

Los consultores ético-clínicos^{*}

Dr. Juan Pablo Beca I.

Director Centro Bioética Universidad del Desarrollo

Santiago de Chile

Los comités de ética asistencial o de ética clínica se han desarrollado a partir de 1970 en grados y formas diferentes en todos los países. Su definición es amplia porque sus funciones y características también lo son (UNESCO, 2005). Entre sus roles se destaca el análisis y consejería ante casos clínicos que presentan dudas o problemas morales para su mejor resolución, un rol normativo y una función educativa para quienes trabajan en las instituciones en que funcionan. La experiencia de estas cuatro décadas ha demostrado que los comités de ética asistencial son muy desiguales en su labor y que la función consultiva de análisis de casos es en general insuficiente. El número de casos clínicos que analizan es muy limitado y los casos más urgentes no pueden ser asumidos por los comités. La labor de asesoría normativa o de propuestas de guías clínicas, así como sus propuestas para mejorar la calidad de la asistencia, han caracterizado a algunos comités por sobre su función consultora en ética clínica. Otros comités han centrado su labor en la organización de actividades y programas de capacitación de los profesionales de sus instituciones.

La función de consultoría ético-clínica se ha definido como la contribución al análisis e identificación de los problemas éticos presentes en casos particulares para facilitar la resolución de los conflictos de valores y la formulación de recomendaciones para las respectivas decisiones. De esta manera se reduce la frecuente inseguridad de profesionales, pacientes y familiares, y se facilita llegar a soluciones más razonables y mejor fundamentadas. Los problemas ético clínicos son cotidianos y son variables en los diferentes servicios y especialidades clínicas. Sin embargo la mayoría de estos problemas no son analizados adecuadamente. La experiencia muestra que los médicos los resuelven generalmente de manera intuitiva, con criterios y sesgos propios, consultando entre ellos o en las visitas clínicas, pero sin fundamentar en forma clara y explícita las razones de sus decisiones. Los casos que se presentan a los comités de ética asistencial son los

* Una primera versión de este capítulo fue publicada en Beca J.P. y Astete C. Bioética Clínica. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile; 2012, pp 253-263.

más extremos o conflictivos y su número es en general muy escaso. Se ha comunicado que el promedio de casos presentados a comités en EE.UU. es de tres al año (Fox y cols., 2007), y en otros países su número no ha sido comunicado formalmente, aunque pudiese ser algo mayor. En España el número de casos consultados a los comités es también muy bajo (Ribas-Ribas, 2006). Ante esta realidad se ha llegado a señalar que difícilmente se justificaría la existencia de los comités de ética asistencial si la consultoría fuese su única función (Hernando & Couceiro, 2010). El bajo número de casos que se presentan a los comités se explica por diversas razones: dificultad para responder a consultas urgentes, demora entre la solicitud y la factibilidad de reunión del comité, tiempo que implica preparar la presentación del caso, recelo de los médicos clínicos por temor a ser enjuiciados, desconocimiento del beneficio de las recomendaciones que surgen del análisis ético-clínico, algunas experiencias previas negativas de los médicos con algún comité, y la percepción de las presentaciones al comité como un trámite que interfiere en las decisiones (Aulisio y cols, 2009). Esta realidad explica que tan frecuentemente se formulan preguntas informales o *consultas de pasillo* a algunos miembros de comités, consultas que se responden sin un análisis sistematizado y de las cuales no queda un registro en la historia clínica del enfermo o en actas para su posible seguimiento y estudio posterior. Por eso se han desarrollado, desde la década del 90, sistemas de consultoría ético-clínica que buscan responder a una necesidad asistencial y a una demanda de pacientes y profesionales. Sin embargo, así como hay críticos de los comités de ética asistencial, también los hay de las consultorías, especialmente si se les considera como alternativas de alguna manera opuestas.

La consultoría ético-clínica, ejercida por consultores individuales se desarrolló primero en EE.UU. y más recientemente en otros países, como ha ocurrido en Chile y cuya experiencia se relata más adelante en este capítulo. El rol del consultor es responder a las consultas mediante la identificación y análisis de los problemas éticos presentes en casos particulares, especialmente si que generan dudas para la toma de decisiones. Junto a los anterior la consultoría contribuye a la resolución de conflictos, reduce el *estrés moral* de los profesionales, apoya a enfermos y familiares, y constituye una instancia educativa a través del diálogo y de las recomendaciones formuladas. De esta manera la consultoría aporta al mejoramiento de la calidad de la atención de los enfermos y se cumple con recientes exigencias de agencias acreditadores como la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* de EE.UU. o con las diferentes normas de acreditación de hospitales de otros países.

