

Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid

Juan Carlos Delgado Antolín¹, Carmen Ferrer Arnedo¹, Encarna Cerezo Ugena¹, Margarita Moreno Vázquez¹, Rafael Toro Flores¹

¹ Miembros de la Sociedad Madrileña de Ética Enfermera (SMETICAE)

Primer premio. III Premios de Investigación CODEM 2019

Cómo citar este artículo: Delgado Antolín, J.C., Ferrer Arnedo, C., Cerezo Ugena, E., Moreno Vázquez, M., Toro Flores, R., Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid. *Conocimiento Enfermero* 5 (2019): 05-16.

RESUMEN

Justificación. El conocimiento del rol que desempeñan las enfermeras en los Comités de Ética Asistencial (CEA) resulta esencial para identificar las aportaciones de la enfermería a estos comités.

Objetivo. Conocer el rol que desempeñan las enfermeras en los CEA.

Metodología. Estudio descriptivo transversal, realizado por medio de un cuestionario a enfermeras pertenecientes a los CEA de la Comunidad de Madrid.

Resultados. Los CEA están compuestos por una media de cinco enfermeras, con una antigüedad en el comité de seis años. La presencia de las enfermeras en los CEAS sirve para desarrollar la profesión y poner en valor el cuidado enfermero como elemento fundamental para la humanización de la asistencia sanitaria.

Conclusión. Las enfermeras deben profundizar en su formación en bioética para mejorar su participación en el proceso deliberativo que se da en los CEAS.

Palabras clave: enfermeras; ética de enfermería; Comités de Ética.

Role of nurses in the Clinical Ethics Committees of the Community of Madrid

ABSTRACT

Justification. To understand the role played by nurses in Clinical Ethics Committees (CEC) is essential to identify the contribution of nursing to these committees.

Purpose. To identify the role played by nurses in CEC.

Methods. Descriptive cross-sectional study, carried out by means of a questionnaire completed by nurses from CEC from the Madrid Community.

Results. The CEC were composed by an average of five nurses, with a seniority of six years. The presence of nurses in CEC serves to develop the profession and to highlight nursing care as a value element that can make a significant contribution to the humanization of health care.

Conclusions. Nurses should expand their knowledge in bioethics in order to increase their participation in the deliberative process that takes place in CEC.

Keywords: nurses; nursing ethics; Ethics Committees.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/81>

Introducción

Las decisiones en el ámbito de la salud se suelen tomar en un marco de incertidumbre, al estar condicionadas por gran número de factores que no pueden controlarse totalmente. En muchos casos la decisión técnica no es suficiente, para llegar a una decisión prudente se necesita de la deliberación moral. Así, ante un problema ético un grupo de personas con intereses y formación diferentes aportan una mayor racionalidad en la toma de decisiones [1].

Para la ayuda en la toma de decisiones en los conflictos éticos en los años veinte aparecen en Estados Unidos los primeros comités de ética. Casos como la selección de pacientes para diálisis (Seattle, 1960), la determinación de los criterios de muerte cerebral (Harvard, 1968) o el Caso Quinlan (1976) llevaron al desarrollo de estos comités. En la actualidad el 80% de hospitales de más de 200 camas tienen un comité o consultor de ética clínica [2, 3].

En Europa, los primeros comités de ética asistencial aparecen en 1968 en el Reino Unido. Pero no fue hasta 1990 cuando el Real Colegio de Médicos definió sus objetivos y les atribuyó un nombre. A partir de entonces, los distintos estados europeos han formado sus comités de ética [4, 5].

En España la primera referencia sobre comités de ética asistencial aparece en el año 1974, en el Hospital de Sant Joan de Deus de Barcelona. El comité tenía que dar respuesta al problema ético que suponía la ligadura tubárica con fines contraceptivos. En el año 1988 el Hospital Río Ortega de Valladolid crea su Comité de Ética, compuesto por cinco médicos y tres enfermeras. En 1995 el INSALUD regula el funcionamiento de los llamados Comités Asistenciales de Ética (CEA) recomendando que sus miembros “sean personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en el grupo como iguales” y señalando además que el Comité debe de estar compuesto por “médicos, enfermeras, personal no sanitario y personas ajenas a la institución, no vinculadas a las profesiones sanitarias” [6].

Posteriormente las distintas comunidades autónomas regulan la creación de estos comités. La Co-

munidad de Madrid en el año 2003 regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) [7]. En la actualidad en la Comunidad de Madrid existen 26 CEAS acreditados, 18 pertenecientes al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y 8 a otros organismos públicos o privados.

