

ORIGINAL

¿Qué saben los residentes de los comités de ética asistenciales y de investigación?

Ester Zamarrón de Lucas¹, Carlos Carpio Segura¹, Pablo Mariscal Aguilar¹, Sergio Alcolea Batres¹, Jaime Fernández-Bujarrabal Villoslada^{1,2}, Rosario Torres Santos-Olmo³, Delia Romera Cano¹, Daniel Pastor Morate⁴, Lucía Bailón Álvarez⁵, Alberto Mangas Moro¹, Rodolfo Álvarez-Sala Walther¹, Concepción Prados Sánchez¹

- (1) Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma Madrid. IdiPAZ.
- (2) Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos.
- (3) Comité de Ética Asistencial
- (4) Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma Madrid. IdiPAZ.
- (5) Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma Madrid. IdiPAZ.

RESUMEN

Introducción. Una de las funciones de los comités de ética asistenciales (CEA) y de investigación con medicamentos (CEIm) en los hospitales es ayudar al personal sanitario, entre los que se encuentran los médicos internos residentes (MIR), a resolver conflictos éticos y dar formación. Nuestro objetivo fue valorar el grado de conocimiento de los MIR acerca de estos comités.

Método. Se realizó una encuesta on-line de forma voluntaria y anónima a MIR de todos años de formación de diferentes especialidades de un hospital terciario.

Resultados. De 203 MIR encuestados 112 respondieron (55,2%). El 95% conocía la existencia del CEA, 14% lo habían consultado y el 79% pensaban que podría ser consultado por cualquier profesional. El 53% conocía la definición correcta de la bioética y el 68% desconocía el concepto de "futilidad terapéutica". El 82% consideraban que los problemas de comunicación entre el personal sanitario-familia-paciente eran un problema ético. El 76% valoró que el consentimiento informado no es suficiente para exonerarse de problemas futuros. El 68% consideró que era necesario consultar un CEIm para llevar a cabo un estudio revisando historias clínicas de pacientes.

Conclusiones. Por todo ello, aunque los MIR conozcan la existencia de los CEA y CEIm, no los consultaban frecuentemente. Sería aconsejable llevar a cabo formación para que los residentes comprendan el valor de estos Comités, tanto en su práctica asistencial como en la investigación.

Palabras clave: bioética; comité de ética; residentes

ABSTRACT

Introduction. One of the functions of Clinical Ethics Committees (CEC) and Research Ethics Committees with Medicines (RECm) in hospitals is to assist healthcare personnel, including medical residents (MIR), in resolving ethical conflicts and providing training. Our objective was to assess the level of knowledge of MIR regarding these committees.

Method. An online survey was conducted voluntarily and anonymously among MIR of all years of training from various specialties in a tertiary hospital.

Results. Out of 203 MIR surveyed, 112 responded (55.2%). 95% were aware of the existence of the CEC, 14% had consulted it, and 79% believed it could be consulted by any professional. 53% knew the correct definition of bioethics, and 68% were unaware of the concept of "therapeutic futility." 82% considered that communication problems between healthcare personnel, family, and patients were an ethical issue. 76% believed that informed consent is not sufficient to avoid future problems. 68% considered it necessary to consult an RECm to conduct a study reviewing patient medical records.

Conclusions. Therefore, although MIR are aware of the existence of CEC and RECm, they do not frequently consult them. It would be advisable to provide training so that residents understand the value of these committees, both in their clinical practice and in research.

Key words: bioethics; ethics committee; residents.

Recibido: 25/01/2025. Aceptado: 25/02/2025. Publicado: 24/03/2025

Correspondencia: Ester Zamarrón de Lucas ester.zamarron@gmail.com

Copyright: © Editorial Universidad de Sevilla. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia de uso y distribución Creative Commons con reconocimiento, no comercial y compartir igual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0)

<https://dx.doi.org/10.12795/innovamedica.2025.i01.02>



Introducción

El periodo de médico interno residente (MIR) es una etapa más de la vida de un médico. Los médicos en formación MIR son jóvenes proyectos que se desarrollan dentro del mundo de la salud. Mientras ganan responsabilidad, autoridad, capacidad de decisión o libertad se alejan de la protección, la tutoría, el abrigo de los mayores. A lo largo de su vida surgirán inevitablemente conflictos de difícil solución, que a veces considerarán imposibles.