Cómo trabajan los consultores

La forma de trabajo del consultor es necesariamente variable de un lugar a otro y posiblemente también entre uno u otro consultor pues, finalmente, cada uno tiene un estilo personal para ejercer su función. Sin embargo, por lo general el consultor individual coordina su labor con el Comité de Ética al cual reporta su trabajo y al que presenta los casos más complejos en la medida en que no sean urgentes. Las consultas éticas, si bien la más de las veces son solicitadas por médicos de staff, también pueden ser pedidas por otros profesionales y por familiares o pacientes. La información o participación del médico tratante o de familia no debería quedar de lado en los procesos de consultoría. Las consultas en lo formal son asumidas como interconsultas que idealmente se realizan sin cobro directo a pacientes. Después de conocer los antecedentes clínicos, con sus indicaciones y el pronóstico probable en cuanto a sobrevida y a calidad de vida, toda vez que resulta posible, el consultor se reúne con pacientes o sus familiares. En estas reuniones se conocen las expresiones de voluntad previa y los valores, creencias y expectativas en relación a la enfermedad y su posible desenlace, junto a otros elementos de contexto como pueden ser las relaciones familiares, inquietudes espirituales y problemas legales o económicos que pueden condicionar sus decisiones. Con esta información y sólo después de haberla completado en el mayor grado posible, el consultor analiza cada caso con los familiares y con los profesionales para concluir en recomendaciones que deja por escrito en la historia clínica del paciente con sus fundamentos. Cabe insistir en que el consultor debería evitar decidir por los otros o persuadir a profesionales o familiares en desmedro de sus propias decisiones (Winslade, 2011). Es ayudar a decidir pero no reemplazar a quienes deben hacerlo. El consultor visita al paciente en los días posteriores y continúa su seguimiento en los casos que lo requieren.

El método es por lo tanto eminentemente práctico, particularizado y casuístico, integrando elementos de bioética de principios y de ética del cuidado, en base a un razonamiento moral particularmente sensible al contexto. La deliberación se realiza por lo tanto con los familiares y con los clínicos, pero no es multidisciplinaria ni se puede realizar en forma tan sistematizada como en un comité. Las recomendaciones y sus fundamentos se archivan y registran en bases de datos que permiten su presentación al comité asistencial de ética y su posterior revisión para el debido análisis de la experiencia y para su evaluación. Sin embargo, más que un método único y generalizado, la consultoría ético clínica se desarrolla en la práctica como un proceso de comunicación con profesionales, enfermos y familiares con el objetivo de ayudarlos a conocer los fundamentos éticos que pueden apoyar las decisiones que ellos deben tomar en situaciones de

conflicto y en contextos particulares. Por eso se ha descrito como un arte que se debe ejercer con la mayor consideración de las diferentes opiniones para poder así formular recomendaciones respetando principios éticos, valores y voluntades, sin reglas fijas pero con máxima prudencia (Howe, 2009).

