

# CONSULTORÍA EN ÉTICA CLÍNICA: MODELOS EUROPEOS Y NUEVAS PROPUESTAS EN ESPAÑA

## CLINICAL ETHICS CONSULTATION: CURRENT EUROPEAN MODELS AND NOVEL APPROACHES IN SPAIN

JOSÉ MARÍA GALVÁN ROMÁN<sup>1+</sup>, JULIA FERNÁNDEZ BUENO<sup>2</sup>, MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ GONZÁLEZ<sup>3\*</sup>, DIEGO REAL DE ASÚA CRUZAT<sup>1\*</sup>

1. Servicio de Medicina Interna. Comité de Ética de la Asistencia Sanitaria. Hospital Universitario de La Princesa.

*c/ Diego de León 62. CP 28006. Madrid. España. Teléfono: +34 915 202 222.*

*Fax: + 34 915 202 209.*

*Correo electrónico de JM Galván Román: josemaria.galvan@salud.madrid.org*

*Correo electrónico de D Real de Asúa Cruzat: diego.realdeasua@gmail.com*

2. Unidad de Cuidados Paliativos. Comité de Ética de la Asistencia Sanitaria. Hospital Universitario de La Princesa.

*juliafebu@gmail.com*

3. Unidad de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

*c/ Villa de Marín 28. CP 28029. Madrid, España. Teléfono 913941414*

*Correo electrónico: migsan@ucm.es*

*+ Autor de correspondencia.*

*\* Ambos autores comparten la autoría sénior.*

### RESUMEN:

#### Palabras clave:

Consultoría de Ética Clínica, Comités de Ética Asistencial, Ética clínica, Bioética en España.

Recibido: 08/12/2019

Aceptado: 14/12/2020

Los Comités de Ética Asistencial (CEAS) han constituido hasta la actualidad el único modelo de resolución de conflictos éticos en el entorno hospitalario en España, aunque su utilidad para mejorar la práctica clínica diaria ha sido puesta en duda. La Consultoría individual en Ética Clínica (CEC) es un modelo complementario al CEAS, eficaz para ayudar a tomar decisiones ético-clínicas complejas a tiempo real. Aunque la CEC está muy extendida en el ámbito estadounidense, todavía goza de poca popularidad en Europa. En el presente trabajo se describen las características generales de los servicios de CEC, remarcando sus ventajas y potenciales riesgos comparándolos con los del modelo basado exclusivamente en los CEAS. En segundo lugar, se recogen las experiencias y modelos de CEC en diversos países europeos, y también presentamos las iniciativas más recientes llevadas a cabo en nuestro país. Tras ello, se propone una estrategia de implantación de un servicio de CEC para un hospital universitario de tamaño medio y se resumen las características mínimas que este servicio de CEC debe tener para poder llevar a cabo eficazmente su labor consultiva: flexibilidad organizativa, composición por profesionales formados en Bioética, con gran experiencia clínica, remunerados específicamente para esta tarea y con dependencia organizativa del CEAS.

**ABSTRACT:****Keywords:**

Clinical Ethics  
Consultation,  
Healthcare Ethics  
Committee, Clinical  
Ethics, Bioethics in  
Spain.

To date, healthcare ethics committees (HEC) have been the only ethics consultation model in the hospital setting in Spain, though their usefulness for ethical conflict resolution in daily practice has been questioned. Individual clinical ethics consultation (CEC) is a complementary ethics consultation model, which has proved efficacious in real-time ethical problem-solving. Although CEC is widely used in North America, its implementation in Europe is still marginal. In this document we present the general characteristics of CEC services, comparing their potential advantages and risks to those of HECs. We will then share relevant European experiences in CEC, as well as review the few CEC initiatives in Spain. Finally, we will share our recent CEC implementation strategy in a national, medium-sized, teaching hospital. We will summarise the minimum requirements that such a CEC service must meet in order to carry out its consulting activity: organisational flexibility, well-trained professionals, with sufficient clinical experience, economical support, and organisational dependency on HECs.

## 1. Desde los comités hacia los consultores: un giro en el modelo de asistencia ética

Los comités de ética asistencial (CEAS) son esenciales para las instituciones sanitarias. Entre otras funciones, los CEAS se encargan de aconsejar a pacientes y profesionales en los conflictos éticos que surgen en la práctica clínica diaria <sup>1</sup>. Sin embargo, diversas dificultades en su estructura y en su modo de trabajo han limitado su actividad. Los escasos estudios de campo realizados en nuestro entorno señalan que en las últimas dos décadas los CEAS han tenido poca actividad ético-asistencial. Un estudio realizado por Ribas-Ribas y cols. sobre 25 CEAS de Cataluña a principios de 2000 observó que dichos comités recibieron aproximadamente cuatro consultas por centro y año <sup>2</sup>. Esta realidad también se ha constatado en otros ámbitos nacionales y europeos <sup>3</sup>. En nuestro centro, sin ir más lejos, la media de casos clínicos recibidos por el CEAS en los 5 años previos a esta publicación fue inferior a 10 casos anuales. La distancia entre la cabecera del paciente y los CEAS es una de las principales causas de esta escasa utilización lo que hace que muchos

profesionales sigan enfrentándose solos a la mayoría de sus problemas éticos, algunos realmente complejos <sup>4</sup>.

Con el fin de acercar la Bioética a los profesionales sanitarios y poder atender a un número creciente de conflictos éticos con la oportuna agilidad se desarrollaron en Estados Unidos los servicios de consultoría individual en ética clínica (Consultoría de Ética Clínica, CEC)<sup>5</sup>. El valor añadido de estos servicios ha sido demostrado extensamente desde finales de la década de los 80 del siglo pasado <sup>6</sup>. Sin embargo, su implementación en Europa ha sido irregular y diversa y, en España, la popularidad de este modelo asistencial en ética clínica todavía es marginal.

En el presente trabajo describimos las características generales de los servicios de CEC, remarcando sus ventajas y potenciales riesgos en comparación con las que ofrece el modelo actualmente vigente en nuestro entorno, basado exclusivamente en los CEAS. En segundo lugar, recogemos las experiencias y modelos de CEC en

1 Vicepresidencia Consejería de Presidencia y Portavocía del Gobierno. Comunidad de Madrid, *Decreto Por El Que Se Regula El Régimen Jurídico de Funcionamiento y La Acreditación de Los Comités de Ética Para La Asistencia Sanitaria y Crean y Regula La Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y El Comité Asesor de Bioética d*, BOCAM, 2013.

2 S. Ribas-Ribas, 'Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento', *Medicina Clínica*, 126, 2 (2006), 60-6.

3 C. Bayley, 'Ethics Committee DX: Failure to Thrive.', *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, 18, 4 (2006), 357-67.

4 S.A. Hurst et al., 'How Physicians Face Ethical Difficulties: A Qualitative Analysis.', *Journal of Medical Ethics*, 31, 1 (2005), 7-14.

5 A lo largo del presente trabajo se utiliza el término Consultoría de Ética Clínica (CEC) para definir la actividad asistencial de uno o varios profesionales dedicados, de forma individual, a la resolución de conflictos morales en el ámbito hospitalario, a tiempo real y a pie de cama.

