

El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor

The birth of clinical ethics and the heyday of ethicists as consultants

Carlos Pose

**Facultad de Filosofía. Departamento de Filosofía y Antropología
Universidad de Santiago de Compostela**

Resumen

En este artículo analizamos la aproximación de la ética a la clínica, lo que dio origen al nacimiento de una nueva área de conocimiento en medicina, la “ética clínica”, y a la aparición de una nueva figura profesional, la del “eticista” como consultor ético-clínico. En su origen intervinieron al menos dos factores. Por un lado, el frustrado intento de seguir enseñando la ética médica al modo clásico, esto es, en las Facultades de medicina y según programas de ética muy teóricos y poco prácticos. Por otro lado, la complejidad cada vez mayor de la toma de decisiones en la práctica clínica, lo que hacía que los comités de ética asistencial, que ya se habían constituido a tal efecto para reducir la incertidumbre y angustia en las decisiones, se percibieran como un mecanismo inapropiado para abordar con solvencia los problemas médicos en el contexto clínico. Estos comités no sólo se acabaron viendo como órganos que hacían sus deliberaciones lejos de la cabecera del paciente, sino que además sus recomendaciones sobre la toma de decisiones se percibían poco operativas y muy burocráticas. De ahí que comenzase a tomar forma la figura del consultor ético-clínico como alternativa al más penoso trabajo de los comités de ética. Sin embargo, a pesar del auge de esta figura, el papel del eticista estuvo plagado de ambigüedades, tanto ética como legalmente, lo cual será abordado en próximos artículos.

Palabras clave: Ética clínica, Consultoría ética, Comités de ética, Ética hospitalaria

Abstract

This article analyses the manner in which ethics bridged the gap separating it from clinical practice. This led to the birth of a new medical field, “clinical ethics”, as well as to the emergence of a new professional, the “ethicist”, as an ethical-clinical consultant. There were at least two main causes for this. On the one hand, the fruitless attempts to continue teaching medical ethics in the classical manner, that is, as a subject taught in medical schools and following very theoretical curricula, with little actual practice. On the other hand, the ever-growing complexity of the decision-making process in clinical practice. This meant that the hospital ethics committees, which had been established with a view to reducing the uncertainty and distress that accompanied the decision-making process, were perceived as an inappropriate means of dealing in a sound manner with the clinical medical problems. These committees were eventually seen as bodies which deliberated at a distance from the bedside, and whose recommendations in decision-making, furthermore, were bureaucratic and not sufficiently functional. For this reason, the figure of the ethical-clinical consultant began to take shape as an alternative to the more difficult task of ethics committees. In spite of this surge, the ethicist’s role was fraught with ambiguities, both ethically and legally. This will be the subject of articles to follow.

Key words: Bioethics, Clinical Ethics, Ethics consultation, Ethics committees, Ethics in Healthcare

Introducción

Los profesionales de la salud se han preocupado por los problemas éticos desde el nacimiento mismo de la medicina. Sin embargo, la amplia atención que se ha dado a la ética en el ámbito clínico es bastante reciente. Durante muchos años la ética fue vista como un asunto propio de los estudios filosóficos y teológicos, y por lo tanto no tenía otra función social más que la de servir a los intereses de las distintas comunidades religiosas (moral teológica) o de conformar el contenido de algunas materias universitarias (ética filosófica). Esto comenzó a cambiar significativamente con las revoluciones sociales y culturales de los años 60. En cuanto estas revoluciones afectaron al mundo de la medicina, la ética empezó a ocupar un puesto importante en la gestión de la salud física y mental de las personas, hasta el punto de convertirse en lo que hoy conocemos como ética clínica. Es de este asunto de lo que vamos a tratar en este artículo.

Desde los años 60, el principio ético del respeto a las personas y su autonomía en la toma de decisiones empezó a producir importantes cambios en la investigación y en la práctica clínica. La preocupación por los problemas éticos en la atención a los pacientes, que comenzó a cobrar visibilidad con el caso de Karen Ann Quinlan, pero que ya estuvo precedida por los problemas relacionados con la selección de los pacientes para recibir diálisis y trasplantes de órganos, en las décadas de los 70 y 80 dio lugar a la creación de los primeros comités de ética asistencial. La idea de establecer comités de ética dentro de los hospitales estuvo relacionada con la inclusión de los valores humanos en las decisiones médicas en los casos difíciles y tuvo como objetivo la disipación de la incertidumbre y angustia tanto desde el punto de vista moral como legal. No obstante, después de la constitución de los comités de ética, la práctica de la consultoría ética en los Estados Unidos no careció de dificultades. Los comités recién formados encontraron resistencia, por una parte, por su labor a distancia de la cabecera del paciente, y, por otra parte, por la burocratización del proceso de toma de decisiones. Se prefiguraba la necesidad de un nuevo modelo de consultoría ética más operativo. Uno de los problemas identificados como un obstáculo al buen funcionamiento de las consultas ético-clínicas fue la laguna existente entre los médicos y los eticistas. La mayoría de los médicos no habían sido formados en los conceptos, las habilidades o el lenguaje de la ética, al igual que pocos eticistas habían sido instruidos en los problemas de la medicina clínica. Por lo tanto, ni un grupo ni el otro podía identificar, analizar y resolver completamente los problemas éticos en la práctica clínica.

Consecuentemente, como en seguida veremos, con la labor de un pequeño grupo de eticistas esto estaba a punto de cambiar. A partir de los años 70, las facultades de medicina empezaron a incluir en su cuerpo docente a profesores de filosofía y teología con el objeto de que impartieran cursos de ética dentro del curriculum de la medicina. Estos especialistas en ética trabajaron junto a sus colegas clínicos tanto en el contexto académico como en el clínico, y pronto comenzaron a publicarse los resultados de las primeras conferencias sobre ética clínica y consultas éticas. En lo que sigue analizaremos los trabajos de los autores más importantes desde el punto de vista de la consultoría ético-clínica y de la figura del eticista: Mark Siegler, Albert Jonsen, Ruth Purtilo y John La Puma.

Mark Siegler y el nacimiento de la ética clínica

En 1972, el doctor Mark Siegler se unió al personal docente de la Universidad de Chicago, como uno de los primeros miembros del nuevo Departamento de Medicina Intensiva. En el desempeño de esta función, organizó y dirigió una de las primeras Unidades de Cuidados Intensivos de Chicago y descubrió que tanto los profesionales clínicos como sus alumnos no tenían a dónde acudir para resolver los problemas éticos que surgían en las UCIs. Es así como lo cuenta Mark Siegler en una reciente entrevista:

Así que Al Tarlov [su Catedrático en la Facultad] dijo: “Vamos a abrir esta unidad, tiramos unos cuantos tabiques, ponemos siete camas... Tendremos vigilados a los pacientes. No vendrá nadie, porque no podremos hacer nada por ellos”. [...] Tirar los tabiques y conseguir los equipos de vigilancia fue fácil, pero todo el mundo, todos los pacientes más enfermos de medicina, cirugía, obstetricia, de todas partes del hospital vino a parar a nuestra unidad de siete camas. [...] Cualquier cuestión ética que te puedas imaginar pasaría por nuestra unidad: decir la verdad, consentimiento informado, decisiones subrogadas, racionamiento... Cuestiones relativas al final de la vida... El 75% de nuestros pacientes ingresados moría. [...]

Así que esas eran las cuestiones a las que teníamos que enfrentarnos. Yo acudía a la literatura, la literatura médica, en busca de respuestas. Ni en los libros de texto de medicina ni en sus índices se encontraba nada. Tampoco se encontraba nada en las principales revistas de calidad que sometían los artículos a revisión por pares. Las 10 principales revistas médicas de la época no tenían nada que decir al respecto. Por eso yo tenía dificultades para enseñar a mis alumnos, mis residentes, mis especialistas de la unidad, sobre esos nuevos retos que estaba planteando la evolución tecnológica. (Fins, 2016)

Las numerosas iniciativas existentes hasta ese momento no habían conseguido capacitar adecuadamente a los profesionales de la salud cuando ellos se enfrentaban a sus actividades diarias. Los programas impartidos hasta entonces eran principalmente teóricos tanto en las revistas de ética médica como en los departamentos dedicados a la ética médica de las distintas Universidades. Y su misma pluralidad programática desvelaba que en el tema de la enseñanza de la ética la medicina no había alcanzado todavía el nivel de la enseñanza de la clínica.

Al examinar el desarrollo de los programas de ética médica de la pasada década, es asombroso ver las aproximaciones innovadoras, creativas y esencialmente heterogéneas que han surgido de las numerosas Universidades y facultades de medicina que han entrado en este nuevo campo. La diversidad de enfoques, y el análisis crítico que estos nuevos programas reciben, sugieren que no se ha encontrado un único modelo universalmente aplicable. El diseño de un programa de ética médica permanece en una fase experimental. (Siegler, 1978: 951)

Para reducir la distancia entre la teoría y la práctica, muchas otras aproximaciones experimentales a la enseñanza de la ética incluyeron seminarios sobre patologías concretas, la incorporación de filósofos en los hospitales universitarios y cursos de libre elección de ética médica para los residentes. En este contexto es en el que hay que situar, por ejemplo, los cursos intensivos de introducción y especialización en ética médica que comenzó a ofrecer el *Kennedy Center* (creado en 1971) de la Universidad de Georgetown. Sin embargo, estos cursos también se centraban en problemas teóricos y se encontraban lejos de la realidad diaria de la práctica clínica. (Tapper, 2013: 419)

Muchas de las innovaciones curriculares en ética médica se centran en el diseño de cursos preclínicos obligatorios o de libre elección para los estudiantes de medicina. En un esfuerzo paralelo, pero menos avanzado, se han intentado desarrollar programas de ética médica creativos, orientados hacia la clínica. Entre estos se incluyen congresos, reuniones de trabajo, seminarios, conferencias, y, lo más notable, presentaciones y debates de casos éticos. Estos debates organizados oficialmente, generalmente se centraban en casos clínicos reales que planteaban problemas éticos y filosóficos; y en ellos participaban clínicos y eticistas de formación filosófica. (Siegler, 1978: 951)

“Casos clínicos reales que planteaban problemas éticos y filosóficos”. Eso era a lo máximo que se había sabido llegar. En consecuencia, incluso los últimos esfuerzos por poner en marcha innovadores programas de enseñanza de la ética tropezaban con la barrera de la clínica. El análisis de un problema ético y filosófico de un caso clínico fuera del contexto en el que surge, por lo general, el contexto hospitalario, por más que tenga un interés notable, carece todavía del ingrediente necesario para considerarse una propuesta definitivamente novedosa y revolucionaria: la toma de decisiones ético-clínicas, que por definición ha de ser siempre situacional y concreta.

Mark Siegler se dio cuenta de ello al dirigir la UCI del Hospital Universitario de Chicago, sin contar con experiencia previa en esta área. De hecho, existían pocas unidades de este tipo y, según las palabras de Siegler, “[s]encillamente, no había nada igual” (Fins, 2016). En este contexto surgió la colaboración entre Siegler y James Gustafson, que había hecho trabajos de bioética en el *Hastings Center* a finales de los 60. A lo largo de tres años, esta colaboración tomó la forma de una serie de encuentros en las que los dos analizaban casos a partir de la experiencia clínica de Siegler y de las revistas que aportaba Gustafson.

Trabajando con Jim Gustafson, me di cuenta de que existía un importante ámbito no estudiado en la medicina y la ética: el ámbito que denominamos ética médica clínica. Lo que quiero decir es que, si quería enseñar ética clínica de cabecera a los alumnos, si quería investigar en ese ámbito, especialmente la investigación a partir de los datos... no había nadie trabajando en esas cuestiones prácticas en las que intervienen los médicos, pacientes, enfermeros, el entorno clínico, la sala de urgencias, las Unidades de Cuidados Intensivos, las unidades hospitalarias, el departamento de consulta externa... Y en torno a esa época [...] me hice cargo de lo que me di cuenta de que sería el trabajo de mi vida: hacer todo lo posible por aproximar al máximo todos esos ámbitos entre sí. Cuando hablo de esos ámbitos me refiero a los conceptos filosóficos y teológicos de la bioética y las ideas prácticas aplicadas de la ética clínica y la medicina clínica que permitirían trasladar esos conceptos a la práctica diaria con los pacientes y las familias, los enfermeros y los profesionales sanitarios. (Fins, 2016)

Los primeros comités de ética hospitalarios se formaron como consecuencia de la preocupación por los problemas éticos relacionados con el uso de las nuevas tecnologías en medicina.

Por eso Mark Siegler, a partir del artículo de 1978 titulado “*A Legacy of Osler: Teaching Clinical Ethics at the Bedside*”, comienza a desarrollar lo que denomina por primera vez “ética clínica”. Ya no se trata de lo mismo.

Estos esfuerzos para desarrollar programas que relacionan la ética y la filosofía con la medicina clínica son notables, pero deberían distinguirse de la propuesta formulada aquí –enseñar la *ética clínica* a la cabecera del paciente, integrándola dentro de la enseñanza de la medicina clínica. Esta diferencia es comparable a

la diferencia que existe entre enseñar medicina clínica en el aula en vez de a la cabecera del paciente. (Siegler, 1978: 952)

La expresión “ética clínica” tiene como inspiración remota el cambio que un siglo antes se había producido en la enseñanza de la medicina gracias a la figura de William Osler.

No es necesario recordar la extraordinaria contribución de William Osler a la educación médica norteamericana, pero es probable que su mayor y más duradero logro se centrara en la importancia de la experiencia práctica en el aprendizaje de la técnica médica a través de la prolongación de la enseñanza clínica desde los libros de texto, el laboratorio y el aula, hasta la enseñanza clínica a la cabecera del paciente. Una de las declaraciones que más le enorgullecían era: “Yo enseñé a los alumnos de medicina en la cabecera del paciente”.

Una de las más completas descripciones de su filosofía en la enseñanza de la medicina se encuentra en una ponencia que él ofreció en 1902 en la Academia de Medicina en Nueva York, en la que declaró: “en lo que puede denominarse el método natural de enseñanza, el alumno comienza con el paciente, continúa con el paciente, y finaliza su estudio con el paciente, utilizando los libros y las clases teóricas como herramientas, como medios para alcanzar un objetivo... Para el estudiante que comienza en medicina y cirugía, una regla que le va a proporcionar seguridad es no aprender sin tener el paciente como libro de texto, y la mejor enseñanza es la que le proporciona el paciente mismo.”

