

M^a del Carmen
Hernández
Cediel



Escuela Internacional de Doctorado

Programa de Doctorado en Bioética, Salud y Bienestar

LA CONSULTA DE ÉTICA CLÍNICA EN ESPAÑA: EXPLORANDO LA VIVENCIA DEL/DE LA CONSULTOR/A Y SUS HABILIDADES RELACIONALES DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA

Autora: María del Carmen Hernández Cediel

Director: Prof. Dr. Rafael Amo Usanos

LA CONSULTA DE ÉTICA CLÍNICA EN ESPAÑA



MADRID, diciembre 2025

CONSTANCIA REGISTRAL DEL TRIBUNAL DEL ACTO DE LA DEFENSA DE TESIS DOCTORAL

TÍTULO:

AUTOR:

DIRECTOR:

TUTOR-PONENTE:

DEPARTAMENTO:

FACULTAD O ESCUELA:

Miembros del Tribunal Calificador:

PRESIDENTE:

Firma:

VOCAL:

Firma:

VOCAL:

Firma:

VOCAL:

Firma:

SECRETARIO:

Firma:

Fecha de lectura:

Calificación:

*"Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas,
pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana".*

Jung, C. G

AGRADECIMIENTOS

Es difícil poner en palabras lo que siento al finalizar este trabajo y, sobre todo, utilizar el lenguaje escrito para expresar mi gratitud a todas aquellas personas que, de una forma u otra me han acompañado en este viaje.

A mis directores de tesis de la Universidad Pontificia de Comillas, los doctores Rafael Amo y Francisco Javier Rivas, mi más profundo agradecimiento por vuestros conocimientos, experiencia y orientaciones. Rafael, gracias por aportarme esa reflexión filosófica que, en ocasiones, se me escapaba; por tu saber, tu exigencia y rigurosidad. Javier, gracias por acompañarme y orientarme en esta inquietud de aunar bioética y counselling, que comenzó en una formación, se fraguó en el Trabajo Fin de Máster en Bioética y se consolida ahora en esta tesis. Gracias por tu confianza, por tu paciencia y por tu forma sensible de decirme las cosas.

A los pacientes que me permitisteis cuidaros: vuestras enseñanzas y las reflexiones que provocasteis en mí me llevaron a estudiar counselling y bioética y a profundizar en cómo acompañar la inquietud moral que surge en profesionales, pacientes y familiares.

Gracias a todos/as los/as profesionales que conforman los Comités de Ética Asistencial, y a los/as consultores/as en ética clínica, por la función altruista que desempeñan, por su dedicación y entrega, y por su compromiso en la búsqueda de lo bueno para pacientes, familiares y profesionales. Gracias por colaborar en este trabajo, por acoger mi propuesta y dedicarme vuestro tiempo con cercanía y la amabilidad. Sin vosotros/as no habría sido posible.

A mis padres, Antonio y Pilar, gracias por vuestro apoyo incondicional, por vuestra confianza y también por vuestro esfuerzo; por animarme en mis inquietudes y en mis sueños. Reconozco que parte de este trabajo es vuestro también. Papá, gracias por tus últimas enseñanzas, por tu generosidad y por acompañarme hasta el último día. Perdiste la memoria, pero no olvidaste que tu hija iba a ser Doctora. Mamá, gracias por tu dedicación, por tu amor incondicional, por intentar cada día que sea una persona buena. A mi hermano, por su insistencia sutil en motivarme a la lectura menos convencional y más reflexiva. A mi tía, por estar siempre cerca y dispuesta a ayudarme.

A Borja, mi pareja, mi compañero de viaje, por entenderme, por respetar mis tiempos, por animarme a cumplir sueños y no permitir que me rinda. Por conseguir que lo difícil parezca fácil y llevadero. Contigo, este camino ha sido más divertido. No tengo duda, formamos un gran equipo.

A mis chicos, Pablo y David, por el tiempo que os robé, por no quejaros y por entender que este viaje era muy importante para mí. Pablo, gracias por tu tiempo. David, gracias por compartir conmigo el despacho y tú habitación. Os debo horas de juegos y de viajes.

A mis amigas, Lola, Elisa, Elena, Encar, Marta y Aurea, gracias por vuestra confianza, vuestras palabras de aliento, pero, sobre todo, gracias por estar siempre cerca tanto para divertirnos como para charlar y desahogarnos. Sois capaces de sacar mi mejor versión.

Gracias a Ana, Pablo, Vanesa, Monse Alberto y Eva, comenzamos siendo compañeros/as de trabajo y nos convertimos en amigos/as. Ana, agradeceré siempre tus enseñanzas con la estadística y tus palabras de aliento. Pablo, gracias por tus motivaciones, y por ser un faro al que seguir. Montse, cuanto me ayudaron tus consejos y nuestras charlas sobre este trabajo. Vanesa, gracias por tu disponibilidad. Eva y Alberto, gracias por reaparecer en el momento que más lo necesitaba, vuestra confianza fue clave para dar el último impulso a este trabajo.

Por último, gracias a todas esas personas que de una forma u otra han estado presentes en este viaje.

RESUMEN

El/la consultor/a en ética clínica es la persona que ofrece ayuda a pacientes, familias o profesionales sanitarios ante la incertidumbre que provocan los problemas éticos en el ámbito sanitario. Esta figura se enmarca en la Consulta de Ética Clínica, que puede depender o no de los CEAS. Su labor se desarrolla a través de encuentros marcados por una alta complejidad relacional, en contextos frecuentemente atravesados por el sufrimiento y la incertidumbre.

Esta tesis tiene como objetivos principales, por un lado, conocer la situación actual de la CEC y la figura del/de la consultor/a en España, y por otro, explorar y comprender la experiencia subjetiva de quienes ejercen esta función, con especial atención a las dimensiones relacional, actitudinal y comunicativa.

Se ha optado por un diseño metodológico en dos fases. La primera, cuantitativa y exploratoria, mediante cuestionario online dirigido a representantes de los CEAS. La segunda, cualitativa y de orientación fenomenológico-hermenéutica, consistió en entrevistas semiestructuradas en profundidad a consultores/as en activo, y se complementó con tres entrevistas a consultantes.

La encuesta obtuvo 87 respuestas válidas, representando el 34,7 % de la población diana. Se identificaron 23 CEC activas (26,4 %) y 4 en proyecto de implementación.

El análisis de las dieciséis entrevistas permitió identificar cinco familias temáticas. El encuentro consultor/a-consultante se percibe como experiencia reparadora y formativa. Las competencias clave incluyen habilidades interpersonales, comunicativas y propias del proceso. Se valora positivamente el trabajo colegiado, descrito como mini-equipo. Finalmente se señalan retos formativos, institucionales y profesionalización.

Los hallazgos evidencian que la CEC en España se encuentra en expansión, aunque aún en fase de consolidación. Su ejercicio implica una experiencia profundamente relacional y transformadora, que demanda competencias técnicas, humanistas y comunicativas. Se subraya la necesidad de una formación específica que integre bioética, habilidades relacionales y desarrollo personal.

ABSTRACT

The clinical ethics consultant is the person who offers support to patients, families, or healthcare professionals when facing uncertainty caused by ethical problems in the healthcare setting. This role is situated within the framework of Clinical Ethics Consultation (CE), which may or may not be dependent on Clinical Ethics Committees (CEC). Their activity involves diverse meetings marked by high relational complexity, often in situations of suffering and moral uncertainty.

This thesis has two main objectives: firstly, to examine the current state of clinical ethics consultation and the role of the consultant in Spain; secondly, to explore and understand the subjective experience of those who perform this role, with special focus on its relational, attitudinal, and communicative aspects.

A two-phase methodological design was chosen. The first phase, quantitative and exploratory, involved an online questionnaire addressed to CEC representatives. The second phase, qualitative and phenomenological-hermeneutic in orientation, consisted of in-depth semi-structured interviews with active consultants, complemented by three interviews with consultees.

The survey obtained 87 valid responses, representing 34.7% of the target population. A total of 23 active CE (26.4 %) was identified, and 4 are still in the process of implementation.

Analysis of sixteen interviews revealed five thematic categories. The consultant-consultee encounter is perceived as a restorative and formative experience. Key competencies include interpersonal and communication skills, as well as those related to the consultation process. Collaborative work, described as a *mini-team*, is positively valued. Finally, participants pointed out training and institutional challenges along with professionalization as areas for development.

The findings show that CE in Spain are expanding, although still in a phase of consolidation. Their practice is experienced as deeply relational and transformative, requiring technical, humanistic, and communicative competencies. The need for specific training that integrates bioethics, relational skills, and personal development is clearly shown.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	16
2	MARCO TEÓRICO	22
2.1	<i>El consultor/a en ética clínica y la consultoría.....</i>	<i>22</i>
2.1.1	Origen del consultor/a en ética clínica.....	22
2.1.2	Origen y evolución de la consulta de ética clínica y del/de la consultor/a	27
2.1.3	Modelos de consultoría.....	36
2.1.4	El consultor y la consulta de ética clínica en el ámbito internacional en la actualidad 40	
2.1.5	El/la consultor/a y la consulta de ética clínica en España	42
2.2	<i>El proceso de consulta y las competencias del consultor/a propuestas por la American Society for Bioethics and Humanities History (ASBH).....</i>	<i>46</i>
2.2.1	Naturaleza y proceso de consulta de ética clínica.....	47
2.2.2	Competencias básicas para la consulta de ética clínica	49
3	LA RELACIÓN CONSULTOR-CONSULTANTE EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. UN MODELO HUMANISTA.....	58
3.1	<i>Teoría Laíniana del encuentro</i>	<i>60</i>
3.1.1	Relación de objetividad.....	62
3.1.2	Relación de personabilidad.....	63
3.1.3	Relación de proximidad.....	65
3.2	<i>La relación interpersonal en Carl Rogers.....</i>	<i>68</i>
3.2.1	Aprecio o Aceptación incondicional.....	69
3.2.2	Empatía.....	71
3.2.3	Congruencia, autenticidad	72
3.3	<i>El Counselling, instrumento para el trabajo del/de la consultor/a en ética.</i>	<i>74</i>
3.3.1	Modelo de Egan.....	76
3.3.2	Modelo de Carkhuff.....	76
3.3.3	Habilidades del Counselling.....	78
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	86
4.1	<i>Planteamiento de problema.....</i>	<i>86</i>
4.2	<i>Justificación.....</i>	<i>88</i>
4.3	<i>Preguntas de investigación</i>	<i>90</i>
4.3.1	Preguntas de investigación estudio cuantitativo I	90
4.3.2	Preguntas de investigación estudio cualitativo II	91

4.4	<i>Hipótesis guía</i>	91
4.5	<i>Objetivos</i>	92
4.5.1	Objetivo general I	92
4.5.2	Objetivo general II	93
5	<i>METODOLOGÍA</i>	96
5.1	<i>Fase I. Estudio cuantitativo</i>	96
5.1.1	Metodología: Bases teóricas y tipo de estudio	96
5.1.2	Selección de la muestra.....	97
5.1.3	Tamaño de la muestra.....	98
5.1.4	Recogida de datos	98
5.1.5	Variables de estudio	99
5.1.6	Análisis estadístico	102
5.2	<i>Fase II: Estudio cualitativo</i>	102
5.2.1	Metodología: Bases teóricas y tipo de estudio	102
5.2.2	Diseño del estudio.....	106
5.2.3	Trabajo de campo.....	110
5.2.4	Análisis.....	116
5.2.5	Criterios de calidad.....	124
5.3	<i>Consideraciones éticas</i>	128
6	<i>RESULTADOS</i>	134
6.1	<i>Resultados estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal con carácter exploratorio</i>	134
6.1.1	Análisis descriptivo de la muestra.....	134
6.1.2	Datos de los Comités de Ética Asistencial en España.....	136
6.1.3	Datos de las Consultas de Ética Clínica (CEC) en España.....	139
6.2	<i>Resultados estudio cualitativo fenomenológico</i>	151
6.2.1	Características de la muestra	153
6.2.2	Resultados de las entrevistas realizadas a Consultores/as	155
6.2.3	Resultado de las entrevistas realizadas a Consultantes	217
7	<i>DISCUSIÓN</i>	232
7.1	<i>Interpretación del estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal con carácter exploratorio</i>	232
7.2	<i>Discusión de los resultados del estudio cualitativo</i>	238
7.3	<i>Hacia una formación humanista y profesionalizadora del/de la consultor/a en ética clínica</i> 247	
7.4	<i>Limitaciones de la investigación</i>	250

7.5	<i>Futuras líneas de investigación.</i>	252
8	CONCLUSIONES	256
9	REFERENCIAS	262
10	ANEXOS	272
10.1	<i>Anexo I Carta informativa del estudio observacional descriptivo. Cuestionario a los Comités de Ética Asistencial</i>	272
10.2	<i>Anexo II Cuestionario enviado a los Comités de Ética Asistencial</i>	273
10.3	<i>Anexo III Guion entrevista semiestructurada a consultores/as</i>	277
10.4	<i>Anexo IV Carta informativa y Consentimiento informado para la realización de entrevistas</i>	278
10.5	<i>Anexo V. Guion entrevista semiestructurada a consultantes</i>	280
10.6	<i>Anexo VI. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación</i>	281

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Tamaño de la muestra</i>	98
<i>Tabla 2: Variables y tipos relativos a los CEAS.</i>	100
<i>Tabla 3: Variables y tipos relativos a los CEC.</i>	101
<i>Tabla 4: Cuadro de subcategorías. Entrevistas a consultores/as.</i>	119
<i>Tabla 5: Categorías, definiciones y subcategorías. Entrevistas consultores/as</i>	120
<i>Tabla 6: Cuadro de subcategorías_ Entrevistas a consultantes</i>	123
<i>Tabla 7: Categorías, definiciones y subcategorías. Entrevistas consultantes</i>	123
<i>Tabla 8: Respuestas a cuestionario válidas por tipo de centro (N=87)</i>	135
<i>Tabla 9: Distribución de la población diana y de la muestra por CCAA (N=231; n=87)</i>	135
<i>Tabla 10: Caracterización de las respuestas, según perfil. (N=51)</i>	136
<i>Tabla 11: Consultas de ética asistencial en activo o en proyecto por CCAA</i>	140
<i>Tabla 12: Relación entre la denominación de la consulta de ética clínica y el modelo aplicado</i>	141
<i>Tabla 13: Relación entre modelo de consultas de ética clínica y su dependencia del Comité ético Asistencial</i>	142
<i>Tabla 14: Porcentaje de los equipos de consulta ética clínica con formación en bioética o comunicación.</i>	144
<i>Tabla 15: Categorías de habilidades ideales para consultor/a de ética clínica</i>	145
<i>Tabla 16: Características sociodemográficas del grupo de consultores/as (M: masculino; F: femenino)</i>	154
<i>Tabla 17: Características sociodemográficas del grupo de los consultantes</i>	155
<i>Tabla 18: Familia: El encuentro de proximidad reparador y formativo; categorías y subcategorías</i>	156
<i>Tabla 19: Familia: Dimensión ética: valores y actitudes transformadora del encuentro.</i>	169
<i>Tabla 20: Familia: Competencias del/de la consultor/a en ética clínica</i>	179
<i>Tabla 21: Familia: Consultor/a como mini-equipo</i>	201
<i>Tabla 22: Familia: Retos y roles del/de la consultor/a en ética clínica</i>	207
<i>Tabla 23: Familia: La relación consultor/a y consultante: un vínculo de confianza</i>	218
<i>Tabla 24 Familia: Competencias y actitudes de los/as consultores/as según los/as consultantes</i>	222
<i>Tabla 25: Familia: Beneficios del proceso de consulta</i>	227
<i>Tabla 26: Competencias para la formación del/de la consultor/a en ética clínica</i>	249

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Fases del Counselling en el proceso de consulta de ética clínica.....	77
Ilustración 2: Media anual de consultas en 2021 y 2022, para Cataluña y resto del territorio (N=83 para 2021 y N=86 para 2022).	137
Ilustración 3: Metodología de análisis de casos en los CEA (N=77)	138
Ilustración 4: Metodología de análisis de casos en los CEA por CCAA (N=77)	138
Ilustración 5: Método de análisis en los CEA, según tipo de gestión del centro sanitario (N=75)	139
Ilustración 6: Porcentaje de la muestra de centros que tienen consultas de ética clínica en activo o en proyecto (N=87).....	139
Ilustración 7: Evolución temporal de las implementaciones de consultas de ética clínica a nivel Nacional(N=16)	141
Ilustración 8: Modelos de Consultas de Ética Clínica (N=22).....	142
Ilustración 9 Organización para realizar el análisis en consultas de ética clínica (N=19)	143
Ilustración 10: Profesionales que componen los equipos de Consulta de Ética Clínica (n=27) .	144
Ilustración 11: Metodología de análisis de casos en los CEC (N=15).....	146
Ilustración 12: Formas de acceso a las consultas de ética clínica (N=21)	146
Ilustración 13: Modo de acceso a Consultas de Ética Clínica según denominación oficial (N=20)	147
Ilustración 14: Perfil del consultante de las Consultas de Ética Clínica (N=27)	148
Ilustración 15: Modos para ampliar información de casos en consultas de ética clínica (n=27)	148
Ilustración 16: Procedimientos de reporte de resultados de consultas de ética clínica en función del consultante (N=27)	149
Ilustración 17: Registro de valoración de la consulta de ética clínica en la historia clínica del paciente (N=13)	150
Ilustración 18: Mapa de familias temáticas y categorías	152

Listado de acrónimos

Comités de Ética Asistencial	CEAS
Consulta de Ética Clínica	CEC
Estados Unidos	EE. UU
American Society for Bioethics and Humanities	ASBH
Integrated Ethics (Ética Integrada)	IE
Department of Veterans Affairs (Departamento de Veteranos)	VA
Comité de Asuntos de Consulta de Ética Clínica	CECA
Ethic Consultation Quality Assessment	ECQAT
Departamento de Bioética Clínica	DBC
Asociación Española de Bioética y ética Médica	AEBI
Statistical Package for the Social Sciences	SPSS

1 INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

Tomar decisiones en el ámbito asistencial no es una tarea sencilla. En la práctica clínica cotidiana, profesionales, pacientes y familias se enfrentan a situaciones complejas donde entran en juego no solo aspectos clínicos, sino también valores profundos como la dignidad, la autonomía, el respeto o la confidencialidad. Estas decisiones, con frecuencia, se toman sin un método claro, guiadas por la intuición, la costumbre o consejos informales. Sin embargo, cuando lo que está en juego es tan trascendente, se vuelve imprescindible un compromiso moral consciente y compartido.

En las últimas décadas, el ámbito sanitario ha experimentado dos transformaciones profundas y complementarias. Por un lado, la revolución tecnológica ha cambiado radicalmente el modo de diagnosticar, tratar y prolongar la vida en situaciones clínicas complejas. Por otro, se ha producido un giro hacia una atención más humanizada, basada en el respeto a la autonomía y la toma de decisiones compartidas, entre profesionales, pacientes y familias, atendiendo no solo a criterios técnicos, sino también a los valores y emociones de quienes participan en el proceso. Esta evolución ha exigido nuevas formas de pensar y acompañar las decisiones éticas en el cuidado de la salud.

Paralelamente al auge tecnológico y al fortalecimiento del principio de autonomía en la atención sanitaria, surgieron los Comités de Ética Asistencial (CEAS) como espacios institucionales para abordar los problemas morales en contextos clínicos.

Al mismo tiempo, emergieron nuevas formas de integrar la ética en la práctica clínica, como la propuesta de *ética clínica* de Mark Siegler, centrada en acompañar éticamente las decisiones junto al paciente. De esta perspectiva nace la figura del/de la consultor/a en ética clínica, profesional que ofrece apoyo a pacientes, familias y equipos sanitarios ante conflictos ético-clínicos, ya sea desde un servicio autónomo o como parte de los propios comités de ética.

Su labor implica reuniones presenciales e interacciones complejas con los/as consultantes, donde se requiere no solo conocimientos técnicos, sino también habilidades relacionales y actitudes que permitan ofrecer una ayuda de calidad y verdaderamente humanizada.

Este rol cuenta con una amplia trayectoria en países como Estados Unidos, donde está plenamente institucionalizado en muchos hospitales, respaldado por programas formativos, certificaciones y estándares de competencia definidos (ASBH, 2024). En contraste, su desarrollo en España es más reciente y fragmentado. Aunque existen experiencias de consulta de ética clínica, persisten importantes lagunas de conocimiento respecto a su implantación real, funcionamiento operativo, perfil profesional de quienes la ejercen y, especialmente, sobre cómo viven subjetivamente esta labor los/as propios/as consultores/as.

Como enfermera con más de quince años de experiencia en unidades de cuidados críticos, he convivido con numerosos problemas éticos complejos para los que, en muchas ocasiones, no tenía una respuesta clara. Estas situaciones despertaban en mí diferentes emociones y una inquietud moral, junto con la necesidad urgente de una orientación personalizada, especialmente en situaciones donde el tiempo apremia.

Como docente universitaria, comprometida con una formación integral que articule lo técnico, lo relacional y lo ético, siento también la responsabilidad de promover propuestas formativas que trasciendan lo meramente procedimental.

Desde esta doble vivencia profesional, surge mi inquietud por profundizar en la figura del/de la consultor/a en ética clínica. Concretamente, este trabajo se propone explorar tanto la situación actual de la consulta de ética clínica y la figura del/de la consultor/a en el contexto sociosanitario español como la experiencia subjetiva de quienes la ejercen, con especial atención a las competencias relacionales y humanistas que esta labor exige.

La labor de los/ las consultores/as en ética clínica se desarrolla a través de encuentros presenciales caracterizados por una alta complejidad relacional. Estos encuentros no solo exigen un dominio sólido de conocimientos técnicos, sino también competencias interpersonales y una disposición actitudinal orientada a brindar una ayuda benéfica y humanizada. La American Society for Bioethics and Humanities (ASBH por sus siglas en inglés) o Sociedad Americana de Bioética y Humanidades reconoce esta actividad de alto riesgo, debido al impacto que puede generar tanto en pacientes y familiares como en los/as profesionales involucrados/as. Se trata de una experiencia interactiva profunda,

en la que convergen opiniones, valores y emociones, en un contexto marcado por el sufrimiento y la vulnerabilidad de quienes solicitan la consulta.

Este trabajo se apoya en un marco teórico interdisciplinar que integra aportaciones de la bioética clínica, un enfoque humanista y una vía práctica de aplicación a través del counselling.

Desde la perspectiva bioética, se realiza un recorrido por el desarrollo de la consulta de ética clínica desde sus orígenes hasta la actualidad, prestando especial atención a los modelos de consulta y a las competencias propuestas por la ASBH para el ejercicio de esta función.

Se propone, además, un enfoque humanista para comprender y fundamentar teóricamente el encuentro ético entre consultor/a y consultante. Este enfoque se sustenta en las aportaciones de Pedro Laín Entralgo y Carl Rogers, desde una perspectiva antropológica y psicológica respectivamente. Ambos autores coinciden en concebir el encuentro interhumano como una relación profunda, transformadora y éticamente significativa. Como vía de articulación práctica de estas teorías, se presenta el counselling como proceso de ayuda y acompañamiento capaz de traducir en habilidades y herramientas concretas las actitudes de autenticidad, empatía y aceptación incondicional.

La integración de estos marcos conceptuales permite iluminar la dimensión ética y humanizadora del rol del/de la consultor/a, así como las competencias relacionales necesarias para establecer una relación de confianza y colaboración. Estas perspectivas teóricas orientarán la interpretación de los hallazgos, contribuyendo a una comprensión más profunda de la práctica de la consulta de ética clínica

Para abordar de manera integral el fenómeno de consulta de ética clínica y la figura del/de la consultor/a en España, este trabajo se estructura en dos fases complementarias. La primera, de carácter cuantitativo y exploratorio, busca ofrecer una visión general sobre la implantación, funcionamiento y el perfil profesional de quienes ejercen esta función en el sistema sociosanitario español. La segunda, de enfoque cualitativo y orientación fenomenológico-hermeneútica, se centra en explorar la vivencia subjetiva de los/las consultores/as, con especial atención en las dimensiones

relacionales, actitudinales y comunicativas que configuran su práctica. Este diseño dual permite articular el conocimiento objetivo con la comprensión profunda de la experiencia vivida, en consonancia con el propósito de visibilizar y valorar esta figura profesional en su complejidad.

Se espera que este estudio contribuya a visibilizar y comprender en mayor profundidad una figura aún poco explorada en el contexto español, aportando elementos útiles tanto para su consolidación profesional como para la implementación de planes formativos que integren la dimensión relacional y actitudinal, con el fin de mejorar la calidad ética de la atención.

El desarrollo del trabajo se organiza en siete capítulos que incluyen el marco teórico, la relación del consultor-consultante en el cuadro de las relaciones interpersonales, el planteamiento del problema, la metodología, resultados y discusión en cada fase de estudio, así como las conclusiones.

Para la realización de este trabajo, todas las traducciones de textos en inglés incluidas en esta tesis han sido realizadas por la autora, a partir de las fuentes originales, procurando mantener el sentido y el estilo del texto fuente.

2 MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

El/la consultor/a en ética clínica es la persona que ofrece ayuda a pacientes, familias o profesionales sanitarios ante la incertidumbre que provocan los problemas éticos en el ámbito sanitario. Esta figura se enmarca en la Consulta de Ética Clínica que puede ser dependiente de los Comités de Ética Asistencial o independiente de ella.

En este Capítulo, se realiza un recorrido de la figura del consultor/a en ética clínica y de la Consulta de Ética Clínica, desde sus inicios hasta la actualidad. Centrándonos en Estados Unidos, lugar en el que tiene su origen, hasta llegar a presentar el nacimiento y situación actual en España.

Después, se expone el proceso de consulta y las competencias del consultor/a propuestas por la Sociedad Americana de Bioética y Humanidades.

2.1 El consultor/a en ética clínica y la consultoría

El/la consultor/a en ética clínica es un/a profesional cuyo rol ha evolucionado en respuesta a los avances médicos, los dilemas éticos complejos y las demandas de una práctica asistencial centrada en los valores. Desde sus orígenes vinculados a la *ética clínica* de Mark Siegler y Albert Jonsen, hasta su consolidación en diferentes modelos y prácticas internacionales, se destaca cómo el consultor ha ganado relevancia como un apoyo directo y especializado en la toma de decisiones éticas. Se exploran los distintos enfoques utilizados, un avance de las competencias requeridas y los desafíos en la formación y evaluación de estos profesionales. Para concluir con un análisis de la implementación de la consulta de ética clínica en España, mostrando cómo se ha adaptado este servicio en diferentes contextos y subrayando las oportunidades y desafíos actuales en su consolidación.

2.1.1 Origen del consultor/a en ética clínica

El origen del/de la consultor/a está muy ligado a la aparición de la ética clínica, y, por ende, a la aparición de nuevas técnicas médicas, que promueven nuevos interrogantes en cuanto al qué deberían hacer los profesionales ante problemas concretos, un análisis

de casos desde una mirada ética. El nuevo concepto de ética clínica nace de la mano de Siegler, M. y Jonsen, A. casi en paralelo con la idea de acercar la ética a casos concretos que acontecen en la práctica clínica y más concretamente relacionados con las Unidades de Cuidados Intensivos.

El doctor Siegler, M. es el promotor de una de las primeras Unidades de Cuidados Intensivos en Chicago y con su creación aparecen nuevas incertidumbres a la hora de tomar decisiones, tales como ¿a qué paciente asignar los recursos de los que disponían?, ya que eran escasos y limitados, o ¿se puede interrumpir un tratamiento o soporte ya instaurado?, y otros vinculados a la información y consentimiento informado, con la sensación de falta de formación en ética y en el análisis sobre problemas éticos, de los profesionales sanitarios. Siegler, M. intentó encontrar respuestas en la literatura y en revistas científicas sin mucho éxito ya que se trataba de temas novedosos, nuevos retos.

Fue gracias a la colaboración que mantuvo con James M. Gustafson, que había colaborado con el Hastings Center a finales de los 60, con el que comenzó a analizar y comentar casos reales una vez por semana, durante tres años, del 72 al 75 y con el que continuó colaborando hasta 1978. Fue durante esta época en la que comienzan a desarrollar el concepto de ética médica clínica.

Surge, la necesidad de acercar la ética a la clínica diaria, y de esta forma nace el término, que el mismo Siegler denominará, *ética clínica*. Siegler lo expresa así:

Y en torno a esta época [...] me hice cargo de lo que me di cuenta que sería el trabajo de mi vida: hacer todo lo posible por aproximar al máximo todos estos ámbitos entre sí. Cuando hablo de estos ámbitos me refiero a los conceptos filosóficos y teológicos de la bioética y las ideas prácticas aplicadas de la ética clínica que permitirán trasladar esos conceptos a la práctica diaria con los pacientes y las familias, los enfermos y los profesionales sanitarios. (Fins, 2016, p.70)

En 1978, Mark Siegler publica el artículo «El legado de Osler: enseñar ética clínica al lado de la cama», y a partir de aquí se comienza a producir un giro, la enseñanza de la ética clínica y la incorporación de filósofos a hospitales universitarios, lo que supone un nuevo cambio en la práctica diaria, y no sólo de los médicos sino del equipo de atención al paciente, mejorando las competencias profesionales de los profesionales. Ya no se trata

sólo de la competencia técnica del médico, también de la competencia ética (Pose, 2016).

Pocos años después, en 1982, Albert R. Jonsen y Mark Siegler publican junto a Willian J. Winslade, «Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica» (1ª edición en castellano en 2005). En él concretan que la ética clínica es una disciplina práctica cuya finalidad es identificar, analizar y resolver los problemas éticos que surgen en el ámbito de la medicina clínica, enfatizando en la idea de trabajar de manera constructiva entre facultativos, enfermeras, pacientes y familiares ante momentos de confusión, perplejidad o en situaciones en las que las emociones nos desbordan (Jonsen et al., 2005, pp. 3-14).

Como dice Victoria en Camps, en el prólogo de la edición española, se trata de un libro con una intención muy práctica, ayudar a comprender, identificar y analizar los problemas éticos de los diferentes casos a los que se enfrentan los profesionales sanitarios en su actividad diaria.

En esta obra, los autores presentan un método, para analizar cada caso, basado en cuatro parámetros: las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los aspectos contextuales: contextos social, económico, jurídico y administrativo (Jonsen et al., 2005, p.15).

Siegler reflexiona sobre el papel de los Comités de Ética en Hospitales de Estados Unidos y expresa su preocupación en el artículo «Comités de ética: decisiones por burocracia». Argumenta que estos comités, que inicialmente tenían la intención de ofrecer apoyo en la toma de decisiones éticas en casos complejos, pueden estar afectando negativamente a la autonomía de los médicos y a la relación médico-paciente.

Sus inquietudes se centran en la posibilidad de que las decisiones sean tomadas en salas de reuniones en lugar de a pie de cama del paciente, y que en estas decisiones intervengan personas que no estén directamente vinculadas con el caso, por lo tanto, no tienen tanto en consideración al paciente. Ante esto, el autor sugiere que se deberían formar pequeños grupos consultivos especializados en áreas de alto riesgo, como unidades de cuidados intensivos, trasplantes, quemados, etc. Estos grupos, formados principalmente por profesionales clínicos con experiencia en cada área específica,

estarían mejor preparados para entender los problemas éticos específicos de cada disciplina. M. Siegler concluye que el objetivo de los Comités de ética debería ser educar y capacitar a los profesionales para poder tomar decisiones éticas (Siegler, 1986).

La propuesta de Siegler refuerza la idea del consultor en ética clínica como órgano de ayuda a los profesionales sanitarios frente a los comités de ética, ante los problemas éticos que surgen en el día a día. Esta propuesta destaca también porque presenta a un grupo pequeño de consultores, más que a una figura individual (Siegler, 1986).

En la misma época en la que surge la ética clínica, Albert Jonsen trabajando con el cirujano Englebert Dunphy, pionero de trasplantes, comienza a colaborar con un comité que analizaba los criterios de muerte cerebral, con la idea de incorporar la teología moral jesuítica a la toma de decisiones de los médicos. Poco después fue invitado, por Dr. William Tully, jefe de neonatología, a las sesiones clínicas de la Unidad de Cuidados intensivos neonatales. En una entrevista realizada por D. Gracia y J. Fins, lo expresa así;

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. (Fins y Guillén, 2015, p.74)

En esta misma entrevista Jonsen comenta que, a raíz de esa experiencia, publica el artículo «Can an ethicist be a consultant» en el que realiza una comparativa entre la tarea del confesor en el mundo religioso y la del consejero en el ámbito médico, obteniendo buenos resultados y nuevos casos, nuevas experiencias sobre las que reflexionar (Fins y Guillén, 2015).

Casi en paralelo al nacimiento de la ética clínica, surge una nueva figura, el/la consultor/a en ética clínica de la mano de A. Jonsen, D. Gracia lo presenta de este modo:

Jonsen, aunque procede de la filosofía y la teología, es, sin embargo, un firme partidario de la “bioética 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. Esto explica por qué 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 (SBC), que en 1998 entró a formar parte de la nueva American Society for Bioethics and Humanities (ASBH), junto con la American Association of Bioethics (AAB) y la Society for Health and Human Values (SHHV). (Fins y Guillén, 2015, p.68)

Es necesario mencionar que, al igual que sucediera con los Comités de ética, la figura del/de la consultor/a y, por ende, la consultoría también encontró reticencias entre los médicos por la sensación de que pudieran inmiscuirse en las decisiones clínicas y por la ausencia de trato directo con el paciente. Ingelfinger sostenía que, pese «al auge de los eticistas en 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 no tratamiento (Pose, 2016).

Sin embargo, A. Jonsen propone 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”. (Pose, 2016, p.51)

Jonsen propone ampliar la mirada ante casos concretos, crear un camino conjunto entre la toma de decisiones médicas concretas y la reflexión del eticistas ante distintas posibilidades entre los principios, ayudar en la deliberación, adquiriendo un papel que se puede definir como clarificadores del debate.

Jonsen define la figura del/de la consultor/a, 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. (Pose, 2016, p. 55)

En resumen, la figura del/de la consultor/a en ética clínica emergió como una respuesta práctica a los desafíos éticos planteados por los avances médicos y los dilemas complejos en la práctica clínica. Este rol, desarrollado en paralelo al concepto de ética clínica por autores como Mark Siegler y Albert Jonsen, se consolida como un apoyo para los/las profesionales sanitarios en la toma de decisiones éticas. A diferencia de los comités de ética, el/la consultor actúa de manera más directa y personalizada, ofreciendo una reflexión estructurada basada en principios éticos y adaptada a las realidades del caso clínico.

2.1.2 Origen y evolución de la consulta de ética clínica y del/de la consultor/a

La primera consulta de ética clínica registrada surge de la necesidad de la eticista Ruth Purtilo. Lo describe en el artículo «Ethics consultations in the Hospital», en 1984. En este artículo presenta, a través una experiencia personal, el aumento de la preocupación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones con implicaciones éticas, y que estos casos no llegaban a los comités de ética y la necesidad de la figura del/de la consultor/a en ética clínica (Pose, 2022).

La Dra. Purtilo, pensaba que lo innovador no era la consulta en sí, sino el dar visibilidad a la preocupación de los clínicos por los problemas éticos, y ese fue su acierto ya que reflejaba que los clínicos se encontraban exhaustos por los problemas éticos y por la forma de proceder ante estos, indicando que los comités de ética ya no eran la mejor y la única opción. Con este artículo confirma que a los comités de ética no le llegan los casos sobre los problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales y en los que necesitan ayuda (Pose, 2022).

Pocos años después, en 1987, el Dr. La Puma publica un artículo sobre el análisis de 27 consultas de ética clínica en un hospital universitario. Estas consultas fueron solicitadas

por médicos y otros/as profesionales. El proceso era organizado por el/la consultor/a en ética clínica que incluía: revisión de historial médico; entrevista con el médico que había realizado la solicitud y con el paciente si estaba en situación de comunicarse y; si era necesario, se realizan entrevistas con otros implicados. Con todos los datos se valoraban los problemas éticos del caso, se debatían junto con un eticista-clínico y se realizaban las sugerencias. El informe se incluía en la evolución clínica.

En este artículo el Dr. La Puma, clasifica en tres razones por que los/as profesionales solicitan ayuda ante estos casos: asistencia en la toma de decisiones, los/as profesionales buscaron orientación para validar sus decisiones; manejo de casos, en los que se solicita ayuda ante casos complicados, como la limitación del esfuerzo terapéutico; resolución de desacuerdos, en los que la consulta de ética facilitó la mediación en conflictos entre familiares, pacientes y médicos.

De las consultas recibidas el 67 % estaban relacionadas con la limitación del esfuerzo terapéutico, y en algunos casos el/la consultor/a identificó problemas éticos adicionales que no habían sido considerados por los profesionales. La Puma concluye que el papel del/de la consultor/a en ética clínica es relevante tanto para la ayuda ante problemas éticos como para la formación de los profesionales en la toma de decisiones. A diferencia de los comités de ética, los/as consultores/as de ética pueden resolver los problemas de forma rápida y en la cabecera de la cama del paciente, debatiendo con los conocimientos médicos y éticos de cada situación (La Puma, 1987).

Un año después, el mismo Dr. La Puma y sus colaboradores publican un artículo sobre la evaluación de una consulta en ética clínica en un hospital universitario de Chicago. En un año se habían realizado 51 consultas, el motivo más frecuente era la limitación del esfuerzo terapéutico y el 96 % de los profesionales que habían realizado la consulta indicaban que volverían a utilizarlo en un futuro (La Puma et al., 1988).

A finales de los años 80, la consulta de ética clínica, y con ella de la figura del/de la consultor/a, comienza a impulsarse en Estados Unidos. Diferentes acontecimientos como el avance de la tecnología médica, el cambio en la relación entre profesionales y pacientes en los que el principio de autonomía va cobrando cada vez más valor, y la entrada en escena de otros profesionales sanitarios como enfermeras, psicólogos, etc., trajeron consigo nuevos problemas éticos complejos que aparecen en el día a día en el

ámbito sanitario. En respuesta a esto surge la ética clínica y con ella la figura del/de la consultor/a como alternativa o complemento a los Comités de Ética Asistencial.

La consulta de ética clínica, como hemos visto, comienza a impulsarse e instalarse en diferentes hospitales de Estados Unidos, sin embargo, no estaban definidos los programas de especialización para desarrollar esta actividad, ni la forma de evaluar la calidad de la consulta en ética clínica. En respuesta a esto, en 1986 se constituye la Sociedad de la Consulta de Bioética (Society for Bioethics Consultation) con la intención de promover la formación especializada en ética clínica y ayudar a las instituciones a desarrollar programas formativos. No obstante, no fue hasta una década más tarde cuando se comenzaron a impulsar métodos para la práctica de ética clínica y estándares de calidad.

En el año 1998, a la Sociedad de la Consulta de Bioética se fusionó a dos asociaciones: la Sociedad para la Salud y los Valores Humanos (Society for Health and Human Values) y la Asociación Americana de Bioética (American Association of Bioethics). De esta unión surgió la Sociedad Estadounidense de Bioética y Humanidades (ASBH), una organización educativa orientada a promover el intercambio de ideas y fomentar la colaboración multidisciplinar, interdisciplinar e interprofesionales en bioética clínica y académica, así como en las humanidades de la salud. Entre sus actividades se incluyen investigación, enseñanza, desarrollo de políticas, formación profesional y fortalecimiento de relaciones entre sus miembros. Se crea un grupo de trabajo formado por miembros de las tres sociedades que publica «Competencias básicas para la consulta sobre ética en el cuidado de la salud». En este informe se define la consultoría en ética clínica y se presentan las competencias y habilidades para llevar a cabo una consultoría de ética clínica (Pose, 2016).

En relación con la formación de los/as consultores/as es preciso mencionar, que los resultados para mejorar su capacitación no fueron los esperados, como demuestra el trabajo de Fox et al., 2007, «Consulta de ética en hospitales de los Estados Unidos: una encuesta nacional» sobre los resultados del primer estudio Nacional sobre la consulta de ética clínica en hospitales de los Estados Unidos, entre 1999 -2000. Se concluye que el 41 % habían aprendido bajo la supervisión formal y directa de un miembro

experimentado en consulta de ética clínica y sólo 1 de cada 20 había completado un programa de posgrado en bioética (Fox et al., 2007).

En respuesta a las carencias observadas, diferentes organizaciones y asociaciones comienzan a definir e impulsar la formación de los/as consultores/as. Uno de los primeros, en el 2010, fue el modelo Integrated Ethics (IE) por la U.S. Departamento de Veteranos (VA) (organización dependiente del gobierno que controla el mayor sistema público de Salud de los EE. UU). El programa se implementó en todos los centros sanitarios dependientes de VA, con el objetivo de solventar estas carencias. Este modelo, dirigido por E. Fox, presentaba las competencias requeridas para la consulta de ética, diferenciaba entre conocimientos, habilidades y rasgos de personalidad (Fox et al., 2010).

Más tarde, y tomando como base el modelo Integrated Ethics (IE), en 2011 la ASBH presenta la segunda edición, de «Competencias básicas para la consulta sobre ética en el cuidado de la salud», en el que sostiene que la utilización del término «consultor/consultores» hace referencia a las personas que realizan servicios de consultoría ética, independientemente de la forma, individual, en pequeños grupos o en comités de ética. Define a la consulta de ética como «un servicio, prestado por una persona o grupo de personas, en respuesta a la demanda de un paciente, familiar, o de alguno de los miembros del equipo de atención debido a un problema o un conflicto de valores en torno a una decisión concerniente a su manejo de la salud» (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

Esta definición difiere poco de la presentada por J.C. Fletcher y M. Siegler (Pfäfflin et al., 2009) en 1996, que la describen como «un servicio proporcionado por un consultor individual, equipo o comité para abordar los problemas éticos involucrado en un caso clínico específico. Su propósito central es mejorar el proceso y los resultados de la atención de los pacientes al ayudar a identificar, analizar y resolver problemas éticos».

En esta publicación la ASBH también especifica que la consulta de ética es un servicio distinto que incluye los siguientes componentes generales:

1. Responde a una solicitud específica de asistencia.

2. Se enfoca en abordar la incertidumbre o el conflicto con respecto a las preocupaciones cargadas de valores en un contexto de atención a la salud.
3. Abordar preocupaciones cargadas de valores a través de la «facilitación de la ética».
4. Se lleva a cabo por quienes están designados para realizar este papel, y que tienen las competencias necesarias para abordar adecuadamente la pregunta o inquietud (Tarzian y Force, 2013).

En el documento, la ASBH también detallaba que cuando la consulta de ética es realizada por una única persona esta debe poseer conocimientos y habilidades avanzadas en múltiples áreas. En cambio, si se utiliza el modelo de equipo o comité los conocimientos y habilidades pueden distribuirse entre las diferentes personas que lo conforman. Identificaba tres conjuntos clave de habilidades esenciales para los profesionales:

- Habilidades de evaluación: incluían analizar los conflictos éticos subyacentes y acceder a la normativa y literatura relevante.
- Habilidades de procesos: que abarcan desde la planificación y ejecución de la consulta hasta la documentación, la evaluación continua y la implementación de soluciones en colaboración con la institución.
- Habilidades interpersonales: centradas en la comunicación afectiva, la empatía, la representación de puntos de vista y la facilitación del diálogo entre las partes involucradas.

En el 2015, se publica la 2ª edición de «Consulta de Ética. Respondiendo a preguntas de ética en el cuidado de la salud», dentro del modelo Integrated Ethics, en el que se describen las competencias y habilidades específicas que se requieren para una consulta de ética eficaz, y el uso del enfoque CASES: enfoque estandarizado para la consulta ética (National Center for Ethics in Health Care, 2015).

Las competencias requeridas para una consulta de ética eficaz que propone el modelo Integrated Ethics, suponen una adaptación de las competencias básicas recomendadas por la ASBH, y que se sintetizan en los siguientes puntos:

- Conocimiento: destaca la familiaridad con la teoría ética, conceptos bioéticos, sistemas de salud, políticas locales, códigos de ética y la legislación sanitaria.
- Habilidades: incluye capacidades de análisis ético, facilitación de reuniones, evaluación de calidad, gestión de servicios y habilidades interpersonales enfocadas en la comunicación y el consenso.
- Atributos, actitudes y comportamientos: enfatiza valores como la tolerancia, compasión, honestidad, coraje, liderazgo e integridad.

Esta nueva propuesta amplía las competencias al incluir no solo habilidades prácticas, sino también conocimientos teóricos y atributos personales, ofreciendo una visión más holística del perfil del consultor/a. Además, el modelo de Integrated Ethics incorpora elementos adicionales no explícitamente mencionados en el texto de la ASBH, como el conocimiento sobre sistemas de salud, leyes y creencias locales, así como atributos éticos y personales como el liderazgo, el coraje y la humildad.

Años más tarde, el Comité de Asuntos de Consulta de Ética Clínica (CECA) de la ASBH elaboró una guía que recogía los elementos competenciales de los/as consultores/as en ética clínica, «Recursos para el desarrollo de habilidades avanzadas en consulta de ética»(ASBH, 2017), se trata de un documento que tiene como objetivo describir como poner en práctica las competencias y actividades descritas anteriormente. Los autores parten de la idea de la dificultad que supone adquirir ciertas habilidades y ponerlas en escena en situaciones difíciles. De esta manera sintetizan las competencias que deben adquirirse:

Como miembros del Comité CECA, sabemos que los consultores de ética deben ser accesibles y deben sentirse cómodos trabajando con pacientes, familias y profesionales de la salud por igual. Deben ser empáticos y capaces de interpretar y responder a las señales verbales y no verbales de los demás, sin dejar de ser objetivos y evitar la parcialidad. Deben ser capaces de comunicarse con personas que no están familiarizadas con los sistemas de salud contemporáneos y deben usar un lenguaje que sea accesible para las personas de diferentes orígenes. Los consultores de ética también deben poseer sólidas habilidades analíticas y de pensamiento crítico y ser capaces de pensar y responder rápidamente a las situaciones que cambian progresivamente con el tiempo. En las crisis, las emociones de las partes interesadas cambian rápidamente, los

estados clínicos cambian abruptamente y los cursos de acción deben cambiar, todo lo cual requiere un pensamiento muy rápido y un estado de ánimo deliberativo. (ASBH, 2017, p.5)

En paralelo a estas propuestas de formación, implementación de programas y acreditación de los consultores, diferentes eticistas, instituciones u organizaciones han publicado herramientas para evaluar la calidad de la consulta de ética clínica. Sin embargo, no hay consenso sobre si debe evaluarse dicha actividad (Kodish et al., 2013), en parte porque los datos de las investigaciones ponen de manifiesto los diferentes patrones de la consulta de ética y porque tampoco están definidos cuáles serían los criterios que evaluar: procesos, resultados, competencias básicas de los consultores, etc. (Yoon et al., 2020).

Sobre la evaluación de las competencias de los consultores destaca la propuesta realizada por Kodish, J et al. Esta propuesta ha sido adoptada por la ASBH iniciando un procedimiento de certificación de calidad en dos pasos para evaluar a los consultores de ética clínica y ayudar a identificar qué personas están calificadas para desempeñar esta función (Kodish et al., 2013).

Los autores argumentan la necesidad de evaluar las competencias básicas del/de la consultor/a por la posibilidad que este tiene tanto de beneficiar como de dañar a los consultantes, sobre todo si la consulta es realizada por paciente o familiar, y cumplir estándares de excelencia como otros profesionales sanitarios. De ahí la importancia en que el/la consultor/a este académicamente formado y tenga la capacidad para desempeñar este rol.

El método de dos pasos que han desarrollado consta de:

1. Un portfolio: que debe incluir, las calificaciones de al menos un máster en una disciplina relevante y todos los datos que acrediten la formación, experiencia relacionada con la consulta de ética, «...resumen de la experiencia de la CCA, con plazos y escenarios, resumen de la filosofía del candidato de CEC, en 500 palabras o menos, tres cartas de evaluación de personas responsables de la supervisión clínica que conocen las actividades de consulta ética del candidato. Seis debates de casos de consultas en las que el candidato actuó como líder o codirector y autor o coautor de la documentación; que demuestren la práctica de la consulta

en ética clínica y seis descripciones de una página de casos *adicionales* que evidencian la experiencia de CEC en una amplia gama de entornos clínicos y/o con una amplia gama de cuestiones éticas...»

2. Examen oral: se realiza a través de la discusión de un caso para observar y evaluar algunas de las habilidades interpersonales, de desempeño y conocimientos del consultor. El examen oral permite sobre todo conocer las habilidades de comunicación y relación del candidato (Improving Competencies in Clinical Ethics Consultation: An Education Guide 2nd Edition | American Society for Bioethics and Humanities, n.d. p.30).

Una de las últimas propuestas para evaluar la calidad, en este caso sobre el proceso de la consulta en ética clínica, es la que realizan Pearlman et al., (2016). Los autores proponen la Herramienta de Evaluación de la Calidad de la Consulta Ética, denominada con el acrónimo ECQAT (en inglés Ethics Consultation Quality Assessment Tool). Esta evaluación se realiza a partir de cuatro elementos clave: pregunta ética, información específica de la consulta, análisis ético y conclusiones y / o recomendaciones. Son considerados como esenciales y deben documentarse para una consulta de calidad. Los autores reconocen las limitaciones de esta herramienta dado que no evalúa directamente las habilidades interpersonales o interprofesionales del consultor, consideradas de suma importancia para proporcionar una consulta de calidad.

En cuanto a qué profesionales son los que realizan la consulta de ética clínica, el estudio de Fox et al., 2021, mantiene que el 24 % son médicos, el 23 % enfermeras, el 10,9 % trabajadores sociales, seguidos de capellanes, administradores y otros profesionales del ámbito sanitario, datos similares a los publicados en el 2007 (Fox et. al).

En resumen,

1. El desarrollo de la consulta de ética clínica ha evolucionado desde sus primeras experiencias documentadas hasta convertirse en una práctica reconocida y regulada. Inicialmente, figuras como Ruth Purtilo y el Dr. La Puma evidenciaron la necesidad de un enfoque más ágil que los Comités de Ética Asistencial, resaltando la importancia de abordar rápidamente dilemas éticos en el entorno clínico. Esta práctica se consolidó con la definición de competencias clave por la

ASBH y el modelo *Integrated Ethics*, que establecen los conocimientos, habilidades y valores esenciales para un consultor en ética clínica.

2. A pesar de los avances, los desafíos en la formación y evaluación de consultores han llevado al desarrollo de propuestas como el procedimiento de certificación en dos pasos de Kodish et al., que incluye un portfolio de competencias y un examen oral para garantizar la calidad del desempeño. Asimismo, herramientas como ECQAT han buscado estandarizar la evaluación del proceso de consulta, aunque con limitaciones en la valoración de habilidades interpersonales.
3. En cuanto al perfil profesional, el consultor en ética clínica se caracteriza por su capacidad para combinar conocimientos éticos y bioéticos con habilidades interpersonales y un enfoque colaborativo. Además, estudios recientes han evidenciado la diversidad de profesionales implicados en esta práctica, destacando médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Este marco enfatiza la necesidad de una formación continua y una evaluación rigurosa, asegurando que la consulta de ética clínica siga siendo un recurso clave para la toma de decisiones en contextos de creciente complejidad.

Se trata de un servicio reconocido en las instituciones sanitarias, en las que el consultor de ética clínica mantiene una relación directa con profesionales sanitarios, paciente o familia que solicita la consulta para abordar problemas ético-clínicos con una amplia gama de valores implicados. Es reconocido por la ASBH como una actividad de «alto riesgo», por las consecuencias que esta puede tener tanto para pacientes/familias como para los profesionales. Consiste en un encuentro que provoca una experiencia interactiva compleja, en el que interactúan los implicados intercambiando opiniones, valores y emociones, las personas que realizan la consulta se encuentran en situación de sufrimiento, estrés moral o vulnerabilidad.

A medida que la consulta de ética clínica fue consolidándose, aparecen diferentes elementos y características que le han ido conformando hasta la actualidad: posibles modelos de consultoría, las competencias requeridas para ser consultor/a y la evaluación de estas. En las siguientes líneas se presentarán los modelos de consultoría y las competencias propuestas por la ASBH para ser consultor/a.

2.1.3 Modelos de consultoría

El modelo de consultoría que se utiliza en la gestión de conflictos éticos, en las instituciones sanitarias, ha ido cambiando casi al mismo ritmo que lo ha hecho la relación sanitaria. Carlos Pose en el libro «Teoría y práctica de la ética clínica» realiza una descripción detallada de los diferentes modelos, del que se extraerá los rasgos característicos de cada uno de ellos, siguiendo el esquema propuesto por el autor (Pose, 2022).

Estos modelos son los siguientes:

1. «Modelo de relación de decisiones compartidas», propuesta del doctor Siegler, (2011). El desarrollo de este modelo, parte de un análisis histórico de la relación asistencial fundado en la teoría del humanista Pedro Laín Entralgo que expone que la medicina se ha desarrollado en cuatro fases, o como expone, «cuatro edades de la medicina». Así una primera etapa «edad del médico» caracterizada por el paternalismo al tratarse de un modelo autoritario en el que el profesional poseía la sabiduría técnica, y decidía por el paciente en consecuencia, sin que fuera necesaria su participación. En etapas posteriores, como consecuencia a la revolución industrial y los cambios acontecidos en este periodo, aparece la edad que se puede denominar «autonomista», relación en la que el médico no decide sólo, el paciente asume un protagonismo en la toma de decisiones, una vez haya sido informado, en respuesta a este modelo. Como consecuencia del cambio tan brusco que se había producido en la relación, aparece el modelo que Siegler denomina «burocrático». Finalmente, años más tarde y en base a su experiencia, el Dr. Siegler presenta nuevo modelo que denomina «acuerdo entre médico y paciente», basado en la toma de decisiones compartidas, en el que prevalece el diálogo y la negociación. Este modelo ha ido adquiriendo cada vez más protagonismo, y aunque padece novedoso, Siegler se pregunta si no es fruto de la tradición médica. A este modelo actualmente se le denomina, entre otros, como «atención centrada en el paciente», «toma de decisiones participativa» o «modelo de autonomía avanzada».
2. «Modelo de mediación», es por el que se decantan instituciones norteamericanas como la Administración de Veteranos y la Sociedad Americana

de Bioética y Humanidades (ASBH). Se trata de un modelo de mediación en respuesta a la judicialización de los problemas ético-clínicos. La mediación aplicada a la consultoría de ética surge de la iniciativa de algunos eticistas norteamericanos al comprobar que los derechos de los pacientes estaban siendo equiparados a los de los consumidores y, por tanto, los conflictos sanitarios eran entendidos como conflictos civiles o mercantiles. En este momento la toma de decisiones era, casi en exclusividad, del paciente dejando a un lado a profesionales y familiares. Fue impulsado por Nancy Dubler, que tras iniciar una consultoría en ética clínica pública, junto a Carol B. Liebman, «Mediación en bioética. Una guía para dar forma a soluciones compartidas». Su modelo, expuesto en este libro, parte de la idea de que la mayoría de los conflictos surgen de problemas interpersonales, de ahí que su propuesta para resolverlos es a base de intereses. El mediador, imparcial, colabora y ayuda a tomar una decisión en el que ambas partes estén de acuerdo (Font-Guzmán J.N, 2019). Las autoras reconocen que el término mediación no es muy aceptado por algunos bioeticistas por la connotación negativa que adquiere el término conflicto, entendido como un desacuerdo de intereses más que como un choque de valores. Sin embargo, este término ya fue utilizado por A. Jonsen, para referirse al consultor.

La ASHB considera la mediación ética como el modelo más acertado para la consulta en ética clínica, supone que es el punto intermedio entre la aproximación paternalista y el puro consenso. En este modelo el consultor adquiere un rol de ayuda entre las partes implicadas. A través de la escucha activa y la empatía, el consultor detecta los valores implicados y promueve que sean detectados por los implicados, dialoguen sobre ellos y puedan tomar decisiones.

La ASBH propone las directrices a seguir por el consultor/a ante un caso concreto: identificar el origen y definir el problema ético concreto con los valores implicados y proponer una resolución que respete los valores y decisiones de los implicados.

Años más tarde, N. Dubler, siguiendo el modelo propuesto por Morreim, y en base a su experiencia como consultora describe un «modelo de mediación en

cinco pasos». La autora utiliza el acrónimo STADA (S-T-A-D-A) y lo describe, en una entrevista realizada por Arthur L. Caplan, (Caplan y Dubler Neveloff, 2015) de la siguiente manera:

- S, sit (siéntate); en este paso el objetivo es que los implicados se sienten.
- T, tell (hablar); cuénteme sobre mamá. En este punto se le solicita a la familia que narre la historia de la implicada, puesto que es la familia quién mejor conoce al paciente y quién solicita la mediación.
- A, admire (admirar); Se trata de reconocer y de hacer sentir bien a la persona que solicita la ayuda.
- D, discuss (debatir lo que está sucediendo).
- A, ask (preguntar que debería suceder); la autora reconoce que no siempre está presente ya que es necesario haber aclarado todas las opciones.

El modelo propuesto por Dubler tiene dos nuevas aportaciones: por un lado, reconocer y entender el estado emocional de las familias, consolarlas; y por otro, huir de la neutralidad. La autora considera que no se le debe dejar a la familia todo el peso de la decisión, que los profesionales tienen el deber de brindar recomendaciones, de dar consejos. De lo contrario podría ser considerado como negligencia.

3. «Modelo deliberativo», es la propuesta de Ezequiel Emanuel y Linda Emanuel, como modelo de relación clínica. Parte del reconocimiento del paciente como una persona con autonomía para tomar decisiones, al médico como un profesional capaz de reconocer los valores del paciente y hacer recomendaciones en consecuencia, sin olvidar los valores del profesional y que estos son importantes para los pacientes.
4. «Modelo deliberativo mediterráneo», propuesta de Diego Gracia diferente a las presentadas anteriormente, dado que en esta propuesta los valores adquieren más protagonismo que las preferencias. El método deliberativo tiene en cuenta los valores implicados. Le diferencia de otros modelos la concepción sobre los valores, al entender que estos no son ni completamente objetivos, ni

completamente subjetivos, ni fijos, sino que se construyen y se destruyen en nuestros actos humanos, pero sin caer en un relativismo de los valores. De este modo el objetivo no es simplemente el del respeto por las decisiones del otro, como defendería el autonomismo, si no conseguir que las personas alcancen a tomar decisiones prudentes, más razonables, procurando la realización de todos los valores en juego, y no perjudicar o dañar valores, porque se perdería algo sustancialmente importante. Lo que exige reflexión y deliberación.

La exigencia básica de este modelo se centra en la deliberación, en el análisis minucioso y reflexivo de los principales factores implicados, destacando los valores que están en juego: «La deliberación en sí es un método, un procedimiento. Por eso pueden establecerse unas fases por las que debe pasar todo proceso deliberativo que quiera ser correcto» (Gracia, 2001).

Deliberar consiste en ponderar decisiones prudentes, que no exactas, ya que no se trata de ecuaciones matemáticas, en las que existe una certeza, ni se conoce la respuesta de antemano.

En la construcción de un juicio moral se encadenan estos tres componentes, hechos, valores y deberes.

El punto de partida sería la detección o presentación de un problema ético y el procedimiento, de forma resumida es el siguiente:

- I. Deliberación sobre los hechos.
- II. Deliberación sobre valores.
- III. Deliberación sobre deberes.
- IV. Pruebas de consistencia de la decisión. Que consisten en preguntarse si cumplen las reglas de legalidad y si podrían ser generalizables y públicamente defendidas.

En conclusión, en estas líneas se han abordado algunas de las propuestas de los modelos de consulta en ética clínica, desde el modelo de toma de decisiones compartidas por M. Sieleger, al modelo deliberativo propuesto por D. Gracia, sin olvidar el modelo de mediación que propone la ASBH o el de mediación en cinco pasos STADA propuesto por N. Dubler.

Se trata de cuatro modelos muy diferentes, que cuentan con una amplia bibliografía que fundamentan cada uno de ellos. Sin embargo, en la mayoría de los estudios, realizados sobre la consulta, no se valora el modelo de consultoría utilizado, es decir, si se utiliza un modelo de mediación como el que propone la ASBH, un modelo más directivo o paternalista, un modelo deliberativo o quizá el propuesto por Dubler, para la toma de decisiones.

2.1.4 El consultor y la consulta de ética clínica en el ámbito internacional en la actualidad

Como se ha presentado, la consulta de ética clínica se ha consolidado como un servicio esencial en los sistemas de salud de los EEUU, no solo por su alta prevalencia, el 86,3 % de los hospitales nacionales ya contaba con este entre el 2017-2018 , sino también por el conocimiento que se tiene en cuanto a modelos de CEC, profesionales que realizan esta actividad (Fox et al., 2021) , competencias de los consultores (American Society for Bioethics and Humanities, 2015; Fox et al., 2010) o herramientas para evaluar la calidad de la CEC (Fins et al., 2016; Pearlman et al., 2016; Yoon et al., 2020; Wasson, 2022).

Ante todos estos cambios, producidos en las dos últimas dos décadas, en relación con los programas de formación, la certificación, acreditación y las herramientas para evaluar a los consultores o la calidad de la consulta de ética clínica, Fox et al. realizan un nuevo estudio sobre las consultas de ética en los hospitales estadounidenses, «Ethics Consultation in U.S. Hospitals: A National Follow-Up Study» (Fox et al., 2021), con el objetivo de conocer los cambios y las evoluciones en los últimos años.

La Consultoría de Ética Clínica (CEC) se está implantando y consolidando progresivamente en diversos países más allá de Estados Unidos. En Europa, los índices varían según el país: en Alemania, el 49 % de los hospitales cuenta con este servicio (Schochow et al., 2019); en Italia, la prevalencia alcanza el 72,6 % (De Panfilis et al., 2019); y en Suiza, el 50 % de los hospitales dispone de este servicio (Jox & Porz, 2022). Por su parte, en Japón, el 71,6 % de los hospitales cuenta con CEC (Nagao & Takimoto, 2024).

A pesar de tratarse de un servicio consolidado en diferentes países, no hay consenso en cuanto a la terminología utilizada para nombrar o referirse a la consulta de ética clínica.