La ética se define como la parte de la filosofía que trata del comportamiento humano y del fundamento de sus valores. Como médicos, gran parte de la vida pasará sumida en la práctica médica asistencial, regida por un código de actuación muy concreto: la deontología médica, lo que debería ser el día a día (1). En el cuidado de las personas y, en nuestro caso, en el cuidado de los enfermos, surgen dilemas, conflictos, dudas y limitaciones con cada decisión, ante la posibilidad de hacer lo correcto o no. El dilema surge cuando, al poseer mayor poder de resolución, aparecen mayores responsabilidades y, con ello, el intento de responder a la pregunta: ¿Cómo tomar decisiones ante conflictos acaecidos durante la práctica médica asistencial?

En los orígenes de la profesión médica se encuentran diferentes códigos que intentaron regir su trabajo: el juramento Hipocrático, la oración de Maimónides, la máxima “*Primun non nocere*”... A pesar de ello, el cuerpo médico se ha visto envuelto en graves crímenes contra la humanidad que han trascendido a la historia (2). El amplio campo de la bioética se desarrolló con mayor fuerza en la última mitad del siglo XX a raíz de la II Guerra Mundial, a partir de la cual se empezó a desarrollar, de forma más contundente, la ética en la intervención asistencial y en la investigación. A partir de este momento, se escriben y reescriben códigos y juramentos que tienen como objetivo regular la actividad clínica, como son: la “Declaración de Ginebra” del año 1948, la “Declaración de Helsinki” de 1964, la “Declaración de Tokio” en 1975, el “Informe Belmont” de 1978, hasta el moderno “Charter on Medical Professionalism” (3).

Dentro de los hospitales existen los comités de ética asistenciales (CEA), desafortunadamente poco conocidos entre los MIR. Su origen se apoya sobre el trabajo del Informe Belmont y de Beauchamp y Childress de 1979 donde se asientan los cuatro principios de la Bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (4).

La historia de los CEA se inicia en los años 60, asumiendo un importante papel en la organización de los hospitales entre 1970 y 1980. Pero no es hasta a partir de los 90, cuando emergen con algunos de sus objetivos básicos, que se han mantenido hasta nuestros días: estudio, educación y consejo sobre los conflictos de valor y dilemas en medicina (5, 6). Uno de los primeros comités surgió el año 1961 en Seattle (Estados Unidos) con la finalidad de decidir a qué pacientes renales se les daba acceso o no a un nuevo tratamiento de diálisis en un contexto de gran número de pacientes y escasez de recursos (7). Más tarde, en 1975 se publicó la primera sugerencia sobre la creación de un CEA por la pediatra Karen Teel, a raíz del caso de Karen Ann Quinlan. Karen Teel sugirió la creación de estos organismos con la finalidad de establecer un diálogo entre profesionales para ayudar a dar solución a determinadas situaciones clínicas individuales (6-8).

De forma paralela, se fueron desarrollando los comités de ética de la investigación con medicamentos (CEIm). Aunque existen numerosos casos en investigación que han contribuido a su formación, los casos revelados en los Juicios de Nuremberg dejaron claro la necesidad de su existencia (9). Su objetivo es prevenir los abusos en la investigación en humanos y garantizar que los derechos y el bienestar de los participantes en la investigación sean protegidos y respetados (9).

El desarrollo de los CEA y CEIm ha venido marcado por los cambios social, legal, político y tecnológico actuales. Dado que, a pesar de su larga historia y que su visibilidad sigue siendo escasa, nos planteamos valorar el conocimiento que tienen los médicos en período de formación especializada sobre los CEA y CEIm en un hospital de tercer nivel.

Método

Se trató de un estudio observacional transversal llevado a cabo a un grupo de MIR de neumología, cirugía general y medicina interna de un hospital de tercer nivel dentro de su marco formativo. Se realizó una encuesta on-line durante siete días, que se contestó de forma voluntaria y anónima con el título de “Encuesta sobre bioética para residentes”. Dentro de la convocatoria, se encontraban residentes de todos los años de formación y de las diferentes especialidades (médicas, quirúrgicas, médico-quirúrgicas y otras). La encuesta se llevó a cabo mediante la plataforma Zoho Survey (www.zoho.com/survey). Se mandó a todos los participantes vía correo electrónico y redes sociales.

