

Universitat de Lleida

## Cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral en alumnos universitarios y profesionales sanitarios

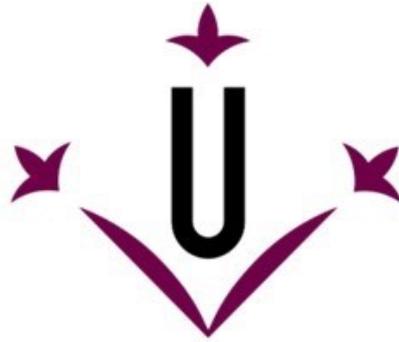
María José Ruiz Montilla

<http://hdl.handle.net/10803/671389>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat de Lleida**

**TESIS DOCTORAL**

Cuestionario sobre conocimientos en bioética  
y actitud moral en alumnos universitarios y  
profesionales sanitarios

María José Ruiz Montilla

Memoria presentada para optar al grado de Doctor  
por la Universitat de Lleida  
Programa de Doctorat en Salut

**Tutor**

Dr. José Javier Trujillano Cabello

**Directores**

Dra. Montserrat Esquerda Aresté  
Dr. Josep Pifarré Paredero

Lleida, 2021



# **Cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral en alumnos universitarios y profesionales sanitarios**

**Investigadora en formación:** María José Ruiz Montilla

**Línea de investigación:** Cirugía Experimental

**Tutor:** Dr. José Javier Trujillano Cabello

**Directores:** Dra. Montserrat Esquerda Aresté  
Dr. Josep Pifarré Paredero



## **Datos generales**

### **Investigadora en formación:**

María José Ruiz Montilla

### **Título de la Tesis:**

Cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral en alumnos universitarios y profesionales sanitarios

### **Línea de investigación:**

Cirugía experimental

### **Directores de la línea de investigación:**

Dr. Juan Olsina Kissler

Dr. José Javier Trujillano Cabello

### **Tutor:**

Dr. José Javier Trujillano Cabello

### **Directores:**

Dra. Montserrat Esquerda Aresté

Dr. Josep Pifarré Paredero



## Dedicatoria

A la memoria de mis padres, Pepita y Nicolás,

esto es muy triste sin vosotros.

A mi hermana Isabel y a Miguel, por estar siempre a mi lado.

A mis sobrinos Alejandro y Adrià, por su apoyo incondicional.

A José Vicente, por ser.



*Después de tantos años estudiando la ética,  
he llegado a la conclusión  
de que toda ella se resume en tres virtudes:  
coraje para vivir, generosidad para convivir,  
y prudencia para sobrevivir.*

*Fernando Savater*



## Agradecimientos

A mi tutor de tesis, el Dr. Javier Trujillano por su inagotable derroche de sabiduría y paciencia. Siempre ha tenido razón. Muchas gracias por todo.

A mis directores, la Dra. Montserrat Esquerda y el Dr. Josep Pifarré por aceptar dirigir este gran reto. Muchísimas gracias.

A mi familia, a quien robé mucho tiempo durante este proceso.

A la familia Marín Vitalla por acogerme y hacerme partícipe de su vida.

A la familia Charles Casas por acompañarme siempre y por ser mi apoyo en estos últimos años. Muchas gracias a todos.

A mis compañeros del Hospital Arnau de Vilanova. A todos ellos, porque sin ellos esto no habría sido posible. Y a los alumnos de la UdL: siempre os estaré agradecida.

A Joan, Oriol, David, María, Anna, Edu y Rousi, mis compañeros de la Unidad de Hemodinámica, y a Lourdes, María, Joana, Pepi y Dolors del Gabinete de Cardiología, quienes me han acompañado siempre.

A Isaac Avellaneda, por su gran ayuda y consejos. Siempre estaré en deuda contigo. Gracias.

A Jesús Sánchez, por acompañarme y apoyarme. Gracias, amigo.

A Josep Maria Pelegrí, por los ánimos y consejos durante todo el proceso. Muchas gracias.

A Joan y a Montse, por su apoyo incondicional, siempre. Muchísimas gracias.



## Resumen

### Introducción

El estudio de la bioética es imprescindible para la práctica de cada una de las profesiones sanitarias. No podemos conformarnos con la adquisición de conocimientos teóricos, sino que debemos profundizar e integrar valores morales. Los profesionales sanitarios pueden olvidar estos conocimientos teóricos adquiridos durante la carrera, pero deben interiorizar estos valores morales para realizar una adecuada atención.

### Objetivo

El objetivo del presente trabajo es conseguir una herramienta capaz de medir tanto conocimientos teóricos en bioética como actitudes morales frente a una situación de conflicto moral.

### Métodos

Metodológicamente el presente estudio se plantea en dos partes diferenciadas. La primera con la creación, prueba piloto y validación del cuestionario. Este cuestionario consta de dos partes bien diferenciadas: un apartado de conocimientos teóricos en bioética y un cuestionario sobre actitudes morales. La segunda parte del estudio se lleva a cabo con profesionales sanitarios del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, de los servicios de Medicina Intensiva y Cardiología, y con profesionales médicos y enfermeros. Y alumnos de los grados de medicina, enfermería, ciencias biomédicas y psicología de la Universitat de Lleida.

### Resultados

Elaboración de un documento final compuesto por un cuestionario de 15 preguntas teóricas relacionadas con diferentes aspectos de la bioética, un cuestionario sobre actitud moral compuesto por 13 escenarios de estrés bioético, y un cuestionario sobre datos demográficos de la población a estudiar. La segunda parte del estudio o puesta en marcha es la aplicación del cuestionario a un total de 93 profesionales (65 enfermeros y 28 médicos) y de 312 alumnos de la UdL. Los resultados sugieren que existen lagunas importantes en conocimiento teórico en aspectos como la legislación sanitaria, el menor o la autonomía del paciente.