El rol que desempeña la enfermera¹ en los comités de ética asistencial empezó a ser estudiado prácticamente desde el momento de creación de estos comités, como recogen diferentes estudios. Así, en 1996 los estudios de Schroeter [8] y Beerman [9] señalaban que la participación de las enfermeras en los comités de ética mejoraba la toma de decisiones.

Más recientemente, en Holanda, Cusveller¹⁰ ha realizado estudios sobre los perfiles de competencias que deben tener las enfermeras que forman parte de los comités de ética señalando como habilidades importantes la capacidad de comunicación, la actitud reflexiva y el compromiso con la atención del paciente. En el mismo sentido de Brito y de Oliveira [12] en la revisión llevada a cabo sobre el desempeño de las enfermeras en los comités de ética señalan que la comunicación y la formación son aliados importantes para mejorar el desempeño de las enfermeras en estos comités.

En España destacan los trabajos realizados por Ribas [13, 14], en Cataluña, sobre la estructura y funcionamiento de los comités de ética asistencial y la evaluación de las habilidades, los conocimientos y las actitudes de los diferentes componentes de estos comités.

Justificación del estudio

Conocer el rol que desempeñan las enfermeras en los CEAS resulta esencial para entender los desafíos que la enfermería tiene en su relación con la bioética, la aportación enfermera a los comités de ética y el fomento de la ética de los cuidados en la resolución de los problemas éticos. En la revisión bibliográfica realizada nos se han encontrado estudios que evalúen el rol desempeñado por las enfermeras/os en los CEAS de la Comunidad de Madrid.

¹ Siguiendo las recomendaciones del Consejo Internacional de Enfermeras, en este documento, el término “enfermera” se utiliza en sentido genérico, y designa a la vez hombres y mujeres.

Objetivos

- **Principal:** Explorar el significado que tiene para las enfermeras pertenecer a un CEAS y conocer su opinión sobre las aportaciones que realizan al a dicho comité.
- **Secundarios:** Conocer el perfil demográfico, laboral y de formación en bioética de las enfermeras de la Comunidad de Madrid que forman parte de los CEAS.

Metodología

Se ha realizado un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal, durante los meses de octubre y noviembre de 2018. La población de estudio fueron las enfermeras integrantes de los CEAS acreditados en la Comunidad de Madrid accesibles por correo electrónico. Como variables independientes se recogieron datos socio-laborales: sexo, edad, ámbito de trabajo, antigüedad en la profesión, antigüedad y cargo en el comité, formación en bioética y datos sobre investigación y docencia llevada a cabo por las enfermeras. Como variables dependientes se estudiaron, por medio de preguntas abiertas, el significado de formar parte del CEAS, la opinión sobre las aportaciones que realizan las enfermeras al comité y la descripción de las posibles mejoras en el rol de las enfermeras en los CEAS.

El instrumento de medida utilizado fue un cuestionario anónimo creado *ad hoc* con 25 preguntas. Para su elaboración se tomaron como referencia los cuestionarios de Cusveller [11] y Ribas Ribas [13]. Para la recogida de los datos, desde el Área de Bioética de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, se remitió por correo electrónico a las enfermeras de los CEAS información sobre el estudio y un enlace para acceder al cuestionario. Las enfermeras que consintieron participar en el estudio cumplieron el cuestionario a través del enlace facilitado, remitiendo el cuestionario vía *on line* a los investigadores (Anexos 1 y 2). Durante todo el proceso se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos de los participantes.

Una vez recibidos los cuestionarios fueron revisados e introducidos en una base de datos creada con el programa estadístico SPSS v.18. Después de analizar los datos las variables cuantitativas se pre-

sentan con media e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y las puntuaciones máximas y mínimas. Las variables cualitativas se presentan con sus frecuencias absolutas y los correspondientes porcentajes. El nivel de confianza es de un 95 % ($\alpha=0,05$).

La información obtenida de las preguntas abiertas fue transcrita y categorizada por medio del análisis del contenido.

El estudio ha recibido el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Resultados

Sobre una muestra total de 75 enfermeras que forman parte de los CEAS de la Comunidad de Madrid, con acceso por correo electrónico, se recogieron 38 cuestionarios válidos, siendo la tasa de respuesta 50,66%.

Los datos sociodemográficos relacionados con las enfermeras que forman parte de los CEAS se recogen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y de actividad de las enfermeras en los CEAS.