Tabla 1. Cuestionario empleado.

Pregunta	% respuestas
1. ¿Sabes qué existe un comité de bioética asistencial y de investigación en el hospital?	
a) Sí	95
b) No	5
2. ¿Consultó alguna vez a un comité?	
a) Sí	14
b) No	86
3.- Si es NO, ¿por qué?	
a) No sabe/no contesta	67
b) Porque no tengo problemas éticos	31
c) Porque creo que estos comités no resuelven nada	1
d) Porque estoy capacitado para resolver cualquier problema	1
4. ¿Quién crees que puede consultar al comité de bioética y de investigación?	
a) El jefe de servicio	7
b) El médico responsable del caso/investigación	21
c) Cualquier profesional que tenga un problema ético	79
d) Una junta médica	6
5. ¿Consideras que los problemas de comunicación personal sanitario-paciente-familia son un problema ético?	
a) Sí	82
b) No	18
6. ¿Cómo definirías la bioética?	
a) Estudio de la conducta humana en las ciencias de la vida y atención de la salud sobre la base de valores morales	53
b) Estudio de la conducta humana vinculado a la problemática de la relación médico-paciente	45
c) Estudio de los principios éticos y morales aplicados a la relación médico paciente	4
7. ¿Sabes qué es la futilidad terapéutica?	
a) Sí	68
b) No	32
8. ¿Sabrías qué principio de bioética se afecta cuándo realizar una intervención quirúrgica porque tú (médico) consideras que es bueno para el paciente?	
a) Autonomía	32
b) No maleficencia	8
c) Beneficencia	59
d) Justicia	1
9. ¿Sabrías qué principio de bioética se afecta cuándo se toma una decisión entre enfermería-médico-familia, con un paciente capaz?	
a) Autonomía	88
b) No maleficencia	9
c) Beneficencia	3
d) Justicia	0
10. Para llevar a cabo un estudio revisado historias clínicas de pacientes ¿es necesario consultar con el Comité de ética de investigación?	
a) Sí	68
b) No	32
11. ¿Consideras que la firma del consentimiento informado es suficiente para exonerarte de problemas asistenciales y en la investigación?	
a) Sí	
b) No	

La encuesta completa se muestra en la tabla 1. La encuesta constaba de 11 preguntas, todas ellas revisadas por el CEA y CEIm de nuestro centro, mediante las cuales se exploraron conocimientos básicos de bioética médica y de investigación, así como tres situaciones clínicas muy similares a casos reales, con el fin de aplicar los conocimientos en ética asistencial y de investigación que los residentes poseían. Además, se exploraron datos demográficos, experiencia profesional en el campo de la bioética asistencial y de investigación y el grado de preparación previo sobre dichos temas.

En la recogida de datos de la encuesta se mantuvo siempre el anonimato. Los datos

estadísticos se recogieron de los obtenidos desde la encuesta on-line y se expresaron como número y porcentaje de contestaciones.

Resultados

La encuesta fue enviada a 203 MIR y fue respondida por 112 (55,2%) de ellos, distribuidos en los diferentes años de residencia (32 del primer año (R1), 21 de segundo (R2), 37 del tercero (R3) y 25 de cuarto (R4) y quinto (R5)). Con respecto al reparto entre las diferentes especialidades, el 74% de los que contestaron la encuesta fueron residentes de especialidades médicas (tabla 2).

En las cuatro primeras preguntas se pudo explorar el conocimiento de los participantes sobre los CEA y CEIm en general y el CEA y CEIm del hospital donde se realizó la encuesta, valorando su función y utilidad. El 95% de los residentes encuestados conocían la existencia de ambos comités, aunque únicamente el 14% referían haberlo consultado alguna vez. Entre los motivos de aquellos que nunca habían consultado, la respuesta más frecuente fue “porque no se me ocurrió” en el 67%. El 79% estaba de acuerdo en que el comité podía ser consultado por cualquier profesional que tuviera un conflicto ético.

