, formado parte de dos Comités de Ética para la Asistencial Sanitaria (CEAS) y colaborado activamente con el grupo de trabajo en bioética y profesionalismo de mi sociedad científica, pero carecía de un aspecto esencial: la puesta en práctica. Aunque la razón de ser de la ética es precisamente transformar un bagaje teórico en “saber cómo actuar, o, mejor dicho, en una acción consciente”¹, ¿cómo se pasaba de saber de bioética a dedicarse profesionalmente a la ética clínica? Esta es la historia de mi excursión de la teoría a la práctica.

Entonces trabajaba en un hospital universitario de reciente apertura en la periferia de Madrid, en el que estábamos esforzándonos por poner en marcha el grupo promotor de un futuro CEAS. Algunos compañeros empezaron a identificarme como interesado en temas de ética clínica, y comencé a recibir consultas a título individual. Fueron cuatro consultas en menos de 3 meses, que, pese a lo precario de la cifra, suponen un número elevado en comparación con las que reciben anualmente otros CEAS españoles², y reflejan el interés de muchos profesionales sanitarios de aquel hospital en este tema. Aunque atendimos las solicitudes de manera formal y reglada, reuniendo reiterada e intempestivamente a los miembros del grupo, las limitaciones de agenda y presiones asistenciales tanto de los solicitantes como de los miembros del comité hacían de esta una forma de trabajo poco práctica a largo plazo.

Para evitar que el grupo promotor muriera de éxito era preciso encontrar una solución que complementase el rigor deliberativo del comité con una respuesta más flexible,

adaptada al ritmo diario del hospital. Los CEAS son excelentes focos de deliberación y formación, pero no tienen la velocidad de respuesta que la práctica clínica cotidiana exige³. Me daba la sensación de que, en su formato actual, la resolución de problemas éticos exclusivamente a través de consultas a un comité se asemejaba a intentar resolver todas las interconsultas a un servicio mediante sesiones de servicio⁴. Era necesario buscar un modelo alternativo que, al mismo tiempo, fortaleciese y dinamizase al comité, y en mi búsqueda redescubrí los modelos norteamericanos³.

La mayoría de las instituciones sanitarias en Estados Unidos utilizan un modelo de resolución de conflictos éticos de carácter mixto, en el que conviven CEAS y consultores de ética⁵. El CEA del *Hospital New York Presbyterian – Weill Cornell Medical College* se fundó en 1994. Los miembros de la División de Ética Médica, dirigidos por su fundador y mentor, el Dr. Joseph J. Fins, forman parte del Comité, que ofrece un servicio de interconsulta 24 horas al día, toda la semana. Mientras los consultores se encargan de la mayoría de las consultas a pie de cama, el CEAS es el foro de deliberación de aquellos casos particularmente complejos o novedosos y, como también ocurre en nuestro entorno, juega un papel crucial en la educación del personal sanitario y en la creación de directrices y guías institucionales. En *Cornell*, las figuras del comité y consultor, tradicionalmente antagónicas, realmente son complementarias e imprescindibles. Tan necesaria es la supervisión y el consenso normativo que emanan del primero, como la cercanía al paciente del segundo⁶. En palabras de Fins, no se trata de simple coexistencia, sino de eficaz convivencia⁷.

Muchos compañeros en Madrid compartieron conmigo sus dudas cuando fui admitido como *fellow* de ética clínica en *Cornell*. El titubeo no era por la solidez del programa, que contaba con una más que probada experiencia en consultoría ética, sino porque muchos desconfiaban de la aplicabilidad de aquel modelo en nuestro entorno. Ciertamente, ni siquiera yo era realmente consciente entonces de que nuestras similitudes eran mucho mayores que las diferencias. Sin saberlo, iba a aterrizar en el programa de ética más hispanófilo del país.

Para empezar, la mayoría de los miembros de la división de ética médica hablaban español de manera fluida y conocían con detalle nuestra historia y cultura. Algunos, como Joseph Fins, mi Jefe de servicio y Catedrático de Ética médica en la Facultad de Medicina *Weill Cornell*, lo hacían por raíces. Colaborador durante décadas en el Máster de bioética de la Universidad Complutense y Académico de Honor de la Real Academia Nacional de Medicina, su linaje sefardí le hacía pensar un poco con el corazón en lo referente a España o su gente. Es fácil conectar personal y académicamente cuando, cada vez que entraba a su despacho para discutir un proyecto, acabábamos hablando de churros y chocolate en *San Ginés*. Otros, como Inmaculada de Melo-Martin, asturiana y también Catedrática de Ética, por este orden, porque no podían evitarlo.