Sexo, n (%)	
Mujeres	28 (73,7)
Hombres	10 (26,3)
Edad, media (IC 95%)	47,5 (44,71-50,34)
Máximo-Mínimo	63-32
Antigüedad años profesión, media (IC 95%)	23,73 (20,54-26,98)
Máximo- Mínimo	40-1
Ámbito laboral, n (%)	
Público	32 (84,2)
Privado	4 (10,5)
Otros	2 (5,3)
Institución sanitaria, n (%)	
Hospital de agudos	30 (78,9)
Hospital de crónicos	1 (2,6)
Atención primaria	4 (10,5)
Otros	3 (7,9)
Perfil profesional, n (%)	
Clínico-asistencial	28 (73,7)
Organización y gestión	10 (26,3)
Número de enfermeras componen el CEAS, media (IC 95%)	5 (4,42-6,03)
Máximo-Mínimo	15-2
Antigüedad años en CEAS, media (IC 95%)	5,89 (4,56-7,23)
Máximo-Mínimo	15-1

Cargo en CEAS, n (%)	
Presidente-a	1 (2,6)
Secretario-a	5 (13,2)
Vocales	32 (84,2)
Formación en bioética, n (%)	
Pregrado	1 (2,6)
Cursos postgrado	19 (50)
Máster o Experto universitario	16 (42,2)
NC	2 (5,2)
Tiempo dedicado a la formación en bioética, n (%)	
< 5 horas/mes	18 (47,3)
20 horas/ mes	12 (31,6)
>20 horas/mes	8 (21,1)

La composición de los CEAS estudiados es de una media de 17 miembros (IC 95%: 15,84- 18,22) con un máximo de miembros de 30 y un mínimo de 12. Los CEAS están compuestos por una media de 5 enfermeras (IC 95%: 4,42-6,03), los médicos miembros del comité alcanzan una media de 7 (IC 95%: 6,14-8,03).

En los CEAS se analizan alrededor de tres casos al año, de estos casos las enfermeras suelen ser ponentes de uno.

En relación con la labor científico-investigadora de las enfermeras de los CEAS, estas suelen

publicar un artículo relacionado con la bioética cada dos años, sin embargo presentan una comunicación al año a congresos y jornadas científicas. En cuanto a la docencia la mayoría de las enfermeras (52,6%) participan en los cursos de formación que se imparten desde sus CEAS, sin embargo esta participación disminuye (39,5%) cuando los cursos de bioética se imparten fuera del ámbito de los CEAS. El resto de los datos relacionados con la actividad de las enfermeras puede verse en la Tabla 1.

En cuanto al significado, como enfermera de formar parte del CEAS, la mayoría 13 (34,2%) se decanta por el fomento del desarrollo de la profesión enfermera y de la bioética (26,3%).

En cuanto a las aportaciones que en calidad de enfermeras realizan a los CEAS más de la mitad (52,6%) señala la relevancia del cuidado enfermero en la humanización de la asistencia sanitaria (Figura 2).

Como propuestas de mejora destacan la profundización en la formación en bioética (42,1%) seguido de buscar una mayor implicación en las deliberaciones de los comités el resto de los resultados pueden apreciarse en la figura 3.

Figura 1. Significado de formar parte del CEAS.

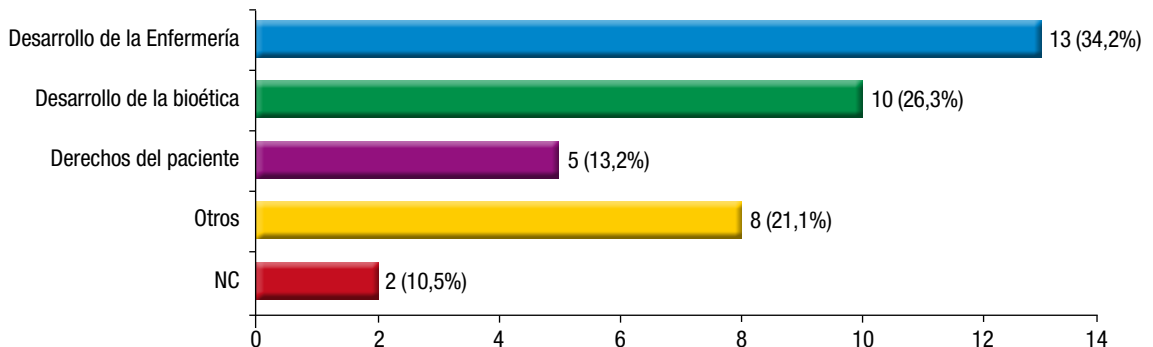


Figura 2. Aportación de las enfermeras a los CEAS.