Si bien CEC es el nombre más extendido para este concepto en lengua castellana, no debe confundirse con el término anglosajón *Clinical Ethics Consultation* (también CEC), ni con el término *Health Care Ethics Consultation (HCEC)* que habitualmente denominan a la consulta ética de manera genérica, lo que puede incluir tanto a la actividad desempeñada por un comité como la desempeñada por un consultor individual.

6 J. La Puma and S.E. Toulmin, 'Ethics Consultants and Ethics Committees.', *Archives of Internal Medicine*, 149, 5 (1989), 1109-12.

diversos países europeos, para continuar presentando las iniciativas más recientes llevadas a cabo en nuestro país. Tras ello, compartiremos nuestra estrategia de implantación de un servicio de CEC en un hospital universitario de tamaño medio y resumiremos las características mínimas que este servicio de CEC debe tener para poder llevar a cabo eficazmente su labor consultiva.

## 2. El consultor de ética clínica

Un consultor en ética clínica se define como aquel "individuo que ofrece un servicio de atención a preguntas de pacientes, familiares, profesionales sanitarios u otras instancias con objeto de resolver o disminuir la incertidumbre en torno a conflictos sobre valores en la práctica clínica"<sup>7</sup>. Esta definición, interpretada de forma amplia, podría incluir labores de mediación, de formación en bioética, incluso de facilitación. La figura del consultor (y el modelo de consultoría ética) se ha desarrollado de manera complementaria y sinérgica a los CEAS<sup>8</sup>. La mayoría de las propuestas de CEC continúan, por tanto, integradas en los CEAS y consisten en incorporar al consultor en ética como delegado operativo de los comités en la práctica diaria<sup>9</sup>.

Los consultores pueden ofrecer importantes ventajas a los CEAS (FIGURA 1). La primera es su cercanía a los casos concretos y su capacidad de atención ágil a un número mayor de ellos. En segundo lugar, en las deliberaciones tradicionales de los CEAS es poco habitual contar de primera mano con la participación de los pacientes o familiares, lo que ocasiona un sesgo narrativo muy significativo. A través del consultor, en cambio, es posible conocer de primera mano los valores, principios y moti-

vaciones que guían al paciente<sup>10</sup>. De este modo, el consultor de ética se convierte en instrumento de auténtico empoderamiento del paciente, introduciendo de manera activa su voz en el proceso deliberativo<sup>11</sup>. Además, el consultor puede servir para incorporar a tiempo real no sólo la visión del equipo médico responsable, sino también la de enfermería, trabajo social y otros agentes implicados. En estos casos, la tarea del consultor no sería exclusivamente realizar un asesoramiento ético unilateral, sino conjugar las diferentes opiniones para ver qué curso de acción es más recomendable, integrando así las distintas perspectivas morales de todos los implicados.

A pesar de la relevancia de las labores de mediación en el acto consultivo, es importante no perder de vista que el objetivo último del consultor no es servir de mediador entre las partes, sino realizar un análisis ético de los cursos de acción posibles en cada caso; la mediación y la búsqueda de consenso serán sin duda herramientas imprescindibles, pero no son el único ni el principal objetivo<sup>12</sup>. También es necesario aclarar que el consultor no debe ser un policía o un juez, que acude a valorar la corrección moral de los actos de otros profesionales o a señalar sus errores, ni un psicólogo que acude a apoyar emocionalmente a pacientes, familiares o profesionales en situaciones emocionalmente gravosas. El consultor es, ante todo, un agente que habla en el lenguaje de los valores y que ayuda a tomar las mejores decisiones clínicas posibles desde esta óptica.

Estudios de campo sugieren que la interconsulta ética podría ayudar a resolver la mayoría de los problemas morales que surgen en la práctica diaria<sup>13</sup>. Más aún, diversas encuestas realizadas a profesionales sanitarios coinciden en que la intervención del consultor también contribuye a mejorar el manejo clínico del paciente, aumentar el conocimiento del equipo asistencial sobre

7 American Society for Bioethics and Humanities' Core Competencies Update Task Force, *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*, American Society for Bioethics and Humanities (ed.), 2nd edn (Glenview, IL, Glenview, IL, 2011).

8 J.J. Fins, 'Los Comités Éticos, Los Consultores Clínicos y La Convivencia', *Medicosypacientes.Com*, version published 2017, <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-joseph-j-fins-los-comites-eticos-los-consultores-clinicos-y-la-convivencia>, accessed 26 October 2019.

9 J.J. Fins and D. Real de Asúa, 'La Convivencia Entre Comités y Consultores En Ética Clínica: Un Ejemplo de Modelo Asistencial', in *Cuadernos de La Fundación Victor Grifols i Lucas*, 46th edn (Barcelona, Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas, 2017), 28–37.

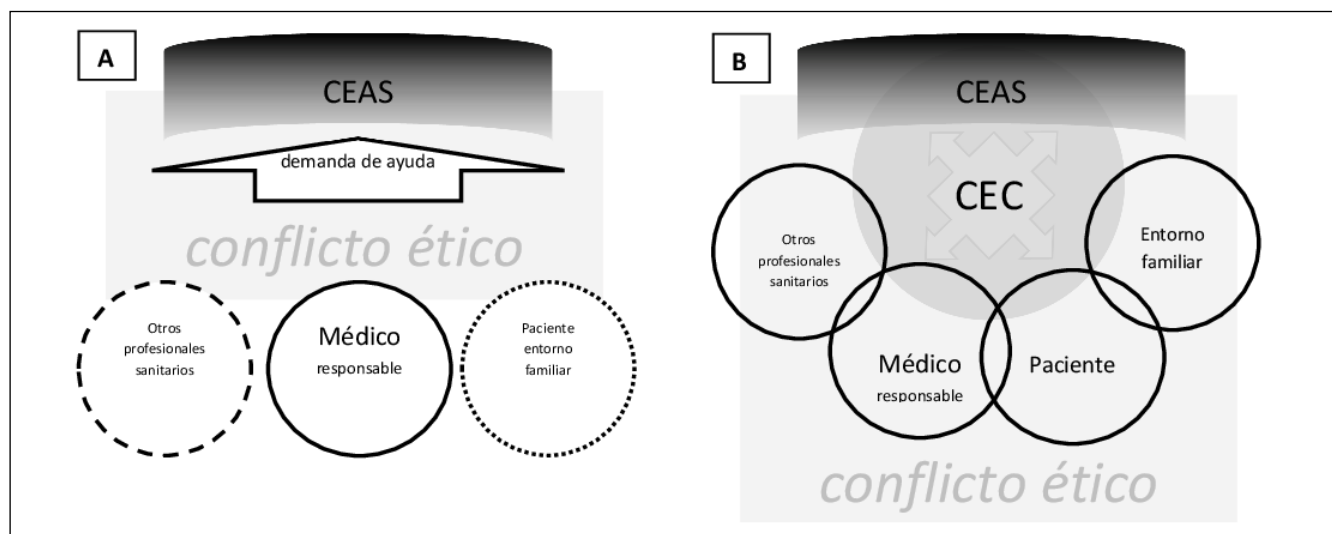
10 R.M. Epstein and E. Peters, 'Beyond Information', *JAMA*, 302, 2 (2009), 195.