Tabla 2. Características profesionales de los residentes participantes en la encuesta.

Variable	Resultado n (%)
Año de residencia	
MIR 1	32 (31,5%)
MIR 2	21 (18,9%)
MIR 3	37 (33,3%)
MIR4 – MIR5	25 (22,2%)
Tipo de especialidad	
Médica	83 (74,1%)
Quirúrgica	12 (10,7%)
Médico-quirúrgica	6 (5,4%)
Otras	16 (14,3%)

La tabla muestra porcentajes y número de respuestas en cada categoría.

El 82% consideraban que los problemas de comunicación entre el personal sanitario, el paciente y la familia eran un problema ético. Respecto a los conocimientos más teóricos sobre bioética, únicamente el 53% conocía la definición correcta de la bioética como “estudio de la conducta humana en las ciencias de la vida y atención de la salud sobre la base de valores morales” y el 68% desconocían el término futilidad terapéutica.

Posteriormente se pusieron dos escenarios hipotéticos de bioética:

1) Ante el escenario hipotético de “la realización de una intervención quirúrgica que se pretende llevar a cabo porque su médico lo considera bueno para el paciente”, se preguntó sobre qué principio ético estaría afectado, coincidiendo el 59% en el principio de beneficencia.

2) En el segundo escenario, donde se interrogaba sobre el principio ético involucrado cuando “se toma una decisión entre enfermería, el médico y la familia en un paciente capaz”, el 88% coincidían en que el principio afectado era el de autonomía.

Por último, el 68% de los residentes estaban de acuerdo con que es necesario consultar el comité de ética de investigación para un estudio

que precise revisar las historias de pacientes y, por otro lado, el 76% respondía que el consentimiento informado no es suficiente para exonerarse de problemas. Ante la pregunta de “¿por qué no?” se encontraron diferentes respuestas como “hay que comprobar que está bien comprendido por el paciente”, “porque hay consentimientos que requieren un consentimiento verbal”, “porque considero que, aunque el paciente nos da su consentimiento y acepte las posibles consecuencias negativas, el médico debe considerar la indicación de determinados procedimientos y aceptar la responsabilidad de lo que de ellos se derive”.

Discusión

El importante desarrollo científico y tecnológico en el que nos encontramos desde hace décadas ha ocasionado que, en muchas ocasiones, el personal sanitario se encuentre ante problemas de naturaleza bioética difíciles de resolver. El dilema puede enfrentar lo que es técnicamente posible frente a lo éticamente recomendable. En ocasiones, el propio avance tecnológico plantea cuestiones de índole moral, pudiendo enfrentar nuestros valores frente a los de nuestros pacientes y/o sus familiares, mediante la llamada deliberación (9-11).

Ha sido tal la evolución de los CEA y CEIm que, en la actualidad, la presencia de estos comités es algo habitual, formando parte del proceso de calidad del centro hospitalario. Se trata de órganos consultivos e interdisciplinarios constituidos por profesionales procedentes de diversos ámbitos del mundo hospitalario y pacientes. En ellos se reflejan y evalúan cuestiones y dilemas morales que surgen todos los días en el curso de la práctica clínica e investigación, compartiéndolos con otros profesionales sanitarios y representantes de la comunidad (12). Sin embargo, todavía muchos consideran que existe un “agujero” en la comunicación entre la parte práctica de los clínicos y la más filosófica de los éticos (13). Entre las funciones que desempeñan los CEA y CEIm destacan la propuesta de medidas encaminadas a la protección de los derechos de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sanitario, el asesoramiento de los profesionales de la salud, de los ciudadanos y de las administraciones sanitarias en la toma de decisiones que puedan suponer conflictos éticos, o la promoción de la formación en bioética de los profesionales sanitarios (4, 14). Magelssen et al (14) recientemente señalaron que la formación en ética ayudaría a alcanzar los cuatro roles necesarios para el éxito en la función de los comités: conciencia inicial, identificación de los desafíos morales, asistencia

en el análisis y la argumentación (15), pero ¿cuándo se debe adquirir esa formación?

