



CONOCIMIENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL GENERAL

KNOWLEDGE OF THE ASSISTANCE BIOETHICS COMMITTEE (ABC) BETWEEN THE GENERAL HOSPITAL HEALTH PROFESSIONALS

FRANCISCO PONS VALLS¹, EUFEMIA MARCOS GONZÁLEZ¹, ENRIQUE VERA-REMARTÍNEZ², M^a DESAMPARADOS BERNAT ADELL¹, JULIO GARCÍA-GUERRERO¹ Y COMITÉ DE BIOÉTICA ASISTENCIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN³

1. *Comité de Bioética Asistencial. Departamento de Salud de Castellón.*

2. *Centro Penitenciario de Castellón I.*

3. *El Comité de Bioética Asistencial del Departamento de Salud de Castellón está compuesto además por: Domingo Fabra Gil, Bárbara Vidal Tegedor, Patrici Calvo Cabezas, Belén Martín Parra, Domingo García Marzá, Asunción Rius Peris, Encarna Morales Ventura, Esther Izquierdo Izquierdo, Laura Fabregat Navarro, Raúl Ferrando Piqueras, Carmen Martínez Ródenas y Ana Moliner Monedero.*

Correspondencia: Julio García-Guerrero garciaj@comcas.es

RESUMEN:

Palabras clave:

Comité de Ética, conocimiento, hospital, trabajador de salud.

Recibido: 23/02/2020

Aceptado: 24/08/2020

Mostrar el conocimiento del CEA entre los profesionales sanitarios de un hospital. Estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. Se cumplimentó un cuestionario diseñado *ad hoc*. Análisis comparativo mediante el test de Ji-cuadrado de Pearson y test de Fisher. Modelos de regresión logística binaria para determinar los odd ratios (O.R), siendo variables independientes titulación y sexo. Se aceptaron una precisión del 4%, intervalo de confianza del 95% y *p* valor inferior a 0,05. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.20. Muestra requerida: 351 profesionales (108 médicos y otros licenciados; 144 enfermeros y 99 auxiliares de clínica (TCAE)). Contestaron 276 (78,6%; IC95%: 74,0-82,2); 84 médicos (77,8%; IC95%: 68,8-85,2); 120 enfermeros (83,3%; IC95%: 76,2-89,0) y 71 TCAE (71,7%; IC95%: 61,7-80,3), predominantemente mujeres (194, 70,3%). 28 (82,6%) conocían la existencia del CEA, más los médicos y enfermeros que auxiliares ($p < 0,0001$ en ambos), pero sin diferencia entre médicos y enfermeros ($p = 0,836$; OR: 0,901; IC95%: 0,334-2,228). 124 (45,1%) conocían sus funciones, más médicos que enfermeros y auxiliares ($p = 0,002$ y $p < 0,0001$) y más enfermeros que TCAE ($p = 0,008$). 129 (47,6%) referían conflictos éticos, sin diferencias entre médicos y enfermeros ($p = 0,119$) pero sí entre estos y los TCAE ($p < 0,0001$ y $p = 0,001$). De todos, 47 (22,4%) refirieron haber tenido conflictos éticos relacionados con el inicio y final de la vida. El conocimiento de la existencia del CEA es elevado, pero pobre el de sus funciones. Médicos y enfermeros lo conocen mejor que TCAE. El inicio y el final de la vida son las situaciones que más conflictos éticos plantean.

ABSTRACT:**Keywords:**

Ethics committee, knowledge, hospital, health personnel.