La revisión de 48 estudios sobre la CEC, publicada por Bell et al., (2022), mantiene que la CEC presenta variaciones terminológicas según el enfoque y la práctica, siendo identificada como «consulta de comité de ética», «deliberación moral de casos» o «rondas éticas», entre otros términos. Estas diferencias reflejan matices en el formato, el momento (proactivo o reactivo) y los procesos de intervención. Sin embargo, independientemente de la terminología utilizada, las prácticas comparten similitudes en su estructura, metodología y propósito, agrupándose bajo las categorías generales de «consulta de ética clínica» o «deliberación moral de casos».

Las investigaciones más completas, hasta la fecha, son las realizadas por Fox et al. sobre las consultas de ética en los hospitales estadounidenses durante diferentes años, (Fox et al., 2007, 2021) convirtiéndose en referente a nivel mundial, en cuanto a investigación sobre la CEC se refiere, por el gran número de datos que aportan sobre la misma.

En Estados Unidos, la media anual de consultas de ética clínica es de 17,1, definidas como «consultas de ética que se refieren principalmente a un caso de paciente individual específico y activo» (Fox et al., 2021). Esta cifra contrasta significativamente con los datos de Japón, donde el número de consultas anuales se sitúa entre 1-10 (Nagao & Takimoto, 2024). En el caso de Italia, los estudios no especifican cifras concretas, aunque se señala que el número de consultas es considerablemente bajo (De Panfilis et al., 2019).

Sobre qué modelos de consulta de ética utilizan, en Estados Unidos, predomina el llevado a cabo por un pequeño equipo de personas, (65.1%), frente al consultor individual (18.6%) o al realizado por el comité completo (16,3%), destacan que la mayoría de los hospitales nunca utilizó un modelo de consultor individual (Fox et al., 2021).

En cuanto a qué profesionales son los que realizan la consulta de ética clínica, el estudio de Fox et al. 2021 (Fox & Duke, 2022) mantiene que el 24 % son médicos, el 23 % enfermeras, el 10,9 % trabajadores sociales, seguidos de capellanes, administradores y otros profesionales del ámbito sanitario, datos similares a los publicados en el 2007 (Fox et al., 2007).

De los participantes en el estudio estadounidense, el 8 % había cursado un posgrado en bioética y el 40.3 % había aprendido a realizar la consultoría bajo supervisión directa y formal de un miembro experto del equipo, datos muy similares a los publicados en el 2007. En cambio, en los estudios realizados en Suiza, el 30 % posee formación ética académica (máster), un 29 % formación ética estructurada, el 18 % formación ética mínima y el 29 % restante ninguna formación (Jox & Porz, 2022).

El estudio estadounidense, concluye que, a pesar de los esfuerzos realizados por mejorar las prácticas de la consulta de ética, los datos no son los esperados y todavía hay varios aspectos que requieren de una mejora (Fox et al., 2021).

En las últimas décadas, la consulta de ética clínica ha experimentado importantes avances en su definición y regulación. La ASBH, en el borrador de la tercera edición de Core Competencies for Health Care Ethics Consultants, 3rd Edition (2024), define a la consulta de ética clínica como:

Consultas que dan respuesta a preguntas de pacientes, familiares, representantes en las tomas de decisiones, profesionales sanitarios, administrativos de hospitales u otras partes interesadas que tratan de resolver incertidumbres o conflicto relativo a las preocupaciones cargadas de valores que surgen en la atención de un paciente específico en tiempo real. El servicio de consultas éticas ofrece consultas sobre casos de ética clínica en el centro sanitario, por lo general con un enfoque de equipo reducido o modelo de consultor individual. (American Society for Bioethics and Humanities History, 2024, p.2)

2.1.5 El/la consultor/a y la consulta de ética clínica en España

La situación en España es muy distinta a la de Estados Unidos, no sólo en su prevalencia si no también en el conocimiento que se tiene de la misma. En este capítulo se realiza un recorrido de la historia del/de la consultor/a en ética, desde sus inicios hasta la actualidad, en nuestro país.

Aunque la figura del/de la consultor/a fue reconocida en la Regulación de los Comités de Ética del INSALUD en 1995 (Galván Román et al., 2021), no fue hasta hace menos de una década que comenzó a impulsarse a través de un Plan de Formación sobre la Especialidad de Consultor en Ética Clínica, convocado por la Consejería de Sanidad de Castilla y León (Blanco Mercadé et al., 2017), con el que se obtenía el título de

Especialista Consultor en Ética por la Universidad a Distancia de Madrid. Tras finalizar, en el 2017 la Comisión de Bioética de Castilla y León, presidida por Antonio Blanco, publicaba «Consultores de Ética Clínica en los Comités de Ética Asistencial» (2016) y «Guía para la implantación del Consultor de Ética Clínica – CEC- en Castilla y León» (2017). Como consecuencia de ello, desde la Comisión de Bioética de Castilla y León, se modificó el Reglamento de Régimen Interno del Comité para incorporar la figura del Consultor (Blanco Mercadé et al., 2017).

Esta Guía, pionera en España, define al Consultor en Ética Clínica como «persona del Comité de Ética Asistencial, con formación y experiencia en Bioética, en disposición de atender personal e individualmente consultas relacionadas con problemas éticos de la práctica asistencial». Concreta la función del/de la consultor/a en asesorar sobre cuestiones que planteen conflictos éticos para quienes realicen la consultas. Delimita que, para ser consultor, es necesario ser miembro del CEA, tener formación acreditada en Bioética y ser designado por el CEA (Comisión de Bioética de Castilla y León, 2017).

A pesar de la aceptación de la propuesta, en los primeros seis meses realizaron dos consultas y participaron en siete sesiones clínicas (Blanco Mercadé et al., 2017), esta iniciativa no se llegó a consolidar, no hay más datos al respecto.

Tampoco se tienen noticias de la formación que fue impartida en el 2017 por la Fundación de Ciencias de la Salud, para la Agencia Sanitaria Costa del Sol de Especialista Consultor en Ética Clínica para una toma de decisiones responsable y prudente en situaciones complejas, impartido por D. Gracia (Agencia Sanitaria Costa del Sol, 2017).

Zapatero Ferrándiz et al., (2017), publicaron un artículo sobre el/la consultor/a de ética clínica, en él recogen la experiencia de la figura del/de la consultor/a de ética como miembro del CEA en el Parc de Salut Mar, Barcelona. Durante los 8 años que llevaba en funcionamiento se presentaron 62 casos de los cuales el 80 % habían sido resueltos por el/la consultor/a, sin necesidad de deliberación por parte del CEA.

Las memorias presentadas por el Departamento de Salud Generalitat de Cataluña sobre la evaluación de los Comités de ética, en el 2019, recoge que de los 61 comités acreditados 24 cuentan con la figura del/de la consultor/a para mejorar la eficacia del

comité, dar respuesta de forma inmediata a las consultas (Departament de Salut Generalitat de Catalunya, 2019).

En Madrid, el Hospital Universitario Infanta Elena, en el 2019, puso en marcha el primer Departamento de Bioética Clínica (DBC) de España con el objetivo de proporcionar asesoramiento ante los problemas éticos de la práctica asistencial diaria. Se trata de un servicio más del hospital donde un consultor se hace cargo del caso y valora la necesidad de llevarlo al CEA. Constituido por seis miembros (4 médicos, 1 enfermera y 1 trabajadora social), todos ellos miembros del CEA (Herrera Abian M et al., 2019).

La experiencia y resultados de este servicio fueron presentados en el XIII Congreso Internacional de la AEBI (Asociación Española de Bioética y ética Médica) en octubre de 2021. En él, Pedro Antonio Pacheco-Martínez presentaba el DBC como un servicio en el que los/as consultores/as trabajan en equipo, aunque sea uno de ellos el responsable de manejar el caso, valora si es necesario presentarlo al comité y exigen unos requisitos tanto de formación teórica como de formación práctica para poder pertenecer al departamento. Desde la puesta en marcha del servicio, segundo semestre del 2019, hasta el primer semestre del 2021 habían recibido 33 interconsultas realizadas por profesionales sanitarios y 3 consultas de pacientes y familiares, con tiempo de respuesta en el mismo día, del 70 % en los inicios, y del 100 % en el 2021. Los solicitantes valoran el servicio como muy positivo, así lo reflejan las encuestas de satisfacción (Pacheco Martínez P.A, 2021).

Posiblemente, el servicio de consultoría ética más consolidado, a pesar de su corta existencia, hasta la fecha, es el que se lleva a cabo en el Hospital Universitario la Princesa (Madrid), impulsado por Diego Real de Asúa. Tras un periodo de tiempo de formación en Ética Clínica en el Weill Cornell Medical College de Nueva York. Este servicio fue puesto en marcha en septiembre de 2019. Está basado en experiencias previas norteamericanas y europeas. En cuanto a las competencias mínimas del consultor siguen la línea propuesta por ASBH, para la formación continua del consultor mantienen la orientación del modelo Reiter-Theil, y confían en el triple desempeño de un consultor como asesor moral, facilitador y mediador en conflictos éticos siguiendo el modelo de compromiso de Fournier (Galván Román et al., 2021).

En noviembre del 2021, Julia Fernández Bueno, presidenta del CEA del H. La Princesa y miembro del equipo de consultoría, presentaba dicho modelo en la «Jornada Virtual de Bioética para CEAS: modelo de consultoría ético-clínica individual». Se trata de un servicio 24 horas/7 días a la semana, constituido por un equipo de tres consultores/as a tiempo completo (máster en bioética) y dos a tiempo parcial, miembros del CEAS. El funcionamiento es el mismo que el de otro servicio del hospital, es decir, a los/as consultores/as les llega una interconsulta y disponen de un busca para llamadas de urgencia, pueden acceder a él profesionales, pacientes, familiares o cualquier otra parte implicada en una situación de conflicto.

Desde el inicio de la consultoría hasta noviembre de 2021 habían recibido 63 consultas, de las cuales el 80 % fueron atendidas en el mismo día. El profesional que más consultas realiza es el médico adjunto, seguido de los residentes de medicina.

Estos datos, ponen de manifiesto que la consulta de ética clínica comienza a impulsarse en diferentes Comunidades Autónomas. Se trata de un tema de interés en los últimos años.

En relación con las competencias de los profesionales, Ribas-Ribas, (2006), publicó los resultados de un estudio empírico en el territorio catalán, al que denominó «Estudio CEA_CAT para conocer las habilidades, los conocimientos y actitudes de los componentes de los Comités de Ética Asistencial». El cuestionario utilizado incluía las competencias de informe de la ASBH y nuevas habilidades propuestas por el autor. Ribas Ribas, en otro artículo, concluye que:

Los componentes de los CEA en Cataluña están de acuerdo con las competencias propuestas por la ASBH que debe poseer todo miembro de un comité de ética [...]Sin embargo, hay diferencias a la hora de conceder más importancia a unas competencias antes que a otras. (Ribas Ribas, 2007)

El autor también afirma que el estudio realizado coincide con la conclusión a la que llegó la ASBH al afirmar que la importancia de poseer unas competencias u otras dependía en gran medida del tipo de consulta en ética, es decir, si era llevada a cabo por un único consultor o por un equipo. Un dato relevante del estudio es que los miembros del CEA concedieron mayor importancia a las actitudes y habilidades que a los conocimientos.

Desde que el profesor Diego Gracia afirmara en el 2014, «...ha llegado el momento de promover la figura del consultor que, lejos de privar de identidad o protagonismo al Comité de Ética, puede dinamizar su función» (Gracia, 2014), diferentes eticistas españoles han reflexionado y publicado sobre la consultoría de ética clínica, (Blanco Portillo et al., 2021, 2024; Galván Román et al., 2021; Galván-Román et al., 2023; Herreros. B, 2017; López-Urrutia et al., 2022; Real De Asúa et al., 2018) La mayoría de estos artículos se centran en justificar la necesidad de la consulta de ética clínica actualmente en España, los beneficios de esta, propuestas de modelos de consultoría y la posible y necesaria vinculación de esta a los CEA.

A lo largo de este epígrafe, se ha revisado el desarrollo histórico, conceptual y práctico de la figura del/de la consultor/a en ética clínica y su contribución a la resolución de dilemas éticos en contextos asistenciales. Desde los primeros pasos documentados por Ruth Purtilo hasta los modelos actuales en Estados Unidos, Europa y España, se observa una evolución significativa hacia la profesionalización y estandarización de este servicio. La consulta de ética clínica, caracterizada por su capacidad para integrar conocimientos bioéticos, habilidades interpersonales y valores prácticos, se ha convertido en un elemento clave en la atención sanitaria. No obstante, persisten desafíos en la formación de los consultores, la implementación de modelos homogéneos y la evaluación de la calidad del servicio, aspectos que requieren atención continua para maximizar su impacto.

En resumen, y a la vista de estos datos, se puede afirmar que la consulta de ética clínica en España comienza a implementarse en diferentes instituciones, sin embargo, estas propuestas tienen diferencias entre sí y de algunas se conoce muy poco en relación con el modelo de análisis de los problemas éticos, la forma en la que se realiza la consulta, el proceso formación de los consultores, y las competencias o habilidades necesarias.

2.2 El proceso de consulta y las competencias del consultor/a propuestas por la American Society for Bioethics and Humanities History (ASBH)

Recientemente, la ASBH ha publicado el borrador de la tercera edición del manual de Competencias Básicas para los consultores de ética clínica en el cuidado de la salud, a pesar de que se trate de un borrador y no de la publicación definitiva, se toma como

base para presentar el proceso de consulta propuesto por las novedades que incluye (ASBH, 2024).

En este epígrafe, se profundiza en la naturaleza y proceso de la consulta de ética clínica y las competencias requeridas para ser consultor/a, propuestas por la ASBH.

2.2.1 Naturaleza y proceso de consulta de ética clínica

Para la Sociedad Americana de Bioética y Humanidades, el objetivo de la consulta de ética clínica es mejorar la calidad de la atención sanitaria al paciente mediante la identificación, el análisis de la naturaleza de la incertidumbre o el conflicto de valores y facilitar la resolución de conflictos, en un ambiente respetuoso, teniendo en cuenta los valores y derechos de los implicados y bajo las normas de las profesiones sanitarias y la ética (ASBH, 2024).

Con estas premisas, propone los pasos a seguir en el proceso del modelo de Facilitación de Ética de la siguiente manera:

1. Identificar, clarificar y analizar cuestiones éticas específicas, preocupaciones, dilemas o conflictos pertinentes a la situación.
2. Recopilar información de fondo, revisando las Historias y otros documentos.
3. Facilitar el debate con las partes implicadas para recopilar y aclarar información objetiva y los valores y preferencias pertinentes.
4. Introducir y aclarar conceptos éticos y orientaciones normativas oportunos.
5. Identificar las opciones éticamente aceptables y proporcionar un razonamiento éticamente fundamentado.
6. Facilitar la comprensión mutua de los hechos, valores y preferencias.
7. Apoyar la toma de decisiones éticamente adecuadas, respetando los distintos puntos de vista, valores, culturas, religiones y compromisos morales de los implicados.
8. Sintetizar la información médica y basada en valores relevantes.
9. Realizar recomendaciones éticas cuando proceda.
10. Aplicar técnicas de mediación u otras técnicas de resolución de conflictos, según proceda.

En relación con el proceso, la ASBH afirma que la validez de la consulta de ética clínica se basa en el compromiso con las normas profesionales e interpersonales, independientemente del estilo y modelo de consulta que se utilice. Resaltando la importancia de respetar los valores personales de todos los implicados, y las diferentes miradas e interpretaciones por las personas y la relevancia de fomentar una comunicación abierta y equitativa, con un enfoque facilitador que proporcionará debates enriquecidos y decisiones creativas. Los consultores de ética, al emplear sus conocimientos, habilidades y estrategias de facilitación, mejoran las posibilidades de construir un plan de atención ético aceptable para todos (ASBH, 2024, p.3-4).

Respecto a las reuniones formales en la consulta de ética clínica se recomienda un procedimiento que incluye cuándo y cómo llevar a cabo las reuniones con las partes involucradas que tienen posiciones divergentes. Sobre cuándo llevarlas a cabo recomiendan que en situaciones en las que el paciente, representante u otros involucrados sientan que sus intereses no han sido correctamente representados o cuando haya dificultades para entender los puntos de vista de los demás. Estas reuniones pueden ser eficientes para resolver conflictos, generar confianza y empatía entre los cuidadores, y acordar objetivos y planes de acción. Sin embargo, son menos recomendables en situaciones en las que sean difíciles de coordinar, retrasando el proceso de consulta o cuando algunas personas se sientan incómodas hablando en grupo, especialmente pacientes y familiares.

En caso de realizarse, si es posible, los consultores deben comunicarse previamente con cada participante clave para que se sientan más cómodos durante la reunión. La preparación previa del consultor debe incluir la revisión de la cuestión ética, la información relevante y el conocimiento de la ética, así como la identificación de posibles sesgos y áreas de conflicto.

Durante la reunión, seguir un protocolo consistente ayuda a garantizar que todas las perspectivas sean escuchadas. Es crucial reconocer los desequilibrios de poder para no socavar el proceso de consulta y erosionar la confianza. El consultor de ética debe liderar la reunión, presentarse, explicar los objetivos de la consulta y establecer expectativas claras, como permitir que todos hablen sin interrupciones.

Es fundamental para el consultor de ética abordar las desigualdades de poder, asegurando que todas las partes tengan la oportunidad de expresarse. Además, deben ayudar a clarificar la información médica para que todos los involucrados entiendan la situación clínica y reconocer y gestionar las emociones intensas presentes. Es importante expresar claramente las probabilidades para evitar sesgos y malinterpretaciones, y ayudar a las partes a articular sus valores y objetivos.

2.2.2 Competencias básicas para la consulta de ética clínica

El equipo de consultores o el/la consultor/a individual debe poseer ciertos conocimientos, habilidades y atributos para prestar una consulta conveniente y en la que puedan confiar pacientes, familiares y profesionales.

La ASBH, divide las competencias necesarias de la siguiente manera:

- Competencias de conocimiento.
- Competencias de habilidades:
 - Habilidades de evaluación y análisis
 - Habilidades de proceso
 - Habilidades interpersonales
- Atributos profesionales

Diferencia las competencias necesarias según se trate de un equipo pequeño de consultores o un consultor individual.

En el caso de equipo pequeño, dado que los conocimientos y habilidades pueden ser compartidos por los diferentes miembros, recomienda que cada miembro posea al menos un conocimiento básico en las competencias de conocimiento, un nivel de habilidades básico en todas las competencias de habilidades y todos los atributos profesionales. Además, al menos un miembro del equipo tiene que poseer un conocimiento y habilidades avanzados en esa competencia, de este modo como equipo entre todos tienen el conocimiento avanzado y las habilidades avanzadas en todas las competencias centrales.

En las situaciones en las que el/ la consultor/a ejercen de forma individual, las competencias son las mismas, pero el/la consultor/a debe tener conocimientos avanzados en cada una de las áreas de conocimientos básicos.

Define el conocimiento básico como una comprensión general del área específica y el conocimiento avanzado implica un conocimiento detallado y profundo del área específica. Por ejemplo, un conocimiento básico sería conocer los requisitos para el consentimiento informado y avanzado comprender los límites, capacidad de decisión, diferencias entre manipulación y coacción ante el consentimiento informado y toma de decisiones compartidas, etc.

A continuación, se presenta de forma esquematizada y sintetizada las diferentes competencias.

1. Competencias de conocimientos básicos para la consulta de casos de ética clínica.

- Razonamiento moral y teoría ética en relación con la consulta de ética sanitaria, incluyendo, como mínimo:
 - Enfoques consecuencialistas y no consecuencialistas, incluidos los enfoques utilitaristas; enfoques deontológicos como las teorías kantianas, del derecho natural, comunitaria y de los derechos.
 - Enfoques éticos basados en la virtud, la narrativa, la literatura y el feminismo.
 - Enseñanzas teológicas/religiosas sobre moral y ética.
 - Razonamiento basado en principios y enfoques casuísticos (basados en casos).
 - Teorías de la justicia relacionadas, con especial atención a su relevancia para la asignación de recursos, el triaje y las obligaciones de prestar asistencia sanitaria.
- Cuestiones y conceptos éticos que suelen surgir en las consultas de ética asistencial;
- Incluye una lista con los temas más frecuente que suelen aparecer en la consulta de casos, como pueden ser: los derechos de los pacientes, toma de decisiones por sustitución, poblaciones vulnerables, confidencialidad, desigualdades,

planificación anticipada, conceptos clave al final de vida, toma de decisiones vinculadas al inicio de la vida, asignación de recursos o donación y trasplantes.

- Sistemas sanitarios en relación con la consulta de ética sanitaria. Incluye los temas vinculados con los sistemas sanitarios, administraciones y organizaciones.
- Contexto clínico en relación con la consulta de ética sanitaria. Recoge los aspectos vinculados a problemas del proceso salud-enfermedad, términos utilizados en diagnóstico y tratamiento, conocimientos entorno al duelo, uso y utilización de tecnologías sanitarias y conocimientos sobre servicios especiales como uci o cuidados paliativos.
- Institución sanitaria en la que trabajan los consultores, en relación con la consulta de ética sanitaria. Estructura y organización de la institución sanitaria y sistemas de registro y gestión de historias clínicas, y conocimiento sobre los recursos de la institución como la propia consulta y la relación con otros departamentos.
- Políticas de las instituciones sanitarias locales pertinentes para la consulta de ética sanitaria. Conocimientos relativos a la limitación del esfuerzo terapéutico, futilidad, consentimiento informado, rechazo al tratamiento, objeción de conciencia, donación de órganos o conflicto de intereses, entre otros.
- Creencias y perspectivas de la población de pacientes y del personal donde se practica la consulta de ética asistencial. Hace referencia a conocer las creencias de los diferentes grupos raciales, étnicos y religiosos e identificar a las personas de referencia en las distintas comunidades y religiones.
- Declaraciones políticas y directrices relacionadas con la ética promulgadas por organizaciones profesionales sanitarias, códigos de ética y conducta profesional y directrices de organizaciones de acreditación. Incluye el código ético de los consultores, códigos de conducta y otras normas y directrices relacionadas con la ética y deontología.
- Derecho sanitario pertinente. Conocimientos relacionados con las legislaciones y normativas sobre las diferentes situaciones.

Se especifica que todos los miembros del equipo deben tener como mínimo conocimientos básicos en cada una de las áreas y al menos un miembro del equipo conocimiento avanzado en esa área.

2. Competencias de habilidades.

Las competencias en habilidades se agrupan en tres categorías. A continuación, se presentan una descripción sintética de aquellas vinculadas a la evaluación, el análisis y los procesos, y un desarrollo más detallado de las habilidades interpersonales, dada su relevancia en el marco de este trabajo.

2.1 Habilidades de evaluación y análisis

- Identificar la naturaleza de la incertidumbre o conflicto de valores que subyace a la necesidad de consulta de casos de ética clínica, lo que requiere la capacidad de:
 - Recopilar todos los datos necesarios.
 - Valorar la dinámica social e interpersonal de la consulta.
 - Diferenciar las cuestiones éticas de otras dimensiones.
 - Identificar los diferentes puntos de vista que aportan los implicados y conocer sus creencias y valores.
 - Reconocer los propios valores e institucionales.
- Acceder a las orientaciones internas pertinentes, incluidas las políticas y normas institucionales; los códigos deontológicos y aplicarlos; legislación vigente.
- Identificar y justificar las diferentes opciones éticamente posibles y valorar las consecuencias.
- Valorar argumentos a favor y en contra.
- Reconocer y admitir las limitaciones personales.

2.2 Habilidades de procesos

- Establecer expectativas claras.
- Identificar a los participantes adecuados (pacientes, familiares, profesionales) y decidir si deben intervenir otros servicios.
- Colaborar eficazmente con departamentos y utilizar recursos institucionales para implementar decisiones.

- Facilitar reuniones formales en las que; se deben presentar a los miembros, clarificar funciones, establecer objetivos, y asegurar la confidencialidad. Además, es importante mantener el enfoque para alcanzar conclusiones y planificar los próximos pasos. Se debe documentar detalladamente la consulta en la historia clínica del paciente y comunicar los resultados al equipo clínico y al solicitante. También se deben registrar los detalles en los archivos internos, cumpliendo con la normativa de privacidad.

2.3 Habilidades interpersonales

- Escuchar bien y transmitir interés, respeto, apoyo y empatía a las partes implicadas.
- Reconocer y atender a las diversas barreras relacionales a la comunicación presentes entre las personas implicadas en una consulta, en particular el sufrimiento, la angustia moral, los conocimientos sanitarios limitados y las emociones fuertes.
- Educar a las partes implicadas sobre las dimensiones éticas de la consulta.
- Obtener las opiniones morales de las partes implicadas.
- Representar los puntos de vista de las partes implicadas ante los demás de forma equilibrada y justa.
- Permitir que las partes implicadas se comuniquen eficazmente y sean escuchadas por otras partes.
- Reconocer y atender las distintas barreras relacionales que dificultan la comunicación.

El informe reconoce que adquirir las habilidades necesarias para la consulta de ética puede ser más complicado que la adquisición de conocimientos, ya que requieren no solo de formación sino también de práctica.

3. Atributos

En el caso de los atributos profesionales, la ASBH sostiene que todos los miembros del equipo deben tener todos estos atributos, actitudes y comportamientos. Recomienda que los programas de formación de consultores incluyan la ayuda a desarrollar estos

atributos y actitudes, y que se reflexione sobre la influencia de estos en consultas exitosas o no.

- Capacidad para actuar con integridad, incluso cuando ello suponga un riesgo.
- Compasión para superar crisis, tragedias y duelos.
- Valentía para atender y abordar las dinámicas de poder.
- Honestidad, franqueza y autoconocimiento de las propias incertidumbres y limitaciones.
- Humildad para honrar y respetar las historias de los pacientes, las familias y los miembros del equipo sanitario.
- Prudencia para respetar el ámbito de la propia práctica y atención a los posibles conflictos de intereses.
- Curiosidad respetuosa para explorar y desentrañar lo que está en juego.
- Tolerancia y paciencia para acoger todos los puntos de vista y conciencia de la propia respuesta emocional a los diferentes puntos de vista.
- Confianza y capacidad para crear un espacio moral en el que las partes implicadas, especialmente las que se encuentran en posiciones vulnerables, se sientan cómodas participando.

En estas líneas se han presentado las competencias propuestas por la ASBH para la consulta de ética clínica, destaca la importancia de combinar conocimientos teóricos, habilidades prácticas e interpersonales, y atributos personales como integridad y compasión. Se enfatiza en que adquirir tanto las habilidades como los atributos puede ser más complicado que las competencias de conocimientos, ya que estos son menos técnicos y requieren de formación y de práctica. Se le otorga un gran valor a los atributos y actitudes al recomendar que estos tienen que estar presentes en todos los miembros del equipo, a diferencia de lo que ocurre con las competencias más teóricas que pueden distribuirse entre los diferentes consultores.

Se entiende que tanto las habilidades como las actitudes son puestas en escena durante las reuniones formales, de ahí la transcendencia que pueden tener para conseguir un encuentro de calidad en el que se escuchen todas las opiniones, se respeten todos los puntos de vista.

3 LA RELACIÓN CONSULTOR-CONSULTANTE EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. UN MODELO HUMANISTA

3 LA RELACIÓN CONSULTOR-CONSULTANTE EN EL CUADRO DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES. UN MODELO HUMANISTA

El siguiente capítulo se centrará en un aspecto esencial de la consulta de ética clínica: la relación que se establece entre el consultor/a y el consultante. Este momento, definido por la interacción terapéutica, es crucial para el éxito de la consulta.

Los/as consultores/as se enfrentan a menudo a situaciones complejas, en el que se encuentran de fondo valores como la vida, la calidad de vida, la dignidad o el cuidado. Reflexionar y decidir ante situaciones tan complejas, no nos deja indiferentes, provoca en las partes implicadas fuertes emociones y sufrimiento.

La relación que se establece entre el consultor/a y la persona que realiza la consulta (consultante) es de extrema importancia, y por ello es considerada como una actividad de alto riesgo. Se trata de una relación terapéutica compleja en la que una persona demanda ayuda ante la incertidumbre que provocan los problemas éticos en el ámbito sociosanitario, con diferentes valores y emociones implicados.

De ahí, que la ASBH identifique y proponga los atributos y habilidades interpersonales que deben tener y poner en práctica, todos los miembros del equipo o el consultor individual, como se ha presentado anteriormente.

Sin embargo, no queda reflejado dentro de qué corriente o enfoque se enmarcan dichas actitudes y habilidades y, por lo tanto, tampoco la formación requerida para adquirirlas.

En este trabajo se propone un enfoque humanista para llevar a cabo un encuentro interhumano ético y de calidad entre consultor/a y consultante, y poder dotar a los atributos y competencias de una fundamentación teórica.

Un enfoque humanista, basado en las contribuciones de Pedro Laín Entralgo y Carl Rogers desde una perspectiva antropológica y psicológica, dado que ambos autores destacan que el encuentro entre dos personas no es una simple interacción funcional, sino un proceso profundo que implica donación, empatía y autenticidad. La forma de llevar a la práctica ambas teorías se presentará a través del Counselling como un proceso de ayuda y acompañamiento en momentos de dificultad.

El estudio se basa en estos dos autores por los siguientes motivos. El Prof. Laín Entralgo ofrece una fundamentación antropológica del encuentro interhumano, concebido como

una relación que involucra la totalidad del ser humano. Desde su perspectiva, todo vínculo verdaderamente humano se basa en una interacción de necesidad y ofrecimiento, donde la atención al otro se configura como una respuesta ética y comprometida. Esta concepción resulta especialmente pertinente para comprender la profundidad del vínculo que se establece entre consultor/a y consultante en el contexto de la consulta de ética clínica.

En tanto que Carl Rogers, desde una visión de corte más personalista, centrado en la persona a la que se acompaña, muestra las reglas y el método para llevar a cabo una relación auténticamente humanizante y humanizadora. De hecho, su método de acercamiento a la persona que se ayuda cobra el carácter de counselling de relación de ayuda. Su planteamiento, como se verá, trata de sacar de la persona sus propios recursos para poder hacer un crecimiento personal. En la labor de consultoría, tener en cuenta estos aspectos personalistas, con el desarrollo de competencias blandas como la empatía, la escucha, etc. que llevan a una mejor comprensión de la situación del consultante y, por tanto, desde este aspecto, trabajar en profundidad el complejo mundo de los problemas éticos que se plantean, siempre desde la perspectiva de los valores y su realización.

Estos marcos conceptuales nos permitirán profundizar en la complejidad de las dinámicas interpersonales y en las habilidades necesarias para establecer una relación de confianza y colaboración entre consultor y consultante.

Durante el proceso de CEC se producen reuniones entre consultor/a y consultante, esto requiere estar junto al otro, relación interpersonal denominada «encuentro». Pedro Laín Entralgo desarrolla en profundidad las relaciones interpersonales desde un fundamento antropológico en su obra «Teoría y realidad del otro». Vol II (1961), donde desarrolla el fundamento antropológico del encuentro. Su análisis se centra en el vínculo que se establece entre dos seres humanos cuando uno está en una situación de necesidad y el otro ofrece su ayuda.

La forma de relación con otros es estudiada por la psicología por diferentes autores, Carl Rogers, uno de los principales exponentes de la psicología humanista, desarrolló una teoría de la personalidad y de la terapia centrada en la persona. Según Rogers, en el centro de la experiencia humana se encuentra la relación con otros, y es a través de

relaciones auténticas y de calidad como las personas pueden alcanzar su máximo potencial.

El Counselling, en nuestro país, se identifica habitualmente con la Relación de Ayuda, un tipo de relación centrada en la persona y no directiva. Es un modo de acompañamiento que se asienta en el principio de beneficencia y autonomía, huyendo del paternalismo y acercándose a un modelo deliberativo y participativo. Por ello, el Counselling se presenta como un marco idóneo para guiar la labor de acompañamiento que realiza el/la consultor/a durante el proceso de consulta de ética clínica.

En resumen, este marco teórico se basa en las contribuciones de Pedro Laín Entralgo y Carl Rogers para analizar el encuentro interhumano desde una perspectiva antropológica y psicológica. Y, se presentará en Counselling como una forma de llevar a la práctica ambas perspectivas.

3.1 Teoría Laíniana del encuentro

Laín desarrolla una teoría antropológica del encuentro interpersonal, apoyado en la convicción que el encuentro involucra a la totalidad del ser humano. Entiende el ser humano en dos dimensiones un «ens indigente» y «ens offerens» y estos son los pilares que sostienen las relaciones interhumanas y, en especial, de lo que él denomina «encuentro», mutua necesidad y ofrecimiento que trasciende lo meramente funcional o utilitario (Laín, 1968).

En el contexto de la consultoría ética, esta estructura se manifiesta claramente: el consultante, como ser indigente, busca ayuda para resolver o deliberar en su conflicto ético, mientras que el consultor/a, como persona que ofrece, responde a esa necesidad no sólo con su conocimiento en bioética, sino con su empatía, comprensión y entrega.

Análisis del encuentro, parte de dos supuestos:

- El metafísico: El supuesto metafísico tiene que ver con la categoría ontológica de la relación, existimos en relación y no manera aislada, así el ser humano se relaciona con todos los otros seres de la naturaleza, pero solo el encuentro humano es la manifestación máxima de este encuentro por las capacidades del ser humano que le caracterizan, *inteligencia, libertad y búsqueda*. El encuentro

se produce de manera consciente y libre, es un encuentro donde interviene la intencionalidad, por eso a esta relación la denomina *petitiva*.

- Psicofisiológicos, son condiciones fundamentales para que el ser humano pueda percibir y responder a otra persona, abarcan diferentes aspectos del cuerpo y mente que actúan conjuntamente para permitir una interacción consciente y significativa. En este supuesto son especialmente significativos los cambios evolutivos del ser humano, desde la adopción de la bipedestación, así como la conciencia vigil o lúcida, esencial para percibir al otro, nos hace conscientes de su presencia, así como la interacción de los órganos receptores (de los sentidos) y los órganos efectores (músculos), incluye también la propiocepción que permite apreciar la propia posición y movimiento en el espacio.

Un aspecto esencial de la relación para Laín es cuando se adquiere la conciencia de que ante él hay otro hombre, esto se debe a la conjunción de dos instancias en el ser humano, la exterior (intencionalmente expresiva) y la psicológica (que me permite una recta percepción del otro).

Este encuentro se estructura en los siguientes momentos:

- Momento cognoscitivo: Es el conocimiento que una persona obtiene de la otra, no solo en términos de información objetiva, sino como un conocimiento personal e integral. Se trata de reconocer al otro no como un objeto, sino como un sujeto pleno, con su propia historia, emociones y subjetividad.
- Momento operativo: Es la acción de ayudar o apoyar al otro en sus necesidades, como consecuencia del conocimiento, ya sean físicas o psicológicas. Esta acción se realiza siempre en función del otro, respetando su ser.
- Momento afectivo: Es el aspecto emocional de la relación, el vínculo que se establece y puede adoptar diferentes formas como la empatía, el afecto o incluso el amor.
- Momento ético-religioso: Todo encuentro tiene una dimensión moral y, para Laín Entralgo, también una dimensión religiosa, en el sentido de que el encuentro con el otro implica una responsabilidad ética y en algunos casos, una dimensión trascendental o espiritual.

Con estos componentes se puede entender su idea de relación de proximidad, que tiene como referente la parábola del *buen samaritano*, en la que se dan estos cuatro momentos.

Laín identifica dos tipos de encuentro:

- Objetivo, no-afectante en el que los otros son para el autor personas que pasan por su conciencia, se presentan como él con la posibilidad del tú.
- Encuentro inicialmente personal o afectante, aquel en el que el otro es un tú, persona que ha afectado a las posibilidades de mi existencia.

De ahí que diferencie en este encuentro personal dos momentos: el físico, constituido por la percepción del otro y el personal que hace referencia a la respuesta al otro, es decir la decisión libre de responder a la presencia del otro, por lo tanto, aporta a la relación la esencia del otro.

Desde esta perspectiva, se identifican tres tipos de relación, que se describen y analizan a continuación.

3.1.1 Relación de objetividad.

El otro es objeto, puesto ante mí o lanzado en el camino de mi vida. Aquí entran en juego las notas que caracterizan al ser humano que van desde los aspectos físicos (abarcabilidad), ser una realidad acabada que se hace patente, en el que más que nombrarle se le numera y cuantificable con lo que se puede comparar con otro ser humano; desde una distancia desde la que contemplamos al otro y que incluso nos deja indiferentes porque no nos afecta, así el otro ser es un “el” y no un “tú”. Esta relación no es incompatible con una relación amorosa.

Porque esta relación puede ser:

- conflictiva, puede ser percibida como que el otro para mí es un obstáculo, un instrumento o nadie. La gravedad del tema estriba en cómo se reacciona ante el otro, si se le trata como objeto que hay que apartar, retirar de mi camino, de las tres posibilidades que ofrece el autor la más dañina es la evitación, puesto que incluso al evitarle le impedimos que sea obstáculo.

El otro puede ser instrumento cuando le utilizo para mis fines, entrando muchas situaciones porque en la sociedad todas las personas somos “objetos” e “instrumentos”. El encuentro es conflictivo cuando el otro es para mí “nadie”, y así la relación puede ser de propiedad, objeto de dominación y utilización.

- “dilectivas”, que pueden adoptar la forma de contemplación y la educación. El ser humano como objeto de contemplación supone no dar respuesta a mi necesidad de comunicación por lo que se evitan acoger las expresiones o comunicaciones del otro (objeto). Aquí surge la pregunta ¿cómo puedo comunicarme, qué tipo de comunicación se puede establecer? Y aquí se dan tres respuestas:

- el silencio, que se trata más de callar que de escuchar.
- La conversación funcional hace referencia a una comunicación interrogativa o imperativa por obligación, sin personalización.
- La penetración razonadora es entendida como la necesidad de aprehender el contenido objetivo de la conciencia del otro.

Este tipo de encuentro y de relación es común en la vida cotidiana, ya que en muchas ocasiones las interacciones humanas no necesitan profundizar más allá de un contacto puramente funcional. Sin embargo, Laín subraya que este tipo de encuentro, aunque necesario y funcional cosifica al otro y no alcanza lo que él considera una relación humana plena.

La cosificación en el ámbito sanitario y por lo tanto en las relaciones de ayuda es considerado por el profesor Javier Gafo como una de las principales causas de deshumanización de la asistencia sanitaria. Relaciona el término cosificación con despersonalización ya que la persona es objetivada por los profesionales despojándole de sus rasgos personales, sus valores, sus emociones y le identifican con rasgos externos como la enfermedad, el tratamiento, etc. (Gafo, 1994).

3.1.2 Relación de personeidad.

El otro como persona. Lo expresa así: «En mi relación contigo, yo quiero que tú seas para mí lo que en ti y por ti eres; quiero que me seas persona» (Laín Entralgo, 1968, p. 267).

Así define que alguien es persona porque puede decir «yo soy mío», es decir, la propiedad de mí inteligencia, que me capacita para enfrentarme con la realidad de uno mismo y con la realidad de las cosas. Distingue entre personeidad, es el carácter del que partimos, se tiene, viene dado al nacer y personalidad como el carácter que una persona se va forjando, en sentido operativo, se hace.

A diferencia del otro objeto, el otro persona tiene notas características pero opuestas a lo expresado para el ser-objeto. Así es inabarcable porque sobrepasa nuestra capacidad de objetivación. Es inacabada porque continúa creándose. Con estas dos notas el ser humano se hace inaccesible. Es innumerable porque cada persona es única y al numerarla se la cosificaría: la persona no se puede cuantificar, se pueden cuantificar sus atributos. La no exterioridad, ya que el otro-persona no es exterior a nosotros, sino que penetra en nuestro interior. La no probabilidad y, por último, la no indiferencia, una persona no puede sernos indiferente, ya que nos conectamos con ella.

Nuestra relación con el otro-persona debería estar caracterizada por participación mutua y consistirá en coejecución, con tres momentos cardinales:

- el co-ejecutivo, compartimos lo que el otro está viendo;
- el co-afectivo, en el que sentimos en nosotros lo que el otro siente, padecemos;
- el cognoscitivo, en el que somos conscientes, conocemos lo que el otro está viviendo y sintiendo, dicho de otro modo, nos hacemos cargo de su vivencia.

Esta relación personal también puede ser conflictiva y dilectiva a la que pertenecen la amistad y la igualdad, así entiende que la amistad es una actividad co-esente, actividad coejecutiva entre mi persona y la persona de mi amigo. «Mi amigo y yo somos amigos porque siendo él quien él es y siendo yo quien yo soy, él y yo estamos siendo nosotros» (Laín Entralgo, 1968, p. 302). De esta forma, la amistad constituye el eje central, y el ingrediente más común, de una relación verdaderamente interpersonal directiva. En el amor de coejecución o amor instantáneo lo que importa realmente es el valor de la persona, un ser humano al que te sientes vinculado, en lo más profundo de su intimidad. Lo podemos observar en diferentes formas de convivencia amistosa; el consejo, la confianza de un amigo o un paciente, la alegría o la procura que requiere de un especial respeto por el otro, estar-en él, respetando su autonomía.

El encuentro verdaderamente personal es de comprensión mutua, desde la perspectiva ontológica y la psicológica, comprender al otro y comprenderse a sí mismo, interrelacionadas. Es imprescindible que uno penetre en la intimidad del otro y a la inversa. Supone mantenerse expectante y abierto a las manifestaciones del otro y permitir o solicitar éstas a través de la comunicación verbal y no verbal. Supone entender no solo lo que dice sino lo que significa para él lo que dice, su intención. Esto requiere de cierta imaginación para intuir lo que el otro piensa o sienta, aunque no lo manifieste, «buceo inventivo» para Laín, o «empatía» para Lipps. A esta actividad le sigue la «recreación» constatar o evidenciar lo que he imaginado, lo que él piensa o siente, su intención. La comunicación interpersonal no es únicamente comprensión requiere de un diálogo personal, intercambio entre el otro-persona y yo, algo más que un intercambio de palabras. La diferencia entre la conversación funcional y el diálogo personal radica en la relación intencional de lo que las palabras significan y la construcción del «nosotros» en la relación, de ahí que concluya «el lema de la comunicación amistosa: “mi mundo es el otro”» Esa construcción del nosotros requiere algo más, que sea mi prójimo.

3.1.3 Relación de proximidad

No es necesario que haya amistad, pero sí es necesario creer al que necesita ayuda, por lo tanto, la creencia en el otro persona es el supuesto de la relación de proximidad, que comienza por el deseo de compañía.

El amor al amigo y al prójimo son diferentes entre sí, pero pueden ser complementarios. El otro puede ser para mí amigo y a la vez prójimo cuando en mí nazca creencia y donación. Y complementariamente el otro que me es prójimo puede ser también amigo cuando pase de ser un hombre a ser tal hombre.

Así distingue:

- Amor distante o de contemplación, cuando el otro es objeto.
- Amor de coejecución o instante, cuando el otro es persona para mí.
- Amor de coefusión o constante en la que el otro y yo somos a la vez amigo y prójimo, entendiendo por constante cierto y manifiesto, que «consta» dicho de

otro modo «creo en ti», tengo confianza en ti, más allá de lo que puedas decirme.

Se estructura en elementos nuevos:

- Un «en»,
 - En de implantación, proviene de concreencia personal, fundamento de creencia mutua. Hace coincidir en determinadas creencias naturalmente humanas. Esto crea nexo. Es una creencia común y al mismo tiempo mutua.
 - En de instalación, involucra la espacialidad y la temporalidad
- Un «hacia» cada uno construimos nuestro “hacia”, que integra y configura dos momentos interrelacionados:
 - uno inmediato y *empírico*, que es proyectivo, que requiere un nosotros diádico, constituido por ambos y al que los dos pertenecemos, y para que realmente sea diádica precisa añadir la confianza, «creerlo por ser él quien es»;
 - y otro remoto y fundamento de la esperanza, *elpídico*
- Un «para», supone donación para el otro, entrega desinteresada, sin esperar nada a cambio.
 - “Para” un prójimo, es dar al dar al otro algo de tu propia persona.
 - “Para” un amigo, es más personal e íntimo y su forma más específica es la confianza. Supone beneficio para ambos, constituyéndose el nosotros co-implicativo de la diada.

Es una donación gratuita y sin esperar nada a cambio, es amorosa y agradable, produce en ciertos momentos alegría, lleva a la idea de que esta alegría es símbolo y efecto del amor mismo.

En estas líneas se ha presentado el fundamento antropológico del encuentro, se han descrito las tres principales formas de relación; objetivante, interpersonal y de proximidad. Tras esto, surge la pregunta ¿cómo es la comunicación que en este vínculo se establece?

Comunicarse amorosamente con otra persona requiere del abrazo, la donación mutua y el silencio coefusivo. El abrazo es la forma palpable de manifestar el «nosotros» físicamente, es el tú y yo, en este momento. Los gestos, las atenciones, las palabras, las obras de ayuda, etc. conforman la donación mutua. Es en el silencio coefusivo en el que la comunicación amorosa tiene su principio y su término. Es en el silencio donde las palabras del otro cobran más sentido, se convierten en donación y revelación.

La relación de proximidad se presenta como el modelo relacional más adecuado para que un consultor/a en ética clínica establezca con el consultante. Se fundamenta en la creencia en el otro, el establecimiento de un vínculo humano basado en la confianza y la donación desinteresada. Estas características resultan especialmente relevantes para que un consultor/a en ética clínica pueda desarrollar un vínculo eficaz, ético y humano con el consultante.

El primer elemento clave en la relación de proximidad es la creencia en el otro, que implica otorgar credibilidad y confianza a la persona que busca ayuda. En el contexto de la consultoría ética clínica, esta disposición resulta esencial, ya que el consultante suele encontrarse en situaciones de vulnerabilidad moral y/o emocional. Al establecer una relación basada en la creencia genuina, el/la consultor/a genera un entorno de seguridad y apertura, condiciones indispensables para que el consultante pueda expresar sus inquietudes de forma sincera y completa.

Además, la estructura de esta relación, basada en las dimensiones del «en», «hacia» y «para», permite que el/la consultor/a facilite el diálogo, promueva la reflexión ética y acompañe al consultante en la construcción de decisiones prudentes y fundamentadas. Esta dinámica no solo favorece una comprensión más profunda del conflicto ético, sino que también fortalece la autonomía del consultante en el proceso de deliberación.

En definitiva, la relación de proximidad brinda al consultor en ética clínica las herramientas necesarias para acompañar desde el respeto, la sensibilidad y la entrega desinteresada, consolidándose, así como el modelo relacional que mejor responde a la complejidad emocional, moral y humana que caracteriza los problemas éticos en el ámbito sanitario.

3.2 La relación interpersonal en Carl Rogers

Carl Rogers (1902- 1987) psicólogo humanista, padre de la terapia centrada en paciente, coloca su propuesta en la atención centrada en la persona y desde ahí establece las bases de su trabajo, que se concreta en la manera de entender y practicar el encuentro interpersonal desde una perspectiva terapéutica. Su propuesta se concreta en el counselling, más conocido en España como Relación de Ayuda. Para su comprensión se analiza a continuación, de manera teórica, que no práctica, la relación de ayuda, desde las actitudes que se exigen y el counselling como método y herramientas que dispone para llevar a cabo la relación terapéutica desde la persona que se ayuda.

Para Rogers, la relación terapéutica consiste en una forma especial de relación interpersonal y mantiene que el elemento más importante para una relación eficaz es «la calidad del encuentro interpersonal con el cliente» (Rogers, Stevens et al., 2012).

Cuando Rogers utiliza el término Relación de Ayuda no se refiere únicamente a la relación entre terapeuta y paciente, desde la psicoterapia, si no que engloba a todas aquellas relaciones en las que una de las partes intenta facilitar el desarrollo y la capacidad de funcionar mejor. En palabras del autor,

Podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de éstos.
(Rogers, 1987, p.46)

Este tipo de relación incluye la que se puede dar entre un médico y un paciente, o entre una enfermera y paciente o familiar, entre un profesor y alumno o entre un consultor/a y consultante.

La calidad de este encuentro o relación interpersonal está marcada, según Rogers, por las actitudes que aporta el ayudante o consultor/a en la relación de ayuda y son los ingredientes clave para que se produzca un encuentro interpersonal de calidad.

No se trata de actitudes de intención, de ser beneficente en la relación, o de pretender ser “buenos” con el otro, van más allá, es no caer en la maleficencia, y de ser los más eficaces y exigentes en nuestra relación con el otro y fomentar el autogobierno, la

autonomía personal, es aprovechar las cualidades de cada persona para facilitar su crecimiento personal.

Precisamente por eso es una actitud, porque es una predisposición, una condición previa necesaria para la relación que pretende ser terapéutica. Sin este tipo de actitudes y, sobre todo, con las contrarias, las mejores habilidades comunicativas se pueden convertir en herramientas manipulativas o en relación instrumental. (Arranz et al., 2017, p. 148)

A continuación, se presentan cada una de estas actitudes descritas por Rogers, y la importancia de que el consultor/a en ética clínica las aprenda e interiorice para fortalecer su competencia relacional, emocional y ética y así proporcionar un asesoramiento humanizado y de calidad, ya que la buena voluntad puede no ser suficiente, se requiere de un aprendizaje. Es lo que se conoce como triada rogeriana, así se la denomina en el Counselling. Son actitudes que contienen elementos cognitivos, emocionales y conductuales, que requieren no sólo del aprendizaje, sino de la interiorización de estas y la voluntad para hacerlo, es decir el modo “de ser” del consultor/a en este caso.

3.2.1 Aprecio o Aceptación incondicional.

El aprecio, es descrito por Rogers como:

Una actitud cálida, positiva, benigna hacia lo que existe dentro del cliente. Esta actitud significa que aprecia a su cliente como persona... estimándolo como individuo sin entrar a considerar su conducta en ese momento; significa que se preocupa por él de un modo no posesivo, como nos preocupamos por una persona con sus capacidades. (Rogers, Stevens et al., 2012, p 111)

De acuerdo con el autor, esta actitud requiere por parte del ayudado o consultante que exprese sus verdaderas emociones, sentimientos y pensamientos, independientemente de sus connotaciones positivas o negativas, tanto la rabia o la hostilidad como la alegría, y por parte del ayudante implica una respuesta de respeto a la otra persona, tal y cómo se presenta, sin poseerla y sin paternalismo o sentimentalismo.

El término o apelativo incondicional indica la aceptación integral y positiva de la experiencia de la otra persona, sin juzgarla o cuestionarla, sin grados o valoraciones, es decir, se aceptan todos los sentimientos no unos sí y otros no. En palabras de Rogers,

Si todo lo que una persona expresa (verbalmente o no, directa o indirectamente) a propósito de sí misma me parece igualmente digno de respeto o de aceptación. Dicho de otro modo, si no desapruuebo o desprecio ningún elemento expresado de este modo, yo tengo una actitud de consideración positiva incondicional hacia esta persona. (Rogers, 1976, p. 211)

Interiorizando esta actitud, la persona que acompaña evita caer en la tentación de realizar un juicio moralizante o de etiquetar. Esta actitud pretende evitarlo, es decir, que la persona que consulta se sienta respetada y no juzgado, acogido tanto en su problema ético como en el estado emocional que este provoca. Por lo tanto, no se trata de aceptar y acoger sólo el problema, va más allá, se trata de aceptar y acoger a la persona, con su problema ético y su estado emocional.

Esta actitud que propone Rogers está estrechamente relacionada con el marco de referencia de la bioética: la dignidad y la exigencia de ser tratados como seres humanos que merecen consideración y respeto.

Reconocerle a la persona su dignidad, en medio de un problema ético, supone además permitirle narrar la historia con confianza, al no sentirse juzgado por sus circunstancias, y por lo tanto favorece la creación del vínculo, de la alianza terapéutica entre el consultor/a y la otra persona. A su vez, de forma casi natural, estimula al consultor/a a descubrir los datos de su problema y conlleva a la menor pérdida de información o datos, que pueden ser significativos a la hora de deliberar sobre el proceso.

Considerar positivamente consiste en creer en la persona que tiene el problema y reconocerle la potencialidad, sus valores y su capacidad para tomar decisiones libremente de acuerdo con el plan de acción que haya elegido una vez conocidas las diferentes opciones.

Huye del paternalismo y reconoce el principio de respeto de autonomía de la persona, que se le reconozca el derecho de sujeto moral. Persona con el valor de ser siempre fin

y nunca medio, derecho a tener sus propios puntos de vista, a valorar sus decisiones y actuar en consecuencia, independientemente de la opinión o valores del consultor.

Aceptar incondicionalmente a la persona también supone acoger su mundo emotivo, reconocerle sus sentimientos y validárselos, sin caer en la tentación de disimular o intentar dejar a un lado aquellos que tienen connotaciones negativas.

Para poder acoger los sentimientos de otra persona, es necesario haber realizado un proceso de aceptación e integración de las propias emociones.

En ocasiones las emociones, se adueñan de nosotros, nos llevan a cometer actos no pensados, no nos dejan ver las diferentes opciones. Es por esto, que, si el/la consultor/a acepta sus emociones, les da nombre y las integra tendrá más capacidad para la deliberación y la reflexión, evitando situaciones dilemáticas y transformándolas en problemáticas.

3.2.2 Empatía

El término empatía quizá sea uno de los términos en los que menos consenso exista en la literatura sobre el significado de esta, tal vez por la diversidad de disciplinas que la definen. En lo único que hay consenso, es en que no hay consenso.

Carl. R. la define como «la capacidad de percibir ese mundo interior, integrado por significados personales y privados, como si fuera el propio, pero sin perder de vista ese “como si”»(Rogers, Stevens et al., 2012).

Se trata de captar lo que la otra persona siente o piensa, su vivencia ante una situación, desde su punto de referencia con su biografía e historia de vida, y no desde el nuestro, de este modo se le podrá expresar una verdadera comprensión.

Rogers enfatiza, al presentar la empatía, en diferenciarla del uso habitual que realizamos de expresiones como «comprendo lo que te pasa», «te comprendo», ya que en estas hay una tendencia a ver su mundo interior, sus pensamientos y emociones desde nuestro punto de referencia y no desde el suyo. Sin embargo, la verdadera empatía requiere del esfuerzo de mirar, entender, desde su mirada sin juzgarla ni analizarla. Recalca también, la importancia de que el ayudante pueda mantener cierta distancia

entre la experiencia y emociones de la otra persona y la suya propia. «Percibir como propias la confusión del cliente, su timidez, su enojo, su sensación de que lo tratan injustamente, pero sin dejar que se unan a la propia incertidumbre, miedo, rabia o sospecha, tal es la condición que procuro describir» (Rogers, Stevens et al., 2012, p.109).

La definición de empatía que aporta Rogers difiere poco de otras más recientes, como la que aporta Stuart (2009), Kiosses (2017) o Blaszcyk (2018), que coinciden en que se trata de la capacidad u oportunidad de percibir y entender lo que la otra persona está sintiendo y viviendo, entrar en la vida del otro (Winter et al., 2022).

Es por lo tanto una actitud voluntaria, consciente, e intencional, que no sólo percibe la parte cognitiva de lo que la persona está contando, sino que se percibe también la emoción, explícita o no, del que narra el problema.

La actitud empática nos ayuda a huir de una ética basada en el principio de beneficencia ~~claramente beneficentista~~ o paternalista. Cuando alguien relata una situación problemática, una de las tendencias naturales es hacer por él, ser benéficos, pero generalmente según el punto de referencia del que escucha, su escala de valores y biografía. La empatía ayuda a comprenderle, a ver lo que él está viviendo y evita que se haga por él, anulando o disminuyendo su autonomía.

En una consulta realizada por el neonatólogo sobre el posible alta de un neonato con nula respuesta al tratamiento y por urgencia de cama, la empatía consigue que el consultor no sólo comprenda la situación desde el punto de vista del profesional, como si fuera él uno de los médicos, percibiría las emociones que este problema les suscita, aún sin haberlas transmitido. Le permite ver desde el marco de referencia del otro, sin necesidad de haber vivido la situación.

3.2.3 Congruencia, autenticidad

Esta actitud se refiere a la capacidad del ayudante de ser auténtico, sincero, tanto con él mismo como con la persona a la que acompaña. Una persona es auténtica o congruente cuando hay sintonía entre su yo interno y su yo externo. Existe acuerdo entre lo que siente, lo que piensa y lo que diga que piense o siente. Rogers lo expresa de este modo,

He descubierto que cuanto más auténtico puedo ser en la relación, tanto más útil resultará esta última. Esto significa que tengo que tener presentes mis propios sentimientos y no ofrecer una fachada externa, adoptando una actitud distinta de la que surge a un nivel más profundo o inconsciente. Ser auténtico implica también la voluntad de ser y expresar, a través de mis palabras y mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. [...] Sólo mostrándome tal cual soy, puedo lograr que la otra persona busque exitosamente su propia autenticidad. (C. Rogers, 1987, p. 41)

Por lo tanto, un/a consultor/a auténtico/a es aquella que conoce sus valores, sus principios y no niega el reconocerlos y expresarlos, la genuinidad implica un autoconocimiento tanto en valores como en emociones, y no sólo conocerlos también reconocerlos, en el momento en el que se provoquen y si es necesario expresarlos.

En algunas ocasiones las emociones nos llevan a tomar posturas extremas, a veces opuestas, se apoderan de nosotros y nos conducen a actuar por impulsos. De este modo si al consultor/a le plantean un problema sobre adecuación del esfuerzo terapéutico en un neonato, y a él le provoca excesiva tristeza o frustración, la autenticidad permitiría reconocer estas emociones, aceptarlas y poder gestionarlas, impidiendo que se adueñen de él, evitando que condicionen su proceso de deliberación y tomar decisiones poco prudentes.

La congruencia o autenticidad requiere de cierta sinceridad, expresar opiniones, pensamientos o valores a pesar de ser contrarios a la persona a la que se acompaña, implica, en ocasiones, confrontar con los valores de la persona que plantea el problema, y reconocer los límites de uno mismo.

La autenticidad es también la actitud que le reconoce al consultor como ser vulnerable, como un individuo frágil, con posibilidad de sufrir ante situaciones que le provoquen un daño, la aceptación incondicional por el mismo, le ayudaran asumirlo y no evitarlo.

Rogers, reconoce que esta actitud sea posiblemente la más difícil de lograr y de captar, y si la otra persona es capaz de ver nuestra autenticidad o transparencia entonces se dará un encuentro importante en el que ambos aprenden y se desarrollan (Rogers, Stevens et al., 2012, p.109).

Tras presentar y concretar estas tres actitudes, Rogers subraya que estas no pueden ser interiorizadas y puestas en práctica a menos que el sistema de valores del ayudante

tenga como punta de partida la dignidad de la persona. Estas actitudes no pueden ser experimentadas por personas que consideren a otras personas objetos o medios para conseguir otros fines.

Estas actitudes propuestas por Carl Roges, podríamos considerarlas como las “mínimas” que todo terapeuta debe poseer su ausencia podría ser considerada maleficente, aunque prevalezca una gran intención y un gran esfuerzo de beneficencia hacia el otro.

3.3 El Counselling, instrumento para el trabajo del/de la consultor/a en ética.

Como se indicó anteriormente el Counselling en nuestro país es sinónimo de Relación de Ayuda, un tipo de relación centrada en la persona y no directiva. Es un modo de acompañamiento que se asienta en el principio de beneficencia y autonomía, huyendo del paternalismo y acercándose a un modelo deliberativo y participativo.

El enfoque en el que se enmarca el Counselling es la psicología humanista existencial, siguiendo la escuela de C. Rogers, y continuada y enriquecida por sus discípulos, G. Egan, R. Carkhuff, y otros. El fundamento de este enfoque es considerar a la persona como el centro, lo que implica un modelo no autoritario de relación con el cliente, atendiendo holísticamente a la persona que sufre.

Una persona (paciente, familiar o profesional) que solicita ayuda ante un problema ético se encuentra en una situación de sufrimiento, caracterizado por la impotencia de hacer frente al problema, la falta de recursos, acompañado de un estado afectivo y cognitivo negativo. Un tipo particular de sufrimiento es la angustia moral que amenaza la integridad y autoestima de los profesionales y se caracteriza por ira, culpa, frustración y síntomas físicos y/ ansiedad (Hamric et al., 2012).

Actualmente existen distintas definiciones de Counselling, quizá la más vinculada al ámbito sanitario y la toma de decisiones es la propuesta por Arranz et al, que lo definen como:

Un proceso interactivo, en el que, rescatando el principio de autonomía de la persona, se ayuda a ésta a tomar las decisiones que considere más adecuadas para ella en función de sus valores e intereses. En otras palabras: es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias

comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella y siempre teniendo en cuenta su estado emocional. No es hacer algo por alguien; sino hacerlo con él. (Arranz et al., 2017, p.36)

Es un tipo de relación, en el que, apoyado en la comunicación, el consejero o consultor/a, acompaña o asesora al otro, profesional, paciente/familiar desconcertado por un problema ético, a descubrir la decisión más prudente en el momento actual. Se encuadra en una relación de respeto y de compromiso ético de no maleficencia en el que se promueve el respeto por la Autonomía.

En este sentido, para un acompañamiento eficaz y de calidad en la toma de decisiones, el counselling aporta los conocimientos, las actitudes y habilidades relacionales necesarias para mantener una buena comunicación y de este modo mejorar la competencia relacional y emocional y ética del consultor.

Arranz y colaboradores sostienen que el counselling puede aportar a la interacción deliberativa las actitudes y habilidades necesarias para que el proceso pueda realizarse bajo criterios de coherencia y eficacia; «Clínica, bioética y counselling se encuentran estrechamente unidos, tanto en sus fines como en los medios para llevarlos a cabo» (Arranz et al., 2002).

El objetivo del consultor no es resolver el problema o dictar una decisión, es identificar y analizar los problemas morales, el conflicto entre valores, en un caso en concreto, lo mismo sucede con el counselling se trata de un modo de relación en el que más que hacer por otra persona, en este caso el profesional, paciente o familiar es hacer con él, facilitarle todos los elementos necesarios para que pueda hacerse cargo de su problema y tomar la decisión más prudente de acuerdo con sus valores.