11 M.M. Funnell, 'Patient Empowerment: What Does It Really Mean?', *Patient Education and Counseling*, 99, 12 (2016), 1921–2.

12 J.J. Fins, 'Understanding and Utilizing the Convening Power of Ethics Consultation.', *AMA Journal of Ethics*, 18, 5 (2016), 540–5.

13 S.A. Hurst et al., 'Ethical Difficulties in Clinical Practice: Experiences of European Doctors.', *Journal of Medical Ethics*, 33, 1 (2007), 51–7.

Figura 1. Modelo tradicional del CEAS (A) y modelo con CEC integrado (B).



La incorporación de la CEC (*Consultoría de Ética Clínica*) puede ofrecer importantes ventajas respecto a los CEAS tradicionales: atención ágil de un número mayor de casos y seguimiento frecuente, mayor participación de los pacientes y familiares - lo que permite conocer de primera mano valores y motivaciones del paciente - y potencialmente más implicación de enfermería y trabajo social. Todo ello sin perder de vista la tutela institucional del CEAS, garantizando el mantenimiento de la toma de decisiones plural y deliberativa.

problemas éticos y modificar actitudes<sup>14</sup>. De hecho, los pacientes y sus familias también valoran favorablemente la interconsulta ética<sup>15</sup>.

El modelo de consultoría ética presenta también ventajas a nivel docente. La educación de profesionales sanitarios en materia de ética médica o profesionalismo no puede limitarse a lo aprendido en un curso o en un seminario; el análisis compartido de sus propias experiencias clínicas es igualmente imprescindible. Si bien las iniciativas docentes del CEAS y la deliberación pública son de tremendo valor educativo, limitar la docencia de la bioética a estas ocasiones disminuye la posibilidad de impactar de forma real en los profesionales y en las dinámicas institucionales; si los únicos momentos en que se discute de forma reglada aspectos éticos es cuando un caso se comenta en el CEAS, la mayoría de las oportunidades docentes de alto impacto se perderán. Para que esta docencia en tiempo real sea efectiva es necesaria la presencia de consultores apropiadamente entrenados en ética clínica cerca del caso, capaces de debatir paritariamente

con el profesional responsable. Además, los consultores pueden también servir para identificar, en el ejercicio de su labor cotidiana, potenciales cambios de tendencia de problemas éticos clínicamente relevantes que todavía no hayan podido ser detectados por los CEAS<sup>16</sup>.

La implantación de un sistema de consultores de ética es necesaria pero no suficiente para revigorar la práctica ético-clínica en España.

Por otra parte, es cierto que dejar todas las recomendaciones éticas a un solo consultor individual no está exento de riesgos (TABLA 1). Además, es fuente de preocupación la falta de criterios de acreditación y profesionalización de los consultores. De hecho, hay algunos CEAS que muestran su desafección por este modelo, e incluso existen firmes detractores, que ven a la CEC como una amenaza, no confiando en la imparcialidad, la inmediatez, ni en el buen juicio de la figura del consultor<sup>17</sup>.

Sin embargo, sería un error interpretar la incorporación de consultores como una amenaza para los comités

14 J. La Puma et al., 'An Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital. Utilization and Evaluation.', *JAMA*, 260, 6 (1988), 808-11.

15 J.A. McClung et al., 'Evaluation of a Medical Ethics Consultation Service: Opinions of Patients and Health Care Providers', *The American Journal of Medicine*, 100, 4 (1996), 456-60.

16 M.W. McCarthy, D. Real de Asua, and J.J. Fins, 'The Rise of Hospitalists: An Opportunity for Clinical Ethics.', *The Journal of Clinical Ethics*, 28, 4 (2017), 325-32.

17 B. Herreros, 'La Consultoría Ética, ¿alternativa o Complemento a Los CEAs?', in *Comités de Ética y Consultores Clínicos: ¿complemento o Alternativa En La Ética Asistencial?* (2018), 53-66.

Tabla 1. Ventajas y riesgos del modelo de Consultoría individual de Ética Clínica.

	Ventajas	Riesgos
<b>Capacidad de respuesta</b>	Agilidad de asistencia	Precipitación en la actuación
<b>Atención continuada</b>	Seguimiento longitudinal y posibilidad de adaptación	Relativismo moral Ausencia de criterios comunes
<b>Población subsidiaria de consultoría</b>	Incorporación del paciente y familiares a la discusión ética	Confusión con servicios de Atención al Paciente
<b>Disponibilidad</b>	Dedicación permanente y constante	Incapacidad dotacional de recursos humanos
<b>Punto de referencia hospitalaria</b>	Persona de referencia constante para otros servicios	Exceso de personalismo
<b>Docencia</b>	Acción formativa directa sobre otros profesionales	Posibles sesgos de interpretación
<b>Recursos de comunicación</b>	Incorporación de nuevas tecnológicas	Registro parcial de la información clínica y en valores
<b>Organización</b>	Flexibilidad organizativa y adaptabilidad	Falta de reglamentación y desamparo institucional

de ética. Los consultores necesitan el respaldo y la vigilancia institucional del CEAS, que actuará como órgano garante de la calidad del proceso consultivo. Esta supervisión no sólo es indispensable, sino que la autoridad misma del consultor depende de que la presencia del CEAS sea visible a sus espaldas. Además, es muy posible que al implementar la figura del consultor de ética la visibilidad e importancia de los CEAS aumente. Adicionalmente, es también crucial que, tras implementarse el nuevo formato, el CEAS acompañe al consultor con la producción de guías y directrices para la resolución del sinnúmero de problemas o situaciones que, sin la actividad del consultor, podían pasar inadvertidas.

En conclusión, sólo trabajando de forma conjunta con los consultores, podrán los comités desarrollar de manera plena y efectiva sus labores consultiva, institucional y educativa.

### 3. Algunas experiencias de consultoría de ética clínica en Europa

Conocer los diferentes modelos de asesoría en ética clínica utilizados en la Europa continental, más próxima geográfica y culturalmente a España que los de ámbito

anglosajón, nos puede ayudar a definir el modelo más oportuno a desarrollar en nuestro medio.

Exponemos a continuación las distintas iniciativas, resumidas en la TABLA 2. Es importante reseñar inicialmente que, si bien se pueden consultar datos globales sobre la implantación y los recursos disponibles de los CEAS en Europa, no existen registros sobre la actividad de la CEC en otros países de nuestro entorno<sup>18</sup>.

Probablemente, la iniciativa más precoz de CEC en Europa se desarrolló en el Hospital Universitario de Friburgo, en Alemania. En 1996 se fundó el Centro para la Ética y el Derecho en Medicina (ZERM) como parte de la Universidad Albert Ludwig en Friburgo, y a partir de esta institución vinculada al hospital se creó un equipo multidisciplinar (sanitarios, juristas y eticistas) liderado por Stella Reiter-Theil, que, como parte de un programa de investigación clínica, comenzó a prestar servicios de consultoría ética a profesionales y pacientes de ese hospital<sup>19</sup>. En un posterior trabajo de reflexión sobre su

18 J. Glasa, *Ethics Support in Clinical Practice. Status Quo and Perspectives in Europe* (2004).

19 S. Reiter-Theil, 'Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experiences and a Case Study', *Journal of Medical Ethics*, 26, 3 (2000), 198.