To show hospital health professionals' knowledge on ABC. Observational, descriptive, transversal and analytical research using questionnaires designed *ad hoc*. Comparative statistical analysis applying Ji-square by Pearson and Fisher tests. Binary logistic regression model to determine the odd ratios (O.R) having education level and sex as independent variables. A 4% accuracy was accepted, as well as a confidence Interval of 95% and a *p* value inferior to 0.05. The data was processed by IBM SPSS Statistics v.20 software. Required sample of 351 professionals (108 doctors and other related graduate; 144 nurses and 99 clinical assistants (TCAE)). 276 participants (78,6%; IC95%: 74,0-82,2); of which 84 doctors (77,8%; IC95%: 68,8-85,2); 120 nurses (83,3%; IC95%: 76,2-89,0) y 71 TCAE (71,7%; IC95%: 61,7-80,3), predominantly women (194, 70,3%). 228 (82,6%) were aware of the existence of ABC. Both doctors and nurses had more knowledge of ABC than clinical assistants ($p < 0,0001$ for both), however there was not significative difference between doctors and nurses ($p = 0,836$; OR:0,901; IC95%: 0,334-2,228). 124 (45,1%) knew the functions of ABC, with doctors displaying more knowledge than both nurses and clinical assistants ($p = 0,002$ and $p < 0,0001$ respectively) and nurses showing more familiarity than clinical assistants ($p = 0,008$). 129(47,6%) communicated ethical conflicts, showing no significative difference between doctors and nurses ($p = 0,119$). However, clinical assistants displayed different behaviour than the other two groups in this regard ($p < 0,0001$ and $p = 0,001$ respectively). Of all, 47 (22,4%) communicated they had ethical conflicts regarding the beginning and end of life. The knowledge on the existence of the ABC is high, however there is poor knowledge around its functions. Among health professionals, doctors and nurses know him better than TCAE. Matters related with the beginning and end of life cause most of ethical conflicts.

1. Introducción

Los Comités de Ética Asistencial (CEA) fueron introducidos en España por F. Abel, quien puso en marcha el primero en 1976 en el Hospital materno-infantil San Juan de Dios en Barcelona con un propósito muy claro: ir desde la historia clínica a la reflexión ética¹. La primera regulación a nivel estatal fue la Circular del INSALUD de 30 de marzo de 1995 de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud. *En esta norma se disponía el procedimiento de acreditación de los que por entonces se llamaban Comités Asistenciales de Ética*, aunque ya en esa fecha Cataluña y País Vasco habían legislado sobre este asunto en sus respectivos ámbitos autonómicos². Posteriormente tomaron el nombre definitivo de Comités de Ética Asistencial, que

es como se conocen actualmente. En la Comunidad Valenciana los CEA están regulados por el *"Decreto 130/2016, de 7 de octubre, del Consell de la Generalitat, por el que se crea y regula el Comité de Bioética de la Comunitat Valenciana y se crean los comités de bioética asistencial de los departamentos de salud, como órganos garantes de los derechos de personas usuarias y pacientes del Sistema Valenciano de Salud"* (DOGV nº 7895, de 13 de octubre de 2016) y complementariamente por la Orden 8/2016, de 23 de noviembre, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se regulan los comités de bioética asistencial en el ámbito de los departamentos de Salud (DOGV nº 7931, de 5 de diciembre de 2016). Los CEA tienen tres funciones principales: ayudar en la toma de decisiones, elaborar protocolos de actuación y formación en Bioética, no solo a los miembros del propio Comité, sino al resto del personal de la institución donde radica.

A pesar de su ya larga historia, de la normativa que

1 Adel F. "Los Comités de Ética Asistencial". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2006; 29 (suppl 3): 75-83.

2 De Lecuona I. "La regulación española de los comités de ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica". *Revista de Bioética y Derecho* 2007; 11: 17-21.

los regula y de que la literatura científica reconoce su utilidad para proporcionar a los profesionales sanitarios orientaciones y recomendaciones acerca del mejor curso de acción³, sabemos poco sobre los CEA y su utilización por los profesionales sanitarios en España. No es fácil encontrar estudios al respecto realizados en nuestro país, y los que se encuentran no abordan directamente esta cuestión^{4,5}. Fuera de España los resultados son contradictorios: un trabajo realizado en un hospital argentino muestra un amplio conocimiento de la existencia del CEA entre los médicos y que un mayoritario número de ellos lo consulta en alguna ocasión⁶, al igual que sucede en otros países⁷, mientras que hay lugares en los que, no ya el conocimiento del CEA por los profesionales, si no la misma implantación de los CEA en los hospitales, es muy baja⁸. También hay disparidad en el caso del personal de Enfermería; mientras que hay trabajos que muestran un bajo o muy bajo conocimiento de la existencia y funciones de los CEA⁹, en otros ese conocimiento es más que aceptable¹⁰.

El objetivo de este trabajo es mostrar el grado de conocimiento y utilización del CEA del Departamento de Salud de Castellón entre los profesionales sanitarios del Hospital General Universitario de Castellón (HGUCs), que es el centro hospitalario de referencia del Departamento.