Durante el proceso de consultoría de ética clínica con el Counselling de telón de fondo puede convertirse en un espacio deliberativo en la toma de decisiones y formativo a la vez al hacer partícipe a todos los implicados. Si los profesionales sanitarios, o pacientes-familiares que consultan participan del proceso de análisis pueden ir contagiándose de la adquisición de un método a la hora de tomar decisiones complicadas y huir así de la intuición o la costumbre.

El Counselling está caracterizado por una secuencia de intervenciones que se suceden en un orden, que los discípulos de Rogers, Egan y Carkhuff establecen en tres fases. Aunque cada autor las nombra de manera diferente coinciden en las estrategias a seguir en cada una de ellas.

A continuación, se describen brevemente las fases del Counselling, siguiendo la propuesta de Bermejo en el libro «Introducción al Counselling» (Bermejo, 2011, p.32-40), que recoge el planteamiento de los autores más significativos del Counselling, ya nombrados (Egan y Carkhuff).

3.3.1 Modelo de Egan

Fase 1: Escenario presente: Se exploran y aclaran las situaciones problemáticas. El ayudante favorece que la persona relate su historia, reconociendo sus valores y emociones y haciéndose cargo de la situación. Una vez consciente, puede empezar a visualizar nuevos escenarios.

Fase 2: Escenario deseado_ Establecimiento de metas. El ayudante promueve a la persona a plantearse plantear respuestas, que visualice distintos escenarios y así, pueda elegir el camino más adecuado para su situación actual.

Fase 3: Actuación. Se establecen estrategias y se procede a la acción para alcanzar los objetivos definidos.

3.3.2 Modelo de Carkhuff

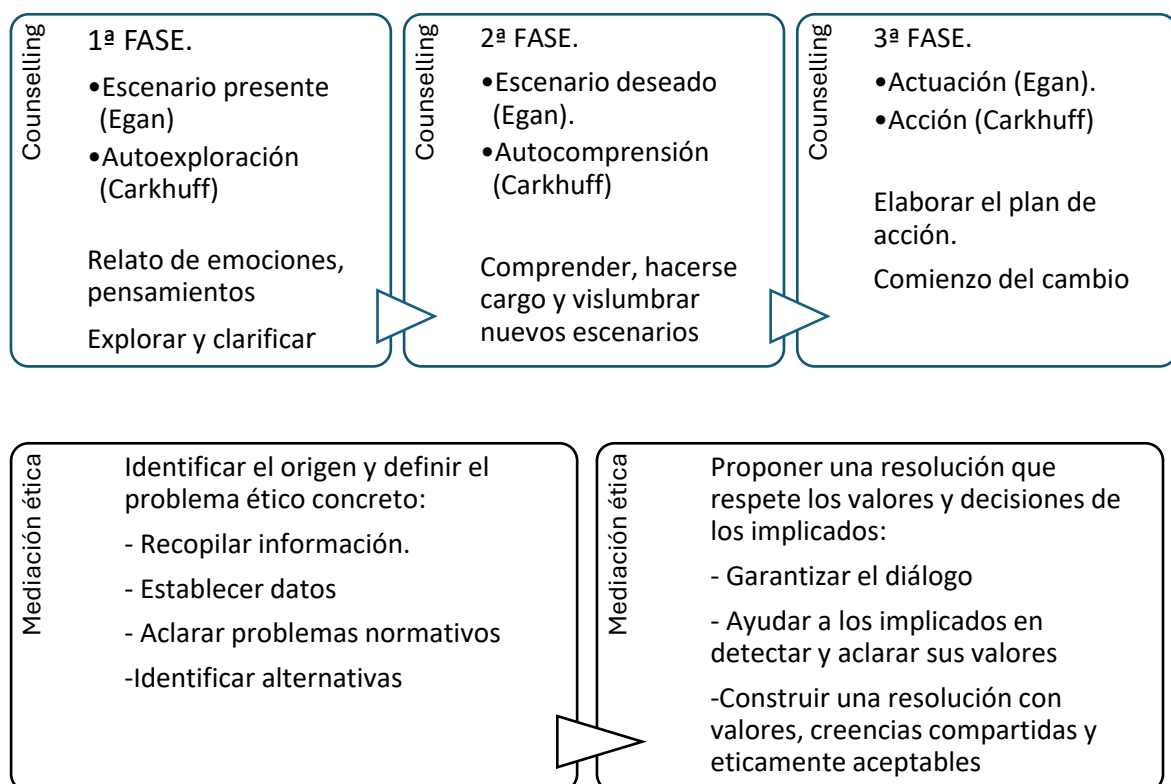
Primera fase: Auto-exploración. El ayudante guía a la persona para que explore sus problemas internos, pensamientos y emociones. El objetivo es que el ayudado relate su historia y profundice en su autoconocimiento.

Segunda fase: Auto-comprensión. El ayudante facilita que la persona entienda la raíz de su problema y su situación actual. El ayudado busca comprender mejor su situación y qué pasos tomar para resolverla.

Tercera fase: Acción. El ayudante colabora en elaborar un plan de acción que el ayudado ejecutará en un entorno de libertad y autenticidad. Una de las metas fundamentales de estas etapas o fases, es la de acompañar en el discernimiento, ponderar las distintas opciones con sus ventajas e inconvenientes, por lo tanto, deliberar.

Las fases que propone en Counselling, se asemejan al proceso del modelo de medicación ética, modelo propuesto por la ASBH en consultoría ética en el ámbito sanitario. A continuación, se presenta un esquema con ambas propuestas.

Ilustración 1: Fases del Counselling en el proceso de consulta de ética clínica



Fuente: elaboración propia

El counsellor tiene ante sí la tarea de ayudar a deliberar, a discernir. Se trata de ponderar no sólo ventajas e inconvenientes de cada posible alternativa o cambio, sino que comporta también una relación de las alternativas con el mundo de los valores que el ayudado quiere encarnar en la situación concreta y que profesa que son los que guían su vida (Bermejo, 2011, p.55).

Es este uno de los puntos de encuentro entre el modelo del counselling y la consultoría en ética clínica, la ayuda a la deliberación, utilizando las habilidades del counselling

como habilidades de comunicación, y lo que es más importante, habiendo el consultor interiorizado las actitudes.

Como se ha señalado en párrafos anteriores, el Counselling aporta habilidades relacionales y de comunicación para poner en práctica en los encuentros entre consultor/a y consultante en un clima de confianza y respeto.

3.3.3 Habilidades del Counselling

Las habilidades del Counselling son las pericias que ponen de manifiesto las actitudes a través de la comunicación. Al igual que sucede con las virtudes, que no basta con conocerlas, sino que hay que ponerlas en práctica, lo mismo acontece con las actitudes, requieren que sean puestas en escena. Una vez interiorizadas, hay que ponerlas en conocimiento en el diálogo, y esto se realiza a través de las habilidades.

Están estrechamente relacionadas con las fases, ya que su uso depende de la etapa o escenario en el que nos encontremos en la relación, así por ejemplo antes de confrontar es necesario haber escuchado activamente o entendido a la otra persona y la confianza debe de estar establecida. Al igual que en proceso de consultoría de ética, no se construyen diferentes alternativas si no se han aclarado los problemas o detectados los valores.

En los párrafos siguientes se presentan y definen las principales habilidades del Counselling y de mayor utilidad para el consultor/a.

3.3.3.1 Escucha Activa

La escucha activa es la habilidad sobre la que se sustentan el resto de las destrezas, sin ella, no podríamos llevar a cabo el proceso de relación y asesoramiento.

La escucha activa, va más allá de la escucha, implica incorporar todos los sentidos en el proceso y todas las dimensiones corporales.

Costa y López, lo describen de la siguiente manera: Cuando escuchamos activamente lo hacemos con toda la densidad de nuestro comportamiento y comprometiendo a todas las dimensiones personales de nuestra biografía:

- Compromete a nuestra dimensión perceptiva al estar atentos y observar lo que un hablante nos dice y, sobre todo, cómo nos lo dice y en qué contexto nos lo dice.
- Compromete a nuestra dimensión cognitiva (pensar) al pensar en lo que el hablante nos está relatando y evaluarlo con propiedad.
- Compromete a nuestra dimensión ejecutiva (actuar) al informar al hablante de que estamos atentos, interesados o necesitamos mayor aclaración respecto a lo que nos dice.
- Y compromete, por último, a dimensión biológica al ponernos en disposición corporal, fisiológica y sensorial apropiadas (Costa Cabanillas & López Méndez, 2013, p.242).

Escuchar activamente es más que oír las palabras, necesita de la atención, de la observación y del silencio tanto verbal como del intrapsíquico, es decir, dejar a nuestra mente concentrada única y exclusivamente en la escucha.

La escucha activa es la primera habilidad para poner en práctica la empatía, nos permite acercarnos y comprender al otro, al mismo tiempo que captamos su mundo emocional a través de nuestra dimensión perceptiva.

El proceso de consulta de ética requiere por parte del consultor/a de una escucha activa para poder comprender lo que expone el consultante, atender a los valores expresados que aparecen en conflicto y captar las emociones que aparecen en el discurso, de este modo podremos partir de unos buenos datos. Conlleva que el consultor se considere agente moral autónomo, al escuchar distintas perspectivas, con todos sus sentidos, y sin perder de vista sus propios argumentos.

3.3.3.2 Reformulación

La respuesta empática, nos ayuda a concretar la actitud empática. Consiste en devolver al otro, con nuestras palabras, lo que hemos captado de lo que nos ha transmitido tanto de forma verbal como no verbal, pensamiento y emoción. Requiere de una concentración intensa en la otra persona para ser capaces de captar aquello que no dice verbalmente (Bermejo, 2012, p. 93-94).

Existen distintos tipos de reformulación, los más utilizados en el proceso del counselling y con más utilidad para el consultor/a, al tratarse de un acompañamiento más corto son:

I. Reiteración.

Consiste en devolver a la otra persona las palabras “clave” de cuanto te ha comunicado en la conversación. Es una de las formas de demostrar a la otra persona la escucha activa, la comprensión y favorece que continúe relatando. Algunos autores la denominan paráfrasis.

Evita introducir elementos de interpretación, juicios, ideas propias e incluso adivinar lo que el otro dice o quiere decir.

II. Dilucidación

Esta habilidad permite poner orden a lo que la otra persona está narrando, al devolvérselo con claridad, ayuda a hacerse mayor cargo de lo que se está comunicando.

Poner orden puede ser como nombrar las calles de la «ciudad interior» en la que el ayudado se siente perdido. Cuando alguien le devuelve los «nombres de las calles de su mundo interior», el ayudado posee mejor la realidad, puede decidir qué camino recorrer para llegar al objetivo, qué rutas abandonar, cambiar, emprender o reemprender. (Bermejo, 2011, p.114)

Al consultor/a dilucidar o clarificar le servirá como habilidad en el análisis del caso, sobre todo a la hora de buscar cauces intermedios e intentar ordenarlos, al mismo tiempo podrá expresárselos con más claridad al otro.

La reformulación es una de las herramientas que demuestran a través de la comunicación que las actitudes están presentes en el consultor/a. A través de ella, se comunica la aceptación, pues no se juzga y se respeta la historia de cuanto el otro está narrando. Se pone de manifiesto la actitud empática, comprensión del otro, al evitar frases hechas, soluciones rápidas o interpretaciones.

A través de la reformulación el consultor/a demuestra al otro el respeto por su dignidad, como algo que le pertenece y esta es una forma verbal y no verbal de reconocérsela. La

habilidad de la reformulación al llevar implícita la empatía y aceptación incondicional por el otro permite poner de manifiesto el respeto al ser humano, aunque actúe de forma indigna o en contra de nuestros valores. Ayuda por lo tanto también a reconocer al otro, profesional o paciente como vulnerable y transmitírselo.

Las respuestas empáticas serán de utilidad, también, para que el consultor/a favorezca la descripción de los hechos y la expresión de los valores por parte del consultante.

3.3.3.3 Personalización

Personalizar consiste en ayudar a que la otra persona se apropie de la situación, huir de generalizaciones. Que se sitúe como protagonista del problema, acercarse a sus valores a las emociones que le provoca la situación y a ponerles nombre.

La personalización aporta al consultor/a la habilidad comunicativa de favorecer en el otro reconocer sus valores, sus principios y a ponerles nombre.

Al utilizar la personalización, hemos avanzado un paso más en la relación, y también en el proceso de análisis de un caso en el proceso de consulta.

3.3.3.4 Confrontación

En una modalidad de feedback que consiste en devolverle a la otra persona las contradicciones que está expresando o viviendo, entre sus valores, sentimientos, pensamientos, etc. (Costa y López, 2013).

No confrontar puede ser maleficiente, al estar dejando pasar posibles incoherencias. Confrontar es el deber de hacer el bien, en la totalidad de todo el individuo, buscar lo mejor para la otra persona, desde su perspectiva y por lo tanto hace honor al principio de beneficencia. Confrontar es un deber ético del consultor, no confrontar a un profesional que consulta, que nos dice en su discurso que está actuando en contra de sus valores, y al paciente le comunica lo contrario, sería maleficiente.

3.3.3.5 Persuasión

La persuasión es quizás la habilidad del Counselling en la que menos acuerdos existan entre sus maestros. Muchos la evitan, por el riesgo de convertirse en manipulación y otros la citan como una de las destrezas necesarias sobre todo ante la toma de decisiones.

Diego Gracia enuncia la diferencia entre manipulación, persuasión y coacción, diciendo:

La coerción existe cuando alguien intencional y efectivamente influye en otra persona amenazándola con daños indeseados y evitables tan severos, que la persona no puede resistir el no actuar a fin de evitarlos. La manipulación, por el contrario, consiste en la influencia intencional y efectiva de una persona por medios no coercitivos, alterando las elecciones reales al alcance de otra persona, o alterando por medios no persuasivos la percepción de esas elecciones por la persona. La persuasión, finalmente, es la influencia intencional y lograda de inducir a una persona, mediante procedimientos racionales, a aceptar libremente las creencias, actitudes, valores, intenciones o acciones defendidos por el persuasor. (Gracia, 1989, p.185)

La persuasión radica en los argumentos racionales que se planteen, sin amenazas, y sin mentiras, para lograr un cambio o una influencia en otra persona. Algunos autores consideran la persuasión como un deber ético en situaciones en las que una decisión tenga riesgo de daño o pueda dañar a otras personas.

Escuchar activamente, concretar la actitud empática a través de la reformulación, evitar generalizaciones y ayudar a poner nombre a los valores y emociones gracias a la personalización, confrontar si aparecen contradicciones o incluso persuadir, si es necesario, son las habilidades principales propuestas por el counselling.

Además de estas habilidades de comunicación y relación el counselling propone estrategias relaciones que incluyen; comunicación asertiva, habilidades personales de autorregulación y habilidades para la solución de problemas.

Comunicarse de forma asertiva implica ser capaces de expresar de forma clara y conscientemente nuestros deseos, preferencias o necesidades a otra persona sin perder el respeto sobre su punto de vista.

Las habilidades personales de autorregulación o control emocional son aquellas que permiten a los profesionales conocer, reconocer sus emociones y valores, y los de los demás, ser capaz de gestionarlos de manera saludable y de este modo evitar actuar desde la impulsividad o desde las propias emociones (Coca Pereira et al., 2020).

En conclusión, y según esta propuesta, un encuentro autentico entre consultor/a y consultante es una experiencia que involucra la totalidad de ambas personas, en la que se donan mutuamente y reconocen la otredad del otro. Se trata de una relación de ayuda en la que el consultor/a interioriza actitudes básicas (empatía, aceptación incondicional y autenticidad), propuestas de por Rogers y que manifestara en habilidades de comunicación y relación durante el encuentro. El punto de partida de este encuentro será crear un vínculo de confianza en el que el consultante pueda expresar sus inquietudes morales, sus valores y emociones, sin ser juzgado, y desde su libertad.

Este enfoque, aporta al consultor/a en ética clínica un modelo humanista y humanizado en la relación, durante el proceso de consultoría.

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Planteamiento de problema

Durante las últimas décadas se ha vivido un cambio de paradigma en el ámbito sanitario más profundo que en los 25 siglos anteriores. Cambio que se ha producido por el desarrollo de tecnología sanitaria, que ha revolucionado de manera impresionante la forma de realizar tanto los diagnósticos clínicos, como los tratamientos y medidas para controlar las enfermedades y mantener la vida en condiciones fisiológicas muy precarias. Esta revolución, que se puede denominar técnica, ha venido acompañada de otra revolución, no menos importante, pero sobre la que no se ha incidido de manera significativa y que constituye la relación clínica.

Se ha pasado de una relación paternalista (tradicional, desde la era hipocrática) a una relación en la que cobra un peso importante el respeto a la autonomía de las personas, con una relación simétrica, al menos desde una perspectiva moral. En este modelo de relación se entiende que el proceso de toma de decisiones, en cuanto a las actuaciones a llevar a cabo, es compartido y que el protagonismo no lo ejerce en exclusiva el sanitario (principalmente médico), sino que debe ser ejercida de manera corresponsable por todos los que intervienen y son afectados por la decisión. El protagonismo que adquiere el paciente en la toma de decisiones viene por ser el sujeto receptor de las acciones, y como sujeto portador de valores que no se pierden en la enfermedad y que nadie, salvo condiciones extremas, debe asumir de manera vicaria en nombre del enfermo. Esta manera de trabajar supone entrar en el modelo humanizado de asistencia sanitaria, la necesidad de prestar una atención personalizada, con el cuidado de su dimensión emotiva, valórica y sin perder el foco en el respeto a la dignidad.

Casi en paralelo al cambio en la relación asistencial, en el que la autonomía va cobrando cada vez más relevancia, y en el que la tecnología médica se encuentra en pleno esplendor, nacen los primeros Comités de Ética Asistencial. Su impulso fue favorecido, en gran medida, por la emblemática sentencia del juez Richard Hughes, del tribunal Supremo de New Jersey, en el caso de Karen Ann Quilam, (Pope, T. M, 2008), en la que recomendaba que las decisiones de índole moral no deberían llegar a los tribunales, sino

que se deberían discernir en comités hospitalarios (Teel, K., 1975). Otros antecedentes, como el acceso limitado a las máquinas de diálisis en contextos de recursos limitados, reforzaron la necesidad de espacios deliberativos, más allá de la aplicación técnica.

No obstante, los comités de ética no fueron la única aproximación entre el mundo sanitario y el mundo de los valores. Surgieron también enfoques como la «ética clínica» propuesta por Mark Siegler, quien impulsó la necesidad de trasladar la reflexión ética a la cabecera del paciente, especialmente en áreas como las Unidades de Cuidados Intensivos. Desde esta nueva disciplina emergió la figura del/de la consultor/a en ética clínica, profesional que ofrece ayuda y orientación a pacientes, familiares y profesionales sanitarios ante la incertidumbre que generan determinados los problemas éticos en el ámbito asistencial con el objetivo de colaborar en disminuirlo o resolverlo. Esta figura se enmarca en la Consulta de Ética Clínica, que puede ser dependiente de los Comités de Ética Asistencial o un servicio independiente.

El/la consultor/a realiza su labor a través de reuniones presenciales, se trata de experiencias interactivas complejas entre consultor y consultante (paciente/familia o profesionales), en el que una de las partes demanda ayuda ante problemas ético-clínicos difíciles, con diferentes valores y emociones implicados, de ahí la importancia de las competencias requeridas, conocimientos, habilidades y actitudes por el consultor para poder ofrecer una ayuda de calidad y excelente.

Este rol, con más de cuatro décadas de consolidación en Estados Unidos, constituye una práctica habitual en numerosos hospitales, donde existen programas de formación, certificaciones y estándares de competencias ampliamente establecidos (ASBH, 2024).

Mientras que en Estados Unidos y otros países como Alemania, Italia o Japón esta figura se encuentra consolidada, en España su implantación es reciente y dispersa. Existen experiencias de consulta de ética clínica, pero se desconoce su prevalencia real, su modo de funcionamiento, las competencias de los/as profesionales implicados/as y, sobre todo, la vivencia subjetiva de quienes ejercen este rol.

Por lo tanto, existe un doble vacío de conocimiento:

- En el plano descriptivo: ¿Cuál es la situación actual de la consulta de ética clínica y de la figura del/de la consultor/a en España?

- En el plano experiencial: ¿Cómo viven los/as profesionales el ejercicio de la consultoría ética? ¿Qué dimensiones relacionales, comunicativas y formativas emergen en este proceso?

Atender a ambos vacíos resulta esencial para fortalecer la consolidación de la consulta de ética clínica en nuestro país y para orientar un proceso de consulta ética bajo principios de excelencia técnica y acompañamiento humanizado.

Desde esta situación, resulta necesario fundamentar la pertinencia y el valor de la presente investigación, lo que se desarrolla en el siguiente apartado

4.2 Justificación

La mayor parte de la literatura disponible, a este respecto, procede de publicaciones y estudios realizados en Estados Unidos, (ASBH, 2024; Bell et al., 2022b; Fox & Duke, 2022; K. Wasson, 2022) en países Iberoamericanos, (Font-Guzmán J.N, 2019), en los que además de estudiar y evaluar la consulta de ética clínica, profundizan en las competencias y habilidades del/de la consultor/a.

En otros países como Alemania, Italia o Japón (Fox & Duke, 2022; Schochow et al., 2019; De Panfilis, et al., 2019; Nagao & Takimoto, 2024), existen estudios con el objetivo de conocer la prevalencia y modo de funcionamiento de la consulta de ética clínica.

Tal como señalan Bell et al. (2022), la literatura sobre las consultas de ética clínica en Europa es todavía dispersa y limitada, especialmente en el caso de *España*, donde la implementación de esta práctica es aún incipiente. Aunque comienzan a desarrollarse experiencias en distintas instituciones, se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de estas consultas, el modo de funcionamiento o las competencias de los/as profesionales que las ejercen. Resultaría una paradoja que, dentro de unos años, se repitieran en nuestro contexto las mismas carencias que identificaron en los inicios de la práctica en Estados Unidos, o que, como ocurrió con algunos comités de ética, la figura del/de la consultor/a no alcance el impacto esperado, a pesar de la frecuencia de los problemas ético-clínicos en el día a día de profesionales sanitarios, pacientes y familiares, con la repercusión moral y emocional que conllevan.

Existe un vacío en la comprensión profunda de la experiencia subjetiva de los/as consultores/as que desempeñan esta función. En particular, se desconoce cómo viven y significan el encuentro con los/as consultantes, qué dimensiones emocionales, formativas y relacionales emergen en este proceso, y qué competencias consideran esenciales para su ejercicio profesional.

Paralelamente, se observa una tendencia en el modelo sanitario español a implementar planes de humanización de la asistencia sanitaria (Comunidad de Madrid, 2022; Departamento de Salud Gobierno de Navarra, 2024; Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2017), que promueven una relación centrada en la persona, en el que prevalezca la confianza, la empatía o la escucha activa como ingredientes fundamentales de la relación sanitaria. Resultaría una grave contradicción que la implantación de la consulta de ética clínica y con ella la figura del/de la consultor/a planteara un escenario diferente a las últimas propuestas en humanización. De ahí la importancia de explorar esta nueva figura desde el interior, y vislumbrar la forma de relación con los implicados.

El presente trabajo constituye una contribución original al conocimiento, abordando un fenómeno emergente en España, no estudio previamente, mediante una aproximación metodológica cuantitativa y cualitativa.

Por un lado, se ofrece un estudio descriptivo cuantitativo que permitirá conocer la prevalencia, los modelos organizativos, los perfiles profesionales y las prácticas de consulta de ética clínica en nuestro contexto. Esta información resulta clave para dimensionar adecuadamente el fenómeno y establecer comparaciones internacionales.

Por otro lado, se desarrolla una exploración cualitativa fenomenológico-hermenéutica centrada en la experiencia vivida de los/as consultores/as. Se busca comprender en profundidad la relación interpersonal que se establece entre el/la consultor/a y consultante.

La investigación permitirá:

- Ofrecer un primer mapa de la situación de la consulta de ética clínica en España.
- Obtener un punto de partida sobre la experiencia de los profesionales que ya ejercen este rol.

- Delimitar competencias clave y necesidades formativas para los/as futuros/as consultores/as.
- Integrar los hallazgos en el marco de las propuestas de humanización de la asistencia sanitaria.
- Contribuir al fortalecimiento de la bioética clínica como disciplina aplicada en nuestro país.

Esta aportación tiene un carácter descriptivo, exploratorio y aplicado, y constituye un paso necesario para el desarrollo profesionalizado de la consulta de ética clínica en España.

4.3 Preguntas de investigación

4.3.1 Preguntas de investigación estudio cuantitativo I

A continuación, se formulan las preguntas orientadas a describir la prevalencia, el contexto organizativo y la figura del/de la consultor/a en España:

- ¿Cuál es la prevalencia de consultas de ética clínica, en hospitales, centros de Atención Primaria y sociosanitarios en España?
- ¿Cuál es el perfil profesional y formativo de las personas que las realizan la consulta de ética clínica en hospitales, centros de Atención Primaria y sociosanitarios?
- ¿Cuántas consultas de ética clínica se realizan anualmente en los diferentes tipos de centros sanitarios en España?
- ¿Qué métodos y herramientas utilizan las personas que realizan la consulta para analizar y resolver los casos durante la consulta?
- ¿Cómo se documenta y comunica la resolución de los casos en las consultas de ética clínica?
- ¿Qué perfiles profesionales suelen encargarse de las consultas de ética clínica en España y qué nivel de formación específica en bioética tienen?

4.3.2 Preguntas de investigación estudio cualitativo II

El interés por conocer las actitudes y habilidades que el/la consultor/a pone en práctica durante el encuentro y procesos de consulta de ética clínica plantea las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo experimentan los/as consultores/as en ética clínica en España la relación interpersonal y el uso de habilidades de comunicación en el desarrollo de la consulta ética?
- ¿Cómo describen los profesionales la relación interpersonal que establecen con los implicados en la consulta de ética clínica?
- ¿Qué elementos valoran los/as consultores/as en ética clínica como esenciales en la relación interpersonal o reuniones con los consultantes?
- ¿Cuáles son las actitudes y rasgos de personalidad que los/as consultores/as en ética clínica consideran fundamentales para llevar a cabo una consulta ética de calidad?
- ¿Qué habilidades de relación interpersonal y comunicación consideran más relevantes en su práctica profesional?
- ¿Cómo describen el proceso de consulta ética clínica y qué modelos metodológicos utilizan con mayor frecuencia?
- ¿Cómo perciben los/as consultantes el proceso de consulta de ética clínica, en términos de la relación establecida con lo/as consultores/as y de las competencias y actitudes que les atribuyen?

4.4 Hipótesis guía

Esta investigación combina un estudio cuantitativo descriptivo transversal y un estudio cualitativo fenomenológico, orientados a explorar y comprender la realidad sin asumir previamente relaciones causales o resultados específicos. Por ello, la o las hipótesis se formularán de manera flexible y podrán afinarse o evolucionar a medida que avance el proceso de recogida y análisis de datos.

No obstante, a partir de la revisión bibliográfica y la experiencia previa, se plantean las siguientes hipótesis interpretativas o de trabajo, que guían las investigaciones:

- Se espera que los/as profesionales que realizan consultas de ética clínica en España integren principios del pensamiento humanista en su práctica diaria, desarrollando relaciones interpersonales basada en la empatía, la confianza y la autenticidad, lo que les permite abordar los dilemas éticos de manera efectiva y humanizada.
- Si los consultores en ética clínica realizan encuentros con los consultantes y en estos ponen en práctica actitudes y habilidades de relación, éstas deberían estar fundamentadas dentro de una corriente o pensamiento para poder ser enseñadas a otros consultores.
- Analizar en profundidad las actitudes y habilidades relacionales que los/as consultores/as aplican durante la consulta de ética permitirá identificar cuales consideran más relevantes para establecer planes de formación integrales y humanizados, fundamentados en la filosofía del encuentro de P. Laín Entralgo, Carl Rogers y el Counselling.
- La consulta de ética clínica en España comienza a impulsarse en los últimos años, aunque su prevalencia es menor que en EEUU y países europeos.
- El proceso de consulta en ética clínica en España sigue un modelo estructurado y protocolizado en la mayoría de los centros sanitarios, aunque existen variaciones entre sí.

4.5 Objetivos

Dado que se ha adoptado un diseño metodológico, con una fase cuantitativa de carácter descriptivo y una fase cualitativa fenomenológico-hermenéutica, se formulan dos objetivos generales, uno para cada enfoque, acompañados de sus respectivos objetivos específicos.

4.5.1 *Objetivo general I*

Conocer la situación actual de la consulta de ética clínica y de la figura del/de la consultor/a en España.

Objetivos específicos:

- Obtener datos sobre la prevalencia de la consulta en ética clínica, del consultor/a y el número de casos registrados en España.
- Identificar cómo se realiza el proceso (de inicio a fin) de la consulta en ética clínica.
- Conocer qué personas realizan la consulta de ética clínica y cuál es la formación de estas.

4.5.2 *Objetivo general II*

Explorar y comprender la experiencia de los/as profesionales que desarrollan la consulta de ética clínica en España, con especial atención a la dimensión relacional, las actitudes y las habilidades de comunicación que ponen en práctica.

Objetivos específicos:

- Conocer la experiencia subjetiva de los/as consultores/as en ética clínica en España respecto a la relación interpersonal que establecen con los consultantes.
- Indagar si los/as consultores/as en ética incorporan en su práctica elementos propios de la corriente humanista durante las reuniones con las personas que consultan.
- Identificar las actitudes y rasgos de personalidad que los/as consultores/as consideran fundamentales para desarrollar una consulta éticamente buena y de calidad.
- Describir las habilidades de comunicación y relación interpersonal más relevantes según la percepción de los/as consultores/as en el ejercicio de la consulta ética.
- Explorar el proceso de consulta de ética clínica y los modelos metodológicos utilizados con mayor frecuencia por los/as consultores/as.
- Conocer cómo perciben los/as consultantes la relación establecida con los/as consultores/as, identificando los elementos clave.
- Identificar que competencias y actitudes reconocen los/as consultantes como relevantes en los/as profesionales durante el proceso de consulta.

5 METODOLOGÍA

5 METODOLOGÍA

En este capítulo se describen los procesos metodológicos para llevar a cabo esta investigación. Como se ha expuesto en párrafos anteriores, esta Tesis está conformada por dos objetos de estudio a investigar. El objetivo principal pretendía explorar y comprender la experiencia de los profesionales que llevan a cabo la actividad de la consulta de ética clínica en España centrándose en la relación interpersonal, en las actitudes, habilidades de relación y comunicación que ponen en práctica, para poder alcanzar dicho objetivo, era necesario conocer en qué hospitales o centros existía esta figura profesional. De este hecho emerge el segundo foco de estudio: conocer la situación actual de la consulta de ética clínica y del consultor/a en España.

Tratándose de dos objetivos generales muy diferentes, no obstante, necesarios y complementarios, ya que, en uno se pretende conocer datos con mayor precisión y objetividad y en otro, entender la naturaleza más profunda de las personas, su experiencia subjetiva, se optó por un método cuantitativo para el primer fenómeno de estudio y un método cualitativo para el segundo.

A continuación, se describe cómo se ha diseñado y planificado cada estudio de investigación. Se presentará primero el estudio cuantitativo a la que denominamos Fase I, puesto que sus resultados fueron necesarios para llevar a cabo el segundo estudio al que denominaremos Fase II, cualitativa.

5.1 Fase I. Estudio cuantitativo

5.1.1 Metodología: Bases teóricas y tipo de estudio

El objeto de estudio que exploramos se fundamenta en un paradigma positivista, como afirman Taylor y Bogman, los positivistas buscan los hechos objetivos sin tener en cuenta los estados subjetivos de las personas (Taylor y Bogdan, 1987). La metodología cuantitativa permite la recolección de datos medibles y cuantificables, de forma controlada y objetiva, que sigue un proceso estructurado y orientado a los resultados (Cadena-Iñiguez et al., 2017; Manterola et al., 2023).

Dentro de la metodología cuantitativa se incluyen diferentes tipos o diseños de estudio. En esta investigación se optó por un diseño observacional descriptivo de corte transversal. Se seleccionó un modelo observacional puesto que lo que se pretendía era captar una panorámica de la situación de la consulta de ética clínica y del/de la consultor/a, sin necesidad de intervenir en las variables o manipularlas. Los estudios descriptivos se utilizan cuando se conoce poco sobre un tema, como sucede con la consulta de ética clínica y figura del/de la consultor/a en España, y se pretende describir este fenómeno, determinar la prevalencia y características. Se designó un corte transversal debido a que el interés de estudio era conocer la situación de la consulta de ética y del consultor en un momento determinado, determinar su prevalencia y describir diferentes características, en el que las variables se miden en una sola ocasión sin necesidad de seguimiento (Manterola et al., 2023; Torales & Barrios, 2023).

5.1.2 Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a los CEAS acreditados de los hospitales, centros de Atención Primaria y centros sociosanitarios. Como se ha expuesto en capítulos anteriores, la mayoría de la bibliografía coincide en enmarcar a los/as consultores/as de ética clínica dentro de los CEAS.

Ante la ausencia de un registro oficial unificado de CEAS en España, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en repositorios institucionales en internet para identificar los Comités de Ética Asistencial existentes en nuestro país actualmente. Se tomó como base el Catálogo Nacional de Hospitales, la red de catálogos de centros de Atención Primaria publicados por el Ministerio de Sanidad y se realizó una búsqueda para detectar cuántos de estos cuentan en su Cartera de Servicios con CEAS acreditados. Para identificar a los CEAS acreditados de centros sociosanitarios se realizó una búsqueda a través de los registros de Entidades, Centros y Servicios de Atención Social de cada Comunidad Autónoma.

5.1.3 Tamaño de la muestra

Se identificaron 231 CEAS, procedentes de 16 de las 17 Comunidades Autónomas, además de otras entidades de carácter estatal o indeterminado, con dirección de correo activo (Tabla 1).

Tabla 1: Tamaño de la muestra

CCAA	Frecuencia	Porcentaje
Cataluña	61	26,4%
C. de Madrid	37	16,0%
Andalucía	19	8,2%
Aragón	10	4,3%
Castilla-La Mancha	12	5,2%
Castilla y León	12	5,2%
Galicia	8	3,5%
País Vasco	19	8,2%
Región de Murcia	8	3,5%
Navarra	4	1,7%
Asturias	8	3,5%
C. Valenciana	6	2,6%
Islas Baleares	2	0,9%
La Rioja	3	1,3%
Canarias	8	3,5%
Cantabria	3	1,3%
Ámbito estatal	11	4,8%

Fuente: elaboración propia

Dada la población finita de CEAS ($N=231$), se estimó el tamaño muestral requerido para un nivel de confianza del 95% ($Z=1,96$), asumiendo una variabilidad máxima ($p=q=0.5$) y un error muestral tolerado del 5% ($e=0,05$). Aplicando la fórmula para las poblaciones finitas, se obtuvo un valor de 144,49 que, al no ser número entero, se redondeó al alza, resultando un tamaño muestral de 145 CEAS.

Al total de los CEAS ($N=231$), se les envió una invitación para participar en el estudio (Anexo I). El único criterio de inclusión fue que los comités estuvieran acreditados y que aceptaran voluntariamente participar. No se establecieron criterios de exclusión adicionales, más allá de la no acreditación o la falta de consentimiento.

5.1.4 Recogida de datos

La recogida de información se llevó a cabo mediante un cuestionario online ad hoc en la plataforma Google Forms y en formato PDF que se envió a todos los centros que

voluntariamente decidieron participar en la investigación. Para su diseño se realizó una revisión bibliográfica sobre investigaciones empíricas acerca de la prevalencia, funcionamiento, composición y estructura de los CEAS y de la CEC tanto a nivel nacional (Ribas-Ribas, 2006) como en EEUU (Fox et al., 2007, 2021), y de los resultados obtenidos en estos, se tomaron las variables que compusieron el cuestionario final (Anexo II).

La primera parte del cuestionario recogía datos sociodemográficos relativos al centro; nombre de la persona que contesta el formulario y perfil profesional.

El cuestionario contenía dos partes; una relativa a los CEAS y otra a la CEC. La última pregunta en la sección relativa a los CEAS era si la institución contaba con CEC. En caso de respuesta negativa a esta última pregunta, se solicitó a los participantes que no continuaran con el resto de las preguntas del cuestionario y enviará en ese punto. En caso de respuesta afirmativa, se les indicó que continuaran cumplimentando el cuestionario.

El cuestionario estuvo disponible desde el 27 de noviembre de 2022 hasta el 31 de noviembre de 2023. Durante este periodo se realizaron tres recordatorios a través de correo electrónico para aumentar la participación.

5.1.5 Variables de estudio

Las preguntas relativas a los CEAS hacían referencia a la descripción del CEAS y contenía las siguientes variables de estudio;

- Antigüedad del CEAS (se ofrecían intervalos de 5 años, desde menos de 5 años hasta más de 5 años).
- Número de miembros que conforman el CEAS.
- Número de consultas abordadas en los años 2021 y 2022.
- Método utilizado para el análisis de casos y si la institución contaba con consulta de ética clínica.
- Disponibilidad de consulta en ética clínica en el hospital.

A continuación, se presenta una tabla que detalla cada tipo de variable y el tipo de medición o análisis.

Tabla 2: Variables y tipos relativos a los CEAS.

Variable	Tipo	Escala de medida	Tipo de análisis o medida
Antigüedad del CEA	Cualitativa	Ordinal	Frecuencia y porcentaje
Número de miembros que conforman el CEA	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Número de consultas abordadas por el CEA en 2021	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Número de consultas abordadas por el CEA en 2022	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Método utilizado para el análisis de casos	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y porcentaje
Disponibilidad de consulta en ética clínica en el hospital	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y porcentaje

Fuente: elaboración propia

La segunda parte del cuestionario contenía dos bloques: uno relativo a la CEC y otro sobre los/as consultores/as en ética clínica.

Esta segunda parte, contenía variables relacionadas con los siguientes aspectos:

- Datos generales de la CEC: denominación oficial, año de implementación, dependencia del CEAS, modelo de CEC; individual o colegiada.
- En CEC formadas por un pequeño equipo: Número de miembros.
- Profesión de los/as consultores/as.
- Remuneración.
- Formación en bioética de los profesionales.
- Habilidades valoradas por los profesionales como necesarias para la excelencia del consultor/a.
- Modelo de Consultoría: formas de realizar el análisis de casos (individual; pequeño equipo; ambas).
- Número de consultas abordadas en 2021 y 2022.
- Características del proceso de CEC; forma de interponer una consulta, métodos utilizados para el análisis de casos, formas de ampliar información por parte del consultor/a.
- Nº de encuentros o reuniones con los implicados.
- Características del cierre de la CEC; lugar para el registro del informe, seguimiento de los casos.
- Perfil de la persona que realiza la consulta (consultante).

La siguiente tabla, detalla cada tipo de variable y el tipo de medición o análisis.

Tabla 3: Variables y tipos relativos a los CEC.

Variable	Tipo	Escala de medida	Tipo de análisis o medida
Año de creación de la CEC	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Dependencia de la CEC del CEAS	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Frecuencia y Porcentaje
Denominación oficial para la CEC	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Modelo de CEC	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Frecuencia y Porcentaje
Nº de miembros en CEC colegida	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Profesión de los consultores/as	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Número consultores/as con formación en bioética	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Número consultores/as con formación en habilidades de comunicación de los consultores/as	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Número de consultas abordadas por la consulta en ética clínica en 2021	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Número de consultas abordadas por la consulta en ética clínica en 2022	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Forma de acceso a la consulta en ética clínica	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Método utilizado para el análisis de casos	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Forma de ampliar información	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Número de reuniones con los implicados	Cuantitativa	Discreta	Media y Desviación estándar
Introducción de resultados de una consulta en la Historia Clínica	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Reporte de información tras finalizar el análisis del caso	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Seguimiento por parte del consultor tras el análisis y emisión del informe	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Frecuencia y Porcentaje
Perfil de personas que realizan la consulta	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje
Habilidades que debería tener un consultor para ser excelente	Cualitativa	Nominal Policotómica	Frecuencia y Porcentaje

Fuente: elaboración propia

5.1.6 *Análisis estadístico*

Los datos recopilados en los cuestionarios se volcaron y unificaron en una base de datos anónima Excel (Microsoft Office Professional) y su análisis se llevó a cabo a través del software informático IBM SPSS versión 25.5.

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados para cada pregunta del cuestionario. El análisis bivalente se llevó a cabo mediante la prueba de chi cuadrado para las variables categóricas. Para las variables numéricas cuantitativas, se aplicaron pruebas de normalidad (como Kolmogórov-Smirnov) y homocedasticidad (F de Fisher) para, posteriormente, proceder a la aplicación de pruebas paramétricas (como ANOVA y t de Student) o no paramétricas (como U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) en función del tipo de variable.

Para todos los contrastes de hipótesis se tomó una significancia estadística de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95 %.

5.2 **Fase II: Estudio cualitativo**

5.2.1 *Metodología: Bases teóricas y tipo de estudio*

El objeto de estudio que abordamos, en esta segunda fase, precisa de una metodología cualitativa, debido a que la intención es comprender la visión y perspectiva de los/as consultores/as, desde el interior. La investigación cualitativa se orienta a desmenuzar como las personas perciben y valoran lo que sucede a su alrededor, pensamientos, sentimientos e historias, lo que es significativo para los protagonistas (Flick, 2015).

Los métodos cualitativos priorizan en captar el significado particular que a cada situación atribuye su propio protagonista, desde una perspectiva insider, y de observar estos elementos como piezas de un conjunto sistemático (Ruiz, 2009).

Taylor y Bogdan (1987), presentan la metodología cualitativa como la investigación que produce datos descriptivos y la conducta observable. Establecen los siguientes criterios o características que define a los estudios cualitativos de la siguiente manera:

- Es inductiva dado que el investigador no recoge datos para evaluar datos, teorías o hipótesis, si no que desarrolla conceptos, intelecciones y comprensiones

partiendo de las pautas de los datos. De ahí que el diseño de la investigación sea flexible y las preguntas de inicio estén vagamente definidas.

- El investigador tiene una visión holística, en el que el escenario y las personas se consideran de forma integral, teniendo en cuenta tanto su contexto pasado como la situación actual.
- El investigador cualitativo es sensible a los efectos que él mismo causa sobre los protagonistas de su estudio. En las entrevistas en profundidad se mantiene el ritmo de una conversación normal, natural, no se reduce al intercambio de preguntas y respuestas. Al interpretar los datos, el investigador cualitativo intenta entender los efectos que ha provocado sobre las personas que estudia.
- El investigador cualitativo trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Esto quiere decir que es primordial que el investigador trate de comprender, empatizar con lo que los sujetos de estudio están experimentando.
- El investigador suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas o predisposiciones. Ve las situaciones como si sucedieran por primera vez. Nada se da por sobrentendido.
- Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. Se busca comprender las perspectivas de las personas de estudio, todas igual de valiosas y sin juicio de estas.
- Los métodos cualitativos son humanistas. Estudiar a las personas cualitativamente supone conocerlas en lo personal y empatizar con lo que ellas sienten en sus vidas.
- El investigador da énfasis a la validez en su investigación. Los métodos cualitativos nos permiten permanecer cerca de la vida cotidiana de las personas, observándolas y escuchándolas, de esta manera se asegura un estrecho ajuste entre los datos y lo que las personas realmente dicen y hacen.
- Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- La investigación cualitativa es un arte en la que el investigador no es esclavo de un procedimiento o técnica si no es alentado a crear su propio método.

En los métodos cualitativos, el objetivo es percibir el significado de las situaciones, comportamientos, actitudes, a través de procedimientos más inductivos que deductivos, y en el que la recogida de información es flexible a través de observaciones o de entrevistas en profundidad (Ruiz, 2009).

Para explorar y comprender la experiencia de los/as profesionales que llevan a cabo la actividad de la consulta de ética clínica en España, centrándose en la relación interpersonal parece oportuno recurrir a un enfoque inductivo-deductivo. Un diseño flexible y circular que permite trabajar con una propuesta de partida y pensar y repensar según se vayan analizando los datos, manteniendo un rigor interpretativo. Se trata de comprender como viven los consultores su experiencia, desde una visión holística e integral, desde su contexto y empatizando con ellos.

Nuestro papel, dentro de la investigación, consiste en introducirnos dentro de la experiencias y vivencias de los consultores/as, reconociendo que formamos parte del fenómeno estudiado (Hernández et al., 2014).

El enfoque inductivo-deductivo permite, por un lado, explorar las experiencias subjetivas de los/as consultores/as partiendo de datos empíricos (entrevista en profundidad) y a través del análisis de datos identificar categorías emergentes, y por otro lado incorporar conceptos y teorías fundamentadas como referencia para interpretar los datos.

Por esto, no se parte de una hipótesis cerrada que se pretenda probar, si no que se irá generando, construyendo y perfeccionando durante el proceso de investigación.

Dentro de la metodología cualitativa se describen diferentes enfoques o diseños teóricos según el posicionamiento teórico-filosófico que adopten, el proceso de investigación y los métodos utilizados para recoger la información. Entre estos destacan diseños fenomenológicos, teoría fundamentada, diseños etnográficos, diseños narrativos, diseños investigación-acción, entre otros (Azuerro, 2019).

El enfoque teórico que utilizaremos para lograr los objetivos de este estudio es el diseño fenomenológico, basado en el estudio de las experiencias individuales de los/as participantes, respecto a sucesos concretos. Como indica Fuster Guillén, «este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable» (Fuster, 2019, p. 202).

La fenomenología, originada por Edmund Husserl a finales del siglo XIX, se enfoca en la experiencia personal vivida, considerando su relación con el tiempo, el espacio, el cuerpo y las interacciones humanas. Busca comprender cómo los individuos dan sentido a sus vivencias en su conexión con el mundo, destacando la subjetividad y la esencia de sus experiencias (Álvarez-Gayou, 2003).

La fenomenología, según Creswell Mertens y Álvarez-Gayou citado en Hernández et al., (2014), se basa en:

- Describir y comprender desde las perspectivas individuales y construidas colectivamente de los participantes.
- Analizar los discursos y temas para identificar significados subyacentes.
- Confiar en la intuición, imaginación y estructuras universales para aprender de las experiencias de los participantes.
- Contextualizar las experiencias en términos de tiempo, espacio, corporalidad y relaciones humanas.

Este enfoque busca captar la esencia de las vivencias desde una perspectiva profunda y reflexiva.

Dentro de los diseños fenomenológicos optamos por el enfoque hermenéutico. La hermenéutica contemporánea, influida por Wilhelm Dilthey y Hans Georg Gadamer, guía este estudio al concebir la comprensión como un proceso dialógico basado en el lenguaje y la interpretación. Para Gadamer, comprender implica interpretar, ya sea al ponerse en el lugar de otro para captar su perspectiva o al analizar un texto con el objetivo de entenderlo tan profundamente como el autor, e incluso mejor. En enfoque hermenéutico permite interpretar los significados de las experiencias de consultores/as en ética clínica.

En este enfoque, los investigadores adoptamos una actitud *etic*, lo que implica interpretar el fenómeno «desde fuera» con base en los significados compartidos por los participantes. La tarea no se limita a describir lo evidente, sino que busca revelar significados ocultos y contextualizarlos en un sistema de significados más amplio.

La interpretación comprensiva supone la fusión de horizontes entre el intérprete y la realidad estudiada, integrando los hallazgos en el contexto histórico y cultural del investigador. Gadamer señala dos premisas centrales:

1. Historicidad: Las preconcepciones y prejuicios del investigador son inevitables y fundamentales para la comprensión.
2. Universalidad: La comprensión es posible porque compartimos una conciencia humana común.

En este sentido, las presuposiciones no deben eliminarse, sino reconocerse como elementos que posibilitan la interpretación. La hermenéutica, al estar arraigada en la condición humana, permite explorar y comprender las experiencias de otros seres humanos desde una perspectiva integradora (Berenguera et al., 2014).

En resumen, se considera que un estudio cualitativo con diseño fenomenológico - hermenéutico es la elección más adecuada para alcanzar los objetivos planteados, explorando las experiencias subjetivas de los profesionales que llevan a cabo la consulta de ética clínica y vinculándolas con conceptos teóricos de relevancia.

5.2.2 Diseño del estudio

En esta sección se presenta el plan global de investigación, el cómo y con qué procedimientos lograremos los objetivos de estudio planteados.

El diseño de la investigación cualitativa difiere mucho del de la cuantitativa ya que no es estricto ni estático, si no flexible y dinámico, en el que de la reflexión y primeras aproximaciones emergen nuevas ideas o formas de articular la investigación. Esto no quiere decir, como afirman autores/as como, Rodríguez Gómez (1996), Ruiz de Olabuénaga (2009), Pedraz Marcos et al. (2014), que el estudio cualitativo carezca de un proceso general o diseño de investigación.

Estos autores proponen un diseño de trabajo en fases, con carácter continuo, en el que se solapan unas fases con otras, trabajando hacia delante en la búsqueda de los objetivos planteados. En cada fase a su vez aparecen diferentes etapas, que al igual que sucede con las fases se solapan unas con otras, y no es necesario haber finalizado una fase o

etapa de esta, para que estemos trabajando en la siguiente (Pedraz et al., 2014; Rodríguez et al., 1996; Ruiz, 2009).

Durante el proceso de investigación será necesario tomar ciertas decisiones según el progreso del estudio, cuestiones que se trabajaran y solucionaran en cada situación concreta.

5.2.2.1 Sujetos de estudio

El reto de esta etapa se centra en seleccionar a los profesionales que ejercen como consultores/as en ética clínica en España y que pueden aportar relatos significativos sobre su experiencia, para poder comprender, en profundidad, las habilidades y actitudes que despliegan durante el encuentro con quienes solicitan la consulta.

5.2.2.1.1 Selección de los participantes

Una de las características del muestro en investigación cualitativa es que sea intencionado y razonado, de acuerdo con esto, las personas que podían aportar la información más relevante y necesaria eran los/as profesionales que llevan a cabo la consulta de ética clínica en España (Berenguera A et al., 2014).

Se ha utilizado un muestro intencional teórico, como guía para seleccionar a los informantes, ya que lo que se pretendía era recoger la información más relevante, estudiarla, codificarla y analizarla y al ir avanzando decidir qué datos son importantes y dónde encontrarlos (Ruiz, 2009).

El muestreo teórico, desarrollado por Glaser y Strauss, se particulariza en que ni el número de participantes, ni las características de estos se conocen de antemano. La estructura de la muestra se realiza durante el proceso de investigación (Hernández, 2014).

En este caso, los participantes elegidos son los/as profesionales que desempeñan activamente la función de consultores/as en España, y dan su consentimiento para participar en el estudio mediante las entrevistas.

El acceso a estos se realizó a partir de los resultados obtenidos del estudio observacional descriptivo, en el cual se incluyó una pregunta sobre la disposición a participar en una segunda fase cualitativa. Tras un primer contacto, en el que se les informa de los

objetivos del estudio y la metodología a utilizar, se fue seleccionando a los/as que consideramos podrían ser los mejores informantes o participantes.

Para su selección se tuvieron en cuenta los criterios de la selección muestral propuestos por Pedraz et al., (2014):

- La heterogeneidad en función de las posiciones sociales relevantes para los objetivos de la investigación. Se seleccionaron consultores/as de diferentes instituciones a nivel Nacional, de distintas disciplinas profesionales, de género y de edad.
- El equilibrio entre la variación descrita.
- La factibilidad y la accesibilidad a los contextos se entrevistaron a los diferentes protagonistas en los lugares, en los tiempos y de la forma más adecuada para lograr la información más relevante. Se realizaron entrevistas de forma presencial (cara a cara con los informantes) y por videoconferencia, dependiendo del contexto de cada uno.
- El tiempo y los recursos personales y financieros. Como se acaba de indicar, se adaptó la forma de entrevista a los contextos y características socioculturales de los informantes.

También se tuvieron en cuenta los criterios propuestos por Gorden, (citado en Valles), que propone cuatro preguntas básicas que se deben responder en la selección de los/as entrevistados/as, estas son: ¿quién tiene la mejor información?, ¿Quiénes son más accesibles física y socialmente?, ¿quiénes están más dispuestos a informar? Y ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión? (Valles, 2014).

Durante el diseño del estudio no se descartó la opción de recurrir a la técnica de “bola de nieve” para aumentar el número de participantes si fuera necesario. Dicha técnica consiste en que los informantes que ya conocemos nos presenten nuevos sujetos de estudio (Hernández et al., 2014).

En cuanto al número de participantes no puede conocerse ni cerrarse con antelación, ya que depende del criterio de saturación o redundancia. La saturación teórica representa un hito clave en la investigación cualitativa, marcado por el momento en que nuevas exploraciones, ya sea con participantes adicionales o análisis más profundos, dejan de

aportar información significativa o revelaciones novedosas sobre el fenómeno estudiado. En este punto, se considera que el fenómeno ha sido comprendido de manera suficiente desde la perspectiva del diseño metodológico (Pedraz et al., 2014).

5.2.2.2 Técnica de recogida de información

Para la recogida de información se ha optado por utilizar las entrevistas en profundidad, individual, semiestructurada. Taylor y Bogdan (1987), las definen como «reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras».

Alguna de sus características es que son abiertas y flexibles, no se trata preguntar y responder de forma cerrada, es más bien una conversación natural en la que el investigador adquiere un rol activo, en el que aprende qué preguntar y cómo hacerlo. Las entrevistas en profundidad requieren de un proceso, primero se prepara el escenario y tras la entrevista el investigador reposa y reflexiona sobre la información recibida (Taylor y Bogdan, 1987).

Para llevar a cabo las entrevistas se elaboró un guion con preguntas semiestructuradas abiertas que recogían las cuestiones más relevantes para dar respuesta a los objetivos de la investigación (ANEXO III). El guion comienza con preguntas sociodemográficas (edad, género, profesión y especialidad, antigüedad o años de experiencia como consultor), a continuación, preguntas más generales para poco a poco ir avanzando hacia cuestiones más particulares o especiales con el objetivo de ir creando un clima de confianza y finalizar con preguntas tipo «algo más que quiera contarme».

Como cierre, se aconseja un resumen recogiendo los datos más relevantes y ofrecer a los entrevistados la posibilidad de realizar aportaciones (Hernández et al., 2014).

Antes de la despedida, el investigador informaría que, tras la transcripción y análisis y antes de ser publicados los resultados, se les facilitaría una copia para que verifiquen y expresen su conformidad.

En las entrevistas en profundidad semiestructuradas las habilidades de comunicación y la comunicación no verbal juegan un papel determinante, ya que el propósito es escuchar y comprender la perspectiva del entrevistado, desde su punto de vista.

Como se mencionó anteriormente las entrevistas se realizarían en dos formatos: de forma presencial, en todas aquellas personas en las que era fácil el acceso por la disponibilidad de tiempo y la cercanía; a través de video conferencia, en las que por distancia o diferentes situaciones no era posible el modo presencial.

Las personas entrevistadas podían elegir la fecha y la hora para realizar la entrevista. En el caso de que se realizase presencial, también el lugar.

Se preparó un cuaderno de campo o bitácora para el registro de anotaciones durante y después de las entrevistas con el objetivo de recoger la mayor diversidad de datos y circunstancias, desde cómo se siente el investigador, hasta la comunicación no verbal del entrevistado.

Se previó el uso de una grabadora digital para grabar cada entrevista. Dicha grabadora se custodiaría durante todo el proceso de investigación y es de uso exclusivo para el estudio.

En resumen, en esta primera fase se tomaron decisiones muestrales: sobre los sujetos de estudio, los consultores/as en ética clínica, y sobre la técnica para la recogida de datos: la entrevista semiestructurada en profundidad.

5.2.3 Trabajo de campo

La fase de trabajo de campo abarca el período dedicado al acceso al campo, la recolección y registro de datos, utilizando estrategias diseñadas específicamente para captar información directamente de los participantes del estudio (Rodríguez et al., 1999).

Es en esta fase donde el investigador adquiere su mayor protagonismo, en palabras de Morse, citado en Rodríguez et al., 1999, p.222 «la investigación cualitativa será todo lo buena que lo sea el investigador».

Es en este momento, donde el investigador tiene que trabajar sus propias habilidades y actitudes para ponerlas en práctica en el campo de trabajo: la incertidumbre en que los

sujetos de estudio acepten participar, la flexibilidad, la capacidad de adaptación, entre otras.

Coincidió con Morse, en que la versatilidad es clave en esta fase, y la necesidad de ser persistente, de saber esperar e ir despacio en la investigación. También coincidió con Rodríguez Gómez et al, en la importancia de ser meticuloso y ordenado en esta fase, que requiere de un buen archivo de recogida de información, actualizarlo con frecuencia y dejar registrado todas las variaciones que pueden ir siguiendo. (Rodríguez et al., 1999).

Dentro de la fase de campo se incluirá: resumen del desarrollo de las entrevistas, la estructura de la muestra final y el cuaderno de campo o bitácora.

5.2.3.1 Desarrollo de las entrevistas

El punto de partida es el primer contacto con la persona a entrevistar, en nuestro estudio se realizó a primeros de febrero del 2023, a través de correo electrónico, cuyo contacto se había obtenido de los resultados del estudio cuantitativo. En este primer correo electrónico se le explicaba el contexto, los objetivos del estudio y la metodología a la vez que se le solicitaba su participación y se le propuso un primer encuentro para explicarle más en profundidad en qué consistía la entrevista, cómo la realizaríamos y valorar si se trataba de una persona sujeta al estudio.

En este primer acercamiento, se le transmitió la importancia de su participación, el interés en que quisiera participar y la respuesta fue muy gratificante, no sólo por su aceptación a participar sino también por el entusiasmo, interés en la investigación y disponibilidad. Se le informó sobre que preservaremos su anonimato en todo momento, que la entrevista sería grabada para posteriormente ser transcrita y analizada, y que se utilizaría un seudónimo para evitar ser identificada, y el tiempo de la entrevista. Se valoró el formato videoconferencia como modo de realizar la entrevista, para adaptarnos a su circunstancia personal. En este primer acercamiento se pudo constatar que se trataba de una persona sujeta al estudio.

A continuación, se le envió una carta informativa y el consentimiento informado (Anexo IV) y se concretó una fecha para realizar la entrevista.

La primera entrevista se realizó el día 23 de febrero de 2023, a través de Teams. Antes de comenzar la entrevista se preparó meticulosamente el espacio (cuidando la intimidad y privacidad), el material y ordenador con cámara y grabadora.

Las entrevistas provocan cierta inquietud, por el deseo de que todo salga bien, los investigadores son conscientes de que no tendrán muchas oportunidades de entrevistas y que cada una de ellas tiene que ser especial y personalizada.

La entrevista comenzó recordando cuál era el objeto de estudio e informando de la utilización de un cuaderno para ir tomando notas. Las primeras preguntas fueron generales «¿cómo empezaste en la consultoría?» «qué opinas sobre la consultoría». Según fue avanzando la conversación, con un clima más distendido se trataron cuestiones más particulares, profundas y personales, contenidas en el guion de la entrevista, sin embargo, el orden se fue modificando según ritmo y temas. Algunos de los temas previstos en el guion fueron apareciendo sin necesidad de ser preguntados.

Se finalizó la entrevista con una pregunta tipo «¿hay algo más que te gustaría contar?» y como había advertido la Dra. M. Ruiz López, tras esta pregunta comenzaron a aparecer cuestiones relevantes, con mucho significado en las que como investigadores no habíamos caído y que alguna de ellas fueron incluidas en el guion para futuras entrevistas.

Antes de la despedida, se dedicaron unos minutos a revisar el diario de campo, se realizó un resumen con los datos más relevantes con la intención de confirmar y reafirmar que se había entendido y comprendido lo expresado por el/la entrevistado/a.

Durante toda la entrevista se cuidaron especialmente ciertos aspectos de la relación, para conseguir una entrevista exitosa y de calidad (Berenguera et al., 2014; Pedraz et al., 2014; Ruiz, 2009).

En consecuencia, se aceptó a la persona sin juzgarla entendiendo que lo que exponía y transmitía era su perspectiva y con sus argumentos, haciéndoselo saber a través de la empatía con frase como «entiendo lo que comentas». Mantener la atención y concentración, utilizando reformulaciones para demostrar el interés por lo que la persona está contando. Utilizar los silencios, no interrumpir y dejar hablar, encontrar el equilibrio entre la pausa reflexiva y la respuesta rápida. La escucha activa, evitando

interrumpir, es fundamental para captar el mensaje y significados tanto a nivel verbal como no verbal.

La investigadora principal, considera que su formación en counselling y experiencia como escucha en acompañamiento en situaciones difíciles le sirvieron de ayuda para realizar las entrevistas, ya que muchas de las actitudes del counselling y de las habilidades coinciden con las consideradas por autores como Ruiz Olabuénaga o Pedraz Marcos, como estrategias para conseguir un discurso rico y fluido.

Se necesita crear un vínculo de confianza para que el/la entrevistado/a se relaje, no sienta que es un interrogatorio y le facilite transmitir todas sus opiniones.

La empatía es otra de las actitudes y habilidades que se requiere para realizar una entrevista de calidad, le permitirá al protagonista no sentirse juzgado, narrar la historia y al investigador comprobar que no está realizando interpretaciones erróneas (Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003).

Durante esta primera entrevista, también se constató la circularidad de los procesos de investigación cualitativa, tras finalizar y sin aún haber transcrito la entrevista, algunas posibles categorías comenzaban a aflorar en el diario de campo.

Tras esta primera entrevista comenzaron a sucederse otras nuevas, algunas de forma telemática y otras de forma presencial *cara a cara*. Para todas, el proceso de acercamiento y contacto fue muy similar, una vez detectado que se trataba de una persona adecuada para el estudio se concretaba una cita para la entrevista.

La tercera entrevista se realizó de forma presencial. El lugar elegido para la misma fue el despacho del entrevistado. Previamente se le había comentado la necesidad de ser un lugar que reuniese ciertas características como la intimidad, sin ruidos e interrupciones.

Durante los meses marzo y abril se realizaron nueve entrevistas, sin embargo, a partir de este momento se sufrió un parón y fue difícil concretar nuevas entrevistas. El periodo de nuevas entrevistas tuvo lugar entre septiembre de 2023 y abril de 2024. Siendo el último tramo el más duro para localizar a personas que fueran sujetos de estudio.