Estas declaraciones de Osler de 1902 resultaron ser visionarias. Desde entonces su método educativo ha dominado la educación médica norteamericana. Verdaderamente, la enseñanza de la cama permanece siendo la piedra angular de nuestra enseñanza clínica para los estudiantes de tercero y cuarto año de medicina, y para casi todos los programas de formación de postgrado. La enseñanza de la medicina a la cabecera del paciente es considerada, al menos en los EEUU, como la mejor manera de enseñar medicina clínica. Incluso en estos días de revoluciones y modificaciones curriculares, han sido pocas las voces que han sugerido cambiar este sistema de educación médica. En parte, el éxito de este modelo educativo ha hecho innecesario su reevaluación o modificación. El sistema osleriano de enseñanza a la cabecera del paciente ha resultado ser muy efectivo y por lo tanto ha permanecido. (Siegler, 1978: 952)

Hemos citado este largo texto porque el cambio que Osler introdujo en la enseñanza de la medicina es el que Siegler ve necesario introducir en la enseñanza de la ética médica. No obstante, la expresión “ética clínica” pudo significar inicialmente varias cosas y por lo tanto carecer de completa claridad.

El término “ética clínica” esconde una ambigüedad. Puede referirse tanto a la introducción de consideraciones éticas específicas en las decisiones de los médicos sobre el cuidado de los pacientes, como a la interpretación o análisis ético de las decisiones clínicas. En el primer sentido, solamente los médicos u otros clínicos “practicaban” la ética clínica; en el segundo sentido, otras personas, como los filósofos o los teólogos participaban en la construcción y análisis crítico de las decisiones clínicas. Esta última actividad constituye la consultoría ética, una actividad que llegó a ser cada vez más frecuente al final de la década de los 70. (Jonsen, 1998: 366)

Esta ambigüedad se resolvió poco después con la publicación, en 1982, de la obra de Mark Siegler, William Winslade y el propio Albert Jonsen, titulada *Ética clínica. Aproximación práctica*

a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica (Jonsen et al., 2005). 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)

Nosotros intentamos incorporar las consideraciones éticas generales que se estaban perfilando en la creciente literatura sobre bioética al proceso habitual de toma de decisiones de los médicos en su atención al paciente. [...] La obra *Ética clínica* proponía un método de análisis que se aproximaba más, en nuestra opinión, al razonamiento de los clínicos que a las especulaciones de los filósofos. (Jonsen, 1998: 366)

En el “Prefacio” que escribió el Dr. Robert Petersdorf, una figura importante en la enseñanza de la medicina, a la obra *Ética clínica*, subrayó que la mayoría de los libros de ética son demasiado teóricos para responder a las necesidades prácticas de los médicos, y añadió:

Este pequeño libro aborda los problemas éticos en la medicina de forma bastante diferente. Escrito por un eticista, un clínico y un abogado, aborda los problemas éticos en términos reales... El *consejo* que ofrecen los autores concuerda con el sentido común, con los principios éticos generalmente aceptados, y con las normas jurídicas. (Jonsen, 1998: 366)

Este testimonio de Petersdorf no sólo encantó a los autores del libro, sino que contribuyó a la promoción de la figura del consultor ético en la medida en que facilitaba un consejo práctico aglutinando la perspectiva clínica, ética y jurídica. No por casualidad se considera a Mark Siegler como uno de los iniciadores de la consultoría ético-clínica.

Pronto se percibió que la labor de los comités de ética asistencial se realizaba a distancia de la cabecera del paciente.

Por lo tanto, y volviendo al artículo de Siegler de 1978, lo que el autor quiso subrayar con la expresión “ética clínica” –ahora parece menos ambigua– es el vínculo de la ética clínica con la práctica de la medicina y la atención al paciente. Frente a los programas tradicionales, Siegler propuso como alternativa un cambio orientado hacia los profesionales de la salud y su formación, para abordar los problemas éticos de la práctica clínica. La perspectiva de Siegler implicaba formar a los clínicos para practicar una medicina más correcta, e incluso formar a los clínicos como consultores éticos allí donde fuera necesario.

Cuando se enseña medicina a la cabecera del paciente, cambia el ambiente de la entera unidad médica [...]. Más aún, enseñar ética clínica y valores humanos [...] a la cabecera del paciente permitirá que todo el equipo médico –los clínicos, los residentes, las enfermeras, los trabajadores sociales, los capellanes, los nutricionistas, los administradores y el paciente– participen de forma activa en la experiencia educativa en su totalidad, incluida la toma de decisiones clínicas. (Siegler, 1978: 953)

Esta alusión a los valores del paciente es de la máxima importancia, dado que si la toma de decisiones tiene que ser compartida, el clínico debe hacer lo posible por conocer los deseos del paciente en orden a indicar las opciones terapéuticas.

La presencia física del paciente requiere que este sea considerado como un sujeto más que como un objeto, y esto facilita el objetivo pedagógico de humanizar la atención médica. Más concretamente, el paciente puede participar

directamente en la toma de decisiones sobre sus opciones terapéuticas. Más aún, la enseñanza de la ética médica a la cabecera del paciente enfatiza y refuerza la idea osleriana del paciente como enseñante, porque los valores, aspiraciones y deseos del paciente deben ser reconocidos y comprendidos antes de que el clínico tome una decisión técnica. (Siegler, 1978: 952)

Cuando escribe esto, Siegler no está pensando únicamente en el colectivo de médicos, sino en todo el equipo de atención al paciente. De hecho, recuerda las observaciones de Osler, cuando afirmaba que eran las enfermeras quienes aprendían gracias al contacto directo con los pacientes, lo que podía seguir siendo válido en la actualidad.

Los comités de ética asistencial también resultaron ser una solución imperfecta a los problemas éticos debido a la burocratización del proceso de toma de decisiones.

Hoy en día, no son los residentes quienes aprenden la ética médica al lado del paciente, sino principalmente las enfermeras, los asistentes sociales y los capellanes. Ha llegado la hora de proporcionar formación en la ética médica y en los valores humanos a todo el equipo de atención sanitaria. (Siegler 1978: 953)

Por lo tanto, el giro de la propuesta de Siegler sobre la enseñanza de la ética clínica afecta a distintos aspectos de la práctica de la medicina. Por un lado, hace que la ética se convierta en un asunto de todo el equipo de atención al paciente y no sólo de la profesión médica. Por otro lado, une la competencia técnica con la competencia ética, pues “para poder practicar la medicina ética o la medicina humanista de forma efectiva, la primera y principal obligación del médico es llegar a ser técnicamente competente”. (Siegler, 1978: 953) Siegler recuerda en este sentido al médico humanista español Pedro Lain Entralgo cuando afirma que “la amistad entre el médico y el paciente debería consistir ante todo en el deseo de ofrecer ayuda técnica efectiva –la benevolencia concebida y realizada en términos técnicos.” (Siegler, 1978: 953). Finalmente, mientras la aproximación a los problemas éticos en la atención al paciente y la investigación clínica a través de casos hipotéticos reales analizados en un seminario o en un aula es muy imperfecta, los pacientes reales y los desafíos tanto médicos como éticos que ellos plantean a los clínicos se encuentran a la cabecera del paciente. (Siegler, 1978: 952) Siegler ilustra esta idea con el problema de decir la verdad.

Aunque el principio de decir la verdad se puede enseñar haciendo referencia a las teorías filosóficas del utilitarismo o de la ética deontológica, este tema podría enseñarse de forma mucho más eficiente y relevante a la cabecera del paciente cuando un clínico debe comunicar un diagnóstico grave a un paciente o cuando un médico actúa como un pregonero de malas noticias, es decir, cuando deliberadamente proporciona el pronóstico más pesimista a la familia de un paciente con una enfermedad aguda. Cuando un médico ofrece un pronóstico o decide cuánta información dará un paciente, asiste a una situación con un potencial de enseñanza en la cual el clínico que ejerce de profesor puede empezar a formular los principios éticos que subyacen a sus decisiones clínicas. (Siegler, 1978: 952)

La propuesta de Siegler no estaba exenta de dificultades. El propio autor lo reconoce y clasifica éstas en cuatro categorías: “falta de cualificación ética de los profesionales”, “estudiantes poco preparados para aprender ética a la cabecera del paciente”, “rechazo por parte de los médicos a enseñar ética a la cabecera del paciente” y, por último, “problemas éticos que no se

encuentran a la cabecera del paciente". Sin embargo, Siegler cree que algunas de estas categorías contienen argumentos poco sólidos para rechazar su propuesta de la ética a la cabecera del paciente. Considera, por ejemplo, en relación a la oposición de los médicos a enseñar ética en el contexto hospitalario, que la idea de introducir un programa oficial de ética médica en las enseñanzas universitarias sería tanto innecesario como redundante. La última categoría, no obstante, sí parece contener argumentos consistentes, pues ciertamente no todos los problemas éticos se encuentran a la cabecera del paciente.

Los problemas que se prestan a la enseñanza a la cabecera del paciente implican la crítica de principios como decir la verdad, la relación entre los valores y la toma de decisiones y la relación entre las decisiones técnicas y éticas. Pero otros problemas éticos importantes normalmente trascienden el contexto hospitalario, como por ejemplo los problemas jurídicos, como el derecho a la asistencia sanitaria, el reparto de recursos médicos escasos, los problemas en la limitación de la investigación tales como los experimentos con fetos y la manipulación genética, y los problemas tan aparentemente clínicos como la definición de muerte o indicaciones de interrupción del embarazo. Estos últimos problemas plantean dilemas filosóficos y políticos complejos y con amplias ramificaciones sociales, y su solución requiere la participación tanto de los profesionales médicos como de muchos expertos no médicos, como los filósofos, teólogos, economistas y políticos. El profesional médico podría proporcionar tan sólo una modesta contribución al análisis global de estas cuestiones, y por lo tanto, parece evidente que no todos los problemas de la ética médica pueden ser tratados de forma efectiva a la cabecera del paciente. (Siegler, 1978: 954)

Por lo tanto, si bien es cierto que no todos los problemas pueden ser analizados en el contexto hospitalario, como reconoce Siegler, estos problemas tampoco podrían ser resueltos de una sola vez en un aula universitaria de ética médica ni en un seminario de análisis de casos clínicos, dado que la aportación de los profesionales de la salud en este aspecto es más bien modesta. A lo que sí apunta esta perspectiva es a que los problemas morales tienen que ser abordados a distinto nivel. Siegler distingue tres niveles de discurso moral. El primer nivel es el de las decisiones ético-clínicas que se toman a la cabecera del paciente. El segundo nivel es el de los principios y valores éticos más profundos que subyacen a estas decisiones. Y enraizado en este nivel estaría el tercero, que lo constituyen los principios filosóficos más básicos y generales. Como parece obvio, en relación al primer nivel, "la enseñanza de la ética médica a la cabecera del paciente puede centrarse necesariamente en los aspectos ético-clínicos de las decisiones, mientras deja fuera el análisis de los fundamentos de los juicios filosóficos y éticos." (Siegler, 1978: 955) Estos fundamentos, de segundo y tercer nivel, habría que aprenderlos en otros contextos y deberían incluir una formación preclínica sobre los sistemas éticos y los principios filosóficos con el objetivo de que los estudiantes comprendieran las raíces de las decisiones ético-clínicas en el contexto hospitalario. Esto se debería traducir desde el punto de vista de la enseñanza de la ética médica en una colaboración entre eticistas-filósofos y clínicos en los años de formación preclínica y más tarde en el contexto hospitalario, dando más peso a los primeros en el periodo preclínico y más a los segundos en el clínico. (Siegler, 1978: 955) Siegler observó que la medicina estaba separando lo clínico de lo ético en su intento de ayudar a la toma de decisiones. Por eso consideró que esta vía era errónea en lo que significa una aproximación puramente técnica a los problemas clínicos. La práctica médica tiene tanto una dimensión técnica como ética que en este nuevo contexto modifica el rol del clínico en cuanto profesor.

Los médicos que realizan tareas de enseñanza clínica tienen la obligación de concienciar de los principios y problemas de la ética que son relevantes en el contexto hospitalario, incluyendo los niveles de discurso moral [referidos más arriba], la importancia de la clarificación de los valores en la toma de decisiones ético-clínicas, y el análisis ético de los nuevos problemas que surgen de las nuevas tecnologías. (Siegler, 1978: 955)

Con esto Siegler no está pensando en profesores todavía no preparados en el ámbito clínico, o traídos de especialidades más próximas a las humanidades o la ética.

Sería desafortunado si estos profesores fueran seleccionados principalmente de disciplinas como la psiquiatría, la medicina preventiva y salud pública, la medicina comunitaria y la medicina legal (como algunos han sugerido), excluyendo los campos clínicos tradicionales como la medicina interna, la cirugía, la pediatría, la obstetricia y ginecología (Siegler, 1978: 955)

Dicho de otro modo, la ética, en alguna medida, está presente en el contexto de la enseñanza de la clínica, por lo que todo médico ha de tener que contar con ella necesariamente. Por lo tanto, las facultades de medicina deberían identificar a los clínicos que, venidos de cualquier especialidad, poseyeran tanto la habilidad como el deseo de aprender más sobre ética y desarrollar habilidades de enseñanza en esta área. Precisamente con el objeto de facilitar esta labor a estos clínicos interesados en la enseñanza de la ética en la práctica clínica, el doctor Siegler da una relevancia especial al “rol de eticista”.

Cualquiera que sea el programa específico de formación, se debería alentar a los eticistas-filósofos a interactuar tanto académica como no académicamente con los médicos y estudiantes de medicina y comunicar sus hallazgos a los médicos. Aunque este tipo de interacción puede ocurrir primariamente en la facultad de medicina en el periodo preclínico –en conferencias, seminarios y cursos oficiales– debería indudablemente continuar en la facultad de medicina en el periodo clínico en congresos y en los debates de casos éticos, así como a la cabecera del paciente. Adicionalmente se debería animar a los eticistas a publicar sus resultados en revistas cuyos suscriptores sean estudiantes de medicina, profesionales médicos y profesores clínicos. (Siegler, 1978: 955)

Si todo esto es así, la tradicional ética médica debe transformarse en “ética clínica”. Esta es la conclusión del artículo de Siegler.