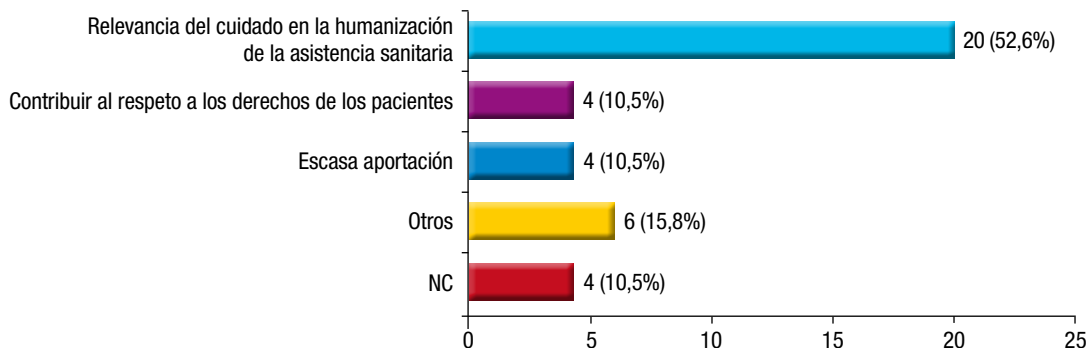
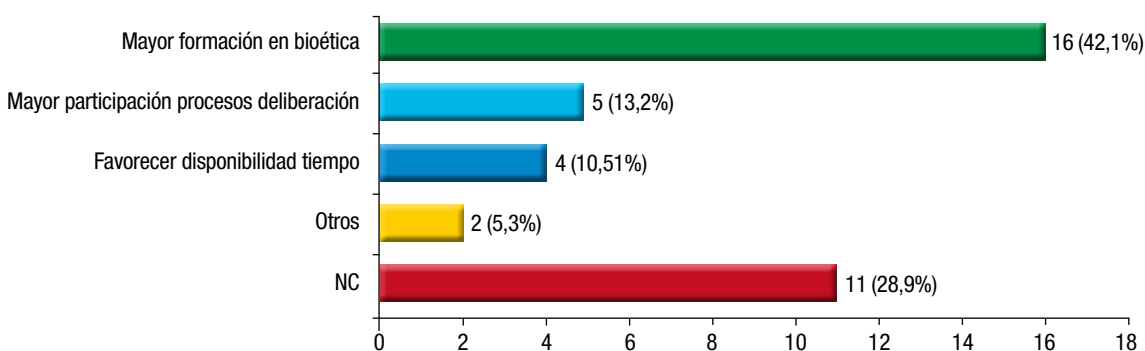


Figura 3. Propuestas de mejora.

Discusión

De los 75 cuestionarios remitidos 38 fueron las enfermeras que contestaron, con una tasa de respuesta del 50,66%, en un estudio similar encontramos una tasa de respuesta del 42,5%, aunque con un tamaño muestral mayor [13].

En cuanto a la distribución por sexo en la profesión de Enfermería es mayoritario el sexo femenino. Así, en la Comunidad de Madrid la distribución por sexo de enfermeras y enfermeros es de 85,90 % mujeres y 14,10% hombres [15]. En el estudio la distribución por sexo es algo diferente, así la proporción de enfermeras mujer que integran los comités de ética es de un 73,7% y la de hombres de un 26,3%. El estudio de Ribas [13], realizado en Cataluña, presenta proporciones más parejas, aunque hay que considerar que incluye otras profesiones además de enfermeras, así un 57,1% son mujeres y un 42,9% hombres. Sin embargo en relación con la media de edad y la antigüedad de los integrantes de los comités los resultados son prácticamente iguales, resultando una media de edad de 47 años y una antigüedad como miembro del comité de ética de 6 años.

En cuanto, al significado de formar parte del CEAS hay que destacar su relevancia porque “si no está claro lo que significa para una enfermera ser parte de un comité de ética, es lógico pensar que no estará en situación de asimilar y evaluar su propia competencia” [5,10]. Las principales respuestas dadas por las enfermeras a esta cuestión se relacionan con la participación en el desarrollo de la enfermería y de la bioética, así como con la defensa de los derechos de los pacientes. El concepto de “desarrollo de la enfermería” hace referencia a la visibilidad del trabajo de la enfermera, es decir