Durante este tramo se utilizó a la técnica de «bola de nieve» para aumentar el número de participantes, obteniendo 3 nuevos candidatos.

Conforme fue avanzando el estudio, decidimos incluir a los consultantes, es decir, las personas que deciden realizar una consulta, consideramos que podían aportar una información rica y profunda sobre el tema de estudio. Esta decisión se enmarca en la flexibilidad y circularidad de la investigación cualitativa y de las características del muestro intencional (Ruiz, 2009).

Los criterios de inclusión que se establecieron para los/as consultantes buscaban asegurar la pertinencia y riqueza de la información obtenida. Se incluyeron aquellas personas que hubieran solicitado de manera explícita una consulta de ética clínica en su institución, que hubieran participado de forma directa en al menos un encuentro con el equipo o consultor/a de ética clínica y que otorgaran su consentimiento informado para participar en el estudio. El acceso a los/as consultantes se realizó a través de los consultores/as previamente entrevistados, quienes facilitaron el contacto inicial, garantizando en todo momento la voluntariedad y la confidencialidad de los datos.

Se excluyeron aquellas personas que, aun habiendo estado vinculadas a un proceso de consulta de ética, no participaron de manera directa en los encuentros, así como quienes no otorgaron el consentimiento informado.

Se elaboró un nuevo guion para las entrevistas (Anexo V) y el acceso a los/as consultantes se realizó a través de los/as consultores/as, una vez entrevistados se les solicitó que nos pusieran en contacto con ellos/as. A continuación, se le envió una carta informativa y el consentimiento informado (Anexo IV) y se concretó una fecha para realizar la entrevista.

Las entrevistas a los/as consultantes se realizaron entre septiembre y diciembre de 2023. Se conto con 3 personas sujetas de estudio, su localización y su participación fue mucho más complicado de lo que esperábamos.

En abril del 2024 habíamos realizado un total de 19 entrevistas: 16 a consultores/as de ética clínica, de las cuales 13 fueron en formato videoconferencia y 3 presenciales, y 3 a consultantes, con este material consideramos que la información ya estaba saturada puesto que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y no aportan información novedosa o relevante (Ruiz, 2009).

Todas las entrevistas se realizaron en un único encuentro, con una duración entre 40 y 80 minutos.

En resumen, durante el trabajo de campo se realizaron 19 entrevistas en profundidad a dos grupos de muestra: 16 consultores/as y 3 consultantes. Con una duración media de 63 minutos. Todas las entrevistas fueron grabadas en una grabadora digital y 16 del total también en video. Cada una de las entrevistas fue transcrita a un documento de Word, a través del servicio de transcripción de grabación de video que ofrece Teams (Microsoft 365) para las entrevistas realizadas por videoconferencia y a través de un programa de reconocimiento de voz para las entrevistas presenciales. A cada entrevistado se le asignó un seudónimo para mantener la confidencialidad de los datos.

Las transcripciones fueron revisadas, escuchando repetidamente las grabaciones y visualizando los videos, para asegurarnos que no había errores y que lo transcrito coincide con lo escuchado. Durante las transcripciones nos ayudábamos del cuaderno de campo para anotar en otro color lo reflejado en este o ideas que recordábamos al escuchar grabación o ver los videos.

Desde la realización de cada entrevista a la transcripción no transcurrieron más de 5 días, con el objetivo de recordar con mayor precisión y como se ha mencionado, sirviéndonos del cuaderno de campo.

5.2.3.2 Diario de campo

Durante todo el trabajo de campo se utilizó un cuaderno, con diferentes objetivos y al que posteriormente se le fueron dando diferentes usos.

Dividimos al cuaderno en dos secciones; una de ellas dedicada única y exclusivamente a anotar todo lo relativo a las entrevistas y la otra al proceso de investigación.

En la entrevista se iban anotando ideas que surgían, para que no se nos olvidase retomarlas cuando el entrevistado hubiera terminado de hablar y así evitar interrumpir. También se iban apuntando ideas clave o relevantes en las que profundizar.

Un segundo objetivo era ir registrando, observaciones y la comunicación no verbal de los entrevistados, el tono de voz, la mirada, las expresiones de la cara, conjeturas que en muchas ocasiones servían de guía para como proseguir en la entrevista. Estas anotaciones fueron de gran utilidad para transcribir las entrevistas y posterior análisis ya que recogían datos que la grabadora no capta.

En esta primera parte, también se registraron anotaciones personales, sensaciones y pensamientos del entrevistador que servirían de guía en las siguientes entrevistas.

La segunda parte del diario la dedicamos para reflejar anotaciones temáticas; ideas, hipótesis, nuevas preguntas de investigación, posibles categorías que iban apareciendo durante las entrevistas e incluso alguna conclusión preliminar. En resumen, todos los datos que consideramos de importancia y de utilidad para el desarrollo de la investigación.

5.2.4 *Análisis*

Como se ha ido mencionando en párrafos anteriores, la fase de análisis cualitativa no se refiere a una etapa que comience en un momento determinado, si no que se va realizando de forma preliminar en el trabajo de campo (Gibbs, 2022; Valles, 2014).

El análisis en investigación cualitativa es definido por Strauss y Corbin, (2002) como:

La interacción entre los investigadores y los datos. Es al mismo tiempo arte y ciencia. Es ciencia en el sentido que mantiene un cierto grado de rigor y se basa en el análisis de datos. La creatividad se manifiesta en la capacidad de los investigadores de denominar categorías con buen tino, formular preguntas estimulantes, hacer comparaciones y extraer un esquema innovador, integrado y realista de conjunto de datos brutos desorganizados. (p.22)

Siguiendo esta definición y de acuerdo con los autores, optamos por la teoría fundamentada, también denomina *Grounded Theory* propuesta por Glaser y Strauss (1967) como método de análisis, en el que la recolección de datos, el análisis y la teoría están interconectados y estrechamente relacionados, esta teoría nace de los datos.

Por lo tanto, se trata de un proceso reiterado, con comparaciones constantes, en el que a través de un análisis inductivo de los datos se construye una teoría sobre el objeto de estudio. Tras el análisis se compara las ideas generadas con teorías o ideas ya existentes (Gibbs, 2022; Hernández, 2014; Hernández et al., 2014).

El centro del procedimiento práctico de la teoría fundamentada es la interpretación de los datos recogidos, en nuestro caso, a través de las entrevistas en profundidad. A través

de la interpretación de las transcripciones y las notas del cuaderno de bitácora se persigue reducir el texto a categorías, a través de la codificación (Flick, 2007).

Glaser y Strauss (1967), introducen el término de codificación teórica para referirse al procedimiento de analizar los datos. Strauss y Corbin (2002) entienden la codificación como fragmentar, conceptualizar, confeccionar y relacionar los datos y en este proceso diferencian tres etapas para analizar los textos: «codificación abierta», «codificación axial» y «codificación selectiva» (Flick, 2007).

Estas etapas no están sujetas a fases temporales o independientes una de otras, si no que se van solapando de forma flexible a través de microanálisis, lo que nos permite construir la teoría fundamentada:

- Codificación abierta: en esta fase el investigador disecciona, fragmenta el texto, se clasifican las citas en unidades de significado y se expresa en forma de conceptos. Estos conceptos son denominados códigos. Estos códigos se agrupan en temas relevantes, las categorías.
- Codificación axial: una vez obtenida una lista de códigos y categorías, se seleccionan las categorías más relevantes y se establecen las relaciones entre ellas.
- Codificación selectiva: se trata de un nivel superior de abstracción, en esta fase hay que elegir entre diferentes fenómenos, priorizar y decidir la categoría central y las subcategorías vinculadas a ella.

La codificación es un proceso esencial en el análisis de datos cualitativos que permite transformar el material empírico en conceptos y teorías mediante un proceso progresivo de abstracción. Este procedimiento combina la comparación constante de fenómenos, conceptos, situaciones, etc. con la formulación de preguntas que guían la interpretación del texto, favoreciendo la generación de significado a partir de los datos.

Inicialmente, se asignan códigos descriptivos, directamente relacionados con el contenido textual. Conforme el análisis avanza, estos códigos se vuelven más abstractos, lo que facilita agruparlos en subcategoría y categorías generales que reflejan patrones significativos en los datos. A partir de estas categorías, se exploran tanto relaciones

jerárquicas (entre conceptos más amplios y específicos) como conexiones horizontales (entre conceptos del mismo nivel).

El desarrollo teórico se concreta a través de la construcción de redes de conceptos y categorías que revelan las dinámicas y estructuras subyacentes del fenómeno estudiado. Este proceso se complementa con notas reflexivas y memorandos, en los que el investigador registra ideas emergentes, asociaciones y preguntas clave, enriqueciendo la interpretación y asegurando la coherencia del análisis.

Este enfoque iterativo y sistemático asegura que las teorías generadas se construyan directamente desde los datos, ofreciendo interpretaciones fundamentadas y representativas de las experiencias investigadas (Flick, 2007).

Tal como se ha expuesto en párrafos anteriores, y conforme a las recomendaciones bibliográficas, el análisis de datos se comenzó a realizar tras la transcripción de las primeras entrevistas, así también, evitábamos el tener que enfrentarnos posteriormente a una gran cantidad de datos.

El análisis inicial de las entrevistas se llevó a cabo utilizando Microsoft Excel, registrando las unidades de significado y asignando un código. Sin embargo, al ir acumulándose el material, surgieron inquietudes sobre cómo organizar tantos datos, aprovecharlos adecuadamente y gestionar las unidades de significado asignadas a los códigos. Para abordar estos desafíos, se decidió utilizar un software de análisis de contenido cualitativo asistido por ordenador (CAQDAS) específicamente ATLAS. ti. versión 23.3.4. Este programa facilitó la codificación de grandes volúmenes de texto, permitiendo crear múltiples códigos, asignar un código a varias unidades de significado o viceversa, y generar informes detallados, optimizando así la gestión y análisis de datos.

Algunas categorías se fueron nombrado a partir de categorías existentes y otras se fueron nombrado con términos propios de los investigadores o a través de códigos «in vivo», utilizando palabras de las propias personas entrevistadas. En esta fase se focalizó la atención en las expresiones y concepciones de los entrevistados/a con una visión teórica y analítica para evitar interpretaciones y que los códigos fueran simplemente descriptivos.

Durante la categorización de los datos se fueron escribiendo anotaciones o «memos», con interrogantes, ideas, posibles relaciones o reflexiones, con el objetivo de no perder información relevante. El registro de memos permitió extraer un informe completo de esto, que fue de gran utilidad para el análisis de primer nivel.

Se realizó el mismo tipo de análisis para todas las entrevistas, consultores/as y consultantes, pero en procesos de categorización diferentes.

En un primer nivel de análisis de las entrevistas realizadas a consultores/as, tras realizar un proceso reflexivo y refinar, alguno de los términos, se concretaron cuarenta subcategorías que se muestran en el siguiente cuadro:

Tabla 4: Cuadro de subcategorías. Entrevistas a consultores/as

SUBCATEGORIAS	
Acciones de apoyo y ayuda_Acompañamiento	Identificar el problema ético
Aceptación incondicional_No juzgar_Respeto	Identificar todos los elementos o circunstancias del problema
Análisis y deliberación en mini-equipo	Identificar y argumentar diferentes opciones ante un problema
Asertividad	Mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos
Autenticidad_Congruencia	Necesario horas de casos prácticos
Casos complejos se analizan en el CEA	Perfil profesional del/ de la consultor/a
Comunicación adaptada a la persona	Permitir que las partes involucradas participen en el proceso
Comunicación no verbal	Preguntas abiertas para clarificación
Dar respuestas empáticas_Reformulación	Propiocepción y su rol en la interacción. Cuerpo y mente en la relación
Descarga moral y emocional del consultante	Reconocer e identificar tus límites y valores
Documentar y visibilizar el proceso favorece la formación a otros profesionales	Reconocer el impacto emocional que suscitan los problemas éticos
Donación y responsabilidad	Reconocimiento e integración institucional
El consultor es un mini-equipo	Reconocimiento mutuo "ens indigente" y "ens offerens"
El encuentro como espacio para la formación en valores y principios	Redactar el proceso y deliberación de la consulta
El encuentro como proceso de formación en deliberación y análisis	Respuesta humana hacia el otro
Empatía	Seguimiento del caso
Encuentro presencial como punto de partida	Tranquilidad y confianza
Escucha activa	Vínculo de confianza
Formación en bioética para trabajar los valores	Visibilidad en la Historia Clínica
Formación en habilidades de comunicación	Visibiliza y dinamiza al CEA

Fuente: elaboración propia

Tras este primer nivel de análisis, fue necesario recurrir nuevamente al papel y al programa Excel para evitar perder la creatividad y facilitar la codificación axial de las subcategorías. Se utilizaron diferentes tablas para ir agrupando las subcategorías que tratan sobre el mismo tema, cada una de las cuales estaba representada por al menos tres unidades de significado. Estas tablas ayudaron a realizar comparaciones entre ellas, los textos seleccionados para nombrarlas y crear una jerarquía.

En este segundo nivel de análisis la visión *etic* del investigador cobra más valor al buscar relaciones entre las diferentes subcategorías, reflexionando e interpretando que relación hay entre ellas.

Las cuarenta subcategorías se agruparon en once categorías, y a cada una de ellas se le asignó una definición para determinar que subcategoría se incluía bajo este epígrafe. En un caso particular, una subcategoría fue desarrollada como categoría, al mostrar una presencia reiterada en los relatos y una importancia clave dentro de la familia temática correspondiente. Se trata de “El mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos”, que ofrecía una comprensión especialmente clara y relevante del fenómeno analizado, lo que justificó su desarrollo como categoría independiente.

En el siguiente cuadro se presentan las categorías con su definición y las subcategorías que engloba.

Tabla 5: Categorías, definiciones y subcategorías. Entrevistas consultores/as

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS
Competencias durante el proceso de consulta	Engloba las competencias técnicas y prácticas que el/la consultor/a posee y pone en práctica durante todo el proceso de consulta en ética clínica.	Identificar y argumentar diferentes opciones ante un problema
		Identificar todos los elementos o circunstancias del problema
		Identificar el problema ético
		Permitir que las partes involucradas participen en el proceso
		Encuentro presencial como punto de partida
		Análisis y deliberación en mini-equipo
		Casos complejos se analizan en el CEA
		Seguimiento del caso
		Redactar el proceso y deliberación de la consulta

Habilidades de comunicación	Incluye las subcategorías vinculadas a la capacidad de los/as consultores/as que le permiten transmitir y recibir información de manera clara, empática y adaptada al contexto.	Escucha activa
		Comunicación no verbal
		Preguntas abiertas para clarificación
		Dar respuestas empáticas_Reformulación
		Comunicación adaptada a la persona
Habilidades interpersonales durante el encuentro	Recoge las habilidades para establecer, mantener y gestionar relaciones humanas saludables, humanizadas y éticas por parte del consultor/a.	Vínculo de confianza
		Reconocer e identificar tus límites y valores
		Reconocimiento mutuo "ens indigente" y "ens offerens".
Actitudes y valores éticos del consultor/a	Disposiciones internas y valores que guían la conducta y comportamiento de los consultores/as.	Aceptación incondicional_No juzgar_Respeto
		Autenticidad_Congruencia
		Empatía
		Asertividad
Ética del encuentro_Valores que transforman	Engloba las subcategorías referidas a los valores, desde una perspectiva ética y humana, que los consultores/as mantienen y exteriorizan durante el encuentro con los consultantes. Centrados en la dinámica relacional.	Respuesta humana hacia el otro
		Donación y responsabilidad
		Tranquilidad y confianza
El encuentro como mitigador del sufrimiento moral y emocional	Comprende las subcategorías vinculadas con la respuesta que provoca en el consultante el poder compartir sus emociones e inquietudes que emergen durante el proceso de consulta.	Acciones de apoyo y ayuda_Acompañamiento
		Propiocepción y su rol en la interacción. Cuerpo y mente en la relación
		Descarga moral y emocional del consultante
		Reconocer el impacto emocional que suscitan los problemas éticos
El encuentro como proceso de formación en bioética y deliberación	Beneficios, a nivel formativo, que provoca en el consultante las reuniones y el proceso de consulta.	El encuentro como espacio para la formación en valores y principios
		El encuentro como proceso de formación en deliberación y análisis
		Documentar y visibilizar el proceso favorece la formación a otros profesionales
Mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos	Beneficios que aporta el mini-equipo frente a la figura de un/a único/a consultor/a.	Mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos
Mini-equipo dinamiza el CEAS	Contiene las subcategorías relacionadas con la forma colegiada de la figura del consultor/a y los beneficios sobre el CEAS	El consultor es un mini-equipo
		Visibiliza y dinamiza al CEA

Formación en bioética y comunicación	Incluye las subcategorías sobre la formación necesaria para ser consultor/a.	Formación en bioética para trabajar los valores
		Formación en habilidades de comunicación
		Necesario horas de casos prácticos
Profesionalización y fortalecimiento	Se refiere a las subcategorías vinculadas con las propuestas de los/as consultores/as para establecer y fortalecer la figura del consultor/a en ética clínica	Reconocimiento e integración institucional
		Visibilidad en la Historia Clínica
		Perfil profesional del/ de la consultor/a

Fuente: elaboración propia

En el tercer nivel de análisis se establecieron cinco familias temáticas cualitativas, resultado de la investigación o teoría, que son:

- El encuentro de proximidad reparador y formativo.
- Dimensión ética: valores y actitudes transformadores del encuentro.
- Competencias del consultor/a en ética clínica.
- Consultor/a como mini-equipo.
- Retos y roles del/de la consultor/a en ética clínica.

Cabe señalar que la última de estas familias temáticas, Retos y roles del/de la consultor/a en ética clínica, no deriva directamente de los objetivos iniciales del estudio, sino que emerge de forma inductiva a partir de los relatos finales de las primeras entrevistas. Estas intervenciones espontáneas reflejaban percepciones compartidas sobre la identidad profesional del/de la consultor/a, sus desafíos y posibles desarrollos futuros. Como consecuencia, se decidió incorporar algunas preguntas específicas sobre este tema en las entrevistas posteriores. Por su relevancia interpretativa y frecuencia, se consideró metodológicamente pertinente incorporarla como familia temática autónoma en el análisis.

En relación con el análisis de las entrevistas a consultantes, como se ha mencionado en párrafos anteriores, se siguió el mismo método, se obtuvieron 11 subcategorías, que una vez renombradas, se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 6: Cuadro de subcategorías_Entrevistas a consultantes

SUBCATEGORÍAS	
Accesibilidad	Facilita la participación de los implicados
Acompañamiento emocional y ético	Mejora la calidad asistencial
Aprendizaje bioético durante el proceso	Método estructurado para el análisis de casos
Ellos tienen una mirada holística de la situación	Mirada aséptica ante el problema moral
Empatizan	Vinculo de confianza
Encuentro	

Fuente: elaboración propia

Estas once subcategorías se agruparon en cinco categorías, a continuación, se presenta el cuadro con la agrupación de estas y la definición establecida:

Tabla 7: Categorías, definiciones y subcategorías. Entrevistas consultantes

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	SUBCATEGORÍAS
Relación Interpersonal	Engloba a las subcategorías vinculadas con la interacción entre consultantes y consultores/as, destacando la importancia de la comunicación y la relación de confianza.	Vinculo de confianza
		Empatizan
		Encuentro
Acompañamiento emocional y ético	Se refiere al soporte emocional y moral recibido durante el proceso de consulta.	Acompañamiento emocional y ético
Actitudes durante el proceso	Agrupan actitudes más relevantes que los/as consultantes destacan de los/as consultores/as.	Accesibilidad
		Mirada aséptica ante el problema moral
Competencias durante el proceso	Capacidades y cualidades que perciben los consultantes, durante el proceso de consulta, de los/as consultores/as.	Facilita la participación de los implicados
		Método estructurado para el análisis de casos
		Ellos tienen una mirada holística de la situación
Impacto del/de la consultor/a en otros	Se refiere a los beneficios o impacto que el proceso de consulta y el consultor/a tiene sobre los implicados.	Aprendizaje bioético durante el proceso
		Mejora la calidad asistencial

Fuente: elaboración propia

De este análisis se obtuvieron tres familias temáticas cualitativas:

- La relación consultor/a y consultante: un vínculo de confianza.
- Competencias y actitudes de los/as consultores/as según los/as consultantes
- Beneficios del proceso de consulta.

5.2.5 Criterios de calidad

La calidad en la investigación cualitativa es esencial para garantizar que los hallazgos sean confiables, relevantes y útiles, tanto desde un punto de vista académico como práctico. Entre las múltiples propuestas existentes, en el contexto de este estudio, se han aplicado los ocho criterios propuestos por S. Tracy, por su claridad, aplicabilidad y enfoque integral (Tracy, 2021).

1. Tema valioso: se refiere a que el tema sea significativo, tanto teórica como socialmente; que aborde problemas poco explorados, desafiando suposiciones existentes; y que los hallazgos sean relevantes para múltiples públicos, generando un impacto más allá del ámbito académico.

Esta investigación aborda un tema significativo tanto teórica como socialmente, centrado en la relación entre el consultor y el consultante en el ámbito de la ética clínica, a la luz de un pensamiento humanista. Este enfoque responde a necesidades prácticas y teóricas actuales, no se conocen estudios similares sobre el tema, ofreciendo aportes que trascienden el ámbito académico. La relevancia de este estudio radica en explorar un aspecto crítico en las interacciones ético-clínicas, con el potencial de generar un impacto transformador.

2. Elevado rigor: se basa en la riqueza y complejidad de los datos, asegurando una representación detallada y diversa del fenómeno estudiado. Este enfoque, conocido como «variedad necesaria» (Weick, 2007), implica utilizar múltiples teorías, contextos y muestras para reflejar adecuadamente la complejidad del fenómeno. El rigor asegura la validez aparente al garantizar que los datos y el diseño sean razonables y adecuados, evaluando aspectos como:

- Suficiencia de los datos para respaldar las afirmaciones.
- Tiempo invertido en recopilar información relevante.
- Adecuación del contexto y la muestra.
- Uso de procedimientos apropiados para la recolección y análisis.

El tiempo de trabajo de campo fue prolongado con la intención de encontrar nuevos informantes que aportaran nuevas perspectivas. Este estudio cuenta con una muestra significativa y heterogénea de consultores/as que permitió la

saturación de los datos para generar afirmaciones relevantes. En el caso de las entrevistas a consultantes, puesto que el objetivo es profundizar en la comprensión de las experiencias vividas por los implicados en el proceso de consulta de ética clínica, tres participantes permitieron acceder a narrativas ricas, significantes.

Las entrevistas fueron analizadas tras ser realizadas, indagando en cada una de ellas hasta que no se apreciaban datos más relevantes. Durante toda la investigación se utilizó el diario de campo, en él se registraban casi de forma inmediata todas las observaciones que íbamos realizando, lo que aseguró no perder datos significativos.

3. Sinceridad:

- Este criterio resalta la importancia de la transparencia en los métodos y procesos.
- La autorreflexión del investigador sobre sus sesgos y limitaciones juega un papel crucial.
- Incluye la autenticidad en la representación de los datos, lo que fomenta la confianza en los resultados.

Realizamos un proceso reflexivo y autocrítico durante todo el proceso de estudio, evaluando nuestros prejuicios, ideas preconcebidas y motivaciones. Antes de las entrevistas la investigadora principal realizaba un trabajo reflexivo, con la intención de comenzar con la cabeza libre de ideas y así evitar posibles sesgos. También durante todo el proceso nos aparecieron interrogantes como ¿por qué este estudio y no otro? o ¿estamos preparados? Con honestidad supimos dar respuesta y continuar con el proyecto.

Se consultó con otros investigadores expertos para que valorasen la idoneidad y progreso del estudio.

4. Credibilidad

- Se asegura mediante descripciones vívidas, triangulación de datos y la incorporación de múltiples perspectivas (multivocalidad).

- La revisión por los participantes ayuda a validar las interpretaciones y conclusiones del estudio.
- La credibilidad permite que los hallazgos sean comprensibles y confiables para otros.

Aseguramos la credibilidad a través de entrevistas profundas, detalladas, en las que se intentaba no terminar hasta comprobar que la entrevista estaba saturada de datos. Se realizaron transcripciones meticulosas de las entrevistas, que fueron revisadas en diferentes ocasiones. Todas las entrevistas fueron devueltas a los participantes a los que se les dio la opción de realizar nuevas aportaciones.

Durante el análisis, las categorías y metacategorías fueron revisadas y contrastadas por expertos/as en investigación cualitativa y con el marco teórico para garantizar la coherencia y profundidad interpretativa.

5. Resonancia

- Implica que los resultados deben impactar emocionalmente y ser relevantes para diversas audiencias.
- Esto se logra mediante narrativas evocadoras, ricas en detalle, y generalizaciones que permiten la transferencia de los hallazgos a diferentes contextos.

Los hallazgos de este estudio buscan el impacto emocional de los lectores, la reflexión sobre la importancia de encuentros de calidad y humanizados entre consultor/a y consultantes. A través de narrativas ricas, evocadoras y sensibles, que reflejan la complejidad de las relaciones interpersonales cuando están de fondo los valores y las emociones de los implicados.

Se busca que los resultados puedan ser transferidos a contextos como la práctica diaria de la consulta en ética clínica y la formación de nuevos/as consultores/as.

6. Contribución significativa

- La investigación debe proporcionar nuevas perspectivas, implicaciones prácticas y conocimiento útil.

- Se espera que los hallazgos sean innovadores y aporten tanto al ámbito teórico como al práctico, fomentando nuevas preguntas de investigación.

Este estudio pretende ofrecer nuevos conocimientos y perspectivas sobre la relación consultor-consultante, identificando buenas prácticas y áreas de mejora en el proceso de consulta ética. Además, se busca fomentar la reflexión crítica y la generación de nuevas líneas de investigación en bioética y metodologías cualitativas aplicadas a la ética clínica.

7. Ética

- Incluye la ética procedimental, como el consentimiento informado, y la ética situacional, que responde al contexto específico de la investigación.
- El bienestar de los participantes y el impacto ético del estudio son fundamentales para garantizar una práctica responsable.

Durante todo el proceso se veló por la confidencialidad de los datos personales de los participantes, garantizando el anonimato de estos, así como la custodia de todos los documentos.

Para garantizar el anonimato, todas las entrevistas fueron descargadas en un ordenador al que sólo la investigadora principal tiene acceso. Se utilizó un seudónimo para cada participante. Si durante las transcripciones de las entrevistas aparecían nombres de compañeros o de instituciones, estos datos no se transcribían de forma literal, se utilizaron nuevos seudónimos para evitar realizar conexiones de identificación.

Las consideraciones éticas de esta investigación serán abordadas de forma más detallada en una sección aparte.

8. Coherencia significativa

- La coherencia asegura la alineación entre los objetivos, preguntas de investigación, métodos y hallazgos.

- Este criterio resalta la importancia de una narrativa integrada y bien construida, que refleje la lógica y consistencia del estudio.

Se optó por un diseño cualitativo ya que la intención era comprender la visión y perspectiva de los/as consultores/as, desde el interior, priorizando en captar el significado particular de cada situación, con un diseño flexible y circular que permite trabajar con una propuesta de partida y pensar y repensar según se vayan analizando los datos, lo que garantiza la coherencia de esta investigación

Estos criterios no solo aseguran un análisis meticuloso y ético, sino que también promueven la resonancia y la contribución significativa, aspectos fundamentales para un estudio que busca explorar y aportar en el ámbito de la bioética y la relación entre consultor y consultante.

5.3 Consideraciones éticas

En toda investigación, las consideraciones éticas son un pilar fundamental que garantizan la integridad del proceso y la protección de los derechos de las personas implicadas. Durante este estudio de investigación, tanto en la fase I como en la fase II se cumplieron los cuatro principios propuestos por el "Código Europeo de Conducta para la Integridad de la Investigación" (All European Academies (ALLEA), 2023):

Estos principios son:

- **Fiabilidad:** garantizando la calidad del diseño de la investigación, la metodología, el análisis y el uso de recursos. El diseño metodológico de esta investigación, basado en un enfoque cualitativo, incluye el análisis de datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad. Por tanto, la relación con los participantes y el manejo de la información obtenida se sustentaron en los principios de respeto, confidencialidad y consentimiento informado. La confidencialidad se mantuvo de diferentes formas: por un lado, a través del anonimato de los participantes utilizando un seudónimo en todo momento, al igual que con terceras personas que pudieron aparecer en las narraciones; mediante la custodia de los datos personales a través de la

utilización de un único ordenador al que solo la investigadora principal tenía acceso.

- **Honestidad:** a todos los participantes, en el estudio cuantitativo (fase I), junto con el cuestionario se les envió una carta informativa en la que se describían los objetivos del estudio y se les solicitaba participación que, tras su lectura, aceptaban de forma explícita, cumplimentar el cuestionario de forma voluntaria (Anexo IV).

A los participantes, del estudio cualitativo, se les ofreció información sobre la investigación que incluía el objeto de estudio, los procedimientos a utilizar (grabación, transcripción y análisis) y los procedimientos para garantizar la protección de sus datos. Tras esta información y comprobar que los participantes habían entendido en proyecto, los participantes firmaron un consentimiento informado (Anexo V). De esta forma, los participantes decidían colaborar de forma voluntaria en la investigación. A todos/as, se les ofreció la oportunidad de revocar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

Además, durante toda la investigación se compararon riesgos y beneficios para los participantes en el estudio, y no se evidenció daño alguno para los participantes.

Estos principios son fundamentales para salvaguardar la dignidad, la autonomía y el bienestar de todos los implicados.

- **Respeto:** a todas las personas, durante todo el proceso se consideró la dignidad humana de los participantes, sin discriminación alguna. Se protegió la intimidad de las personas, tanto a nivel de identidad como los pensamientos y emociones compartidos.
- **Responsabilidad:** durante todo el proceso y desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta los riesgos/beneficios y su repercusión a nivel personal y social.

En relación con la ética procedimental, esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la investigación de la Universidad Pontificia de Comillas, Dictamen 6/22-23 (Anexo VI), al tiempo que se ha dado cumplimiento a los estándares éticos establecidos en los siguientes documentos: la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica

Mundial 2013; el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos; la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

Se solicitó a todos los participantes, del estudio cualitativo (fase I) un consentimiento explícito tras haberles informado de todos los aspectos científicos relevantes y de la información que en materia de protección de datos resulta necesaria, de conformidad dispuesto en el artículo 13. RGPD.

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

Este capítulo presenta los aspectos fundamentales de las dos investigaciones objeto de esta tesis. En primer lugar, se exponen los resultados del estudio cuantitativo, cuyo objetivo principal fue conocer la situación actual de la consulta de ética clínica y la figura del/de la consultor/a en España, a partir del análisis de los datos recogidos.

A continuación, se describen los hallazgos del estudio cualitativo, orientado a explorar y comprender tanto la perspectiva profesional como la experiencia subjetiva del/de la consultante, en el marco de la consulta de ética clínica en nuestro país. Este segundo análisis pone especial atención en la dimensión interpersonal, así como en las actitudes y habilidades de relación y comunicación que los/as profesionales despliegan durante el proceso, y en cómo estas son vividas por quienes solicitan la consulta.

6.1 Resultados estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal con carácter exploratorio

6.1.1 *Análisis descriptivo de la muestra*

Este cuestionario contó con 87 respuestas válidas de profesionales sociosanitarios en representación de los Comités de Ética Asistencial, lo que se corresponde con un 37,6 % de la población diana (N=231). Aunque el tamaño muestral fue de 145 respuestas para alcanzar plena representatividad estadística, la tasa de respuesta finalmente obtenida (37,6 % de la población diana) confiere al análisis un carácter exploratorio. Por tanto, los resultados deben interpretarse como una aproximación inicial a la realidad de la consulta de ética clínica en España.

Estos profesionales están adscritos a 87 centros o servicios diferentes, de los cuales 66 (75,9 %) pertenecen al ámbito hospitalario, 10 (11,5 %) a Atención Primaria, 6 (6,9 %) a centros sociosanitarios, 3 (3,4 %) a servicios extrahospitalarios y 2 (2,3 %) a Servicios Sociales (Tabla 8).

Tabla 8: Respuestas a cuestionario válidas por tipo de centro (N=87)

Tipo de Centro	Frecuencia	Porcentaje
Hospitales	66	75,9 %
Atención Primaria	10	11,5 %
Socio-sanitarios	6	6,9 %
Extrahospitalaria	3	3,4 %
Servicios sociales	2	2,3 %

Fuente: elaboración propia

Se recogió información de centros ubicados en 14 de las 17 Comunidades Autónomas (CCAA), además de algunas entidades de ámbito estatal o indeterminado. La tabla 9 recoge la comparación entre la distribución de la población diana (N=231) y la muestra (n=87), lo que permite valorar el grado de representatividad territorial alcanzado.

Tabla 9: Distribución de la población diana y de la muestra por CCAA (N=231; n=87)

CCAA	Población N=231	Muestra n=87	Porcentaje Población	Porcentaje Muestra
Cataluña	61	23	26,4%	26,4 %
C. de Madrid	37	18	16,0%	20,7 %
Andalucía	19	7	8,2%	8,0 %
Aragón	10	5	4,3%	5,7 %
Castilla-La Mancha	12	5	5,2%	5,7 %
Castilla y León	12	5	5,2%	5,7 %
Galicia	8	5	3,5%	5,7 %
País Vasco	19	5	8,2%	5,7 %
Región de Murcia	8	3	3,5%	3,40%
Navarra	4	2	1,7%	2,3 %
Asturias	8	1	3,5%	1,1 %
C. Valenciana	6	1	2,6%	1,1 %
Islas Baleares	2	1	0,9%	1,1 %
La Rioja	3	1	1,3%	1,1 %
Canarias	8	0	3,5%	0,0 %
Cantabria	3	0	1,3%	0,0 %
Ámbito estatal	11	5	4,8%	5,7 %

Fuente: elaboración propia

Del total de estos centros (N=87), 59 (69,4 %) son respuestas del personal de centros públicos, 16 (18,8 %) son de centros de gestión público-privada y 10 (11,8 %) trabajan en centros de gestión privada, quedando 2 sin poder determinar. Cabe destacar el elevado porcentaje de respuesta procedente de hospitales de gestión público-privada de Cataluña en comparación con el resto de los territorios.

De los 51 representantes de los CEAS que indicaron su perfil profesional sociosanitario, destacan las categorías de Medicina, con un 58,8 % (n=30) y Enfermería, con un 21,6 % (n=11), aunque también se recogieron respuestas de otros profesionales (Tabla 10). Además, del total de respuestas (n=87), se ha contado con 41 presidentes/as o vicepresidentes/as del CEA (47,1 % del total) y 15 secretarios/as (17,2 % del total).

Tabla 10: Caracterización de las respuestas, según perfil. (N=51)

Perfil	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	30	58,8 %
Enfermería	11	21,6 %
Psicología	4	7,8 %
Trabajo social	2	3,9 %
Asesoría jurídica	2	3,9 %
Administración	1	2,0 %
Técnico en bioética	1	2,0 %

Fuente: elaboración propia

6.1.2 Datos de los Comités de Ética Asistencial en España

6.1.2.1 Antigüedad de los CEAS

Entre las respuestas obtenidas (n=86), las comunidades autónomas con un mayor porcentaje de CEAS experimentados, es decir, con más de 15 años, son Madrid con 12 (13,95 %), Catalunya con 11 (12,8 %) y Castilla y León con 4 (4,65 %).

6.1.2.2 Número de miembros de los CEAS

De media, los CEA identificados tienen 17,1 miembros con una desviación estándar de 4,6, siendo los más pequeños compuestos por 4 miembros y el más numeroso por 32 miembros.

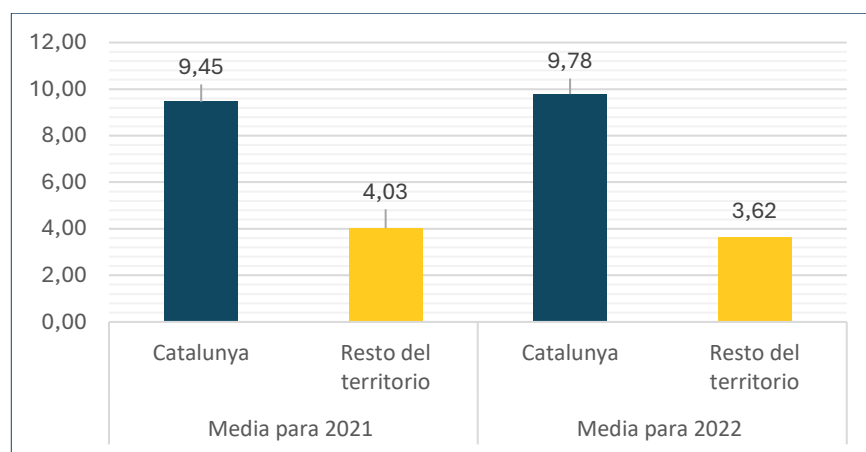
6.1.2.3 Número anual de consultas al CEAS

El número medio anual de consultas a los CEAS identificados fue de 5,47 en 2021 y de 5,27 en 2022, con una desviación estándar de 10,34 y de 10,38 respectivamente. El valor mínimo es de 0 consultas en ambos años, mientras que los valores máximos fueron de 86 en 2021 y 89 en 2022.

Estos máximos se corresponden con dos valores extremos, aunque plausibles, registrados en el Hospital Clínic de Barcelona, y se encuentran considerablemente alejados del siguiente valor más alto en cada año: 40 para 2021 y 33 para 2022.

Analizando las diferencias por CCAA, destacan los hospitales de Cataluña, (aunque no de forma estadísticamente significativa; $p > 0,05$) por su elevado número de consultas con respecto a los hospitales del resto del territorio: el número de consultas medio en Cataluña fue de 9,45 (DE=17,50) en 2021 y 9,78 (DE=18,03) en 2022, mientras que en el resto de los territorios se quedó entorno a una media de 4,03 (DE=5,57) y de 3,62 (DE=4,70) respectivamente (véase Figura 2).

Ilustración 2: Media anual de consultas en 2021 y 2022, para Cataluña y resto del territorio (N=83 para 2021 y N=86 para 2022).

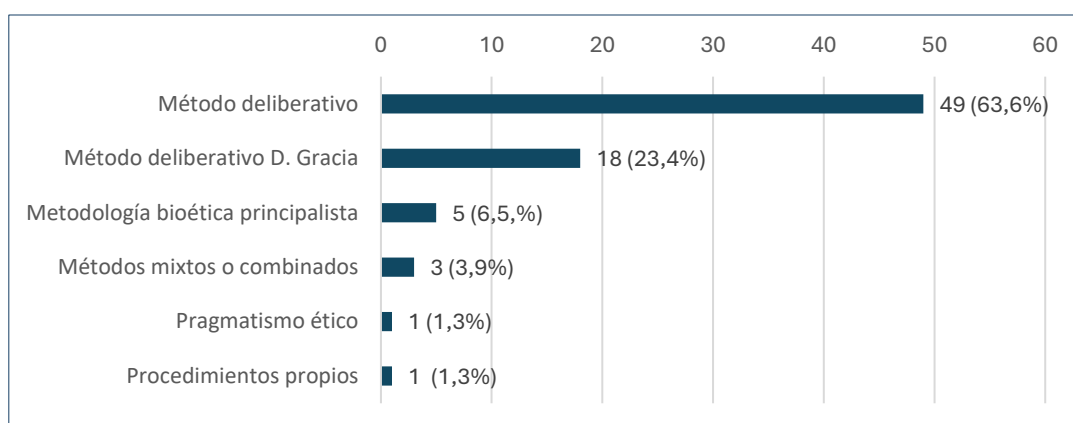


Fuente: elaboración propia

6.1.2.4 Método de análisis de casos de los CEAS

En general, los métodos de análisis de casos en los CEA son mayoritariamente los métodos deliberativos ($n=67$; 86,7 %), sea sin concretar la referencia o citando explícitamente a Diego Gracia. Las corrientes que le siguen son la bioética principialista y los métodos mixtos o combinados. Los resultados obtenidos en el cuestionario quedan reflejados en la Figura 3.

Ilustración 3: Metodología de análisis de casos en los CEA (N=77)

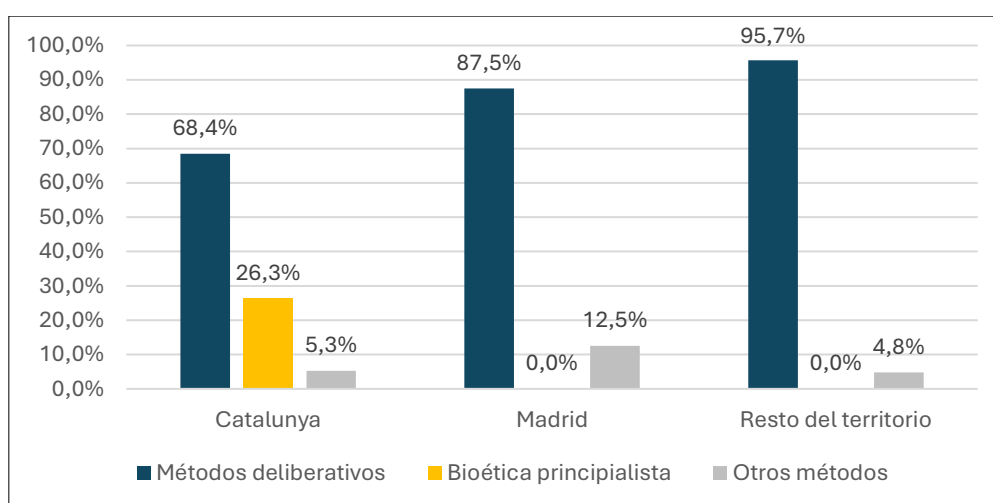


Fuente: elaboración propia

En Madrid y, especialmente, en Cataluña parece haber una menor hegemonía del método deliberativo como metodología de análisis del CEA con respecto al resto del territorio (véase Figura 4), siendo estadísticamente significativas las diferencias encontradas con respecto al resto de territorios ($p=0,002$). Además, cabe destacar que, en estas dos comunidades, aquellos casos en los que se usa el método deliberativo, no se suele mencionar explícitamente la referencia teórica a Diego Gracia, como sí ocurre en el resto del territorio.

Dentro de la categoría “otros métodos” se han englobado una variedad de respuestas que van desde los métodos mixtos o combinados, al pragmatismo ético o los procedimientos propios de cada CEA.

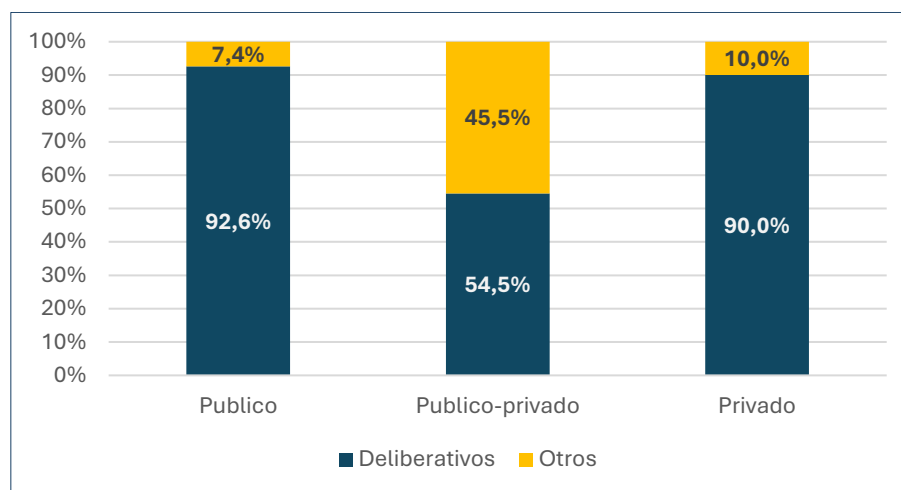
Ilustración 4: Metodología de análisis de casos en los CEA por CCAA (N=77)



Fuente: elaboración propia

Analizando los métodos de análisis según el tipo de gestión del centro, las diferencias también son significativas ($p=0,003$). La mayor variabilidad de métodos respecto a los métodos deliberativos se produce en los hospitales público-privados (Figura 5), aunque cabe tener en cuenta que la mayoría de los hospitales de Cataluña son de gestión público-privada.

Ilustración 5: Método de análisis en los CEA, según tipo de gestión del centro sanitario (N=75)



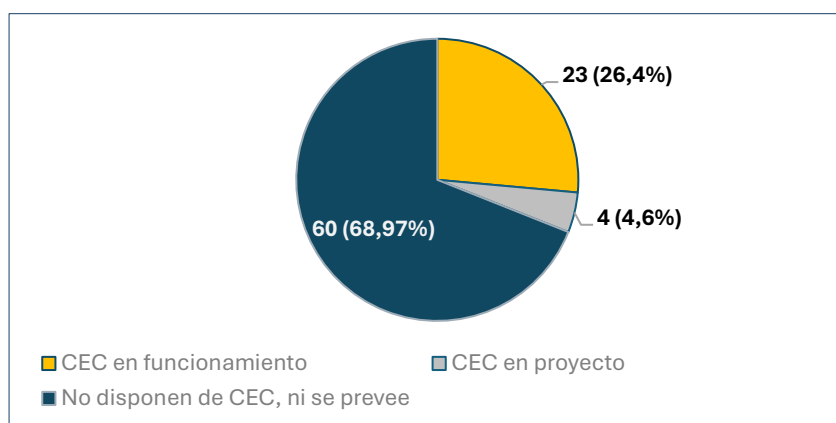
Fuente: elaboración propia

6.1.3 Datos de las Consultas de Ética Clínica (CEC) en España

6.1.3.1 Prevalencia de la CEC en España

Respecto a las consultas de ética clínica (CEC) se han identificado 23 (un 26,4 % del total de centros participantes) en actual funcionamiento y otras 4 (4,6 %) en proyecto de implantación (Figura 6).

Ilustración 6: Porcentaje de la muestra de centros que tienen consultas de ética clínica en activo o en proyecto (N=87)



Fuente: elaboración propia

Destaca Cataluña frente al resto del territorio, donde 10 respuestas (43,5 % del total de Cataluña) afirman que disponen de CEC (Tabla 11). Con 3 respuestas, respectivamente, le siguen Castilla y León (60 % del total de esta CCAA), Castilla-La Mancha (60 %) y Andalucía (42,9 %). Respecto a las CEC en proyecto de creación tan solo se reportan 3 en Madrid y 1 en Cataluña.

Tabla 11: Consultas de ética asistencial en activo o en proyecto por CCAA

CCAA	CEC en funcionamiento (N=64)	CEC en proyecto (N=66)
Cataluña	10	1
Castilla y León	3	0
Castilla-La Mancha	3	0
Andalucía	3	0
Madrid	1	3
La Rioja	1	0
Murcia	1	0
País Vasco	1	0
Aragón	0	0
Asturias	0	0
C. Valenciana	0	0
Galicia	0	0
Islas Baleares	0	0
Navarra	0	0
Ámbito estatal	0	0
TOTAL	23	4

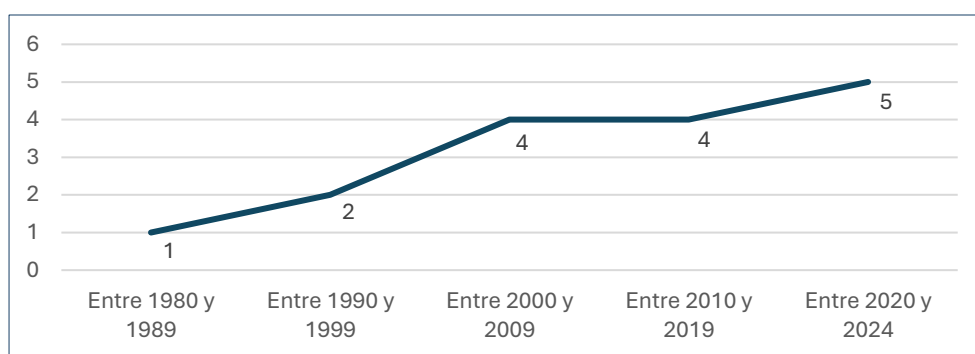
Fuente: elaboración propia

Cruzándolas por tipo de gestión, no se aprecian diferencias significativas en la existencia o no de CEC entre los diferentes tipos de gestión ($p=0,241$). Es decir, independientemente del tipo de gestión, puede existir CEC o no. Del mismo modo, los proyectos de creación de nuevos CEC se han encontrado tanto en hospitales públicos como público-privados ($p=0,677$).

6.1.3.2 Año de creación de la CEC

Las fechas de implementación de la CEC abarcan desde 1986 hasta el 2023. El periodo de tiempo en el cual se implementaron un mayor número de CEC fue del periodo comprendido entre 2020-2024, donde se implementaron 5 CEC a nivel nacional (Figura 7).

Ilustración 7: Evolución temporal de las implementaciones de consultas de ética clínica a nivel Nacional(N=16)



Fuente: elaboración propia

6.1.3.3 Dependencia de la CEC respecto del CEAS

De las 22 CEC identificadas, 19 (86,4 %) son dependientes del CEA de su centro. El pequeño porcentaje de CEC independientes, 3 (13,6 %), se sitúan en País Vasco, Cataluña y Madrid.

6.1.3.4 Denominación oficial de la CEC

Existe cierta confusión alrededor de lo que se entiende por «consulta» y por lo que se les preguntaba. Las denominaciones oficiales más comunes son «consultas realizadas al CEA» (11 respuestas) y «consultor/ría de ética clínica» (6 respuestas). Los 5 casos que aportan otras denominaciones son: «Interconsulta urgente», «Consulta de Bioética (CB)», «Buzón (Bústia) de Bioética o interconsulta ética», «Consulta ética» y «Consultoría clínica en toma de decisiones al final de la vida (en Cuidados Paliativos)». Estas últimas, con la excepción de la «Interconsulta urgente», coinciden con las únicas 4 CEC conformadas por un solo consultor individual (Tabla 12).

Tabla 12: Relación entre la denominación de la consulta de ética clínica y el modelo aplicado

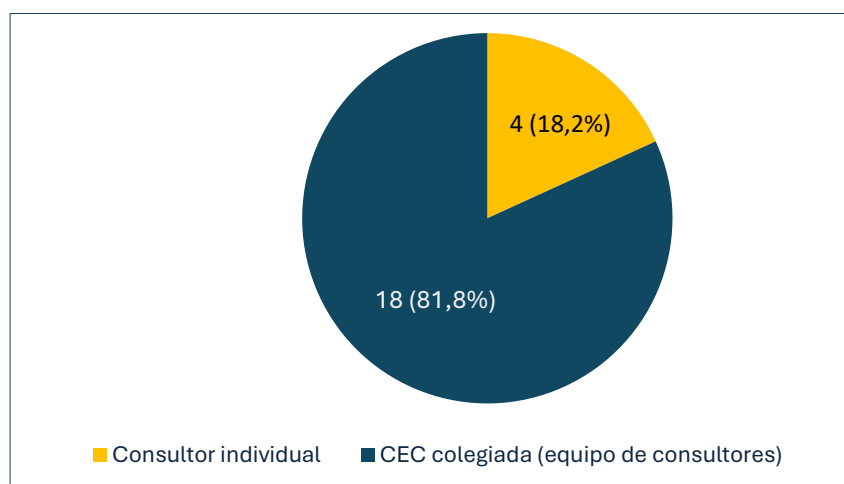
Modelo	CEC individual	CEC colegiada	Total
Denominación			
«Consultas realizadas al CEA»	0	11	11
«Consultor/ía de ética»	0	6	6
Otras denominaciones	4	1	5
Total	4	18	22

Fuente: elaboración propia

6.1.3.5 Modelo de CEC

De las CEC identificadas (n=22), 4 (18,2 %) se corresponden con un modelo de consultor individual, mientras que 18 (81,8 %) responden a un modelo de equipo de consultores, es decir una CEC colegiada (Figura 8).

Ilustración 8: Modelos de Consultas de Ética Clínica (N=22)



Fuente: elaboración propia

El modelo de CEC puede ser individual o colegiado. Se encuentran los 4 tipos de combinaciones, tal y como se observa en la Tabla 13.

Tabla 13: Relación entre modelo de consultas de ética clínica y su dependencia del Comité ético Asistencial

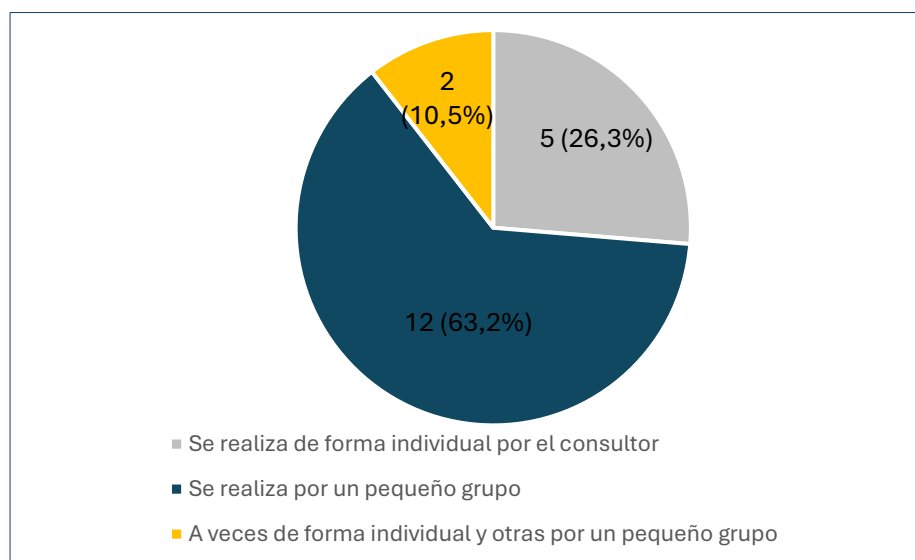
Modelo Dependencia	Consulta independiente del CEA	Consulta dependiente del CEA	Total
CEC individual	1	3	4
CEC colegiada	2	16	18
Total	3	19	N=22

Fuente: elaboración propia

6.1.3.6 Organización para la realización de los análisis éticos

En cuanto a los modos para realizar el análisis destaca el trabajo colegiado, aunque también se dan casos de consultoría individual (Figura 9).

Ilustración 9 Organización para realizar el análisis en consultas de ética clínica (N=19)



Fuente: elaboración propia

Para todas las respuestas, la figura de consultor es un cargo no remunerado. Además de las 17 respuestas que se obtuvieron, para 12 (70,6 %) esta es una labor que compagina con otras tareas en su puesto en el centro. Para los otros 5, un 29,4 %, ésta se trata de una actividad realizada fuera de su jornada laboral.

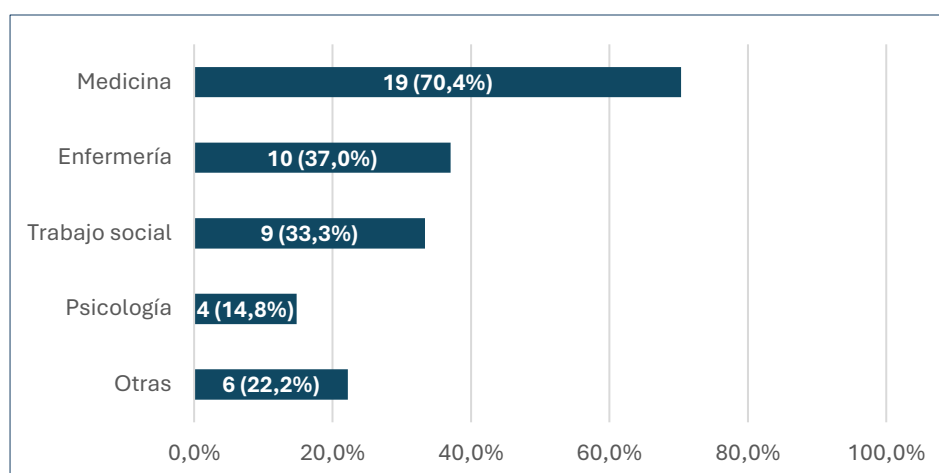
6.1.3.7 Tamaño de los equipos encargados de la CEC

Incluyendo todas las CEC colegiadas registradas, de media, los equipos tienen 5,6 miembros con una desviación estándar de 3,7. El equipo más pequeño está conformado por 2 miembros y el más grande por 14.

6.1.3.8 Composición de las CEC

De las CEC monitorizadas, el 70,4 % (n=19) cuentan con profesionales de Medicina entre sus componentes, seguido de un 37,0 % (n=10) de profesionales de Enfermería; así como con otros perfiles profesionales tal y como se observa en la Figura 10. Para los 4 casos con un modelo CEC individual, el consultor único es profesional de Medicina en 3 de las CEC y profesional de Enfermería en la restante.

Ilustración 10: Profesionales que componen los equipos de Consulta de Ética Clínica (n=27)



Fuente: elaboración propia

De media, 23,2 integrantes (86 %) de los equipos encargados de la CEC cuentan con formación de posgrado en bioética. Asimismo 19,9 profesionales (73,9 %) disponen de formación en comunicación y relación (Tabla 14).

Tabla 14: Porcentaje de los equipos de consulta ética clínica con formación en bioética o comunicación.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Porcentaje de integrantes del equipo con formación de posgrado en bioética	20,0 %	100,0 %	86,0 %	25,6
Porcentaje de integrantes del equipo con formación en comunicación y relación	0 %	100,0 %	73,9 %	39,9

Fuente: elaboración propia

6.1.3.9 Habilidades bien valoradas para un consultor/a

La Tabla 15 muestra las habilidades valoradas como necesarias para la excelencia de un consultor, ordenadas por porcentaje de respuestas que las mencionan:

Tabla 15: Categorías de habilidades ideales para consultor/a de ética clínica

Categoría	Ejemplos comprendidos en la categoría	n	Porcentaje (n=27)
Habilidades comunicativas	Capacidad comunicativa. Comprensión. Escucha activa.	11	40,70 %
Empatía	Empatía.	10	37 %
Conocimiento y habilidades técnicas	Formación. Conocimiento. Criterio.	9	33,30 %
Habilidades de mediación y trabajo en equipo	Actitud mediadora. Actitud constructiva. Asertividad. Negociación. Trabajo en equipo. Tolerancia.	5	18,50 %
Consideraciones éticas	Justicia. Responsabilidad. Integridad. Prudencia.	3	11,10 %
Consideraciones sociales	Ayuda. Acompañamiento. Sentido común. Respeto.	3	11,10 %
Consideraciones emocionales	Sensibilidad. Inteligencia emocional.	2	7,40 %

Fuente: elaboración propia

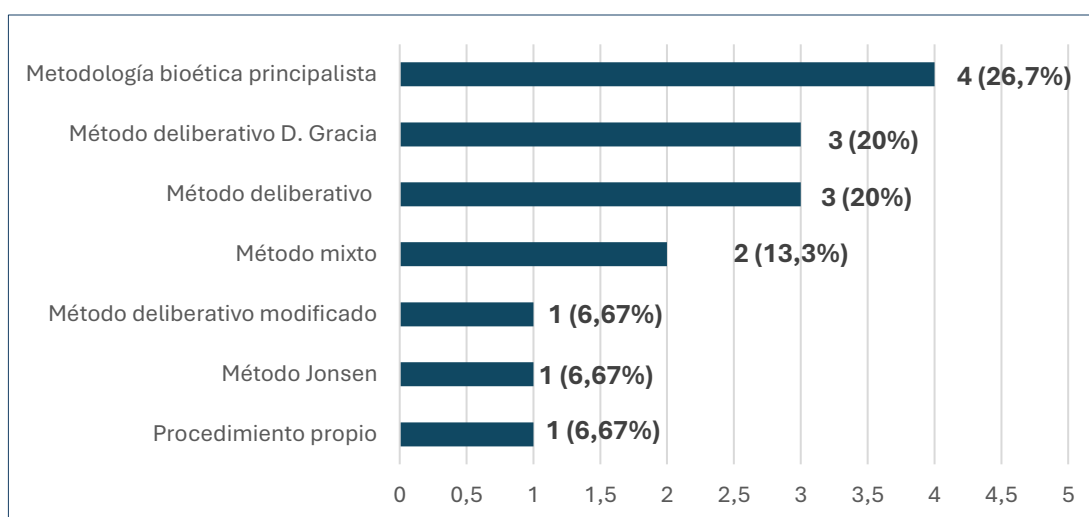
6.1.3.10 Número anual de consultas a la CEC

El número medio de consultas registradas por la CEC fue de 7,5 en 2021 y de 7,3 en 2022, con una desviación estándar de 9,1 y 8,2 respectivamente. El número mínimo de consultas fue de 0 en ambos años, mientras que los valores máximos fueron de 38 en 2021 y 31 en 2022.

6.1.3.11 Método para el análisis de casos

En la Figura 11, se presentan los diferentes métodos de análisis de casos en la CEC, siendo la metodología bioética principialista la que se emplea en el análisis de casos en el mayor porcentaje de CEC (26,7 %).

Ilustración 11: Metodología de análisis de casos en los CEC (N=15)



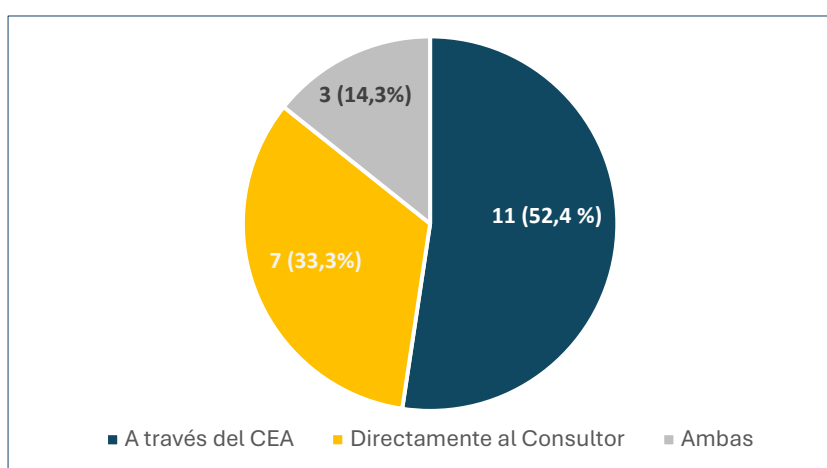
Fuente: elaboración propia

6.1.3.12 Proceso para interponer una consulta a la CEC

6.1.3.12.1 Acceso a la CEC

El modo de acceso a una CEC más habitual es a través del CEA en el 52,4 % (n=11) de los casos, seguido del acceso directo al consultor, empleado como método de acceso en el 33,3 % (n=7) de los casos (Figura 12).