Desde mediados de los 80 y los 90, en Estados Unidos se incorporó la enseñanza de ética en las universidades y en los programas de la residencia, de forma que en el 2000 casi el 80% de la educación médica en Canadá y Estados Unidos tenía asignaturas sobre bioética; lo mismo ocurrió hacia 2007 en Europa. En España, en 2014-15 solo un quinto de las facultades de Medicina españolas cumplía con el mínimo de créditos nacionales, según la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (15).

Acercándonos más a la esfera sanitaria y, específicamente, a la esfera de los médicos en formación, quisimos conocer cuál es su relación/visión y qué saben de los comités de ética que existen en los hospitales. Para ello realizamos la encuesta previamente descrita a MIR, de diferentes años y especialidades. Del análisis de esta encuesta podemos destacar varios puntos.

La mayoría de los residentes conocían la existencia del CEA y CEIm (95%), aunque fue una minoría el que alguna vez lo consultó (14%), a pesar de que la mayoría sabía que cualquier profesional que tuviese un problema ético podía hacerlo (79%). Se han publicado diferentes trabajos en los que se analizaba, también mediante encuestas a personal sanitario (médicos y enfermería), su conocimiento sobre estos comités (16, 17). En este estudio, sólo contestó un 25,6% de médicos y 60,7% de la enfermería: en cuanto a su relación con el CEA, teniendo en cuenta que el 50% de los médicos consideraron que los conflictos éticos tenían gran relevancia en su práctica clínica, sólo el 16,7% de los médicos y un 5,6% del personal de enfermería habían consultado alguna vez. Curiosamente, los profesionales más antiguos discutían mucho menos los conflictos éticos que el resto del equipo e, igualmente, tampoco se solía comentar este tipo de casos con equipos multidisciplinarios (46,7%). Una respuesta representativa fue que hasta un 13% encontró difícil la implementación de las ideas aportadas por el CEA (17). En nuestro caso, al interrogar sobre la comunicación con el CEA y el CEIm, muchos de los encuestados no tenían claro poder consultar directamente, sin el visto bueno del jefe de servicio o la dirección. Por ello consideramos que podría ser beneficioso que los CEA y CEIm realizasen campañas de formación sobre su papel en los hospitales.

La mayoría estaba convencida de que los problemas de comunicación entre el personal sanitario, la familia y el paciente eran un

problema ético (82%). Sin embargo, quedó claro por esta encuesta, que la definición de “bioética”, así como la aplicación de alguno de sus principios, es poco conocida (contestación correcta en un 53% y 59%, respectivamente), hecho que subraya la necesidad de mayor formación en este ámbito, esencial para la vida laboral de nuestro colectivo, tanto a nivel pre como postgrado.

Por otra parte, el concepto de futilidad terapéutica, que recientemente ha sido definido como “la incapacidad de una intervención médica para aportar el beneficio para el cual fue diseñada” (18), resultó desconocido para el 68% de los residentes consultados a pesar de ser una práctica clínica deseable en muchos aspectos y servicios. La mayoría de las guías sobre futilidad terapéutica tienen más de una década de antigüedad, desde su definición por Gonzalo Mendoza del Solar en 2008 (19) hasta otras más recientes en relación a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (“las intervenciones terapéuticas en la UCI deben, generalmente, considerarse como inapropiadas cuando no hay una expectativa razonable de que el paciente vaya a mejorar lo suficiente como para sobrevivir fuera de la UCI,... no hay expectativa razonable de que la función...le permita mejorar lo suficiente como para poder percibir las beneficios de su tratamiento”) (20).

Con relación al consentimiento informado, más de la mitad de los que contestaron estaba de acuerdo en que no es suficiente para exonerarse de problemas (76%). Esto significa que, a pesar de que todavía el 100% de los jóvenes especialistas no comprendía la trascendencia de este documento, el conocimiento se va extendiendo. Se trata de un documento legal que debemos conocer y aplicar cada vez más en nuestra práctica (6, 21). Según Simón (22), la idea que late es que las relaciones humanas no pueden basarse en una concepción vertical, en la que una de las partes detenta todo el poder; el paciente debe ser competente, estar adecuadamente informado y en ningún caso coaccionado (21, 23). No debemos olvidar que además se trata de un documento prioritario en la realización de investigación clínica con humanos (9, 24). El cambio esperado, sin embargo, se está produciendo lentamente y, especialmente, en una institución clave: las facultades de medicina. Sin embargo, considerando las contestaciones recibidas, nos hace pensar que, probablemente, es necesario reconsiderar la formación en la universidad.