Tabla 2. Modelos europeos actuales de asesoría en ética clínica y comparación con España

	CEAS	CEC como mediador/facilitador	CEC como asesor moral	Características diferenciales
Reino Unido	++	-	-	CEAS hegemónico
Alemania	+	+	++	CEC, regulación avanzada
Francia	++	++	+	Modelo del "compromiso"
Italia	+	-	+	Pobre diferenciación con CEI
Países Bajos	+	++	-	Mediación y DMC
Suiza	+	+	+	Importante labor formativa
Países nórdicos	+	++	-	DMC y recursos tecnológicos
España	++	-	-	Apoyo basado en CEAS

CEAS: Comité de Ética de la Asistencia Sanitaria; CEC: Consultoría de Ética Clínica; CEI: Comité de Ética de la Investigación; DMC (Deliberación Moral del Caso, traducido de *Moral Case Deliberation*).

experiencia en CEC, Reiter-Theil reseñaba las necesidades de los profesionales que componían este servicio y daba especial valor a la formación tanto en fundamentos éticos como en medicina práctica, además de en habilidades en mediación, en asesoramiento psicológico y en intervención en situaciones de crisis<sup>20</sup>. A partir de las primeras experiencias satisfactorias, la Academia para la Ética en Medicina (AEM) desarrolló en 2010 una guía clínica para la implantación de servicios de CEC en todos los hospitales alemanes. En ella se ofrecía una propuesta de acreditación en tres categorías - *consultor*, *coordinador* y *formador* - basada en los estudios formales previos y en el grado de experiencia clínica de los consultores<sup>21</sup>. Más recientemente, una encuesta sobre el estado de los CEC en el país realizada en 2014 reflejaba que una gran parte de hospitales habían puesto en funcionamiento estructuras de CEC (90,8%). Sin embargo, su desarrollo práctico era muy desigual: sólo el 46,8% dejaba constancia de su labor en la historia clínica, el 28,1% no proporcionaba formación en bioética, y menos de una

cuarta parte (21,7 %) tenían financiación específica para sus consultores<sup>22</sup>.

En Suiza las iniciativas de CEC también tienen cierto arraigo, probablemente debido a la influencia germana y al magisterio de Reiter-Theil, desde hace años profesora en el *Instituto de Ética Biomédica* de Basilea. Una de sus experiencias más notables proviene del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Zurich. Allí se instauró un servicio de consultoría ética con una gran carga formativa y multidisciplinar, y se evaluaron los resultados en los primeros 5 años de funcionamiento: el 81% de la familias se mostraron de acuerdo con las recomendaciones iniciales del CEC y un 10% adicional se mostraron de acuerdo con las mismas conforme aumentaba el número de entrevistas por caso<sup>23</sup>.

Otro de los países donde más esfuerzos se están destinando al desarrollo del modelo de CEC es Italia. A principios de la década de los 90, la bioética en este país estaba estructurada en comités con estatutos y funciones muy diferentes según hospitales y regiones. No fue

20 S. Reiter, *The Freiburg Approach to Ethics Consultation: Process, Outcome and Competencies*.

21 Akademie für Ethik in der Medizin, 'Standards Für Ethikberatung in Einrichtungen Des Gesundheitswesens', *Ethik in Der Medizin*, 22, 2 (2010), 149-53.

22 M. Schochow, G. Rubeis, and F. Steger, 'The Application of Standards and Recommendations to Clinical Ethics Consultation in Practice: An Evaluation at German Hospitals', *Science and Engineering Ethics* (2016).

23 J.C. Streuli et al., 'Five-Year Experience of Clinical Ethics Consultations in a Pediatric Teaching Hospital' (n.d.).

hasta 1997 cuando comienzan a registrarse diferencias entre los CEAS y los Comité de Ética de la Investigación Clínica, y no fue hasta 2017 que las funciones de ambos comités se separaron de forma definitiva <sup>24</sup>. Quizá estimulados por esta falta de dedicación a la resolución de problemas clínicos, en el año 2013 el *Gruppo Interdisciplinare di Bioetica Clinica e Consulenza Etica in ambito sanitario* (GIBCE) promueve el llamado *Documento de Trento*, donde se establecen las bases para el desarrollo de la CEC en todo el territorio nacional <sup>25</sup>. Pese al escaso margen temporal desde entonces, ya existen algunas experiencias notables en CEC, como la del Laboratorio de Bioética Clínica de la Universidad de Padua que ha conseguido la acreditación ISO 9001 para su labor asistencial y formativa <sup>26</sup>. Sin embargo, el desarrollo efectivo de este modelo a nivel estatal ha sido decepcionante. Algunos autores han sugerido apostar por un modelo próximo al estadounidense, sin capacitaciones formativas obligatorias, pero acreditando al consultor mediante la evaluación de un portafolio de actividades <sup>27</sup>.

En Francia, la primera estrategia de CEC apareció a partir de 2002 en el Hospital Cochin de París, a semejanza del modelo de consultoría norteamericano <sup>28</sup>. Desde entonces, este modelo de asesoría ética se ha ido extendiendo por el territorio nacional galo, si bien muy lentamente y sin llegar a ser mayoritario. En un artículo de 2015, Fournier y colaboradores explican en profundidad el desarrollo de su tipo de consultoría, que ellos llaman de “compromiso” (*commitment*), en el que incluyen las tres funciones más extendidas de la CEC: *facilitación*, o empoderamiento de los pacientes a tomar decisiones informadas; *asesoramiento moral experto*, o búsqueda de soluciones moralmente aceptables, y *mediación*, como propuesta de soluciones de consenso que

puedan ser aceptables por todos los actores implicados en el conflicto <sup>29</sup>.

A pesar de que muchos de los avances que han aparecido al otro lado del Atlántico han llegado a Europa a través de Reino Unido, el modelo dominante de asistencia en ética clínica en los hospitales británicos continúa siendo el basado en los CEAS. Esto se debe, al menos en parte, a la labor integradora y reguladora de la *UK Clinical Ethics Network* <sup>30</sup>. Sin embargo, son múltiples los trabajos de campo que destacan las limitaciones de este modelo. Aunque la mayoría de encuestados creen en la necesidad de apoyo de ética clínica en el NHS, muchos consideran que se hace un uso limitado de este recurso <sup>31</sup>.

Así, en tiempos muy precoces (1996) Craig proponía la mediación a través de una consultoría ética como mejor herramienta para la resolución de conflictos morales. Esta autora hablaba de una ética *eirénica*, con participación de familiares y otros profesionales hospitalarios (como trabajo social), en la que el mediador ayudara al paciente a tomar las mejores decisiones con toda la información disponible <sup>32</sup>. Pese a que voces posteriores han continuado pidiendo abandonar la “inflexibilidad” de los CEAS e incorporar el apoyo de consultores a la práctica clínica habitual en el *National Health System* <sup>33</sup>, la realidad es que una encuesta realizada en 2012 en todo Reino Unido solo identificó un hospital en la que existiera un bioeticista consultor añadido al CEAS institucional <sup>34</sup>. A la vista de estos resultados, no parece que los partidarios de la incorporación de la CEC a la práctica clínica en Reino Unido hayan conseguido consolidar su propuesta.