al conocimiento de sus funciones y competencias como garantía del cuidado de pacientes y usuarios. Esta es una cuestión transversal que se da en diferentes ámbitos, así el 34,2% de las enfermeras del estudio creen que los CEAS son un buen campo para reivindicar la “visibilidad”, que además tiene con fin último la “defensa de los derechos del paciente”, así un 13,2% de las encuestadas señalan esta cuestión como el significado principal de las enfermeras en los CEAS. Esta respuesta coincide plenamente con el concepto de *advocacy* señalado, por Drought [16], es decir, la enfermera representa un amparo para sus pacientes ya que “protege a estos de cualquier daño, velando porque reciban un trato imparcial y favoreciendo su autonomía”. La visibilización del trabajo enfermero coloca a la profesión en igualdad de condiciones con otras profesiones que forman parte de los CEAS. La profundización en el “desarrollo de la bioética”, es otro significado importante (26,3 %) encontrado en el estudio. El desarrollo de la bioética está relacionado con la participación de las enfermeras en los procesos deliberativos que se deben dar en los CEAS, proceso fundamental para una toma de decisiones prudentes. Efectivamente, la no participación en este proceso por parte de las enfermeras o el hecho de que no se tengan en cuenta sus opiniones produce en ellas una frustración y un estrés moral que puede repercutir en los cuidados de los paciente [12,17]. Además, como señala Yagüe [5] “La reflexión ética que se hace en los comités ayuda a valorar el trabajo de las enfermeras y participar en la visibilidad de su papel”

En relación con las aportaciones de las enfermeras a los CEAS destaca como respuesta de más de la mitad de las encuestadas (52,6%) “la relevancia que adquiere el cuidado en la humanización de

la asistencia sanitaria”. Parece claro, como señala Bermejo que “las profesiones sanitarias deben ser intrínsecamente humanizadoras... y el fundamento de la humanización es el respeto a la dignidad de la persona” [18]. En este sentido la enfermería debe “buscar su epicentro moral en el compromiso con el bienestar del paciente como persona integral” [19]. El cuidado es el valor fundamental en la enfermería, su bien interno [20]. Este cuidado no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Por esta razón, la enfermera como instrumento terapéutico y experto técnico, debe tener competencias éticas, clarificar sus valores y estar comprometida con el cuidado [21]. Efectivamente, como señalan de Brito y Oliveira, muchas de las competencias que se precisan para la actividad enfermera se complementan con las competencias necesarias para participar en los comités de ética [10, 14]. Así, valores como responsabilidad, honestidad, compasión, compromiso, respeto y responsabilidad, imprescindibles para la participación en los comités de ética, están recogidos como valores profesionales en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras [22].

Un aparte de las enfermeras (10,5%) vuelven a destacar, esta vez como aportación propia de la enfermería, la contribución al respeto de los derechos de los pacientes, esta cuestión estaría en relación con el concepto de *advocacy* tratado anteriormente. También, llama la atención, que un grupo minoritario de enfermeras (10,5%) entiende que la aportación de las enfermeras a los CEAS es escasa o nula.

A la pregunta sobre “propuestas de mejora” han contestado un 71,1% de las enfermeras. Siendo “la necesidad de una mayor formación en bioética” la propuesta mayoritaria (42,1%) seguida de “la exigencia de una mayor participación en los procesos deliberativos” (13,2%) y que “la institución favorezca la disponibilidad de tiempo para esta formación y la asistencia a las reuniones de del comité (10,5%). (Fig. 4)

Los miembros de los CEAS tienen una elevada responsabilidad moral, por lo que parece claro que una de las competencias imprescindibles para formar parte del comité debe de ser la formación en bioética de sus miembros. No obstante, la normativa de la Comunidad de Madrid sólo exige que dentro de los profesionales sanitarios que forman

el comité “uno” tenga formación acreditada en bioética. Esta misma normativa señala como función de los CEAS la formación de sus miembros en bioética y además colaborar y promover la formación en bioética de los profesionales sanitarios y no sanitarios del centro [7].

De los resultados del estudio se desprende que la mitad de las enfermeras han recibido su formación en bioética en cursos de postgrado y un porcentaje alto (42%) ha realizado la formación por medio de máster o experto universitario en bioética. En este sentido, hay que tener en cuenta que hasta la entrada en vigor, en España del Espacio Europeo de Educación Superior (Proceso de Bolonia) las enfermeras sólo podían acceder a la titulación de experto universitario y no a la realización de un máster.

No obstante, en el estudio, se puede apreciar que la gran mayoría de las enfermeras encuestadas (92%) tienen formación en bioética, resultados similares a los obtenidos por Ribas en Cataluña (88,2%). Este estudio también señala la preferencia de formación a través de cursos, quizás porque los masteres exigen una mayor dedicación [13].