Ilustración 12: Formas de acceso a las consultas de ética clínica (N=21)

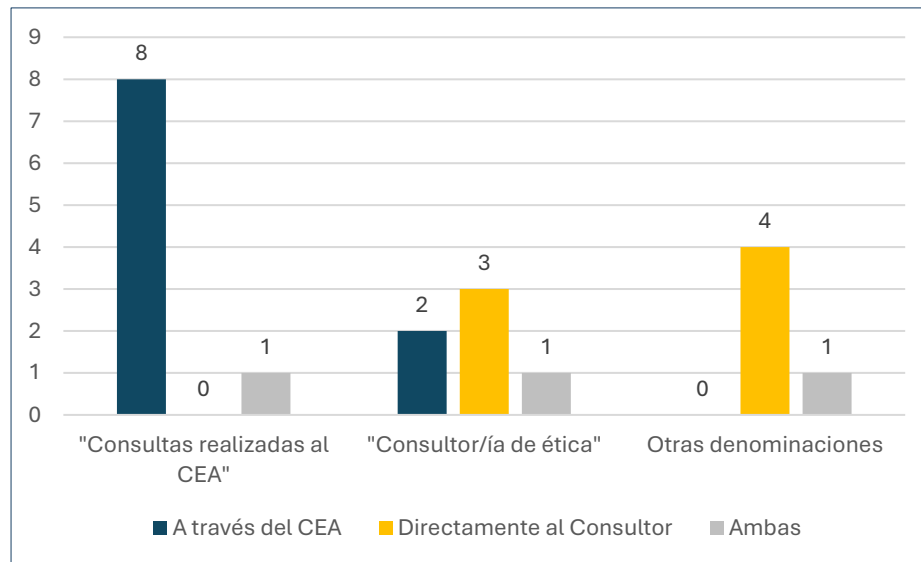


Fuente: elaboración propia

La forma de acceder por el consultante a la consulta de ética clínica está relacionada de forma estadísticamente significativa ($p=,016$) con la denominación de esta (Figura 13). En los centros en los que se le denomina “Consultas realizadas al CEA”, el acceso o la interconsulta se realiza directamente a través del CEA, mientras que en los centros en

los que se le denomina “Consultoría de Ética Clínica” hay mayor variedad en las formas de acceso.

Ilustración 13: Modo de acceso a Consultas de Ética Clínica según denominación oficial (N=20)

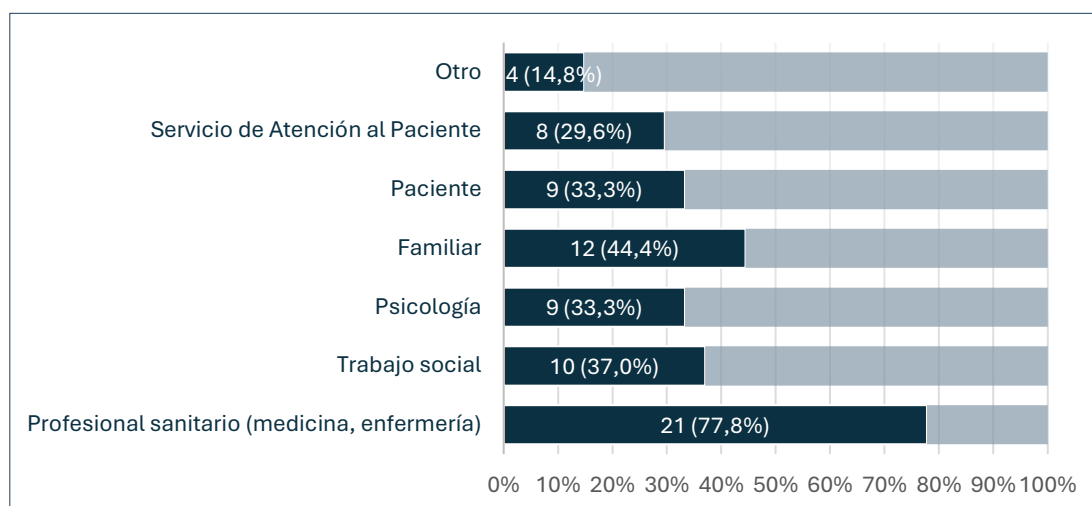


Fuente: elaboración propia

6.1.3.12.2 Perfil del consultante

Sobre el perfil de las personas que pueden interponer una consulta, en el 77,8 % (n=21) de las CEC (n=27) la consulta puede ser realizada por profesionales sanitarios de medicina y enfermería. El segundo colectivo que realiza un mayor porcentaje de consultas son los familiares y los trabajadores sociales, con un 44,4 % (n=12) y 37,0 % (n=10) respectivamente. El resto de las personas que pueden realizar una consulta se expone en la Figura 14.

Ilustración 14: Perfil del consultante de las Consultas de Ética Clínica (N=27)

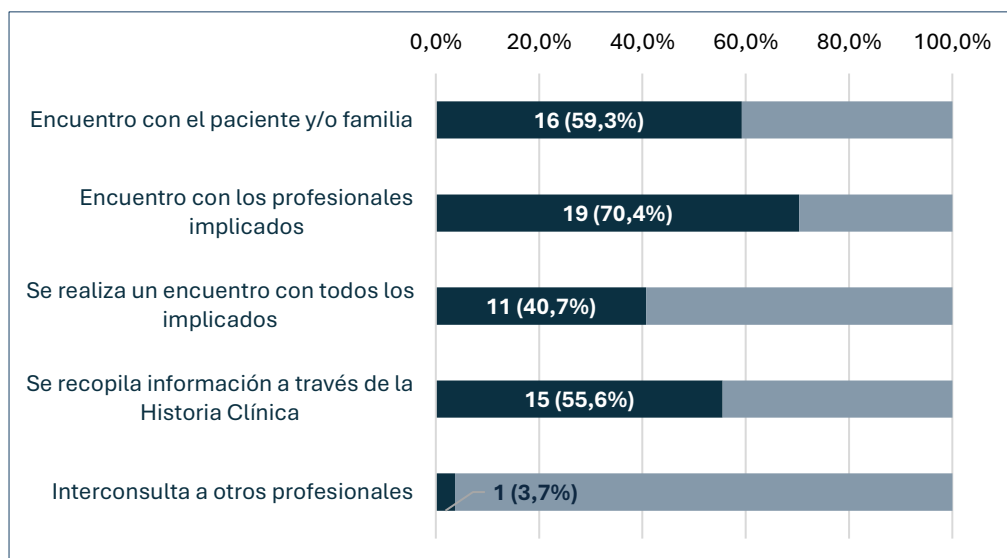


Fuente: elaboración propia

6.1.3.12.3 Modos para que el/la consultor/a amplie la información

Los modos para que el/la consultor/a amplíe la información sobre el caso se recogen en la Figura 15. Destaca el encuentro con profesionales implicados, o con paciente y familiares, y la recopilación de información en historia clínica, que se dan en más de la mitad de los casos.

Ilustración 15: Modos para ampliar información de casos en consultas de ética clínica (n=27)



Fuente: elaboración propia

6.1.3.12.4 Número de encuentros entre consultor/a y consultante

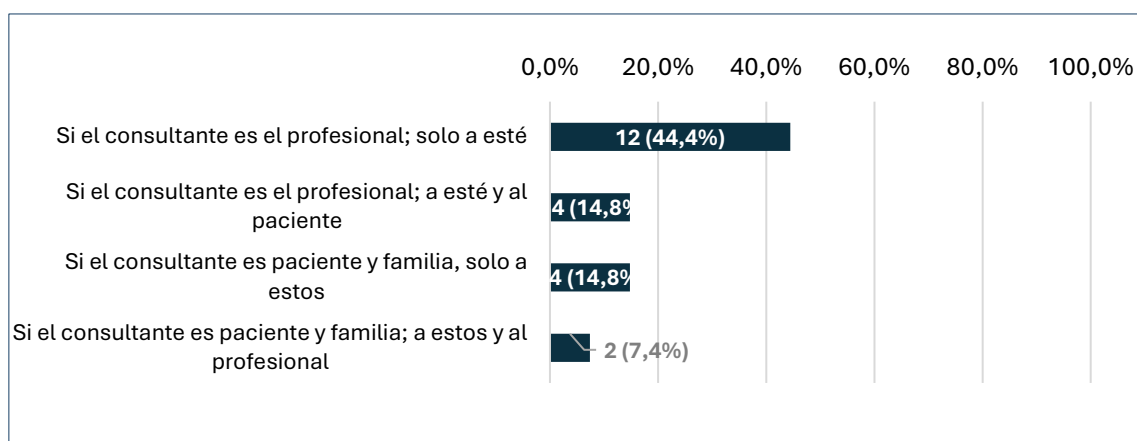
Para el 100 % de los casos registrados (n=18), el número de encuentros es entre 1 y 2, con una media de 1,61 encuentros y una desviación estándar de 0,5.

6.1.3.13 Proceso de cierre de la CEC

6.1.3.13.1 A quién se le reporta el informe de la CEC

En la Figura 16 se recogen los procedimientos de reporte de recomendaciones de las consultas de ética clínica. Destaca que, cuando las personas que realizan la consulta son profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) en un 44 % (n=12) el informe de recomendaciones se les entrega solo a los profesionales, mientras que en 14,8 % (n=4) también se le reporta información al paciente.

Ilustración 16: Procedimientos de reporte de resultados de consultas de ética clínica en función del consultante (N=27)

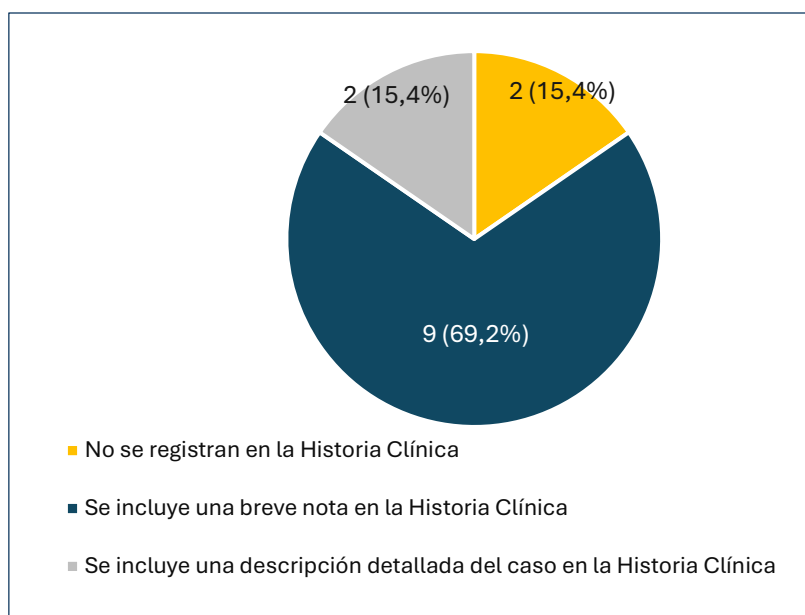


Fuente: elaboración propia

6.1.3.13.2 Registro de la CEC en la Historia Clínica

En la mayoría de los casos, se incluye algún tipo de registro de la valoración en la historia clínica. A menudo se trata de una nota breve (69,2 %) y en el 15,4 % de los casos es una nota más detallada (Figura 17).

Ilustración 17: Registro de valoración de la consulta de ética clínica en la historia clínica del paciente (N=13)



Fuente: elaboración propia

6.1.3.13.3 Seguimiento del caso tras el informe de la ECE

En 13 casos (76,5 %) se realiza un seguimiento por parte del/de los consultor/es tras el envío del informe, en 4 de los casos (23.5 %), no se realiza ningún tipo de seguimiento. Los participantes apuntan algunos objetivos en este seguimiento: comprobar que se ha recibido, que se ha comprendido y si se han llevado, o no, a cabo las recomendaciones.

6.2 Resultados estudio cualitativo fenomenológico

Los resultados del análisis cualitativo fenomenológico-hermenéutico permiten explorar en profundidad las competencias, valores y desafíos que configuran el rol del/de la consultor/a en ética clínica, así como la experiencia vivida por el/la consultante durante el proceso de consulta.

Estos hallazgos proceden del análisis de dieciséis entrevistas realizadas a consultores/as y tres entrevistas complementarias a consultantes, con el objetivo de capturar tanto la perspectiva profesional como la experiencia subjetiva de quienes solicitan la consulta.

Los resultados se presentan de manera diferenciada pero interconectada, reflejando las especificidades de cada grupo. Siguiendo el enfoque metodológico ya descrito en capítulos anteriores, los hallazgos se organizan en grandes familias temáticas, directamente vinculadas con los objetivos de estudio.

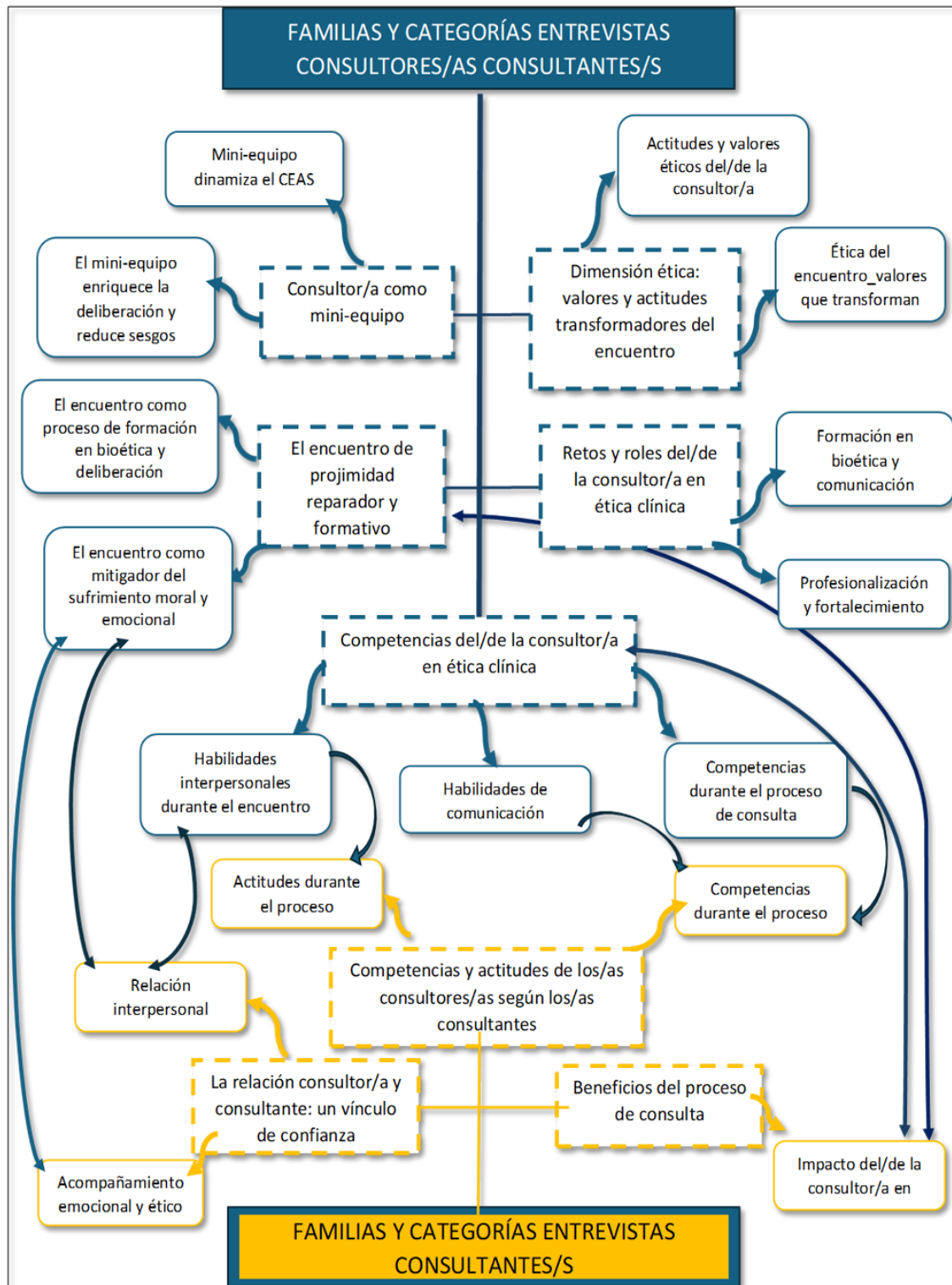
En la figura 18, se muestra una representación gráfica de las familias temáticas y sus respectivas categorías, así como las conexiones clave identificadas entre ellas a partir del análisis de las entrevistas.

Cada familia será desarrollada en detalle, desglosando las categorías y subcategorías que la conforman, con el fin de mostrar los elementos esenciales de la experiencia vivida por los participantes. A lo largo de la exposición, se incorporarán las voces de los entrevistados, mediante las unidades de significado, preservando la autenticidad de sus narrativas y el sentido profundo que atribuyen a su experiencia.

Para presentar sus testimonios, se utilizan puntos suspensivos que señalan datos menos relevantes que aparecen durante el discurso. En la narración de sus experiencias los/a consultores/as saltan de un tema a otro, introducen nuevas ideas para luego retomar el tema principal. Estos puntos suspensivos pretenden manifestar estos saltos de tema e ilustrar únicamente la idea que se está presentando.

Además, cada familia temática incluirá la perspectiva *etic*, que integra la interpretación de la investigadora principal para contextualizar las averiguaciones más relevantes y conectarlos con los objetivos del estudio.

Ilustración 18: Mapa de familias temáticas y categorías



Elaboración propia

6.2.1 Características de la muestra

La muestra total estuvo compuesta por 19 participantes: 16 consultores/as en ética clínica y 3 consultantes.

El grupo de consultores/as de ética clínica, estuvo formado por 16 participantes profesionales de la salud y del ámbito psicosocial, que garantizan una representación diversa en términos de edad, género, profesión, especialidad y años de experiencia. Los/as entrevistados/as desempeñan su trabajo en distintas Comunidades Autónomas (CCAA) de España y presentan una amplia variedad de contextos profesionales y especializaciones, lo que enriquece las perspectivas aportadas al fenómeno de estudio.

La edad de los participantes oscila entre 36 y 63 años, reflejando una diversidad etaria que aporta perspectivas emergentes como más consolidadas.

En términos de género, la muestra de estudio asegura una representación equilibrada con el mismo número de hombres que mujeres.

La experiencia de los participantes como consultores/as varía significativamente, desde 1 hasta 13 años, con una media de 5,25. Este rango, al igual que sucede con la edad, aporta diferentes perspectivas sobre el fenómeno de estudio.

La composición de este grupo de participantes asegura un equilibrio entre diversidad profesional, experiencia acumulada y representación territorial. Esta heterogeneidad es clave para obtener una visión integral y contextualizada del fenómeno de estudio.

En la tabla 16, se presentan las características sociodemográficas generales del grupo de consultores/as.

Tabla 16: Características sociodemográficas del grupo de consultores/as (M: masculino; F: femenino)

Informante	Edad	Género	Profesión	Especialidad	CCAA de trabajo	Años experiencia consultor/a
E 1	56	F	Médica	M. de Familia	Murcia	3
E 2	50	F	Médica	Intensivos	Cataluña	4
E 3	37	M	Médico	Medicina interna	Madrid	3
E 4	49	M	Médico	Cirugía general	Madrid	3
E 5	39	M	Médico	Aparato digestivo	Madrid	3
E 6	36	F	Enfermera	Pediatría	Cataluña	1
E 7	52	M	Médico	Pediatría	Castilla y León	7
E 8	60	M	Médico	Medicina interna	Cataluña	11
E 9	52	F	Enfermera	Familiar y Comunitaria	Cataluña	13
E 10	53	M	Médico	Neonatología	Andalucía	6
E 11	41	M	Médico	Medicina interna	Madrid	4
E 12	53	F	Enfermera	Familiar y Comunitaria	Andalucía	3
E 13	61	F	Médica	Familia. Paliativos	Madrid	6
E 14	57	F	Médica	Neurología	Castilla y León	9
E 15	62	M	Psicólogo		Castilla-La Mancha	7
E 16	63	F	Enfermera	Familiar y Comunitaria	Castilla y León	1

Fuente: elaboración propia

El grupo de consultantes estuvo formado por tres personas, todas ellas profesionales sanitarios, médicos/as de profesión, con una edad comprendida entre los 39 y 48 años. A continuación, se presenta una tabla con las sociodemográficas generales del grupo de consultantes.

Tabla 17: Características sociodemográficas del grupo de los consultantes

Informante	Edad	Género	Rol en el que consulta	Profesión	Especialidad	CCAA de trabajo
C 1	48	Femenino	Profesional sanitario	Médica	Neurología	Madrid
C 2	40	Femenino	Profesional sanitario	Médica	Nefrología	Murcia
C 3	39	Masculino	Profesional sanitario	Médico	Neumología	Madrid

Fuente: elaboración propia

La edad de los participantes se sitúa entre 39 y 48 años, representando una experiencia profesional en etapas avanzadas de desarrollo.

El grupo está compuesto por 2 mujeres (67 %) y 1 hombre (33 %), asegurando una representación significativa de ambos géneros dentro del ámbito sanitario.

El ámbito de estudio, se circunscribe a la Comunidad de Madrid, dado que las tres entrevistas realizadas corresponden a profesionales de esta región. A pesar de haber invitado a participar a profesionales de otras comunidades autónomas, no se obtuvo respuesta. En consecuencia, los hallazgos recogidos de las entrevistas a consultantes deben de interpretarse en el contexto madrileño, sin atribuirles representatividad territorial más allá de reforzar el carácter exploratorio y contextualizar el estudio.

6.2.2 Resultados de las entrevistas realizadas a Consultores/as

El análisis de las dieciséis entrevistas a consultores/as permitió identificar cinco familias temáticas:

- El encuentro de proximidad reparador y formativo.
- Dimensión ética: valores y actitudes transformadores del encuentro.
- Competencias del/de la consultor/a en ética clínica.
- Consultor/a como mini-equipo.
- Retos y roles del/de la consultor/a en ética clínica.

6.2.2.1 El encuentro de proximidad reparador y formativo

Esta familia temática da respuesta al objetivo de conocer la experiencia subjetiva de los/as consultores/as en ética clínica en España respecto a la relación interpersonal que establecen con los consultantes.

Se refiere a la experiencia relacional en la que el/la consultor/a en ética clínica establece un vínculo cercano y comprometido con las personas implicadas en el proceso de consulta, proporcionando un espacio de diálogo que facilita tanto la descarga emocional como el aprendizaje ético.

Este encuentro se caracteriza por:

- La dimensión relacional: Se fundamenta en la presencia genuina del/de la consultor/a, quien acoge las inquietudes, miedos y dilemas morales de los participantes, generando un clima de confianza y apertura.
- El carácter reparador: Permite aliviar tensiones emocionales, al ser compartidas y expresadas.
- El impacto formativo: A través del acompañamiento reflexivo, el/la consultor/a promueve la toma de conciencia sobre valores éticos, favoreciendo el desarrollo de competencias éticas en los/las profesionales sanitarios y otras personas implicadas.

A continuación, se presenta una tabla que recoge las categorías y subcategorías que conforman esta familia temática, las cuales serán desarrolladas en profundidad en los apartados siguientes.

Tabla 18: Familia: El encuentro de proximidad reparador y formativo; categorías y subcategorías

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
EL ENCUENTRO DE PROXIMIDAD REPARADOR Y FORMATIVO	El encuentro como mitigador del sufrimiento moral y emocional	Propiocepción y su rol en la interacción. Cuerpo y mente en la relación.
		Reconocer el impacto emocional que suscitan los problemas éticos.
		Descarga moral y emocional del consultante.
		Acciones de apoyo y ayuda-Acompañamiento.
		El encuentro como espacio para la formación en valores y principios

	El encuentro como proceso de formación en bioética y deliberación	El encuentro como proceso de formación en deliberación y análisis
		Documentar y visibilizar el proceso favorece la formación a otros profesionales.

Fuente: elaboración propia

6.2.2.1.1 *El encuentro como mitigador del sufrimiento moral y emocional*

En esta categoría, se reúnen las percepciones de los/as consultores/as acerca del impacto que tiene el encuentro en la atenuación del sufrimiento moral y emocional en el consultante. En particular, se destacan las respuestas emocionales y vivencias que emergen cuando el consultante encuentra un espacio seguro para expresar sus inquietudes, dudas y sentimientos que aparecen durante el proceso de consulta.

En esta categoría se agrupan cuatro subcategorías que se describen a continuación.

A. Propiocepción y su rol en la interacción. Cuerpo y mente en la relación.

El punto de partida de este encuentro está configurado por la subcategoría Propiocepción y su rol en la interacción. Cuerpo y mente en la relación.

Los/as consultores/as manifiestan que la consulta presencial cambia la manera en que se aborda el proceso de consulta. Se destaca que el contacto físico y visual con el consultante enriquece la comprensión de la situación:

«Lo primero que quiero decir es que creo que el que sea presencial es fundamental. Un problema que tenían los comités es que la persona que interconsultaba, muchas veces no iba al comité físicamente y encima se hacía en diferido. Entonces, el poner a la persona que tiene problemas, a la persona que te pide ayuda y sobre todo al paciente en el centro cambia radicalmente como abordas el caso. Porque tú tienes un contacto físico personal con la persona, que eso cambia mucho. Entonces, en estas, cuando es algo que es ético yo creo que la información que te da en ver a las personas, tanto las que pide ayuda como al paciente, enriquece muchísimo». [E 5]

«Prefiero presencialmente, hablar con la persona, que me explique cuál es el problema, en qué situación estamos» [E 8]

Además, remarcan la manera en la que los/as consultores/as son reconocidos dentro de las instituciones:

«Y, sin embargo, desde que cambiamos este modelo te paran por los pasillos para consultarte porque ya te identifican como consultor». [E 5]

También exploran cómo los/as profesionales se presentan ante consultantes, pacientes y familiares durante los encuentros:

«Entonces tú te encargas de coordinar los tiempos y depende un poco de cómo sea el caso, casi siempre necesita de una reunión presencial con el consultante para aclarar los hechos y para saber qué es lo que te está pidiendo exactamente, aunque esté por escrito es mejor a veces hablar y aclarar algunas cosas y... nos acreditamos como eticistas, independientemente de la disciplina profesional a la que pertenezcamos». [E 3]

«Nos presentamos siempre como eticistas. Decimos: “Soy médico de la institución, pero yo aquí no vengo como médico. Vengo como ético”». [E 13]

«Lo primero que hago es que les invito a entrar en el despacho y me presento como “soy xxxxxxxxx, soy la titular de la consulta de ética y soy enfermera”». [E 9]

Añaden que, vinculada a la forma en la que los/as consultores se presentan, la vestimenta también juega un papel relevante en la impresión que se genera en las reuniones:

«No importa qué formación tengas, porque tú vas como eticista, entonces cuando nos ven con familias muchas veces no vamos vestidos de médicos, vamos de calle e intentamos que sea en un lugar amable, tranquilo». [E 3]

«Bueno pues yo creo que en este tipo de entrevistas hay que cuidar tanto los aspectos estéticos como los aspectos digamos más sustanciales de la entrevista. De los aspectos estéticos yo personalmente abogo por el realizar todas estas entrevistas, identificándome como personal del hospital y por supuesto que se me identifica como médico, pero al menos sin bata.

De calle, sí, sí. Sin bata o sin pijama. Porque creo que es importante generar cierta equidistancia entre el equipo médico y el familiar o el paciente. De hecho, no hace mucho nos decía el familiar de una paciente que fuimos a entrevistarnos con él, y uno

de nosotros venía vestido de hospital porque estaba de guardia y estaba vestido de hospital, decía:

“Bueno ustedes me van a decir lo mismo que me ha dicho el equipo médico, ¿no?”

Y, bueno, se trata de hacer entender de primeras, pero si puede ser también de forma evidente a las personas que nosotros no estamos aquí de parte de nadie... y que estamos aquí para intentar ayudar en la toma de decisiones. Y a partir de ahí pues es cuando empieza la conversación». [E 11]

Estas manifestaciones, reflejan cómo la presencia corporal y la interacción cara a cara influyen en la práctica de la consulta de ética clínica y el rol que adquiere el/la consultor/a durante el proceso.

En esta interacción cara a cara entre consultor/a y consultante, los primeros revelan la importancia de *Reconocer el impacto emocional que suscitan los problemas éticos*, convirtiéndose, así, en otra subcategoría.

B. Reconocer el impacto emocional que suscitan los problemas éticos

La incertidumbre ética, la duda sobre cómo proceder o gestionar un conflicto de valores provocan en los profesionales malestar, sentimientos de frustración, enfado y sobrecarga emocional. En este contexto, los/as consultores/as destacan que es frecuente recibir a consultantes que se sienten desbordados por la situación que están viviendo.

«Y luego hay problemas en el ámbito de la ética que generalmente, además, es lo que más inquietud nos genera. Yo uso mucho la palabra inquietud, desasosiego, porque cuando alguien me pregunta ¿yo como se si tiene algún problema ético?, yo le digo: si tú trabajando en el día a día, notas ahí un come-come, algo de que no está todo bien, probablemente lo tienes». [E 5]

«Yo creo que a los profesionales les disminuyen muchísimo la angustia. Porque los profesionales cuando consultan son porque tienen un problema, o sea, porque tienen un problema, y cuando consultan, además, por ejemplo, fuera de horario laboral y en fin de semana, es porque el problema les está angustiendo bastante, porque además saben que tenemos el busca gratis». [E 13]

Además, mencionan la sensación de inquietud o desasosiego como una señal de que se está ante un problema ético, aunque no siempre se pueda identificar o nombrar con claridad. Esta carga emocional actúa como un detonante que lleva a los/las consultantes a solicitar ayuda a los/as profesionales de ética clínica:

«Yo creo que el hecho de que los adjuntos sean los que consulten más, probablemente tengan más de una explicación, yo desde luego lo que sí que veo es que la gente que consulta es gente que tiene angustia por el problema... Nos consultan residentes, por supuesto, pero cuando son ellos los que tienen el problema, ¿no?... Pero cuando el problema lo tiene el adjunto, que en el fondo es el responsable de tomar una decisión ante un momento determinado o de resolver un conflicto que además se puede acompañar de cierta situación compleja interpersonal, pues ahí es cuando es el adjunto el que llama pidiendo ayuda y yo creo que, bueno, que da cierta idea, yo lo quiero interpretar como que da cierta idea del grado de angustia que el problema genera. Y también de la seriedad con la que la gente se lo toma». [E 11]

«Entonces cuando te llaman un sábado como a mí la última vez a las cinco de la tarde o a las seis de la tarde, pues es porque ese problema les está causando mucho malestar. Entonces, bueno, pues yo creo que en eso les ayuda». [E 13]

«Pues, eh, yo creo que sería importante una también de ver cómo está emocionalmente la persona que tienes enfrente. Me parece esencial. Esencial. No importante, sino esencial. Yo creo que, si no somos capaces de recoger la situación emocional que se está creando, estamos haciendo un informe parcial o un abordaje parcial de la situación». [E 1]

Otro aspecto que destacan los/as entrevistados/as es la necesidad de reconocer el estado emocional del/de la consultante, centrarse y adaptarse a ellos:

«A veces me están explicando algo y yo veo una angustia muy grande. Le pesa mucho, lo que sea y dejo hablar. Luego empieza a introducir preguntas, Pues... no sé, es que así de forma abstracta, me es difícil, ¿no?, “pero y desde cuándo te pasa esto? ¿Y tú, qué sientes cuando estas con esta persona?”. Ahora, por ejemplo, tenemos un caso de una negación de una familia, pues el médico cuando viene a comentármelo, yo veo que el médico es una persona seria, formal, pues que viene angustiado, me dice: “oye, estoy agotado, no puedo más con esta familia”, pues ya me está transmitiendo eso». [E 2]

«Y desde el punto de vista de pacientes, no son raros los miedos, las incertidumbres que generan un conflicto con el médico o viceversa. Y que hay cosas subyacentes que de primeras no ves». [E 4]

«Tiene que haber una adaptación a la persona que está interactuando contigo. Una persona que viene muy, muy emocionada, no le puedes decir, “señora, que tengo prisa y tengo una consulta detrás”, cuántas veces no hemos encontrado esto. En clínico, en una especialidad de trauma o una especialidad, ¿no? que disponen visitas cada 10 minutos. Bueno señora, yo le miro la rodilla y el hombro, ya lo miraremos. Coja visita para el hombro. No, no puedes. La consulta ética no puedes esto ¡por el amor de Dios!» [E 9]

Estos testimonios evidencian que el reconocimiento del impacto emocional en los problemas éticos no solo enriquece el análisis del caso, sino que también favorece una atención más humana y humanizada, centrada en la persona dentro del contexto de la consulta.

C. Descarga moral y emocional del consultante

Esta subcategoría se enfoca en la importancia de permitir a los/as consultantes compartir sus emociones e inquietudes y el efecto terapéutico y reparador que tiene sobre las personas, dentro del proceso de consulta de ética clínica.

Indican que el simple hecho de verbalizar la preocupación con otro/a profesional ayuda a reducir la carga emocional:

«Pero es verdad que a veces compartir. ¿no?, con otro profesional una decisión complicada pues te alivia emocionalmente también, ¿no? Aunque el profesional lo que hace es decirte un poco cuáles son los fundamentos, los argumentos por los que puedes tomar o no tomar una decisión u otra, pero a ti el hecho es que te alivia también emocionalmente, secundariamente, eso está claro; porque sales un poco del atasco que tienes». [E 13]

Otro aspecto destacado es que los/as consultores/as generan un espacio donde las personas que consultan pueden expresar las sensaciones e inquietudes que les suscitan los problemas morales:

«Muchas veces, alguien viene muy enfadado/a, y entonces lo que te viene de primeras no es lo que hay en el fondo. Entonces hay que saber aguantar ese primer envite para ver». [E 4]

«Pues en muchas ocasiones: “cómo estás viendo el problema, cómo te estás sintiendo, es un problema muy complejo, con muchas facetas”. Eso con mucha frecuencia hace que un profesional esté un poco agotado o esté cansando...Porque, aunque te hayas acercado a nosotros porque tienes un problema, y eso es algo es muy importante. Pero no sé en este tiempo qué ha pasado, “cómo estas viviendo todo esto”, no? Si te estás yendo, que te estás validando más como profesional, o si tienes dudas, pero, sobre todo, cómo está sintiendo él mismo el proceso y cómo lo va llevando». [E 1]

«Porque las personas que consultan hay muchas veces que, que tienen un barullo, o sea, te vienen, pues muy aturullados, es decir, me acuerdo también recientemente, el año pasado, de otra compañera que bueno, lo que tenía era un paciente, un paciente de los llamados difíciles, ¿no? Un paciente...Bueno, lo que venía era muy irritada, muy irritada porque a ver y como, entonces, bueno, pues tienes que ir desgranando hasta el final decir bueno, a ver ¿cuál es la pregunta? ¿no?, porque al final más que un conflicto de decisión, el problema que había era una comunicación ineficaz entre el médico y él, entonces, claro, es distinto. Pues lo que es distinto es que tú lo que estás ahí manejando no son datos objetivos, no son hechos físicos, ni materiales, tú estás manejando valores, emociones». [E 14]

«Y casi siempre, no siempre lógicamente, siempre conseguimos mejorar la situación, si no solucionar, porque la ética es una cosa muy gris, de decir que has solucionado un problema a lo mejor es muy pretencioso, pero desde luego de cómo estaba antes a cómo estaba después el profesional lo lleva mejor. Y entonces, yo te voy a decir muchas veces que les quitamos un peso muy importante de los hombros». [E 5]

D. Acciones de apoyo y ayuda-Acompañamiento

Ante esta realidad, el acompañamiento emerge como una acción fundamental dentro del proceso de consulta ética. No se trata únicamente de ofrecer respuestas o posibles cursos de acción ante problemas, sino de brindar un apoyo y ayuda adaptado a las necesidades de cada persona.

Los entrevistados/as lo manifiestan, de la siguiente manera:

«En qué necesita ayuda, dosificar esta ayuda, ¿no? Uno necesita ayuda en aspectos legales, el otro la necesita a nivel personal, porque lo ves que está fatal. Que le está afectando emocionalmente. Pues intentar dar ese soporte a cada persona que lo necesita...Pues esa capacidad de acompañar desde la necesidad de cada uno, igual que con el paciente». [E 2]

Resaltan la idea del acompañamiento a los profesionales, independientemente de la categoría profesional y de una forma integral:

«Yo creo que lo que aporta es el apoyo al profesional concreto. Sin duda el cambio de paradigma es el poder ayudar a los compañeros, con independencia del estamento, a que resuelvan o a que resolvamos juntos conflictos que previamente se llevaban a casa y que no tienen herramientas para resolver. Esta faceta, sin duda, es la más importante». [E 11]

«Yo creo, que una cosa que aporta es la cercanía, tanto al paciente como al propio profesional de apoyo y acompañamiento en las propias emociones, que muchas veces esos dilemas éticos llevan y que con mucha frecuencia el propio profesional a veces no se permite expresarlas. Nosotros, también, nos estamos dando cuenta que es muy necesario que expresen esas dificultades que están teniendo y acompañarlos en ese proceso». [E 1]

En síntesis, los/as consultores/as resaltan el valor del apoyo y acompañamiento como elementos esenciales del proceso de consulta. Más allá del soporte en el análisis del caso, el/la consultor/a se configura como una persona donde los profesionales encuentran un sostén y compañía.

6.2.2.1.2 El encuentro como proceso de formación en bioética y deliberación

Esta categoría destaca el valor formativo que los/as consultores/as en ética clínica atribuyen al encuentro como una experiencia que contribuye significativamente al desarrollo de competencias éticas en los profesionales implicados. A través del diálogo y la reflexión conjunta, el encuentro se convierte en un espacio de aprendizaje tanto del modo de análisis como la detección e interiorización de los valores.

El encuentro como proceso de formación y deliberación, se construye a partir de tres subcategorías que evidencian el potencial formativo del encuentro, las cuales se describen a continuación con detalle.

A. El encuentro como espacio para la formación en valores y principios.

Los/as consultores/as subrayan que el proceso de consulta se convierte en una oportunidad significativa para promover la formación en bioética, de los profesionales implicados. Este aprendizaje se produce de forma *in situ*, a través del diálogo y la reflexión que surge durante el proceso.

Indican que, durante el encuentro, el/la consultor/a estimula la reflexión de los participantes acerca de los valores y principios bioéticos implicados en el caso:

«Damos formación porque en el momento que te consultan, tu empiezas a preguntar, ¿no?, y os habéis planteado la autonomía del paciente, ¿qué le habéis preguntado a él?, ¿qué opina? “Ah, pues no, porque hemos hablado con la familia”. Pues ya estás introduciendo...conceptos, ¿no? la autonomía del paciente, la no-maleficencia, beneficencia. No sé, haces como una especie de labor formativa a los equipos, formativa e informativa». [E 2]

En esta misma línea otro/a consultor/a subraya la importancia de fomentar una cultura ética que trascienda el caso concreto:

«Cultura y educación en valores éticos y en lo que es el Comité de Ética Asistencial». [E 12]

Además, se destaca el valor pedagógico del acompañamiento directo en casos específicos:

«Pero aprovechas a veces para hacer docencia, que es otra cosa muy importante, ¿no? Porque en ese caso, por ejemplo, te digo de lo de las instrucciones previas que fue un caso real hace poco... Bueno, ¿Y la persona será incapaz?

” No, es que me está diciendo aquí en la consulta que tiene instrucciones previas”. Ya, pero si es capaz ¿para qué quieres verlas? Porque mira, las instrucciones previas se utilizan en casos de incapacidad. Y entonces ya, a la que te llaman para una pregunta tonta de dónde se mira en el ordenador resulta que has hecho una docencia en el

momento que ante un problema vivido en el momento que se queda mucho más grabado de lo que leas en una diapositiva». [E 13]

Una/a de los/as consultores/as subraya que esta forma de hacer docencia, al realizarse en vivo, facilita un aprendizaje más significativo y duradero entre los/as profesionales:

«Y luego también muchas veces esa explicación a pie de cama con un paciente concreto ayuda también a formar al equipo, entonces yo creo que ayuda en lo concreto en el caso en esa cuestión específica pero luego también ayuda de cara a que en futuras ocasiones pues al menos uno tiene otras herramientas que por otro lado eso no hace que, había una frase de Albert Jonsen que decía que el objetivo de la ética clínica era hacer que en un futuro los médicos no tuvieran que consultar por problemas de ética clínica y que ahí sería cuando hubiéramos, cuando sabríamos que el trabajo está hecho, ¿no?». [E 11]

Estas manifestaciones reflejan como el encuentro, se convierte en un espacio pedagógico que fortalece el razonamiento ético y la toma de decisiones fundamentada en valores éticos.

B. El encuentro como proceso de formación en deliberación y análisis.

También identifican que el análisis de casos guiado por el/la consultor/a ofrece a los/as involucrados un marco metodológico para explorar las dimensiones éticas del caso, identificar los valores en conflicto y la búsqueda de soluciones prudentes y racionalmente argumentadas.

Uno/a de ellos/a enfatiza en que la clave está en fomentar la autonomía de los/as profesionales en la toma de decisiones éticas:

«Y les preguntas, ¿y qué posibles soluciones ves?, a veces tienen las soluciones y no han hecho ese paso de vamos a pensar las soluciones... Preguntar, para que ellos elaboren las soluciones, porque normalmente las soluciones las tienen ellos, tú le puedes dar la deliberación bioética, hacérselo ver, se lo puedes dar en bandeja, pero a mí no me interesa dárselo en bandeja, a mí me interesa capacitar a la gente en bioética». [E 2]

Esta idea se complementa con la perspectiva de otros/as consultores/as quienes subrayan que la experiencia formativa se proyecta más allá del caso concreto o puntual, ya que proporciona herramientas aplicables a futuros problemas éticos:

«Yo creo que hay una parte también docente. Y no es exclusiva a la consultoría, pero creo que con las respuestas que tú les vas dando, las personas van sabiendo más cómo enfrentarse a problemas nuevos. O sea, no solo es para el problema de hoy, sino que tener una consultoría, un consultor que te ayuda, te da herramientas para resolverlo en el futuro. Y luego la gente funciona mucho en medicina también, por guías o protocolos. Entonces, si yo tengo un caso así y me dio esta respuesta, pues yo voy a actuar porque he aprendido que así funciona bien, ¿no?». [E 3]

«Una de las vocaciones del comité y de la consultoría es docente, no solo queremos solucionar el problema, queremos que en el proceso la gente aprenda. ... Entonces el problema es hacer docencia en tiempo real mientras resuelves el caso porque al equipo médico que te está escuchando le estás enseñando también, y a todos los residentes y demás». [E 5]

Otro aspecto destacado es que esta formación facilita que los/as profesionales reconozcan con mayor claridad conflictos éticos en situaciones futuras, favoreciendo así el desarrollo de una sensibilidad ética más afinada:

«Tampoco podemos pedir a los médicos que estén formados de forma excelente en todos los campos ni siquiera en ética clínica, ¿no?, pero sí por lo menos a que después de un caso pues tengan la sensibilidad de identificar cuáles son los problemas parecidos que otro paciente puede pasar o los conflictos que pueden aparecer en situaciones semejantes y quizá puedan avisarnos antes para poder abordar el caso en una fase más temprana y poder acompañar desde una fase más inicial a incluso resolverlos ellos mismos por supuesto». [E 11]

«Porque yo creo que es una de las cosas de ventaja más neta, porque no solo te ayudan a solucionar tu caso de hoy, sino que te hagan una perspectiva para futuro». [E 3]

Finalmente, añaden que este aprendizaje se consolida, principalmente, a través de la práctica:

«Claro, claro es que es que se aprende. Se aprende sobre la marcha, practicándolo. No es lo mismo que te lo cuenten». [E 13]

En conjunto, estos testimonios evidencian que el encuentro con el/la consultor/a trasciende la resolución puntual de problemas éticos, convirtiéndose en un espacio formativo que fortalece la capacidad de los/as profesionales para enfrentarse a futuros

desafíos éticos. Esta dimensión educativa se ve potenciada cuando el proceso de consulta se documenta y visibiliza, tal como destacan los/as consultores/as en relación con otra subcategoría.

C. Documentar y visibilizar el proceso favorece la formación a otros profesionales.

Los/as consultores/as destacan que registrar el proceso deliberativo, ya sea mediante informes o registros estructurados, no solo aporta transparencia en la toma de decisiones, sino que también se convierte en un recurso pedagógico valioso. Estos documentos permiten que otros profesionales accedan al razonamiento ético aplicado, facilitando así el aprendizaje y la adopción de herramientas para abordar problemas éticos en el futuro.

Uno/a de los/as consultores/as explica esta doble función del informe, destacando tanto su valor formativo como su aporte a la transparencia de la consulta:

«Nosotros el informe que hacemos cuando lo colgamos, que es uno de los ejercicios de transparencia, porque tiene distintos: tiene ayuda al que lo pide, pero sobre esa historia va pasando distinta gente que ve nuestro informe y creemos que también ese informe tiene una capacidad docente». [E 4]

Otros/as consultores/as destacan como la documentación escrita no solo garantiza el registro del proceso deliberativo, sino que también permite que los/as profesionales que posteriormente consulten la historia clínica puedan aprender del razonamiento ético reflejado en ella:

«Siempre se deja por escrito en la historia clínica, que es algo bastante rompedor, lo que hacemos. Nosotros tenemos en el programa informático un perfil de consultor ética clínica, es decir, cuando yo escribo sobre ética, no escribo como especialista en xxxx, sino que debajo de mi nombre aparece consultor ética clínica. Y lo hacemos sobre todo con fines docentes porque queremos que ayude a toda la institución el ver lo que se está haciendo y a ver cómo se resuelve este tipo de problemas... si lo das por escrito el que viene detrás y consulta la historia clínica lo puede leer y puede aprender de lo que tú has escrito que es un poco muy rompedor». [E 5]

«...en primer lugar tiene un beneficio para no solo el profesional que está atendiendo al paciente en ese momento, sino para otros que igual no han podido participar pero que

es relevante que participen ¿no? y en concreto me vuelvo a preocupar los equipos de enfermería ¿no?... yo creo que no sólo tiene un efecto asistencial positivo, sino que creo que tiene también un efecto formador positivo a distintos ámbitos». [E 11]

Un/a consultor/a subraya que trabajar de este modo convierte a la consulta de ética en una oportunidad formativa para el resto de los/as profesionales, e incluso le confiere esa nueva función:

«La función de la consulta no es solo ayudar a resolver el conflicto en concreto, que se nos consulta, sino a que los profesionales que están ahí implicados se hagan conscientes de cuál ha sido los problemas que se han suscitado, por qué y cuáles son los cursos de acción mejores y cuáles los que se deben de evitar, y eso es una función que, si al final solo la conoce el consultante, pues queda como muy reducida... Que pueda quedar para otros profesionales es, en mi opinión, es interesante, sabiendo que evidentemente la historia es confidencial y que van a acceder pues solamente las personas del equipo que estén implicadas... El informe tiene una misión educativa y debe de ser accesible y visible porque tiene esa función». [E 14]

En este sentido, la documentación del proceso deliberativo no solo responde a una necesidad de proceso formal, sino que también se proyecta como una herramienta didáctica que favorece la transmisión de conocimientos éticos y la formación de otros/as profesionales.

6.2.2.2 Dimensión ética: valores y actitudes transformadores del encuentro

Esta familia temática responde a dos de los objetivos. Por un lado, da respuesta a indagar si los/as consultores/as en ética incorporan en su práctica elementos de la corriente humanista durante las reuniones con las personas que consultan. Y también, a identificar las actitudes y rasgos de personalidad que los/as consultores/as en ética consideran fundamentales para desarrollar una consulta éticamente buena y de calidad.

Esta sección explora los aspectos éticos que influyen en la práctica de la consultoría en ética clínica, destacando los valores y actitudes que favorecen un encuentro transformador entre el/la consultor/a y las personas que solicitan orientación.

A continuación, se muestra una tabla que organiza las categorías y subcategorías que integran esta familia temática, las cuales se explicarán detalladamente en los próximos apartados.

Tabla 19: Familia: Dimensión ética: valores y actitudes transformadora del encuentro.

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
DIMENSIÓN ÉTICA: VALORES Y ACTITUDES TRANSFORMADORES DEL ENCUENTRO	Actitudes y valores éticos del/de la consultor/a	Aceptación incondicional_No juzgar_Respeto
		Autenticidad_Congruencia
		Empatía
		Asertividad
	Ética del encuentro_valores que transforman	Respuesta humana hacia el otro
		Donación y responsabilidad
		Tranquilidad y confianza

Fuente: elaboración propia

6.2.2.2.1 Actitudes y valores éticos del/de la consultor/a

Esta categoría abarca los valores intrínsecos y las disposiciones personales y profesionales que el/la consultor/a pone en práctica para proporcionar un espacio seguro, respetuoso y abierto al diálogo.

Esta categoría comprende cuatro subcategorías, las cuales se describen a continuación.

A. Aceptación incondicional, no juzgar, respeto.

Los/as consultores enfatizan en la importancia de no juzgar al consultante, de aceptar y respetar sus valores, con independencia de los suyos propios.

Uno/a de los/as consultores/as subraya la necesidad de mantener una mente abierta durante el encuentro:

«El saber escuchar, yo creo que hay que ir con el vaso vacío y escuchar lo que te dice el paciente o el compañero sin intentar caer en prejuicios y entrar en valoraciones...tengo que respetar los sentimientos o la sensación que tiene la otra persona a la hora de hacerme la consultoría». [E 4]

«No, no puedes contestar y decir, “pues eso es una tontería, lo que me estás contando, eso no tiene importancia”, porque si la tiene, aunque se puede resolver luego básicamente ...». [E 12]

Enfatizan que el papel del/de la consultor/a no es juzgar ni los valores, ni las decisiones clínicas, sino acompañar en la búsqueda de la mejor decisión posible:

«Sí, es evidente, yo creo que es muy importante tener claro que nosotros no juzgamos a nadie. No estamos juzgando sus principios, sus planteamientos propios, porque aquí lo que estamos tratando es de ver cuál es la manera más adecuada de actuar en esa situación en beneficio del paciente, manteniendo los principios de la bioética». [E 7]

«Ellos tienen unas creencias, unos valores que, aunque tú no los compartas los tienes que respetar y en ese momento que estás hablando con ellos tienes que conocerlos». [E 6]

«Y después, evidentemente, no ser negativo, no censurar, es que esto que has hecho lo has hecho muy mal. Esto, yo creo que esto siempre hay que evitarlo». [E 8]

En conjunto, estas manifestaciones reflejan una actitud de aceptación hacia los valores y las emociones de las personas que consultan, donde lo esencial no es corregir o cuestionar, sino acoger sin juzgar.

B. Autenticidad_Congruencia

En esta subcategoría los/as consultores/as reflejan la importancia de reconocer sus propios valores y límites y ser conscientes de cómo estos pueden influir durante el proceso de consulta. Consideran que esta actitud personal es clave para mantener la coherencia o congruencia durante el acompañamiento:

«La necesidad de conocer, pues tus puntos débiles, tus puntos fuertes, aquello en lo que crees, en lo que no crees, para cuando te llega una, ¿no? tú tienes una, una creencia y, ves que te estás influenciando por una creencia tuya, pues tener la capacidad de decir no». [E 2]

«Entonces si yo sé que en ese tema tengo un límite muy importante, porque mis valores fundamentales están como muy, muy, de límite, muy estructurados, tengo que ser consciente que, en esos temas, no voy a ser nunca un buen consultor. Voy a ser un buen escuchante, te voy a escuchar bien, me va a parecer lógica, pero va a ser difícil que yo te pueda dar una respuesta realmente desde fuera, porque me estoy proyectando rápidamente con alguien... Yo creo que sí. Yo creo que alguien que quiera ejercer como consultor, o bueno, o que haga consultoría con frecuencia, tiene que haber tenido o una formación o de alguna forma, haber aprendido cuáles son sus necesidades y sus valores y, sobre todo, dónde no se puede desprender de sus propios valores para trabajar con otra persona, sus límites». [E 1]

Un/a consultor/a vincula esta autenticidad con el autoconocimiento y autogestión de las emociones, lo explica a través de un ejemplo:

«Significa que tú, trabajas tener ira, tener frustración, te sirve, te puede servir, ¿no? no son malas tampoco esas emociones. Pero desde la ira, desde la frustración, no con ira, no con miedo, no, con desde el miedo... es decir, compás de espera, te encuentras en un conflicto. Ah, no, no te pongas a su altura, intenta escuchar, si tú no puedes resolver, no se preocupe...». [E 9]

Destacan, la importancia, no sólo de reconocer, sino también de transmitir sus propios valores para evitar incoherencias o posibles conflictos:

«Y ponerlo encima de la mesa es importante para la relación de confianza. Es muy importante también para la relación de confianza comunicar que, si ellos identifican en ti algún conflicto de intereses, tú saldrás. Y a dejarlo claro eso también es muy importante». [E 3]

«Y entonces también es cierto que hay líneas rojas, legales, éticas que no debemos cruzar. Y que hay que tener claro cuál es un poco el terreno de juego». [E 4]

Otro/a consultor/a añade a esta congruencia la importancia de reconocer sus límites y pedir ayuda si es necesario:

«Sí es muy importante, es que es muy importante eso, yo puedo tener lo que te decía, yo puedo tener un máster hecho en bioética y el curso varios cursos de consultoría y demás, pero eso no quiere decir que yo lo sepa todo soy la consultora, soy alguien que te va a echar una mano y si te puedo ayudar en estos momentos te ayudo, y si no tomo datos y en cuanto pueda te vuelvo a llamar e intentamos ver de qué manera podemos hacer lo que no podemos hacer entre tú y yo"». [E 12]

Estos testimonios evidencian que la autenticidad y la congruencia se vinculan con la capacidad del/de la consultor/a para identificar sus propios valores y gestionar su influencia en el proceso deliberativo.

C. Empatía

La capacidad de comprender y entender a la otra persona es entendida por los/as consultores/as como una actitud relevante para el proceso de consulta de calidad, de ahí esta subcategoría.

Uno/a de los/as entrevistados/as explica que la empatía implica no solo comprender la perspectiva del otro, sino también intentar captar las razones que sustentan sus decisiones:

«Yo la actitud del consultor ... tienes que tener una capacidad de ponerte en el lugar del otro Ponerte en el lugar del otro, tanto del profesional como del paciente, entonces, una vez te pones en el lugar del otro... y a la vez que escuchas, es que no sé cómo explicarlo. Esto es el ponerte en el lugar del otro, intentar pensar por qué aquel ha tomado esta decisión no la otra» [E 8]

Otros/as consultores/as resaltan que la empatía es esencial para comprender el impacto emocional que ciertas situaciones tienen en las personas, aunque dicho impacto no sea evidente desde una perspectiva técnica o profesional:

«Es importante la empatía, hay que saber... yo puedo tener muchísimos conocimientos o medianos conocimientos en bioética y pensar que lo que la otra persona me está diciendo es una cosa. Pues que puede ser algo que no tiene importancia y no entiendo el por qué a mí se me pasará eso, yo no haría uso del consultor ¿no?, pero para esa persona hay que ponerse en su lugar y es algo muy importante y algo que le agobia, le impide avanzar. Entonces tienes que ser eso, comprensivo y empático» [E 12]

«Bueno, pues yo creo que empático evidentemente es poner en el lugar del otro y ver lo que está pasando él o ella, pero el profesional y cómo las circunstancias que han hecho que llegara esa situación de conflicto en la que tiene que llegar a plantear este caso al consultor. Y eso es ponerte en su lugar y ver cómo estarías tú, insisto...Yo creo que una cosa muy importante que va un poco en los dos lados es ser capaz de ponerte en el lugar del otro, independientemente de los principios» [E 7]

Señalan, también, la importancia de intentar entender qué piensa o siente la otra persona y evitar suposiciones:

«Tratando de entender honestamente quiero decir, no ya con posiciones: “a ver qué me dice éste”, ¿no? que es medio tal”. Sino que un poco, pues intentando, eso, estar en ese momento pendiente de lo que esa persona te dice, tratando de entender por qué le preocupa eso, de ponerte en su lugar; aunque a ti no te preocuparía, por ejemplo, pero a él le preocupa, ¿no? Y tratando de ponerte desde esa posición» [E 13]

Finalmente, otro/a consultor/a enfatiza que la empatía, junto con la experiencia en el trato interpersonal, es fundamental para comprender las inquietudes del consultante y las necesidades del/de la paciente:

«Entonces, sí que creo que es necesario tener ciertas habilidades personales, tener experiencia en trabajar con personas, tener sobre todo muchísima empatía, es decir, creo que la clave en este tipo, en solucionar este tipo de problemas es ser capaz de ponerte en el lugar de la persona que te está pidiendo ayuda y en el lugar del paciente».

[E 5]

D. Asertividad

Durante las entrevistas, surgió la importancia de la asertividad como una actitud para saber comunicar con transparencia, decir lo que se piensa sin ofender a otras personas.

Al respecto, algunos/as los/as consultores/as señalan:

«O sea, el saber entender cómo argumentan las partes. Respeto por la escala de valores de cada uno. Respeto por la autonomía de los pacientes y tenerlo claro. Y después ser capaz de hablar con transparencia sin ofender. O sea, decir lo que pensamos sin que las partes se sientan ofendidas». [E 4]

«Asertiva, que puedas explicar las cosas bien sin entrar en conflicto tú también, porque sí claro, puedes ser muy bueno y tal, pero si luego a la hora de explicar o dar el feedback, de un informe, entras en conflicto, pues porque no tienes capacidad de explicar las cosas de forma adecuada...pero no una flexibilidad excesiva porque ¿sabes? porque si entras en una flexibilidad que tampoco acabas decidiendo nada, no ayudas, tiene que haber unos límites, pero sí que tiene que ser que no seas una persona que te enroques mucho en un punto de vista». [E 2]

Uno/a de los consultores/as lo expresa a través de un ejemplo:

«Pues hombre, es validando lo que te está diciendo la persona, intentando entenderle y diciéndole: “si no estás de acuerdo por lo que no estás de acuerdo”, pero sin decir: “Pues eso es una chorrada, eso no es ningún problema ético”». [E 13]

En definitiva, la asertividad se configura como una actitud que permite expresar discrepancias o recomendaciones con claridad, sin deteriorar el vínculo con los/as consultantes.

6.2.2.2.2 *Ética del encuentro_valores que transforman*

Esta categoría se centra en la dinámica relacional y los valores éticos que los/as consultores/as consideran fundamentales para favorecer un encuentro humanizado que, contribuye a generar un clima más propio para el diálogo y la toma de decisiones.

Los valores que conforman esta categoría se presentan a través de tres subcategorías, cada una refleja una dimensión específica de su aplicación profesional, centrados en la dinámica relacional.

A. Respuesta humana hacia el otro

La respuesta humana hacia el otro emerge como una necesidad por parte del/de la consultor/a de dar respuesta de manera integral a la otra persona, de acogerlo en todas sus dimensiones y ayudarlo.

Indican que:

«Estar, ¿no?, estar con el compañero cuando lo necesita, saber cuándo hay que estar y cuando no hay que estar. En qué necesita ayuda, dosificar esta ayuda, ¿no?, porque realmente la gente acaba viendo que les ayudas, para mí es el valor más importante poder ayudar a los demás en una situación conflictiva... ¿Y por qué lo hago? Porque claro, yo soy una persona de ayudar y entonces yo ayudo con el conflicto ético, pero también siento como un deber ayudar a profesional. Ese profesional está cargado, ¿no? le está pesando. Tengo que ayudar al profesional, de alguna manera, para que lo lleve mejor. Entonces, a veces, a veces, les digo, pues oye, y por qué no... lo hago para las familias, lo hago para los pacientes, pero también lo hago por los profesionales, oye, por qué no hablamos con alguien de Psicología y tal, que te que te dé herramientas para afrontar esto. Porque también hay que aprender a afrontar según qué conflictos...Escuchar con esa mirada de ayuda». [E 2]

Otros, señalan la importancia de ir más allá, es decir, valorar y acoger a las personas una vez finalizada la consulta:

«Que por otro lado no siempre se resuelven, pero bueno que incluso aunque no siempre se resuelvan muchas veces el hacer todo lo posible por resolverlos es suficiente para ayudar en el plano emocional también y sobre todo esto el plano, el apoyo en el plano emocional nos ha pasado también o quizá más específicamente en los casos en los que nuestra ayuda se ha pedido durante un procedimiento de solicitud de ayuda para morir,

¿no? un procedimiento de eutanasia, que más allá del ayudar a los profesores a pensar cuáles eran sus propios valores en el caso, más allá de ayudar a determinar una posición personal moral respecto al problema y de ayudarles a avanzar en ese sentido, ¿no?, el acompañamiento posterior pues también claramente desde el punto de vista emocional, desde el punto de vista humano también les ha ayudado». [E 11]

Un/a consultor/a aprecia también cómo la forma de responder ante una llamada denota esta forma de respuesta integral, humana hacia el otro:

«La pregunta, además, que le haces siempre el profesional cuando te suena el busca es: “¿en qué te puedo ayudar?”. Que ya es diferente de una interconsulta normal que dices: “Cardio, dime” ¿Sabes? Entonces, es bastante.... o sea, que ya por ahí empezamos: “En qué te puedo ayudar”». [E 13]

Además, otro/a consultor/a, relacionado con esto, menciona la necesidad de saber diferenciar la necesidad propia y la de la otra persona:

«Porque vas a ayudar a otra, con lo cual, es verdad que siempre vas a ayudar desde el tú, ¿no?, pero cuando incluso a lo que a ti te pidan pueda ser diferente a lo que tu harías, ¿vale?, poder trabajar y te sea lógico esa necesidad diferente a lo que tu podrías tener en una situación distinta a la tuya, no sé si me explico. Saber distinguir mi necesidad de tu necesidad, ante una misma situación como profesional, que yo creo que eso es muy complicado a veces». [E 1]

En la misma línea, un/a entrevistado/a añade que esta respuesta humana hacia la otra persona está relacionada con la ayuda a la persona enferma:

«Humanizar la ética, acercar, o sea, bajo mi punto de vista y bueno, esto te digo casi un poco a nivel personal, de lo leído es, es un poco que el que el que se dedica o está dentro de un comité de ética quiere ayudar a resolver problemas, no solo profesionales, que se los puede resolver a un gestor, sino a la persona enferma, a sus familias y de alguna forma, eso es esencial». [E 10]

En síntesis, el proceso de consulta, a través del encuentro, se revela también como un acto de cuidado, en el que ofrecer ayuda desde la presencia humana implica una atención integral a la persona y su contexto.