Esta sintonía cultural limó muchas diferencias a las que aludían mis escépticos compañeros, aunque no las haya hecho desaparecer. En Fins y su equipo hay una constante preocupación por los problemas de fundamentación moral, que acompaña y nutre la resolución práctica de los casos clínicos. Esto es único en los EE.UU., en donde la Ética Médica está desde siempre escorada hacia, y anclada en, la rápida toma de

decisiones y la resolución de conflictos. No obstante, incluso en *Cornell* se siente la primacía de la autonomía individual, reflejo de esta sociedad diversa e individualista. El profesor Fins diría, con una sonrisa a medias, que en los EE.UU. hay cuatro principios bioéticos, “el de autonomía, y otros tres que no recuerdo”. En la práctica, me resultaba todavía una perspectiva muy distinta, una óptica casi opuesta a la que yo conocía. Si quería entender las diferencias entre tradiciones filosóficas, o el contenido de los problemas asistenciales, tendría, en primer lugar, que intentar convertirme en un consultor de ética norteamericano, aunque fuera solo por un rato...

A las pocas semanas de llegar acudí a una sesión de morbi-mortalidad del servicio de medicina interna. Entre otros, iban a comentar un caso en el que habían solicitado una interconsulta a nuestro equipo. La discusión del caso que nos competía transcurrió sin incidentes, pero inmediatamente después comentaron otro que todavía recuerdo. Se trataba de una paciente con un tumor y una elevada sospecha de tromboembolismo pulmonar que rehusaba recibir tratamiento anticoagulante. El foco del debate posterior, para mi sorpresa, no se centró en esta decisión, sino en si la paciente debería haber ingresado en una unidad con o sin monitorización. El residente que presentaba el caso no añadió más información y ningún otro asistente hizo comentario alguno. Preocupado por la perspectiva de esta decisión –cuando menos, algo reduccionista– levanté la mano. Pregunté por qué no se había insistido tras el rechazo del tratamiento, y la respuesta se podría resumir en “paciente competente = respeto a su decisión”. Todavía discrepo de aquella respuesta. Recuerdo que al acabar la sesión, mientras explicaba mi punto de vista a mis compañeros, estos me recomendaban que, “para ser culturalmente bilingüe, tendrás que hacerte a la idea de que eres un *American bioethicist* que, casualmente, vienes de España”⁸.

No es fácil formarse como consultor de ética, y eso que adoptar el rol partiendo de una formación clínica tiene innegables ventajas (y, probablemente, también muchos inconvenientes). En primer lugar, porque requiere menos entrenamiento para navegar en las complejidades del sistema hospitalario. El *fellowship* en Ética Clínica de *Cornell* forma parte de un programa conjunto en consorcio con el *Houston Methodist Hospital* y la Facultad de medicina de la Universidad de Baylor en Texas. Allí, mis compañeros del programa, que provenían de la filosofía y el derecho, tenían que aprender a interpretar la información clínica. En mi caso, al contrario, tenía que centrarme en destripar los detalles clínicos innecesarios y ejercitarme en prestar atención a la historia social y al análisis del problema moral. Tenía que aprender a dejar de ser médico, al menos en parte. Como me insistía el Dr. Fins, era necesario pasar de interpretar los valores de presión arterial y cifras de laboratorio a descubrir y entender los valores del paciente.

La actividad clínica del *fellowship* es una oportunidad de inmersión completa en otra realidad cultural desde una perspectiva distinta. En las casi 100 consultas que he podido realizar de manera independiente en mi segundo año como *fellow*, me he visto reflejado muchas veces en los miembros del equipo médico, frustrados porque la “familia no lo entiende (el pronóstico o gravedad del paciente)”. Pero también he podido sentir la soledad del familiar, angustiado por el peso de una decisión sobre un ser querido, que nunca hubiera deseado que me correspondiese. Reunidos en una sala con el hijo de

una paciente añosa ingresada en la UCI con fracaso multiorgánico, nos esforzábamos por transmitir la gravedad de la situación clínica, y las altas posibilidades de fallecimiento. Mientras el equipo médico defendía que las medidas de soporte vital avanzado solo estaban prolongando el proceso de morir, este familiar lloraba y nos gritaba airado que nunca aceptaría la retirada del tratamiento. En aquel caso, respetamos el deseo del familiar, pese a lo cual la paciente falleció a los pocos días.