Ante estos resultados, cabe preguntarse por qué dentro de las mejoras señaladas se incluye la de mayor formación. Según el informe *Core competencies for health care ethics consultation* elaborado por la *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH) [14,23] los consultores éticos a título individual o que forman parte de un comité deben de reunir una serie de habilidades, conocimientos y actitudes. Dentro de las habilidades destacan la facultad de formación de juicios éticos para, poder identificar los conflictos éticos, la capacidad para afrontar los problemas éticos planteados y las habilidades interpersonales como comunicación, escucha, etc. La diferencia entre estas tres habilidades es que las primeras pueden adquirirse con formación mientras que las de procedimiento y las interpersonales tan sólo pueden adquirirse con la experiencia. Esta práctica debe de ser adquirida por las enfermeras con la participación en los procesos de deliberación de los CEAS y con la redacción de los informes de los casos planteados. Esta cuestión lleva a la segunda propuesta de mejora que sería la exigencia de una mayor participación de las enfermeras en los procesos deliberativos. Las enfermeras deben dejar atrás la llamada ética de la convicción o de la obediencia y asumir la

ética de la responsabilidad [24]. El mantenimiento de la sumisión profesional a través de la ética de la convicción puede llevar a la enfermera a sufrir estrés moral. Esta cuestión no es baladí, diversos estudios han señalado que pueden existir enfoques morales distintos entre médicos y enfermeras. Así Robertson [25] en su estudio realizado en un centro psiquiátrico señala que ante el conflicto de los principios de autonomía y beneficencia, las enfermeras se decantaban más por la autonomía mientras que los médicos lo hacían por la beneficencia. Qué duda cabe que las diferencias que surgen durante la deliberación enriquecen el proceso y facilitan la reflexión interdisciplinar sobre los conflictos éticos, porque como señala Casado [26] “la mayoría de los problemas que se analizan en bioética trascienden los campos del conocimiento tradicional e interesan a diferentes disciplinas”.

En nuestro estudio las enfermeras más jóvenes (30-49 años) demandan mayor participación en la deliberación, mientras que las mayores (50-65 años) abogan por una mayor formación ($p = 0,036$).

Una parte (10,5%) de las enfermeras del estudio identifica la falta de disponibilidad de tiempo para asistir a las reuniones del comité y para la formación como una barrera importante para la intervención en el CEAS. Esta percepción coincide con el estudio de Gaudine et al. [27] que ponen de manifiesto “las dificultades de las enfermeras para asistir a estas reuniones”, señalando la importancia que tiene que las instituciones faciliten la presencia enfermera en los comités. También resulta importante que esta función facilitadora se lleve a cabo con la formación tanto interna como externa de los miembros del comité, pues como ya se ha dicho la formación en bioética es fundamental para implementar la adecuada participación en los CEAS.

Los comités de ética pueden ser aliados importantes en la gestión de la calidad de las organizaciones e instituciones sanitarias pero para ello deben contar con el apoyo político y profesional que facilite la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria y la protección de los derechos de los pacientes [12].

Dentro de las limitaciones del estudio cabe destacar primero, como ya se ha señalado, la baja tasa de respuesta dada por las enfermeras pertenecientes a los CEAS, siendo un sesgo a asumir. También, hay que tener en cuenta una limitación propia de los cuestionarios como es la sinceridad en las respuestas de los participantes, para evitar este problema se garantizó la confidencialidad de los participantes informando que el proceso no permitía la identificación personal ni el centro de trabajo. Como todo cuestionario las preguntas incluidas pueden no cumplir con todas las expectativas de los encuestados, para evitar esta cuestión se invitaba a los participantes a añadir los comentarios que consideraran oportunos en una pregunta abierta. Otra de las posibles limitaciones podría estar en la interpretación por los investigadores de las respuestas de las preguntas abiertas, para evitar este sesgo las preguntas abiertas fueron sencillas y fáciles de responder.

Conclusiones

Para concluir señalar que el perfil de la enfermera miembro de un CEAS de la Comunidad de Madrid es el siguiente: mujer, entre 45-50 años, trabaja en un hospital público de agudos. Tiene una antigüedad como miembro del CEAS de seis años, es ponente de un caso al año y participa en formación impartida por el comité. Su formación en bioética se ha realizado por cursos postgrado y dedica menos de cinco horas al mes a la formación en bioética. Suele presentar una comunicación al año a congresos de bioética y publica un artículo sobre bioética cada dos años en revistas especializadas.