### Conclusiones

El cuestionario desarrollado es capaz de medir los conocimientos teóricos sobre bioética aplicado a una muestra de profesionales (médicos y enfermeras) y de alumnos de diferentes grados (medicina, enfermería, ciencias biomédicas y psicología).

El cuestionario desarrollado es capaz de valorar la actitud sobre un conjunto de dilemas bioéticos, que pueden presentarse en la práctica asistencial habitual, aplicado a una muestra de profesionales (médicos y enfermeras) y de alumnos de diferentes grados (medicina, enfermería, biomedicina y psicología).

**Palabras clave:** Conocimientos en bioética, actitud moral, estrés bioético, conflicto moral, resolución de problemas, Comité de Ética Asistencial.



## Resum

### Introducció

L'estudi de la bioètica és imprescindible per a la pràctica de cadascuna de les professions sanitàries. No podem conformar-nos amb l'adquisició de coneixements teòrics, sinó que hem d'aprofundir i integrar valors morals. Els professionals sanitaris poden oblidar aquests coneixements teòrics adquirits durant la carrera, però han d'interioritzar aquests valors morals per a realitzar una adequada atenció.

### Objectiu

L'objectiu d'aquest treball és aconseguir una eina capaç de mesurar tant coneixements teòrics en bioètica com actituds morals davant d'una situació de conflicte moral.

### Mètodes

Metodològicament el present estudi es planteja en dues parts diferenciades. La primera amb la creació, prova pilot i validació del qüestionari. Aquest qüestionari consta de dues parts ben diferenciades: un apartat de coneixements teòrics en bioètica i un qüestionari sobre actituds morals. La segona part de l'estudi es porta a terme amb professionals sanitaris de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, dels serveis de Medicina Intensiva i Cardiologia, i amb professionals mèdics i infermers. I alumnes dels graus de medicina, infermeria, ciències biomèdiques i psicologia de la Universitat de Lleida.

### Resultats

Elaboració d'un document final compost per un qüestionari de 15 preguntes teòriques relacionades amb diferents aspectes de la bioètica, un qüestionari sobre actitud moral compost per 13 escenaris d'estrès bioètic, i un qüestionari sobre dades demogràfiques de la població a estudiar. La segona part de l'estudi o posada en marxa és l'aplicació del qüestionari a un total de 93 professionals (65 infermers i 28 metges) i de 312 alumnes de la UdL. Els resultats suggereixen que hi ha llacunes importants en coneixement teòric en aspectes com la legislació sanitària, el menor o l'autonomia del pacient.

### Conclusions

El qüestionari desenvolupat és capaç de mesurar els coneixements teòrics sobre bioètica aplicat a una mostra de professionals (metges i infermeres) i d'alumnes de diferents graus (medicina, infermeria, ciències biomèdiques i psicologia).

El qüestionari desenvolupat és capaç de valorar l'actitud sobre un conjunt de dilemes bioètics, que poden presentar-se en la pràctica assistencial habitual, aplicat a una mostra de professionals (metges i infermeres) i d'alumnes de diferents graus (medicina, infermeria, biomedicina i psicologia).

**Paraules clau:** Coneixements en bioètica, actitud moral, estrès bioètic, conflicte moral, resolució de problemes, Comitè d'Ètica Assistencial.



## Abstract

### Introduction

The study of bioethics is essential for the practice of each of the health professions. We cannot settle for the acquisition of theoretical knowledge, but we must deepen and integrate moral values. Health professionals may forget this theoretical knowledge acquired during their career, but they must internalize these moral values to provide adequate care.

### Objective

The objective of this work is to obtain a tool capable of measuring both theoretical knowledge in bioethics and moral attitudes in the face of a situation of moral conflict.

### Methods

Methodologically, the present study is presented in two different parts. The first with the creation, pilot test and validation of the questionnaire. This questionnaire consists of two distinct parts: a section on theoretical knowledge in bioethics and a questionnaire on moral attitudes. The second part of the study is carried out with health professionals from the Arnau de Vilanova de Lleida University Hospital, from the Intensive Medicine and Cardiology services, and with medical professionals and nurses. And students of the degrees of medicine, nursing, biomedical sciences, and psychology of the University of Lleida.

### Results

Preparation of a final document consisting of a questionnaire of 15 theoretical questions related to different aspects of bioethics, a questionnaire on moral attitude composed of 13 bioethical stress scenarios, and a questionnaire on demographic data of the population to be studied. The second part of the study or implementation is the application of the questionnaire to a total of 93 professionals (65 nurses and 28 doctors) and 312 students of the UdL. The results suggest that there are important gaps in theoretical knowledge in aspects such as health legislation, the minor, or the autonomy of the patient.

### Conclusions

The developed questionnaire can measure the theoretical knowledge about bioethics applied to a sample of professionals (doctors and nurses) and students of different degrees (medicine, nursing, biomedical sciences and psychology).

The developed questionnaire can assess the attitude on a set of bioethical dilemmas, which can arise in normal healthcare practice, applied to a sample of professionals (doctors and nurses) and students of different degrees (medicine, nursing, biomedicine and psychology).

**Key words:** Bioethics, moral attitude, bioethical stress, moral conflict, problem solving, Healthcare Ethics Committee.



## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>XIII</b>
<b>Resum.....</b>	<b>XV</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>XVII</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
1.1 <i>Presentación.....</i>	3
1.2 <i>Los conceptos de ética y moral.....</i>	7
1.2.1 El concepto de ética.....	7
1.2.1.1 Ética en la antigua Grecia.....	8
1.2.1.2 La ética medieval cristiana.....	9
1.2.1.3 La ética moderna.....	9
1.2.1.4 La ética contemporánea.....	10
1.2.1.5 Concepciones de la ética.....	10
1.2.2 Moral.....	11
1.3 <i>Deontología.....</i>	13
1.3.1 Los códigos de ética o códigos deontológicos en las profesiones sanitarias.....	14
1.4 <i>El Derecho y la relación con la ética.....</i>	17
1.4.1 La responsabilidad de los profesionales de la salud.....	19
1.4.2 Normas en derecho sanitario.....	21
1.4.3 Legislación española relacionada con la sanidad.....	22
1.4.3.1 La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.....	22
1.4.3.2 La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.....	23
1.4.3.3 La Ley Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria.....	24
1.4.3.4 Informe de alta y documentación clínica.....	25
1.4.3.5 Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.....	27
1.4.4 El derecho internacional.....	31
1.5 <i>Estudiando la bioética.....</i>	33
1.5.1 Competencias de la bioética.....	36
1.6 <i>Los comités de ética asistencial.....</i>	39
1.6.1 Historia de los comités de ética asistencial.....	39
1.6.2 Definición de comité de ética asistencial. Ámbito de actuación y funciones.....	41
1.6.3 Composición de los comités de ética asistencial.....	43
1.6.4 Cómo poner en marcha un comité de ética asistencial.....	44
1.6.5 El proceso deliberativo.....	45
1.6.6 Análisis de casos por el comité de ética asistencial.....	46
1.6.7 Algunas consideraciones sobre los comités de ética asistencial.....	47
1.6.8 Reglamento del comité de ética asistencial de Lleida.....	52
1.6.8.1 Funciones del comité de ética asistencial.....	52
1.6.8.2 Composición del comité de Lleida.....	53

1.6.8.3	Funcionamiento del comité .....	53
1.6.9	El consultor ético en Lleida .....	56
1.7	<i>Análisis de la bibliografía</i> .....	58
1.7.1	Aspectos generales .....	58
1.7.2	Currículo formativo (Grado).....	59
1.7.2.1	Grado de enfermería.....	60
1.7.2.2	Grado de medicina .....	61
1.7.3	Actividad profesional (formación continuada) .....	62
1.8	<i>Los temas de interés bioético</i> .....	66
1.8.1	Adecuación del esfuerzo terapéutico .....	67
1.8.1.1	Definición .....	67
1.8.1.2	Adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento y futilidad .....	69
1.8.1.3	Marco legal.....	70
1.8.1.4	Consideraciones éticas según los principios: marco bioético .....	75
1.8.1.5	Cuestiones asistenciales.....	76
1.8.1.6	Cuestiones sociales, de conocimiento cultural y creencias religiosas.....	76
1.8.1.7	Jurisprudencia. ....	77
1.8.1.8	Existencia y aceptación de diversidad de criterios.....	78
1.8.1.9	Conocimientos en bioética y apoyo institucional.....	79
1.8.2	Vulneración de la información clínica .....	80
1.8.2.1	Definición de conceptos: Intimidad, privacidad y confidencialidad .....	80
1.8.2.2	Marco legal.....	82
1.8.2.3	Marco deontológico .....	86
1.8.2.4	Consideraciones éticas según los principios: marco bioético .....	89
1.8.2.5	Problemática. ....	90
1.8.3	Objeción de conciencia .....	92
1.8.3.1	Definición .....	92
1.8.3.2	Marco legal.....	94
1.8.3.3	Marco Deontológico.....	95
1.8.3.4	Regulación bioética de la objeción de conciencia en sanidad.....	96
1.8.3.5	Problemática. ....	97
1.8.4	Justicia distributiva .....	101
1.8.4.1	Definición .....	101
1.8.4.2	Justicia. Felicidad. Orden social justo.....	102
1.8.4.3	Utilitarismo.....	102
1.8.4.4	Igualitarismo.....	103
1.8.4.5	Principios de la Justicia.....	103
1.8.4.6	Marco bioético .....	106
1.8.5	Turismo sanitario .....	116
1.8.5.1	Definición .....	116
1.8.5.2	Marco legal.....	118
1.8.5.3	Marco deontológico .....	119
1.8.5.4	Consideraciones éticas según los principios: marco bioético .....	119

1.8.5.5	Problemática .....	120
1.8.6	Autonomía del paciente.....	122
1.8.6.1	Definición. ....	122
1.8.6.2	Las voluntades anticipadas .....	125
1.8.6.3	Marco legal.....	126
1.8.6.4	Marco Deontológico.....	129
1.8.6.5	Consideraciones éticas según los principios: marco bioético .....	132
1.8.6.6	Problemática .....	133
1.9	<i>Justificación de la investigación</i> .....	135
<b>2.</b>	<b>Hipótesis y objetivos .....</b>	<b>139</b>
2.1	<i>Hipótesis</i> .....	141
2.1.1	Hipótesis conceptuales .....	141
2.1.2	Hipótesis operativas.....	141
2.2	<i>Objetivos</i> .....	142
2.2.1	Objetivo principal.....	142
2.2.2	Objetivos secundarios.....	142
<b>3.</b>	<b>Métodos .....</b>	<b>143</b>
3.1	<i>Contexto de la investigación</i> .....	145
3.1.1	Misión, visión y valores institucionales.....	151
3.2	<i>Métodos</i> .....	152
3.2.1	Etapa preliminar .....	152
3.2.1.1	Primera fase .....	152
3.2.1.2	Segunda parte: metodología Delphi .....	157
3.2.1.3	Tercera fase.....	160
3.2.2	Etapa de puesta en marcha .....	164
3.2.2.1	Profesionales sanitarios .....	164
3.2.2.2	Estudiantes Universitarios de la UdL.....	165
3.3	<i>Método estadístico</i> .....	168
3.4	<i>Consideraciones éticas de investigación</i> .....	169
3.4.1	El informe del comité ético de investigación clínica .....	169
3.4.2	Permiso solicitado a la dirección del Hospital Universitari Arnau de Vilanova.....	169
3.4.3	Permiso solicitado a los Decanos de las diferentes facultades para la realización de la investigación .....	170
3.4.4	Anonimato de los datos de carácter personal .....	170
3.4.5	Consentimiento.....	170
3.4.6	Integridad en la investigación .....	171
3.4.7	Conflicto de intereses .....	171
<b>4.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>173</b>
4.1	<i>Resultados de la etapa preliminar</i> .....	175