Es evidente que actualmente no es posible plantear la consultoría ético-clínica como una profesión o especialidad, pero tampoco puede ejercer este rol cualquier profesional interesado o cualquier miembro de comités asistenciales de ética. En EE.UU.. la mayoría de los consultores en ética clínica no son médicos sino otros profesionales como trabajadores sociales, enfermeras, filósofos o capellanes, los que se capacitan en técnicas de comunicación, así como para comprender diagnósticos, pronósticos y alternativas de tratamiento. Los médicos de UCI consideran que los consultores en ética clínica deben tener experiencia y conocimientos en bioética más que en derecho o religión, pero que sí necesitan tener entrenamiento médico previo (Chwang y cols, 2007). En cambio en otros lugares los clínicos sólo aceptarán como consultores a médicos que, además de tener experiencia clínica, sean respetados por sus pares y estén debidamente capacitados en bioética. Pero más allá de qué profesión o especialidad tienen los consultores, ellos deben tener algunas cualidades personales y competencias que han sido explicitadas por la *Society for Health and Human Values* y la *Society for Bioethics Consultation* (Aulisio y cols, 2000). Entre estas condiciones se mencionan la capacidad para comprender y distinguir los problemas éticos, emocionales y legales, la capacidad para entender y asumir las incertidumbres de cada caso, habilidades de comunicación y aptitudes para lograr consensos morales, conocimientos de bioética, comprensión de las situaciones clínicas, capacidades para asesorar a los implicados en los diferentes casos, y conocimiento de la institución con sus políticas y recursos. Previo a lo anterior, como cualidades básicas necesarias se espera de los consultores algunas condiciones personales señaladas como virtudes de compasión, tolerancia, paciencia y empatía. Si bien estas características pueden ser vistas como muy subjetivas y difícilmente alcanzables o exigibles, ellas describen un perfil que es el que, en la medida en que se logre, otorgará a los consultores la necesaria autoridad y prudencia para poder asumir su labor. Consecuentemente, la selección y la debida capacitación de consultores en ética-clínica, aunque son materias particularmente complicadas, constituyen una necesidad a resolver en cada institución, antes de establecer sistemas de consultoría individual.

Experiencia y evaluación de consultoría ético-clínica

La evaluación de los comités de ética asistencial es difícil de realizar y como tal ha sido escasamente realizada (Hernando, 1999; Slouther, 2011; Williamson y cols, 2007). Las publicaciones sobre consultoría más bien describen su labor y pocas presentan una evaluación, lo cual deja en claro que, además de su complejidad, no existe una metodología uniforme para su realización (Beca, 2010; Chen, 2008; Dudzinski, 2003). La experiencia en Clínica Alemana de Santiago de Chile en ya más de tres años de funcionamiento de un sistema de consultoría ético-clínica individual, complementario con el comité de ética asistencial, ha significado un aumento del número de casos de 4-5 al año a más de 40 casos anuales. El mayor número de consultas se explica por la cercanía que sienten los clínicos con la consultoría y por la presencia periódica del consultor en las visitas clínicas de la unidad de pacientes críticos. La consultoría se convierte así en una forma de “bioética al lado de la cama del enfermo”. La necesaria coordinación de la consultoría individual con el comité se realiza a través de la información regular al comité, la presentación de los casos más complejos y la discusión posterior de algunos de ellos. De esta manera el comité participa indirectamente de la consultoría individual y el consultor recibe el apoyo y la visión multidisciplinar del comité.

La consultoría ético-clínica se ha centrado principalmente en la Unidad de Pacientes Críticos porque el programa, en esa institución, nació de una petición de dicho servicio clínico. Esto explica la distribución etaria y probablemente el tipo de problemas consultados. La edad de los pacientes en 161 casos analizados aparece en el gráfico 1, en el cual llama la atención la concentración de adultos mayores.

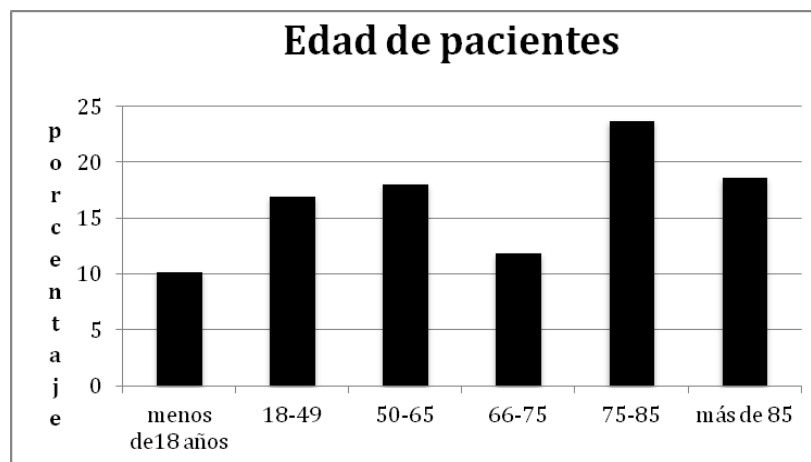


Gráfico Nº 1

Los diagnósticos fueron variados y para una visión general se han ordenado en grupos de tal manera que, globalmente, el 32 % fueron casos neurológicos, 29 % oncológicos que incluyen casos terminales o con patología intercurrente, 15% fueron pacientes con patología cardio-pulmonar y el resto correspondió a otros diagnósticos.