B. Donación y responsabilidad

La experiencia de los/as consultores/as revela que el ejercicio de su rol implica una entrega que se manifiesta en forma de donación que conlleva un compromiso humano y de responsabilidad.

Uno/a de los entrevistados lo describe así:

«No sabría de poner en palabras qué sienten, pero desde luego lo que sí que sé es que desde este otro lado de la mesa uno está demostrando que está haciendo verdaderos esfuerzos, de verdad, por intentar, porque a ti realmente, que de verdad te preocupa. Por intentar llegar a una solución razonable...Entonces yo no me atrevería a decir cuál es la sensación de la familia; espero transmitirle pues que por lo menos estamos tomando el caso con la seriedad que, con la máxima seriedad con la que podemos y el máximo interés y a partir de ahí pues vamos a ver dónde llegamos». [E 11]

También aprecian el compromiso activo y la asunción de la responsabilidad de la siguiente manera:

«Pero es importante también el feedback de, eh, he leído tu caso, me hago cargo de él, está es mi cara, si no me conocías que seguro me conoces, pero yo soy el que me voy a hacer cargo de esto y además te digo que le doy prioridad porque vengo el primer día y esa es la primera toma de contactos muy importante, más que otras cosas». [E 3]

«La respuesta es, estoy cercano, pero no le contesto de forma inmediata. No le respondo ahí, en ese momento, le digo, bueno, pues voy a mirarlo...Y te contesto, si es muy sencillo en un ratito intento responderte, voy a reflexionar y vengo otra vez y reflexionamos un poco sobre todo esto que me has contado, es decir, evitar que piense que eres alguien que ha llegado de otro planeta, que se lo sabe todo y que eres capaz de contestar tu solo». [E 10]

«Que se vea una persona que se compromete, ¿no? con las situaciones, que no da opiniones sin una preparación y sin una reflexión profunda y no personal, sino aséptica de prejuicios» [E 16]

Además, enfatizan que esta donación requiere de un esfuerzo de humildad y responsabilidad por reconocer y gestionar los propios límites:

«Qué actitudes o la actitud siempre tienes una actitud positiva buscando el mayor beneficio de la persona que tienes delante, o sea, nunca e ir con un prejuicio. Creo que

es lo peor que puedes tener en la bioética, ¿no? a la hora de hablar eso creo que, aunque no entiendas lo que tengas delante o para ti sea una barbaridad, creo que tienes que intentar entenderlo y respetarlo. O sea, no puedes ir con una actitud...esta palabra suena un poco fea, con una actitud de superioridad, tú no eres mejor que nadie, ellos tienen unas creencias, unos valores que, aunque tú no los compartas los tienes que respetar y en ese momento que estás hablando con ellos tienes que conocerlos». [E 6]

Finalmente, remarcan la necesidad de ayudar a las personas que no tienen el conocimiento suficiente para resolver los problemas éticos.

«Cuando te acercas a las personas que tienen un problema, habitualmente, como precisamente no existe un consultor, o no existía tan habilitado, tan cercano, alguien a quien poderte dirigir, ha hecho que los profesionales que se dirijan a nosotros siempre se hayan dirigido con problemas bastante complejos de solucionar. Con lo cual tú ves que tu compañero tiene necesidades que en cambio tú, por tener formación en bioética sí que lo sabes abordar en primera instancia». [E 1]

Estos relatos, sugieren que el ejercicio de la consulta ética se configura como una práctica de entrega, en la que el compromiso con el otro se manifiesta no solo en la búsqueda de soluciones, sino en el modo humano comprometido y responsable.

C. Tranquilidad y confianza

Los/as consultores/as consideran que durante el proceso de consulta aportan tranquilidad y confianza a los/as consultantes.

Aprecian esta tranquilidad, en los consultantes, como la sensación que provoca el saber a dónde recurrir si tienen un problema y que la respuesta es argumentada:

«Y yo creo que a los compañeros aporta muchísimo. Creo que les da muchísima tranquilidad el saber que estamos nosotros. Y cuando aparece un paciente que es que atisbas te puede haber algún tipo de problema ético y antes salías corriendo y los compañeros se enfrentan a ellos con más tranquilidad sabiendo que si hay algún problema estamos nosotros. Yo no tengo ninguna duda de qué aporta». [E 5]

«Bueno, yo creo que le aporta tranquilidad en cuanto que todas las decisiones que son difíciles, pues tienen el cómo el valor añadido de la de la opinión del consultor. Esto en los casos particulares yo creo que refuerza a los profesionales. Entonces, yo creo que ahí le aporta tranquilidad porque el hecho de que, incluso, en el caso de que, la respuesta

no vaya en la línea de lo que él pensaba, esto le refuerzan su acción ¿no?... Y el consultor bueno, el hecho de que la persona consultora tenga una cierta experiencia en este campo y yo creo que esto añade tranquilidad y confianza, creo cuando nos hacen consultas, el tema básico es la confianza que hay en la persona que hace la consulta». [E 8]

Otro/a consultor/a remarca la tranquilidad no solo moral o emocional, sino también legal:

«Yo creo que al profesional le aporta dos cosas, por un lado, tranquilidad emocional y moral, y por otro lado a veces también tranquilidad legal, puesto que a veces hay conflictos en los que uno se plantea, pues es que si tomamos determinada decisión nos van a denunciar, pues tener un poco ese informe del comité de ética a veces plantea, da también esa tranquilidad al profesional, insisto, a veces es una tranquilidad que no está, pero es lo que sí que la aporta». [E 7]

Y añaden a esta tranquilidad, la confianza:

«Pero venir a la consulta pues les da como más confianza, es una relación de confianza, además que te asesore alguien del pueblo, que nos conocemos, alguien del hospital, es como que les da más más confianza. Y aparte se llevan esto, es decir, completas más el círculo, te vas a la evidencia, la literatura, pero después poder tener este espacio con alguien que tiene experiencia, que te conoce, que además es profesional de la casa, ¿no? te refuerza y terminas de cerrar el círculo». [E 9]

A través de estas tres subcategorías, se evidencia cómo los/as consultores/as buscan responder de forma integral a quienes consultan, acoger con humildad y compromiso las situaciones difíciles y ofrecer tranquilidad y confianza, no solo por la competencia técnica, sino por el modo ético de estar con el otro.

6.2.2.3 Competencias del/de la consultor/a en ética clínica

Esta tercera familia temática se vincula directamente con dos de los objetivos planteados en el estudio: por un lado, describir las habilidades de comunicación y relación interpersonal más relevantes según la percepción de los/as consultores/as en el ejercicio de la consulta ética; y por otro, explorar el proceso de consulta de ética clínica y los modelos metodológicos utilizados con mayor frecuencia por los/as consultores/as.

Esta dimensión temática incluye tres tipos de competencias: habilidades interpersonales, esenciales para establecer un vínculo adecuado con quienes consultan; habilidades de comunicación, relacionadas con la forma en la que el/la consultor/a transmite y recibe información; y competencias más técnicas, vinculadas al proceso de consulta, que requieren el manejo de herramientas metodológicas y técnicas específicas.

En la siguiente tabla se resumen las categorías y subcategorías que conforman esta familia temática, las cuales se explicaran con mayor detalle en los epígrafes siguientes.

Tabla 20: Familia: Competencias del/de la consultor/a en ética clínica

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
COMPETENCIAS DEL/DE LA CONSULTOR/A EN ÉTICA CLÍNICA	Habilidades interpersonales durante el encuentro	Vínculo de confianza
		Reconocer e identificar tus límites y valores
		Reconocimiento mutuo <i>ens indigente</i> y <i>ens offerens</i>
	Habilidades de comunicación	Escucha activa
		Comunicación no verbal
		Preguntas abiertas para clarificación
		Dar respuestas empáticas_Reformulación
		Comunicación adaptada a la persona
	Competencias durante el proceso de consulta	Encuentro presencial como punto de partida
		Identificar el problema ético
		Identificar todos los elementos o circunstancias del problema
		Permitir que las partes involucradas participen en el proceso
		Identificar y argumentar diferentes opciones ante un problema
		Análisis y deliberación en mini-equipo
		Casos complejos se analizan en el CEA
		Redactar el proceso y deliberación de la consulta
		Seguimiento del caso

Fuente: elaboración propia

6.2.2.3.1 Habilidades interpersonales durante el encuentro

Recoge las habilidades para establecer, mantener y gestionar relaciones humanas saludables, humanizadas y éticas por parte del/de la consultor/a, durante los encuentros con los implicados.

A. Vínculo de confianza.

Este vínculo se manifiesta a través de los consultores/as como una condición necesaria para que el diálogo se desarrolle en un marco de apertura, sinceridad y colaboración:

«Y crear una confianza para que esa persona pueda contarte contenido muy complejo, ¿no? Y en un momento se pueda sincerar contigo pues es que. Estoy sintiendo mal mientras hago esto, ¿no? Tanto el paciente como el propio profesional, en función de las circunstancias, o la familia, porque algunos casos que nos han contado eran temas además asociados con la familia, ¿no?, de tres personas... Bueno es que, sin confianza, difícilmente va a existir esa relación consultor con cualquier profesional o en cualquier intervención». [E 1]

«Pero cuando te sientas y le dices: “Mire, ¿le importa si charlamos un rato y me explica un poco qué es lo que usted cree que está pasando?”. Solo con eso pues la gente se relaja bastante y en cuanto uno se sienta ahí, dices: “No, mire, si yo solo aquí solo vengo a charlar un rato y a enterarme de qué va esta película y de cómo la ve usted.” Pues eso facilita bastante el que efectivamente la gente se abra, ¿no?, que es de lo que se trata y después también porque otra de las cosas que precisamente por las personas que tratamos muchas de nuestras conversaciones se centran en cuestiones en torno al final de la vida y yo creo que la otra de las clases:». [E 11]

Aprecian también el cómo iniciar el vínculo y transmitírselo a la otra persona para que se convierta en una relación de confianza:

«...Y entonces ir un poco primero diciendo que tú vas a ser confidencial y vas a ser una persona confiable... Pero es importante también el feedback de “he leído tú caso, me hago cargo de él, está es mi cara, si no me conocías ya me conoces. Soy el que me voy a hacer cargo de esto y además te digo que le voy prioridad, porque vengo el primer día” y esa es la primera toma de contacto, muy importante, más que otras cosas... porque es muy importante, primero, establecer confianza antes de tener ningún tipo de...». [E 3]

«Comprender, mostrarse cercano, la cercanía, no cuestionar el problema que pueda tener, a pesar de que nos pueda parecer sencillo. Y de alguna forma mostrar, también, que tú vas a hacer un ejercicio de reflexión... La respuesta es, estoy cercano, pero no le contesto de forma inmediata... voy a reflexionar y vengo otra vez y reflexionamos un poco sobre todo esto que me has contado». [E 10]

En definitiva, el vínculo aparece como un punto de partida indispensable para que el diálogo y el proceso de consulta pueda darse con autenticidad y apertura.

B. Reconocer e identificar tus límites y valores.

Los/as consultores/as señalan la importancia de saber identificar cuáles son sus valores y sus límites, durante el proceso de consulta, para evitar verse influenciados por ellos.

Indican la relevancia de determinar cuáles son sus valores, sus principios y sus límites:

«Auto conocimiento de cuáles son tus límites y tus propios valores, para no proyectarlos, al menos intentar proyectar lo menos posible. Tener en cuenta tus propios juicios de valor. Yo creo que sobre todo mucho auto conocimiento y saber tus límites de persona...Para que si llegas a un momento que te están pidiendo algo que va contra tus propios valores fundamentales, sepas dejarlo a otro consultor, por ejemplo». [E 1]

En este sentido, advierten la necesidad de no solo conocer sus valores, sino también saber dejarlos fuera del proceso y evitar proyectarlos:

«Entonces tú te puedes encontrar y dices ¿cómo puede esa persona querer ir por este camino? Entonces si no eres capaz de dejar antes de entrar a la sala tus prejuicios y tu sistema de valores fuera y decir: yo entro aquí como algo neutro no vas a ser capaz de ser un buen mediador». [E 5]

«Sí, quizás sí, quizás sí de conocer, pues tus puntos débiles, tus puntos fuertes, aquello en lo que crees, en lo que no crees, para cuando te llega una, ¿no? tú tienes una creencia y ves que te estás influenciando, por una creencia tuya, pues tener la capacidad de decir no. Esto lo veo así yo, porque yo tengo estas características. O, tengo este sesgo, ¿no? Y no lo tengo que ver así... pues lo dejo de lado y ahora vamos a ser neutros, a eso me refiero un poco». [E 2]

Además, otro/a consultor/a lo relaciona también con los límites en conocimientos y la necesidad de ser humildes:

«O sea, tienes que ser honesto; uno con sus conocimientos, con los límites que tiene cada uno, o sea, no somos la persona que más sabe, podemos tener habilidades en el reconocimiento de los valores, reconocer que hay en conflicto o los valores en juego, pero no somos eruditos, hay que ser honesto, hay que ser humilde y prudente». [E 10]

De estos relatos se desprende la relevancia de que el/a consultor/a cuente con un buen nivel de autoconocimiento para sostener un encuentro y un proceso de consulta que sea éticamente beneficiante y no dañino.

C. Reconocimiento mutuo *ens indigente* y *ens offerens*

Esta subcategoría se refiere a la capacidad y habilidad de reconocer al otro/a, consultante, como alguien que necesita ayuda, y de ofrecer un acompañamiento desde una posición profesional, pero también humana.

Uno/a de los/as consultores/as destaca la importancia de acoger la necesidad del otro/a, incluso cuando el problema no está claramente formulado:

«Cuéntanoslo, ya te diré si es un problema ético o es otra cosa, pero voy a utilizar esa palabra porque tú has visto al enfermo y te vas de la habitación así medio disgustado hay algo que no encaja, cuéntanoslo a ver cómo te podemos ayudar. Y conseguir que eso desaparezca es el máximo alivio». [E 5]

Otro/a describe cómo, en muchas ocasiones, su intervención comienza con el acompañamiento inicial que no impone, sino que ayuda a clarificar:

«...porque no con poca frecuencia mucha gente sabe que tiene un problema, pero no sabe qué problema tiene y entonces muchas veces hace falta una conversación un poco inicial para centrar el caso y para ayudar a centrar también la posición o la conversación con el profesional». [E 11]

Este/a mismo/a consultor/a añade el valor del acompañamiento, más allá de la dimensión técnica:

«...más allá del ayudar a los profesionales a pensar cuáles eran sus propios valores en el caso, más allá de ayudar a determinar una posición personal moral respecto al problema y de ayudarles a avanzar en ese sentido, ¿no?, el acompañamiento posterior pues también claramente desde el punto de vista emocional, desde el punto de vista humano también les ha ayudado. [E 11]

Otro aspecto relevante que emerge es la vivencia del/de la consultor/a como alguien que “está al lado”, que acompaña:

«Da la sensación de que estás al lado de la otra persona... Yo creo que ellos, pues se desahogan en un momento dado y eso le sirve de descarga también para porque para ellos el problema es importante». [E 12]

Los relatos recogidos muestran que, en este encuentro interpersonal, se reconoce tanto la necesidad expresada por quienes consultan como la actitud de ofrecimiento por parte de quien acompaña.

6.2.2.3.2 Habilidades de comunicación

Esta categoría reúne un conjunto de habilidades que los/as consultores/as consideran fundamentales para establecer una comunicación efectiva y humana durante el proceso de consulta. Se trata de capacidades que permiten transmitir y recibir información de manera clara, empática y ajustada a las particularidades de cada consultante.

Las subcategorías que se presentan a continuación recogen distintas formas en que está competencia comunicativa se manifiesta en la práctica: desde la escucha activa y la reformulación, hasta el lenguaje no verbal o la capacidad de personalizar el mensaje en función de la persona y el momento.

A. Escucha activa

Los/as entrevistados/as relatan que saber escuchar de forma activa es el primer paso para recoger e intercambiar información, y lo consideran imprescindible para desplegar el resto de las habilidades comunicativas:

«Pues hombre, primero escuchándole. De una manera presente quiero decir que note la persona que estás presente ahí y que no estás ahí mirando reloj, que no estás ahí, escuchando el teléfono, que no estás ahí.... O sea, primero estando en presente, ¿no? Y escuchando a la persona, tratando de entender». [E 13]

«Yo creo que habilidades, la más esencial es la escucha activa para poder ver y que te sea lógico lo que te están planteando ellos, dónde está el dilema y dónde está siendo para ellos la dificultad mayor, ¿no? Entonces creo que es esencial poderles escuchar bien, y esa escucha activa me parece esencial». [E 1]

Señalan, que escuchar para ellos/as es más que oír:

«Para una consultoría en ética es el escuchar, pero escuchar, no oír sino escuchar. Y esto es básico para poder entender, Eh y a la vez que escuchas es que no sé cómo explicarlo. Esto es el ponerte en el lugar del otro, intentar pensar por qué aquel ha tomado esta decisión no la otra. ¡Y aquí necesitas el contexto, eh! Y analizar por qué y ponerte en su lugar». [E 8]

También explican cómo la practican y qué significa para ellos/as:

«Cómo se hace, primero de todo, pienso que la escucha activa, lo que tiene que ser es que la persona que tienes delante no? tenga un feedback, o sea que note que tú estás por él. Vale que lo que te está diciendo a ti te está interesando». [E 6]

Incluso añaden que, aunque en ocasiones, pueda ser tedioso y eso no impide que continúen practicándola:

«O sea, hay que escuchar, sentarte y escuchar, y a veces es pesado, porque a veces es un conflicto que no es ético. Es, es un conflicto entre compañeros que dices, a ver qué me están contando aquí ahora. Pero tienes que dejar que lo expliquen todo, y escuchar». [E 2]

Los/as consultores/as destacan la escucha activa como una habilidad fundamental para llevar a cabo la consulta de ética. Describen que implica estar presente, realizar un acto consciente al que otorgan un significado que va más allá del simplemente oír.

B. Comunicación no verbal

Muy vinculada a la escucha activa, los/as consultores/as destacan la comunicación no verbal como una parte inseparable del acto de escuchar:

«Sí, sí, escucha activa es cuando viene una persona con un conflicto, ¿no? Y yo desde el momento que viene, yo miro tanto lo que me dice como cómo me lo dice, comunicación no verbal». [E 2]

«Bueno, es que tiene que complementar, una sin la otra, ¿no? Si tú estás en esta escucha, estás mirando el reloj o el móvil, pues vamos mal, ¿no? Y muchas veces con la mirada, con la expresión también comunicas». [E 8]

También mencionan gestos y expresiones faciales concretos que transmiten disponibilidad, más allá de las palabras:

«Está claro que mirar a los ojos a la persona. Intentar tener, no voy a decir una sonrisa, porque una situación, la mayoría de las veces no dan lugar a sonrisa, pero si una actitud que tu transmitas de proactividad y de recibimiento. Todos sabemos cuándo nos cerramos en banda con unos brazos cruzados o cuándo recibimos a una persona, ¿no? Entonces esa sensación de recepción yo creo que tiene que estar explícita en nuestra forma». [E 1]

«Todos sabemos que la comunicación no verbal manda sobre la verbal. Es decir, que por mucho rato que yo te esté hablando con una forma, con un tono... Si mi cuerpo no acompaña lo que estoy diciendo, ya sabemos todos que la comunicación no verbal va a ser la que nos va a mandar, eso está clarísimo». [E 1]

Los relatos muestran que la comunicación no verbal está estrechamente ligada a la escucha activa. Describen que aspectos como los gestos, la expresión facial, la postura corporal o la mirada acompañan a lo que se dice verbalmente.

C. Preguntas abiertas para clarificación

Entre las habilidades comunicativas puestas en juego durante el proceso de consulta de ética clínica, los/as participantes destacan el uso de preguntas abiertas como una forma de acompañar al consultante en la clarificación de su relato. Estas preguntas no se orientan a obtener respuestas cerradas ni a dirigir el discurso, sino que buscan abrir el espacio de exploración y favorece una mayor comprensión.

El uso de preguntas abierta se presenta como una estrategia comunicativa clave, permitiendo a los/as consultores/as conocer todos los datos relevantes y clarificarlos a través del discurso de los consultantes:

«Y después de esta escucha activa, pues plantear...Aquellas preguntas que te pueden, o sea, aquello que nos ha explicado, pues plantear preguntas lo más abiertas posible para no focalizar y poder dar la visión de cuál es el problema real». [E 8]

Algunos/as profesionales expresan cómo estas preguntas abiertas no sólo ayudan a entender mejor el contenido del caso, sino que también permiten acceder a la dimensión emocional de la experiencia:

«...Luego empieza a introducir preguntas, ¿no? Pues... no sé, es que así de forma abstracta, me es difícil, ¿no?, pero... y “desde ¿cuándo te pasa esto?”, “y tú, ¿qué sientes cuando esta persona...?”». [E 2]

«Pues en muchas ocasiones cómo estás viendo el problema, cómo te estás sintiendo, es un problema muy complejo, con muchas facetas. Eso con mucha frecuencia hace que un profesional esté un poco agotado o esté cansando. No sé si a ti te está pasando. Unas preguntas abiertas para poder ver cómo lo está viviendo». [E 1]

Otro aspecto relevante es que estas preguntas se realizan desde una actitud de respeto y cuidado, como se recoge en la siguiente aportación:

«Bueno, dime “¿cuál es, qué problema tienes entonces?” Escuchar la principal, no poner en duda y no cuestionar... Realizar alguna pregunta para para intentar clarificar, ¡eh!» [E 10]

Estos relatos revelan cómo la forma de preguntar y el tipo de preguntas que realiza el/la consultor/a son fundamentales no solo para obtener información relevante sino también, para acercarse emocionalmente al consultante.

D. Comunicación adaptada a la persona

Los/as consultores/as entrevistados/as destacaron la importancia de adecuar el lenguaje y la actitud comunicativa a las características de las personas con la que se está dialogando, ya sea un profesional, un paciente o un familiar. Esta habilidad requiere considerar el nivel de comprensión, el contexto emocional y la singularidad del otro/a.

Uno/a de los participantes lo expresa de la siguiente manera:

«Hay que hacer un ejercicio muy importante de adecuarse a su nivel para que cuando tú tienes ese encuentro clínico que a veces son 5 ó 10 minutos que para ti no es nada y para él es el mundo, seas capaz de transmitirle toda la información y además de una manera cercana y de que lo comprenda». [E 5]

El uso de un lenguaje claro y ajustado al perfil de la otra persona es considerado fundamental, especialmente cuando se trata de familiares o pacientes que pueden estar en situación de vulnerabilidad o con limitaciones para entender ciertos términos:

«Después el saber dar una información clara como respuesta y adaptada a la persona que tienes delante. Eso también creo que es muy importante, no tanto con los profesionales porque al ser del mismo gremio, pues quieras que no es más fácil comunicarse, pero depende de con qué personas estás hablando, si es un familiar, creo que tienes que ver lo que tienes delante, tienes que intentar entender hasta qué pueden entender y qué no, y siempre, siempre, dar una información adaptada a lo que tienes delante, porque a veces, si tienes un abuelito de 80 años habrá cosas que por mucho que tú le expliques tendrás que tener mucha paciencia». [E 6]

Este principio de adaptación fue mencionado también de forma general, por otro/a participante, como parte de la habilidad de comunicación:

«Tiene que haber una adaptación a la persona que está interactuando contigo». [E 9]

Además, señalaron la importancia de utilizar un lenguaje directo y honesto:

«Pues que sí, utilizar muy bien las definiciones de los problemas que estamos utilizando y no otras alternativas...Intentar evitar con el compañero fórmulas de eufemismos, no. Estamos con cosas serias, entonces vamos a hablar de lo que pasa». [E 3]

E. Dar respuestas empáticas_Reformulación

Durante las entrevistas, emergió de manera significativa la práctica de la reformulación como una habilidad comunicativa, mediante la cual los/as consultores/as devuelven al interlocutor, con sus propias palabras, una síntesis comprensiva de lo que ha escuchado. Esta estrategia tiene como finalidad evitar interpretaciones erróneas y favorecer el relato.

Algunos/as consultores/a destacan la importancia de verificar el mensaje y corregir posibles malentendidos:

«Con unas ciertas señalizaciones de ahí. Y mucho feedback en el sentido de que, en ciertos momentos, hacer resumen y preguntarle a ese interlocutor si lo que tú estás interpretando es adecuado. Vamos a ver si poniendo un ejemplo: Alguien te está

comentando un relato de un paciente en una situación clínica y tú estás escuchando. Entonces, a parte de lo que es la escucha activa y el silencio, hacer resúmenes y hacer un feedback de lo que te están diciendo para confirmar que lo que tú estás interpretando también es lo adecuado, porque, yo creo que a veces hay problemas de comunicación de que lo que yo interpreto, lo interpreto con mis filtros, y con mis valores, y a veces lo que ellos te están diciendo es en otro plano, y eso puede dar lugar a muchas malas interpretaciones y obviamente que tú al final no les des una respuesta en el plano que ellos necesitan». [E 1]

«Entonces entender y también preguntar, ¿me estás entendiendo o crees que esto es así o tienes alguna duda? También ratificar mucho y ver que la persona que tienes delante te está entendiendo y saber lo que le estás diciendo». [E 6]

«Y cuando tienes que tratar de forma directa, pues tienes que ser prudente, tienes que aprender a escuchar y luego tienes que entresacar las cosas... bueno, y entonces con todo esto que hemos hablado, parece que la duda que tienes es tal. ¿Es así?». [E 14]

Otro aspecto que destacan los participantes es la importancia de no sólo comprender a la otra persona, sino también devolver esa comprensión en palabras:

«Es una gran habilidad y luego una vez has hecho la escucha activa saber ponerte en el lugar del otro y luego saber expresarlo». [E 5]

Otro/a consultor/a lo manifiesta a través de un ejemplo, en la que la respuesta empática le permite aclarar o precisar su mensaje y profundizar en la experiencia del otro.

«Igual a veces simplemente explicitándolo también lo que puede ocurrir es que el paciente o el familiar, ¿no?, quien sea, también pueda decir: “-No, no, no. Mire si es que usted no me está usted entendiendo mi problema es c) o d)”. Vale bueno pues perfecto, pues ya hemos llegado al fondo del asunto venga perfecto. Pues si el problema es c), Ayúdeme a entender por qué cree usted que c) es un problema o ayúdeme a entender por qué cree usted que c) era importante para su familiar». [E 11]

Estos testimonios muestran que la reformulación es utilizada por los/as consultores/as no sólo como una técnica para verificar la comprensión, sino también como una forma de demostrar una actitud empática, lo que la refuerza como subcategoría dentro de las actitudes y valores éticos del/de la consultante.

6.2.2.3.3 Competencias durante el proceso de consulta

Durante el desarrollo de la consulta de ética, los/as consultores/as ponen en práctica una serie de capacidades técnicas, procedimentales y deliberativas que estructuran su intervención. Se trata de etapas o componentes operativos del modelo de análisis ético, que permiten abordar el problema moral en toda su complejidad, desde su identificación inicial hasta la redacción de informes finales del proceso. Estas competencias no solo exigen conocimientos puramente teóricos, sino también comprensión contextual y capacidad de reconocer un caso que requiere ser abordado por el Comité de Ética Asistencial.

A continuación, se exponen de forma detallada el conjunto de dimensiones específicas que integran esta categoría, las cuales permiten comprender cómo se articula el proceso de consulta ética clínica en la práctica, a través de la perspectiva de los/as consultores/as.

A. Encuentro presencial como punto de partida

Independientemente del canal inicial de contacto, ya sea correo electrónico, llamada telefónica o interacción informal, los/as consultores/as coinciden en señalar que el proceso de consulta comienza formalmente con un encuentro presencial.

La presencialidad se valora especialmente cuando puede organizarse en un plazo breve y en un entorno adecuado:

«Sí, sí, “mira, es que tengo que preguntarte” y dices, bueno, si estás en mitad de una consulta, le tienes que posponer y le tienes que decir “Pues mira a ver mañana, a tal hora puedes”, “pues sí, sí,” “pues mira, mañana nos vemos aquí te parece aquí o ¿quieres que vaya yo allí ahora?” Y hablamos del caso o si puedes en ese momento, y demás. Y el que te manda un correo, pues lo mismo. Si te manda un correo siempre, yo siempre intento una entrevista personal». [E 14]

«Bueno, quedamos en una fecha lo antes posible. Nos reunimos normalmente en el servicio donde se ha hecho la consulta, si es un familiar, intentamos coger algún espacio del hospital donde pueda haber una intimidad para que nos sea más fácil, entonces, primero de todo comentamos que nos expliquen el caso, nosotros previamente ya lo hemos leído las personas que estamos ahí desde el Mail que nos han enviado, pero bueno, que lo expliquen ellos con sus propias palabras». [E 6]

«Lo más habitual no es que te llamen para decirte, oye, tengo este, te llaman, te dicen, oye, ¿puedo hablar contigo? Pues la mayoría de la gente te llaman al teléfono y te buscan presencialmente, oye, me voy a acercar y te comento una cosa, que tenemos un paciente que quería plantearos y normalmente, habitualmente es presencial. O sea, el contacto inicial, digamos que el contacto inicial muchas veces es telefónico para dar pie, para programar un contacto presencial y en ese contacto es el que se expone el caso».

[E 7]

Se interpreta que la necesidad de presencialidad no responde únicamente a una conveniencia práctica para el/la consultante, sino también a una necesidad del/de la propio/a consultor/a, que encuentra en ese espacio físico y relacional las condiciones idóneas para comenzar el proceso.

«La interconsulta llega por una llamada o por un correo, entonces contacto con él con el profesional que ha hecho la consulta, a ver, explícame qué es lo que pasa entonces en función de lo que pasa después, me desplazo allí». [E 8]

Este primer encuentro permite que el/la consultante exponga de manera general el caso y sus preocupaciones o dudas iniciales, aunque el análisis más profundo se desarrolle en fases posteriores:

«Pues hacemos un primer contacto verbal, que nos cuentan de forma general, dónde tienen el dilema y lo que les está sucediendo. Luego intento hacer una entrevista más larga con esa persona para ver más los detalles, donde te cuentan a grandes rasgos donde está el tema, con lo cual intentamos quedar físicamente y hacer una entrevista un poco más larga, para ver exactamente qué elementos han tenido en cuenta» [E 1]

Una vez celebrado este primer encuentro, en el que el/la consultante expone el caso y plantea sus preocupaciones, el/la consultor/a orienta su intervención hacia un primer objetivo: la identificación del problema ético, aspecto que se aborda en la subcategoría siguiente.

B. Identificar el problema ético

Una vez establecido el primer contacto con el/la consultante, una de las primeras tareas del/de la consultor/a consiste en identificar de manera clara y compartida cuál es el

problema moral que motiva la solicitud. Este paso no siempre resulta claro desde el inicio, ya que, como señalan los/as participantes, en muchos casos la persona que consulta no ha logrado aún formular con precisión qué problema moral tiene:

«...porque a veces no identifican tampoco ni qué es lo que les está preocupando y hasta que no lo han explicado todo. Te dicen no a mí lo que me preocupa es tal cosa y esa hora ahora empezamos a hablar de cuál es el, de cuál es el conflicto y me ha estado explicando otra cosa, ¿no?». [E 2]

«La primera muchas veces es identificar realmente qué pregunta nos estamos haciendo. Porque a veces nos plantean el problema sin una clara pregunta en cuanto a ética...Entonces identificar realmente qué problema ético y a veces tenemos que hacer el ejercicio de ver cuál es la pregunta ética». [E 4]

En este sentido, el/la consultor/a facilita un proceso de clarificación, acompañando al otro para que logre expresar, desde sus propias palabras, dónde reside realmente el problema:

«Es que muchas veces la persona que consulta pues no tiene claro, tiene un lío que va más allá del problema, porque el problema lo tienes cuando tienes conocimiento de todas las de todas las cosas, circunstancias contexto, pero eso es un lío. O sea, ni tan siquiera llegan al problema, entonces, tienes que clarificarlo y, de alguna forma, siento así un poco socrático que al final lo exprese, pues mi problema es tal, mi problema es...» [E 10]

«Bueno, yo creo que es muy importante poder sacar de esa reunión una pregunta concreta y eso tiene que ser a base de, pues a lo mejor, indagar un poco más en el caso... preguntarle bien cuál es tu problema, dónde tienes el conflicto...empiezas a hablar de cuáles son los valores que hay debajo y qué problemas, o sea, qué cosas crees que están modulando la pregunta del consultante por lo que te están haciendo esa pregunta y por qué no lo tienen claro, ¿no?... Entonces, identificas dónde va a estar el conflicto e intentas acotarlo en esa entrevista». [E 3]

Se interpreta que esta etapa no sólo cumple una función metodológica en el proceso de análisis, sino también una función formativa y de acompañante, en la medida en que

ayuda al/la consultante a tomar conciencia de su conflicto, nombrarlo con precisión, desde una perspectiva ética.

Además, indican que establecer el problema ético, con claridad, permite establecer el resto de los pasos o etapas:

«... Y entonces lo primero que haces es preguntar qué es lo que pasa, qué es lo que le preocupa, cuál es la duda ética que tiene el profesional en cuestión y en función de eso pues tu ya estableces... un poco una hoja de ruta, digamos». [E 13]

C. Identificar todos los elementos o circunstancias del problema

Una vez identificado el problema moral, el siguiente paso es comprenderlo en su contexto completo, para lo cual los/as consultores/as recurren a distintas estrategias de análisis y recopilación de información.

La forma de recopilar información puede ser a través de una entrevista más detallada y prolongada con el//la consultante, para valorar si se ha tenido en cuenta otras variables:

«... hacer una entrevista un poco más larga, para ver exactamente qué elementos han tenido en cuenta, o no, no solamente ver como poder solucionar, sino el paciente, del ambiente social de esa persona, si se ha tenido en cuenta, o de esas personas implicadas, y en función de eso, ya sí que trabajamos de forma diferente». [E 1]

Añaden que otra forma de ampliar la información es través de la historia clínica del paciente o realizando reuniones con profesionales de otros servicios:

«...y evidentemente, después de la entrevista. ¿En el caso de caso, pues hay que analizar la historia exactamente yo, muchas veces analizo, porque hay cosas de estas que hay algún comentario del turno de enfermería de la noche o analiza un poquito todo, todas las situaciones y todo el contexto, ¿no?» [E 8]

«En alguna ocasión hemos tenido que hacer reuniones con otros, incluso, con otros servicios, porque estaban implicados varios servicios, ¿no?, para una visión más global del problema y nosotros hemos obtenido datos de la historia del paciente, de forma en paralelo, digamos». [E 1]

Además, señalan que está información debe de ser lo más neutral posible, para evitar posibles condicionantes:

«Tienes que tener, digamos, cuanta más información mejor y una información lo más aséptica posible para poder analizarla de forma objetiva, ¿no?». [E 7]

D. Permitir que las partes involucradas participen en el proceso

Los/as consultores/as destacan la importancia de integrar a las personas implicadas en el proceso de consulta. Esta participación incluye tanto a pacientes y familiares como profesionales de distintos equipos, y se considera esencial para enriquecer la comprensión del caso desde múltiples perspectivas y avanzar hacia una toma de decisiones más compartida.

En algunos casos, el/la consultor/a pregunta explícitamente si sería útil o adecuado realizar una entrevista directamente con el paciente:

«Y entonces, bueno, pues yo les pregunto, “¿Crees que ayudaría a una entrevista con el paciente?” si me dicen que sí, pues tengo que buscar el hueco, me acuerdo de aquel señor que fue un caso complicado, que le entrevisté un viernes a las 3:00 de la tarde. Porque tiene que ser así, ¿no?» [E 14]

La forma de llevar a cabo estas reuniones varía según las necesidades del caso: pueden realizarse a pie de cama con el paciente y familiares, en espacios neutros o con diferentes equipos de profesionales:

«No es raro que vayamos a pie de cama del paciente cuando el problema es con el paciente o con un familiar. Y no es raro que si es un conflicto entre profesionales y demás acabemos convocando una reunión entre todas las partes o que vayamos nosotros hablando con todas las partes. Pero cuando es entre profesionales solemos convocarles a todos en una reunión. Para ponerlo todo en contexto». [E 4]

«Si hay que hablar con algún miembro del equipo, pues a veces se implica enfermería o alguien más, y si además hay que hablar con el paciente o con la familia, pues se realiza todo de esta manera y entonces en base a esto se da un consejo sobre la actitud a seguir, este es el proceso». [E 8]

Aunque algunos/as consultores/as reconocen que no siempre es estrictamente necesario incluir a todas las partes, si consideran que, salvo excepciones justificadas, se debería proporcionar su implicación directa:

«Casi siempre salvo que la consulta con el profesional y salvo algunos casos muy excepciones casi siempre nos entrevistamos con el paciente o con los familiares. De hecho, yo creo que debería hacerse bueno prácticamente siempre, pero es verdad que hay circunstancias que igual no lo hacen estrictamente necesario. Pero al menos con esa otra parte casi siempre ocurre». [E 11]

A través de estas percepciones se interpreta que estas reuniones tienen un valor que va más allá de la recopilación de información: permiten acercar posturas, compartir puntos de vista y comenzar a desactivar el conflicto, promoviendo una comprensión mutua que pueda facilitar la toma de decisiones compartidas o más alienada con los valores de los implicados.

E. Identificar y argumentar diferentes opciones ante un problema

En esta fase del proceso, los/as consultores/as enfatizan la importancia de abrir el análisis hacia distintas alternativas de actuación, más allá de las opciones inicialmente consideradas por el/a consultante. Esta capacidad deliberativa permite ampliar el campo de posibilidades, incorporar nuevos enfoques y valorar críticamente cada curso de acción en función del caso concreto y sus implicaciones éticas.

«Pues yo creo que opciones diferentes muchas veces de las que se han planteado, quiero decir, que yo creo que alternativas que en un momento dado tu no has sido capaz de ver por diferentes razones...pero yo creo que el encontrar más alternativas de las que tú partías, eso es esencial...Y que son muchos los elementos que tienes que barajar para dar esa respuesta...Sino que hay que trabajarlo para llevarlo a cabo.». [E 1]

Indican, que este análisis se puede realizar de forma conjunta con el consultante e ir analizando las posiciones de las partes implicadas y proponer soluciones que pueden ir desde posiciones extremas hasta opciones intermedias:

«Bueno, es esto, esta reunión es escuchar, explícame, analicemos, la situación, las acciones que se han realizado. ¿Qué solución propone él? o ¿cuál es su visión?, ¿cuál es la posición encontrada de la otra parte? y entonces plantear acciones desde las acciones extremas hasta las acciones más centrales que podemos, que podemos dar como respuesta». [E 8]

«Deliberamos sobre el caso, planteamos los distintos cursos y al final hacemos unas recomendaciones sobre lo que pensamos que es el curso más adecuado y las distintas, a veces las distintas alternativas». [E 7]

Esto sugiere que esta competencia no surge espontáneamente, sino que requiere formación, práctica deliberativa y actitudes de aceptación y respeto.

F. Análisis y deliberación en mini-equipo

En el desarrollo de la consulta de ética, los/as profesionales entrevistados coinciden en que la deliberación no debería ser una tarea unipersonal, salvo en casos excepcionales que lo justifiquen como una urgencia o falta de disponibilidad. En lugar de ello, se constituye un grupo reducido de consultores, que lo denominan mini-equipo, encargados de analizar el caso, contrastar perspectivas y realizar informes.

La idea central es que la deliberación ética requiere de pluralidad:

«Cuando se produce la consultoría, digamos, entre los miembros de este mini comité, deliberamos». [E 7]

Los consultores indican que, aunque no siempre se consigue que participen todos los miembros, se intenta garantizar al menos la presencia de dos o tres personas:

«Cuando nos llaman, el busca lo lleva una persona... que como te decía somos cinco e intentamos ir los máximos posibles. Lo único que como no estamos liberados y esto es anárquico, van los que pueden. Uno, dos, de uno a cinco. Intentamos que vayan varios... Pero lo ponemos y normalmente vamos dos, tres para intentar que no sea unipersonal, aunque haya alguna interconsulta unipersonal». [E 4]

En algunos equipos, esta práctica está organizada a través de un sistema rotario, en el que la persona que recibe la consulta es el encargado de convocar a otros/as:

«Y entonces el busca rotamos de semana a semana y de alguna forma el que lleva el busca esa semana se hace cargo de los casos entrantes, ¿vale? Y entonces es la persona que tiene que reunir un grupo para cada caso. Intentamos, bueno intentamos, prácticamente siempre tiene que ser dos o más. Tiene que ser dos consultores por lo menos juntos». [E 3]

Un/a consultor/a añade que la deliberación individual se considera insuficiente para emitir un juicio ético salvo situaciones extremas:

«Nunca vi un informe de una persona nuestra nada más, una cosa, bueno, excepto que la llamaran por una emergencia donde estuviera mucho riesgo vital, que hasta ahora no nos ha pasado, porque incluso cuando hablamos con UCI con el tema del COVID... siempre intentamos que fuese un mini-equipo el que tomase la decisión o la valoración se hiciese en un mini equipo, no fuera un consultor único». [E 1]

Del conjunto de testimonios se desprende que este tipo de deliberación compartida en mini-equipo no solo aporta diversidad de perspectivas, sino que también refuerza la legitimidad del juicio ético emitido.

G. Casos complejos se analizan en el CEA

Los/as consultores/as entrevistados destacan la importancia de discernir qué casos requieren ser abordados por el Comité de Ética Asistencial en su composición plena. Esta decisión responde, a la complejidad moral del caso, que justifica una deliberación más amplia y la incorporación de perspectivas procedentes de distintas disciplinas.

En estos casos, se activa el procedimiento para llevar el caso al CEAS, ya sea incorporándolo en una sesión ordinaria o convocando una reunión extraordinaria:

«Sí es muy compleja, convoco una extraordinaria al Comité de Ética, si es que no me viene a la ordinaria, si me viene a la ordinaria la meto, lo meto en ordinaria... se invita a la persona que hace la consulta, se le invita al Comité de Ética viene y expone el caso». [E 2]

Esta valoración se realiza desde la misma interconsulta, evaluando si el caso puede resolverse a través del mini-equipo o si debe ser escalado:

«Entonces, desde la interconsulta se valora si tiene que participar el CEAS, como ha habido un caso recientemente, o si lo resolvemos nosotros». [E 4]

Algunos/as consultores/as, indican que detienen su propio proceso deliberativo para remitir el caso directamente al Comité:

«Nosotros mismos a veces nos paramos en la respuesta de la consultoría y decimos que vaya pleno de CEAS, porque no queremos... son problemas complicados, hay que tratar de hablarlo entre todos» [E 3]

El paso al CEAS se justifica, entre otras razones por la mayor pluralidad y diversidad de perfiles que lo integran, lo que permite enriquecer la reflexión:

«...hay problemas que requieren de una discusión mucho más sesuda y que hay que venir al comité y de hecho nosotros lo decimos - “esto no es para la consultoría, esto nos lo llevamos al comité y ya daremos una respuesta”- pero además creo que hacen una buena labor de control porque los comités son más plurales, hay todavía más perfiles que los que hay en la consultoría y eso está muy bien y es muy enriquecedor [E 5]

«Si me parece que es de una entidad compleja y que se beneficia de una deliberación en el CEA, pues lo que hago es analizarla bien, explicar, preguntar todas las dudas y llevarla a la Comisión». [E 14]

Del conjunto de relatos se intuye que la consulta de ética no se concibe como un espacio cerrado ni desvinculado del CEAS, sino como una práctica articulada, dependiente de este y en colaboración constante. Reconocer cuando un caso debe ser abordado por el Comité en su totalidad no debilita la labor consultiva, sino que la refuerza como un servicio flexible y responsable.

H. Redactar el proceso y deliberación de la consulta

Como parte final del proceso de consulta, los/as profesionales destacan la importancia de dejar constancia escrita del análisis ético realizado y de las recomendaciones propuestas. Este paso otorga trazabilidad al proceso, permite de comunicar de manera formal los argumentos que sustentan las decisiones.

Algunos consultores indican, que los informes no recogen solo la conclusión, sino también el razonamiento ético, los criterios empleados y los aspectos sensibles del caso:

«Que el informe tiene una estructura que normalmente al principio cuentas los hechos, la pregunta ética que te hace la persona y luego vas haciendo una serie de reflexiones de análisis ético, y las recomendaciones en las que te fundamentas. Entonces todo eso,

y si ha habido reuniones vas reflejando las reuniones que han ido, los acuerdos que se han ido tomando, las recomendaciones». [E 13]

En relación sobre dónde queda reflejado o quién se le otorga el Informe, algunos consultores remarcan la importancia de reflejarlo en la historia clínica, aunque en algunas situaciones por urgencia se realice en un primer momento de forma verbal:

«...y hacer en el informe pertinente en ese mismo momento o a veces colgarlo al día siguiente y lo colgamos en la historia clínica. O sea, lo que hacemos, salvo que haya una solicitud de discrecionalidad por parte del que consulta». [E 4]

«Cuando se produce la consultoría, digamos, entre los miembros de este mini comité, deliberamos y hacemos un informe final que se hace por escrito, aunque a veces algunos se ha hecho también por teléfono, cuando era muy urgente, por ejemplo, o sea, por teléfono o presencialmente, pero se hace siempre un documento que pueda quedar, queda en la información del propio comité de ética, pero que quede también con la historia clínica del paciente». [E 7]

A pesar de su valor y relevancia, algunos/as consultores/as reconocen las dificultades prácticas para redactar estos informes de forma sistemática, fundamentada y con una narración cuidada, debido a la carga asistencial:

«Los informes, al principio los informes pues cuestan muchísimo esfuerzo, los revisábamos entre todos. Quiero decir que ahora, cada vez más, el que lleva el busca pues sí, que a lo mejor pasa el informe un poco por mail para que lo vean para tal, pero los primeros informes eran con lupa...Escribir un informe te lleva una hora y media fijo» [E 13]

Todo lo anterior pone de manifiesto que la redacción del informe no es solo una formalidad documental, sino una expresión del compromiso ético con la transparencia, la argumentación y la responsabilidad profesional. Aun con las limitaciones del entorno asistencial, se reconoce que dejar huella escrita del razonamiento deliberativo refuerza la legitimidad del proceso y contribuye a institucionalizar la práctica consultiva, como parte integral de la atención clínica.

I. Seguimiento del caso

Dentro del conjunto de competencias que los/as consultores/as ponen en práctica durante el proceso de consulta, emerge el seguimiento del caso tras la emisión de las recomendaciones. Esta subcategoría, aunque no siempre está sistematizada, es valorada de forma positiva por los/as consultores/as. Este seguimiento puede adoptar diferentes formas; desde el contacto informal para saber cómo evolucionó la situación, verificar si las propuestas fueron implementadas, si surgieron nuevos dilemas e incluso el estado emocional del consultante.

«Y a partir de ahí, siempre que se puede, se sigue el caso, siempre intentamos ponernos en contacto a posteriori con esas personas para ver cómo ha acabado el caso». [E 6]

Algunos, indican que han incorporado de forma habitual una pregunta final dirigida al consultante, como forma de evaluación de la intervención:

«... porque otra cosa importante que se hace es la consultoría, a diferencia del CEA, que se hace seguimiento de los casos. Entonces casos, pues si está en activo se queda en abierto y tú haces seguimiento. Porque nosotros les solemos preguntar después, si les ha ayudado nuestra intervención. Esa es una pregunta que hacemos siempre al final. Y la respuesta es buenísima». [E 13]

Este seguimiento puede mantenerse mientras el paciente esté ingresado, lo que facilita una observación prolongada y el contacto continuo con los implicados:

«Mientras el paciente está ingresado, o sea, normalmente hacemos seguimiento hasta que nosotros damos nuestra labor por finalizado, pero si el paciente sigue ingresado, nosotros lo vamos siguiendo digitalmente, lo tenemos fácil, vamos preguntando a las personas implicadas y tal, qué tal, cómo ha ido, hace falta algo más, es fácil, este hospital también tiene un tamaño bueno para esto. Y al profesional sí que le solemos hacer la pregunta de si le hemos ayudado, si está conforme». [E 4]

En otros casos, el seguimiento permite cerrar el proceso con mayor profundidad emocional y reflexiva, más allá del informe escrito:

«Y luego aparte otras cosas, ¿no?, que tú, pues dirímes, un caso grave, aunque sea, pues vuelves a hablar con la con la profesional que te ha consultado. Y salen más cosas o te

dice, me he sentido así, no sé qué, y es como que cierras mejor esa situación, no queda así.... “Hemos emitido un informe y ya hemos hecho la faena”. ¿no? hemos hecho la faena burocrática, pero vamos a cerrar el proceso ¿no? Incluso les preguntamos “Oye, ¿os ha servido de ayuda en venir al Comité de Ética? y la mayoría “sí”». [E 2]

Del análisis de estos testimonios se desprende que el seguimiento no es una fase burocrática, sino una práctica ética que refuerza la continuidad acompañamiento, la evaluación real del proceso y el cierre humanizado de los casos.

En conjunto, esta categoría permite comprender la consulta ética clínica no solo como una herramienta técnica, sino como una práctica reflexiva relacional, en la que la responsabilidad moral del/de la consultor/a se despliega en cada gesto, cada pregunta y cada decisión compartida.

6.2.2.4 Consultor como mini-equipo

Esta familia temática se inscribe en el objetivo de explorar el proceso de consulta de ética clínica y los modelos metodológicos utilizados con mayor frecuencia por los/as consultores/as. Sin embargo, emerge con entidad propia al profundizar en la forma concreta de trabajar que describen los/as consultores/as.

A lo largo de las entrevistas, aparece de manera reiterada, la idea de que la figura del/de la consultor/a no se corresponde con un sujeto individual, sino que se configura como un pequeño grupo que actúa de manera coordinada. Esta forma de concebir y ejercer la consulta revela una dimensión colegiada del rol, basada en la deliberación compartida, la responsabilidad distribuida y la complementariedad de perspectivas.

Esta dimensión temática incluye dos categorías. Por un lado, lo que el mini-equipo aporta al CEAS en términos de dinamización e impulso. Por otro, los beneficios del trabajo en mini-equipo frente a la intervención individual de un/a único/a consultor/a.

A continuación, se presenta una tabla con las categorías y subcategorías que conforman esta familia temática, las cuales se desarrollarán con detalle en los apartados siguientes.

Tabla 21: Familia: Consultor/a como mini-equipo

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
CONSULTOR/A COMO MINI-EQUIPO	Mini-equipo dinamiza el CEAS	El/la consultor/a es un mini-equipo
		Visibiliza y dinamiza al CEAS
	El mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos	Mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos

Fuente: elaboración propia

6.2.2.4.1 Mini-equipo dinamiza el CEAS

Esta categoría parte del valor que los/as participantes atribuyen al trabajo colectivo, entendido no solo como una forma organizativa, sino como una expresión del propio rol consultivo.

Desde la lógica colegiada, los/as entrevistados/as destacan diversas bondades del mini-equipo entre las que destaca su capacidad para visibilizar y dinamizar el Comité de Ética Asistencial.

A. El/la consultor/a es un mini-equipo

Los relatos analizados muestran que la figura del/de la consultor/a, lejos de estar enmarcado en una única persona, se concibe y práctica como un pequeño equipo de profesionales.

«Nosotros, cuando hablamos de un consultor, es como la persona que recepciona la información, pero no la que te da la respuesta...y entonces planteamos pues que no fuese algo personalizado que teníamos la estructura de un comité urgente, y una figura que se le puede llamar esa figura que comentas pero que no está personalizada en alguien concreto del comité». [E 1]

«En consenso, bueno en multidisciplinar...casos sencillos en pequeño comité en dos o 3 personas y ahora lo tengo más estructurado». [E 2]

«...lo que hacemos nosotros, estamos 3 personas que somos los que estamos más en el núcleo duro, Eh! Y entre nosotros tenemos comunicación, esto hoy, con las tecnologías, es muy fácil». [E 8]

«O sea, el mini comité, que funcionamos como comité de ética, como consultor de ética clínica, es un perfil más reducido». [E 7]

Algunos, añaden que dentro del mini-equipo existe una figura que se encarga de organizar al grupo y que está es rotatoria:

«Nosotros somos cinco. Tenemos un busca. Y entonces el busca lo rotamos de semana a semana ...Y entonces es la persona que tiene que reunir un grupo para cada caso...prácticamente siempre tiene que ser dos o más». [E 3]

«Tenemos un busca, que nos pueden llamar y facilitar el contacto y la consulta, pues de forma rápida e inmediata...entonces somos 3 personas». [E 10]

Desde esta perspectiva, algunos/as entrevistados/as señalan que los consultores/as forman parte del CEAS:

«De todas las personas que forman el Comité entonces tres o cuatro personas vamos a hablar con el implicado con el que nos haya hecho la consulta, ya que nos puede hacer consulta tanto los usuarios, como los profesionales, como la dirección del centro». [E 6]

También exponen que lo ideal es que estos equipos surjan directamente del CEAS:

«Y creo que los consultores de manera natural deberían salir de los comités de ética, eso lo creo también, porque al final es la gente del hospital que tiene más interés en ello, ¿no? o sea que me parece que sería lo normal que los equipos de consultoría de los hospitales se formen a partir de los mismos del comité, porque al final es la gente de la institución que tiene formación y que tiene interés en ello». [E 5]

Estos relatos ponen de manifiesto que la figura del/ de la consultor/a no deben entenderse como una voz individual, sino como una práctica colegiada que se expresa en formato organizativo flexible y plural: el mini-equipo.

B. Visibiliza y dinamiza al CEAS

Otro aspecto que los entrevistados/as consideran relevante en relación con el mini-equipo, es que su presencia activa en el centro u hospital aumenta la visibilidad al CEAS como un organismo accesible y cercano.

Este reconocimiento, como manifiesta uno/a de los consultores/as, también se refleja en la creciente participación en las actividades formativas por parte de distintos estamentos profesionales, así como en el incremento de personas interesadas en formar parte del CEAS:

«Yo creo que la consultoría visibiliza mucho el comité de ética clínica dentro del hospital como un organismo que es visible, que es activo, que es útil y en ese contexto. Por ejemplo; dos ejemplos muy claros en los cursos de formación... que organizamos anualmente ... el curso va a terminar la semana que viene y la variedad de profesionales no médicos que empiezan a mostrar interés por esto es mucho mayor de lo que era antes y esto se deduce también, por ejemplo, que cuando hemos tenido que renovar las plazas de miembros del comité recibimos también más candidatos». [E 11]

Otro aspecto que destacan es la aparición de situaciones informales, como las consultas de pasillo, lo que revelan el reconocimiento cotidiano de los/las consultores/as y al mismo tiempo repercuten de forma positiva en el CEAS:

«Y hace mucha consulta de pasillo, que luego la transformamos a que sea escrita y todo, porque eso es una cosa que aporta mucho a la consultoría respecto a CEAS, el poder abordarte». [E 3]

Añaden que esta dinámica de funcionamiento contribuye a fomentar el boca a boca entre profesionales, favoreciendo así la visibilidad del CEAS y promoviendo su utilización:

«Y luego está el boca a boca, entonces... Pues mira, “a mí me pasó esto y llamé y me echaron un cable, llama tu” ... Yo creo que es un pasito más y bueno poco a poco, y yo creo que se visibiliza mucho más lo que es la ética». [E 12]

El trabajo en mini-equipo no solo refuerza la presencia externa del CEAS, sino que también dinamiza su funcionamiento interno, al generar una mayor implicación de sus miembros:

«Pero hace que sea mucho más activo todo el mundo del propio comité. Yo creo que hay más motivación con este sistema de un micro comité urgente, digamos. Y de hecho tenemos puesto que sea un mínimo de tres personas, y en alguna ocasión nos hemos encontrado que ha ido mucha más gente. Porque de pronto, todo aquel que puede, va.

Y eso sí que te dice mucho del equipo que tenemos de trabajo, lo motivado que están, ¿no? Porque si no estuvieras motivado, pues iría». [E 1]

«Bueno una satisfacción, porque como te acabo de contar, es un proceso de mucho trabajo en el que creo que el Comité se ha dinamizado bastante». [E 10]

Del conjunto de testimonios se interpreta que la forma colegiada de trabajar en la consulta ética no solo potencia su visibilidad institucional, sino que también revitaliza al CEAS.

6.2.2.4.2 El mini-equipo enriquece la deliberación y reduce sesgos

Esta categoría, que en el proceso analítico emergió inicialmente como subcategoría, se desarrolla con entidad propia al evidenciar de forma reiterada en los relatos, los beneficios que aporta el mini-equipo frente a la figura de un/a único/a consultor/a.

Los/as profesionales entrevistados/as coinciden en señalar que el trabajo colegiado favorece una deliberación más rica, argumentada y plural, al incorporar diferentes sensibilidades, conocimientos y perspectivas:

«Creo que es mejor siempre un mini comité. Creo que facilita la deliberación por definición. Una única persona no sé si realmente es una deliberación como tal. Y creo que en general en el mundo de la bioética, que es un mundo de grises, y que de hecho es lo que buscamos, ¿no? Intentar poner un poquito de luz en ese mundo de grises y evitar los blancos y los negros. Un mini comité, creo que es bueno para todos. Para los informes y para las resoluciones». [E 7]

«Entonces, el que seamos varias personas, cada uno con nuestro sistema de valores, nuestras creencias, creo que es muy importante para llegar a buenas soluciones y el que todo lo compartamos yo creo que es la clave del buen funcionamiento...O sea, no me imagino en un hospital con solo un consultor una persona única, creo que funcionaría peor» [E 5]

En algunos casos, apoyan que el mini-equipo permite revisar decisiones, contener errores y evitar visiones personalistas y sostener el proyecto a lo largo del tiempo:

«Nos necesitamos, de hecho, así lo hacemos. Creo que uno solo es hasta peligroso, porque debe ser una persona prudente, pero es una carga emocional también, ¡Eh!, para una sola persona el resolver problemas que a veces son, que pueden ser difíciles». [E 10]

«Creo que es bueno que los equipos de ética clínica no sean unipersonales porque creo que el personalismo tiene ciertos problemas, tiene problemas, bueno de cara a que efectivamente uno al final siempre aporta un sesgo de visión personal y de valores personales a toda narrativa pero es que, además, en un equipo el consultor digamos encargado de un caso, puede refrendar o contrastar su opinión o su valoración con otros miembros del equipo y enriquecer así el debate y además porque el no ser personalista garantiza la continuidad del proyecto si un equipo de consultoría depende de una única persona cuando esa persona se caiga se cae el equipo, si un equipo de consultoría es un equipo que puede funcionar y de igual manera con independencia de la persona que esté al cargo, ese proyecto tiene la viabilidad garantizada» [E 11]

Uno/a de los/as participantes, lo compara con el funcionamiento de otros comités, en los que no se concibe que estén formados por una única persona:

«Yo creo que las decisiones, lo óptimo sería que el consultor nunca tomara una respuesta de forma única, ¡Eh!... Si esto lo hace una persona de forma aislada, yo creo que empobrece el objetivo de la consultoría de ética. Fíjate que estoy hablando de la ética, pero es lo que estamos aplicando. Yo creo que hoy no se entendería comité de cáncer donde sea un oncólogo el que toma las decisiones es un comité...». [E 8]

Este formato no solo promueve el diálogo y la pluralidad, sino que funciona como mecanismo para reducir sesgos individuales, generalmente vinculados a los valores o emociones personales:

«Entonces si tu eso lo haces a un órgano colegiado, o llámesele a un grupo de personas, es difícil que en ese grupo de personas todo el mundo tenga un mal día a la hora de valorar un caso, ¿no? Entonces yo creo que precisamente cuando se buscan respuestas en bioética, suelen ser situaciones complejas.... Y la solución a las situaciones complejas, yo creo que es, bajo mi punto de vista, mucho mejor que se hagan en equipo, más que individuales, si se puede, si la situación clínica obviamente lo permite». [E 1]

«Lo que destacaría es que creo que es importante que seamos un equipo que no seamos solo una persona. Creo que, si tú tuvieras solamente una figura, una única persona, creo que probablemente nuestras intervenciones estarían sesgadas por las creencias y los valores de esa persona única» [E 5]

Otro/a consultor/a añade a los sesgos la posible autocomplacencia con uno mismo:

«Yo creo que actuar individualmente, por muy buena que sea, muy buena en cuanto a capacitación, la persona, yo creo que puede caer en un momento en que no tenga autocritica y que y que cometa errores también errores no forzados, pero, errores simplemente porque si tú eres autocomplaciente contigo mismo, pues mientras que, si esto lo compartes, digo escucha F.9, ¡has tomado esto y no pensaste en aquello otro hombre! Pues si esto alguien, no te lo dice, a veces no lo piensas». [E 8]

Los testimonios recogidos refuerzan la importancia del mini-equipo como garantía de una deliberación ética más plural, sólida y libre de sesgos personales.

6.2.2.5 Retos y roles del/ de la consultor/a en ética clínica

Esta familia temática emerge con entidad propia al profundizar durante los tramos finales de las entrevistas. Aunque estas manifestaciones no estaban directamente vinculadas a los objetivos iniciales del estudio, su recurrencia y densidad interpretativa justifican su desarrollo como una familia temática autónoma.

Los relatos recogidos giran en torno a dos grandes ejes: por un lado, la necesidad de una formación específica y continua en bioética y habilidades comunicativas; por otro, la importancia de avanzar hacia la profesionalización y fortalecimiento institucional de la figura del/de la consultor/a dentro del sistema sanitario.