4.2	<i>Resultados de la etapa puesta en marcha: profesionales</i> .....	192
4.2.1	Cuestionario de características demográficas y estudios en bioética.....	192
4.2.2	Cuestionario de conocimientos teóricos en bioética.....	194
4.2.2.1	Preguntas del cuestionario.....	195
4.2.3	Cuestionario de actitud moral: escenarios .....	203
4.2.4	Consulta al comité de ética asistencial .....	231
4.3	<i>Resultados de la etapa puesta en marcha: alumnos UdL</i> .....	232
4.3.1	Cuestionario de características demográficas y carreras.....	232
4.3.2	Cuestionario de conocimientos teóricos en bioética.....	233
4.3.2.1	Alumnos del grado de medicina.....	234
4.3.2.2	Alumnos del grado de enfermería .....	234
4.3.2.3	Alumnos del grado de ciencias biomédicas.....	235
4.3.2.4	Alumnos del grado de psicología .....	236
4.3.3	Cuestionario sobre actitud moral: escenarios .....	238
4.3.4	Consulta al comité de ética asistencial .....	265
<b>5.</b>	<b>Discusión</b> .....	<b>267</b>
5.1	<i>Discusión</i> .....	269
5.1.1	El diseño y la construcción del cuestionario .....	269
5.1.1.1	El cuestionario y la bibliografía .....	271
5.1.1.2	Finalidad del cuestionario .....	273
5.1.2	El cuestionario sobre conocimientos teóricos .....	273
5.1.2.1	Alumnos de grado de la Universitat de Lleida.....	273
5.1.2.2	Profesionales sanitarios .....	277
5.1.2.3	Comparación entre las respuestas dadas por los alumnos y profesionales.....	279
5.1.3	El cuestionario sobre actitud moral.....	280
5.1.3.1	Dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico.....	281
5.1.3.2	Dimensión: vulneración de la información clínica .....	286
5.1.3.3	Dimensión: objeción de conciencia.....	289
5.1.3.4	Dimensión: justicia distributiva.....	298
5.1.3.5	Dimensión: turismo sanitario.....	302
5.1.3.6	Dimensión: autonomía del paciente .....	305
5.1.4	El comité de ética asistencial .....	310
5.2	<i>Limitaciones del estudio</i> .....	313
<b>6.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	<b>315</b>
6.1	<i>Conclusiones</i> .....	317
6.2	<i>Aplicabilidad</i> .....	321
6.3	<i>Futuras líneas de investigación</i> .....	322
6.4	<i>Difusión de la investigación</i> .....	323

<b>Bibliografía.....</b>	<b>325</b>
Bibliografía referenciada.....	327
Bibliografía consultada.....	349
Leyes referenciadas.....	371
<b>Anexos.....</b>	<b>375</b>
Anexo A: Consentimiento para realizar la investigación, Hospital Arnau de Vilanova.....	377
Anexo B: Petición a la Secretaria del CEIC.....	378
Anexo C: Respuesta del CEIC.....	379
Anexo D: Carta de petición de consentimiento dirigida a los decanos de la UdL.....	380
Anexo E: Relación de expertos panelistas. Método Delphi.....	381
Anexo F: Información y consentimiento sobre el proyecto.....	382
Anexo G: Cuestionarios.....	384

## Índice de tablas

Tabla 1. Principios y valores .....	4
Tabla 2. Resumen de definiciones del marco teórico.....	38
Tabla 3. Ámbitos asistenciales de cobertura de los comités de ética asistenciales de Catalunya .....	48
Tabla 4. Temática de los casos presentados en los comités de ética asistencial en 2018. ....	49
Tabla 5. Miembros del Comité de ética asistencial de Lleida. 2020 .....	55
Tabla 6. Consultores éticos de Lleida .....	56
Tabla 7. Estados de desarrollo moral: Teoría de Kohlberg .....	58
Tabla 8. Temas relacionados con la objeción de conciencia en sanidad .....	97
Tabla 9. Principios de la justicia .....	103
Tabla 10. Oferta de estudios del curso 2019-20. Universitat de Lleida .....	149
Tabla 11. Descripción del alumnado del curso 2019-20. Universitat de Lleida .....	150
Tabla 12. Cursos del alumnado participante en el estudio, según grado de la Universitat de Lleida .....	167
Tabla 13. Características demográficas de los participantes den el estudio, estudios en ética y profesión. (n=93) .....	193
Tabla 14. Porcentaje de respuestas correctas según profesión. Cuestionario teórico (n=93). 195	
Tabla 15. Datos de género y profesión de los participantes en el estudio.....	202
Tabla 16. Respuestas a los escenarios de Adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	205
Tabla 17. Respuestas a los escenarios de Adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	207
Tabla 18. Respuestas a los escenarios de Vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	209
Tabla 19. Respuestas a los escenarios de Vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	211
Tabla 20. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	213
Tabla 21. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	215
Tabla 22. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	217
Tabla 23. Respuestas a los escenarios de Justicia distributiva (JD). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	219
Tabla 24. Respuestas a los escenarios de Justicia distributiva (JD). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	221
Tabla 25. Respuestas a los escenarios de Turismo sanitario (TS). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	223
Tabla 26. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	225
Tabla 27. Respuestas a los escenarios de Autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	227