El tipo de problemas por los cuales se consultó fue variado y múltiple, aunque el motivo inicial de consulta fuese sólo uno de ellos. La tabulación de frecuencia de estos problemas que aparece en el gráfico 2, se refiere por lo tanto a la frecuencia relativa de cada tipo de problema en el universo tabulado de los 161 pacientes.

Los problemas más frecuentes fueron dudas concretas acerca de la legitimidad moral de medidas consideradas como limitación del esfuerzo terapéutico e interrogantes acerca de futilidad y proporcionalidad. En este grupo de problemas el más crítico, por la incertidumbre y angustia que se genera en los familiares y también entre los profesionales, fue la suspensión de ventilación mecánica (Beca y cols., 2010). Este fue el problema principal en 14 de los casos (8,7%). Con menor frecuencia el problema principal fue cómo favorecer una muerte tranquila, la falta de anticipación de conductas, el desconocimiento de la voluntad del paciente, o la discrepancia de opiniones entre el equipo tratante y los familiares del enfermo. En otros casos el problema principal fue definir la subrogación del enfermo, o un tema de justicia por el uso desproporcionado de recursos públicos

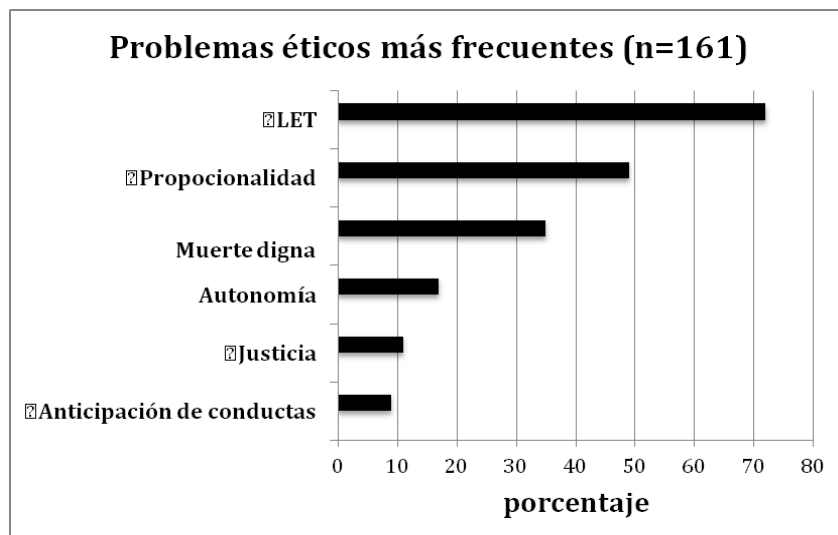


Gráfico N°2

o de seguros de salud. Otros problemas éticos presentes con menor frecuencia, incluyeron inseguridad familiar, falta de orientaciones por la no existencia de un médico tratante o de cabecera, y el rechazo de tratamiento por parte del enfermo.

En su etapa inicial el programa de consultoría ético-clínica se diseñó para asesorar al staff profesional y muy particularmente a los médicos. Sin embargo la experiencia fue dejando en claro, progresivamente, la necesidad y la utilidad de la entrevista del consultor con algunos pacientes y con los familiares. Como se expresa en el gráfico 3, la gran mayoría de las consultorías incluyó una o mas entrevistas con familiares. Su objetivo fue aumentar el conocimiento de hechos contextuales de cada caso, entre los que destacan las expresiones directas o indirectas de voluntad previa del enfermo, situaciones sociales o familiares que influyen en las decisiones, problemas económicos y necesidades espirituales. La información posterior entregada por muchos familiares, aunque no evaluada de manera cuantitativa, ha reconocido que la consultoría cumple un valioso rol de apoyo a la familia en sus decisiones y en la aceptación de la gravedad o de la muerte del enfermo. En otros casos, progresivamente minoritarios, la consultoría se ha realizado sólo como una asesoría a dudas de los médicos y excepcionalmente las familias han optado por tomar sus decisiones sin la participación del consultor.



Gráfico N°3

Después de su primer año de funcionamiento, esta experiencia fue evaluada mediante una encuesta a los médicos de la unidad de pacientes críticos (Beca, 2010). Los resultados de ese estudio mostraron que la consultoría es considerada mayoritariamente por los médicos como un beneficio para los enfermos, muy útil para la toma de decisiones complejas, una ayuda para mejorar su percepción de los problemas éticos presentes en los casos clínicos y como un apoyo importante para la familia y para los profesionales.