Más allá de identificar carencias o dificultades actuales, los/as profesionales entrevistados/as comparten ideas concretas sobre qué competencias consideran necesarias para ejercer este rol de forma adecuada, así como circunstancias o apoyos que facilitaría su consolidación en el tiempo.

En la siguiente tabla se resumen las categorías y subcategorías que conforman esta familia temática, las cuales se desarrollarán a continuación

Tabla 22: Familia: Retos y roles del/de la consultor/a en ética clínica

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
RETOS Y ROLES DEL/DE LA CONSULTOR/A EN ÉTICA CLÍNICA	Formación en bioética y comunicación	Formación en bioética para trabajar los valores
		Formación en habilidades de comunicación
		Necesario horas de casos prácticos
	Profesionalización y fortalecimiento	Reconocimiento e integración institucional
		Visibilidad en la Historia Clínica
		Perfil profesional del/ de la consultor/a

Fuente: elaboración propia

6.2.2.5.1 Formación en bioética y comunicación

Los/as consultores/as entrevistados coinciden en señalar que, para ejercer adecuadamente la función consultiva en ética clínica, es imprescindible contar determinadas competencias formativas. Esta categoría recoge los elementos formativos que los/as participantes consideran fundamentales para desempeñar un rol consultivo eficaz, éticamente fundamentado y con habilidades comunicativas adecuadas al contexto clínico.

A. Formación en bioética para trabajar los valores

La formación en bioética aparece en los relatos como un pilar imprescindible para ejercer adecuadamente la función consultiva.

Algunos/a de los/as profesionales, consideran que está formación debería ser reglada y combinar tanto componentes teóricos con prácticos:

«Con la formación yo creo que es importante tener una formación en bioética. Por lo menos quiero decir. Si tienes un máster, mejor. No te voy a decir que sea obligatorio, ¿no?, porque puedes adquirir formación por otras vías, pero yo creo que tienes que tener una formación reglada de postgrado en bioética. Busca lo que quieras, ¿no?, pero un poco claro, cierta formación tienes que tener y que sea una formación reglada y reconocida». [E 13]

«Pero sí que debería ser un requisito el tener formación teórica y luego formación práctica que tú tengas formación teórica ...pero creo que el proceso debe ser tener formación teórica y luego formación práctica sin ninguna duda». [E 5]

Incluso, alguno/a de los entrevistados, reconoce esta necesidad desde su propia experiencia profesional:

«Yo noto que me falta formación y mi intención es empezar el máster el próximo año. Pero yo creo que sí que hay que tener una formación específica. Yo creo que a día de hoy sería el máster con aplicación práctica». [E 4]

Además de su valor funcional, la formación en bioética permite al consultor/a comprender y utilizar el lenguaje ético con propiedad, facilitando así el análisis de casos y el dialogo con los profesionales:

«A nivel de conocimiento, bioético, sí, yo pienso que es necesario, aunque sea una cosa muy básica, pero para podernos entender el lenguaje, ¿no?, que el lenguaje bioético es un lenguaje, que si no lo conoces. Primero, no te puedes comunicar en ese lenguaje y tampoco acabas de entender de qué están hablando, ¿no? Si empiezan a hablar. Principios de bioética, ponderación de principios, teorías éticas, etcétera». [E 2]

Asimismo, alguno/a de los/as entrevistados/as subraya que contar con formación reconocida legitima públicamente el rol del/de la consultor/a, tanto hacia el resto de los profesionales como hacia la institución:

«Yo creo que está claro que alguien que sea consultor en Bioética debe tener una formación en Bioética, entre otras cosas para poder trabajar mejor los valores y otra serie de cosas... Es verdad que probablemente si vas a estar trabajando de consultor, pues sería bueno que al menos tuvieras un curso, un certificado o algo de Bioética, sobre todo de cara quizás más al exterior, ¿no? De ¿cómo es posible que está alguien de consultor y en su currículum no haya nada de formación?». [E 1]

También se destacan la importancia de que esta formación sea estructurada y continuada, e incluya contenidos relacionados con el derecho o con las experiencias de otras instituciones sanitarias:

«Yo creo que tienes que estar formado en bioética y derecho, eso es básico, hay diferentes... y luego tienes millones de cursos y Jornadas. Yo creo que la mayoría de las Jornadas de Bioética de los CEA se aprende mucho y es importante ir para ver las visiones de los diferentes hospitales. Y también una formación básica». [E 6]

«Si la formación está reglada, tiene que ser una formación reglada y no se habría de poner un mínimo, ¿no? Pero habría que tener, o sea, tendría que ser una formación potente, es decir, no sirve haber hecho un curso, una charla, no sé cómo decirlo. Hay

que tener una formación reglada. ¿Hasta dónde? Pues como digo, evidentemente, de ser máster en bioética, pues diría que no hay ninguna duda, ¿no?». [E 7]

De estas voces se desprende que contar con una formación sólida, reglada y continua en bioética constituye una condición necesaria para abordar los problemas éticos y acompañar a otros en su resolución.

B. Formación en habilidades de comunicación

Los/as consultores/as consideran que no basta con tener conocimientos éticos, sino que resulta imprescindible saber cómo relacionarse, preguntar y transmitir de forma clara y cuidadosa en contextos clínicos complejos y emocionalmente cargados.

«Evidentemente, yo ahí hay una formación que no sé... si decirte porque que es las habilidades de comunicación. Esto no, no sé, desde que ya casi tendría que ser inherente al a la propia profesión, por ser consultor de ética... Seguro, porque si tú no sí, si el profesional no comunica bien tiene un problema, pero si el consultor de ética no tiene habilidades de comunicación, seguro que la resolución de los problemas no será buena porque es imposible tomar, valorar, valorar el problema y tomar decisiones es imposible a la hora de compartir estas decisiones si no tienes habilidades de comunicación. O sea, necesario, necesario, necesario es». [E 8]

Algunos/as entrevistados/as señalan que esta competencia se puede adquirir a través de formaciones diversa, que incluyan inteligencia emocional, resolución de conflictos o comunicación no violenta:

«Pues mira, las habilidades comunicativas se pueden formar de muchas maneras, por ejemplo, en Bioética se forman como tal, pero luego hay formación de inteligencia emocional, comunicación puramente, interrelación entre las personas, resolución de conflictos... que te van a ayudar. Comunicación no violenta». [E 1]

Desde esta perspectiva, la capacidad comunicativa no solo se concibe como una habilidad técnica, sino como una herramienta clave para navegar el sufrimiento y la vulnerabilidad presentes en muchos de los casos que se atienden:

«Y después, yo creo que hay que tener efectivamente habilidades interpersonales y habilidades de comunicación y esas habilidades de comunicación han tenido que

ponerse a prueba ante pacientes en situaciones difíciles, es decir... en situaciones de cercanía al final de la vida o situaciones de sufrimiento y demás... el sufrimiento es una parte de lo que motiva los conflictos éticos y si uno no está, digamos, cómodo navegando en esa situación de sufrimiento es muy poco probable que pueda participar de forma activa y ayudar a otros a salir de ella...pero desde luego si eso no existe, que si uno no es capaz de decir creo que es que estamos aquí porque su familia está a punto de morir con todas las letras pues es que eso se podrá decir de muchas maneras y esta frase puede o puede no ser la más idónea en determinadas circunstancias pero si no eres capaz de abordar esa situación pues entonces es poco probable que pueda ser efectivo». [E 11]

Además, se subraya la necesidad de formación práctica, especialmente centrada en las entrevistas, ya que estas son el espacio donde se despliegan muchas de las competencias clave del proceso consultivo:

«Pues a ver, formación, la formación reglada, competencias. Yo creo que algún tipo de habilidades de comunicación también debería formar parte como tal de las competencias». [E 7]

«También tenemos que tener, creo yo que es importante, algún tipo de formación en comunicación, sobre todo en entrevista la lo que es la entrevista se debería de tener. Que haya sobre todo algún tipo de curso, pero que sean muy muy práctico». [E 12]

En su conjunto, los relatos muestran que las habilidades de comunicación no son un complemento, sino una competencia esencial que requiere de un aprendizaje, para que el/la profesional pueda acompañar, comprender y facilitar el proceso de consulta ética.

C. Necesario horas de casos prácticos

Junto a la formación en bioética y desarrollo de habilidades de comunicación los/as consultores/as insisten en la importancia de que los futuros profesionales adquieran experiencia práctica supervisada antes de ejercer de forma autónoma.

«Con un consultor senior hagas varios casos antes de hacerlo solo y si vamos a poner 20 ó 40 finalmente no me parece relevante, pero creo que el proceso debe ser tener formación teórica y luego formación práctica sin ninguna duda». [E 5]

«Entonces en esto, esta es, sería muy importante el tener un mentor, una persona que ya tenga mucha experiencia, que te lleve un poco de la mano al principio y luego ya. Pues cuando ya digas bueno, yo ahora me siento un poco más capacitado. Ya voy yo por mi mano». [E 2]

Para explicar esta necesidad, algunos/as entrevistados recurren a la metáfora de los pilotos de avión, que deben de acumular horas de vuelo antes de volar en solitario. En este sentido, la práctica supervisada no es vista como un valor añadido, sino como una fase formativa:

«Yo creo, como te decía antes, que hay que tener la formación y yo no sé dónde está el límite, pero vamos, la ponemos en un máster en bioética y después, un poco como los pilotos, después las horas de vuelo en práctica». [E 4]

«O sea, yo creo que es como los pilotos de avión, hace falta horas de vuelo, hace falta horas de caso. Y hace falta, probablemente, horas de caso como ayudante y probablemente después como responsable de los informes. O sea, tienes que haber presenciado casos, intervenido en casos y escrito casos». [E 3]

Incluso, se hace referencia a estándares internacionales, como los norteamericanos, donde está estipulado esa fase práctica como parte del itinerario formativo:

«Y luego, pues practicar. Rotar por algún sitio donde tengan experiencia, ir viendo casos, ir viendo como se hace, ¿no?... Vamos, lo que piden en Estados Unidos». [E 13]

Se interpreta que la práctica acompañada y progresiva no solo refuerza la competencia técnica del/ de la consultor/a, sino que es clave para adquirir confianza, desarrollar prudencia en el análisis de casos y consolidar habilidades interpersonales y comunicativas.

6.2.2.5.2 Profesionalización y fortalecimiento

Esta categoría recoge las condiciones y propuestas que según los/as participantes serían necesarias para consolidar y dar continuidad a la figura del/ de la consultor/a en ética clínica en España.

Los relatos se agrupan en tres subcategorías:

A. Informe visible favorece la cultura bioética

A lo largo de los relatos, los entrevistados/as destacaron los beneficios de documentar y visibilizar los informes derivados del proceso de consulta. Subrayaron que contar con registros estructurados y accesibles en la historia clínica del/de la paciente constituye una herramienta formativa valiosa para los profesionales sanitarios. Esta dimensión formativa fue señalada por algunos/as consultores/as como parte del valor añadido del encuentro clínico-ético.

Además, varios/as consultores/as consideraron que registrar las recomendaciones o reflexiones éticas en la historia clínica contribuye a equiparar la consulta de ética clínica con otras interconsultas clínicas especializadas. Este paralelismo otorga mayor legitimidad profesional e institucional al trabajo del/de la consultor/a dentro del entramado asistencial:

«Yo entiendo que las decisiones del Comité de Ética es una decisión, o sea, es una consulta en relación. Es una consulta asistencial y por tanto yo creo que tiene que formar parte de la historia clínica que evidentemente la historia clínica tiene una confidencialidad, tampoco es para que la vea todo el grupo». [E 8]

«La consultoría la queremos hacer igual que la consulta entre consultas del hospital. Si yo pido ayuda al urólogo y el urólogo me ayuda, lo escribe, y dice te ayudo de esta manera... no solo que te digo “esto es lo que yo haría”, sino que lo pongo por escrito, eso le da también un peso legal entre comillas, pero el principal problema es de visibilidad. Queremos que se vea lo que estamos haciendo y que toda la institución, aunque no le toque ese caso, lo pueda leer y puede aprender de lo que hemos hecho». [E 5]

Incluso, para otro/a consultor/a dejar constancia escrita del proceso representa un ejercicio de transparencia y responsabilidad profesional. No se trata únicamente de realizar recomendaciones, sino asumir que las decisiones éticas pueden y deben ser revisables, en coherencia con otras prácticas clínicas:

«Claro, escribimos en la historia, incluso aunque los encuentros sean inconclusos... se va avanzando en el caso como cualquier otra interconsulta y está abierto a todos los profesionales sanitarios, los podría ver cualquier profesional que tiene acceso a la

historia clínica... yo no voy a decir que sea un avance ¿no? pero desde luego yo creo que esto tiene distintos beneficios... Y luego que uno debe ser responsable y debe poder justificar y ser evaluado y ser analizado por las cosas que uno hace y yo creo que la forma de que eso ocurra es dejarlo por escrito y que eso esté abierto al público». [E 11]

Este acto de documentación no solo visibiliza la labor del equipo de ética, sino que también contribuye a consolidar una cultura bioética y hacer explícita la dimensión ética de la atención sanitaria.

«Y el tercer motivo por el que creemos que es importante subir el informe, que fue un punto muy conflictivo... Pero lo que he dicho, ¿no? O sea, ayuda al que te lo pide, le respalda, tiene una capacidad docente y yo creemos que aumenta un poco la inquietud por el tema de la bioética...Entonces genera una cultura alrededor de la bioética también». [E 4]

Por último, añaden que, aunque esta práctica no está totalmente implementada, sí que se están desarrollando mecanismos formales para que el informe de ética tenga un espacio propio dentro de sistema de historia clínica, lo que refuerza la perspectiva de futuro de esta práctica:

«Actualmente, la verdad, la respuesta la estamos dando al lado, y estamos dando forma para que eso quede registrado a través de formulario que va a aparecer en una consulta en un en una pestaña de interconsulta... Pero sí hay una pestaña en el sistema en la historia clínica electrónica, eso lo puede facilitar y eso es lo que va a suceder». [E 10]

La incorporación del informe ético en la historia clínica aparece como una vía concreta para legitimar la consulta ética dentro del entramado asistencial y, al mismo tiempo, para fomentar una cultura sanitaria más sensible a los aspectos éticos del cuidado.

B. Fortalecimiento institucional

Esta subcategoría recoge las voces de los/as consultores/as que hacen explícita la necesidad de dotar a la consulta de ética clínica de un marco organizativo sólido, capaz de sostenerla en el tiempo, integrada en los circuitos asistenciales y reconocer su aporte específico al sistema sanitario.

La práctica consultora es percibida como una herramienta estratégica ágil a los problemas éticos, la mejora asistencial y el fortalecimiento de la calidad asistencial.

Uno de los elementos distintivos más valorados de la consulta de ética frente a los CEAS es su inmediatez y flexibilidad operativa. Los/as entrevistados reconocen que esta figura permite una intervención ágil y adaptada al ritmo del día a día de la asistencia sanitaria, facilitando el acompañamiento ético en tiempo real:

«Y luego yo creo que lo que aporta la consultoría respecto a CEAS, o lo que es un poco diferente, es que aporta la inmediatez. El que tengas esa ayuda, ya. Nosotros que funcionamos con Busca, además, nos pueden llamar en todo momento». [E 3]

«No es perder, es ganar tiempo, ¡eh!... porque esto diluye mucho el proceso dilatado, lo haces más corto, las soluciones son más cortas en tiempo y en manera, adelgazas el proceso de la toma de decisiones en cuanto a cuestiones éticas, dilemas éticos». [E 9]

«Mi experiencia es que es muy diligente...Desburocratiza un poco el proceso, lo agilizo, no intervienen tantas personas, digamos que es como más es más práctico, más resolutivo». [E 2]

Junto con la capacidad resolutoria, los/as participantes destacan el valor institucional de esta práctica. Mejora la percepción de calidad, previene situaciones de tensión y fortalece la confianza del sistema sanitario, incluso algunos/as introducen la palabra mediación:

«Como Institución yo creo que aporta varias cosas, una aporta valor, aporta valor porque a veces hay problemas, conflictos muy importantes y aparte de dirimir conflictos éticos... nos están pidiendo a veces mediación de conflictos que ya no son dilemas éticos». [E 2]

«Tener una consultoría evita demandas, reclamaciones, evita insatisfacciones, que eso es una de las cosas que también se trabaja cada día más, la calidad percibida. Creo que hay más calidad percibida». [E 3]

Para que la consulta ética pueda desarrollarse con continuidad y coherencia, es necesario que la organización asuma un compromiso explícito y dotacional con esta función. La idea de liberar tiempo a los profesionales para compaginar el rol de

consultor/a con el rol asistencial, aparece en los relatos tanto en forma de propuesta, como de experiencia:

«Que hubiera un servicio donde, bueno, tú pudieras dedicar, pues un tiempo de tu trabajo a ética y otro tiempo a tu asistencia rutinaria; que esto puede ser del 50% que pueden ser de días específicos de la semana. Eso ya es, pues en cada institución verán cómo se acerca más a lo que, a las necesidades de esa institución». [E 13]

«Estoy liberada desde octubre del año pasado, pero no es solo para esto, ¡eh! Digamos que han hecho un proyecto de ética de la organización y dentro de este proyecto está la consultoría, está el asesoramiento a la prestación de ayuda a morir y está la ética organizativa... yo me puedo dedicar mucho mejor, y, de hecho, hemos doblado el número de consultas». [E 2]

Consolidar la figura del/de la consultor/a en ética clínica exige pasar del reconocimiento informal al respaldo estructural, integrando esta práctica en el corazón operativo del sistema sanitario.

C. Perfil profesional del/de la consultor/a

Durante las entrevistas, al explorar qué perfil profesional sería el más adecuado para ejercer como consultor/a en ética clínica, muchos/as participantes coincidieron en señalar la necesidad de que esta figura pertenezca al ámbito sanitario. Se subraya que quienes están directamente implicados en la práctica asistencial sanitaria cotidiana son quienes mejor pueden comprender la complejidad de los problemas éticos que surgen en el contexto real del proceso salud-enfermedad:

«Tendría que ser una persona que sea asistencial. Entonces, aquí básicamente hablamos de; enfermería, médicos y psicólogos, yo creo, porque tienen que ser personas asistenciales. Otra cosa es que en el Comité tu tengas un filósofo, tengas un abogado. Yo creo que un abogado no podría ser un buen consultor porque estamos hablando de práctica asistencial». [E 8]

«Para el consultor limitaría seguro a personal sanitario. Creo que el personal no sanitario aporta muchísimo dentro del comité... Pero en el tema de la consultoría, que formen parte de un pequeño equipo... A ver, es que depende de cómo se establece la figura en

cada sitio. Si las figuras son nominales, creo que tendría que ser personal sanitario». [E 7]

Junto a la experiencia clínica, se menciona también la importancia de contar con formación técnica para redactar adecuadamente los informes derivados de la consulta:

«Los profesionales más afines para hacer un informe, pues son los médicos y las enfermeras. O sea, creo que, aunque hay otros miembros en el Comité, pues los auxiliares de clínica, el personal administrativo, el personal ajeno, yo creo que puede ser que tengan elementos que les falte. Les falta formación, al final tienes que tener también una formación técnica, sino a veces te cuesta comprender». [E 14]

Destacan también, la importancia de conocer el funcionamiento interno de la institución y las dinámicas entre los distintos profesionales:

«Es importante que el consultor de bioética este formado en la instancia o sea conozca bien la institución en la que trabaja, en sentido de conocer las dinámicas interprofesionales, las dinámicas entre servicios, las técnicas dentro de servicios específicos, eso hay que conocerlo las dinámicas instituciones hay que conocerlas para precisamente actuar con la prudencia y el tacto con los que distintas situaciones pueden surgir». [E 11]

Finalmente, varios relatos destacan la especial idoneidad de las/os enfermeras/os para integrar los equipos de consultoría ética. Se valora su sensibilidad y cercanía con pacientes y familiares:

«Yo por ejemplo enfermería, la empoderaría mucho en este sentido. “¿Por qué?” Porque tienen una sensibilidad especial, son personas que están 24 horas con los pacientes, con las familias... enfermería está simétrica, conocen los valores, conoce que si se ha separado, que si no sé qué, que si... Todo. Entonces ellas detectan muy bien conflictos éticos, aunque no te digan, hay un conflicto ético, te dicen, hay una problemática social que no sé qué». [E 2]

«Creo que tiene que haber más enfermeras. O sea, creo que depende cómo se configure la consultoría. Pero si una consultoría son cuatro miembros, cinco miembros, seis miembros, pues necesito que haya una enfermera». [E 3]

Desde esta perspectiva, el perfil profesional del/de la consultor/a se define no solo por su formación en bioética y habilidades de comunicación, sino también por su vínculo directo con el contexto clínico, su capacidad de interacción con los equipos asistenciales y su sensibilidad hacia la dimensión humana del conflicto.

6.2.3 Resultado de las entrevistas realizadas a Consultantes

Las entrevistas realizadas a profesionales que han solicitado una consulta de ética clínica aportan una mirada complementaria a la de los/as consultores/as, y permiten enriquecer los resultados presentados anteriormente. Sus experiencias permiten aproximarse a cómo se vive el proceso de consulta ética desde la práctica asistencial, poniendo en relieve la percepción del acompañamiento recibido.

Dado que se realizaron tres entrevistas a consultantes, los hallazgos aquí presentados deben entenderse como una primera aproximación cualitativa a su vivencia del proceso de consulta ética. Lejos de pretender una generalización, este apartado busca aportar algunas claves interpretativas iniciales desde la perspectiva de quienes recurren a solicitar colaboración a los/as consultores.

A partir del análisis de las tres entrevistas realizadas a los/as consultantes emergieron tres familias temáticas cualitativas:

- La relación consultor/a y consultante: un vínculo de confianza.
- Competencias y actitudes de los/as consultores/as según los/as consultantes.
- Beneficios del proceso de consulta.

6.2.3.1 La relación consultor/a y consultante: un vínculo de confianza

Esta familia temática recoge uno de los aspectos más destacados por los/as consultantes: la calidad de la relación interpersonal establecida con el/la consultor/a durante el proceso de consulta. En sus relatos emerge con fuerza la vivencia de un vínculo humano caracterizado por la cercanía y confianza y un acompañamiento que trasciende el problema moral o motivo específico de consulta.

Para los/las consultantes, sentirse comprendidos, acompañados y respetados no solo legitima el proceso, sino que lo transforma en un espacio seguro para la reflexión ética y emocional.

A partir del análisis de los relatos, se identificaron dos categorías con sus respectivas subcategorías, que se presentan en la siguiente tabla y en las que serán desarrolladas a continuación.

Tabla 23: Familia: La relación consultor/a y consultante: un vínculo de confianza

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
LA RELACIÓN CONSULTOR/A Y CONSULTANTE: UN VÍNCULO DE CONFIANZA	Relación interpersonal	Vínculo de confianza
		Empatizan
		Encuentro
	Acompañamiento emocional y ético	Acompañamiento emocional y ético

Fuente: elaboración propia

6.2.3.1.1 Relación interpersonal

La categoría *relación interpersonal* agrupa los elementos del discurso de los/as consultantes que hace referencia a cómo viven el vínculo establecido con el/la consultor/a durante la consulta de ética.

La categoría se organiza en torno a tres subcategorías, que representan diferentes facetas de esta vivencia relacional:

A. Vínculo de confianza

Los/as consultantes valoran positivamente la sensación de cercanía humana y confianza relacional establecida con el/la consultor/a. Este vínculo se construye a través de una disposición genuina y un modo de estar que transmite seguridad:

«Una escucha activa de lo que quieren el paciente y la familia. Y después, una comunicación cordial y tranquila y relajada con un ambiente que genera seguridad y confianza para que todo el mundo sienta cómodo». [C 3]

En sus relatos, describen esta relación como algo personalizado y horizontal, alejado de la distancia profesional. Se valora especialmente la posibilidad de hablar “tú a tú”:

«Esto como es como algo más personal o más de ti, de que tú quieres ayudar...pero también comentarlo más tú a tú...creo que es una cosa más para para hablar o incluso por teléfono. Oye, mira, me pasa esto y hablarlo bien. Más personalizada». [C 2]

Esta confianza también se alimenta de gestos concretos de implicación y disponibilidad, que expresan un compromiso activo por parte del/de la consultor/a:

«Pues yo considero que una persona es cercana cuando se preocupa, Cuando te pide inmediatamente el caso, mándamelo. Vamos a revisarlo, vente para acá. Yo denoto que hay una preocupación y que me quiere ayudar. Es decir, que pues esa cercanía, preocupación, vamos a comentarlo». [C 2]

Un/a consultante resume esta experiencia con una expresión que engloba una vivencia especialmente positiva:

«Son súper humanos y súper cercanos» [C 1]

De estos relatos se intuye que este vínculo de confianza se convierte en una condición clave para que el proceso de consulta sea vivido como un espacio seguro, humano y abierto al diálogo.

B. Empatizan

Relacionado con el vínculo de confianza establecido durante la consulta, los/as consultantes destacan la capacidad del /de la consultor/a para ponerse en su lugar, comprender sin juzgar. La empatía aparece como un elemento esencial para que puedan expresarse con libertad y sentirse entendidos:

«Me he sentido como entendida, ¿no? que cuando ellos me han preguntado abiertamente, pero a ver, “¿qué pronóstico tiene?, ¿va a morir, no va a morir?, ¿qué secuelas esperas?” Pues ha sido fácil transmitirlo, ¿no?... Yo siempre me siento entendida, empatizan muchísimo conmigo, porque había momentos de mucho conflicto y súper bien» [C 1]

Este reconocimiento se refuerza por la ausencia de juicio, que facilita un espacio seguro para compartir lo que se piensa o siente:

«O sea, juzgada en ningún momento. Y que te entiende perfectamente también». [C 2]

Además, un/a consultante valora la comprensión de las situaciones complejas, lo cual hace intuir una empatía que combina lo emocional y lo cognitivo:

«El manejo calmado y consensuado y con un buen nivel de comprensión de las situaciones, porque, como ya te digo, nosotros manejamos situaciones muchas veces bastante complejas del punto de vista ético». [C 3]

C. Encuentro

Esta subcategoría recoge las percepciones de los protagonistas sobre el encuentro personal con el equipo de ética clínica como algo distinto, significativos y valioso, que va más allá del modelo habitual de interconsulta en el entorno sanitario:

«Con el equipo de ética hay una comunicación personal. Casi inmediata, para para ver cuál es la situación para discutirlo. Con el resto de las interconsultas, muchas veces lo único que te encuentras es un evolutivo en la historia clínica y no hay comunicación entre los equipos médicos. O sea, creo que eso es una de las claves». [C 3]

«Pero sí que es verdad que esa toma de contacto hay que hablarla, que no es una interconsulta al uso...No te voy a poner cuatro datos del paciente y te voy a mandar el caso...No sé, creo que es una cosa más para para hablar... Oye, mira, me pasa esto y hablarlo bien. Personalmente no sé. Más personalizada». [C 2]

Un/a de los/as entrevistados, refuerza la idea de que el encuentro cara a cara, incluso con más de un miembro del equipo, tiene un valor especial:

«Yo creo que, en las reuniones iniciales u otra, en la primera de toma de contacto en la siguiente, yo agradezco que la conversación cara a cara no solo con uno, sino con. varios con varios de ellos, creo que es importante». [C 3]

6.2.3.1.2 Acompañamiento emocional y ético

Aunque inicialmente esta dimensión fue considerada como una subcategoría dentro del eje relacional, el análisis reveló que la vivencia de acompañamiento emocional y ético posee entidad suficiente como para constituirse en una categoría diferenciada dentro de esta familia temática. Los elementos que la componen expresan una experiencia integral de apoyo, que los/las consultantes distinguen claramente como parte fundamental del valor atribuido a la consulta ética.

Uno/a de los/as consultantes señala cómo este acompañamiento emocional repercute en el paciente, y por lo tanto también en los/as profesionales que lo cuidan:

«Yo creo que a nivel emocional... Cuando tú ves que estás ayudando al paciente, yo siempre digo que yo estudié medicina para ayudar, ni para curar, yo no, iyo es para ayudar! Y cuando tú ves que estás ayudando al paciente, le estás dando todas las herramientas, lo estás informando bien. Sabes qué pasos tienes que dar. Pues a mí, claro que me ayudó. Fue una ayuda». [C 2]

También destacan que, aunque el desenlace clínico pueda ser el mismo, el proceso cambia significativamente cuando se cuenta con contención en momentos de incertidumbre moral:

«Hay situaciones complicadas que te pueden generar dudas a ti, pero que el hecho de comentarlo con un comité y consensuarlo. Pues a lo mejor al final, el fin es el mismo. Pero el camino que se recorre con el comité puede ser diferente». [C 3]

Por último, otro/a consultante refuerza la idea del acompañamiento y la implicación de los/as consultores/as ante la confusión emocional y la duda moral:

«A nivel personal es muy reconfortante... como claro, tú tienes ahí la emoción y la emoción, la tienes allí como revuelta, ¿no? hasta el punto de que dices, “no sé si estoy decidiendo bien, ¿no? Tú estás ahí con la emoción de la paciente, Pepita, y tú ya te has vinculado un poco a Pepita...Se implican, o sea, se implican mucho y ayudan mucho y acompañan mucho» [C 1]

De estas citas se percibe que la vivencia del acompañamiento refuerza el valor de la consulta como un acto de cuidado, más allá de lo técnico.

6.2.3.2 Competencias y actitudes de los/as consultores/as según los/as consultantes

Durante las entrevistas emergieron diversas actitudes y competencias que los/as consultantes valoran especialmente en los/as consultores a lo largo del proceso de consulta. Estas apreciaciones configuran esta familia temática centrada en las cualidades personales y profesionales que hacen significativa su intervención.

Se trata tanto de atributos y disposiciones actitudinales desplegados durante la intervención como de competencias técnicas y metodológicas aplicadas en el análisis de los casos.

La siguiente tabla muestra la organización de esta familia temática en categorías y subcategorías, las cuales se abordarán en detalle en los epígrafes siguientes.

Tabla 24 Familia: Competencias y actitudes de los/as consultores/as según los/as consultantes

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
COMPETENCIAS Y ACTITUDES DE LOS/AS CONSULTORES/AS SEGÚN LOS/AS CONSULTANTES	Actitudes durante el proceso	Accesibilidad
		Mirada aséptica ante el problema moral
	Competencias durante el proceso	Facilita la participación de los implicados
		Método estructurado para el análisis de casos
		Ellos tienen una mirada holística de la situación

Fuente: elaboración propia

6.2.3.2.1 Actitudes durante el proceso de consulta

Esta categoría agrupa las actitudes que los/as entrevistados/as destacan como especialmente valiosas en los/las consultores/as durante el desarrollo de la consulta ética.

Se trata de atributos personales y disposiciones relacionales que influyen significativamente en cómo se vive el proceso. Entre ellas, se subraya la accesibilidad, la capacidad para mantener una mirada objetiva sobre el problema moral y la disposición de no imponer sus valores en la toma de decisiones compartida.

A. Accesibilidad

Una de las actitudes más valoradas por los/las consultantes es la accesibilidad del/de la consultor/a, entendida como la disposición inmediata, cercana y práctica para atender las solicitudes que surgen durante el proceso asistencial. Esta accesibilidad se manifiesta tanto en la respuesta rápida ante situaciones urgentes, como en la facilidad para establecer contacto directo.

«En toma de decisiones de final de vida, el comité que se reúne cada 15 días, no me sirve de nada porque la situación tengo que resolverla en el momento en que estoy...Entonces

tener la posibilidad de tenerlo más cerca, y poder tomar la decisión consensuada con ellos a diario. Pues, por supuesto que hace que me planteé consultarlo mucho más veces que antes». [C 3]

Los relatos muestran que esta actitud refuerza la confianza del/de la profesional que consulta, al saber que puede contar con una respuesta rápida y comprometida:

«Porque inmediatamente me contestó xxxx (nombre consultor/a), inmediatamente estaba en su despacho. ¡Vente ya!... Sin embargo, si veo que bueno, mándamelo, ya veré o ya te contestaré.... No sé si me entiendes, pero yo cuando levanto el teléfono y me dice: “súbete para arriba!, digo espérate xxx (nombre consultor/a), que termino ya la consulta, voy». [C 2]

Esta actitud accesible se percibe como la idea de saber que los/as consultores/as están disponibles de manera flexible, adaptándose a las dinámicas del entorno hospitalario y respondiendo a las necesidades de quien consulta:

«Es que son súper accesibles si me urge mucho, llamo al busca, y si no al busca suyo, si no se pone una interconsulta si piensas que puedes esperar a mañana... entonces yo siempre pongo quien soy, no en plan no, no las piden neuro lo pide C 1 y entonces ellos me localizan enseguida e intentamos comentar el caso cuanto antes». [C 1]

B. Mirada aséptica ante el problema moral

Los/as consultantes valoran la actitud del/de la consultor/a a la hora de abordar los problemas éticos sin implicaciones directas ni posicionamientos clínicos. Esta capacidad es percibida como una forma de aportar neutralidad, objetividad y equilibrio durante el proceso, lo que contrasta con el nivel de implicación emocional o asistencial que a veces experimenta el/la profesional que consulta.

«Tenía una capacidad de abstracción y de objetividad, y claro que tú a lo mejor ya vienes de a alguna discusión con algún familiar, ya vienes mal, y entonces ellos entran y es todo mucho más limpio». [C 1]

Esta mirada limpia o aséptica implica una disposición a ver el problema desde una perspectiva más amplia, considerando los diferentes puntos de vista de los implicados.

«Bueno, yo creo que es gente que tiene una visión y que así debe ser una visión totalmente aséptica de la situación clínica. A pesar de ser clínicos, intentan mirar desde un prisma de la objetividad y, sobre todo, de posicionarse en todas las partes. Yo creo que es la clave: se posicionan en la parte del paciente, en la parte de la familia, en la parte del equipo médico, y eso permite también tener, pues eso, la situación de verlo con otro prisma diferente». [C 3]

Este/a mismo/a consultante refuerza la idea no desplazar el foco hacia la actitud terapéutica, sino de ser capaces de centrarse en el problema moral de forma objetiva.

«Yo creo que es una de las claves del comité porque es, eh, no, no posicionarse en la actitud terapéutica, sino en el problema para intentar solucionar de una manera objetiva o al menos así lo entiendo yo». [C 3]

Además, añaden que esta actitud permite, incluso cuando conocen los valores personales de los/as consultores/as, confiar en la rigurosidad del proceso de deliberación.

«Tú puedes percibir, porque luego fuera de los casos sabes cómo son algunos compañeros (los consultores), y si son más de pensar como tú o no, pero ...cuando analizan el caso, el razonamiento es muy parecido y claramente ves que es que es un proceso científico». [C 1]

Estas actitudes refuerzan la figura del/de la consultor/a como un profesional accesible y objetivo, que trasciende el rol técnico.

6.2.3.2.2 Competencias durante el proceso de consulta

Esta categoría recoge las capacidades que los/as consultantes identifican en los/as consultores/as en relación con su modo de intervenir a lo largo del proceso de consulta ética. A diferencia de las actitudes relacionales, aquí se destaca el despliegue de competencias prácticas, metodológicas y deliberativas que dotan de estructura, profundidad y coherencia a la intervención.

Entre ellas se encuentran la habilidad para generar espacios inclusivos de participación, el uso de un método estructurado de análisis, la formulación clara de alternativas

argumentadas, y una mirada global que integra las dimensiones clínicas, éticas y humanas del caso.

A. Facilita la participación de los implicados

La capacidad del/de la consultor/a de integrar a las personas involucradas en el proceso, familia, paciente, equipo, es percibida por los/as consultantes como una fortaleza. Esta participación se manifiesta en buscar la opinión del familiar e incluso al incorporarlas en las reuniones.

«Hacemos una reunión muchas veces con uno o dos del comité. Ponemos el caso, consensuamos un poco con nuestro plan a seguir. Explicamos cuáles son nuestras metas y nuestros objetivos en el manejo del paciente y luego ellos, pues también, eh, hablan con el paciente, con la familia». [C 3]

«Porque a veces es una duda que tengo yo en la toma de decisiones, a veces es no lo tengo claro, pero tengo un conflicto con la familia, ¿no? Y, en base a eso, pues ellos hablan con la familia. O vamos todos juntos a hablar con la familia». [C 1]

Este/a mismo/a consultor/a subraya la capacidad conciliadora y facilitadora del/de la consultor/a durante los encuentros conjuntos.

«Yo creo que son más conciliadores, son más integradores, o sea que sí que son capaces de juntar más y acercar más el equipo y diferentes posturas de las familias». [C 1]

B. Método estructurado para el análisis de casos

Entre las competencias señaladas, destaca la capacidad del/de la consultor/a para estructurar el análisis ético de forma sistemática y razonada, siguiendo un método claro que guía la reflexión.

«Te preguntan, es como que te traen a la ciencia. Me parece que son más sistemáticos y tienen un procedimiento mucho más científico en razonamiento, más estructurado más. Tienen esa habilidad de reflexión ética». [C 1]

«Te van dando los pasos porque ellos están formados ellos utilizan un método científico Nosotros, ya digo que nos falta formación y a mí me ayudó a que, en el camino poder seguir unos pasos para que yo pudiera resolver el caso». [C 2]

Además, se valora que quienes conducen la consulta lo hagan desde una competencia ética reconocida, lo que da legitimidad al enfoque utilizado.

«Ellos tienen el objetivo de aportar la parte ética de la situación... Están como expertos en ética para dar esa perspectiva, esa visión... El que tiene formación específica en eso se ve en cuanto empieza a hablar». [C 3]

C. Ellos tienen una mirada holística de la situación

Aunque esta competencia no fue mencionada por todos/as los/as consultantes, quienes la señalaron lo hicieron con claridad y profundidad, destacando que los/as consultores/as poseen una forma de abordar los casos que integra distintos planos de la experiencia asistencial. Esta mirada se percibe como integral, atenta no solo a los aspectos clínicos, sino también a la dimensión biográfica, familiar, contextual y emocional del caso.

«Yo creo que la interconsulta del comité es totalmente integral, es humana, o sea, mira al todo, mira la persona, mira su historia, biográfica, mira, mira la familia y mira la enfermedad, ¡eh!». [C 1]

En otro de los relatos, se percibe que esta forma de proceder genera confianza, al evidenciarse que antes de comenzar el análisis se realiza una revisión completa:

«Después se revisó el caso a nivel de texto, la historia clínica, la consultora y una vez revisado el caso, visto el contexto, entonces ya fue cuando se derivó a la reunión». [C 2]

En conjunto, estas competencias dotan al proceso de consulta ética de una estructura sólida, abierta e inclusiva, que combina el rigor del análisis con una comprensión amplia de las situaciones clínicas

6.2.3.3 Beneficios del proceso de consulta

Esta familia temática recoge las percepciones de los/as consultantes sobre los efectos positivos que genera el proceso de consulta ética, más allá de la resolución del conflicto puntual. A través de sus relatos, se identifican beneficios que trascienden lo individual y repercuten en la práctica profesional y organizativa.

La siguiente tabla muestra la organización interna de esta familia temática, compuesta por una categoría principal que recoge los beneficios percibidos del proceso de consulta ética, y que se despliega en dos subcategorías diferenciadas.

Tabla 25: Familia: Beneficios del proceso de consulta

FAMILIA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
BENEFICIOS DEL PROCESO DE CONSULTA	Impacto del/de la consultor/a en otros	Aprendizaje bioético durante el proceso
		Mejora la calidad asistencial

Fuente: elaboración propia

6.2.3.3.1 Impacto del/de la consultor/a en otros

A lo largo de las entrevistas, los/as consultantes hicieron referencia a cómo el proceso de consulta ética y la intervención del/de la consultor/a repercuten no solo en ellos/as, sino también en otras personas implicadas. En sus relatos se destacan dos beneficios principales, por un lado, la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y herramientas para la reflexión ética; por otro, una mejora de la calidad asistencial brindada a pacientes y familiares.

A. Aprendizaje bioético durante el proceso

Para algunos/as consultantes el proceso de consulta ética no solo ofrece apoyo en la toma de decisiones, sino que también es una oportunidad concreta de aprendizaje bioético. Esta experiencia formativa se produce de manera in situ, a través del acompañamiento del/de la consultor/a, quien guía el análisis ético del caso aportando herramientas y conceptos.

«Pues la verdad que a mí me vino muy bien, ya digo, el poder saber qué pasos dar y aprendí también fue como un aprendizaje de ver un poco a nivel ya digo, ético, legal, la autonomía del paciente, hasta dónde podemos llegar, que se pueda hacer con respeto... fue también un aprendizaje de algo que yo desconocía...ellos me orientaron, me dieron los pasos a seguir y muy bien y me ha servido para más casos». [C 2]

El aprendizaje es descrito, por un/a de los/as consultantes, como un proceso práctico, progresivo y compartido, en el que el/la consultor/a va desglosando el problema. Esta forma de enseñanza no formal genera un efecto duradero en la forma de afrontar situaciones futuras.

«Yo tenía un paciente crónico muy mío que yo no sabía cómo manejar y se sientan, te lo escriben un papel y te dicen a ver primer problema, primera duda, tal si no y superas la primera pregunta y a la siguiente. Una de las cosas que me gusta mucho es que me explica ¿no?, pues esto sí, pues no, pero que me enseñan, con ellos aprendo. Me enseñan de cada caso». [C 1]

B. Mejora la calidad asistencial

Desde la perspectiva de los/as entrevistados/as, el proceso de consulta ética tiene un impacto positivo en la calidad de la atención brindada a pacientes y familias, especialmente en contextos clínicos complejos. Una de las razones que fundamenta esta percepción es la posibilidad de tomar decisiones de forma consensuada y deliberada.

«Yo creo que le da seguridad y calidad al manejo de asistencia de los pacientes complejos...Sí, porque creo que al final, la mayoría de las situaciones complejas las decisiones son tomadas de manera consensuada. Entonces no está tomándose la decisión por una parte u otra, sino que son decisiones consensuadas. Y eso le da calidad. Y también le da seguridad al manejo del paciente, porque es que una persona aislada toma una decisión. No tiene por qué ser la más idónea, pero si es consensuada, probablemente sea más segura y de mayor calidad». [C 3]

Además, otro/a consultante valora la repercusión institucional de contar con un equipo consultor, por su capacidad de actuar como garante de buenas prácticas y de apoyo a pacientes y familiares:

«No dudaría en poner un servicio de consultoría en ética clínica en cada hospital. Es verdad, que es algo que no se mide y no sé si es rentable o eficiente. Asegura que las cosas se hagan bien, ayudas a las familias, ayudas a los profesionales. Repercute en la calidad asistencial que ofrece un centro sanitario». [C 1]

De estos relatos se desprende que la consulta de ética es vivida como un recurso que favorece la adquisición de conocimientos y habilidades de análisis éticos por parte de los/as consultantes, así como la mejora de la calidad asistencial.

En conjunto, los resultados obtenidos permiten trazar una imagen integral, compleja y profundamente humana del estado actual de la consulta de ética clínica en España, tal como es vivida por quienes la ejercen y por quienes acuden a ella. Lejos de constituirse como un servicio puramente técnico, la consulta de ética se revela como un espacio

intersubjetivo de cuidado, deliberación y acompañamiento, en el que confluyen dimensiones éticas, relacionales y formativas.

Los/as consultores y consultantes han puesto de relieve el papel central del encuentro interpersonal, vivido como una experiencia reparadora y formativa, donde se alivia el sufrimiento moral y emocional, se acoge la incertidumbre y se favorece la reflexión ética compartida. La práctica consultiva requiere de un conjunto de competencias que integran habilidades técnicas, interpersonales y comunicativas, configurando un saber, saber hacer y saber ser.

Asimismo, el trabajo colegiado o en mini-equipo como lo denominan los/as entrevistados/as, emerge como una forma de conceder legitimidad al proceso y visibilizar la función del CEAS dentro de la institución.

Por su parte, las percepciones de los/as consultantes confirman la relevancia experiencial de este servicio, destacando el impacto positivo del acompañamiento recibido, la calidad de la relación establecida y los aprendizajes bioéticos que emergen durante el proceso.

En definitiva, este capítulo evidencia que la consulta de ética clínica, en su estado actual en España, es una práctica emergente y en proceso de consolidación, que ya encarna valores fundamentales para la humanización del sistema sanitario, y que requiere de apoyos formativos, estructurales y culturales para desplegar todo su potencial transformador.

7 DISCUSIÓN

7 DISCUSIÓN

Este capítulo tiene como propósito interpretar los resultados obtenidos en ambas fases del estudio, cuantitativo y cualitativa, a la luz de los objetivos planteados, la literatura científica actual y el marco teórico, construido desde un enfoque humanista.

La investigación se propuso, por un lado, describir la situación actual de la consulta de ética clínica y del/de la consultor/a; y por otro, comprender la experiencia de los/as profesionales que desarrollan actividad de la consulta de ética clínica, complementada con la vivencia de los/as consultantes, en España.

Para ello, se han integrado los hallazgos del estudio cuantitativo observacional descriptivo con los del análisis cualitativo fenomenológico-hermenéutico, buscando no solo contrastar datos, sino también generar una visión ampliada que permita profundizar en el significado y valor de este recurso desde una perspectiva asistencial y académica.

La discusión se organiza en torno a los principales ejes emergentes de ambos estudios, y se cierra con una reflexión sobre sus implicaciones prácticas, limitaciones metodológicas y futuras líneas de investigación en el campo de la ética clínica.

7.1 Interpretación del estudio cuantitativo observacional descriptivo de corte transversal con carácter exploratorio

Han pasado casi cinco décadas desde la creación del primer Comité de Ética Asistencial, en el Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat, 1976 y treinta años desde que la Dirección General de INSALUD impulsó formalmente su desarrollo en todo el territorio estatal, a través de la Circular 3/1995. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, los resultados obtenidos en este estudio evidencian que su desarrollo no ha sido homogéneo ni se ha traducido siempre en una integración efectiva en la práctica clínica.

De las 86 respuestas obtenidas de los CEAS consultados, solo 27 cuentan con más de quince años de trayectoria, concretándose principalmente en tres comunidades autónomas: Madrid (n=12), Cataluña (n=11) y Castilla y León (n=4).

Entre las funciones atribuidas a los CEAS se encuentra la de asesorar y facilitar la toma de decisiones ante conflictos éticos en la práctica asistencial. No obstante, esa labor, que en principio podría esperarse como frecuente e intensa, contrasta con los datos obtenidos: el número medio anual de consultas no supera las seis, tanto en 2021 como en 2022.

Cabe señalar que el año 2021 estuvo marcado por la pandemia de COVID-19, un periodo en el que los problemas éticos en la atención sanitaria se intensificaron de forma significativa. El escaso número de casos gestionados por los CEAS durante ese año sugiere como señala C. Levine, que «la mera presencia de los comités no es ninguna garantía de que se utilizarán de forma constructiva» (Abel, 2006, p.80).

En relación con la consulta de ética clínica, de los 87 centros participantes, 23 cuentan actualmente con este servicio y otros 4 se encuentran en fase de implementación. Las fechas de creación abarcan un amplio periodo, desde 1986 hasta 2023, concentrándose la mayor parte de las implementaciones en el intervalo entre 2020 y 2024.

Aunque este estudio tiene carácter exploratorio y su muestra no permite generalizaciones, los datos sugieren una tendencia creciente en la puesta en marcha de consultas de ética clínica en España durante los últimos años. En concreto, en el periodo posterior a 2020 se han creado más CEC que en la década anterior.

Esta aceleración podría explicarse, en parte, por las limitaciones para reunirse de los CEAS durante la pandemia de COVID-19 y la necesidad de dar respuestas rápidas a problemas complejos que surgieron durante la pandemia en los centros. Asimismo, cabe señalar el creciente interés académico y profesional por este recurso, reflejado en el aumento de publicaciones científicas (Blanco Portillo et al., 2021, 2024; Galván Román et al., 2021, 2023; Herreros, 2017; López-Urrutia et al., 2022; Real de Asúa et al., 2018) y en su difusión en jornadas y congresos especializados, lo que ha contribuido probablemente a su expansión reciente.

Los resultados de esta investigación sugieren que la prevalencia de la CEC en España es significativamente inferior a la observada en otros contextos internacionales. En Estados Unidos, por ejemplo, un 86,3 % de hospitales ya disponía de este servicio en 2018 (Fox

& Duke, 2022). En Japón, el 72 % ya lo había implementado (Nagao & Takimoto, 2024). En Europa, también se observan cifras superiores: en Alemania, 49 % de los hospitales dispone de CEC (Schochow et al., 2019), en Suiza el 50 % (Jox & Porz, 2022) y en Italia la prevalencia asciende al 72,6 % (De Panfilis et al., 2019). No obstante, dado que la literatura sobre esta cuestión es aún limitada y los sistemas sanitarios presentan diferencias estructurales y organizativas, estas comparaciones deben interpretarse con cautela.

Íntimamente relacionado con los datos de prevalencia se encuentra el modo en que se denomina a la CEC. Actualmente no existe un consenso terminológico en España, y esta investigación ha puesto de manifiesto una notable pluralidad de denominaciones oficiales, con hasta siete formas diferentes identificadas.

El término más utilizado en los centros participantes es «consultas realizadas al CEA» (11 respuestas), seguido de «consultor/ría de ética clínica» (6 respuestas). Estos datos coinciden con el estudio de Bell et al. (2022), que identificó hasta nueve denominaciones distintas para referirse a este servicio, siendo las más frecuentes «consulta o servicio clínico/del comité de ética», y «deliberación de casos morales» (Bell et al., 2022).

Esta diversidad terminológica no solo refleja la falta de un marco normativo unificado, sino que también puede influir en la consolidación institucional de la CEC como recurso asistencial diferenciado y reconocido dentro del sistema sanitario.

En los centros analizados, se observa una clara tendencia hacia un modelo de funcionamiento de la consulta de ética clínica (CEC) vinculado estructuralmente al comité de ética asistencial (CEAS), ya que en el 86,4 % de los casos la CEC depende directamente de este órgano.

Estrechamente relacionado con esta vinculación, se encuentra el modo en que se desarrolla el proceso consultivo. Los datos recogidos muestran que en más del 50 % de los centros, la solicitud de intervención se realiza directamente al CEAS. Una vez activada la consulta, el procedimiento habitual consiste en realizar encuentros con los profesionales solicitantes, el/la paciente y/o su familia, así como otras personas implicadas en el caso, con el objetivo de recoger las perspectivas y valores en juego.

Finalizado el proceso, en la mayoría de los casos se deja constancia en la historia clínica, habitualmente mediante una nota breve (69,2 %). No obstante, el proceso no concluye necesariamente con este registro: los datos revelan que en el 76,5 % de los centros los/as consultores/as realizan seguimiento activo del caso, lo que evidencia una implicación sostenida más allá del análisis inicial.

En cuanto a la forma de intervención, predomina el modelo colegiado, constituido por un pequeño equipo de consultores/as (81,8 %), frente al modelo individual, donde un solo profesional lleva a cabo el análisis y acompañamiento (18,2 %). Esta organización refuerza la idea de que la CEC actúa como una extensión operativa del CEAS, tal como plantea el Servicio de Consultoría de Ética Clínica del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid (Galván Román et al., 2021; López-Urrutia et al., 2022) y en coherencia con el modelo mixto propuesto por Diego Gracia, que combina elementos deliberativos individuales y colectivos (Gracia, 2014).

Estos datos, son muy similares a los obtenidos por Fox et al. (2021), en una encuesta nacional realizada en los hospitales de Estados Unidos, donde predomina el modelo colegiado (65,1 %) frente al individual (18,6 %).

Esta preferencia por el abordaje colegiado también se refleja en el modelo de análisis de casos: el 63,2 % de las consultas son analizadas por un equipo, frente al 26,3 % que opta por el modelo individual, mientras que un 10,5 % utiliza ambos enfoques según el caso. No obstante, se desconoce qué criterios guían la elección entre una u otra modalidad.

Una de las desventajas atribuidas a la CEC es que, al recurrir a un único consultor, existe un mayor riesgo de sesgo por perder la visión multidisciplinar del comité y basarse en una única opinión, la del consultor individual (Herreros, 2017). Sin embargo, estos datos y la literatura revisada indica que, en la mayoría de los casos el análisis se realiza de forma colegiada o los casos se elevan al CEAS, para su evaluación y toma de decisiones, reduciendo así el riesgo de individualismo.

Estos resultados son consistentes con los datos recogidos por Fox et al. (2021), quienes en su estudio internacional encontraron que el 65,1 % de los casos son valorados por un

pequeño grupo de consultores, un 16,3 % por el comité completo y un 18,6 % por un único profesional.

En cuanto al tamaño y composición de los equipos encargados de la CEC, los resultados de este estudio muestran que, de media, los equipos colegiados están conformados por 5,6 miembros ($DE = 3,7$), con una amplitud que oscila entre 2 y 14 integrantes. Predomina con claridad el perfil médico (70,4 %), seguido por el de enfermería (37,0 %), aunque también se incluyen de forma puntual otros perfiles profesionales. En los modelos individuales, tres de los consultores son médicos y uno/a enfermero/a. Además, un 86 % de los integrantes cuenta con formación de posgrado en bioética y un 73,9 % en habilidades de comunicación y relación, lo cual sugiere un esfuerzo significativo de cualificación profesional.

Los datos de este estudio revelan que, existen diferencias notables en la composición de los equipos con EE. UU., donde el 24 % de los/las consultores/as son médicos, el 23 % enfermeras/os, el 10,9 % trabajadores/as sociales, seguidos de capellanes, administradores y otros perfiles del ámbito sanitario (Fox & Duke, 2022), lo que refleja una mayor diversidad profesional. Además, solo el 8 % de los participantes había cursado un posgrado en bioética, y el 40,3 % había aprendido a realizar consultoría mediante supervisión directa por parte de un miembro experto del equipo, cifras muy similares a las reportadas en 2007.

En Suiza, la situación también muestra variabilidad en la formación: el 30 % de los miembros posee un máster en ética, un 29 % ha recibido formación estructurada, un 18 % una formación mínima, y el 29 % restante carece de formación ética formal (Jox & Porz, 2022). En Japón, a pesar del predominio médico, los equipos de CEC también incluyen enfermeras, terapeutas, farmacólogos, personal administrativo y juristas, lo que pone de relieve una mayor diversidad interdisciplinar (Nagao & Takimoto, 2024). Finalmente, en Italia, De Panfilis et al. (2019), documentan una preferencia por modelos colegiados e interdisciplinarios, así como una separación clara entre la función consultiva y el rol institucional del comité de ética.

En contraste con estos contextos, el caso español presenta una configuración más homogénea y centrada en el ámbito clínico, pero con una elevada cualificación formal en bioética y comunicación. Esta combinación sugiere una profesionalización progresiva

del rol consultor/a, aunque con márgenes de mejora en cuanto a la diversificación de perfiles y la consolidación de trayectorias formativas estructuradas.

En cuanto a los métodos utilizados para el análisis de los casos, se observa una mayor variabilidad en las CEC en comparación con los comités de ética asistencial. Mientras que en estos últimos predomina con claridad el enfoque deliberativo, presente en el 87 % de los CEAS analizado, seguido por el método principialista (6,5 %), las CEC muestran un panorama más heterogéneo. De los 15 centros que informaron sobre su metodología, solo el 40 % emplea el enfoque deliberativo, mientras que el resto recurre a métodos diversos como el principialismo, la casuística de Jonsen, procedimientos mixtos, el pragmatismo ético o incluso modelos propios desarrollados por los equipos.

Esta diversidad podría interpretarse como una expresión de flexibilidad adaptativa al contexto clínico inmediato, aunque también podría señalar una falta de consenso metodológico consolidado en el ámbito de la consultoría ética en España. A su vez, invita a reflexionar sobre la necesidad de establecer criterios comunes que no limiten la riqueza plural del análisis, pero que garanticen una base compartida de rigor y trazabilidad en los procesos deliberativos.

No obstante, contar con una metodología sólida y profesionales cualificados no garantiza por sí sola una alta frecuencia del servicio. En relación con el número anual de consultas a la CEC, los datos de este estudio muestran que, durante los años 2021 y 2022, se registraron una media 7,5 y 7,3 consultas respectivamente. Esta baja demanda no parece ser exclusiva de contexto español. En Italia y Japón, a pesar de la alta implantación del servicio, (72,6 % y 72 %, respectivamente), muestran que más de la mitad de las CEC, en Italia, no recibió ninguna solicitud en el año analizado (De Panfilis et al., 2019), y en Japón, la mayoría de los centros registran entre una y diez solicitudes al año (Nagao & Takimoto, 2024).

Estos datos contrastan significativamente con la situación en Estados Unidos, donde se han reportado una media de 17,1 consultas éticas al año por centro (Fox et al., 2021).

A esta limitada frecuencia de uso se suma un segundo reto: la escasa disponibilidad de datos nacionales actualizados que permitan contextualizar con mayor precisión la situación de la CEC en España. La única referencia publicada al respecto corresponde al

estudio de Ribas-Ribas (2003) realizado en Cataluña, que estimaba una media inferior a cuatro consultas anuales por CEAS. Si bien este dato sugiere que la actividad actual de las CEC podría ser superior en términos de volumen, su antigüedad impide extraer conclusiones sólidas. Esta carencia de información sistemática subraya la necesidad de actualizar los registros institucionales y de fomentar estudios empíricos que permitan analizar tendencias, evaluar impacto y mejorar la articulación entre CEAS y CEC.

En conjunto, los resultados del estudio cuantitativo ofrecen una primera aproximación estructural a la situación actual de la consulta de ética clínica en España, permitiendo visibilizar su progresiva implementación, los modelos organizativos predominantes y algunos de los retos que aún persisten, como su escasa frecuencia de uso o la falta de sistematización de datos.

Sin embargo, comprender el verdadero alcance de este recurso requiere adentrarse en las vivencias de quienes lo ejercen y lo solicitan. Por ello, el estudio cualitativo complementa esta mirada descriptiva con un enfoque fenomenológico-hermenéutico, orientado a explorar en profundidad cómo se experimenta la consulta ética en el contexto asistencial español.

7.2 Discusión de los resultados del estudio cualitativo

El/la consultor/a en ética clínica es el/la profesional que ofrece acompañamiento y orientación a pacientes, familiares y profesionales sanitarios ante la incertidumbre moral que generan determinados los problemas éticos en el ámbito asistencial. Esta figura, aún en proceso de consolidación en el contexto español, surge como una respuesta práctica y relacional frente a los desafíos éticos que los avances biomédicos y tecnológicos generan en situaciones de complejidad clínica y vulnerabilidad. A diferencia de los comités de ética asistencial, e/la consultor/a establece una relación directa, interpersonal y personalizada con quienes solicitan su intervención, configurando un espacio de deliberación que es, a la vez, humano, formativo y transformador.

Los hallazgos del estudio cualitativo revelan que la experiencia del/de la consultor/a no pueden comprenderse al margen de esta dimensión relacional. El encuentro con las

personas implicadas es descrito como el núcleo de la práctica: un espacio seguro, donde se acoge el sufrimiento y la incertidumbre moral, se facilita la expresión emocional y se ofrece acompañamiento ético desde la presencia y el respeto. Esta relación, lejos de ser instrumental, es vivida como reparadora, formativa y, en muchos casos, profundamente significativa para ambas partes.

Del mismo modo, el ejercicio del rol requiere de una serie de competencias personales y profesionales que exceden del dominio de modelos de análisis de casos: empatía, escucha activa, capacidad de contención, prudencia deliberativa, autoconocimiento, y una actitud de respeto genuino ante la pluralidad de valores.

Asimismo, el modo en que se lleva a cabo la consulta, a menudo en dinámicas colegiadas o pequeños equipos, refuerza un carácter intersubjetivo y deliberativo. Esta dinámica colectiva permite enriquecer la mirada, legitimar la pluralidad de enfoques y reforzar la función pedagógica y dinamizadora del comité de ética asistencial dentro de las instituciones.

No obstante, los/as consultores/as también identifican retos persistentes para el ejercicio de su rol, entre los que destacan: la necesidad de formación específica y continuada, así como una mayor implicación institucional para consolidar la consulta de ética clínica como un servicio estable y profesionalizado dentro del sistema sanitario.

Los/as consultantes refuerzan el valor de la relación que se establece entre ellos/as: un vínculo que ayuda a clarificar valores, establecer diferentes opciones y a generar un clima más reflexivo y sereno para la toma de decisiones. Para muchos/as, la posibilidad de ser escuchados/as y acompañados/as se vivió como una experiencia reparadora y útil, con un fuerte componente formativo a nivel personal.

Estos hallazgos no solo responden a los objetivos y preguntas planteadas en este estudio, sino que dialogan directamente con las hipótesis de trabajo. En primer lugar, confirman que los/as profesionales integran actitudes y competencias propias del pensamiento humanista en su práctica diaria, especialmente en lo relativo a la construcción de un vínculo ético con el/la consultante. En segundo lugar, evidencian la necesidad de fundamentar estas habilidades relacionales en marcos teóricos sólidos, no solo para comprenderlas, sino también para poder enseñarlas y replicarlas en contextos

formativos. En tercer lugar, muestran que la consulta de ética clínica, tal como se está desplegando en España, constituye un fenómeno emergente, con alto potencial de consolidación, siempre que se aborden sus limitaciones estructurales.

Bajo esta lógica, comprender la figura del/de la consultor/a requiere atender no solo a sus funciones, sino al modo en que habita la relación con quienes consultan. Sus relatos revelan una práctica situada, intersubjetiva y profundamente comprometida con el cuidado del otro.

Este encuentro ético, tal como lo relatan los/as consultores/as, no se percibe como una labor puramente funcional o resolutoria, sino como una experiencia marcada por una profunda dimensión relacional, con un carácter reparador y un impacto formativo.

En este marco, el/la consultor/a se aproxima al otro desde su libertad y conciencia, reconociéndolo como un tú que interpela desde su vulnerabilidad. Esta actitud de apertura configura lo que Laín Entralgo denomina relación de proximidad: un vínculo en el que la ayuda no se impone, sino que se ofrece como presencia ética, deliberada y respetuosa con el/la otro/a.