En otros países europeos la situación es igualmente heterogénea. En un informe de 2013 de los Países Bajos

24 Comitato Nazionale per la Bioetica, *COMITATI PER L'ETICA NELLA CLINICA* Italia, 2017.

25 M. Zonza and P. Refolo, 'Documento Di Trento La Consulenza Etica in Ambito Sanitario in Italia', *Medicina e Morale*, 63, 1 (2014).

26 P. Tozzo et al., 'Certification ISO 9001 in Clinical Ethics Consultation for Improving Quality and Safety in Healthcare', *International Journal for Quality in Health Care*, 30, 6 (2018), 486-91.

27 Comitato Nazionale per la Bioetica, *op. cit.*, (note 24).

28 V. Fournier and M. Pousset, '[Cochin Hospital Clinical Ethics Center: The First Two Years].', *Presse Medicale (Paris, France : 1983)*, 35, 6 Pt 1 (2006), 960-6.

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

30 A. Slowther et al., 'Development of Clinical Ethics Committees', *Bmj*, 328, 7445 (2004), 950-2.

31 J.M. Whitehead et al., 'Consultation Activities of Clinical Ethics Committees in the United Kingdom: An Empirical Study and Wake-up Call', *Postgraduate Medical Journal*, 85, 1007 (2009), 451-4.

32 Y.J. Craig, *Patient Decision-Making: Medical Ethics and Mediation*, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 22 (1996).

33 D.K. Sokol, 'Meeting the Ethical Needs of Doctors', *Bmj*, 330, 7494 (2005), 741-2.

34 A.M. Slowther, L. McClimans, and C. Price, 'Development of Clinical Ethics Services in the UK: A National Survey', *Journal of Medical Ethics*, 38, 4 (2012), 210-4.

se aseguraba que la implantación de los CEAS es relativamente alta tanto en hospitales de agudos como en instituciones de salud mental, pero que la implantación de la CEC es anecdótica<sup>35</sup>. Sin embargo, allí se utiliza desde hace años una forma de apoyo bioético llamado deliberación sobre el caso moral (*Moral Case Deliberation, MCD*), una herramienta de resolución de conflictos en la que un grupo profesionales sanitarios, con más o menos formación en bioética, se ayudan a través de un método socrático de preguntas y respuestas a avanzar en la comprensión del conflicto ético subyacente. El objetivo de este método no es el de proponer cursos de acción, sino analizar los determinantes éticos del caso. Para ello, este método se estructura habitualmente a través de una conversación y es moderado por un facilitador que sí suele ser bioeticista<sup>36</sup>.

Esta estrategia *bottom-up* que se apoya en los consensos y en la resolución de conflictos por parte de los propios profesionales - en contraposición a la tradicional *top-down* bajo la tutela experta del consultor - está también implantada en los países escandinavos<sup>37</sup>.

#### 4. Las puntuales experiencias españolas en CEC

Son contadas las experiencias de CEC reconocidas e institucionalizadas en nuestro marco asistencial y la mayoría se han desarrollado en los últimos 10 años. Así, Altisent y col. apuntaron en un conciso trabajo de 2013 las ventajas e inconvenientes de los distintos modelos de asesoría ética en nuestro entorno (equiparable al resumen de TABLA 1)<sup>38</sup>. En esta misma línea argumental, Real de Asúa y col. han sugerido algunas propuestas teóricas para facilitar la implementación del modelo de

CEC en nuestro medio, abogando por un modelo mixto, en que convivan consultores y comités<sup>39</sup>.

Una de las pocas iniciativas constatadas de los últimos años fue la desarrollada por el CEAS del Área de Salud de León, liderada por Antonio Blanco. Esta propuesta comenzó con un periodo de formación de profesionales de múltiples CEAS de este área sanitaria a lo largo del año 2015; posteriormente, y previa autorización por la Comisión de Bioética de Castilla y León, en 2017 se modificaron los estatutos de dicho CEAS para acoger a un servicio de CEC compuesto por tres miembros. La aceptación de este servicio en los primeros meses de funcionamiento fue muy favorable<sup>40</sup>, aunque su continuidad en el tiempo se ha visto recientemente comprometida. Otras experiencias de CEC como la de José Miguel Hernández-Mansilla en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid) o la de Benjamín Herreros en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Alcorcón, Madrid) tampoco se han consolidado en el tiempo.

Más recientemente (primer semestre de 2019) el Hospital Universitario Infanta Elena (Valdemoro, Madrid) ha puesto en marcha un Departamento de Bioética Clínica, dependiente de su CEAS de referencia e integrado dentro de su cartera de servicios asistencial. Este departamento plantea un modelo de funcionamiento integrado, que instala al CEC en su centro<sup>41</sup>. Lamentablemente, todavía no disponemos de datos para valorar el éxito de estas valiosas iniciativas a medio o largo plazo.

#### 5. Nuevas propuestas: desafíos del modelo princesa de CEC

Desde nuestra institución, y teniendo en cuenta las potenciales ventajas de esta forma de organización de

35 L. Dauwerse et al., 'Implicit and Explicit Clinical Ethics Support in The Netherlands: A Mixed Methods Overview Study', *HEC Forum*, 26 (2014), 95-109.

36 M. Svantesson et al., *Outcomes of Moral Case Deliberation - the Development of an Evaluation Instrument for Clinical Ethics Support (the Euro-MCD)* (2014).

37 M.M. Haan et al., 'Impact of Moral Case Deliberation in Healthcare Settings: A Literature Review', *BMC Medical Ethics*, 19, 1 (2018), 85; J.C. de Snoo-Trimpe et al., 'Field-Testing the Euro-MCD Instrument: Experienced Outcomes of Moral Case Deliberation', *Nursing Ethics* (2019), 096973301984945.

38 R. Altisent, N. Martín-Espildora, and M.T. Delgado-Marroquín, 'Health Care Ethics Consultation. Individual Consultant or Committee Model?: Pros and Cons', <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750394>, 13, 2 (2013), 25-7.

39 Herreros, B. "La Consultoría Ética, ¿alternativa o Complemento a Los CEA?", in *Comités de Ética y Consultores Clínicos: ¿complemento o Alternativa En La Ética Asistencial?* (2018), 53-66; Real de Asúa, D., Rodríguez del Pozo, P., y Fins, J.J. "El Internista Como Consultor de Ética Clínica: Un Antídoto Contra «la Barbarie Del Especialismo» En La Práctica Hospitalaria", *Revista Clínica Española*, 218, 3 (2018), 142-148.

40 A. Blanco, 'Consultores de Ética Clínica', *Bioética Complutense*, Diciembre, 32 (2017), 51-52.

41 *El Hospital Universitario Infanta Elena Crea y Presenta Su Departamento de Bioética Clínica Para Asesorar En Conflictos Éticos En La Práctica Asistencial | Hospital Universitario Infanta Elena* (n.d.).



la ética clínica hospitalaria, pensamos que era necesario formular una propuesta de CEC.