La ética médica entonces se transformaría en la disciplina humanista que se encuentra a la base de la práctica de la ética clínica. La ética clínica, es decir, las habilidades prácticas, deberían enseñarse a la cabecera del paciente en términos oslerianos, y esta formación debería ser realizada primariamente por clínicos. (Siegler, 1978: 956)

Esto que Siegler proponía en 1978 y que cabía ver como uno más de tantos enfoques en la enseñanza de la ética, se materializó poco después por distintas vías. Por una parte, al año siguiente, en 1979, Siegler publicó un artículo con el significativo título “*Clinical Ethics and Clinical Medicine*” (Siegler, 1979), con el que abrió una nueva sección editorial en la Revista *Archives of Internal Medicine* y consagraba la denominación dada al nuevo modo de enfocar tanto la enseñanza como la práctica de la ética médica.

Uno de los problemas identificados como un obstáculo al buen funcionamiento de las consultas ético-clínicas fue la laguna existente entre los médicos y los eticistas, perpetuada por la enseñanza tradicional de la medicina en las facultades.

En este número de la revista *Archives* se introduce una nueva sección editorial. Se publicará de forma ocasional y presentará las opiniones de los médicos clínicos sobre un amplio rango de problemas clínicos que les obligan a enfrentarse directamente a problemas éticos que surgen en la práctica diaria. Esos artículos serán escritos por clínicos y estarán dirigidos a la comunidad de profesionales de la salud. Esta nueva sección se llamará ÉTICA CLÍNICA, una reflexión sobre el hecho de que, en la práctica de la medicina, los problemas clínicos y éticos están entrelazados. (Siegler, 1979: 914)

En este artículo Siegler contrasta la ética clínica, que se centra en los problemas a los que se enfrentan los clínicos en la práctica, con la bioética médica, que enfoca las cuestiones relacionadas con las políticas institucionales. En los 15 años anteriores al artículo, afirma Siegler, la bioética médica se estableció como un campo bien definido en Estados Unidos, con una multitud de publicaciones, tanto artículos en revistas de especialidad como libros, y programas de especialización en las Universidades (Siegler, 1979: 914). No obstante, Siegler expone sus reservas acerca de este campo:

El campo de la bioética médica ha sido creado y liderado, en gran parte, por profesionales no médicos, es decir, por teólogos, filósofos, sociólogos, abogados e historiadores. Los médicos, los científicos y los demás profesionales de la salud han tenido solo un papel limitado en su desarrollo. Los avances en la bioética médica son inquietantes y requieren nuestra atención. La falta de implicación de los médicos es alarmante. [...] Los bioeticistas que no participan en el proceso de la atención a los pacientes han producido cambios legislativos, administrativos y jurídicos que afectan a la práctica de la medicina, y está claro en este momento que la medicina se ha limitado a reaccionar a los principales desarrollos de la bioética médica, en vez de participar activamente en ellos o anticiparlos. Más aun, gran parte de la enseñanza de la bioética médica a los estudiantes de medicina la lleva a cabo este nuevo grupo de bioeticistas, y no los médicos. La proliferación de la figura del eticista-profesor y su preponderancia en la enseñanza es otro aspecto inquietante del desarrollo de la bioética médica. Por otra parte, es reconfortante observar que incluso algunos de los primeros líderes del campo de la bioética médica se han preocupado por su desarrollo y han intentado implicarse de forma más profunda en las realidades de la medicina clínica. (Siegler, 1979: 914)

El carácter teórico, alejado de la cabecera del paciente, era en la visión de Siegler el principal problema del recién formado campo de la bioética médica, que ignoraba los problemas de la práctica clínica.

La bioética médica se preocupa cada vez más por el análisis y la formulación de políticas públicas a gran escala en medicina y en ciencia, y no ha prestado suficiente atención a muchos de los dilemas éticos que surgen a menudo en la interacción entre médicos y pacientes. [...] La bioética médica es un movimiento intelectual que se preocupa por cuestiones que afectan las actividades diarias de la medicina, pero que se ha desarrollado en gran parte fuera de la profesión médica. (Siegler, 1979: 914)

Es en este contexto en el que Siegler recomendó una aproximación de la ética a la clínica, afirmando que “la práctica de la medicina clínica ha sido siempre una combinación única de

competencia técnica y sensibilidad ética, y todo esto, unido, constituye el arte del médico.” La distinción que se hacía tradicionalmente entre las decisiones éticas y las decisiones clínicas era errónea. Desde este punto de vista, afirma Siegler, el término “ética clínica” es un pleonasma necesario para reflejar la realidad de los dilemas que los avances tecnológicos en la medicina habían provocado en la práctica clínica.

En cierto sentido, el término “ética clínica” es pleonástico, porque la buena medicina clínica es necesariamente la medicina ética. La razón por titular esta nueva sección editorial “Ética clínica” es que los cambios en la medicina moderna –en particular, pero no únicamente los avances tecnológicos de los últimos 30 años– han provocado un rango inesperado de dilemas éticos que requieren respuestas creativas y reflexivas a nivel clínico. (Siegler, 1979: 915)

La necesidad de que sean los propios médicos los que busquen soluciones a los dilemas éticos de su profesión tiene sus raíces, según Siegler, en su responsabilidad directa hacia los pacientes. De esta manera, la ética clínica podía responder a la cuestión, que ya se había planteado, de que los comités de ética podían acabar diluyendo esta responsabilidad y disminuyendo la autoridad de los médicos.

La ética clínica también explora la idea de que el papel del profesional médico es único. La relación entre médico y paciente se basa en una competencia y una formación técnica específicas. Este conocimiento y formación especializada se usa para ayudar a los pacientes, para curar o aliviar sus enfermedades, y para ofrecer apoyo con el fin de que ellos superen el miedo, el dolor y el sufrimiento que a menudo son consecuencias de una mala salud. Una vez que el paciente le haya solicitado, el médico se implica en el problema de este. El médico nunca es un mero observador. Él no se puede basar en la falsa valentía de los no combatientes. El médico es personalmente responsable por el paciente si falla en llevar a cabo su cometido por falta de competencia o negligencia, o porque, por cualquier razón, deja de actuar en beneficio de su paciente. (Siegler, 1979: 915)

En su artículo, Siegler utilizó la analogía de Kierkegaard para distinguir entre el especialista que domina la teoría y el que se implica de forma activa en la práctica:

Imaginemos un piloto de navío, y supongamos que ha superado todas sus pruebas con excelentes resultados, pero todavía no ha salido al mar. Imaginemos que está en medio de una tormenta; él sabe todo lo que tiene que hacer, pero hasta ahora él no ha conocido el terror que siente un marinero cuando las estrellas se esconden en la oscuridad de la noche; él no ha conocido la impotencia que se siente cuando el piloto ve que su timón no es más que un juguete para las olas; él no sabe cómo la sangre sube a la cabeza de quien intenta hacer cálculos en tal momento; en suma, él no tiene idea del cambio que tiene lugar en el que conoce cuando tiene que aplicar este conocimiento. (Siegler, 1979: 915)

La nueva sección editorial de la Revista *Archives of Internal Medicine* se dirigía, por tanto, a los médicos que habían conocido en su propia experiencia esta diferencia entre la teoría y la práctica de la que hablaba Kierkegaard. Siegler concluye su artículo afirmando que el propósito de la nueva sección era “servir principalmente como foro para los médicos clínicos”, pero que

también esperaba que pudiera convertirse en “un recurso en el cual los teóricos no médicos pudieran basar sus análisis e hipótesis.” (Siegler, 1979: 915)

Por otra parte, y ya en 1980, Siegler, junto con Albert Jonsen y William Winslade, desarrollaron 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. Este método fue publicado, dos años después, en 1982, en la ya mencionada obra *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. (Jonsen et al., 2005)

La expresión “ética clínica” introducida por Siegler tuvo como inspiración remota el cambio que un siglo antes se había producido en la enseñanza de la medicina gracias a la figura de William Osler.

El método se basaba también en la experiencia directa de Siegler, junto a Stephen Toulmin, en las actividades del *Center for Clinical Medical Ethics*, donde se hacía “ética de una forma práctica y aplicada al día a día” (Fins, 2016). El equipo, integrado por consultores, enfermeros,

trabajadores sociales y filósofos, analizaba casos presentados por los clínicos y hacía la consulta ética en la cabecera del paciente. Posteriormente se redactaba una nota de consulta que se incluía en la historia clínica del paciente. Es decir, se seguía el modelo de interconsulta clínica. De esta manera, se prefiguraba la solución que Siegler iba a ofrecer en un artículo posterior: los problemas relacionados con la toma de decisiones en la práctica clínica no podían resolverse mediante decisiones burocráticas tomadas por un comité, sino mediante la labor de pequeños grupos de consultores trabajando conjuntamente con los médicos responsables de los casos.

En 1986 Siegler publicó, en efecto, otro artículo titulado *Ethics committees: Decisions by bureaucracy*. En él expresaba su preocupación por la burocratización del proceso de toma de decisiones que genera el paso de los casos clínicos por los comités de ética asistencial y proponía como alternativa pequeños grupos consultivos con experiencia clínica. Las principales objeciones a la función de los comités de ética asistencial no son muy distintas de las ya vistas por otros autores en el apartado anterior. Podrían reducirse a tres o cuatro: amenazan con minar la relación tradicional entre médico y paciente, imponiendo cargas administrativas y normativas sobre los pacientes, familiares y médicos; cambian el contexto de la toma de decisiones, al pasar de la consulta o del lugar más próximo al paciente a la sala de reuniones o despachos administrativos; aumentan el número de implicados en la toma de decisiones, personas sin conexión directa con el caso, como otros médicos, enfermeras, abogados, personal administrativo, eticistas, clérigos, etc., lo que les puede acarrear serios conflictos de interés entre su responsabilidad hacia el paciente y el esfuerzo por minimizar los riesgos, por ejemplo, de inseguridad jurídica; pueden dificultar al hospital el desarrollar políticas institucionales y repartir recursos económicos más eficientemente; quitan, o por lo menos disminuyen la autoridad en la toma de decisiones del médico responsable desde el punto de vista clínico, moral y legal en el cuidado del paciente, delegando las decisiones ético-clínicas difíciles a los comités; etc. Esta última es para Siegler la objeción más preocupante:

A diferencia de los médicos responsables de la atención al paciente, a los comités les falta conocimiento médico específico, no se han formado en la ética de la atención al paciente, tienen poca responsabilidad civil o jurídica en las decisiones, y no tienen la aprobación del paciente para la toma de decisiones. Entonces, delegar la toma de decisiones a los Comités de ética institucionales podría ser incorrecto para los médicos y los hospitales. (Siegler, 1986: 22)

Siegler refuerza esta idea citando a Christine Cassel:

Al juntarse muchas perspectivas y áreas de conocimiento diferentes se puede crear el “crisol” en donde se puedan tomar las mejores decisiones (es decir, las más humanas y justas). Pero un comité también puede proporcionar el contexto en que se tomen decisiones incorrectas, sobre las cuales nadie asuma la responsabilidad última. Es más probable que esto ocurra en un marco en el que la mayoría de los miembros del comité se encuentra relativamente lejos del contexto clínico, en que existe un conflicto de intereses con las necesidades administrativas, y en que la dinámica del grupo se encuentre burocratizada. Tal comité ya no es un crisol de cara a moderar los valores aparentemente en conflicto, sino un organismo cuyo principal valor no es la angustia que causa el dilema moral, sino la eficiencia de la toma de decisiones, el respeto a las leyes y el acatamiento de las normas y prohibiciones jurídicas. (Cassel, 1985: 287-302)

Quizá convenga aclarar que la crítica que tanto Siegler como Cassel realizan a la existencia de los comités se refiere *al uso concreto* del comité como organismo adecuado para la toma de decisiones. Hay que recordar que muchos hospitales habían formado comités de ética para protegerse de las posibles denuncias judiciales con pacientes incapaces o con medidas de soporte vital. La *President’s Commission* había revisado la mayoría de los comités de ética asistencial y había recomendado su constitución en uno de sus informes, *Deciding to Forego*

La expresión “ética clínica” tuvo tal éxito que pronto vino a denominar no sólo una nueva área de conocimiento, sino el nuevo modo de practicar la medicina que estuvo a la base de la consultoría ético-clínica.

Life-Sustaining Treatment. Las funciones que le atribuían al comité tanto la *President’s Commission* como la Asociación Americana de Medicina y la Asociación Americana de Hospitales, Siegler las resume en las siguientes: desarrollar programas educativos sobre temas de bioética; proporcionar un foro interdisciplinario de debates sobre

problemas de bioética; asesorar a las personas que solicitan consejo del comité; y examinar y evaluar las políticas hospitalarias relacionadas con temas de bioética. (Siegler, 1986: 22)

Sin embargo, existía bastante controversia sobre el papel del comité de ética en orden a la toma de decisiones sobre quitar, poner o continuar con medidas de soporte vital. No todos los autores tenían la misma opinión. Mientras algunos defendían que había que conceder autoridad a los comités para la toma de decisiones, lo cierto es que había muy poca experiencia sobre el desempeño de este papel. Y aunque la mayoría de los comités no se veían a sí mismos con el papel de tomadores de decisiones, sino que declararon tener un papel consultivo, asesor, informativo, y de creación de consenso antes que de tomador de decisiones, cada vez se estaban convirtiendo más en parte importante del proceso de toma de decisiones en pacientes críticos con medidas de soporte vital. Este era precisamente el temor de Siegler, es decir, que estos comités llegaran a estar cada vez más implicados, *directa* o *indirectamente*, en las decisiones de atención al paciente y por tanto que acabaran por usurpar el papel y la responsabilidad de los que deberían tomar esas decisiones. Aunque sólo el 31% de estos comités examinados declararon que una de sus funciones era efectivamente “tomar las decisiones finales sobre las medidas de soporte vital” (*President’s Commission*, 1983), ellos también limitaban o modificaban las decisiones clínicas de modo indirecto a través de la elaboración de políticas institucionales, normas, reglamentos, revisando casos de modo retrospectivo dando su aprobación y desaprobación, representando la opinión de la institución,

etc. Siegler llega a mencionar la presión que los debates del comité pueden ejercer sobre el médico responsable, por más que su opinión no tenga otro valor que consultivo.