En este sentido, cobra valor la propuesta antropológica de Laín Entralgo, quien concibe el encuentro humano como una relación intencional entre dos libertades que se reconocen y acogen mutuamente. En el contexto de la consulta de ética clínica, este encuentro se manifiesta como una relación de ayuda que se estructura a partir de la petición del/de la consultante y la respuesta del/de la consultor/a, en un marco de disponibilidad y acogida.

Para que se produzca un encuentro auténtico, según Laín, deben coincidir dos supuestos fundamentales: el metafísico y psicofisiológico. En la relación entre consultor/a y consultante, ambos elementos se manifiestan de manera concreta: la intencionalidad del profesional en la búsqueda por la interacción cara a cara, en la creación de un vínculo de confianza, y en la manera misma en que se dispone ante el otro.

Desde esta perspectiva, el encuentro ético-clínico puede comprenderse, en diálogo con la propuesta de Laín, como un proceso que se despliega en diversos planos interrelacionados. El momento cognoscitivo implica el reconocimiento del otro como un ser único y vulnerable, con una historia y unos valores que deben ser acogidos. El

momento operativo se manifiesta en la acción prudente y deliberada, que no se impone, sino que se acompaña y orienta. El momento afectivo, ya presente en los relatos anteriores, se profundiza aquí como un vínculo de empatía y disponibilidad emocional. Finalmente, el momento ético-religioso, aunque no siempre nombrado explícitamente, aparece en la conciencia de responsabilidad que el/la consultor/a asume frente al sufrimiento del/ de la otro/a.

En esta clave, el encuentro se consolida como una auténtica relación de proximidad, donde la ayuda se expresa como una actitud de confianza activa y reconocimiento mutuo. Esta disposición se manifiesta en la capacidad del/ de la consultor/a de generar un espacio relacional horizontal, donde el/la consultante se siente legitimado/a para expresar sus dudas, emociones y valores. Lo significativo aquí, como muestran los relatos, es que esta vivencia no es unidireccional: tanto los/as profesionales como los/as consultantes percibe este vínculo como un espacio ético compartido, en el que el respeto mutuo y la apertura emocional se convierten en condiciones para el acompañamiento reflexivo.

De ahí que el encuentro adquiera un carácter reparador, al convertirse en un escenario seguro donde las personas implicadas se sienten acogidas para compartir no solo las incertidumbres morales, sino también las emociones que estas generan.

Sin embargo, para que esta dinámica relacional se sostenga auténticamente, es necesario que el/la consultor/a haya interiorizado una serie de actitudes y valores que no son accesorias, sino constitutivos de la relación en sí misma. Estas disposiciones no se reducen a técnicas comunicativas, sino que expresan una forma de estar con el otro: una presencia ética, cuidadosa y comprometida, que sostiene y dignifica el vínculo.

En los relatos analizados, se destacan como fundamentales actitudes como la aceptación incondicional, la autenticidad, la empatía, así como valores como la donación, y la respuesta humana ante el sufrimiento del otro. Todas estas cualidades configuran lo que podríamos denominar una disposición humanista, en plena sintonía con el pensamiento de Carl Rogers, para quien la calidad del encuentro interpersonal está determinada por las actitudes que el/la profesional aporta a la relación. Estos elementos son considerados ingredientes clave para que la relación de ayuda no solo

sea humanizada, sino también humanizadora, en tanto que permite al otro reconocerse, expresarse y sentirse acompañado en su singularidad, sin ser juzgado.

Para que esta relación se mantenga de forma saludable, varios/as entrevistados/as subrayan la importancia del autoconocimiento personal: reconocer los propios valores y límites permite al/a la consultor/a no proyectarlos sobre el caso y sostener una escucha abierta y respetuosa, en consonancia con la congruencia, propuesta por Rogers.

La Sociedad Americana de Bioética y Humanidades, en su última propuesta de competencias (2024), confirma que los atributos, actitudes y comportamientos no son elementos secundarios, sino componentes imprescindibles del ejercicio profesional del/la consultor/a en ética clínica. Esta exigencia se extiende tanto al desempeño individual como a la dinámica colectiva de los equipos consultores, reforzando la idea de que la calidad técnica de la consulta está indisolublemente ligada a la calidad humana de quienes la ejercen.

Durante el encuentro ético-clínico, los valores interiorizados y la disposición humanista del/de la consultor/a se traducen en acciones concretas que configuran su modo de estar y actuar con el otro. Esta traducción encarnada se manifiesta a través de un conjunto de habilidades profesionales que abarcan tanto el plano interpersonal y comunicativo como el teórico-práctico.

Las primeras se expresan en la capacidad del/de la consultor/a para generar un vínculo basado en el respeto, la confianza, y los tiempos del/de la consultante, evitando interpelaciones o confrontaciones tempranas que puedan condicionar la posibilidad de diálogo.

Las segundas implican habilidades como la escucha activa, las respuestas empáticas, la clarificación y la capacidad de adaptar el lenguaje al contexto y a la persona, para poder llevar a cabo un proceso en el que el/la consultante adquiera el protagonismo, se le motive a expresar sus dudas, facilitar un proceso de reflexión compartida.

Estas habilidades interpersonales y comunicativas están profundamente alineadas con el pensamiento de Rogers y con su aplicación práctica en el marco del counselling. No se trata de hacer por el/la otro/as, sino a través del vínculo y el diálogo, provocar condiciones para que quien consulta, desconcertado por su problema ético, pueda

descubrir la decisión más prudente. Este tipo de relación huye del paternalismo, y se enmarca en una práctica basada en los principios de no maleficencia y respeto a la autonomía.

En el estudio cuantitativo complementario, se preguntó a los/as profesionales qué tres habilidades consideraban esenciales para que un/a consultor/a fuera excelente. Las respuestas más frecuentes fueron; capacidad comunicativa, comprensión y escucha activa (40,7 % n=27); seguidas de empatía (37 %) y formación, conocimiento y criterio (33,3 %). Estos resultados refuerzan lo ya expresado en las entrevistas, y muestran una coincidencia clara entre la vivencia práctica y la percepción profesional sobre las competencias clave.

Junto a estas habilidades relacionales, los/as participantes del estudio también reconocen como imprescindibles las competencias técnico-teóricas, vinculadas al conocimiento bioético, a los modelos de análisis de casos y al uso riguroso de los marcos deliberativos. Una vez establecido el primer contacto con las personas consultantes, los/as profesionales despliegan una serie de competencias procedimentales que estructuran su intervención.

Más allá de identificar el problema ético y argumentar las distintas opciones, tal como suele realizarse en los CEAS, emergen nuevas competencias específicas que configuran el proceso propio de consulta de ética clínica.

Los/as entrevistados destacan, por ejemplo, la capacidad de convocar a todas las partes implicadas en el proceso y fomentar reuniones con ellas, lo que permite escuchar sus valores, preferencias, percepciones y enriquecer así la comprensión del caso. Esta forma de proceder facilita una deliberación más profunda, situada y compartida. Aunque no todos/as utilizan el término mediación, los resultados muestran que esta práctica, como facilitación de la comunicación y construcción de puentes, forma parte del proceso de forma implícita.

Esta dimensión del encuentro, en la que el/la consultor/a ético/a no solo analiza, sino que escucha, acoge y acompaña el sufrimiento moral y emocional, se alinea con el modelo de mediación ética propuesto por Nancy Dubler y defendido por la ASBH (Pose, 2022). Este enfoque sitúa al/a la consultor/a como facilitador/a del diálogo y mediador/a de valores, con una implicación activa, emocional y no meramente técnica. Parte del

reconocimiento de que muchos conflictos éticos nacen de rupturas relacionales y emocionales, y que por lo tanto el acompañamiento debe cuidar especialmente los aspectos afectivos, comunicacionales y vinculares. Elementos como la presencia física, el reconocimiento emocional, la validación del sufrimiento, el acompañamiento activo y la generación de confianza son componentes fundamentales de este modelo, todos ellos reflejados en los relatos analizados en este estudio. Lejos de una figura neutral o distante, el/la consultor/a es descrito como una persona comprometida, accesible y genuinamente implicada, que ofrece un espacio en el que la palabra, la escucha y la relación se convierte en herramientas éticas esenciales.

Esta vivencia no es solo atribuida por los/as consultores/as, sino también reconocida por los/as consultantes entrevistados/as, quienes destacan el valor de sentirse escuchados/as, comprendidos/as y acompañados/as en un espacio donde podían expresar sus inquietudes y emociones sin temor a juicio ni presión. Este reconocimiento mutuo refuerza la dimensión ética del encuentro, configurándolo como una experiencia relacional significativa y humanizante.

Los hallazgos del presente estudio coinciden en gran medida con las competencias de habilidades interpersonales, de evaluación y análisis recogidas por la ASBH (2024), especialmente en lo que respecta a reconocer y admitir limitaciones personales, la escucha activa, la facilitación del diálogo, la identificación de las partes involucradas y la valoración de argumentos.

En esta misma línea, estos hallazgos dialogan con los trabajos de Mc Climans et al. (2016, 2019), que exploran los objetivos y resultados de la consulta de ética clínica en Estados Unidos, mediante enfoques cualitativos y Delphi. Sus investigaciones identifican dimensiones clave como la creación de espacios morales, la mediación, la gestión del sufrimiento moral y la transformación institucional, aspectos que también emergen en las narrativas de los/as consultores/as entrevistados/as en España.

Otra competencia subrayada es la capacidad de analizar el caso de forma colegiada, a menudo incorporando a las personas implicadas en la reflexión ética, lo que otorga mayor legitimidad y sentido al proceso. En situaciones de mayor complejidad los/as consultores/as derivan el caso al CEAS, reconociendo la necesidad de una deliberación interdisciplinar más amplia.

Esta dimensión relacional y deliberativa no se agota en el encuentro entre consultor/a y consultante. Los resultados del estudio cuantitativo ya mostraban que prevalece el modelo colegiado (81,8 %, n=22), frente al individual (18.2 %), y los relatos cualitativos lo confirman ampliamente.

Esta forma de trabajo, descrita por varios/as entrevistados/as como *mini-equipo*, permite integrar distintas perspectivas, legitimar el análisis, contener emocionalmente al consultor/a y reforzar la dimensión colectiva de la deliberación. Esta visión también se refuerza con el estudio de Haan et al. (2022) muestra que la práctica de la consulta ética, cuando se realiza de manera participativa y colegiada, facilita la comprensión del caso, mejora la percepción de justicia y promueve una mayor satisfacción entre los implicados.

Lejos de representar una amenaza o una duplicidad frente a los Comités de Ética Asistencial (CEAS), el modelo colegiado que adopta la consulta ética clínica se configura, según los relatos analizados, como una forma de visibilizar, dinamizar y extender el trabajo del propio comité. Los/as consultores/as describen cómo el trabajo en *mini-equipo* permite mantener una deliberación constante, facilitar el acceso de otros profesionales a los marcos éticos, divisar situaciones informales, y, en muchos casos, detectar situaciones que requieren ser elevadas al CEAS. En este sentido, la consulta no actúa al margen ni en paralelo, sino como una extensión operativa y flexible del CEAS, adaptada a las exigencias del día a día clínico.

Esta lectura es coherente con lo planteado por Herreros (2017), quien señala que la figura del/de la consultor/a clínico no debe entenderse como alternativa al comité, sino como una herramienta complementaria, que permite una mayor capilaridad institucional y una respuesta más ágil ante conflictos éticos. Así, la consulta ética no solo no debilita al comité, sino que lo fortalece: lo dota de una presencia activa en la práctica clínica, lo nutre con información cualitativa directa del terreno, y contribuye a legitimar su función pedagógica y deliberativa dentro de la organización.

En consonancia con lo expuesto, los resultados revelan otro potencial fundamental del proceso de consulta de ética clínica: su dimensión formativa. Por un lado, el/la consultor/a se convierte en un agente activo de formación en valores y en toma de decisiones, a través de su modo de estar y de dialogar con las personas implicadas. Esta

cualidad pedagógica del encuentro es reconocida tanto por los/as profesionales como por los/as consultantes. Estos/as últimos/as destacan que la consulta ofrece una experiencia de aprendizaje profundo, que va más allá de la teoría, y que perdura precisamente por la forma en la que se desarrolla, no se enseña, se encarna.

Por otro lado, el hecho de que el proceso de consulta quede reflejado en la historia clínica del o de la paciente, no solo contribuye a su visibilización institucional, sino que convierte ese registro en un recurso pedagógico valioso. Leer qué valores se tuvieron en cuenta, cómo se argumentó el caso y qué decisiones se propusieron se transforma en una oportunidad formativa para otros/as profesionales que consultan el evolutivo y forma parte del cuidado integral de la persona.

Esta práctica no solo documenta, sino que genera cultura ética: contribuye a la consolidación del servicio de consulta, refuerza su legitimidad dentro de la organización, y promueve una sensibilidad bioética transversal en los equipos. En este sentido, los hallazgos dialogan con los estudios de Mc Climans et al. (2016, 2019), quienes subrayan que entre los objetivos de la consulta de ética clínica se encuentran la formación y la mejora holística de las instituciones.

Aunque, reflejar el proceso de análisis del caso en el evolutivo del/de la paciente contribuye a visibilizar la consulta de ética clínica, y, por ello, el rol del/de la consultor/a, los profesionales participantes coinciden en señalar que esto no es suficiente. Consideran imprescindible que las instituciones doten a este servicio de un marco organizativo sólido, capaz de sostenerse en el tiempo, al tratarse de una actividad que mejora el cuidado holístico de la persona y, por lo tanto, la calidad asistencial. En relación con esta dimensión estructural, los resultados del estudio cuantitativo evidenciaron que el rol del/de la consultor/a no está remunerado, y en la mayoría de los casos (70,6 %, n=17) se ejerce de forma simultánea a otras tareas asistenciales. En el resto (29,4 %), se trata de una actividad realizada fuera de su jornada laboral.

Esta situación revela una tensión estructural de fondo: mientras el proceso de consulta es valorado por su impacto ético, formativo y relacional, la ausencia de un reconocimiento formal y sostenido, en términos de tiempo, recursos y remuneración, pone en riesgo su consolidación como práctica profesional. Los relatos muestran que esta precariedad no solo afecta a quienes ejercen el rol, sino que también puede

comprometer la legitimidad institucional de la consulta, al percibirse como una tarea secundaria, dependiente del compromiso voluntario de unos/as pocos/as. Si no se reconoce explícitamente su valor dentro de la estructura sanitaria, el riesgo es que lo humano se convierta en una excepción admirable pero frágil, y no en un pilar integrado de la atención asistencial.

En las voces de los/as consultores/as y consultantes se interpreta que esta figura refuerza el cuidado holístico al paciente y sus familias. De ahí la importancia de lograr un plan formativo, con una fundamentación teórica humanística, acorde a los planes de humanización. Sin duda, esto contribuiría no solo a potenciar y consolidar el rol, sino que podría convertirse en una estrategia de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria.

En conjunto, los hallazgos del presente estudio, desde su dimensión descriptiva hasta su comprensión experiencial, permiten construir una visión integral del estado actual de la consulta de ética clínica en España y la figura del/de la consultor/a. Los datos cuantitativos trazan el marco estructural y organizativo de esta práctica emergente, revelando tanto su creciente implementación como las particularidades de su desarrollo. Por su parte, la aproximación cualitativa aporta una comprensión profunda del modo en que esta práctica es vivida por quienes la ejercen y por quienes la solicitan, poniendo en el centro la dimensión relacional, ética y formativa del encuentro. La articulación de ambos planos el arquitectónico y el vivencial, muestra que la consulta de ética clínica no puede consolidarse únicamente como una estructura organizativa, sino que requiere ser habitada por profesionales formados/as, reconocidos/as y acompañados/as en su tarea. Solo así será posible sostener una práctica que, más allá de orientar decisiones, cuida, transforma y humaniza.

7.3 Hacia una formación humanista y profesionalizadora del/de la consultor/a en ética clínica

Esta propuesta formativa parte de una concepción profundamente humanista del rol del/de la consultor/a en ética clínica. Tal como ha evidenciado este estudio, la consulta no es únicamente un ejercicio técnico de análisis de casos, sino, ante todo, una relación interpersonal con potencial terapéutico y formativo. Esta dimensión relacional exige una

formación que trascienda la adquisición de contenidos teóricos o el dominio de protocolos, ya que ni las actitudes ni las habilidades interpersonales y comunicativas son innatas, ni forman parte, habitualmente de los programas formativos convencionales de los/as profesionales sanitarios/as.

En coherencia con el modelo de atención centrado en la persona y con los planes de humanización de la asistencia sanitaria, se propone una formación anclada en el pensamiento humanista y el counselling. La obra de Carl Rogers ofrece un marco clave para comprender el encuentro como un espacio de crecimiento mutuo, donde la calidad de la relación, y no solo el contenido de la intervención actúa como principal agente del cambio. Su triada de aceptación incondicional, autenticidad y empatía, constituyen un conjunto de actitudes mínimas, ética y relacionalmente imprescindibles, para que la relación sea verdaderamente humanizadora.

De mismo modo, esta propuesta se fundamenta en la teoría del encuentro de Pedro Laín Entralgo, que concibe la relación de ayuda como una donación libre de sí hacia el/la otro/a en situación de necesidad. Esta actitud de acogida, respeto y compromiso ético debe ser interiorizada en la formación del/de la consultor/a.

Esta fundamentación se ve reforzada por los testimonios recogidos, donde tanto consultores/as como consultantes subrayan la importancia del vínculo y la disponibilidad emocional en el proceso, así como de preparar a quienes ejercen este rol para gestionar también la carga emocional que conlleva.

Por ello, formar a futuros/as consultores/as no puede limitarse únicamente a la transmisión de herramientas analíticas o de deliberación, sino que debe incluir espacios de autoconocimiento y de entrenamiento de habilidades relacionales y comunicativas. Más que preparar para responder ante problemas morales, se trata de capacitar para acompañar en situaciones de alta complejidad y vulnerabilidad.

Respecto al perfil profesional más adecuado, los/as entrevistados/as coinciden en la necesidad de que esta figura pertenezca al ámbito sanitario. Sin limitarlo a una disciplina concreta, destacan la importancia de conocer la práctica asistencial, el manejo clínico, el funcionamiento interno de las instituciones y mostrar sensibilidad hacia la dimensión humana del conflicto. Es importante señalar que la mayoría de los/as entrevistados/as

coinciden en que las/os enfermeras/os reúnen cualidades especialmente adecuadas para desempeñar este rol, debido a su cercanía con pacientes y familiares, así como el enfoque integral propio de su disciplina. Como propone la ASBH en relación con las competencias, estas características no tienen por qué concentrarse en un/a único/a profesional, sino que pueden distribuirse en el equipo, siempre que este integre un conjunto equilibrado de saberes y sensibilidades.

Independientemente del formato de aprendizaje, se propone una formación que permita adquirir y entrenar un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades transversales a las distintas disciplinas implicadas. A modo de síntesis, se propone la siguiente tabla como guía para diseñar programas dirigidos a futuros/a consultores/as.

Tabla 26: Competencias para la formación del/de la consultor/a en ética clínica

Competencias	Contenidos propuestos
Conocimientos	Fundamentos de bioética clínica
	Modelos de análisis de casos y deliberación
	Ética narrativa
	Principios y fases del counselling
	Códigos deontológicos y legislación.
Actitudes	Aceptación incondicional
	Autenticidad
	Empatía
	Asertividad
	Responsabilidad
	Confianza
	Prudencia
Habilidades	Favorecer la creación del vínculo
	Escucha activa
	Comunicación no verbal
	Reformulación y clarificación
	Comunicación adaptada al otro/a (lenguaje, ritmos)
	Trabajo en equipo
	Mediación y resolución de conflictos
	Redacción clara y ética de informes

Fuente: elaboración propia

Además, se propone que la formación incluya un período de prácticas supervisada mediante el análisis de casos tutorizados. Esta necesidad fue reiteradamente señalada por los/as entrevistados/as, quienes consideran que la experiencia directa, acompañada por consultores/as con mayor recorrido, es imprescindible tanto para interiorizar el proceso como la escritura de informes. Al convertirse en una herramienta pedagógica, estos deben redactarse con precisión y sensibilidad, por lo que su escritura debe ser también objeto de formación específica dentro del proceso formativo.

En síntesis, este estudio ofrece una mirada comprehensiva y humanista sobre la figura del/de la consultor/a en ética clínica y el proceso de consulta en España, integrando sus dimensiones estructurales, relacionales y formativas. La triangulación metodológica ha permitido mapear el impulso actual de esta práctica y, al mismo tiempo profundizar en la manera en que se vive y se construye éticamente a través de las relaciones y decisiones compartidas. Tanto la consulta de ética clínica como la figura del/de la consultor/a emergen como espacios y agentes privilegiados de deliberación ética, cuidado relacional y transformación institucional, cuya consolidación exige estructuras sólidas y una formación humanista específica.

7.4 Limitaciones de la investigación

El desarrollo de toda investigación supone un proceso formativo conlleva inevitables limitaciones que es necesario reconocer para contextualizar adecuadamente el alcance de los resultados obtenidos.

En primer lugar, en el estudio exploratorio cuantitativo se reconoce un posible sesgo de selección, dado que, ante la ausencia de un registro nacional de comités de ética asistencial y de la consulta de ética clínica, la invitación a participar se dirigió únicamente a los centros cuyos datos de contacto estaban disponibles públicamente. Las respuestas afirmativas, aunque moderadas en número, fueron significativas por la implicación y compromiso de los participantes en la temática del estudio.

En segundo lugar, se identificó un sesgo de falta de respuesta, ya que una parte relevante de la población diana optó por no participar en el estudio. Además, no se

consideraron variables como el número de camas hospitalarias, la ubicación rural o urbana o el nivel asistencial, factores que como señalan Fox et al. (2022), podrían influir en el número de consultas éticas realizadas. Esta omisión podría haber afectado a la representatividad y a la interpretación de ciertos resultados.

En lo que respecta al estudio cualitativo fenomenológico-hermeneútico, si bien la muestra de entrevistas fue diversa en términos profesionales y geográficos, sigue siendo limitada en número, lo que impide realizar generalizaciones estadísticamente representativas. Además, se presentaron dificultades para la captación de participantes; el acceso a los/as consultores/as dependía de la voluntad expresada en el cuestionario cuantitativo, y la alta carga laboral de algunos/as profesionales dificultó la posibilidad. En el caso de los/as consultantes, su acceso estuvo mediado por los/as propios/as consultores/as, lo que redujo aún más las posibilidades de participación.

Otra limitación, derivada del enfoque metodológico fue el uso exclusivo de entrevistas semiestructuradas como técnica de recogida de datos. Aunque adecuadas para captar la experiencia subjetiva, en futuras investigaciones sería deseable completar esta técnica con otras estrategias como grupos de discusión o métodos observacionales, que permitirán enriquecer la comprensión del fenómeno desde perspectivas colectivas o interactivas.

Asimismo, la propia naturaleza del enfoque fenomenológico, centrado en la vivencia del/de la consultor/a, implicó acotar el contenido temático de las entrevistas. Esto limitó la posibilidad de profundizar en aspectos relevantes como los modelos utilizados para el análisis de casos, los tipos de conflictos éticos más frecuentes o los problemas especialmente difíciles de abordar, que podrían ser objeto de futuras exploraciones.

Por último, cabe señalar la escasa literatura nacional disponible sobre la consulta de ética clínica en España, lo que supuso una dificultad añadida tanto para enmarcar conceptualmente el estudio como para contrastar los hallazgos. Esta carencia, sin embargo, refuerza, el valor pionero de este trabajo como punto de partida para futuras investigaciones en el ámbito de la bioética aplicada.

7.5 Futuras líneas de investigación.

Durante el desarrollo de esta investigación y a partir del diálogo entre los hallazgos y el marco teórico, han surgido diversos interrogantes que pueden orientar futuras líneas de trabajo. Estas propuestas buscan ampliar el conocimiento y además contribuir a la mejora de la práctica asistencial y formativa.

1. Profundizar en los problemas ético-clínicos más frecuentes que enfrentan los/as consultores/as, con el objetivo no solo de identificarlos y clasificarlos, sino para comprender en qué contextos tienden a convertirse en conflictos. Este conocimiento permitirá diseñar estrategias preventivas y formativas dirigidas a los/as profesionales sanitarios/as, orientados a una mejor gestión ética en día a día de la práctica sanitaria.
2. Explorar con mayor profundidad los modelos de análisis de casos más utilizados en la consulta de ética clínica y cómo son aplicados en práctica real. Comprender su uso y adaptación contribuirá a mejorar la formación metodológica de los profesionales de ética.
3. Ahondar en el impacto emocional que supone para los/as consultores/as enfrentarse a situaciones de sufrimiento moral y decisiones difíciles, con el fin de identificar factores de protección y desarrollar herramientas o espacios o de cuidado emocional que prevenga el desgaste profesional.
4. Estudiar el impacto emocional y profesional que la consulta de ética clínica tiene sobre los profesionales que consultan, especialmente en términos de acompañamiento, aprendizaje o transformación de la práctica clínica.

En conjunto, estas líneas ofrecen un itinerario posible para futuras investigaciones que permitirán enriquecer el conocimiento en torno a la consulta de ética clínica y diseñar intervenciones formativas e institucionales más ajustadas a las necesidades reales de quienes ejercen y reciben este servicio, favoreciendo así una práctica ética más humanizada.

8 CONCLUSIONES

8 CONCLUSIONES

Por último, se presentan las principales conclusiones del estudio, centradas en los hallazgos más relevantes y formuladas en estrecha relación con los objetivos de investigación. Cabe recordar que este trabajo abordó dos grandes propósitos: por un lado, conocer la situación actual de la consulta de ética clínica y de la figura del/de la consultor/a en España; y por otro, explorar y comprender la experiencia de los/as profesionales que desarrollan esta labor, con especial atención a la dimensión relacional, las actitudes y las habilidades de comunicación que ponen en práctica.

Los hallazgos obtenidos permiten contrastar las hipótesis de trabajo formuladas al inicio del estudio. Aunque planteadas de forma flexible y abierta, estas hipótesis encuentran respaldo empírico en los resultados, especialmente en la relación con la integración del pensamiento humanista en la práctica consultiva, la necesidad de una formación específica y el desarrollo aún incipiente de la consulta de ética clínica en España.

Las conclusiones se exponen de forma integrada, sin segmentar por fases metodológicas, con el fin de ofrecer una comprensión global de fenómeno investigado, atendiendo tanto a sus dimensiones estructurales como experienciales.

1. La consulta de ética clínica en España se encuentra en fase incipiente, aunque con una tendencia creciente a su implementación, especialmente a partir de 2020.
2. El número anual de consultas realizadas al servicio de ética clínica en España es reducido, con una media inferior a ocho por centro. No obstante, esta cifra resulta relativamente superior a la media registrada en los comités de ética asistencial (inferior a seis).
3. El proceso de consulta se desarrolla, en la mayoría de los centros, en vinculación directa con el CEAS, lo que refuerza su integración institucional. La solicitud se canaliza habitualmente a través de este órgano, e incluye reuniones con los distintos implicados y, en la mayoría de los casos, un registro en la historia clínica, así como un seguimiento posterior.

4. Los equipos de consulta presentan una composición predominantemente médica, con una media de 5,6 miembros por equipo y un elevado nivel de cualificación formal en bioética y habilidades de comunicación y relación.
5. La práctica metodológica en las CEC es heterogénea: algunos equipos aplican el modelo deliberativo, mientras que otros utilizan métodos como el principialismo, la casuística, el pragmatismo ético o modelos propios.
6. Los/as profesionales que ejercen como consultores/as en ética clínica en España presentan un alto grado de cualificación formal, especialmente en bioética y habilidades de comunicación, aunque se constata que la práctica consultiva requiere también habilidades relacionales como la empatía, autenticidad y aceptación incondicional.
7. La relación interpersonal constituye el eje central de la experiencia de los/as consultores/s, que describen la consulta como un espacio de proximidad en el que se acoge el sufrimiento y la incertidumbre moral.
8. Los relatos analizados muestran que muchos/as consultores/as integran en su práctica actitudes propias del enfoque humanistas, como la empatía, la aceptación incondicional, la autenticidad, responsabilidad y confianza, conformando una disposición relacional que humaniza la consulta y fortalece el vínculo ético con los/as consultantes.
9. Las habilidades de comunicación más valoradas por los/as consultores/as incluyen la escucha activa, la reformulación, la adaptación del lenguaje y el cuidado de la comunicación no verbal y la creación de un clima relacional que favorezca el proceso de consulta. Estas habilidades, alineadas con el counselling, pretenden provocar en quien consulta descubrir la decisión más prudente.
10. En cuanto a las competencias del proceso, además de las puramente procedimentales del análisis de casos, destacan la capacidad de implicar a todas las partes, realizar análisis colegiados y detectar casos complejos que requieren ser derivados al CEAS.
11. El modelo colegiado o mini-equipo, es el que más prevalece, y permite integrar distintas perspectivas, legitimar el análisis, contener emocionalmente al consultor/a y reforzar la dimensión colectiva de la deliberación.

12. La consulta de ética clínica es percibida por sus protagonistas como una experiencia con potencial transformador tanto a nivel profesional, por su capacidad formativa, como personal, y como un espacio que favorece la cultura ética en las instituciones sanitarias.

9 REFERENCIAS

9 REFERENCIAS

- Agencia Sanitaria Costa del Sol. (2017). *La Agencia Sanitaria Costa del Sol imparte un curso de Especialista Consultor en Ética Clínica para una toma de decisiones responsable y prudente en situaciones complejas*. <https://hcs.es/web/page.cfm?news=304&title=la-agencia-sanitaria-costa-del-sol-imparte-un-curso-de-especialista-consultor-en-etica-clinica-para-una-toma-de-decisiones-responsable-y-prudente-en-situaciones-complejas>
- All European Academies(ALLEA). (2023). *El Código Europeo de Conducta para la Integridad en la Investigación*.
- Alvarez-Gayou Jurgenson, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y metodología* (1ª edición). Paidós.
- American Society for Bioethics and Humanities. (2011). *Core Competencies for health care ethics consultation: The Report of the American Society for Bioethics and Humanities* (2nd ed). American Society for Bioethics and Humanities.
- American Society for Bioethics and Humanities. (2017). *resources for developing advanced skills in ethics consultation. Clinical Ethics Consultation Affairs Committee of the American Society for Bioethics and Humanities*. <https://www.asbh.org>
- American Society for Bioethics and Humanities. (2015). *Improving clinical ethics consultation skills: An educational guide* (2nd ed.). American Society for Bioethics and Humanities.
- American Society for Bioethics and Humanities. (n.d.). Improving competencies in clinical ethics consultation: An education guide (2nd ed.). <https://apps.asbh.org/store/product-details?productId=976374>
- American Society for Bioethics and Humanities History. (2024). *ASBH core competencies for healthcare ethics consultants*. (3rd ed draft for review). [https://asbh.org/uploads/about/2024/Core Competencies 3rd edition for review.pdf](https://asbh.org/uploads/about/2024/Core%20Competencies%203rd%20edition%20for%20review.pdf)
- Arranz Carrillo de Albornoz, P., Barbero Gutiérrez, J., Barreto Martín, M. P., y Bayés Sopena, R. (2017). *Intervención emocional en cuidados paliativos: Modelo y protocolos*. Ariel.
- Arranz, P., Bayés, R., Barreto, P., y Cancio, H. (2002). Deliberación moral y asesoramiento. *Medicina Clínica*, 118(12), 479. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72425-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72425-1)
- Azuero Azuero, Á. E. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 110–127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7062667>
- Bell, J. A. H., Salis, M., Tong, E., Nikolaichuk, E., Barned, C., Bianchi, A., Buchman, D. Z., Rodrigues, K., Shanker, R. R., & Heesters, A. M. (2022). Clinical ethics consultations: A scoping review of reported outcomes. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00832-6>

- Berenguera A, Fernández de Sanmamed M.J., Pons, M., Pujol, E, Rodríguez D, y Saura S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol [IDIAP J. Gol], Ed.; 1ª ed.
- Bermejo, J. C. (2011). Introducción al “counselling” (relación de ayuda). Sal Terrae.
- Bermejo, J.C. (2012). *Emptía terapéutica*. Desclée de Brouwer.
- Blanco Mercadé, A., Armenteros, J. A., y Fernández Fernández, M. C. (2017). Consultores de ética clínica. *Bioética Complutense*, (32), 51-52.
- Blanco Portillo, A., García-Caballero, R., Real de Asúa, D., y Herreros, B. (2021). ¿Cuáles son los conflictos éticos más frecuentes para los internistas españoles? *Revista Clínica Española*, 221(7), 393-399. <https://doi.org/10.1016/J.RCE.2020.05.011>
- Blanco Portillo, A., García-Caballero, R., Real de Asúa, D., Olaciregui Dague, K., y Herreros, B. (2024). What Ethics Support for Resolving Ethical Conflicts Do Internists Use in Spanish Hospitals? *Journal of Bioethical Inquiry*, 21(2), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10276-1>
- Cadena-Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., Cruz-Morales, F. del R., & Sangerman-Jarquín, D. M. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: Un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8(7), 1603–1617. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342017000701603
- Caplan, A. L., y Dubler N. N. (2015). When families and hospital docs disagree. *Medscape*. <https://www.medscape.com/viewarticle/treating-family-ethicist-discusses-whether-its-appropriate-2024a1000gzu?form=fpf>
- Coca Pereira, C., Denizon Arranz, S., Moreno Milán, B., Pérez Viejo, J. M., Arranz Carrillo de Albornoz, P., y García Llana, H. (2020). Cinco cuestiones esenciales para acompañar en el sufrimiento. *Psicooncología*, 17(2), 227-237. <https://doi.org/10.5209/psic.71360>
- Comisión de Bioética de Castilla y León. (2017). Guía para la implantación del consultor de ética clínica (CEC) en Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bioetica/guias-bioetica-castilla-leon.ficheros/981779-Gu%C3%ADa%20para%20la%20implantaci%C3%B3n%20del%20consultor.pdf>
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. (2016). *IV Plan de Salud de Castilla y León*. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>
- Costa Cabanillas, M., y López Méndez, E. (2013). *Manual para la ayuda psicológica: dar poder para vivir: más allá del “counselling”*. Pirámide.

- De Panfilis, L., Merlo, D. F., Satolli, R., Perin, M., Ghirotto, L., & Costantini, M. (2019). Clinical ethics consultation among Italian ethics committee: A mixed method study. *PLoS ONE*, 14(12). e0226710. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226710>
- Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. (2019). Evaluación de los comités de ética en Cataluña 2019. [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema de salut/CBC/xarxa comites/CEA/avaluacio-comites-etica-cataluna-2019.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema%20de%20salut/CBC/xarxa%20comites/CEA/avaluacio-comites-etica-cataluna-2019.pdf)
- Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. (2022). *II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022–2025* (N.º 1/2022). Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid.
- Departamento de Salud Gobierno de Navarra. (2024). Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Navarra 2024-2028. <https://www.navarra.es/NR/ronlyres/F5215613-415C-42C0-9BC2-23601544DB5C/0/RESUMENEJECUTIVOHumanizacion202428CastNAV.pdf>
- Fins, J. J. (2016). En Persona. Entrevista a Mark Siegler. *Eidon: Revista de La Fundación de Ciencias de La Salud*, 45, 64-83, https://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/45_junio.pdf
- Fins, J. J., y Guillén, D. M. G. (2015). En Persona. Entrevista a Albert J. Jonsen. *Eidon: Revista de La Fundación de Ciencias de La Salud*, 44, 67-86. <https://doi.org/10.13184/eidon.44.2015.1-3>
- Fins, J. J., Kodish, E., Cohn, F., Danis, M., Derse, A. R., Dubler, N. N., Goulden, B., Kuczewski, M., Mercer, M. B., Pearlman, R. A., Smith, M. L., Tarzian, A., & Youngner, S. J. (2016). A Pilot Evaluation of Portfolios for Quality Attestation of Clinical Ethics Consultants. *The American Journal of Bioethics*, 16(3), 15–24. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1134705>
- Flick U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2a. ed.). Ediciones Morata, S.L.
- Flick U. (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Ediciones Morata, S.L.
- Font-Guzmán, J. N. (2019). Más allá de la mediación bioética: Conflicto logia y visiones de mundo encontradas al final de la vida. En S. F. Díaz, M. Troche, D. R. Fernández & J. L. Correa (Eds.), *La comunicación: Herramienta vital para la bioética en voces de las tres Américas* (pE 1156–174). CELABIH, FELAIBE [https://www.academia.edu/45628398/LA COMUNICACION_HERRAMIENTA_VITAL_PARA_LA_BIOETICA_EN_VOCES_DE_LAS_TRES_AMERICAS](https://www.academia.edu/45628398/LA_COMUNICACION_HERRAMIENTA_VITAL_PARA_LA_BIOETICA_EN_VOCES_DE_LAS_TRES_AMERICAS)
- Fox, E., Berkowitz, K. A., Chanko, B. L., y Powell, T. (s.f.). *Improving Ethics Quality in Health Care Ethics Consultation_ Responding to ethics questions in health care*. U.S. Department of Veterans Affairs. [https://www.ethics.va.gov/docs/integratedethics/EC Primer 2007.pdf](https://www.ethics.va.gov/docs/integratedethics/EC_Primer_2007.pdf)
- Fox, E., Bottrell, M. M., Berkowitz, K. A., Chanko, B. L., Foglia, M. B., y Pearlman, R. A. (2010). Integrated Ethics: An innovative program to improve ethics quality in health care. *The*

Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(2). Article 8
<https://innovation.cc/document/2010-15-2-8-integrated-ethics-an-innovative-program-to-improve-ethics-quality-in-healthcare/>

Fox, E., Danis, M., Tarzian, A. J., y Duke, C. C. (2021). Ethics Consultation in U.S. hospitals: A national follow-Up study. *American Journal of Bioethics*, 22(4), 5-18.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1893547>

Fox, E., & Duke, C. C. (2022). Ethics Consultation in U.S. Hospitals: Determinants of consultation volume. *The American Journal of Bioethics*, 22(4), 31–37.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1893548>

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

Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229.
<https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>

Gafo Fernández, J. (1994). *10 palabras clave en bioética*. (2ª ed.). Verbo Divino.

Galván Román, J. M., Fernández Bueno, J., Sánchez González, M. Á., & Real de Asúa Cruzat, D. (2021). Consultoría en ética clínica: modelos europeos y nuevas propuestas en España. *Cuadernos de Bioética: Revista Oficial de La Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 32(104), 75-87. <https://doi.org/10.30444/CB.89>

Galván-Román, J. M., García Sanz, Í., Fernández Bueno, J., y Real de Asúa, D. (2023). Recomendaciones para la elaboración de informes y documentación en los casos de consultoría de ética clínica. *Medicina Clínica*, 161(2), 78–83.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.05.002>

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Eudema.

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica* 117(1), 18-23. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9244674>

Gracia, D. (2014). ¿La hora de los consultores? *Eidon*, 42, 1–3.
<https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.1-3>

Gibbs, G (2022). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa* (2ª. ed). Ediciones Morata, S.L.

Haan, M. M., van Gurp, J. L., & Molewijk, B. (2022). *Reported outcomes of clinical ethics support in the literature: a systematic review*. *BMC Medical Ethics*, 23(19).
<https://doi.org/10.1186/s12910-022-00832-6>

Hamric, A. B., Borchers, C. T., y Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1–9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>

- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: Su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas: Revista de Ciencias de La Educación*, 23, 187-210. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4909706>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed). McGraw-Hill / Interamericana.
- Herrera Abián M, Pacheco Martínez P, Ruiz Hornillos F, Hernández Rubio A, González Morales L, y Suárez Álvarez. (2019). Creación y puesta en marcha del primer Departamento de Bioética Clínica en España. En Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (Ed.), *Libro de comunicaciones orales: XIV Congreso internacional de Bioética: Bioética y Compasión* (pp. 64–65).
- Herreros. B. (2017). La consultoría ética., ¿alternativa o complemento a los CEA. *Cuadernos de La Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 46, 56–66.
- Jonsen, A. R., Winslade, W. J., y Siegler, M. (2005). *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica* (1ª ed.). Ariel.
- Jox, R. J., & Porz, R. C. (2022). View Across the Pond: Insights from a National Survey on Clinical Ethics Services in Switzerland. *The American Journal of Bioethics*, 22(4), 50–52. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2044564>
- Kodish, E., Fins, J. J., Braddock, C., Cohn, F., Dubler, N. N., Danis, M., Derse, A. R., Pearlman, R. A., Smith, M., Tarzian, A., Youngner, S., & Kuczewski, M. G. (2013). Quality Attestation for Clinical Ethics Consultants: A Two-Step Model from the American Society for Bioethics and Humanities. *Hastings Center Report*, 43(5), 26–36. <https://doi.org/10.1002/hast.198>
- La Puma, J. (1987). Consultations in clinical ethics: Issues and questions in 27 cases. *Western Journal of Medicine*, 146(5), 633. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1307439/>
- La Puma, J., Stocking, C. B., Silverstein, M. D., DiMartini, A., & Siegler, M. (1988). An ethics consultation service in a teaching hospital. Utilization and evaluation. *JAMA*, 260(6), 808-811.
- López-Urrutia, E., Sancha, A., Useros, D., Galván-Román, J. M., García-Sanz, Í., Casals, F., Fernández-Bueno, J., y Real de Asúa, D. (2022). Description of the experience of a clinical ethics consultation service from 2019 to 2021. *Revista Clínica Española (English Edition)*, 222(10), 593-598. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2022.09.004>
- Manterola, C., Hernández-Leal, M. J., Otzen, T., Espinosa, M. E., & Grande, L. (2023). Estudios de corte transversal. Un diseño de investigación a considerar en ciencias morfológicas. *International Journal of Morphology*, 41(1), 146–155. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022023000100146>
- McClimans, L., Pressgrove, G., & Campbell, E. (2019). Objectives and outcomes of clinical ethics services: a Delphi study. *Journal of medical ethics*, 45(12), 761-769.

- McClimans, L., Pressgrove, G., & Rhea, J. (2016). A Qualitative Study of US Clinical Ethics Services: Objectives and Outcomes. *Narrative Inquiry in Bioethics* 6(2), 127-142. <https://dx.doi.org/10.1353/nib.2016.0019>.
- Nagao, N., & Takimoto, Y. (2024). Clinical ethics consultation in Japan: What does it mean to have a functioning ethics consultation? *Asian Bioethics Review*, 16(1), 15-31. <https://doi.org/10.1007/s41649-023-00257-2>
- National Center for Ethics in Health Care. (2015). *Ethics consultation: Responding to ethics questions in health care* (2nd ed.). U.S. Department of Veterans Affairs.
- Pacheco Martínez P.A. (2021). Departamento de Bioética clínica como modelo de servicio de bioética clínica en u hospital: Experiencia y conclusiones. *Cuadernos de Bioética: Revista Oficial de La Asociación Española de Bioética y Ética Médica*, 32(106), 369-398. <https://doi.org/10.30444/CB.110>
- Pearlman, R. A., Foglia, M. B., Fox, E., Cohen, J. H., Chanko, B. L., & Berkowitz, K. A. (2016). Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A novel method for assessing the quality of ethics case consultations based on written records. *American Journal of Bioethics*, 16(3), 3-14. <https://doi.org/10.1080/15265161.2015.1134704>
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014). *Investigación cualitativa* (Elsevier España, Ed.).
- Pedro Laín Entralgo. (1968). *Teoría y realidad del otro-I: Vol. II* (2ª ed.). Revista de Occidente.
- Pfäfflin, M., Kobert, K., & Reiter-Theil, S. (2009). Evaluating clinical ethics consultation: A European perspective. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18(4), 406-419. <https://doi.org/10.1017/S0963180109090604>
- Pope, T. M. (2008). Multi-institutional healthcare ethics committees: the procedurally fair internal dispute resolution mechanism. *Campbell L. Rev.*, 31, 257.
- Pose, C. (2016). El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor. *Eidon* 46, 34–69. https://www.revistaeidon.es/public/journals/pdfs/2016/46_diciembre.pdf
- Pose, C. (2022). *Teoría y práctica de la consultoría en ética clínica. Modelo deliberativo en la resolución de conflictos*. Granada (1ª ed.). Comares.
- Real De Asúa, D., Rodríguez Del Pozo, P., & Fins, J. J. (2018). The internist as clinical ethics consultant: An antidote to “the barbarism of specialisation” in hospital practice. *Revista Clínica Española*, 218(3). <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2017.09.004>
- Ribas-Ribas, S. (2006). Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. *Medicina Clínica*, 126(2), 60-66. <https://doi.org/10.1157/13083570>
- Ribas Ribas, S. (2007). Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2). *Medicina Clínica*, 128(6), 219–225. <https://doi.org/10.1157/13098718>

- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª. ed.). Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. R. (1976). Capítulo VIII. Definiciones de las nociones teóricas. En *Psicoterapia y relaciones humanas: Teoría y práctica de la terapia no directiva* (1ª ed. esp.). Alfaguara.
- Rogers, C. R. (1987). *El Proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica* (17ª ed). Paidós.
- Rogers, C. R., y Stevens, B. (2012). Persona a persona: El problema del ser humano. Una nueva tendencia en psicología (2ª ed.). Amorrortu.
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa* (4ª ed.). Universidad de Deusto.
- Schochow, M., Schnell, D., & Steger, F. (2019). Implementation of clinical ethics consultation in German hospitals. *Science and Engineering Ethics*, 25(4), 985-991. <https://doi.org/10.1007/s11948-015-9709-2>
- Siegler, M. (1986). Ethics committees: Decisions by bureaucracy. *The Hastings Center Report*, 16(3), 22. <https://doi.org/10.2307/3563271>
- Siegler, M. (2011). Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente (Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, N.º 26). <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4688851/cuaderno26.pdf/cb3e480-680f-440a-abe4-691f8753fd84>
- Sociedad Americana de Bioética y Humanidades. (2017). *Recursos para desarrollar competencias en la consulta ética avanzadas*.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1ª. ed.). Universidad de Antioquia.
- Tarzian, A. J., & Force 1, ASBH Core Competencies Update Task Force. (2013). Health care ethics consultation: An update on core competencies and emerging standards from the American Society for Bioethics and Humanities'. *The American Journal of Bioethics*, 13(2), 3-13. <https://doi.org/10.1080/15265161.2012.750388>
- Taylor. S, & Bogdan. R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (2ª ed.) Ediciones Paidós Ibéricas.
- Teel, K. (1975). The physician's dilemma-a doctor's view: What the law should be. *Baylor L. Rev.*, 27, 6.
- Torales, J., & Barrios, I. (2023). Diseño de investigaciones: algoritmo de clasificación y características esenciales. *Medicina Clínica y Social*, 7(3), 210-235. <https://doi.org/10.52379/mcs.v7i3.349>

- Tracy, S. (2021). Calidad cualitativa: Ocho pilares para una investigación cualitativa de calidad. *Márgenes Revista de Educación de La Universidad de Málaga*, 2(2), 173-201. <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v2i2.12937>
- Valles, M. (2014). *Entrevistas cualitativas* (2ª. ed.). CIS Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Wasson, K. (2022). Models of training for clinical ethics consultants and approaches to quality assessment and improvement. In *Thorny Issues in Clinical Ethics Consultation: North American and European Perspectives* (pp. 29-37). Cham: Springer International Publishing. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-91916-0_4
- Winter, R., Leanage, N., Roberts, N., Norman, R. I., & Howick, J. (2022). Experiences of empathy training in healthcare: A systematic review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 105(10), 3017-3037. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2022.06.015>
- Yoon, N. Y. S., Ong, Y. T., Yap, H. W., Tay, K. T., Lim, E. G., Cheong, C. W. S., Lim, W. Q., Chin, A. M. C., Toh, Y. P., Chiam, M., Krishna, L. K. R., & Mason, S. (2020). Evaluating assessment tools of the quality of clinical ethics consultations: A systematic scoping review from 1992 to 2019. *BMC Medical Ethics* 21(1), Art. 89. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00492-4>
- Zapatero Ferrándiz, A., Colomar Pueyo, G., Dot Jordana, I., & Solsona Durán, J. F. (2017). The ethics consultant. *Medicina Clinica*, 149(12), 549-551. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.05.026>

10 ANEXOS

10 ANEXOS

10.1 Anexo I Carta informativa del estudio observacional descriptivo. Cuestionario a los Comités de Ética Asistencial



Querido compañero/a, miembro del Comité de ética asistencial

El motivo de esta carta es presentarles un estudio que estamos realizando en la Universidad Pontificia de Comillas, en Madrid, para la obtención de mi tesis doctoral, sobre el/la Consultor/a en ética clínica.

Pretendemos conocer la prevalencia de la Consulta de ética clínica en España y explorar la formación en bioética y habilidades de comunicación y relación de los profesionales que llevan a cabo esta actividad y si estas repercuten en la práctica de esta.

A través de esta carta, nos gustaría contar con vuestra colaboración y participación en el proyecto. Para ello hemos elaborado un cuestionario, rellenarlo les llevará pocos minutos, para responderlo pueden:

- Descargar el cuestionario en pdf que le adjuntamos, cumplimentarlo y devolverlo a: 201710878@alu.comillas.edu

Recuerden que para que sus respuestas queden grabadas deben guardar el archivo previamente en su ordenador.

- Si lo prefieren, pueden acceder al cuestionario en el siguiente enlace: <https://forms.gle/Fd1E5cwC3TsUG4Bz6>

Para cualquier duda o información pueden contactar con nosotros a través del siguiente correo electrónico: 201710878@alu.comillas.edu o en el teléfono: 679710028.

Esperando que acojan esta iniciativa y colaboren con nosotros/as, les saluda atentamente:

M.^a del Carmen Hernández Cediel. (Mamen)

Doctorando en Salud, Bienestar y Bioética.

Universidad Pontificia de Comillas.

10.2 Anexo II Cuestionario enviado a los Comités de Ética Asistencial

Nombre del Hospital _____

Puesto y datos de la persona que responde la encuesta.

PREGUNTAS RELATIVAS AL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)

1. Descripción del Comité de ética asistencial

1.1. Antigüedad del CEA

Menos de 5 años

Entre 5 y 10 años

Entre 10 y 15 años

Más de 15 años

1.2. Número de miembros que conforman el CEA.....

1.3. ¿Cuántas consultas fueron abordadas por CEA?;

▪ Durante el año 2021.....

▪ Durante el año 2022.....

1.4. Indique que método utilizan para el análisis de casos

¿El hospital dónde se realiza esta encuesta dispone de consulta en ética clínica?

A. Si___

B. No___

En el caso negativo (B) ¿Se encuentra la institución actualmente en proceso de implementación de consulta Individual en ética clínica?

A. Si___

B. No___

En caso negativo, por favor, deténgase aquí y devuelva el cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.

En caso afirmativo, por favor continúe

PREGUNTAS RELATIVAS A LA CONSULTA EN ÉTICA CLÍNICA

Puesto y datos de la persona que responde la encuesta.

1. Descripción de la Consulta en ética clínica.

1.1. ¿Cuál es la denominación oficial, en su centro, para referirse a la consulta en ética clínica?

1.2. La consulta en ética clínica, ¿es una actividad dependiente del Comité de ética asistencial?

- A. Si
- B. No

1.3. ¿Qué modelo define mejor esta actividad de consulta en ética clínica?, por favor, señale solo una opción.

- A. Un único consultor
- B. Un pequeño equipo de consultores:

B.1 Indique cuántos_____

1.4. Indique la profesión de cada uno de los miembros que realiza consulta en ética clínica:

- A. Médico.....(total de) ____
- B. Enfermera/o.....(total de) ____
- C. Psicólogo/a.....(total de) ____
- D. Trabajador/a social.....(total de) ____
- E. Otro (especifique cuál)_____

1.5. Año de implementación de la consulta en ética clínica.....

1.6. ¿Cuántas consultas fueron abordadas por la consulta en ética clínica?

- Durante el año 2021.....
- Durante el año 2022.....

1.7. Indique que método utilizan para el análisis de casos

1.8. En relación con el análisis de casos, por favor, señale la opción que más se acerque a la situación de su institución:

- A. Se realiza de forma individual por el consultor.
- B. Se realiza por un pequeño grupo

1.9. El Consulta en ética clínica, ¿cobra por este servicio?

- A. Si
- B. No

1.10. ¿Cuál de las siguientes puede ser perfil del consultante? (rodee todas las que sean posibles)

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| A. Paciente | E. Psicólogo/a |
| B. Familiares | F. Servicio de Atención al paciente |
| C. Profesional Sanitario | G. Otro (especifique cual)_____ |
| D. Trabajador/a Social | |

1.11. ¿Cuál es la forma de acceso a la Consulta en ética clínica?

- A. A través del CEA
- B. Directamente al Consultor

1.12. Una vez recibida la Consulta, si el consultor necesita ampliar información, ¿Cómo se realiza?

Por favor, utilice la siguiente escala para las posibles opciones

A= Siempre B= Nunca C= La mitad de las veces D= Rara vez. E= Nunca

- A. A través de un encuentro con los profesionales implicados...A B C D E
- B. A través de un encuentro con el paciente y/o familia.....A B C D E
- C. Se realiza una reunión con todos los implicados..... A B C D E
- D. Se recopila información a través de la Historia Clínica..... A B C D E
- E. Otro (especifique)_____

1.13. Durante todo el proceso, ¿Cuántos encuentros hay entre el consultante y el consultor? (rodee la que más se aproxime)

- A. Ninguno
- B. Uno
- C. Dos
- D. Tres
- E. Cuatro
- F. Más de cuatro

1.14. ¿A quién se le reporta la información, informe, tras finalizar el análisis del caso?

- A. Si el consultante es paciente y familia, solo a estos
- B. Si el consultante es paciente y familia; a estos y al profesional implicado
- C. Si el consultante es el profesional; solo a esté
- D. Si el consultante es el profesional; a esté y paciente implicado

1.15. ¿Cómo son introducidos los resultados de una consulta en la Historia Clínica del paciente?

- A. No se registran en la Historia Clínica.....
- B. Se incluye una breve nota en la Historia Clínica.....
- C. Se incluye una descripción detallada del caso en la Historia Clínica.....

1.16. Tras finalizar el proceso de análisis y emitido el informe, ¿se realiza algún tipo de seguimiento por parte del Consultor?

- A. No
- B. Si

En caso afirmativo (B), indique cuál _____

2. Descripción de los Consultores en ética clínica

2.1. ¿Cuántos consultores en ética clínica tienen formación de posgrado acreditada en Bioética?..... (total de) ____

2.2. ¿Cuántos de los miembros tienen formación en Habilidades de comunicación y relación?.....(total de) _____

2.3. ¿Qué relación tiene actualmente el Consultor con el CEA?

- A. Es un miembro activo del CEA
- B. Es externo al CEA pero le reporta información
- C. Es totalmente externo al CEA

2.4. Las personas que realizan consulta en ética clínica, ¿qué tipo de dedicación tienen a esta actividad? (rodee la que más se aproxime)

- A. En exclusividad, no realiza otra labor.
- B. Lo compagina con otra labor dentro del hospital
- C. Se trata de una actividad que el profesional realiza fuera de su jornada laboral

2.5. Por favor, indique tres habilidades que su juicio debería tener un/a Consultor/a para ser excelente

La siguiente fase de nuestra investigación incluirá la realización de entrevistas a los consultores de ética y consultantes. Por favor, indique si estuviese interesado/a en participar en dicho estudio. En caso afirmativo, le contactaremos en un futuro próximo con más información.

- A. Sí
- B. No

Por favor, añada cualquier comentario adicional que desee:

MUCHAS GRACIAS POR TOMARSE EL TIEMPO DE COMPLETAR ESTA ENCUESTA

10.3 Anexo III Guion entrevista semiestructurada a consultores/as

Inicio

Datos generales, básicos.

Edad, género, profesión o especialidad, años de experiencia en consultoría. Lugar dónde realiza la consultoría.

Preguntas

1. ¿Cómo comenzaste o decidiste comenzar a realizar consultoría? ¿Como has llegado hasta aquí?,
2. Cuéntame tu experiencia como consultor
3. ¿Qué consideras que aporta la consulta de ética a tu lugar de trabajo?
4. Y, ¿a los consultantes?
5. Y, el proceso, ¿Cómo es? ¿Cómo se realiza el proceso de la consulta? Reuniones, registro, seguimiento a los implicados y seguimiento del caso.
6. Y, estos encuentros ¿cómo son? ¿cómo se desarrollan? Cuéntame uno de ellos.
7. Durante estos encuentros, ¿Qué habilidades de comunicación y de relación crees que son necesarias para este proceso o ser consultor?
8. En tu caso, nos detenemos en cada una de ellas, y me cuentas como las pones de manifiesto.
9. Y...sobre las actitudes, ¿Qué actitudes consideras necesarias para ser consultor?
10. Y...sobre la formación, ¿qué formación consideras que es necesaria para ser consultor? ¿consideras que es necesario una capacitación específica?
11. Competencias básicas para ser consultor
12. Un único consultor o un mini-equipo, funcionamiento.
13. Quién crees que puede ser consultor, me refiero como profesión. Para elevar el consultor a profesión reglada, que requisitos o en tu opinión, ¿Qué sería necesario?
14. ALGO MÁS

10.4 Anexo IV Carta informativa y Consentimiento informado para la realización de entrevistas



HOJA DE INFORMACIÓN

Nos dirigimos a usted para solicitarles su participación en un estudio de investigación.

Para ello lea esta hoja informativa con atención, para que puedan evaluar y decidir si quieren participar, nosotros le aclararemos cualquier duda que le pueda surgir.

Su participación en este estudio es voluntaria, puede decidir no participar, y en cualquier momento puede cambiar su decisión y decidir no continuar en el estudio, sin que por ello cause perjuicio alguno para usted.

Se trata de un estudio, que estamos realizando en la Universidad Pontificia de Comillas, en Madrid, para la obtención de mi tesis doctoral, sobre el/la Consultor/a en ética clínica,

El presente estudio pretende explorar y comprender la experiencia de los profesionales que llevan a cabo la actividad de la consulta de ética clínica en España centrándose en la relación interpersonal, en las actitudes y habilidades de relación y comunicación que ponen en práctica

La colaboración que le solicitamos es la contestación a unas preguntas abiertas, relacionadas con el proceso de la consulta y con las habilidades de comunicación y relación utilizadas en la misma. Se realizará a través de una entrevista, de aproximadamente 50-60 minutos que será grabada para posteriormente transcribirla.

Los datos obtenidos a través de las entrevistas, incluidas las grabaciones o video-conferencias serán tratados con total confidencialidad y anonimato, se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos y grabaciones de sonido, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un pseudónimo y sólo el investigador podrá relacionar dichos datos con usted.

Tanto los datos como los resultados obtenidos serán guardados y custodiados de tal forma que garanticen su confidencialidad, disponibilidad e integridad, adoptando todas las medidas organizativas y técnicas adecuadas para prevenir su potencial pérdida o acceso no autorizado.

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto, ni compensación económica.

Para su participación se le solicita que firme el Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

_____ (lugar y fecha)

Por la presente D/Dª _____ con NIF/NIE _____ declaro que doy mi consentimiento para participar en este estudio, cuya investigadora es Mª del Carmen Hernández con NIF 52863222E. He leído la hoja informativa, entendido el tipo de investigación a realizar, los procedimientos y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de cualquier aspecto del proyecto que se me han respondido adecuadamente.

Me han informado que los datos personales objeto de tratamiento no se utilizarán para otros fines incompatibles y se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y demás derechos previstos en la normativa reguladora, dirigiendo su petición Mª del Carmen Hernández Cediel 201710878@alu.comillas.edu

Por todo ello, doy mi consentimiento voluntariamente y sin ninguna contraprestación. Entiendo que puedo dejar de participar en cualquier momento sin ninguna desventaja.

- ☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- ☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- ☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.
- ☐ He hablado con el miembro del equipo de investigación.
- ☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.
- ☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - 1º. Cuando quiera
 - 2º. Sin tener que dar explicaciones.
- ☐ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.
- ☐ NO autorizo a utilizar los datos con fines comerciales

Nombre y firma del/de la participante

Mª del Carmen Hernández



10.5 Anexo V. Guion entrevista semiestructurada a consultantes

1. Datos generales
Edad
Género
Rol; En el caso de tratarse de profesional sanitario: ¿En qué servicio trabaja en el momento en el que realizó la consulta?
Lugar de la consulta
2. Cómo ha conocido el servicio de consultoría ética.
3. Describa su experiencia sobre el proceso.
4. ¿Qué le aportó, tanto profesionalmente como personalmente?
5. Que cualidades destacas del consultor, puntos fuertes y actitudes.
6. ¿Cómo se sintió durante las reuniones? ¿Se sintió escuchado/a con mirada cercana y con el tiempo que necesitaba? ¿Se ha sentido respetada y no juzgada?, explíquelo.
 - Siente que se pudo expresar libremente, con su propio lenguaje y expresando emociones.
 - ¿Se sintió entendido/a?, explique cómo
7. ¿Qué actitudes destacaría del consultor/a?, explíquelas, por favor.
8. ¿El/la consultor/a, utilizó algún modelo o método durante el análisis?
9. Según tú experiencia, ¿quién consideras que puede ser consultor/a?
10. En resumen, que puntos fuertes y débiles destacas.
11. Hay algo más que quiera contarme

10.6 Anexo VI. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación

COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA



Madrid, 15 de noviembre de 2022

Dictamen 6/22-23

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "CONSULTOR EN ÉTICA CLÍNICA", presentado por D^a M^a del Carmen Hernández Cediel, como tesis doctoral dentro del Doctorado en Salud, Bienestar y Bioética.

El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme a su procedimiento, siendo valorado el caso por los miembros de su Comité, emite el siguiente DICTAMEN:

Se trata de un proyecto ambicioso cuyos objetivos merecen el encomio de este Comité. Está diseñado de manera de asegurar el cumplimiento de los requisitos bioéticos formulados en la Declaración de Helsinki, la legislación vigente en materia de Protección de Datos, y los demás extremos éticos adecuados al proyecto de investigación. Todo ello se explica detalladamente, y se aportan los formularios que se utilizarán.

El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.

Atentamente,

Dr. Miguel Grande Yáñez

Presidente

Dr. Raúl González

Fabre

Secretario

UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS

Alberto Aguilera, 23, 28015 Madrid. Tel.: (+34) 91 542 28 00 www.comillas.edu