El proyecto del CEAS del Hospital Universitario de La Princesa, en Madrid, es crear un servicio de interconsulta en ética clínica vinculado y dependiente del comité, pero al mismo tiempo autónomo y estable en el tiempo. Su misión será trabajar para la resolución de los conflictos éticos de la práctica cotidiana a tiempo real y a pie de cama, siempre que las circunstancias del caso no recomienden su valoración por el CEAS en su conjunto.

Como rasgos característicos, esta propuesta nace afrontando tres desafíos.

El **primer desafío** es facilitar la participación de pacientes y familiares, promoviendo que este colectivo también solicite asesoramiento ético. Esta es una primera barrera de calado, porque si bien la participación de pacientes y familiares en las deliberaciones del CEAS estaba recogida en los estatutos de nuestro comité, en la práctica la solicitud de ayuda estaba limitada a profesionales sanitarios. Sin embargo, es vocación de este servicio de interconsulta la promoción efectiva de la autonomía del paciente, devolviéndole la voz que en ocasiones previas pudo haber perdido y restableciendo su participación en la mesa de deliberación. No obstante, esta apertura a nuevos solicitantes plantea la posibilidad de que se soliciten los servicios del consultor para problemas puramente legales o administrativos, que pueden distar sustancialmente de ser conflictos éticos. Reconocemos que será necesaria una labor de formación integral que explique en qué consiste un problema ético tanto para pacientes y familiares como para profesionales. De acuerdo a las directrices de la Sociedad Americana de Bioética y Profesionalismo (ASBH por sus siglas en inglés) hemos planteado como criterio básico de consulta que si una circunstancia genera para un paciente, familiar o profesional una preocupación ética, se debe asumir que es un conflicto ético verdadero.<sup>42</sup> Para facilitar el acceso de pacientes y familiares al servicio de interconsulta se contará con el servicio de Atención al Paciente y se incluirá información específica en la Guía

de Bienvenida, reflejando qué es la CEC, cuáles pueden ser los motivos generales de llamada, cómo contactar con el equipo de interconsulta y qué resultado se puede esperar de esa consulta.

El **segundo desafío** es mantener el espíritu deliberativo propio del CEAS. Conocedores de la preocupación que puede suponer que conflictos éticos complejos sean atendidos, e incluso resueltos, por un profesional único, hemos acordado en nuestro centro que, al menos durante el proceso de implantación y pilotaje, ningún caso será atendido y resuelto por una sola persona o bajo un único criterio. Para alcanzar esta meta, hemos establecido un subcomité del CEAS *ad hoc*, formado, al menos, por el equipo de consultores, que se reunirá con una periodicidad semanal para comentar y revisar la evolución de los casos abiertos. Este equipo estará integrado por profesionales de diferentes disciplinas y especialidades, que contrastarán sus valoraciones y respuestas mediante el método deliberativo. Esta estrecha supervisión no resta valor a la actividad del consultor, cuya tarea será recibir la consulta, realizar una valoración inicial del caso y proponer cursos intermedios razonables que permitan avanzar en su resolución, si bien no clausurarlo ni elaborar el informe definitivo. Además, se listarán todos los casos y se expondrán de forma resumida aquellos más relevantes en las reuniones mensuales ordinarias del CEAS, explicando en sesión plenaria el proceso de toma de decisiones y las conclusiones alcanzadas. Esta tarea, lejos de duplicar trabajo, cumple una doble función: en primer lugar, garantizar que el CEAS actúe de manera efectiva como órgano de vigilancia institucional; en segundo lugar, promover la formación del resto de miembros del comité que no formen parte del equipo consultor a través de la discusión de casos clínicos recientes, de envergadura y relevancia variable. De esta forma, el CEAS promueve formación continuada interna para aquellos miembros que, por sus circunstancias, no puedan acudir a las reuniones semanales o que carezcan de formación para actuar como consultores. Finalmente, todos los datos de la actividad consultiva quedarán reflejados en la memoria anual del comité, como garantía de transparencia.

El **tercer desafío** es garantizar la excelencia del equipo de consultores. Para ello, se han propuesto unos

<sup>42</sup> G. Magill, 'Quality in Ethics Consultations.', *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 16, 4 (2013), 761-74.

estándares mínimos de formación y experiencia clínica para aquellos profesionales miembros del CEAS que quieran participar en el servicio de interconsulta. Así, a semejanza del modelo alemán de CEC y de la propuesta de acreditación ofrecida por Acres y col.<sup>43</sup>, hemos establecido dos niveles formativos: el consultor y el coordinador en ética clínica. Al *consultor* se le exigirá un grado de formación en bioética de al menos 25 horas y la participación en, al menos, 25 casos. Mientras tanto, para alcanzar el grado de *coordinador* del servicio de interconsulta se exige una formación universitaria de postgrado de más de 50 horas, así como la participación en la resolución de al menos 50 casos. Dentro de sus atribuciones, tanto los consultores como el coordinador tendrán un porcentaje variable de tiempo liberado para esta tarea, pero también el compromiso de disponibilidad. Elaborarán informes que quedarán recogidos en la historia clínica, siguiendo los principios de confidencialidad debidos. Habrá un teléfono móvil de contacto y una dirección de correo electrónico, inicialmente en horario laboral, para atención de consultas urgentes. Conocerán e integrarán en su abordaje a todos los implicados en el caso, teniendo especial cuidado en la diversidad social, cultural y religiosa.

A nivel estructural planteamos que la CEC debe funcionar como una subcomisión del CEAS - y por tanto dependiente de ésta - pero es nuestro deseo que tenga atribuciones y funcionalidades propias de las unidades asistenciales como las que se desarrollan en nuestro centro. Por poner un ejemplo, la Unidad de Cuidados Paliativos está integrada por profesionales de distintas especialidades y no tiene rango de servicio, pero dispone de todas las atribuciones propias de una unidad asistencial: está incluida en la cartera de servicios del centro, hay profesionales dedicados a tiempo completo, tienen un lugar de trabajo y unos recursos asignados, y son responsables de sus actuaciones desde un punto de vista legal. Entendemos que esta propuesta de organización estructural no entra en conflicto con la normativa vigente, por lo que

43 Akademie für Ethik in der Medizin, *op. cit.*, (note 21); C.A. Acres et al., 'Credentialing the Clinical Ethics Consultant: An Academic Medical Center Affirms Professionalism and Practice.', *The Journal of Clinical Ethics*, 23, 2 (2012), 156-64.

podría ser exportable a otros centros hospitalarios que cuenten con CEAS acreditado a lo largo y ancho del país.

Actualmente el proyecto se encuentra en periodo de implantación. Este proceso ha comenzado con una fase de diseminación y formación del personal sanitario, tanto de facultativos médicos como de los equipos de enfermería. El objetivo de esta fase es aclarar qué es un consultor de ética y un comité de ética asistencial, así como explicar qué es y qué se puede esperar de una interconsulta. En paralelo, se está desarrollando una fase de pilotaje de seis meses de duración, en la que el equipo de consultores atenderá consultas al mismo tiempo que mantendrá su carga asistencial dentro de su jornada laboral. Por último, tras esta fase piloto y si los resultados son positivos, se solicitará dedicación exclusiva de parte del equipo consultor, con el objetivo de profesionalizar la labor del CEC y de dar un servicio completo y estable en el tiempo.