2. Material y método

Se diseñó un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal que se llevó a cabo entre el 15 de enero y el 28 de febrero de 2019, en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCs) entre el personal sanitario del propio centro: licenciados/as (médicos, farmacéuticos, biólogos, psicólogos), diplomados/as y graduados/as (enfermeros/as) y Técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Previamente al inicio del estudio (en diciembre de 2018), se obtuvieron listados de personal del HGUCs que mostraban que 1.327 profesionales asistían directamente a los pacientes, de los que 30,8% eran médicos/as y otros licenciados y graduados superiores, 41,1% enfermeros/as y 28,1% TCAE.

Para el cálculo del tamaño muestral nos basamos en publicaciones previas, según las cuales el conocimiento de los CEA y su implantación son muy bajos¹¹; así, se asumió una prevalencia esperada de conocimiento de los CEA inferior al 20% y con una precisión 4% y un intervalo de confianza del 95%, se obtuvo una cifra de 298 profesionales a participar, cifra a la que se aplicó un factor de corrección de un 15% por la posibilidad de pérdidas o negativas a participar, obteniéndose una muestra final de 351 participantes, que se distribuyeron según el porcentaje de representación de cada categoría profesional en la cifra total. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple en cada grupo profesional, teniendo como base el listado de profesionales de cada categoría, ordenado de forma numérica y correlativamente. Se procedió a la selección mediante números aleatorios obtenidos con el programa de análisis epidemiológico EPIDAT versión 4.2. Se estableció como único criterio de inclusión haber sido elegido en el muestreo y como criterio de exclusión, la negativa a participar en el estudio.

Se diseñó y elaboró un cuestionario *ad hoc*, con 5 preguntas relativas a aspectos sociodemográficos de los participantes y otras 15 relativas a aspectos de conocimiento y actitudes de los profesionales respecto al CEA del Hospital. Los cuestionarios se entregaron a cada pro-

3 Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. "Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review". *HEC Forum* 2017; 29(4): 313-46. doi: 10.1007/s10730-017-9325-4.

4 Barroso Asenjo P, Calvache Pérez L. "Comités de Ética Asistencial en España y en Europa". *Revista Bioética y Ciencias de la Salud* 1999; 5(2): 1-19.

5 Hernández González A, Rodríguez Núñez A, Cambra Lasao FJ, Quintero Otero S, Ramil Fraga C, García Palacios MV, Hernández Rastrollo M, Ruiz Extremera MA. "Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría". *Anales de Pediatría (Barc)* 2014; 80(2): 106-13. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.06.002

6 Lynch Puyrredon D, Muracciole MB, Del Valle M, Giglio N, Benítez A. "Encuesta sobre Bioética en un hospital de pediatría. Bases para futuras estrategias". *Medicina* (Buenos Aires) 2004; 64(1): 37-42.

7 Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. "Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados". *BMC Medical Ethics* 2007; 55(1): 42-7. doi: 10.1186/1472-6939-7-7

8 Su L, Huang J, Yang W, Shen Y, Xu Y. "Ethics, patient rights and staff attitudes in Shanghai's psychiatric hospitals". *BMC Medical Ethics* 2012; 13: 8. doi: 10.1186/1472-6939-13-8

9 Rubinstein D, Tabak N. "Nurses' knowledge, attitudes and willingness to participate officially in workplace Healthcare Ethics Committees (HEC)". *Medicine and Law* 2012 ; 31(1):163-76.

10 Hariharan S y cols., *op. cit.* 7.

11 Su Ly y cols., *op. cit.* 8.

fesional incluido, junto con una carta de presentación del trabajo y unas mínimas instrucciones de cumplimentación y fueron recogidos dentro del plazo de seis semanas referido más arriba. El cuestionario se puede leer en el Anexo I.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Por un lado se analizaron una serie de variables socio-laborales referidas al puesto de trabajo, titulación y categoría profesional. Se incluyeron la edad categorizada en tres grupos (<35, entre 36 y 50 y > de 50 años) y el sexo. Por otro lado, se analizaron las respuestas a un cuestionario de 15 preguntas cerradas (con opciones de respuestas entre 3 y 7) y tres preguntas con posibilidad de respuestas múltiples (preguntas 8, 11 y 15). Cuando se trataba de variables cualitativas o categóricas, los valores se expresaron en forma de frecuencias absolutas y relativas incluyendo también en algunos casos el porcentaje acumulado. La determinación de los intervalos de confianza para las proporciones de participación se realizaron con una macro diseñada para SPSS denominada !CIP v. 2001 diseñada por Doménech et al.¹²

Realizamos un estudio comparativo mediante una prueba no paramétrica como es el test de Ji-cuadrado de Pearson, utilizando el Test de Fisher cuando había tamaños inferiores a 5 en alguna de las casillas. Determinamos Razones de Odds (O.R.) mediante un análisis con modelos de regresión logística binaria, considerando como variables independientes el nivel de titulación y el sexo.