En aquella ocasión, aun a riesgo de que me tilden de autonomista, creo que nuestra decisión fue acertada. Hablando con este y otros familiares de la paciente, comprendimos que aunque ella probablemente no hubiera deseado “tanta máquina”, estaría dispuesta a cualquier cosa por satisfacer a sus hijos. Entendimos que esa manera de morir probablemente aportaba sentido a su biografía familiar. La misión del eticista no es avanzar una agenda concreta, sino ayudar a identificar el curso óptimo de acción a través de la deliberación, y solo a través de ese diálogo se puede interpretar el sentido de una decisión y su valor moral. La pregunta no debería solo ser si habría otro camino mejor, sino si las razones para tomar este eran sólidas, y todavía lo creo. Este caso, como tantos otros, ofrece una lectura superficial (en que la decisión estuvo fundamentada en un respeto desmesurado del principio de autonomía) y otra más profunda, que conecta con esa búsqueda de valores y con la integración de la decisión en la narrativa biográfica de la paciente y su familia.

Quizás Nueva York sea un lugar particularmente fértil para esta multiplicidad de interpretaciones. Paseando hace poco por Chinatown, en la esquina de Canal con Lafayette me topé con un inmenso mural de Federico García Lorca, uno de varios que hay dedicados al poeta en la ciudad. La mayoría de las referencias a su estancia americana pintan el paso de Lorca por Nueva York como triste, aislado y depresivo⁹. Lorca se quejaba de la “falta de raíces” de los estadounidenses, y de la dureza de la ciudad, que despierta entre

cuatro columnas de cieno,
y un huracán de negras palomas
que chapotean las aguas podridas.¹⁰

Esta sombría impresión inicial no es reflejo fiel de los matices de la estancia del poeta. En cartas a sus familiares más cercanos, Lorca describía de manera alegre y divertida la ciudad, que presenta como “la ciudad más atrevida y moderna del mundo”¹¹. Sin esta perspectiva, más íntima y personal, parece sencillo interpretar *Poeta en Nueva York* (1930) como una oscura visión autobiográfica, que, sin embargo, ni sería del todo cierta, ni captaría la riqueza de fondo.

Aprendiendo del ejemplo de Lorca, también yo tuve que esforzarme por no ser presa de esa dicotomía simplista que separa nuestras respectivas tradiciones filosóficas. En cierto modo es casi instintivo describir superficialmente la tradición norteamericana como consecuencialista y pragmática, carente de raíces, como sugería Lorca. Cualquier referencia a esta tradición en España, donde por el contrario predomina una orientación “enraizada en una tradición racionalista y principialista”¹², tiene un sabor importado, e

incluso intruso. A pesar de que estas diferencias parecen un escollo a primera vista, al profundizar en las fuentes de ambas tradiciones se ponen de manifiesto muchas homologías¹³.

De hecho, aunque en *Qué es filosofía* (1957) Ortega y Gasset criticara el pragmatismo americano como una filosofía “tan audaz como ingenua”¹⁴, su propia obra inicial tiene una impronta pragmática significativa. En un reciente trabajo en estas mismas páginas con Joseph Fins y Pablo Rodríguez del Pozo describimos la importante relación bidireccional entre Ortega y los filósofos norteamericanos William James y John Dewey, probablemente los representantes más relevantes de la corriente pragmática de finales del siglo XIX y principios del XX¹². Este hallazgo tiene una relevancia particular para la ética clínica, porque para Fins la filosofía pragmática de Dewey era más que un referente académico. En los años 90 Fins había desarrollado un método de análisis ético, el pragmatismo clínico, sobre la teoría de la valoración de Dewey, como respuesta al principialismo inicial de Beauchamp y Childress¹⁵.

Por tanto, en contra de lo que el público español pudiera esperar, el pragmatismo norteamericano no es un producto extemporáneo. Forma parte estructural de la tradición filosófica occidental, y subyace a uno de los métodos más relevantes de análisis ético. Así, la noción orteguiana de “yo soy yo y mi circunstancia”¹⁶ resalta, al igual que lo hacen el pragmatismo de Dewey, las cartas familiares de Lorca o el último caso descrito, la relevancia del *contexto*. Lo que une ambas tradiciones es mayor que lo que *a priori* las separa.