## 6. Marco teórico del modelo Princesa de consultoría ética

La propuesta descrita muestra un intento de desarrollo independiente de CEC, valorando experiencias previas norteamericanas y europeas. Así, es patente la influencia de los postulados de la *American Society for Bioethics and Humanities* en lo relativo a las competencias mínimas de un interconsultor<sup>44</sup>; la orientación del modelo de Reiter-Theil respecto a la integración de acción consultora y formación continua de y hacia los interlocutores<sup>45</sup>; y las premisas del modelo de compromiso de Fournier, definiendo el triple desempeño de un consultor como asesor moral, facilitador y mediador en conflictos éticos<sup>46</sup>. Esto no quiere decir que nuestra propuesta siga una determinada línea de opinión, sino que ha tenido en cuenta modelos de éxito publicados y llevados a la práctica, y no necesariamente incluye todas

44 A.J. Tarzian, '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', *American Journal of Bioethics*, 13, 2 (2013), 3-13.

45 S. Reiter-Theil, *Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experiences and a Case Study* (2000).

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

las corrientes de pensamiento sobre la naturaleza de la consultoría ética y el debate existente sobre ella<sup>47</sup>.

Los autores de este artículo hacen constar que entienden los problemas o interrogantes éticos como conflictos entre valores, que siendo todos ellos dignos de tenerse en cuenta “*prima facie*”, no pueden realizarse simultáneamente. Y para resolver esos problemas proponen una deliberación axiológica que intenta encontrar el curso de acción óptimo, que es el que maximiza y armoniza de la mejor manera posible esos valores éticos en conflicto.

Damos por supuesto que aquellos intereses de las partes en conflicto que sean inmorales, ilegítimos o espurios, no deben ser nunca avalados ni justificados por la ética.

Por lo demás, entendemos que la labor de los comités y los consultores de ética puede realizarse en un marco pluralista, compatible con las distintas teorías éticas que puedan tener todos los participantes.

## 7. Conclusiones

Las ventajas de la CEC son evidentes, pero este modelo de asesoría ética no está exento de posibles riesgos. La naturaleza del proceso consultivo exige habilidades de comunicación y tolerancia a distintos puntos de vista. La moderación, la visión interdisciplinaria, y la capacidad de búsqueda de un consenso abierto, sin imposiciones, a través del diálogo con todas las partes son asimismo instrumentos esenciales para la consulta ética. Es de vital importancia entender la CEC como un instrumento dinámico de resolución de problemas éticos en el entorno sanitario, sin caer en la tentación de implantarlos como árbitros para decidir en situaciones de simple conflicto de intereses.

Es el momento de dar un paso más en la aplicación de la bioética a la resolución de conflictos éticos en el entorno hospitalario de nuestro país, mediante el desarrollo de una consultoría de ética clínica. Desde nuestro centro proponemos la creación de un servicio de CEC dependiente organizativamente del CEAS que sea dinámico, compuesto por profesionales formados en

fundamentos éticos, con experiencia clínica, liberados y remunerados específicamente para esta tarea, con la misión de proporcionar ayuda inmediata y experta a profesionales y pacientes. Esperamos que la presente propuesta pueda servir como incitación y detonante de un debate que involucre a más profesionales que persigan, como nosotros, ayudar más y mejor a profesionales y pacientes en la toma de decisiones clínicas acordes con sus valores morales.

## 8. Contribución de los autores

JMGR fue el promotor conceptual del documento, llevó a cabo la revisión bibliográfica y el primer borrador. DRA participó de forma determinante en los apartados sobre consultoría ética en Europa y en la estructuración lógica de la información, además de en la revisión de los distintos borradores. JFB hizo aportaciones fundamentales en la información sobre las experiencias de consultoría en España y en las conclusiones generales. MASS participó en la concepción original del manuscrito, en la orientación del tema de estudio y en la revisión de los sucesivos borradores. Por último, todos los autores han participado en la elaboración del borrador definitivo y están de acuerdo con las opiniones vertidas en el mismo.

## Referencias

- Acres, C.A., Prager, K., Hardart, G.E., and Fins, J.J., ‘Credentialing the Clinical Ethics Consultant: An Academic Medical Center Affirms Professionalism and Practice.’, *The Journal of Clinical Ethics*, 23, 2 (2012), 156–64.
- Akademie für Ethik in der Medizin, ‘Standards Für Ethikberatung in Einrichtungen Des Gesundheitswesens’, *Ethik in Der Medizin*, 22, 2 (2010), 149–53.
- Altisent, R., Martín-Espildora, N., and Delgado-Marroquín, M.T., ‘Health Care Ethics Consultation. Individual Consultant or Committee Model?: Pros and Cons’, <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750394>, 13, 2 (2013), 25–7.
- American Society for Bioethics and Humanities’ Core Competencies Update Task Force, *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities*

<sup>47</sup> Friedrich AB. “The Pitfalls of Proceduralism: An Exploration of the Goods Internal to the Practice of Clinical Ethics Consultation”. *HEC Forum*. 2018 Dec;30(4):389-403.