Se adoptó un nivel Alfa de significación estadística inferior a 0,05 en todos los casos. Para el análisis estadístico de las variables se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.24.

3. Resultados

Con fecha 15 de diciembre de 2018 trabajaban en el HGUCs 1.327 profesionales encargados directamente de los cuidados de salud de los pacientes, según las proporciones que se detallan en la Tabla 1. La muestra re-

querida fue de 351 personas, repartidas en 108 médicos, 144 enfermeros y 99 auxiliares. De los 351 cuestionarios entregados se recuperaron 301 de los que 25 no tenían respuesta alguna, por lo que se consideraron negativas a participar. Se recogieron finalmente 276 cuestionarios cumplimentados (78,6% de participación; IC95%: 74,0-82,8) en las proporciones que se detallan en la Tabla 1. Había predominio de mujeres (70,3% del total), del grupo de edad entre 36 y 50 años (47,8% del total) (Tabla 2), y de personal estatutario interino (54,7% del total).

El 82,6% de participantes dijeron conocer la existencia del CEA, aunque solamente 54,7% declararon conocer bien sus funciones, sólo 23,2% de ellos sabían cómo dirigirse al CEA y muy pocos los que consultaron alguna vez (5,8%) (Tabla 3). Solamente 9 participantes (3,3%), admiten haber hecho esta consulta por escrito. De los 16 que consultaron al CBA en alguna ocasión, a 14 de ellos (87,5%) la respuesta obtenida les fue de utilidad en la resolución del conflicto. *Entre los que no lo consultaron fundamentalmente fue porque dijeron no haber tenido nunca un dilema ético 92 de ellos (48,2%) y 87 (45,5%) porque no se les ocurrió* (Tabla 4). Las decisiones en relación con el inicio y final de la vida y los conflictos entre profesionales fueron las situaciones que plantean más frecuentemente conflictos éticos (Tabla 4). 181 (65,6%) de los encuestados contestaron que podía consultar al CBA cualquier persona o institución que se planteara conflictos ético-asistenciales y 235 (89,4%) dijo que preguntaría al CBA cualquier duda ética que tuviera que ver con la asistencia a los pacientes. Por último, casi dos terceras partes de respondedores dijeron que los dictámenes del CEA deberían ser vinculantes para la Gerencia (Tabla 3).

El análisis bivalente de las respuestas obtenidas según la titulación de los participantes se muestra en la Tabla 5. Médicos/as y enfermeros/as conocen mejor que los TCAE la existencia y funciones del CEA, y se plantean con más frecuencia conflictos éticos en su ejercicio profesional, por lo que lo consultan más, sobre todo en el caso de los médicos. Los médicos/as conocen mejor que los enfermeros/as las funciones del CEA y lo consultan más, a pesar de que no hay diferencias en la frecuencia

¹² Doménech JM. *Fundamentos de diseño y estadística. UD 6: Estimación de parámetros: Intervalos de confianza y tamaño de las muestras*. Signo, Barcelona, 2003, 71-73.

de los conflictos éticos habidos en el ejercicio profesional entre ambos grupos (Tabla 5).

En el análisis de las respuestas por sexo, solamente en el caso de la existencia de conflictos éticos en el trabajo se aprecian diferencias: las mujeres se plantean menos conflictos éticos que los hombres: 42(65,6%) vs 80(41,2%); ($p=0,001$; OR: 2,649; IC95%: 1,468-4,781).

El análisis según el grupo de edad solo da diferencias en la misma pregunta que en grupo anterior (Tabla 6).

4. Discusión

Se ha estudiado entre el personal sanitario asistencial de un hospital de referencia de un Departamento de Salud, el grado de conocimiento y otros aspectos del CEA. Se recuperó el 78,6% de los cuestionarios repartidos, un índice de participación superior al que se describe en otros trabajos^{13,14,15,16,17}, lo que aporta confiabilidad a los resultados. Otro dato que apoya esta afirmación de confiabilidad es que en el estudio se incluyó el personal TCAE que no está catalogado como profesional sanitario, no obstante, pasan con los pacientes hospitalarios mucho tiempo atendiendo sus necesidades más básicas de alimentación e higiene, aspectos en los que el respeto por las personas y la compasión son esenciales. En nuestro estudio hay una alta proporción de participantes que conocen la existencia del CEA y su sede, y en esto los trabajos publicados muestran disparidad: hay algunos que están en la línea de nuestros resultados^{18,19}, mientras que otros muestran resultados poco satisfactorios²⁰. Casi la mitad de los profesionales responden que conocen las funciones de un CEA, cifra similar a la de otros estudios