Tabla 28. Respuestas a los escenarios de Autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad .....	229
Tabla 29. Características demográficas. Según grado. (n=312) .....	232
Tabla 30. Porcentaje de respuestas correctas según grado. Cuestionario teórico (n=312) .....	233
Tabla 31. Respuestas a los escenarios de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo. ....	240
Tabla 32. Respuestas a los escenarios de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo. ....	242
Tabla 33. Respuestas a los escenarios de vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	244
Tabla 34. Respuestas a los escenarios de vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	246
Tabla 35. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	248
Tabla 36. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	250
Tabla 37. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	252
Tabla 38. Respuestas a los escenarios de justicia distributiva (JD). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	254
Tabla 39. Respuestas a los escenarios de justicia distributiva (JD). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	256
Tabla 40. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	258
Tabla 41. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	260
Tabla 42. Respuestas a los escenarios de autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	262
Tabla 43. Respuestas a los escenarios de autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo .....	264
Tabla 44. Estratos de la personalidad, objetivos educativos y metodologías bioéticas para influir en ellos .....	275
Tabla 45. Horas de la asignatura de bioética en los diferentes grados de la UdL .....	275

## Índice de figuras

Figura 1. Ordenamiento jurídico español .....	19
Figura 2. Ley 41/2002 De autonomía del paciente. Artículos .....	25
Figura 3. Capítulos de Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida .....	27
Figura 4. Actividades para fomentar la humanización en las instituciones sanitarias .....	51
Figura 5. Dilemas del Nursing dilemma test: escenarios .....	60
Figura 6. Dilemas de consenso del The ethics and health care survey instrument .....	61
Figura 7. Dilemas de estudiantes de medicina según el Colegio Brasileño de Médicos .....	62
Figura 8. Dilemas del Integrated ethics staff survey .....	63
Figura 9. Dilemas en enfermería, según la revisión de Rainer .....	63
Figura 10. Dilemas en medicina (pediatría) según la revisión de Ruiz López .....	64
Figura 11. Clasificación del turismo de salud .....	116
Figura 12. Distribución territorial por regiones sanitarias. Catalunya .....	148
Figura 13. Puntuaciones del examen de conocimientos teóricos. (A) Según profesión. (B) Según sexo. (C) Según grupo de edad. (*) Diferencia estadísticamente significativa con $p < 0,05$ (test de Mann-Whitney) .....	202
Figura 14. Puntuaciones del examen de conocimientos teóricos. Según grado y periodo (PRE Y POST asignatura). (*): Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) .....	237

## Índice de gráficas

Gráfica 1. Porcentaje de respuestas superiores a 2 puntos a favor de consultar al comité de ética asistencial, según cada uno de los escenarios .....	230
Gráfica 2. Porcentaje de respuestas superiores a 2 puntos a favor de hacer consulta al comité de ética asistencial según escenario. Valores PRE y POST según año antes y después de cursar la materia. ....	266

## **Índice de abreviaturas y siglas**

AET: Adecuación del esfuerzo terapéutico

AP: Autonomía del paciente

CAM: Medicina complementaria y alternativa

CBC: Comité de Bioètica de Catalunya

CEA: Comité de ética asistencial

CEE: Comunidad económica europea

CEIC: Comité ético de investigación clínica

CI: Consentimiento informado

CNRHA: Comisión nacional de reproducción humana asistida

DPG: Diagnóstico genético preimplantacional

DVA: Documento de voluntades anticipadas

GSS: Gestió de serveis sanitaris

FIV: Fecundación in vitro

IA: Inseminación artificial

ICS: Institut Català de la Salut

ICSI: Inyección intracitoplasmática de espermatozoides

JD: Justicia distributiva

OC: Objeción de conciencia

ONU: Organización de Naciones Unidas

RAE: Real Academia Española

TEHCSI: The ethics and health care survey instrument

TRA: Técnicas de reproducción asistida

TS: Turismo sanitario

UE: Unión Europea

UCI: Unidad de cuidados intensivos

VIC: Vulneración de la información clínica

# **1. Introducción**



## 1.1 Presentación

En la actualidad la consolidación de la bioética como materia universitaria es un hecho constatable (Falcó Pegueroles, 2006), los diferentes grados universitarios introducen en sus planes de estudio esta asignatura. La adquisición de habilidades para resolver situaciones de estrés moral no se consigue solamente gracias a la aplicación de conocimientos teóricos, si no que requiere de una reflexión interna, donde no existen cursos de acción exactos que se puedan estudiar en un libro de teoría (Díaz González, 1999). Los profesionales de la sanidad se enfrentan a nuevos avances tecnológicos que requieren revisiones éticas constantes. Del mismo modo, las relaciones entre los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios han evolucionado, y en muchas ocasiones, se plantean más complejas y difíciles para tratar. La toma de decisiones en salud tiene que ser justificada y adecuada a la situación (Gracia, 2007), requiriendo la presencia de profesionales en nuestra sanidad capaces de dar respuesta a las situaciones que se presentan en la práctica diaria, respuestas a nivel técnico y respuestas a nivel moral (Delgado-Marroquín et al., 2014). Por esto motivo, cobra tanta importancia la bioética, para dar respuesta meditada a las situaciones de conflicto que se generan en la práctica asistencial diaria.

A la pregunta de ¿por qué es necesario enseñar bioética en los grados sanitarios? Se responde de la siguiente manera. A mediados de los años 70 con el surgimiento de la bioética, se plantea la necesidad en las aulas universitarias de aunar tanto los conocimientos teóricos de las diferentes materias, como el conocimiento humanístico, y reflexionar sobre los nuevos paradigmas. El dejar atrás el paternalismo médico más recalcitrante, para centrarse en los derechos humanos, la autonomía del paciente y la distribución de recursos siempre escasos hace necesaria en un primer momento la adquisición de competencias éticas. Hoy en día se plantean nuevos retos, desde técnicas utilizadas para la curación de ciertas enfermedades hasta la terapia génica plantean nuevas preguntas a contestar. La escasez de recursos económicos y las diferencias en la administración de cuidados entre personas de diferentes niveles sociales determinan la necesidad de una nueva formación en ética sanitaria (Vidal, 2012).