Funciones de la consultoría ético-clínica individual

En base a la experiencia reportada en la literatura y a lo vivido realizando consultoría ético-clínica individual es posible describir diversas funciones que estos sistemas pueden cumplir en hospitales o centros asistenciales. Estos servicios pueden variar de acuerdo al tipo y tamaño de cada institución, del tipo y número de pacientes que se atienden en ellas, y también de acuerdo a la profesión, preparación y experiencia previa del consultor.

El rol principal es el análisis de los problemas que se plantean en los casos que les son consultados, formulando recomendaciones que ayuden en las decisiones. Estas recomendaciones, establecidas de común acuerdo con los profesionales tratantes y con los familiares de los pacientes quedan anotadas en la ficha clínica con su fundamento. Pero de alguna manera los consultores también se comprometen ocasionalmente con el cuidado de los enfermos, lo cual varía según el tipo de problemas, de las situaciones particulares de los pacientes o del vínculo que se genera con sus familiares. Una vez establecida una relación de confianza después de conocer los contextos de vida del enfermo, el consultor frecuentemente sigue los casos durante su evolución, entregando su apoyo, respondiendo a sus inquietudes y reasegurando a los familiares en las decisiones que ellos han tomado. El consultor se convierte así también en un miembro del equipo tratante, contribuyendo a un enfoque más interdisciplinario del cuidado y a que los enfermos sean considerados más como “nuestros” y menos como “mi” paciente (De Renzo y cols, 2010). Se cumple así una función de apoyo global al enfermo y a sus familiares, en aspectos emocionales y espirituales difíciles de precisar y de evaluar, pero que han sido frecuentemente destacados y valorados por ellos. En esta función de apoyo a pacientes o familiares es importante distinguir su acción como consultor institucional o como consejero personal en casos específicos que se lo solicitan (Winslade, 2011).

Los consultores otorgan al mismo tiempo un claro apoyo a los profesionales de los servicios, no sólo frente a la incertidumbre o a las dudas en sus decisiones, sino también ante la angustia o estrés moral que algunas situaciones les generan. De manera más bien indirecta la consultoría ético-clínica, con la presencia habitual de los consultores en las unidades clínicas, se constituye en una instancia de “educación en terreno”, contribuyendo a que los aspectos éticos de las decisiones clínicas sean progresivamente considerados un aspecto más de la práctica médica y no como algo complementario o distante. De hecho, después de algún tiempo de trabajo de los consultores, se han visto cambios en la mentalidad de los médicos y otros profesionales de estos servicios, de tal

manera que muchos problemas son resueltos adecuadamente sin la necesidad de consultas éticas formales. Finalmente, la consultoría ético-clínica también puede evitar o solucionar desencuentros entre los profesionales y sus familiares, en la medida en que contribuye a que ellos puedan comprender y asumir resultados diferentes a sus expectativas iniciales. De esta manera, sin que ésta sea una función específica de los consultores, ellos también contribuyen indirectamente a la defensa de los médicos y de las instituciones ante posibles litigios.

Consultores o comités

La consultoría individual tiene, en relación a los comités, algunas ventajas y limitaciones que son importantes de comprender (Beca, 2008; Couceiro, 2008). Su principal ventaja es la eficiencia y rapidez que ofrece, más aun si se cuenta con varios consultores que puedan establecer sistemas de turnos. De esta manera aumenta no sólo el número de consultas sino la cercanía con los médicos y otros profesionales tratantes, lo cual se traduce en un refuerzo de su función educativa y de apoyo. Por otra parte los consultores participan en visitas clínicas o realizan visitas ético-clínicas con médicos de staff y residentes, oportunidades que permiten conocer mejor los casos y advertir problemas éticos que muchas veces pasan inadvertidos para los tratantes. La mayor cercanía del consultor conduce a que los casos que se consultan incluyan no sólo a los más conflictivos, sino muchas veces situaciones en las que existe la necesidad de reasegurar tanto a médicos tratantes como a familiares ante inseguridad propia de algunas decisiones.