[El comité de ética asistencial puede] influir a los médicos a tomar la decisión “correcta” mediante la presión moral y el poder del grupo. Fost citó un ejemplo de un desacuerdo entre el pediatra responsable y un neonatólogo, caso que llegó al comité de ética hospitalaria. Aunque el comité no votó ni ofreció una recomendación oficial, su debate “pareció mostrar que una pequeña mayoría estaba a favor de continuar el tratamiento”. Fost escribe: “El presidente del comité le dijo al médico responsable, ‘Por supuesto, el comité no tiene ningún poder para tomar decisiones; la elección te pertenece.’ A lo que el médico respondió: ‘¡Tonterías!’ Comprensiblemente sentía una enorme presión social para continuar el tratamiento y sabía que si decidiera lo contrario estaría yendo en contra de sus colegas”. (Siegler, 1986: 23)

A su entender, los comités de ética deberían *separarse completamente* del proceso de toma de decisiones y de la consultoría ética, y ni siquiera deberían revisar y analizar críticamente las decisiones que se han tomado con anterioridad. El principal papel del comité debería reservarse para el desarrollo y coordinación de un amplio programa educativo. Por ejemplo, el comité podría ofrecer guías sobre gestión de recursos institucionales, implantar programas de formación de clínicos (médicos, enfermeras, etc.) con el fin de proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para tomar decisiones correctas en cada una de las especialidades, etc. En todo caso, deberían desaparecer después de haber llevado a cabo este programa de formación y haber proporcionado las bases para la formación de nuevos profesionales.

Me sentiría mucho más tranquilo si pensara que los comités de ética institucionales fueran una medida provisional y a corto plazo, con el objetivo de formar a un suficiente número de clínicos para que asumieran la labor de tomar decisiones ético-clínicas correctas. La mayoría de las burocracias no funcionan de esta manera, y me imagino que es más probable que vayamos asistiendo a una mayor burocratización de los comités de ética institucionales, con todo lo que ello implica, incluyendo la publicación de boletines informativos, nuevas revistas, y la formación de organizaciones a nivel nacional. (Siegler, 1986: 23)

De ahí que Siegler proponga una alternativa a la actividad de los comités.

En lugar de los comités de ética, yo animaría a la formación de muchos pequeños grupos consultivos que poseyeran una gran experiencia clínica en su propia especialidad y compuestos principalmente por clínicos implicados [en los casos] pero acompañados ocasionalmente por otros expertos. Estos grupos consultivos se formarían en aquellas unidades clínicas consideradas “áreas éticas de alto riesgo”. Por tanto, un hospital grande podría tener grupos consultivos diferentes, por ejemplo, en la unidad de quemados, en el servicio de oncología médica, en las unidades de cuidados intensivos (neurocirugía, sistema respiratorio, neonatal), atención del SIDA, urgencias, y en las unidades de trasplante de órganos. Para los centros médicos que realizan varios tipos de trasplantes podría constituirse un grupo consultivo para cada equipo. (Siegler, 1986: 23)

La idea de constituir diferentes grupos consultivos le viene sugerida a Siegler por el hecho de que cada disciplina clínica presenta un conjunto de problemas ético-clínicos específicos.

Califica de “presuntuoso” pensar que un clínico tiene la suficiente formación para abordar los diferentes problemas de las distintas especialidades médicas. Igual que en medicina se distingue entre nosotaxia y clínica, en ética habría que distinguir entre los principios éticos, como decir la verdad y la autonomía, y la ética clínica, es decir, el modo de aplicar esos principios.

En conclusión, esta propuesta de Siegler concuerda con la tendencia general que venía a potenciar el papel del eticista como consultor frente a la labor de los comités como órganos adecuados para la toma de decisiones clínica. Quizá el matiz en este autor es que, más que en un único consultor, piensa en un grupo consultivo, que además estaría formado por clínicos apropiados para cada especialidad. Ya la *President's Commission*, en su informe de 1983, en el que recomendaba la formación de comités, hablaba de que “podrían desarrollarse subcomités con áreas de especialización; si esto fuera así, una reunión de los miembros de estos pequeños grupos sería suficiente”. (*President's Commission*, 1983: 166) Sin duda, esta vía venía a dar respuesta en buena medida a la falta de operatividad de los comités en las instituciones hospitalarias a la hora de tomar decisiones complejas.

Albert Jonsen y el auge del eticista como consultor

Como vimos en el anterior artículo (Pose, 2016), la creación de los comités de ética asistencial encontró mucha resistencia en sus inicios en una parte de los profesionales de la salud. Las razones fueron varias, algunas de ellas, la distancia con que se percibían las deliberaciones del comité respecto del lugar en que se tomaban las decisiones médicas, y su falta de operatividad a la hora de reunir a los miembros del comité. Todo esto fue replanteando, por un lado, la enseñanza de la ética médica en las instituciones hospitalarias y en las facultades de medicina, propiciando un acercamiento cada vez mayor de la ética a la clínica, y dando lugar a lo que con Siegler se llamaría “ética clínica”. Por otro lado, se fue creando el contexto para que la demanda de la figura del consultor hospitalario comenzara a crecer. Esta demanda encontró respuesta precisamente en la labor de un pequeño grupo de “eticistas”, generalmente profesores en las facultades de medicina, encargados de la enseñanza y orientación ética de los alumnos ante los nuevos problemas médicos. Tal fue el caso, entre otros, de John Fletcher, William Winslade, John Golensky, Ruth Macklin, y el más destacado, Albert Jonsen.

Albert Jonsen empezó a ejercer en 1972 como profesor universitario de ética médica en la facultad de medicina de la Universidad de California en San Francisco, donde permaneció hasta 1987, trasladándose posteriormente a la Universidad de Washington en Seattle como responsable del Departamento de historia de la medicina y ética médica, que ocupó hasta su jubilación en 1999. Además de formar a muchas de las figuras importantes en el campo de la ética, fue el primer eticista que comenzó a enseñar ética *en contacto con* la clínica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Entre 1972 y 1973 fue miembro del primer Comité establecido por *The National Heart, Lung and Blood Institute* con el propósito de examinar los problemas éticos, legales y sociales derivados del desarrollo de un nuevo dispositivo médico, el primer corazón artificial completamente implantable. En 1974, el Congreso de los Estados Unidos estableció la *Nacional Commission (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research)*, que desarrolló sus trabajos hasta 1978. Albert Jonsen fue uno de los elegidos para formar parte de ese grupo selecto de personas, cuyos informes pusieron los cimientos de lo que desde entonces ha sido la ética de la investigación biomédica y, por extensión, de la bioética en general. De hecho, fue uno de los redactores del famoso e influyente *Belmont Report*, donde aparecieron por primera vez los principios de la bioética que se generalizaron en todo el dominio de la ética clínica por parte de Beauchamp y Childress al año siguiente. En ese mismo año, en 1978, Jonsen fue nombrado

miembro de la *President's Commission (President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research)*. Los informes de esta Comisión constituyeron el primer cuerpo doctrinal de la bioética.

Todo este bagaje convirtió a Jonsen en un pionero de la práctica de la “ética clínica”, lo que le llevó a defender el papel del eticista como consultor hospitalario con el objeto de ayudar a los médicos en la toma de decisiones difíciles.

Jonsen, aunque procede de la filosofía y la teología, es sin embargo un firme partidario de la “ética clínica”, entendida como una nueva disciplina al mismo nivel que el resto de las especialidades médicas, cuyo objetivo es ayudar a los clínicos a tomar las decisiones correctas en caso de conflictos de valores. De ahí proviene su fuerte compromiso con la promoción de la consultoría ética en las instituciones sanitarias, sobre todo en hospitales, donde los consultores en materia de ética pueden desarrollar una labor similar a la realizada por cualquier otro especialista al atender una consulta de cualquier otro servicio. (Gracia, 2015)

De ahí que la alternativa a la actividad de los comités la representara la consultoría ética individual o en pequeños grupos consultivos integrados por especialistas, lo que dio lugar al “auge” de la figura del eticista en la medicina.

No obstante, la figura de consultor encontró cierta resistencia entre los médicos. En una fecha tan temprana como 1973 el Dr. Franz Ingelfinger publicó un artículo titulado *Bedside ethics for the hopeless case*, sin duda, un precedente de lo que con Mark Siegler se llamaría “ética clínica”. Pese a su brevedad, este artículo constituye un testimonio crítico tanto del contexto en el que se fraguaron los primeros comités, como del auge del eticista como consultor o consejero para la toma de decisiones médicas difíciles.

Algunas instituciones han establecido comités formados por personas con acreditaciones impresionantes en teología, jurisprudencia y humanidades, así como en medicina, pero tal tribunal es administrativo y distante, una representación de la ética abstracta. Sus deficiencias pueden resumirse en el modo como los profesionales de la salud lo denominan: el escuadrón divino (*the God Squad*). (Ingelfinger, 1973: 914)

En cuanto a los eticistas, y dado que las decisiones clínicas difíciles comenzaban a ser una realidad inherente a la práctica de la medicina, afirma que están en auge en su intento por ayudar éticamente, no sólo, pero también, a la toma de decisiones médica.

Este es el auge de los eticistas en la medicina. Este analiza los derechos de los pacientes, de los sujetos de investigación, de los fetos, de las madres, de los animales, e incluso de los médicos. (¡Y qué lejos está esto de aquellos días en que la “ética” médica consistía en condenar la incorrección de prácticas económicas como las comisiones por derivación y la publicidad!). Con una lógica impecable –una vez establecidos los supuestos básicos– y con una prosa elegante, el eticista desarrolla sus argumentos. Sus opiniones, como aquellas de L. J. Henderson, son a menudo sagaces y proféticas. Sin embargo, sus juicios son esencialmente fruto de un ejercicio especulativo y permanecen abstractas e idealistas hasta que se hayan demostrado en el laboratorio de la experiencia. (Ingelfinger, 1973: 914)

Esta visión del eticista, al que el autor califica en otro artículo de “humanista” recluido en su “torre de marfil” (Ingelfinger, 1973: 914) y, por lo tanto, alejado de los problemas del contexto hospitalario, tenía mucho que ver con las principales figuras de la ética médica de entonces. Ingelfinger las concibe como representantes de dos posiciones extremas, una conservadora y absolutista, y otra liberal y situacionista. Las primeras estarían representadas por autores como Ramsey (Ingelfinger, 1973: 914; Ramsey, 1971: 700-706), mientras que las segundas por otros como Fletcher (Ingelfinger, 1973: 914; Fletcher, 1971: 776-783). Cabía una vía intermedia, pero esta ya no procedía de teólogos ni filósofos, sino de profesionales de distintas especialidades médicas. Autores como Duff, Campbell y Shaw establecen las guías estratégicas y tácticas con el objetivo de ayudar al médico a elegir entre la vida y la muerte para sus pacientes.

Deberían encontrarse soluciones, afirma Shaw, “basándose en las circunstancias de cada caso antes que en aproximaciones formuladas dogmáticamente”, y Duff y Campbell lo ratifican: “Se debería esperar y tolerar un amplio rango de posibilidades en la toma de decisiones”. Algunas filosofías, para ser sinceros, promueven unas normas bastante rígidas de comportamiento ético profesional, pero los médicos parecen preferir los principios del individualismo. Así como hay pocos ateístas en las trincheras, de la misma manera tiende a haber pocos absolutistas a la cabecera del paciente. (Ingelfinger, 1973: 914)

Esta vía intermedia constituye para Ingelfinger una estrategia adecuada sobre todo para gestionar casos de pacientes incapaces o afectados por una enfermedad que no se puede aliviar ni curar, evitando por lo tanto cursos extremos.

Un [curso extremo] sería ignorar el problema por indiferencia, o evitarlo por temor, ambos comportamientos inaceptables. Otro [curso extremo] sería no aceptar el dilema por fanatismo, identificable por la rapidez y falta de responsabilidad, con los cuales se aplica la etiqueta de “doctor Nazi” o “asesino” a los que tienen opiniones diferentes. (Ingelfinger, 1973: 914)

Existiría un tercer curso o estrategia, que es el que podía proporcionar un comité de ética asistencial, que evitaría estos dos extremos pero que desde el punto de vista de Ingelfinger intentaría diluir la responsabilidad de la toma de las decisiones difíciles. Como ya hemos visto, este autor describe críticamente el papel de los comités, y por ello propone otro curso de acción distinto siguiendo de nuevo a los médicos Duff y Campbell, cuando estos se preguntan quién decide por un paciente no capaz, por ejemplo, por un niño.

Entonces, cuando Duff y Cambell preguntan quién decide por el niño, la respuesta es: tú, el médico del niño, pues ¿quién otro estaría en una posición tan crucial como para asegurarse de que se hayan hecho las consultas adecuadas para determinar que el paciente se encuentra en una situación sin posibilidad de esperanza, de que se explique esta situación a los padres detallada y empáticamente, y de que ellos tengan acceso a los consejos que provengan de un amplio rango de campos? ¿Quién otro podría orientar a todos los implicados hacia la toma de una decisión, y quién sería más responsable de consolar [a los padres] después de que se haya tomado la decisión? La sociedad, la ética, las actitudes institucionales y los comités pueden proporcionar unas guías de amplio alcance, pero la responsabilidad final de la toma de decisiones recae en el médico del caso. (Ingelfinger, 1973: 914)

Estas tesis llevaron a Ingelfinger a sostener que, pese “al auge de los eticistas en la medicina”, aquel que haya proporcionado atención al paciente es el que está en la mejor posición de dar consejo a los médicos sobre el tratamiento o el no tratamiento.