Es evidente la necesidad de formación en bioética por parte de los futuros profesionales sanitarios, durante los estudios de grado. Pero ¿qué ocurre cuando estos estudiantes devienen profesionales de la salud? ¿Se olvidan los conocimientos adquiridos durante la carrera? ¿Se dejan de lado estas actitudes adquiridas en los años de formación? Para dar respuesta a estas preguntas, existe gran número de estudios a nivel mundial. Muchos son los investigadores que han detectado esta brecha y se han hecho estas mismas preguntas (Molina Montoya, 2016)<sup>1</sup>.

Como vemos, es mucho el interés que suscita entre los investigadores la formación ética de los profesionales sanitarios. La ética es necesaria porque tenemos conciencia y capacidad para reflexionar. Nuestro trabajo se centra en la atención a las personas, generalmente enfermas. La conciencia nos capacita para darle valor a lo que nos rodea, si no tuviéramos conciencia, nada

---

<sup>1</sup> El artículo de Nancy Molina Montoya recoge aquellas publicaciones que se han generado para dar respuesta a la pregunta de la formación en bioética. El objetivo de mismo responde a por qué es necesario formar a los profesionales de la salud en materia de bioética.

tendría valor. Por otro lado, la capacidad de reflexionar sobre lo correcto y lo adecuado, así como lo que está mal y es inconveniente, nos proporciona el don para tratar la salud de las personas que lo necesiten, que depositan su confianza en nosotros frente a la situación de vulnerabilidad que presentan. La ética nos otorga la posibilidad de reflexionar ante situaciones de conflicto. Los profesionales sanitarios deben cumplir con unos mínimos necesarios para la práctica asistencial, que se adquieren a partir de las enseñanzas universitarias y de los valores que cada persona tenga. De este modo, los valores como la empatía, el respeto, la escucha, la integridad o la confianza, determinan la relación que el profesional tendrá con la persona vulnerable (Tabla 1). Regirse por los principios de la bioética es una buena base donde se construye la personalidad ética del profesional (Souza, Lenin, & Moreno, 2008).

Tabla 1. Principios y valores

Principios	Valores relacionados
Beneficencia	Promoción de una salud integral
	Cuidado
	Comunicación
	Trato personalizado
Autonomía	Promoción de la ayuda mutua en salud
	Empatía
	Información
	Participación en la toma de decisiones
No maleficencia	Consentimiento informado
	Seguridad
	Eficiencia
	Calidad científico-técnica
	Prevención de la enfermedad, la lesión, la medicalización, el sufrimiento y la muerte prematura
	Protección de la salud
	Protección de la intimidad y la confidencialidad
Justicia	No discriminación
	Igualdad de oportunidades
	Equidad en la distribución de recursos
	Equidad intergeneracional
	Enfoque de género
	Enfoque multicultural
	Atención preferente a la vulnerabilidad
Transparencia	
	Responsabilidad social corporativa

Fuente: Elaboración propia, a partir de Sistema sanitario público de Andalucía (Simón Lorda, Esteban López, & Carretero Guerra, 2014)

Ser conscientes de los conocimientos que el personal sanitario posee en relación con la bioética y las actitudes que presentan frente a una determinada situación de estrés moral determinará la calidad de la respuesta dada ante estas situaciones. Se debe fomentar el conocimiento de esta materia, entre los profesionales de la salud, así como se debe dotar a estos de herramientas

para poder detectar estas situaciones y resolverlas de forma adecuada. La forma de resolución de estos conflictos se configura en tres estadios: desde lo personal, a partir de los conocimientos y experiencias propias, lo colectivo, siendo el grupo de profesionales quienes en conjunto aporten las mejores soluciones para la situación, o elevando la duda a un comité de expertos en resolución de problemas éticos: el Comité de Ética Asistencial.

La bioética es una disciplina que abarca un amplio campo de actuación, tanto en su vertiente formativa, como en la práctica asistencial, y nace a partir de tres grandes ejes (Siverino Bavio, 2012) :

- 1) Defensa de los derechos humanos, al finalizar la Segunda Guerra Mundial y la corriente de defensa de los derechos civiles relacionados con la salud en Estados Unidos.
- 2) El desarrollo científico tecnológico.
- 3) La problemática relacionada con la justicia en los temas de salud (Tealdi, 2008).

Las disciplinas con las que se relaciona la bioética con múltiples: se relaciona con lo jurídico, con lo social, con lo médico, con la ecología, con la economía, con la psicología, y con la filosofía.

La relación que tiene la bioética con las leyes es importante y de gran peso. La bioética jurídica se hace evidente en el momento en que se regula la experimentación con seres humanos y se promulga la Declaración Universal de Derechos Humanos que compete a todos los estados del mundo y que todos aceptan cumplirlo. Las normas jurídicas son necesarias a la hora de resolver conflictos derivados de la pluralidad moral de la sociedad, ya que la bioética favorece esta pluralidad social y su objetivo es intentar alcanzar el consenso o el máximo grado de acuerdo entre estas diferentes posturas. Cuando este hecho no se consigue, es el derecho quien debe actuar poniendo los límites de lo que es permitido y de lo que no. Esto aclara la importante relación del derecho y la bioética (Casado González, 2002). Como expresa Casado en su artículo la cooperación entre bioética y derecho no es con el objetivo de aportar una vertiente únicamente legalista a la bioética si no para entender y dar importancia a todos los acuerdos que los países de forma unificada adoptan.