Las entrevistas de los consultores con pacientes y/o sus familiares permiten conocer no sólo sus valores, dudas y expectativas, sino también otros hechos de contexto social, familiar, económico o espiritual que pueden ser determinantes en las recomendaciones y decisiones. El registro de la consultoría en la historia clínica del paciente, sea que se formalice como una interconsulta o en alguna hoja aparte, facilita que las recomendaciones sean conocidas por todo el equipo profesional tratante. Así, la consultoría individual se transforma en la práctica en un apoyo no sólo para quien presenta el caso como ocurre frecuentemente en los comités, sino directamente a los enfermos, familiares y a todo el equipo profesional tratante. De esta manera, como ya se ha señalado, el consultor llega a ser muchas veces un miembro más del grupo profesional que trata al paciente y, en parte, por esta razón son muchos los médicos que prefieren las consultorías individuales (Slouther, 2009).

Sin embargo, junto a las ventajas mencionadas las consultorías éticas individuales tienen limitaciones que es necesario considerar para superarlas de la mejor manera posible. La mayor de ellas es la falta de deliberación multidisciplinaria que es una de las fortalezas mayores de los comités. Como consecuencia de lo anterior es fácil que se genere un predominio excesivo de la perspectiva personal del consultor en base no sólo a su experiencia y formación sino también a sus inevitables sesgos. También es posible que el consultor sea erróneamente considerado por el equipo de salud como una especie de “experto” que define las conductas correctas o incorrectas, o que los médicos de alguna manera busquen disminuir su responsabilidad personal en las decisiones de casos con problemas morales, descansando en la opinión del consultor. En otra perspectiva, en la medida en que existan y funcionen sistemas de consultoría individual o realizada por dos o tres consultores, es posible que los comités asistenciales de ética sean menos requeridos por ser percibidos como instancias demasiado complicadas y formales, burocráticas, distantes de la realidad y de la cotidianeidad de la práctica clínica. Si bien este es un riesgo o limitación, también puede contribuir a una definición diferente del rol del comité en un nivel diferente, mediante la revisión retrospectiva de los casos más complejos y de aquellos que plantean problemas que afectan al sistema general de trabajo de la institución. En esta forma los comités de ética podrían aumentar sus propuestas normativas para el mejoramiento de la calidad de la atención de los enfermos, lo que ha sido señalado como una función no siempre cumplida por los comités (Agich, 2009). La definición de un rol más general que particular de los comités asistenciales de ética debería favorecer asimismo la creación de más programas educativos en temas de bioética para los profesionales y funcionarios de sus instituciones.

Comités de ética clínica y consultorías no deberían por lo tanto plantearse como opciones contrapuestas sino más bien como partes de un modelo de comités y consultores, trabajando de manera complementaria, apoyando y estimulando a los profesionales a reconocer problemas éticos y seleccionando los casos que deberían ser analizados por los comités en pleno. Es importante insistir en que el responsable de abordar y resolver los problemas éticos es el staff clínico, decidiendo de manera compartida con pacientes o familiares, con la ayuda y apoyo de comités y consultores.

Conclusiones

Los problemas ético clínicos son cotidianos en la medicina contemporánea y en la práctica se resuelven de manera intuitiva, a veces con consultas entre médicos y otros profesionales, pero sin

un análisis sistemático de ellos. Los casos más conflictivos, son presentados a los comités de ética asistencial, en los hospitales que cuentan con ellos. Sin embargo el número de casos que analizan es muy limitado y los casos urgentes no pueden ser asumidos por los comités. En la práctica muchos casos son consultados informalmente a miembros de comités, consultas que se responden sin un análisis sistemático y de las cuales no queda registro. Como respuesta a esta realidad se han desarrollado, especialmente en EE.UU. sistemas de consultoría ético-clínica individual.

Los consultores ético-clínicos son profesionales médicos o no médicos, con experiencia clínica, formación en bioética, condiciones personales que han sido claramente establecidas, miembros de los comités de ética asistencial de sus instituciones, y formalmente designados para su función consultora. Su método de trabajo, si bien variable en diversos lugares y con el sello personal de cada consultor, consiste en responder a solicitudes de profesionales, pacientes o familiares que expresan inseguridad o dudas éticas en sus decisiones. Los casos son analizados en base a un razonamiento moral particularmente sensible a la particularidad y contexto de cada caso, mediante una deliberación que se realiza con los profesionales tratantes y con los familiares del paciente. Se formulan recomendaciones que se registran en la ficha clínica y en archivos para su revisión en el comité o en análisis posterior de la experiencia.