La persona que más derecho tiene a aconsejar a los médicos sobre el tratamiento –sostiene un sabio miembro de la profesión médica–, es aquel que ha tratado él mismo a los pacientes. El mismo principio se aplica sobre el no proporcionar tratamiento. Cuando se cuestiona la moralidad de continuar con las medidas de soporte vital para un paciente sin esperanza, ¿quién tiene la mayor prerrogativa para sopesar los pros y contras que aquel que ya ha tenido que tomar [este tipo de] decisiones? Shaw, Duff y Campbell, que [...] describen la agonía de tener que seleccionar a los niños que tuvieran “el derecho a morir”, tienen las acreditaciones (*credentials*) necesarias. Puede ser que, como filósofos, ellos no sean más que aficionados, pero se han templado en el fuego. (Ingelfinger, 1973: 914)

Para muchos autores el eticista es un “mediador” que ayuda a las partes implicadas en un conflicto ético a encontrar el terreno común de la negociación y del consenso.

Al artículo de Ingelfinger respondió pronto Albert Jonsen con otro titulado, no por casualidad, “El auge del eticista”. (Jonsen, 1976) Y en él comienza matizando la afirmación hecha por Ingelfinger sobre “el auge del eticista en la medicina”.

Yo soy eticista, formado en filosofía y teología e interesado en los debates fascinantes de la moralidad. He entrado recientemente en el campo de la medicina. Aunque me encuentro muy a gusto, no puedo estar completamente de acuerdo con el doctor Ingelfinger en que este es el “auge” del eticista. Todavía tenemos que acreditarnos como miembros útiles del equipo médico. Sin embargo, tengo que admitir que nuestras voces son oídas mucho más a menudo en las revistas de medicina que antes. (Jonsen, 1976: 5)

Jonsen considera que el reconocimiento y la legitimación que el Dr. Ingelfinger busca del eticista en la medicina, insistiendo en que “el médico responsable [...] debe ser el que tome la decisión crucial sobre el tratamiento del paciente”, es unidimensional. De ahí que proponga una nueva vía intermedia para la toma de decisiones.

El filósofo, observando la práctica médica a distancia, puede formular juicios sobre el “amplio rango de posibilidades” de lo ético. Estos juicios adquieren la forma de principios éticos, expresados en términos universales: no matar, no hacer daño, decir la verdad. El médico, implicado directamente en la práctica de la medicina, debe tomar decisiones rápidas, concretas y a menudo irrevocables, en las cuales los principios universales se enfrentan al arduo desafío de la realidad. Los eticistas podrían formular sus principios desde la proverbial torre de marfil; los médicos, sumergidos en la realidad inmediata de sus unidades hospitalarias, de las clínicas y de las salas de operaciones, pueden encontrarlos de poco valor a la hora de aliviar el sufrimiento de las decisiones. Yo sugiero que los eticistas y los médicos deberían encontrarse a medio camino entre los principios y las decisiones en el terreno de las “consideraciones éticas”. (Jonsen, 1976: 5)

Por lo tanto, lo que Jonsen propone es una especie de alianza entre el eticista como pensador con capacidad de esbozar posibilidades universales de acción y el médico como responsable de la toma de decisiones concreta. El propósito del eticista, como ya afirmara Aristóteles de la propia ética, es ayudar al médico, o a aquel que tenga la responsabilidad de tomar la decisión, a ver cómo, cuándo, por qué –o incluso si– un principio u otro es relevante para los hechos de un caso particular o para la formulación de políticas sobre ciertos tipos de casos.

Las consideraciones éticas engloban cuestiones como: ¿Cómo decidir cuáles son las prioridades cuando el bien individual y el bien público parecen irreconciliables? ¿Cuál es la fuerza y la validez del argumento que favorece al “mayor bien para el mayor número de personas”? ¿Qué significa enfrentarse a un aparente conflicto de principios morales? ¿Realmente hay alguna diferencia moral entre un acto de omisión y un acto de comisión? ¿En qué sentido y en qué medida es una obligación decir la verdad? ¿Cómo responsabilizar a una persona si sus acciones conllevan tanto consecuencias deseables, como indeseables, intrínsecamente entrelazadas? ¿Qué tipo de razones justifican desviarse del principio de la igualdad de trato para todos? (Jonsen, 1976: 5)

Muchas de estas preguntas, que poseen una formulación general, pueden traducirse sin embargo en otras muchas más concretas y próximas al contexto hospitalario. Jonsen piensa en casos reales.

Un investigador médico puede desear dirigir estudios sobre alergias que requieren un grupo control de niños sanos. ¿Puede compensar el propósito noble de prestar mejor atención médica a millones de otros niños enfermos el riesgo –bajo, pero real– de causar daño a estos niños? Un pediatra debe decidir si ingresa a un bebé prematuro a la unidad neonatal de cuidados intensivos, pero al precio de “sustituirle” por otro bebé que ha mostrado pocas posibilidades de recuperarse. ¿Justifica la promesa de éxito en el caso del recién llegado la interrupción del tratamiento del otro? Un neurólogo informa a un padre de familia que este padece corea de Huntington y es obligado a mantener la confidencialidad. ¿Impide el secreto profesional del médico informar a la familia del paciente sobre las consecuencias que esto implica para ellos y para sus hijos? (Jonsen, 1976: 5)

Como es obvio, estos problemas son nuevos en la práctica de la medicina, y tienen mucho que ver con los últimos avances de la ciencia y tecnología aplicada a este saber. Sin embargo, las consideraciones éticas son muy antiguas, forman parte de los problemas que la filosofía y la teología han debatido durante años, y de ahí que el eticista esté en mejores condiciones que nadie para sacar a la luz algunos errores o falacias de algunos argumentos utilizados en los debates en torno a los problemas clínicos antes citados. Este sería el papel del eticista.

Los eticistas deberían poder hacer eso, no porque sean más perspicaces o más inteligentes, sino porque han estudiado a fondo la lógica y la sustancia de los grandes debates históricos en torno a principios y su aplicación. Así como un buen estadístico puede a veces mejorar un protocolo de investigación señalando un error conceptual que un buen clínico podría pasar por alto, de la misma manera un buen eticista debería marcar los errores lógicos de un argumento ético que incluso las personas sensatas podrían no observar. Los eticistas

podrían ser útiles como ‘clarificadores’ del debate, e incluso más útiles como mediadores. (Jonsen, 1976: 6)

No deja de ser sorprendente encontrar en la cita anterior el término “mediador”. Es importante llamar la atención sobre él porque esta concepción del eticista como “mediador”, aquí apenas apuntada, irá cobrando cada vez más relevancia hasta acabar convirtiéndose en el modelo de consultoría ética más extendido en las distintas asociaciones o instituciones que se dedican al desarrollo teórico-práctico de esta actividad dentro de la profesión médica. Estoy pensando en

La figura del consultor individual continuó tomando forma a lo largo de los años 80, aunque no se abandonó por completo el modelo del comité de ética.

la *Veterans’ Administration* o en la *American Society for Bioethics and Humanities*. De hecho, Jonsen fue, junto con John Fletcher, el primer especialista en ética de los Institutos Nacionales de la Salud y uno de los fundadores de la *Society for Bioethics Consultation*, que en 1998 entró a formar parte de la nueva *American Society for Bioethics and Humanities*, junto con la *American Association of*

Bioethics y la *Society for Health and Human Values*. No obstante, quizá en honor a la verdad, lo que aquí Jonsen entiende por mediación está todavía lejos de identificarse con lo que este término significa técnica y más recientemente en las anteriores asociaciones o instituciones. Basta con detenerse en el autor que cita Jonsen y en las metáforas que utiliza:

Platón, el mayor de los eticistas, utilizó dos metáforas médicas para describir su labor. Los eticistas, dijo él, son matronas y curanderos. Como matronas, ayudan a traer a la luz una idea de cuya concepción y nacimiento no son responsables. Ellos sólo son responsables de garantizar que el proceso se lleva a cabo correctamente. Como curanderos, ellos reconstruyen los argumentos a menudo confusos y descuidados que las personas utilizan para justificar y definir sus decisiones. Su preocupación es que cada persona que tenga que decidir, decida racional y responsablemente. (Jonsen, 1976: 6)

La metáfora del eticista como mediador o ayudante sin duda ha hecho fortuna. Platón la toma de su maestro Sócrates. Lo que no está claro es que haya recibido la misma interpretación desde entonces, ni que esa sea la traducción correcta de la actividad socrática. De hecho, lo único que Jonsen parece que quiere decir es que “el eticista puede ser útil como ‘clarificador’ del debate” o que incluso podría ser más útil como “mediador” (Jonsen, 1976: 6)

La mediación consiste en proporcionar a las partes en conflicto algunos principios y posicionamientos que ellos puedan reconocer como terreno común. Terreno común es el lugar donde los argumentos se transforman, por un lado, en lo que comúnmente se entiende por consenso, y por otro lado, en una negociación realista. Son estos factores los que conforman las políticas públicas. [...] Los eticistas, que pueden tener convicciones personales profundas sobre los problemas en debate, profesionalmente proporcionan la clarificación que la historia y el análisis de los valores y de los principios introducen en el debate. (Jonsen, 1976: 6)

Mediación, clarificación, consenso, negociación; dado que todos estos son elementos que forman parte de la gestión de los conflictos en las sociedades democráticas, se introducen aquí como modo de resolver el conflicto entre la cada vez mayor complejidad de la práctica de la medicina y el interés público.

La especialización causada por la alta tecnología y la ciencia a veces entra en conflicto con la exhaustividad y equidad en la proporción de atención sanitaria.

Los errores de comprensión y los encendidos debates surgen en torno a los “derechos a la atención sanitaria” y los “derechos al consentimiento informado”. La presión para la investigación con sujetos humanos generada por la ciencia médica a veces entra en conflicto con los derechos y el bienestar de estos sujetos.

Los eticistas podrían conocer la historia del concepto de “derecho” y cómo definir y justificar estos “derechos”. (Jonsen, 1976: 6)

Para Jonsen la raíz de estos conflictos y la necesidad de que el eticista funcione como mediador se debe a que en los debates públicos de aquel momento era difícil encontrar ese terreno común al que se refería más arriba. Tanto los médicos como los científicos eran personas centradas muy intensamente en sus asuntos, lo cual no les permitía la visión más amplia que podían proporcionarles los eticistas.

En nuestros días, cuando las áreas más amplias de la medicina y la ciencia se están convirtiendo en asuntos de política pública, tal labor de mediación puede resultar valiosa. (Jonsen, 1976: 6)

Más allá de este juicio de intenciones, Jonsen demuestra la eficacia del papel del eticista como mediador mediante la apelación a la labor que venía haciendo desde 1974 la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Recordemos que Jonsen formó parte como “eticista” de esta Comisión desde 1974 hasta 1978. Y pone un ejemplo de lo que había sido un reciente debate dentro de la Comisión sobre la investigación con fetos, tema que estaba causando un gran impacto emocional a nivel social y político.

El Congreso encargó a los miembros de la Comisión que hicieran un informe recomendando “las condiciones, si las hubiera, bajo las cuales tal investigación podría dirigirse o apoyarse”. Durante las reuniones, varios grupos presentaron posiciones opuestas. Se invitó a los eticistas a que examinaran los argumentos. Sus consideraciones sugirieron principios en torno a los cuales la polarización de los defensores podría reducirse, aunque no se pudiera eliminar completamente. Basando sus deliberaciones en estos principios, la Comisión publicó las recomendaciones que preservaban las exigencias tanto de la investigación como del interés público. (Jonsen, 1976: 6)

La conclusión del artículo de Jonsen es pues que los eticistas y los médicos deberían encontrarse en el punto intermedio de las consideraciones éticas, ese terreno común que permite la mediación, el consenso, la negociación, etc. Cada uno aportaría una dimensión necesaria para la toma de decisiones. Sólo por esta vía se podría conseguir que la medicina fuera más humana, justa, honesta y compasiva.

Unos años más tarde, en 1980, Jonsen publicó otro artículo, esta vez titulado “*Can an ethicist be a consultant?*” Su contenido se basa en las experiencias del autor en la unidad de neonatología en San Francisco desde principios de los 70. Así lo relata Jonsen en una reciente entrevista concedida al Prof. Diego Gracia y al Dr. Joseph Fins y publicada en la revista EIDON:

Jonsen: El Dr. Dunphy, director del Departamento de cirugía, y el Rector del centro, el Dr. Philip Lee, me invitaron a venir al centro médico. Ambos creían que debería haber algún tipo de contenido de ética en la enseñanza de la medicina, y

de ahí que me dieran un puesto de profesor. El problema que me encontré inmediatamente fue que no tenía ni idea de lo que debía hacer. No había ningún curso, ni clases ni ciclos con la excepción de las típicas clases que se impartían al mediodía por el Dr. Chauncey Leake.

Tenía aproximadamente un año para pensar en lo que queríamos conseguir. Y durante el curso de ese año, el evento principal que tuvo lugar en mi vida en la Facultad fue la invitación que me cursó el Dr. William Tully, que era el jefe de Neonatología, para unirme a ellos en la sesión semanal de análisis de casos. Tully, que era católico y tenía alguna sensibilidad hacia la enseñanza de la ética me dijo: “ya verás, en estos casos vas a encontrar cosas de las que nunca oíste hablar y en las que jamás has pensado”. En las unidades de cuidados intensivos neonatales se dan sobre todo un conjunto de circunstancias: la circunstancia de nacer prematuramente, los problemas con la capacidad pulmonar..., un montón de cosas de este tipo. Eran casos muy distintos y variaban cada semana según los iban presentando los médicos responsables. A continuación, se suponía que yo debía realizar un comentario. Por eso, por exigencia de Tully, lo que yo hacía era sobre todo una ética basada en casos, pero sin ninguna teoría muy madurada.

En la década de los 90 diversas sociedades y asociaciones replantearon el problema de la consultoría ético-clínica y dotaron de contenido este nuevo campo de trabajo con algunos manuales y programas formativos.

Joseph Fins: ¿Y esta labor funcionó bien? Es decir, teniendo en cuenta tu formación anterior...