Otros temas de interés bioético que deben ser regulados con normativa jurídica serían los relacionados con la muerte asistida, la manipulación genética, o la terapia con trasplante de órganos.

La relación de la bioética con el tema médico es el argumento de la presente investigación. Los valores que deben regir la actuación sanitaria son claros y diversos, y se deben respetar de forma cuidadosa, evitándose así actos no éticos. La concepción principialista promulgada por Beauchamp y Childress sostiene que existen cuatro principios que deben regir la actividad sanitaria:

- Principio de no maleficencia: “*primum non nocere*” lo primero es no hacer daño.

- Principio de autonomía: con la posibilidad de toda persona a tomar sus propias decisiones.
- Principio de beneficencia: los actos sanitarios deben crear un beneficio para la persona que lo recibe.
- Principio de justicia: repartición de recursos de forma equitativa para todos los individuos.

La bioética se relaciona con lo médico y con el derecho en tanto que las actuaciones sanitarias deben cumplir una serie de valores éticos y a su vez apoyados por una legislación que aporte claridad a los actos en salud, y en los que se pueda crear alguna duda en su resolución o ejecución (Araujo, 2018).

La ética del medio ambiente es la ecología. La emisión de contaminantes y los escasos recursos naturales que existen obligan a los países a plantearse la naturaleza como un ser vivo al que hay que proteger y al que hay que cuidar (Aliciardi, 2009). Por supuesto, las políticas de cada país en relación con las emisiones de gas a la atmósfera o a la contaminación, deben ser promulgadas por los diferentes gobiernos, pero a nivel individual cada ciudadano debe comprometerse con el cuidado al medio ambiente, y aportar soluciones individuales al tema.

La relación de la bioética y la filosofía también es clara ya que la ética es una parte de la filosofía (Ferrer, 2009). La bioética es ante todo discurso ético.

## 1.2 Los conceptos de ética y moral

### 1.2.1 El concepto de ética

La ética estudia la conducta humana: es la ciencia del comportamiento moral de los individuos en la sociedad (Sánchez Vázquez, 1999). Ciencia fundamentada, que nos indica el modelo que debe regir nuestra actuación, prescriptiva y paradigmática, donde se estudia y analiza las cosas buenas, las actuaciones correctas y sugiere los preceptos de los modelos de conducta a seguir por el hombre (Cortina, 2000). El fin de este modelo es conseguir que lo bueno se imponga sobre lo malo. Por supuesto, no es una ciencia experimental como la física, su fundamentación se realiza por medio de la razón, que explica qué consecuencias surgen de los actos que realiza un individuo, una sociedad.

La ética es, por lo tanto, una ciencia normativa (Beck, 2004) en la que existen unas normas que se han de cumplir y que dirige al ser humano hacia una actuación correcta. Por este motivo, la ética no se puede cambiar a conveniencia o según criterios anárquicos con justificaciones poco correctas. El conocimiento de estas normas hace que se pueda actuar de forma ética.

La ética es una rama de la filosofía incluida en las disciplinas de carácter práctico, donde se tienen en cuenta los principios, fenómenos y esencia del ser humano en su práctica cotidiana (Ríos Gutiérrez, 2013). Otras ramas de la filosofía práctica son: la estética, la antropología filosófica, la filosofía de la religión y la filosofía del derecho.

Si nos centramos en la raíz etimológica de ética, esta proviene del término griego *ethos* que significa modo de ser carácter (Guzmán, 2011), temperamento o hábito. Este hábito va forjando el carácter del hombre, de ahí la relación con la moral, etimológicamente derivado del latín *moris*, que significa costumbre, en la forma de actuar, y reglas y normativa que se asientan después de crearse el hábito en una actuación.

Sánchez Vázquez expone: *“el objeto de estudio de la ética lo constituye un tipo de actos humanos: los actos conscientes y voluntarios de los individuos que afectan a otros, a determinados grupos sociales, o a la sociedad en su conjunto* (Sánchez Vázquez, 1999).

Su objeto se dirige a resolver cuáles son los fines auténticos del obrar humano. Fundamentar lo moral. Etimológicamente nuestra historia nos demuestra que el término *ética* en muchas ocasiones lleva a error. Los alumnos, en escuelas laicas, deben elegir entre dos asignaturas: ética y religión. Quien no escoge religión, por motivos claros, se queda con la opción de la ética. Esta historia reciente nos ha marcado profundamente. No queremos confundirnos con los términos empleados (Cortina Orts, 2001). Los contenidos de esta asignatura bien podrían explicarse como un saber moral, un contenido de normas cívicas y de comportamiento, y saber hacer frente a determinadas situaciones que se dan en la vida diaria. Pero no queremos confundirnos, no podemos alimentar esta confusión. Esta asignatura trataría más bien de la moral, de los actos personales de las personas, de cómo actúan frente a situaciones concretas. De forma personal y autónoma, y de forma colectiva, como pueblo, como sociedad. No podemos incurrir en el error histórico de relacionar la *moral*, con aquella moral inculcada por determinadas políticas

extremistas que un día determinó nuestro presente. Por este motivo, el término ética aparece como más adecuado a la hora de expresar el verdadero contenido de esta materia. Aun cuando este saber filosófico, esta teoría moral, fuera el objeto verdadero de la asignatura se prefiere optar por contenidos donde se prepare a los alumnos a enfrentarse a determinadas situaciones y donde se instruya a los mismos a optar por unas actitudes “correctas” frente a estas situaciones.

La ética estudia el actuar humano que es considerado de valor, de obligado cumplimiento y correcto.