Un 68% reconoció que, aunque el proyecto de investigación a estudio fuese retrospectivo, la revisión de las historias clínicas de pacientes

requiere de un reconocimiento del CEIm. Con relación a esto, en el año 2016 se publicó una encuesta a 48 jóvenes de entre 17 y 19 años en el Reino Unido, a los que se les preguntó si creían que la investigación médica debería estar monitorizada, si conocían la existencia de los CEIm y qué rol deberían desarrollar los mismos. Resultaba curioso que la mayoría de los entrevistados no conocían la existencia de dichos comités. Sin embargo, una vez explicada su labor, la mayoría admitió su importancia en identificar y monitorizar el proceso de investigación, así como en proteger a los participantes. Esto enfatiza, de nuevo, que todavía se necesita más educación y conciencia pública sobre la existencia de dichos comités (25).

El apoyo que ofrecen los CEA a la asistencia sanitaria es una característica establecida en muchos centros hospitalarios, que les otorga un valioso componente de atención médica de alta calidad. Para que esto suceda, es necesario el apoyo por los diferentes profesionales de salud, entre ellos los residentes. La formación ética de los médicos MIR es esencial para enfrentar la complejidad actual de los temas sociosanitarios, lo que requiere un enfoque que combine aspectos científicos, éticos y humanísticos (26). La toma de decisiones éticas no debe depender solo de la experiencia individual, sino también de una formación estructurada (27). Además, dado el crecimiento de la inteligencia artificial y el uso de bases de datos médicas para investigación, se requiere una revisión ética más especializada, lo que resalta la importancia de los comités de acceso a datos en el futuro (28, 29).

Si bien una limitación de este estudio es que fue realizada en un único hospital y por un número limitado de residentes, podemos extrapolar que se precisa dar más a conocer su existencia, su trabajo, así como su fácil acceso si surge un conflicto ético y, en este proceso, debemos involucrar también a aquellos médicos que se encuentran en periodo de formación. Por extensión, consideramos la necesidad de

reevaluar la formación en Bioética en las universidades.

Por todo ello, podemos concluir que los CEA y CEIm son órganos validados, que se engloban dentro del concepto de calidad sanitaria, y que ayudan a la resolución de problemas bioéticos que surgen en el ejercicio del desempeño profesional de la medicina. Sin embargo, aunque se conozca su existencia, entre los MIR no son muy consultados. Se plantea la posibilidad de más formación sobre bioética según el actual plan de formación MIR y si el sistema de troncalidad mejoraría esta deficiencia. Además, es necesaria la realización de campañas para dar a conocer mejor la función de los CEA y CEIm en los centros hospitalarios.

Declaraciones finales

Agradecimientos. A los residentes del Hospital Universitario La Paz por su participación en la realización de la encuesta en la que se basa el trabajo. Al comité de ética asistencial y de investigación por su trabajo y colaboración en el presente trabajo.

Financiación. Los autores declaran que no han dispuesto de fuente de financiación para la realización del presente trabajo.

Contribución. Los Drs. Zamarrón, Mariscal, Alcolea, Álvarez-Sala y Prados han colaborado en la concepción y diseño del manuscrito, recogida de datos, análisis e interpretación de los datos, y redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido. Los Drs. Pastor y Bailón en la recogida de datos, interpretación y diseño del manuscrito. Los Drs. Torres y Fernández-Bujarrabal en la corrección de la encuesta. Las Dras. Romera y Torres, como miembros de docencia, en la motivación para la contestación de la encuesta

Conflictos de intereses. No existen conflictos de intereses potenciales con el contenido del artículo.