Jonsen: Sí, funcionó bien y a menudo la defiendo. Escribí un artículo basado en aquellas experiencias, “*Can an ethicist be a consultant?*” En él me centré sobre todo en realizar una comparativa entre la tarea del confesor-consejero en el mundo religioso y la tarea de un especialista en ética en el mundo médico. De modo que sí, ambos encajaban bien y siempre surgía alguna experiencia nueva cada semana, lo cual es una característica de la ética de casos. Surge una nueva experiencia en cuanto uno encuentra un caso nuevo. (Fins, 2015)

En efecto, en el artículo de 1980, “*Can an ethicist be a consultant?*”, Albert Jonsen examina “los problemas psicológicos y políticos asociados a la presencia de un profesional no médico en el ámbito clínico.” En su libro de 1994, “*Ethics Consultation: A practical guide*”, John La Puma y David Schiedermayer lo describen como el primer artículo que analizó el proceso de la consulta ética, sus beneficios y sus dificultades. (La Puma et al., 1994: 44)

Jonsen define la figura del consultor, en el sentido aceptado en la práctica de la medicina, como

un colega respetado, a quien un médico le solicita ayuda en un caso desconcertante, un profesional que posee conocimientos específicos y de quien se espera, después de haber hecho un análisis independiente, que le ofrezca sugerencias al médico del caso acerca del diagnóstico y del tratamiento del paciente. (Jonsen, 1980: 157)

De esta definición, son importantes varios conceptos o expresiones. Una de ellas es la de “colega respetado”, algo a lo que Jonsen parece dar mucha importancia y que desencadena la solicitud de ayuda.

El conocimiento específico del consultor proviene de su familiaridad y contacto crítico con la literatura sobre un problema concreto, de la experiencia clínica más intensa, centrada sobre aquel problema y, especialmente, de una habilidad muy aguda en la lógica del diagnóstico diferencial. El consultor se enfrenta con regularidad a casos difíciles y está familiarizado con los problemas controvertidos. (Jonsen, 1980: 157)

Jonsen se pregunta por otro lado sobre el papel de la ética en el contexto clínico y adopta la misma perspectiva que Daniel Callahan, que declaraba que la ética debería alejarse de una interpretación “estrecha” del término y poner sus servicios a disposición de los clínicos, es decir, de los tomadores de decisiones.

Yo adopto la misma posición [que Callahan] al hablar del eticista como consultor, adoptando una manera de “hacer ética” que es directa más que indirectamente relevante para las decisiones clínicas. Esta manera, aunque bastante desconocida para la ética filosófica moderna, tiene una larga historia en la tradición de la ética occidental, donde se conoce como casuística. El eticista como consultor es un casuista. (Jonsen, 1980: 158)

Jonsen hace un análisis de lo que se entiende por casuística y de cómo se puede aplicar esta perspectiva a la labor del eticista-consultor, pues se trata de una noción compleja que soporta distintos sentidos.

En el sentido amplio del término, la casuística se refiere al debate de un caso concreto que provoca desconcierto, a la luz de ciertas normas o reglas éticas generales. Presuntamente, la comprensión de la relación entre las reglas generales y la situación concreta resolvería el dilema moral, mostrando cuál de las diferentes reglas debería prevalecer. En este sentido amplio, la casuística es una parte inevitable del razonamiento moral común, que por su naturaleza se mueve entre las consideraciones generales y las decisiones en situaciones específicas (Jonsen, 1980: 159)

El ejemplo que utiliza Jonsen para ilustrar este sentido es el que aparece en la *Antígona* de Sófocles. Antígona sabe perfectamente tanto que los muertos deben ser enterrados como que al rey se le debe obedecer. Sin embargo, cuando el rey ordena que su hermano no sea enterrado, Antígona utiliza la casuística, interpreta Jonsen, para llegar a la conclusión de que la ley de que hay que enterrar a los muertos, siendo una ley de la naturaleza, la antepone a la autoridad del rey, que es una ley humana, y de este modo resuelve el dilema.

En un sentido más restringido, la casuística se refería a determinados sistemas de razonamiento moral. En estos sistemas, se confrontaba una cierta visión sobre la naturaleza de la vida moral, la cristiana, con una situación real o ficticia bien definida y se plantea la pregunta: “¿Qué debería hacer el cristiano en esta situación?” La tarea de esta casuística era determinar cómo la vida moral propuesta al creyente se aplicaba en las actividades de la vida diaria. [...] Los casos concretos se construían alrededor de [preguntas abstractas] y su descripción estaba hecha de tal forma que llevaran a respuestas, no sobre estas

preguntas abstractas, sino sobre las circunstancias concretas que se analizaban.” (Jonsen, 1980: 159)

En este sentido, Jonsen, al igual que Callahan, critica la tendencia a tratar los problemas de la ética médica desde una perspectiva estrictamente teórica, incapaz de proporcionar soluciones a los problemas reales.

Es un supuesto casi universal que una teoría ética desarrollada y coherente debe preceder al análisis de los problemas morales que surgen de los casos. Se invierten esfuerzos considerables en la creación de teorías éticas, como el utilitarismo, a partir de las cuales se puedan alcanzar conclusiones sobre los casos. El problema es que esto es un esfuerzo fútil. Los casos que se “resuelven” mediante estos métodos casi inevitablemente dejan a las personas insatisfechas; generalmente, existe una manera completamente diferente de ver y de resolver el problema que se puede argüir con la misma convicción. De hecho, se puede decir que la teoría moral ha absorbido simplemente al caso, haciendo de este una mera ilustración de la manera en que la teoría trata los dilemas morales. Todos aquellos a los que la teoría en sí no los convence quedan excluidos, con su dilema todavía sin resolver. Este enfoque de la ética ha dado origen a la idea de que la ética “no tiene soluciones” para los problemas que trata. (Jonsen, 1980: 161)

Para evitar las frustraciones que provoca este enfoque, Jonsen propone la idea de que “una teoría ética completa debe proceder del análisis de los casos.” (Jonsen, 1980: 161) Desde esta perspectiva, afirma el autor, muchos autores consideran que la ética médica es, de hecho, “una nueva casuística”. Sin embargo, Jonsen comenta que, a pesar de que se use el término y se debatan los casos, la filosofía analítica no ha desarrollado un proceso de razonamiento que tenga como objetivo final la resolución práctica de los problemas éticos.

De hecho, es bastante común que el casuista moderno actúe como un filósofo moral tradicional: desmenuzar el problema y dejarlo en pedazos, diciendo: “Yo deconstruyo las cosas. Es tu deber juntar las piezas nuevamente.” La filosofía moral plantea las preguntas, pero no ofrece respuestas. El análisis –la deconstrucción y el planteamiento de preguntas– es una actividad importante, pero no es lo que el médico del caso busca en una consulta. A menudo, el médico del caso tiene la mayoría de las piezas; lo que quiere es que el consultor las junte. Las preguntas están allí; lo que se necesita es la respuesta, una respuesta que conduzca a alguna decisión concreta sobre la gestión de la situación del paciente. El médico que solicita la consulta, si tiene una comprensión profunda de la medicina, no espera certezas, pero sí espera garantías acerca de un curso de acción. El consultor no entregará un informe conteniendo “la verdad”, puesto que normalmente eso es algo inalcanzable, sino más bien “opiniones más o menos probables.” Estas son, de hecho, las características de la casuística. Se presta menos atención al análisis que a la reunión de los diferentes factores relevantes para un caso concreto y, una vez reunidos estos, a la distinción entre ellos. El principal propósito de la casuística es el de ofrecer una respuesta que conduzca a una decisión. No se preocupa por la verdad, pues a menudo en las decisiones prácticas no hay verdad, sino que se preocupa por lo que es más o menos probable. Finalmente, su objetivo es

ofrecer seguridad o, como decían los casuistas, “una cierta conciencia”; es decir, resolver los dilemas morales concretos. (Jonsen, 1980: 162-3)

La hipótesis que propone Jonsen es que existe una serie de “actos mentales” (*mental moves*) específicos para la casuística que permitían a los casuistas clásicos aproximarse a la toma de decisiones en los problemas éticos. Estos actos, afirma el autor, podrían ayudar a desarrollar la ética como disciplina y, a la vez, facilitar el papel consultivo de la ética médica. Los actos centrales para construir una “nueva casuística” Jonsen los reduce a tres: la tipificación, el uso de máximas y un sistema para medir o cualificar la seguridad (*typification, use of maxims, assurance rating*). (Jonsen, 1980: 165)

La tipificación o la formulación de una taxonomía de casos es necesaria para acercar la ética al contexto clínico. Para el médico, argumenta Jonsen, cada caso es único en su complejidad; no obstante, el consultor debe tener la capacidad de encuadrar los casos en una tipología en la cual ningún caso es completamente único o completamente general, sino un tejido complejo de roles y responsabilidades que son relevantes para la interpretación y la resolución de cada caso. (Jonsen 1980: 165)

En la casuística clásica, el caso no era una mera descripción de los hechos, sino una construcción en torno a un concepto o a una norma moral. A la vez, estos conceptos no intervenían directamente en la resolución del caso, sino que formaban una base, un escenario sobre el cual se desarrollará el problema moral. En vez de esto, los casos a menudo hacían referencia a un tipo de principio ético cuyo valor era imposible de demostrar, pero que se aceptaba generalmente como un factor de peso en el debate moral. Estos principios podían ser axiomas de la jurisprudencia romana, citas bíblicas o máximas cuyo origen se desconocía. Aunque estos principios parecen no tener un lugar en el discurso teórico de la ética contemporánea, afirma Jonsen, siguen manifestándose, de forma explícita o implícita, en el discurso moral.

En las consultas ético-clínicas, algunas expresiones aparecen rápidamente: “Tiene derecho a morir”, “Tengo una responsabilidad hacia mis pacientes”, “Mientras no hagamos daño...” A mí, estas expresiones me resultan más parecidas a las máximas de los antiguos casuistas que a principios; su generalidad y demostrabilidad son limitadas. Los eticistas modernos parecen querer analizarlas de modo que quede manifiesto su lugar en una teoría, más que aplicarlas al caso en sí. Sin embargo, la última opción parecería más útil para la consultoría. (Jonsen, 1980: 166)

Por otra parte, Jonsen subraya como objetivo principal de la casuística clásica hacer comprender al agente moral que una acción, sobre la cual había dudas especulativas irresolubles, no podría llevarse a cabo más que con certeza moral práctica, algo muy distinto de la certeza absoluta. Quizá esto es lo más importante.

Una de las características más notables de la casuística era su reconocimiento de que, en la mayoría de los asuntos morales, la certeza era inalcanzable. [...] Su esfuerzo estaba orientado hacia expresar opiniones sobre las decisiones morales y clasificar estas opiniones como improbables, menos probables o más probables. Ahora es un axioma para los eticistas modernos que la ética no produce “conclusiones verdaderas”. En esto, los casuistas y los eticistas están de acuerdo. No obstante, más allá de este punto sus opiniones se separan, cuando el casuista le dice al responsable de la toma de decisiones: “Ahora

puedes actuar de buena fe y elegir la solución más probable o una de las soluciones probables. No obstante, cometerías un error si aceptaras la solución menos probable o improbable.” El eticista simplemente dice: “He analizado las posibilidades; ahora la elección depende de ti.” (Jonsen, 1980: 167)

Para Jonsen, la clasificación de las opciones posibles según su grado de probabilidad es la característica más importante de la casuística clásica que se puede aplicar, y de hecho se ha aplicado en la labor de los eticistas clínicos, reflejada en artículos como el de James Childress, “*Who shall live when not all can live?*”. (Childress, 1970)

Como consecuencia del análisis de la casuística clásica, Jonsen se pregunta si no debería exportarse este procedimiento a la consultoría ético-clínica como una nueva casuística.

Parece oportuno desarrollar una nueva casuística que pueda permitir lo que muchos, tanto eticistas como clínicos, desean: una forma de discurso ético en el cual una persona que posea una determinada información, amplia experiencia y habilidades específicas pueda ser útil para otra persona que tenga que tomar una decisión. Esta es la consultoría y, como proponemos, será llevada a cabo no por meros eticistas, sino por eticistas [que también son] casuistas. (Jonsen, 1980: 167)

En la misma entrevista que había concedido en el año 2015, el Dr. Fins preguntó a Jonsen por este mismo tema.

Joseph Fins: Para situar todo esto en una perspectiva histórica, ¿se ejercía ya la ética clínica en aquella época o fue este el primer intento de hacerlo?

Jonsen: Que yo sepa fue el primer intento. Siegler empezaba a emplear el término de ética clínica cuando era un médico joven y de alguna forma se sentía inclinado hacia la consulta clínica. No recuerdo el año de publicación del ensayo donde él introdujo el término de ética clínica, pero debió de ser por aquella misma época. Aparte de eso, no recuerdo que hubiera nada más sobre ética clínica. La verdad es que era muy distinto de otros trabajos que se estaban llevando a cabo en materia de ética, que funcionaban a un nivel bastante abstracto.

La obra de Dan Callahan, que empieza con ese famoso ensayo *Bioethics as a discipline*, explica que debería existir una base filosófica y, según recuerdo, ensalza los casos como experiencias de los médicos y de otro personal médico. Resulta muy orientado a casos y, sin embargo, Dan nunca tuvo ninguna experiencia clínica. Lo mismo se puede decir de Bob Veatch y sus primeras publicaciones, las cuales, que yo recuerde, no prestan ninguna atención a los casos. Veatch, Callahan y Gorovitz son lo mismo, pero no aportan gran cosa. Y no recuerdo a nadie más, excepto a mí.

Fins: ¿Y Pellegrino?

Jonsen: ¿Pellegrino? No, no creo. Creo que si lees la obra de Pellegrino...

Fins: Es más teórica de alguna manera...

Jonsen: En mi opinión es un intento de convertir el trabajo del médico en un pensador con una dirección teórica y, por tanto, en alguien que no hace demasiado desde un punto de vista clínico.

Fins: Correcto. Resulta irónico que el médico (Pellegrino) se convierta en teórico, y que el filósofo (Jonsen) ejerza la práctica.

Jonsen: Sí. (Fins, 2015)

Ruth Purtilo y la primera consulta ética hospitalaria registrada

La primera consulta ética registrada como tal la realizó 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*”. (Purtilo, 1984: 983-986) En él describe por primera vez una consulta ética sobre un recién nacido a término con una gastrosquisis, lo que planteaba el problema de si debería iniciarse la nutrición parenteral, dado que esto implicaba sucesivas intervenciones a todo lo largo de la vida y con resultados muy inciertos.