parecidos^{21,22}, aunque los TCAE que responden afirmativamente a esto son significativamente menos que de personal médico y de enfermería, lo que puede sesgar las comparaciones con otros trabajos que generalmente no incluyen a este personal. Solamente 9 de los participantes consultaron por escrito al CEA, aunque 16 admiten haber consultado alguna vez. La disparidad en las cifras puede achacarse a que puede haber consultas verbales "informales" que no quedan registradas, pero que el respondedor recuerda y ha contabilizado. En cualquier caso, esta es una cifra muy baja que contrasta con otras comunicaciones que reportan directamente este dato^{23,24} o bien que hablan de preferencias de los profesionales sobre a quien consultar²⁵ en caso de conflictos, aunque hay algún estudio que muestra cifras similares a las nuestras²⁶. Las principales razones de este pobre volumen de consulta al CEA tienen que ver, en nuestro trabajo, con que los profesionales no se plantean dilemas éticos y con que no se tiene presente la existencia del CEA como apoyo en la toma de decisiones difíciles. Sorprende que los profesionales reconozcan que no se plantean dilemas éticos, pero esto ya ha sido descrito^{27,28} y puede ser debido a que no se reconocen estos conflictos como tales, a creer que con la sola experiencia es suficiente para solventarlos o también a que estos problemas se consultan con compañeros de trabajo o conocidos más o menos expertos, evitando que salgan del ambiente laboral. El problema de la "invisibilidad" del CEA a que se refiere la segunda de las razones apuntadas, ya fue descrito desde antiguo, junto a algunas formas de combatirla²⁹.

13 Hernández González A y cols., op.cit. 5.

14 Ibid., 6.

15 Ibid., 7.

16 McGee G, Spanogle J, Caplan AL, Penny D, Asch DA. "A national study of ethics committees". *The American Journal of Bioethics* 2001; 4: 60-4.

17 Jansky M, Marx G, Nauck F, Alt-Epping B. "Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee". *Nursing Ethics*. 2013 Nov;20(7):771-83. doi: 10.1177/0969733013478308.

18 Ibid., 6.

19 Ibid., 7.

20 Rubinstein D y cols., op.cit. 9.

21 Ibid., 7.

22 Ibid., 9.

23 Ibid., 6.

24 Leuter C, Petrucci C, Caponnetto V, La Cerra C, Lancia L. "Need for ethics support in clinical practice and suggestion for an Ethics Consultation Service: views of Nurses and Physicians working in Italian Healthcare Institutions". *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2018 Apr-Jun;54(2):117-125. doi: 10.4415/ANN_18_02_07.

25 Ibid., 7.

26 Jansky M y cols., op.cit. 17.

27 Ibid., 6.

28 Leuter C y cols., op.cit. 24.

29 Hern HG: "Ethics and human values committee survey: (AMI Denver Hospitals: Saint Luke's, Presbyterian Denver, Presbyterian Aurora: Summer 1989). A study of physician attitudes and perceptions of a hospital ethics committee". *Hospital Ethics Committee Forum*. 1990, 2: 105-125. doi: 10.1007/BF00115869.

Hay trabajos previos que muestran que el CEA tiene poca utilidad para los que lo consultan^{30,31}, sin embargo nosotros encontramos que la consulta al CEA es útil para la gran mayoría de los que recurren a él, lo que está en línea con resultados de otros trabajos³². Esto debe ser un acicate para potenciar entre los profesionales el conocimiento del CEA y el recurrir a él, como herramienta para solucionar problemas. El tipo de problemas o dilemas éticos comunicados por los participantes están mayoritariamente relacionados con el inicio y el final de la vida, los conflictos entre profesionales y el uso racional de recursos y en eso no se diferencia de otros estudios publicados^{33,34,35,36}. Es razonable que en el ambiente hospitalario el inicio y final de la vida sea el problema ético más común, debido al potencial para generar conflictos que tienen estas situaciones: un familiar puede no entender el concepto de futilidad en el tratamiento que el personal sanitario trata de explicarle, del mismo modo que este puede considerar injustificadas determinadas demandas de aquel respecto al tratamiento de un paciente.