Trabajando como consultor, he sido testigo también de detalles valiosos que en ocasiones quedan olvidados, o se pasan por alto en las críticas al sistema sanitario estadounidense. Su contexto clínico es, evidentemente, muy distinto al español, en aspectos tan esenciales como su financiación, el acceso ordinario y de urgencias de los pacientes al sistema, la información o los servicios que ofrecen al ciudadano. Sin embargo, destaca en la mayoría de profesionales con los que he coincidido una humildad sistémica para reconocer la contribución de cualquier participante en una conversación y la apertura hacia otros sistemas de creencias y valores. Si bien podría discutirse que ambas son consecuencias obligadas y necesarias para garantizar algo más que una mínima convivencia dentro de su heterogeneidad sociocultural, personalmente creo que reflejan una actitud individual más profunda.

Humildad y apertura reflejan un punto de partida por defecto que entiende el respeto al otro como un pilar esencial de su cultura. En este sentido, merecen toda mi defensa, a sabiendas de que corro el riesgo de parecer contaminado por este sistema foráneo. Ahora bien, merece la pena recordar que Diego Gracia no se ha cansado de destacar como requisito imprescindible de una fructífera deliberación la necesidad de otorgar simetría moral a los participantes en un conflicto. Esta simetría no está fundada en otros valores y actitudes que la humildad y la apertura.

Por mi parte, creo que el éxito del consultor depende de su capacidad de promover esta apertura humilde al otro dentro del hospital. Con la misma humildad con que tuve que aprender a mediar entre nuestros contextos culturales a mi llegada, será necesario, a

partir de ahora, traducir de vuelta lo aprendido al contexto de la ética clínica española. Es cierto que formamos una comunidad sociocultural más homogénea, y que esto facilita, en alguna medida, alcanzar acuerdos morales. Ahora bien, es igualmente innegable que los profesionales sanitarios se enfrentan, con más frecuencia de la que desearían, a conflictos éticos que no se ven preparados para resolver y que la mayoría agradece la ayuda de expertos o consultores¹⁷.

Ahora que mi tiempo en Nueva York toca a su fin, me doy cuenta de lo generoso de la apuesta inicial de Joseph Fins, que eligió a un candidato español por encima de cualquier compatriota movido por una generosa carta de recomendación y su afecto al país de origen de su linaje. Me doy cuenta de lo afortunado que he sido de tener a un mentor que se ha prodigado compartiendo conmigo reflexiones, consejos, y estrategias de consulta. Y aprecio particularmente su inmensa capacidad como tutor de investigación, siempre activo, siempre pensando en el siguiente proyecto, feroz en la edición, pero amable y abierto a aprender o a discutir en cada uno de sus encuentros conmigo, en un despacho en que cada recoveco habla de su relación con España. Me queda con él una inmensa deuda de gratitud que espero poder satisfacer con la energía y dedicación, y con el afecto, que el maestro Fins merece.

Solo queda mirar hacia delante. Mi deseo es poder ayudar a integrar a los consultores dentro de los CEAS. Seguro será un proceso laborioso, pero es necesario. Cuando queda poco para mi marcha, el Dr. Fins me recuerda que el actual equipo que conforma la División de Ética Médica es el producto de un trabajo de casi 25 años. No hay motivos para pensar que esta necesaria transformación vaya a tardar menos en nuestro entorno, pero, aun así, tampoco hay razones para el desaliento. Tenemos mucho camino recorrido. En este tiempo, en España han florecido sólidos programas de formación en bioética, que han dado lugar a muchas promociones de profesionales motivados, que participan en sus respectivos CEAS de manera activa e interesada. Disponemos de excelentes mimbres, pero falta el cesto. Tenemos la obligación y el compromiso de solventar la palpable adinamia que los CEAS han padecido en los últimos años^{18, 19}.

No debemos caer en el error de interpretar la incorporación de los consultores como una amenaza a los comités. Por el contrario, la autoridad del consultor depende de que la presencia visible del CEAS, y, a través de los consultores, la visibilidad de los CEAS aumente de manera recíproca⁴. La convivencia de estas figuras se transformará en auténtica sinergia en la medida en que ambos desarrollen conjuntamente las actividades consultiva, educativa e institucional que tanto se necesitan. Ha llegado la hora de los consultores de ética. Gracias a este tiempo en Nueva York, he llegado a entender que estos no deben ser entidades independientes, sino delegados operativos de los CEAS para la resolución de problemas en tiempo real y a pie de cama. Este es, ni más ni menos, el reto a la vuelta, pero, en palabras de otro maestro, por mí, que no quede.