La presencia de las enfermeras en los CEAS sirve para la mejora del desarrollo de la enfermería y para la puesta en valor del cuidado, elemento fundamental para la humanización de la asistencia sanitaria y defensa de los derechos del paciente. No obstante, las enfermeras deben profundizar en su formación en bioética, que a su vez servirá para mejorar su participación en los procesos deliberativos que se dan en la toma de decisiones en los CEAS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feito Grande, L. Ética y Enfermería. Madrid: U.P. Comillas-San Pablo; 2009. p 87-88.
2. Albarrán F, Moreno M, Toro R. Los Comités de ética asistencial. En Álvarez J, Burgos R (coord.). Aproximación bioética a la nutrición clínica. Barcelona: Glosa-SENPE; 2011.

3. Couceiro A. Los Comités de ética asistencial. Origen, composición y métodos de trabajo. En *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999.
4. Tschudin V. European experiences of ethics committees. *Nursing Ethics*. 2001; 8(2).
5. Yagüe Sánchez JM. La enfermera en los comités de ética. *Rev ROL Enferm* 2017; 40(9): 618-622.
6. Dirección General. Instituto Nacional de Salud. Circular 3/95, de Creación y acreditación de Comités Asistenciales de Ética.
7. Decreto 61/2003, de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico, de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y se crean y regulan la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid. *BOCM* núm 24 (27-5-2003).
8. Schroeter K, Perioperative Nurses Involvement of Nursing Ethics Committees. *AONR J*. 1996; 64 (4): 588-96.
9. Beerman CM. The nurse's role in bioethics. *AONR J*. 1997 May; 65 (5): 923-6.
10. Cusveller B. Nurses serving on clinical ethics committees: A qualitative exploration of a competency profile. *Nurs Ethics* 2012; 19(3):431-42.
11. Cusveller B, Schep-Akkerman A. Toward a competency assessment tool for nurses in ethics meeting. *Nurs Ethics* 2016; 23(4):413-2.
12. de Brito GMG, de Oliveira Santa Rosa D. Nurses performance in clinical ethics committees and commissions: An integrative review. *Nurs Ethics* 2017 J Jan 1:969733017724611. Doi: 10.1177/0969733017724611
13. Ribas Ribas S. Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: el estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (2): 60-6.
14. Ribas Ribas S. Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2). *Med. Clin (Barc)* 2007; 128 (6): 219-25.
15. Toro Flores R, Bravo Agüi P, Catalán Gómez MV, González Hernando M, Guijarro Cinesergue MJ, Moreno Vázquez M, Roch Hamelin I, Velasco Sanz TR. Opinions of nurses regarding conscientious objection. *Nurs Ethics*. 2017 Jan 1:969733017731915. doi: 10.1177/0969733017731915
16. Drought T. Aplicación de la ética basada en principios al ejercicio y la organización de la enfermería. En *Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L (edit.) Madrid: Triacastela; 2009. Pág. 126.
17. Otto S. A nurse's lifeline. *Am J Nurs* 2000; 100 (12): 57-59.
18. Bermejo JC. *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto*. (2ª ed.) Bilbao; Desclée De Brouwer: 2015.
19. Chambliss DF. Beyond caring, hospitals, nurses, and the social organization of ethics. Citado por Meiche Pang S. Análisis crítico del planteamiento basado en principios. En *Ética en Enfermería. Conceptos fundamentales de su enseñanza*. Davis AJ, Tschudin V, de Raeve L (edit.) Madrid: Triacastela; 2009. Pág. 113.
20. Watson J Watson J, *Caring science: a core science for health professions*. Filadelfia: FA Davis; 2004.
21. Arredondo-González C.P, Siles-González, J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* v.18 n.1 Granada. Ene.-mar. 2009.
22. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código Deontológico Del CIE para La profesión enfermera. Ginebra: CIE; 2012. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/about-icn/code-of-ethics-for-nurses/>
23. American Society for Bioethics and Humanities. Core competencies for health care ethics consultation. Glenview: American Society for Bioethics and Humanities;1998.
24. Gracia Guillén D. *Como Arqueros al blanco*. Madrid: Triacastela; 2004. p 463.
25. Robertson D. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. *J Med Ética* 1996; 22 (5): 292-9.
26. Casado M, López Baroni MJ. *Manual de Bioética laica (I)*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2018. Pág. 20.
27. Gaudine A, Lamb M, LeFort SM, et al. Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees. *Nurs Ethics* 2011; 18 (6).

ANEXO 1. Hoja de información a los participantes del estudio.**ESTUDIO SOBRE EL ROL DE LAS ENFERMERAS EN LOS COMITÉS DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Estimadas compañeras-os:

Somos un grupo de enfermeras-os pertenecientes a XXXXXXXXXXXX , queremos realizar un estudio sobre el papel que desempeña las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria (CEAS) de la Comunidad de Madrid.