- ties, American Society for Bioethics and Humanities (ed.), 2nd edn (Glenview, IL, Glenview, IL, 2011).
- Bayley, C., 'Ethics Committee DX: Failure to Thrive.', *HEC Forum: An Interdisciplinary Journal on Hospitals' Ethical and Legal Issues*, 18, 4 (2006), 357–67.
- Blanco, A., 'Consultores de Ética Clínica', *Bioética Complutense*, Diciembre, 32 (2017), 51–52.
- Comitato Nazionale per la Bioetica, *COMITATI PER L'ETICA NELLA CLINICA* Italia, 2017.
- Craig, Y.J., *Patient Decision-Making: Medical Ethics and Mediation*, *Journal of Medical Ethics*, Vol. 22 (1996).
- Dauwerse, L., Froukje, T., Abma, W., Molewijk, B., Widdershoven, G., Dauwerse, L., et al., 'Implicit and Explicit Clinical Ethics Support in The Netherlands: A Mixed Methods Overview Study', *HEC Forum*, 26 (2014), 95–109.
- El Hospital Universitario Infanta Elena Crea y Presenta Su Departamento de Bioética Clínica Para Asesorar En Conflictos Éticos En La Práctica Asistencial | Hospital Universitario Infanta Elena* (n.d.).
- Epstein, R.M., and Peters, E., 'Beyond Information', *JAMA*, 302, 2 (2009), 195.
- Fins, J.J., Bacchetta, M.D., and Miller, F.G., 'Clinical Pragmatism: A Method of Moral Problem Solving', *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 7, 2 (1997), 129–45.
- Fins, J.J., 'Los Comités Éticos, Los Consultores Clínicos y La Convivencia', *Medicosypacientes.Com*, version published 2017, <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-joseph-j-fins-los-comites-eticos-los-consultores-clinicos-y-la-convivencia>, accessed 26 October 2019.
- Fins, J.J., and Real de Asúa, D., 'La Convivencia Entre Comités y Consultores En Ética Clínica: Un Ejemplo de Modelo Asistencial', in *Cuadernos de La Fundación Victor Grifols i Lucas*, 46th edn (Barcelona, Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas, 2017), 28–37.
- Fins, J.J., 'Understanding and Utilizing the Convening Power of Ethics Consultation.', *AMA Journal of Ethics*, 18, 5 (2016), 540–5.
- Fournier, V., and Pousset, M., '[Cochin Hospital Clinical Ethics Center: The First Two Years].', *Presse Médicale (Paris, France : 1983)*, 35, 6 Pt 1 (2006), 960–6.
- Fournier, V., Spranzi, M., Foureur, N., and Brunet, L., 'The "Commitment Model" for Clinical Ethics Consultations: Society's Involvement in the Solution of Individual Cases.', *The Journal of Clinical Ethics*, 26, 4 (2015), 286–96.
- Funnell, M.M., 'Patient Empowerment: What Does It Really Mean?', *Patient Education and Counseling*, 99, 12 (2016), 1921–2.
- Glaser, J., *Ethics Support in Clinical Practice. Status Quo and Perspectives in Europe* (2004).
- Gracia, D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad (Madrid, Madrid: Eudema, 1989).
- Haan, M.M., van Gorp, J.L.P., Naber, S.M., and Groenewoud, A.S., 'Impact of Moral Case Deliberation in Healthcare Settings: A Literature Review', *BMC Medical Ethics*, 19, 1 (2018), 85.
- Herreros, B., 'La Consultoría Ética, ¿alternativa o Complemento a Los CEA?', in *Comités de Ética y Consultores Clínicos: ¿complemento o Alternativa En La Ética Asistencial?* (2018), 53–66.
- Hurst, S.A., Hull, S.C., DuVal, G., and Danis, M., 'How Physicians Face Ethical Difficulties: A Qualitative Analysis.', *Journal of Medical Ethics*, 31, 1 (2005), 7–14.
- Hurst, S.A., Perrier, A., Pegoraro, R., Reiter-Theil, S., Forde, R., Slowther, A.-M., et al., 'Ethical Difficulties in Clinical Practice: Experiences of European Doctors.', *Journal of Medical Ethics*, 33, 1 (2007), 51–7.
- Magill, G., 'Quality in Ethics Consultations.', *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 16, 4 (2013), 761–74.
- Martínez Gómez, Jesús Armando, 'Bioética, Vida Buena, Felicidad y Bienestar En Un Mundo Globalizado', *Contribuciones a Las Ciencias Sociales* (2010), [www.eumed.net/rev/cccs/09/jamg.htm](http://www.eumed.net/rev/cccs/09/jamg.htm), accessed 21 November 2020.
- McCarthy, M.W., Real de Asua, D., and Fins, J.J., 'The Rise of Hospitalists: An Opportunity for Clinical Ethics.', *The Journal of Clinical Ethics*, 28, 4 (2017), 325–32.
- McClung, J.A., Kamer, R.S., DeLuca, M., and Barber, H.J., 'Evaluation of a Medical Ethics Consultation Service: Opinions of Patients and Health Care Providers', *The American Journal of Medicine*, 100, 4 (1996), 456–60.

- Pastor, L.M., 'De la Bioética de la Virtud a la Bioética Personalista: ¿Una integración posible?', *Cuadernos de Bioética*, XXIV 2013/1ª (2013), 8.
- La Puma, J., Stocking, C.B., Silverstein, M.D., DiMartini, A., and Siegler, M., 'An Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital. Utilization and Evaluation.', *JAMA*, 260, 6 (1988), 808–11.
- La Puma, J., and Toulmin, S.E., 'Ethics Consultants and Ethics Committees.', *Archives of Internal Medicine*, 149, 5 (1989), 1109–12.
- Real de Asúa, D., Rodríguez del Pozo, P., and Fins, J.J., 'El Internista Como Consultor de Ética Clínica: Un Antídoto Contra «la Barbarie Del Especialismo» En La Práctica Hospitalaria', *Revista Clínica Española*, 218, 3 (2018), 142–148.
- Reiter, S., *The Freiburg Approach to Ethics Consultation: Process, Outcome and Competencies*.
- Reiter-Theil, S., 'Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experiences and a Case Study', *Journal of Medical Ethics*, 26, 3 (2000), 198.
- Reiter-Theil, S., *Ethics Consultation on Demand: Concepts, Practical Experiences and a Case Study* (2000).
- Ribas-Ribas, S., 'Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento', *Medicina Clínica*, 126, 2 (2006), 60–6.
- Schochow, M., Rubeis, G., and Steger, F., 'The Application of Standards and Recommendations to Clinical Ethics Consultation in Practice: An Evaluation at German Hospitals', *Science and Engineering Ethics* (2016).
- Slowther, A., Johnston, C., Goodall, J., and Hope, T., 'Development of Clinical Ethics Committees', *Bmj*, 328, 7445 (2004), 950–2.
- Slowther, A.M., McClimans, L., and Price, C., 'Development of Clinical Ethics Services in the UK: A National Survey', *Journal of Medical Ethics*, 38, 4 (2012), 210–4.
- De Snoo-Trimp, J.C., Molewijk, B., Ursin, G., Brinckmann, B.S., Widdershoven, G.A., de Vet, H.C., et al., 'Field-Testing the Euro-MCD Instrument: Experienced Outcomes of Moral Case Deliberation', *Nursing Ethics* (2019), 096973301984945.
- Sokol, D.K., 'Meeting the Ethical Needs of Doctors', *Bmj*, 330, 7494 (2005), 741–2.
- Streuli, J.C., Staubli, G., Pfändler-Poletti, M., Baumann-Hölzle, R., and Ersch, J., 'Five-Year Experience of Clinical Ethics Consultations in a Pediatric Teaching Hospital' (n.d.).
- Svantesson, M., Karlsson, J., Boitte, P., Schildman, J., Dauwerse, L., Widdershoven, G., et al., *Outcomes of Moral Case Deliberation - the Development of an Evaluation Instrument for Clinical Ethics Support (the Euro-MCD)* (2014).
- Tarzian, A.J., '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', *American Journal of Bioethics*, 13, 2 (2013), 3–13.
- Tozzo, P., Mazzi, A., Aprile, A., Rodríguez, D., and Caenazzo, L., 'Certification ISO 9001 in Clinical Ethics Consultation for Improving Quality and Safety in Healthcare', *International Journal for Quality in Health Care*, 30, 6 (2018), 486–91.
- Vicepresidencia Consejería de Presidencia y Portavocía del Gobierno. Comunidad de Madrid, *Decreto Por El Que Se Regula El Régimen Jurídico de Funcionamiento y La Acreditación de Los Comités de Ética Para La Asistencia Sanitaria y Crean y Regula La Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y El Comité Asesor de Bioética d*, BOCAM, 2013.
- Whitehead, J.M., Sokol, D.K., Bowman, D., and Sedgwick, P., 'Consultation Activities of Clinical Ethics Committees in the United Kingdom: An Empirical Study and Wake-up Call', *Postgraduate Medical Journal*, 85, 1007 (2009), 451–4.
- Zonza, M., and Refolo, P., 'Documento Di Trento La Consulenza Etica in Ambito Sanitario in Italia', *Medicina e Morale*, 63, 1 (2014).