Acabo de volver de una consulta ética sobre una de las situaciones a las que los clínicos no esperan jamás enfrentarse. [...]

A la vuelta a mi despacho, exhausta, encontré una nota de uno de los administradores del hospital informándome de que un hospital cercano estaba planificando emplear a un eticista. Sé, por las reuniones y debates con los colegas, que la demanda de eticistas continúa aumentando. Me parece que ha llegado el momento de hacer real la idea de un eticista hospitalario. La nota –y la corriente de cambio que refleja– tiene un efecto extrañamente inquietante sobre mí, quizá porque el problema del niño [al que nos hemos referido] incomodó tanto a los implicados, o quizás porque yo me he estado preguntando cuál debería ser el papel real del eticista. (Purtilo, 1984: 983)

Este fragmento refleja varias cosas. La primera, que la figura del consultor continuaba creciendo con fuerza en la actividad hospitalaria, por lo que su labor como consultora no era en absoluto inusual ni completamente novedosa. La segunda, que tuvo el atino de elevar a conocimiento público con la publicación de su artículo, que la preocupación de los clínicos en la toma de decisiones estaba subiendo de nivel, lo cual estaba poniendo en cuestión el modo tradicional de practicar la “buena” medicina. En el caso arriba referido, cuando el médico le solicitó ayuda, le dijo:

¿Podrías reunirte con nosotros (los médicos y los residentes)? Estamos muy tensos. Estamos exhaustos, tratando de decidir qué hacer. Los padres no han dormido en toda la noche. Ahora están a la puerta de mi despacho y quieren hablar conmigo sobre lo que está pasando. Las enfermeras se sienten muy afectadas. (Purtilo, 1984: 985)

Estas situaciones parece que estaban llegando a ser tan frecuentes que “algunos clínicos no ven otra alternativa más que una jubilación anticipada o un cambio de profesión para escapar de la presión” (Purtilo, 1984: 984).

La tercera cosa que llama la atención tiene que ver justo con el modo de ofrecer ayuda. El caso que describe la Prof. Purtilo es similar a los problemas éticos que se debatían en la prensa o se analizaban en la literatura médica. En este sentido, la figura del eticista no venía a resolver problemas distintos, sino, si acaso, a resolverlos de modo distinto. La solución de acudir a un comité ya no era la única salida posible ni quizás la más operativa.

Inicialmente yo pensé que el modelo de comité ayudaría a despejar mis dudas sobre las responsabilidades del eticista. Pero en nuestro hospital la mayoría de los casos en que los clínicos podrían beneficiarse de la ayuda de un eticista empático y experimentado, nunca llegan al comité. Todos están de acuerdo en que no es rentable reunir al comité para cada problema ético difícil o complejo – el comité con todos sus miembros solamente se reúne cuando las deliberaciones preliminares muestran un problema excesivamente complejo. Por lo tanto, aunque los eticistas hospitalarios y los clínicos podrían agradecer la presencia de un comité como un medio adicional de abordar los problemas graves, estos comités no resolverán los problemas tan incómodos como el que causó mi preocupación esta tarde [en el caso referido]. (Purtilo, 1984: 984)

Este nuevo planteamiento exige, no obstante, una definición del papel del consultor ético. La Dra. Purtilo se pregunta en el artículo si el uso del término “consultor” es apropiado para describir las actividades que los eticistas desarrollan con los clínicos y cuál es el procedimiento apropiado para abordar las consultas éticas. Tales cuestiones no habían sido resueltas por los hospitales o profesionales que solicitaban los servicios de un eticista. En los debates informales entre eticistas y clínicos se sugería una analogía entre la consulta clínica y la consulta ética. En este sentido algunas instituciones habían dado pasos hacia el establecimiento de la figura del consultor ético de modo similar a la figura del consultor clínico. Sin embargo, existía división de opiniones en torno a este tema, dado que el término “consultor” podía resultar confuso y llevar a procedimientos de consulta ética como si se tratase de una consulta clínica. En este punto la autora del artículo plantea una serie de interrogantes para los que todavía no existía respuesta clara: ¿Cómo deben obtener los consultores la información? ¿Del médico responsable? ¿De otros miembros del equipo? ¿Directamente del paciente o familia? ¿Debería el eticista tener acceso a la historia clínica del paciente? ¿Debería solicitarse consentimiento al paciente para realizar estos servicios? ¿Dónde se registran las consultas éticas? ¿Debería el eticista introducir los resultados en la historia clínica del paciente? Si no se introducen en la historia clínica, ¿entonces, dónde? ¿Y cuánto debería recibir el eticista por sus servicios? ¿Quién debería pagar? ¿La administración? ¿El paciente? ¿El seguro? Y finalmente, ¿están preparados tanto los profesionales como los gestores del hospital para hacer cambios en la legislación para adaptarse a la figura del eticista?

Cuando yo planteé esta [última] cuestión en nuestro hospital, la administración respondió con unas preguntas que daban que pensar: ¿cuántos eticistas están dispuestos las 24 horas del día y los fines de semana a prestar un servicio de consultoría? Uno, o como mucho, con dos eticistas que presten sus servicios en el hospital, ¿son suficientes para atender a las demandas los siete días de la semana, las 24 horas? ¿Han reparado los eticistas en los sacrificios inherentes al invertir su energía en esta labor en vez de en las actividades académicas tradicionales de investigación, publicación y enseñanza? No hay ninguna respuesta, clara ni por parte de los administradores ni por parte de los eticistas. (Purtilo, 1984: 985)

Por lo tanto, la conclusión a la que llega la Dra. Purtilo en su artículo es que la posición del eticista es ambigua tanto ética como legalmente. Y por eso propuso que responsables de las políticas hospitalarias (eticistas, personal clínico y administradores) evaluaran de modo conjunto la función del eticista, establecieran una lista de actividades de trabajo, y con ello redujeran la ambigüedad del papel del eticista.

Ética y legalmente, al realizar sus consultas, mientras los consultores clínicos avanzan con cierta facilidad sobre el camino ya trillado de la tradición, el eticista camina en la cuerda floja. Para sacar a la luz estas dificultades, los clínicos y los eticistas deberían examinar críticamente si el término *consultor* es apropiado cuando se aplica al eticista. Un debate a nivel nacional sobre este tema podría cumplir esta función de modo efectivo. Si, tras los debates, el concepto de consultor todavía deja demasiadas preguntas sin responder, otros términos (como “enlace” [*liaison*] o “asesor” [*adviser*]) podrían ser más adecuados. La administración hospitalaria y los comités de atención sanitaria podrían ayudar en la evaluación de las funciones del eticista y la definición de sus actividades de trabajo. Finalmente, los varios problemas procedimentales que se han planteado anteriormente deben resolverse.

Los cuerpos responsables de las políticas hospitalarias, trabajando conjuntamente con los eticistas, el personal médico y la administración de los hospitales podrían reducir considerablemente la ambigüedad en torno al papel del eticista. Solamente cuando se dé prioridad a estos problemas, nuestro sistema de salud podrá garantizar a la sociedad la calidad de atención más alta posible. (Purtilo, 1984: 985-986)

En lo que concierne a la práctica ética hospitalaria, la Dra. Purtilo afirmó que la consulta ética implicaba un análisis minucioso de las obligaciones morales, de los derechos, las responsabilidades y de los conceptos de justicia. (Purtilo, 1984: 984) De hecho, en sus propias consultas éticas, ayudó a los clínicos a ordenar sus pensamientos, asegurándose de que poseyeran todos los datos éticos necesarios para evaluar el problema moral. (Purtilo, 1984: 984) Con ello confirmó a la vez el problema que ya anteriormente se había identificado en la labor de los comités, esto es, que la mayoría de los casos en que los clínicos necesitaban la ayuda de un consultor, nunca llegaban al comité, principalmente por el coste elevado que suponía reunir un comité para cada caso (Purtilo, 1984: 984).

John La Puma y el servicio de consultoría ético-clínica

A mediados de 1980, el Dr. John La Puma participó en el primer programa de especialización en consultoría 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*” (La Puma, 1987). Este método mantenía los cuatro parámetros elaborados por Siegler, pero, por un lado, profundizaba en la historia social del paciente y, por otro, a diferencia de los modelos de Jonsen y Purtilo, utilizaba de modo crucial una estructura similar a la de la consulta clínica tradicional, es decir, el examen de los datos clínicos.

Para clarificar los problemas éticos y enseñar los métodos de análisis ético, en los últimos años ha aumentado la tendencia a proporcionar consultoría ética en

el contexto hospitalario. La función consultiva de los comités de ética hospitalarios ha venido sugerida por los filósofos, los abogados y también por la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*. Sin embargo, algunos autores se han planteado si pueden usarse los principios de la ética clínica para ayudar a la toma de decisiones en la atención a pacientes. (La Puma, 1987: 633)

En su artículo, el doctor La Puma analizó las 27 consultas éticas que fueron solicitadas por médicos y personal de un hospital universitario y llevadas a cabo por clínicos del Centro para Ética Clínica de la Universidad de Chicago.

Al solicitarse una consulta, el especialista en ética clínica recogía información basándose en un modelo establecido para las consultas éticas. Primero, se recogía información sobre la historia clínica y los resultados de laboratorio. Se entrevistaba al médico que había solicitado la consulta. Después se examinaba al paciente y, si este era capaz de comunicarse, se le entrevistaba. Según las necesidades, se hacían entrevistas a los trabajadores sociales, los familiares, los administradores y otras “personas importantes”. Después de reunir los datos, se evaluaban los principales problemas éticos. Después de debatir los problemas junto con un clínico-eticista, se hacían sugerencias con el objetivo de resolver las cuestiones clínicas. Se citaba y se ponía a disposición de los interesados la bibliografía relevante referente a la jurisprudencia, las políticas hospitalarias y la literatura ético-clínica. El consultor organizaba o conducía (o ambas cosas) reuniones con la familia, reuniones del equipo de profesionales y revisiones conjuntas del caso para casi todos los casos. Los informes sobre las consultas, titulados “Ética Clínica” o “Consulta Ético-Clínica” se recogían en las notas de evolución clínica.

En cada consulta se identificaba la cuestión clínica y el principal problema ético. La cuestión clínica –como, por ejemplo, “¿podemos redactar una orden de no reanimación?” –se registraba al principio de cada informe de consulta. El principal problema ético identificado por el consultor en su evaluación o discusión –como por ejemplo las indicaciones éticamente apropiadas para la orden de no reanimación– se definía utilizando un método básico de toma de decisiones ético-clínica. (La Puma, 1987: 633).

Como en los otros casos que habían impulsado el desarrollo de la figura del consultor, La Puma subraya que la mayoría de las consultas éticas analizadas en su estudio eran casos relacionados con la limitación del esfuerzo terapéutico (el 67%). Otras consultas trataban cuestiones relacionadas con el trasplante de órganos o con la falta de acuerdo entre los médicos responsables del caso, entre los médicos y la familia o entre el paciente y la familia. (La Puma, 1987: 634).

Las solicitudes de consulta reflejaban siempre una cuestión clínica, aunque esta no siempre coincidía con el principal problema ético y, en muchos casos, los consultores ayudaron al médico responsable a identificar otros problemas éticos que no se habían señalado.

El Dr. La Puma clasifica en tres categorías las razones de los clínicos para solicitar una consulta ética en los casos analizados: para obtener asistencia en la toma de decisiones, para obtener asistencia en la gestión del caso y para obtener asistencia en la solución de desacuerdos.

La primera, la asistencia en la toma de decisiones, representaba en algunos casos un mero apoyo para que el médico tuviera la seguridad de que su propia decisión era moralmente justificable; en otros casos, los médicos se sentían realmente desconcertados ante casos muy complejos. En estos últimos casos, se solicitaba asistencia en la gestión del caso. Aquí el consultor desarrollaba un papel especialmente activo, aconsejando cuándo era apropiado quitar la respiración artificial o qué medicamentos contra el dolor era apropiado introducir. En tercer y último lugar, la asistencia en la resolución de desacuerdos requería que el consultor fuera un tipo de enlace diplomático que ayudara a las partes en conflicto a llegar a conclusiones mutuamente aceptables. (La Puma, 1987: 636)

Al igual que Siegler, La Puma considera necesaria una aproximación al paciente:

Nuestras consultas fueron prácticas, clínicas y educativas. A lo largo del proceso consultivo se ayudó a los médicos a resolver problemas éticos difíciles y a mejorar sus habilidades de toma de decisiones. En cada caso, el consultor intentó integrar el proceso consultivo y la síntesis del caso. Más instructivas que los informes escritos o las citas de la literatura médica resultaron ser las interacciones entre el consultor y el equipo de atención al paciente. Una cosa es enseñar didácticamente las indicaciones apropiadas para las órdenes de no reanimación o la limitación de soporte vital, y otra cosa completamente distinta trabajar junto a los clínicos en las unidades médicas y analizar a la cabecera del paciente el caso de un paciente individual. (La Puma, 1987: 636)

El Dr. La Puma destaca la importancia de la experiencia y del *know-how* del clínico en la realización de las consultas éticas, pero sostiene que no es suficiente, dada la poca preparación y experiencia que los clínicos tienen en el análisis de los problemas éticos. Es aquí donde entra la figura del consultor ético:

La experiencia como clínico fue inestimable en realizar las consultas. Se ha observado que el conocimiento por parte del consultor ético de la atención a pacientes ayuda a que este sea aceptado por los médicos que solicitan la consulta. Los clínicos, incluso algunos no médicos, comprenden los matices y las dinámicas de la atención a los pacientes y adquieren esta comprensión mediante la observación a la cabecera del paciente y la experiencia. Reconocer la unicidad de los problemas de cada paciente y saber que la atención médica se basa en las necesidades médicas son dos factores que están en el centro de la figura del consultor-eticista.