Para realizar el estudio, necesitamos conocer una serie de datos y opiniones que se recogerán en la encuesta que se envía. Por este motivo nos dirigimos a usted con el propósito de solicitarle su colaboración respondiendo a esta breve encuesta, con la seguridad de que su opinión será de gran utilidad para poder realizar el estudio, del que nos comprometemos a comunicar los resultados obtenidos.

La participación en el estudio es voluntaria y anónima. La encuesta consta de 19 preguntas, su cumplimentación se realiza telemáticamente en un tiempo estimado de 8 minutos y se remite automáticamente al equipo de investigación de XXXXX.

El plazo máximo para enviar el cuestionario es el 28 de octubre de 2018.

La información facilitada será absolutamente confidencial, anónima y tratada únicamente a efectos estadísticos para la realización del estudio según normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Con el fin de respetar la confidencialidad de los participantes, en el estudio se omitirá cualquier tipo de información que pudiese identificar el centro al que están adscritos los participantes.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración que necesite.

Muchas gracias

XXXXXXXXXX

E-mail: xxxxxxxx.xxxxxx@gmail.com

ANEXO 2. Encuesta sobre el rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

Estudio sobre el rol de las enfermeras y enfermeros en los Comités de Ética Asistencial en la Comunidad de Madrid

Somos un grupo de enfermeras-os pertenecientes a xxxxxxxxxxxx , queremos realizar un estudio sobre el papel que desempeña la enfermería en los Comités de Ética Asistencial (CEAS) de la Comunidad de Madrid.

Para la realización de este estudio, necesitamos conocer una serie de datos y opiniones que se recogerán en el cuestionario que se adjunta. Por este motivo nos dirigimos a Vd. con el propósito de solicitarle su colaboración, con la seguridad de que su opinión será de gran utilidad para poder realizar el estudio.

En este sentido, le aseguramos que la información facilitada será absolutamente confidencial, anónima y tratada únicamente a efectos estadísticos para la realización del estudio según normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal.

Quedamos a su entera disposición para cualquier aclaración que necesite.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX
 xxxxxx.xxxxxx@gmail.com

Estudio sobre el Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid

1. Sexo

Marca solo un óvalo.

- Mujer
 Hombre

2. Edad

3. Años de antigüedad como enfermera-o

4. Ámbito laboral*Marca solo un óvalo.*

- Público
- Privado
- Concertado
- Otro:
- Otro: _____

5. Perfil profesional*Marca solo un óvalo.*

- Clínico- asistencial
- Organización y gestión
- Otro:

6. Ámbito de actuación institucional de CEAS*Marca solo un óvalo.*

- Hospital de agudos
- Centro sociosanitario
- Centro de salud mental
- Atención primaria
- Otros:

7. Tiempo de pertenencia al CEAS

8. Cargo que ocupa en el CEAS*Marca solo un óvalo.*

- Presidente-a
- Vicepresidente-a
- Secretario-a
- Vocal

9. Número de casos tratados en CEAS durante los cinco últimos años

10. Número de casos tratados en el CEAS durante los cinco años en los que usted ha sido ponente

11. Formación en bioética*Marca solo un óvalo.*

- Ninguna
- Pregrado
- Cursos posgrado
- Master o Experto Universitario
- Otra:
- Otro: _____

12. Número de publicaciones relacionadas con la bioética realizadas en los últimos cinco años

13. Número de comunicaciones o ponencias relacionadas con la bioética presentadas a congreso o jornadas científicas en los últimos cinco años

14. Tiempo dedicado a su formación en bioética

Marca solo un óvalo.

- > 20 horas mensuales
- De 5 a 20 horas mensuales
- < 5 horas mensuales

15. ¿Participa como docente en los cursos de formación que realiza el CEAS al que usted pertenece?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

16. ¿Participa como docente en otros cursos de formación en bioética?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

17. ¿Como enfermera-o que significa para usted formar parte del CEAS?

18. En su opinión y en relación con su experiencia como miembro del CEAS ¿Qué aportaciones realizan las enfermeras -os a los CEAS?

19. En su opinión serían mejorables estas aportaciones

Marca solo un óvalo.

- No, creo que están bien
- Sí. En este caso conteste a la pregunta siguiente

20. ¿Qué mejoras propondría para mejorar las aportaciones de las enfermeras-os en los CEAS?

21. ¿Cuántas enfermeras-os hay en su CEAS?

22. ¿Cuántos médicos hay en su CEAS?

23. ¿Cual es el número total de miembros de su CEAS?

24. Tipo de CEAS

Marca solo un óvalo.

- Local
- Multicéntrico

25. ¿Desea añadir algo más?