Agradecimientos

Quiero agradecer a todos los miembros de la División de Ética Médica del *Weill Cornell Medical College*, Cathleen Acres, Inmaculada de Melo-Martin, Samantha Knowlton, Ellen Meltzer, Pablo Rodríguez del Pozo, Joan Walker y Joseph Fins su cercanía, hospitalidad y paciencia conmigo. También quiero agradecer el apoyo de los Drs. Augustine I. Choi, Michael G. Stewart, Laura L. Forese y Anthony Hollenberg al *Fellowship* de Ética Clínica del Departamento de Medicina de *Weill Cornell Medical College*. Finalmente, quiero expresar un agradecimiento especial a Diego Gracia, porque sin su apoyo inicial este viaje no hubiera ocurrido.

Notas

- ¹ Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- ² Ribas-Ribas, S. (2006). Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. *Med Clin (Barc)*, 126, 60-6.
- ³ Pose, C. (2016). El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor. *EIDON*, 46, 34-69.
- ⁴ Real de Asúa D, Rodríguez del Pozo P, Fins JJ. (2018). The internist as clinical ethics consultant: an antidote against *the barbarism of specialization* in hospital practice. *Rev Clin Esp*, 218, 142-8.
- ⁵ Fins JJ, Real de Asúa D. (2017). La convivencia entre comités y consultores en ética clínica: un ejemplo de modelo asistencial. En: *Comités de Ética y consultores clínicos: complemento o alternativa en la ética asistencial?* Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas, 46. Barcelona: Fundació Victor Grifols i Lucas, 28-37.
- ⁶ Altisent R, Delgado-Marroquín MT, Martín-Espildora N. (2014). Toward a model that encourages the recruitment of ethics consultants with clinical experience. *Am J Bioeth*, 14, 28-30.
- ⁷ Fins JJ. (2017). *Los comités éticos, los consultores clínicos y la convivencia*. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-joseph-j-fins-los-comites-eticos-los-consultores-clinicos-y-la-convivencia> [consultado el 24 marzo 2018].
- ⁸ Fins JJ, Rodríguez del Pozo P. (2011). The hidden and implicit curricula in cultural context: new insights from Doha and New York. *Acad Med*, 86, 321-5.
- ⁹ Federico García Lorca. Wikipedia. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Federico_Garc%C3%ADa_Lorca#cite_note-0-14 [consultado el 06 de abril de 2018].
- ¹⁰ García Lorca, F. La aurora. En: *Poeta en Nueva York*. Biblioteca Virtual Universal. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/131535.pdf> [consultado el 06 de abril de 2018].
- ¹¹ Federico García Lorca. Biografía. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/portales/federico_garcia_lorca/biografia/ [acceso el 06 de abril de 2018].

¹² Rodríguez del Pozo, P., Fins, J. J. (2011). Diego Gracia, el pragmatismo español y el futuro de la bioética. En: Feito, L., Gracia, D., Sánchez, M., (Eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela.

¹³ Real de Asúa D, Rodríguez del Pozo P, Fins JJ. (2017). Dewey, Ortega, and pragmatism in the Spanish philosophical tradition. *EIDON*, 48, 23-32.

¹⁴ Ortega y Gasset, J. (1983). Qué es filosofía: Unas lecciones de metafísica. En: *Obras completas*, vol. VII. Madrid: Alianza Editorial-Revista de Occidente, 273-328.

¹⁵ Fins JJ, Bacchetta MD, Miller FG. (1997). Clinical pragmatism: a method of moral problem solving. *Kennedy Inst Ethics J*, 7, 129-45.

¹⁶ Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. (ed. 2005). Madrid: Cátedra, 11.

¹⁷ Hurst SA, Reiter-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, et al. (2007). Physician's access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal*, 15, 321-35.

¹⁸ Mills AE, Rorty MV, Spencer EM. (2006). Introduction: Ethics committees and failure to thrive. *HEC Forum*, 18, 279-86.

¹⁹ Fletcher JC, Spencer EM. (2005). Ethics services in healthcare organizations: assuring integrity and quality. En: Fletcher JC, Spencer EM, Lombardo PA (eds). *Fletcher's introduction to clinical ethics* (3rd ed.). Hagerstown: University Publishing Group, 301-2.