A algunos puede parecerles que cualquier clínico sabio y con experiencia puede realizar consultas éticas. Los clínicos que son tanto sabios como experimentados saben muy bien la necesidad de equilibrar los aspectos técnicos y los morales de la atención a pacientes. Indiferentemente de la sabiduría de cualquier médico en particular, la verdad es que la mayoría de los médicos de los hospitales universitarios tienen relativamente poca experiencia en el análisis de los problemas morales. Enseñar a los médicos a construir su propio marco conceptual para la toma de decisiones es el deber de muchos de los consultores en el ámbito de la medicina. Un médico-eticista puede enseñar los conceptos fundamentales relevantes, así como el lenguaje especial de la ética, mientras

apoya a los médicos a desarrollar una estrategia coherente y estructurada para el análisis de los problemas éticos que surgen diariamente en la práctica clínica.

Más aún, un consultor ético tiene la tarea específica de reunir las partes dispares o conocidas de modo incompleto de la evolución médica e historia social de un paciente. Dadas las capacidades tecnológicas cada vez mayores de la medicina, los hospitales proporcionan principalmente servicios técnicos. Es posible que los médicos ocupados, incluso aquellos interesados en la ética, tiendan a marginar los valores y la historia personal de los pacientes, dejando estos datos de lado, especialmente cuando un paciente es enfermo crítico. El consultor ético tiene la formación especial y la responsabilidad profesional de ayudar a reunir los datos relevantes y restablecer el foco ético central de un caso. (La Puma, 1987: 636)

También resaltó que los comités de ética no eran la mejor solución para resolver los problemas éticos que surgían en la práctica clínica.

Entorpecidos por estándares variables que dificultan su composición y con una responsabilidad jurídica incierta, los comités de ética generalmente no han sido capaces de asumir el papel consultivo con éxito. Nuestro equipo consultivo pudo responder rápidamente a las solicitudes de los médicos y traer a la cabecera del paciente tanto los conocimientos médicos, como una comprensión ética de la situación. Pocos comités de ética tienen el tiempo o la disposición para analizar la historia clínica de un paciente o examinar a un paciente y hacer recomendaciones sobre su tratamiento. Con su composición multidisciplinar y orientación administrativa, muchos comités de ética están bien preparados para examinar las políticas hospitalarias problemáticas, pero menos preparados para realizar consultas en casos de pacientes específicos. (La Puma, 1987: 636)

Como otros autores, señaló que los profesionales médicos pueden tener reservas frente a la figura del consultor ético, así como las preguntas que todavía quedaban por responder.

Los médicos pueden tener reservas sobre la consultoría ética. Pueden temer las posibles consecuencias jurídicas tras no seguir las recomendaciones escritas de un consultor o la pérdida de la autonomía para gestionar los casos. Muchos pueden dudar de la utilidad real del análisis y de los consejos éticos. En esta serie de 27 casos, recibimos muchos comentarios positivos sobre nuestro apoyo clínico y nuestro enfoque educativo. Existen pocos datos sobre la eficacia de las consultas éticas o sobre las consultas médicas en general, aunque Perkins y Saazthoff mostraron que la consultoría ética “a veces cambia la gestión de los pacientes y casi siempre refuerza la confianza del médico en el plan final de tratamiento.” Claramente, se necesita más investigación para determinar la utilidad de las consultas, quizá utilizando evaluaciones de seguimiento tanto por parte del consultor, como por parte del médico solicitante.

Sobre las consultas éticas quedan muchas preguntas importantes sin responder: ¿Quién debería realizarlas? ¿Cómo deberían realizarse? ¿Qué habilidades debería tener un consultor? Quizá la más importante pregunta es también la más básica: ¿Cuál es el objetivo de la consultoría ética? ¿Deberían los consultores éticos implicarse en los temas de la formulación de las políticas institucionales, o trabajar en la clínica y enseñar la ética clínica a los médicos a la cabecera del paciente? (La Puma, 1987: 636)

La conclusión a la que llega el doctor La Puma en este artículo es que los consultores éticos deben poseer una amplia gama de conocimientos, desde la ética a la medicina y hasta la psicología y la sociología, para ser capaces de aconsejar a los médicos en el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica.

Los consultores en ética clínica deberían ser competentes tanto en medicina como en ética y tener profundas habilidades interpersonales y comunicativas. En cada consulta, los eticistas clínicos deberían enseñar a los médicos las destrezas necesarias para la toma de decisiones. [Estas destrezas] en la ética clínica son habilidades prácticas, puesto que la medicina es principalmente la atención a los pacientes, distinguiéndose de las humanidades y las ciencias por su finalidad práctica. Los eticistas clínicos pueden ayudar a los médicos de los hospitales a alcanzar soluciones éticas en un amplio rango de casos difíciles. (La Puma, 1987: 636)

No es sorprendente, entonces, que al final de la década de los 80 en las revistas de especialidad se pudieran encontrar anuncios de empleo como el siguiente, recogido por el Dr. La Puma en un artículo posterior:

Se busca: Eticista hospitalario. Profesional dedicado (del campo de la medicina, enfermería, derecho, filosofía o ética) con varios años de experiencia clínica, para proporcionar consultas éticas en el hospital. Imprescindibles buenos conocimientos de derecho de la salud, facilidad en relacionarse con los pacientes y el personal, y capacidad de interactuar con el Comité de Ética Hospitalario y el Comité de Ética de la Investigación (IRB). El carácter pragmático es esencial. Salario en función de la formación y experiencia. (La Puma et al., 1998: 1109)

No obstante, según varios autores, el auge de los consultores éticos en Estados Unidos no significó que se abandonara por completo el modelo del comité de ética. Se trataba, como observó el Dr. La Puma, entre otros, de una distribución de las tareas: mientras que los consultores desarrollaban su actividad en contacto con los pacientes, los comités de ética debían continuar su labor a nivel institucional, desarrollando políticas de actuación y de evaluación de la consultoría ética.

Los consultores éticos y los comités necesitan continuar trabajando conjuntamente, pero deberían tener diferentes tareas: la atención a los pacientes es una tarea para los consultores, mientras que la evaluación y la elaboración de políticas institucionales, en función de la experiencia clínica, es una tarea para el comité. De este modo, los consultores éticos y los comités de ética pueden y deben ser componentes complementarios de los esfuerzos que una institución hace para mejorar la atención a los pacientes. (La Puma et al., 1998: 1112)

Conclusión

En los Estados Unidos la consultoría ético-clínica comenzó en algunos centros médicos universitarios a finales de los años 60 y a principios de los 70 y recibió un impulso importante con el desarrollo de los comités de ética a finales de los años 70 y a principios de los 80. (Pose, 2016). En este periodo, el avance rápido de la tecnología médica obligó a los pacientes en estado crítico, a sus familias y a los profesionales de la salud a enfrentarse a decisiones éticas difíciles. A la vez, la autoridad tradicional del médico se veía contestada no solamente por los movimientos para los derechos de los pacientes, sino también por los cambios en la manera en

que se proporcionaba atención a los pacientes en los hospitales de atención terciaria, donde los pacientes eran tratados a menudo por equipos formados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares y otros profesionales. Las decisiones acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico en casos de adultos incapaces o bebés prematuros se tomaban en un vacío legal a menudo dominado por los temores a los procesos civiles e incluso penales. En este ambiente había un alto grado de incertidumbre sobre cuál sería el modo óptimo de resolver los problemas éticos difíciles sin acudir a los tribunales de justicia.

En su decisión del caso Quinlan en 1976, el Tribunal Supremo de Nueva Jersey sugirió, aunque con cierta ambigüedad, el uso de los comités de ética para asistir a las personas que se enfrentaban a decisiones difíciles al final de la vida. A principios de los años 80, las reglas federales “*Baby Doe*” impulsaban a los hospitales a desarrollar mecanismos internos para lidiar con la toma de decisiones en casos de niños con discapacidades físicas graves. En 1983 la *President’s Commission* respaldó la idea de la toma de decisiones compartida entre los pacientes y los médicos. La Comisión sugirió la consulta de un comité de ética como posible manera de resolver los conflictos que surgían en el contexto clínico, pero observó que la eficacia de tales consultas no se había demostrado.

De esta manera, se habían sentado las bases para la creación y la implementación de los comités de ética asistencial, como mecanismo para compartir la responsabilidad de la toma de decisiones en la práctica clínica y aliviar la angustia relacionada con los problemas éticos que las nuevas tecnologías estaban planteando. No obstante, los comités resultaron ser una solución muy imperfecta: por una parte, sus deliberaciones se realizaban a distancia de la cabecera del paciente, lo que podía diluir la responsabilidad; por otra parte, la burocracia y los gastos inherentes a la reunión de un comité hacían que muchos casos que necesitaban este tipo de intervención no llegaran ante el comité.

La alternativa al modelo del comité se encontró en una aproximación de la ética a la clínica, en la figura de un profesional que conjugaba el saber ético con la experiencia clínica, es decir, “a la cabecera del paciente”. Por tanto, acababa de nacer un nuevo campo de conocimiento, la ética clínica, y una nueva profesión, la del consultor ético-clínico. Para esto fue necesario un cambio de paradigma en la enseñanza de la ética médica en las Facultades de medicina, así como la creación de instituciones para la formación de estos nuevos profesionales.

En próximos artículos abordaremos la implicación de distintas instituciones y organizaciones en el desarrollo tanto de la teoría como de la práctica de la consultoría ética. En 1985, la red de Institutos Nacionales de Salud y la Universidad de California de San Francisco cofinanciaron la organización de un congreso en Bethesda, Maryland, para profesionales designados como consultores éticos por sus instituciones. En el congreso participaron 53 invitados, y otras 50 personas manifestaron su interés por participar en otras reuniones de este tipo. Consecuentemente, en 1986 se estableció oficialmente la *Society for Bioethics Consultation*, con el objetivo de proporcionar apoyo y formación continua para los consultores ético-clínicos. Más tarde, esta organización se unió con la *Society for Health and Human Values* y con la *American Society for Bioethics*, formando en 1998 la *American Society for Bioethics and Humanities*.

Por otro lado, en 1991, la *Joint Commission* para la Acreditación de las Organizaciones de Salud incluyó la existencia de un mecanismo, que vino a identificarse con la figura del consultor o de un organismo de consultoría ético-clínica para resolver las disputas acerca de las

decisiones al final de la vida, entre los requisitos para la acreditación de las instituciones sanitarias.

En septiembre de 1995 se organizó un congreso sobre la Evaluación de la Consultoría de Casos en la Ética Clínica, con el fin de examinar los objetivos de la consultoría de casos éticos y desarrollar una metodología para la evaluación de las consultas de casos éticos. Como resultado de este congreso, un grupo de trabajo conjunto de la *Society for Health and Human Values* y la *Society for Bioethics Consultation* publicó el muy debatido informe de 1998, *Core competencies for health care ethics consultants*, que ofreció una definición de la consultoría ética, recomendaciones sobre el proceso de consultoría, así como una lista de los conocimientos y de las habilidades necesarias para realizar consultoría ético-clínica de modo efectivo.

En consecuencia, en la década de los 90 la consultoría ética podía considerarse en fase de maduración: existía un manual, muchas publicaciones y revistas dedicadas a este campo y un número creciente de guías de ética en la práctica clínica. No obstante, la práctica de la consultoría ética individual seguía teniendo importantes incógnitas relacionadas con el procedimiento de toma de decisiones, la formación y la acreditación de los profesionales dedicados a la consultoría ética y la evaluación de las consultas de casos. Pero esta ya es otra cuestión que analizaremos en próximos artículos de esta serie.

Bibliografía

- Cassel, Christine (1985). Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Implications form Policy in 1984. *Cardozo Law Review*, 287-302.
- Childress, James F. (1970) Who shall live when not all can live? *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, Vol. 53, No. 4, 339-355.
- Duff, RS. and AGM Campbell (1973). Moral and ethical dilemmas in the special-care nursery. *N Engl J Med*; 289, 890-894.
- Fins, J. (2015). En persona: Albert R. Jonsen. *EIDON*, 44, 67-86.
- Fins, J. (2016). En persona: Mark Siegler. *EIDON*, 45, 64-83.
- Fletcher, J. (1971). Ethical aspects of genetic controls: designed genetic changes in man. *N Engl J Med*, 285, 776-783.
- Gracia, D. (2015). En: Fins, J. (2015). En persona: Albert R. Jonsen. *EIDON*, 44, 67-86.
- Ingelfinger, Franz (1973). Ivory-tower humanist. *N Engl J Med*, 289, 862-863.
- Ingelfinger, Franz (1973) Bedside ethics for the hopeless case. *New Engl J Med*, 289, 914-15.
- Jonsen, AR; Winslade, W. y Siegler, M. (2005). *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Ed Ariel SA: Barcelona.
- Jonsen, AR. (1998). *The birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Jonsen, AR. (1976). Ethicist's Heyday, *American Review of Respiratory Disease*, 113, 5-6.

- Jonsen, AR. Can an ethicist be a consultant? In Abernathy V. (ed., 1980): *Frontiers in Medical Ethics: Applications in a Medical Setting*. Cambridge: Mass, Ballinger, 157-171.
- La Puma, J. (1987). Consultations in clinical ethics - Issues and questions in 27 cases. *West J Med*, 146, 633-637.
- La Puma, J. and Schiedermayer, D. (1994), Ethics Consultation: A practical guide. *HEC Forum*, 6(3): 163-9.
- La Puma, J. and Stephen Toulmin (1989). Ethics Consultants and Ethics Committees. *Arch Intern Med*, 149, 1109-1112.
- Pose, C. (2016). Los inicios de la consultoría ética: los comités de ética y su constitución. EIDON, 45, 29-63.
- Purtilo, RB. (1984). Ethics consultation in the hospital. *N Engl J Med* 311(15): 983-986.
- Ramsey, P. (1971). Ethics of a cottage industry in an age of community and research medicine. *N Engl J Med*, 384, 700-706.
- Siegler, M. (1978). A legacy of Osler. Teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA*, 239(10), 951-956.
- Siegler, M. (1979). Clinical Ethics and Clinical Medicine. *Arch Intern Med*. 139, 914-915.
- Siegler, M. (1986) Ethics committees: Decisions by bureaucracy. *Hastings Cent Rep*, 16(3), 22-4.
- Tapper, E.B. (2013) Consults for conflict: the history of ethics consultation. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 26(4), 417-422.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.
- United States. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1983). Deciding to forego life-sustaining treatment.