Las tres últimas preguntas del cuestionario tenían que ver con conocimientos técnicos sobre la actividad del CEA: qué se consultaría al Comité, quién lo puede consultar y si sus dictámenes debieran ser vinculantes. En las dos primeras se obtienen respuestas que se pueden considerar correctas. En teoría cualquier persona que tenga un problema ético puede consultar al CEA, pero eso puede no suceder en la práctica; en una organización jerárquica los profesionales de menor nivel pueden llegar a "autocensurarse" y crear situaciones conflictivas dentro del servicio, por no molestar a sus superiores, por reticencias a sacar el problema fuera del ámbito estrictamente laboral o por otras causas. Las consultas

al CEA deben ser irrestrictas. Llama la atención que casi dos terceras partes de respondedores digan que los dictámenes del CEA deben ser vinculantes. Parece haber aquí una confusión con el Comité ético de investigación clínica (CEIC) que ya ha sido descrita³⁷. Los dictámenes del CEIC deben ser obligatoriamente seguidos por los consultantes y las gerencias de los departamentos. El CEA solo debe asesorar y sus dictámenes sirven como apoyo en la toma de decisiones, nunca deben ser la decisión en sí misma.

El análisis de los datos según la titulación muestra importantes diferencias entre grupos. Con carácter general, médicos y enfermeros conocen mejor que los TCAE la existencia, funciones y otros aspectos del CEA sobre los que se consulta. Estos últimos profesionales ciertamente que tienen un contacto estrecho con los pacientes, atendiendo sus necesidades de alimentación e higiene cuando es preciso. *Para estas labores son exigibles compasión, humanidad y delicadeza*, sin que sea necesario *para estos profesionales* plantearse otro tipo de consideraciones *éticas o morales*, lo que puede ayudar a explicar estas diferencias.

En nuestro estudio, médicos y enfermeros responden que conocen por igual la existencia del CEA, aunque hay significativas diferencias, favorables a los médicos, en cuanto al conocimiento de sus funciones y el volumen de consultas que le hacen ambos grupos. Aunque están cerca de ser significativas, no se encuentran diferencias entre ambos grupos a la hora de plantearse problemas éticos en la práctica diaria, lo que podría ayudar a explicar estas diferencias y ya ha sido descrito previamente^{38,39,40}, aunque también hay estudios que dicen lo contrario⁴¹. Ambas cosas pueden estar en relación con la "autocensura" mencionada anteriormente y con que, aunque no se ha estudiado aquí, el personal de enfermería cree que las consultas al CEA no tienen impacto en la práctica clínica

30 Ibid., 7.

31 Hurst SA, Reiter-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, Danis M. "Physicians' access to ethics support services in four European countries". *Health Care Analysis*. 2007;15(4): 321-35.

32 Ibid., 6.

33 Ibid., 5.

34 Ibid., 6.

35 Ibid., 24

36 DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. "A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation". *Journal of General Internal Medicine*. 2004 Mar;19(3):251-8.

37 Ibid., 7.

38 Ibid., 7.

39 Ibid., 24.

40 Hern HG, Rain L, Vrolyk A. "Hospital Staff Perceptions of the Ethics Committee and the Bioethics Institute: A Multidisciplinary Approach (Northridge Hospital Medical Center, California)". *Hospital Ethics Committee Forum* 1991; 3(3): 129-46.

41 Ibid., 17.

diaria⁴², y consultan más esos problemas fuera del trabajo con amigos, familia, ministros de culto y otros, que los médicos⁴³. Parece haber una perspectiva profesional que influye en la visión de las cuestiones éticas, que ya ha sido apuntada en otros estudios⁴⁴ y que puede ayudar a explicar estas diferencias: los médicos tienen una visión de la relación clínica eminentemente asistencial, curativa y ocasionalmente paternalista^{45,46}, tienen muy en cuenta las consecuencias legales de sus acciones y es posible que tienda a actuar según sus valores éticos o los principios legales, sin tener demasiado en cuenta los deseos y preferencias de sus pacientes; mientras, el personal de enfermería pasa mucho tiempo al lado de los pacientes y pueden identificar mejor sus aspiraciones, preferencias y pretensiones, lo que redundará en tener mucho más en cuenta sus valores en la práctica diaria.