Bibliografía

1. Rodríguez Vicente JM. Código de deontología médica. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2022.
2. Seidelman WE. Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *Bmj*. 1996;313:1463-7.
3. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med*. 2002;136:243-6.
4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics, 5th edition. Nueva York: Oxford University Press; 2001.
5. Institutional ethics committees. Committee on Bioethics. *Pediatrics*. 2001;107:205-9.
6. Hook CC, Swetz KM, Mueller PS. Ethics committees and consultants. *Handb Clin Neurol*. 2013;118:25-34.

7. Teel K. The physician's dilemma: a doctor's view--what the law should be. *Bayl Law Rev.* 1975;27:6-9.
8. Annas GJ. Reconciling Quinlan and Saikewicz: decision making for the terminally ill incompetent. *Am J Law Med.* 1979;4:367-96.
9. Lee DW, Lai PB. The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. *Hong Kong Med J.* 2015;21:560-4.
10. Ribas-Ribas S. [Observational study of Healthcare Ethics Committees in Catalonia: CEA-CAT Study (1). Structure and functioning]. *Med Clin (Barc).* 2006;126:60-6.
11. Robinson EM, Cage W, Erler K, Brackett S, Bandini J, Cist A, et al. Structure, Operation, and Experience of Clinical Ethics Consultation 2007-2013: A Report from the Massachusetts General Hospital Optimum Care Committee. *J Clin Ethics.* 2017;28:137-52.
12. Valera L, Russo MT, Curcio G. The Dialogue Between Medical Doctors and Bioethicists: Rethinking Experience to Improve Medical Education. *Cuad Bioet.* 2016;27:163-73.
13. McNair L. Ethical and regulatory oversight of clinical research: The role of the Institutional Review Board. *Exp Biol Med (Maywood).* 2022;247:561-6.
14. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation. *Am J Bioeth.* 2016;16:26-33.
15. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T, Lolas-Stepke F, Almeida-Cabrera R, Brunet J, Bosch-Barrera J. Ethics competences in the undergraduate medical education curriculum: the Spanish experience. *Croat Med J.* 2016;57:493-503.
16. Jansky M, Marx G, Nauck F, Alt-Epping B. Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nurs Ethics.* 2013;20:771-83.
17. Friedrich AB, Kohlberg EM, J RM. Perceived Benefits of Ethics Consultation Differ by Profession: A Qualitative Survey Study. *AJOB Empir Bioeth.* 2023;14:50-4.
18. Brown GT. Medical Futility in Concept, Culture, and Practice. *J Clin Ethics.* 2018;29:114-23.
19. Gonzalo M. El concepto de futilidad en la práctica médica. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2008;21:27.
20. Kon AA, Shepard EK, Sederstrom NO, Swoboda SM, Marshall MF, Birriel B, et al. Defining Futile and Potentially Inappropriate Interventions: A Policy Statement From the Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *Crit Care Med.* 2016;44:1769-74.
21. Hallinan ZP, Forrest A, Uhlenbrauck G, Young S, McKinney R, Jr. Barriers to Change in the Informed Consent Process: A Systematic Literature Review. *Irb.* 2016;38:1-10.
22. Simón P. [Ten myths about informed consent]. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29 Suppl 3:29-40.
23. Cocanour CS. Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg.* 2017;214:993-7.
24. Shepherd L, Macklin R. Erosion of informed consent in U.S. research. *Bioethics.* 2019;33:4-12.
25. Audrey S, Brown L, Campbell R, Boyd A, Macleod J. Young people's views about the purpose and composition of research ethics committees: findings from the PEARL qualitative study. *BMC Med Ethics.* 2016;17:53.
26. Geppert CM, Shelton W. Health Care Ethics Committees as Mediators of Social Values and the Culture of Medicine. *AMA J Ethics.* 2016;18:534-9.
27. Carrese JA, Malek J, Watson K, Lehmann LS, Green MJ, McCullough LB, et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanell Report. *Acad Med.* 2015;90:744-52.
28. Franco D'Souza R, Mathew M, Mishra V, Surapaneni KM. Twelve tips for addressing ethical concerns in the implementation of artificial intelligence in medical education. *Med Educ Online.* 2024;29:2330250.
29. McKay F, Williams BJ, Prestwich G, Bansal D, Treanor D, Hallowell N. Artificial intelligence and medical research databases: ethical review by data access committees. *BMC Med Ethics.* 2023;24:49.