La función principal de los consultores es el análisis y la formulación de recomendaciones con sus fundamentos éticos. Sin embargo la consultoría constituye a la vez una forma de activo apoyo a pacientes y familiares en sus decisiones y en su aceptación del pronóstico o del final de la vida. Junto a lo anterior la consultoría significa un apoyo a los profesionales en sus incertidumbres o dudas. De esta manera un sistema de consultoría se convierte en una forma de bioética al lado de la cama del enfermo. Como resultado, sin ser un objetivo directo o primario, la consultoría contribuye a mejorar la calidad de la atención y a prevenir conflictos.

La evaluación de la consultoría ético-clínica demuestra que el número de casos analizados se incrementa enormemente, que los médicos que trabajan con pacientes críticos la evalúan muy positivamente y que los familiares valoran mucho el apoyo recibido.

Los comités de ética y la consultoría ético-clínica no son opciones contrapuestas sino partes de un mismo modelo de trabajo complementario con un mismo fin.

Bibliografía

Agich GJ. Why Quality Is Addressed So Rarely in Clinical Ethics Consultation. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 339 – 346

Aulisio MP, Arnold RM, Younger SJ. Health care Ethics consultation: Nature, Goals and Competencies. *Ann Intern Med* 2000; 133: 59-69

Aulisio M.P.; Moore,J.; Blanchard,M.; Bailey,M.; Smith,D.. Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 371-383

Beca J.P. Comités de Ética o Consultores de ética clínica. *Bioética&Debat* 2008; 54: 1-5

Beca J.P., Montes J.M., Abarca J. Diez mitos sobre el retiro de la ventilación mecánica en enfermos terminales. *Rev Med Chile* 2010; 138: 639-644

Beca J.P., Koppmann A., Chávez P., Delgado I., Solar S. Análisis de una experiencia de consultoría ética clínica en cuidado intensivo. *Rev Med Chile* 2010; 138: 815-820

Chen Y-Y CY-C. Evaluating ethics consultation: randomized controlled trial is not the right tool. *J Med Ethics* 2008; 34:594-597

Chwang E., Landy D.C., Sharp R.R. Views regarding the training of ethics consultants: a survey of physicians caring for patients in ICU. *J Med Ethics* 2007; 33: 320-324

Couceiro A. Comités de ética o consultores de ética: ¿qué es lo mejor para las instituciones sanitarias?. *Bioética&Debat* 2008; 54: 10-15

De Renzo EG, Schwartz J. Building Esprit de Corps: Learning to better Navigate between “My” Patient to “Our” Patient. *The Journal of Clinical Ethics* 2010; 21: 232-237

Dudzinski DM. The practice of a clinical ethics consultant. *Public Aff Q* 2003; 17:121-139

Fox E, Meyers S, Perlman RA. Consultation in United States Hospitals: A National survey. *Am J. Bioeth.* 2007; 7: 13-25

Hernando P. Evaluation of Healthcare Ethics Committees: The Experience of an HEC in Spain. *HEC Forum* 1999; 11: 263-276

Hernando P., Couceiro A. Los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y los Consultores de Ética. En *Bioética y Pediatría. Proyectos de Vida Plena*. Editores M. de los Reyes y M. Sánchez. Ergon, Madrid España 2010

Howe E.G. Beyond the State of the Art in Ethics Consultation. *The Journal of Clinical Ethics* 2009; 20: 203-211
Ribas-Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y Funcionamiento. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 60-66

Slowther A. Ethics Case Consultation in Primary Care: Contextual Challenges for Clinical Ethicists. *Camb Q Healthc Ethics* 2009; 18: 397-405

Slowther AM, McClimans L, Charlotte P. Development of clinical ethics services in the UK: a national survey. *J Med Ethics* 2011; Dec 13

UNESCO. Guía Nº1. Creación de Comités de Etica. Paris, 2005. Disponible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf>

Williamson L, McLean S, Connell J. Clinical Ethics Committees in the United Kingdom: towards evaluation. *Med Law Int.* 2007 February 9; 8(3): 221–23.

Winslade W.J. The Roles of the Ethics Consultant. *The Journal of Clinical Ethics* 2011; 22 (4): 335-337.