El estudio tiene algunas limitaciones. La principal es que la encuesta empleada no está validada, aunque para su elaboración se han consultado otras ya utilizadas^{47,48,49}, lo que ayuda en las comparaciones con otros trabajos similares. Otra limitación que apuntamos es que aunque se solicitó la cumplimentación de forma personalizada e individualmente, no podemos asegurar que eso fuera así en todos los casos. Una tercera es que el estudio muestra las opiniones de los profesionales sanitarios de un solo hospital general de un determinado nivel asistencial, por lo que hay que ser muy cautelosos a la hora de extrapolar resultados a otros hospitales o al conjunto de todos ellos; puede haber centros que por sus especiales características (hospitales de crónicos de larga estancia, oncológicos, etcétera) muestren unos resultados diferentes. A pesar de estas limitaciones consideramos que este estudio contribuye a mejorar el conocimiento sobre los CEA y su grado de conocimiento entre los profesionales sanitarios hospitalarios en nuestro país.

42 Ibid., 18.

43 Ibid., 7.

44 Walker RM, Miles SH, Stocking CB, et al. "Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services". *Journal of General Internal Medicine*. 1991; 6(5): 424-429.

45 Ibid., 7.

46 Walker RM y cols., *op.cit.* 44.

47 Ibid., 5.

48 Ibid., 6.

49 Ibid., 7.

Referencias

- Adel F. "Los Comités de Ética Asistencial". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006; 29 (suppl 3): 75-83.
- Barroso Asenjo P, Calvache Pérez L. "Comités de Ética Asistencial en España y en Europa". *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*. 1999; 5(2): 1-19.
- Doménech JM. *Fundamentos de diseño y estadística. UD 6: Estimación de parámetros: Intervalos de confianza y tamaño de las muestras*. Signo, Barcelona, 2003, 71-73.
- DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. "A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation". *Journal of general internal medicine*. 2004 Mar;19(3):251-8. doi: 10.1111/j.1525-1497.2004.21238.x
- Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. "Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados". *BMC Medical Ethics*. 2007; 55(1): 42-7. doi: 10.1186/1472-6939-7-7
- Hern HG. "Ethics and human values committee survey: (AMI Denver Hospitals: Saint Luke's, Presbyterian Denver, Presbyterian Aurora: Summer 1989). A study of physician attitudes and perceptions of a hospital ethics committee". *Hospital Ethics Committee Forum*. 1990; 2: 105-125. doi: 10.1007/bf00115869.
- Hern HG, Rain L, Vrolyk A. "Hospital Staff Perceptions of the Ethics Committee and the Bioethics Institute: A Multy-Disciplinary Approach (Northridge Hospital Medical Center, California)". *Hospital Ethics Committee Forum*. 1991; 3(3): 129-46. Doi: 10.1007/bf00057721.
- Hernández González A, Rodríguez Núñez A, Cambra La-saosa FJ, Quintero Otero S, Ramil Fraga C, García Palacios MV, Hernández Rastrollo M, Ruiz Extremera MA. "Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría". *Anales de Pediatría (Barc)*. 2014; 80(2): 106-13. doi: 10.1016/j.anpedi.2013.06.002.
- Hurst SA, Reiter-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther AM, Pegoraro R, Danis M. "Physicians' access to ethics support services in four European countries". *Health Care Analysis: HCA: journal of health*

- philosophy and policy*. 2007;15(4): 321-35. doi: 10.1007/s10728-007-0072-6
- Jansky M, Marx G, Nauck F, Alt-Epping B. "Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee". *Nursing Ethics*. 2013; 20(7):771-83. doi: 10.1177/0969733013478308.
- Lecuona I. "La regulación española de los comités de ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica". *Revista de Bioética y Derecho*. 2007; 11: 17-21. doi: <https://doi.org/10.1344/rbd2007.11.7829>.
- Leuter C, Petrucci C, Caponnetto V, La Cerra C, Lancia L. "Need for ethics support in clinical practice and suggestion for an Ethics Consultation Service: views of Nurses and Physicians working in Italian Healthcare Institutions". *Annali dell' Istituto Superiore di Sanità*. 2018 Apr-Jun;54(2):117-125. doi: 10.4415/ANN_18_02_07.
- Lynch Puyrredon D, Muracciole MB, Del Valle M, Giglio N, Benítez A. "Encuesta sobre Bioética en un hospital de pediatría. Bases para futuras estrategias". *Medicina (Buenos Aires)*. 2004; 64(1): 37-42.
- McGee G, Spanogle J, Caplan AL, Penny D, Asch DA. "A national study of ethics committees". *The American Journal of Bioethics* 2001; 4: 60-4. doi: 10.1162/152651601317139531.
- Rasoal D, Skovdahl K, Gifford M, Kihlgren A. "Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review". *Hospital Ethics Committee Forum*. 2017; 29(4): 313-46. doi: 10.1007/s10730-017-9325-4.
- Rubinstein D, Tabak N. "Nurses' knowledge, attitudes and willingness to participate officially in workplace Healthcare Ethics Committees (HEC)". *Medicine and Law* 2012. 31(1):163-76
- Su L, Huang J, Yang W, Shen Y, Xu Y. "Ethics, patient rights and staff attitudes in Shanghai's psychiatric hospitals". *BMC Medical Ethics*. 2012; 13: 8. doi: 10.1186/1472-6939-13-8.
- Walker RM, Miles SH, Stocking CB, Siegler M. "Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services". *Journal of general internal medicine*. 1991; 6(5): 424-429. doi: 10.1007/bf02598164.

ANEXO I

CONOCIMIENTO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS HOSPITALARIOS

CUESTIONARIO

Datos sociodemográficos y laborales

Edad:

- a) ≤35 años
- b) entre 36 y 50 años
- c) >50 años

Sexo:

- a) Hombre
- b) Mujer

Puesto de trabajo:

- a) Plaza en propiedad
- b) Estatutario Interino
- c) Contrato laboral
- d) Médico, enfermero u otro en formación

Titulación

- a) Médico u otra licenciatura
- b) Enfermero u otro grado
- c) Auxiliar de Clínica

- a) Categoría profesional
- b) Staff de Gestión del Hospital
- c) Jefe de Servicio o Sección
- d) Médico especialista
- e) Médico en formación
- f) Enfermero
- g) Enfermero en formación
- h) Otro

Cuestionario sobre el CEA

1.- ¿Sabe usted de la existencia de un comité de bioética asistencial (CBA) del Departamento de Salud de Castellón?

- a) Sí
- b) No

2.- ¿Sabe usted que ese Comité radica en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS)?

- a) Sí
- b) No

3.- ¿Sabe cuales son las funciones de un CBA?

- a) Sí
- b) No

4.- ¿Sabe usted que el CBA del HGUCS tiene un espacio propio dentro de la página web del HGUCS?

- a) Sí
- b) No

5.- ¿La ha consultado alguna vez?

- Sí
- No

6.- Si lo hizo ¿le fue de utilidad?

- a) Nada
- b) Poco
- c) Bastante
- d) Me resolvió las dudas que tenía

7.- ¿Ha tenido algún conflicto ético que le haya planteado dificultades en su trabajo en alguna ocasión?

- a) Sí
- b) No

8.- ¿De qué tipo?

- a) Uso racional de recursos
- b) Conflicto con un paciente
- c) Conflicto entre profesionales
- d) Decisiones al principio o final de la vida

- e) Confidencialidad
- f) Objeción de conciencia
- g) Otros

9.- ¿Sabe cómo dirigirse al CBA para hacer una consulta?

- a) Sí
- b) No

10.- ¿Consultó alguna vez al CBA por escrito?

- Sí
- No

11.- ¿Si no consultó, por qué?

- a) Porque creo que cualquier profesional está capacitado para resolver este tipo de dilemas.
- b) Porque no creo que sea útil.
- c) Porque finalmente no resuelve nada.
- d) Porque no se me ocurrió.
- e) Porque nunca tuve un dilema ético.
- f) No sabe/no contesta

12.- ¿Si consultó, la respuesta del comité lo ayudó a resolver su dilema?

- a) Sí
- b) No
- c) A veces

13.- ¿Una vez presentado el caso al Comité, usted considera que se debería seguir la decisión tomada por éste, o sea, que su decisión debería ser vinculante?

- a) Sí
- b) No

14.- ¿Quién cree usted que está autorizado a consultar al comité?

- a) El Jefe del Servicio
- b) Cualquier médico
- c) Cualquier usuario de la sanidad
- d) Cualquier persona o institución que pueda plantearse un conflicto ético-asistencial
- e) No sabe/no contesta

15.- ¿Qué consultaría al comité?

- a) Pacientes terminales o crónicos
- b) Dilemas de continuar o suspender tratamiento
- c) Proyectos de trabajos científicos o de investigación
- d) Cualquier duda ética que tenga que ver con la asistencia a los pacientes.
- e) No sabe/no contesta.