La historia nos revela el interés por la ética. Desde la Grecia antigua, hasta los tiempos actuales grandes pensadores han tomado parte en la resolución del entramado ético. Los cambios sociales implican una reevaluación de los principios y valores de la sociedad. Por este motivo, surge la necesidad de reflexión continua, de interrogarse constantemente, de formular nuevas preguntas, y de dar respuesta a las mismas, ajustándose a los tiempos, a las sociedades, a los cambios. Del momento, del entender de la vida y de la necesidad de nuevas respuestas, surgen las diferentes corrientes filosóficas a lo largo de la historia. A continuación, se detalla la cronología de la historia de la ética.

#### **1.2.1.1 Ética en la antigua Grecia.**

El pensamiento filosófico surge con los pensadores de la antigua Grecia (Singer, 1993). La gran preocupación que suscitan los problemas del hombre en sociedad y del hombre político, favorece las ideas filosóficas de aquellos llamados *presocráticos*. Son filósofos de la naturaleza. Pensadores que vivieron la época anterior a Sócrates (Desde el año 624 a.C. hasta el siglo V a.C.) Pensadores como Tales de Mileto, Pitágoras, Heráclito, Parménides, Anaxágoras, Leucipo, etc., transformaron el pensamiento ritual, religioso y mítico, por la razón y el logos.

El movimiento intelectual *sofista* surgió en la Grecia en el siglo V a.C. (Cadavid Ramírez, 2014). La palabra sofista significa sabia, y la palabra sofía, sabiduría. Eran maestros, que enseñaban sobretodo la disciplina de convencer con palabras: la retórica.

Sócrates basó sus estudios en el ser humano y en la sociedad. Abandona de este modo el culto por la naturaleza que hasta entonces existía. Para Sócrates ser ético es guiar la actuación humana bajo el paraguas de la razón. Hacer el bien y evitando hacer el mal. Ética y felicidad están relacionadas. Ser feliz consiste en hacer el bien, quien no es ético no encuentra la felicidad; quien no hace el bien, no halla esta felicidad (Varona Domínguez, 2017).

Sócrates denominó virtud como aquellas características comunes a los seres humanos: la valentía, la fortaleza, justicia o autocontrol. Estas virtudes socráticas son las virtudes morales que entendemos actualmente. Toda investigación y actuación busca el bien, y, por lo tanto, busca de una forma u otra ser una actuación ética.

Platón fue discípulo de Sócrates. Sus ideas y pensamientos han inspirado a pensadores de todas las épocas. Su concepción dualista del hombre, compuesto por alma y cuerpo marcó el

pensamiento moderno de los grandes filósofos occidentales. Su máximo ideal es que el hombre llegue a desprenderse de lo material, del cuerpo, que es un lastre, para conocer la verdad, el bien del alma. Para poder conseguirlo se requiere la práctica de las virtudes: prudencia, templanza y fortaleza, que guían el alma del ser. Cuando se alcanza el equilibrio entre estas virtudes, aparece la justicia. El ser humano por sí solo no es capaz de alcanzar el estado perfecto de armonía, por ello requiere de la sociedad, del Estado, de la política. En la sociedad, el hombre que hace el bien es considerado un buen ciudadano. Por tanto, la ética lleva a la teoría política (Varona Domínguez, 2017).

Según Aristóteles, el objetivo de la ética es alcanzar aquello a lo que toda acción humana tiende: la felicidad. De este modo, la política intenta alcanzar este objetivo, el de la felicidad, pero a nivel social. El hombre forma parte de esta sociedad, y el bien de esta está por encima de su bien particular. Al igual que su maestro Platón, Aristóteles solo entiende la perfección del hombre dentro de la sociedad, dentro de la vida política. Esta sociedad es el medio para conseguir la felicidad del ser humano, y no un fin en sí mismo (Giraldo, 2015).

#### **1.2.1.2 La ética medieval cristiana**

La sociedad medieval (Escobar Valenzuela, 2000) estaba ampliamente fragmentada en diferentes políticas y economías pertenecientes a los diferentes reinos. El único elemento común de estas fragmentaciones es la religión. El Estado estaba supeditado a los ordenamientos eclesiásticos. Y la religión mantenía el control absoluto sobre todo pensamiento que pudiera surgir en esta sociedad, e incluso, con los pensamientos tradicionales, se encargaba de mantener el control sobre ellos.

Los seres humanos intentan asemejarse a la figura de Dios que es reflejo de perfección y pureza. Por ello, para conseguir parecerse a este Dios perfecto, se deben seguir las reglas establecidas por la iglesia, rindiendo obediencia y acatando los mandamientos. La ética cristiana tiene en cuenta las cuatro virtudes clásicas, explicadas por los seres humanos, y además conforma una nueva serie de virtudes teologales: como la fe, la esperanza y la caridad, que explican la relación que el hombre tiene con Dios. Se intenta hacer que el hombre logre llegar a la perfección divina, y esto le proporcionará felicidad. De este modo, todos los hombres, provengan de donde provengan, y sea cual sea su condición, son iguales, ya que están hechos a imagen y semejanza de Dios. Paradójicamente esto solamente se alcanza a cumplir en el plano espiritual.

En la Edad Media surge una tendencia filosófica cristiana. Sus máximos exponentes fueron San Agustín, y Santo Tomás de Aquino. El poder surgía de Dios y era difundido por la Iglesia.

#### **1.2.1.3 La ética moderna**

Si la época medieval se caracterizaba por la dispersión de reinos y feudos, el periodo entre el s. XVI y el s. XIX se caracterizó por la gran variedad de pensamientos y doctrinas existentes. Una de las doctrinas que con más fuerza arraigó en la época fue el antropocentrismo, y con Kant su mayor paladín (Bilbeny, 2006).

Los grandes avances científicos y el estudio de la naturaleza, las artes o la astronomía, que sucedieron en este periodo, permiten la aparición de nuevas y múltiples concepciones ideológicas. Avances tecnológicos y el desbanco del protagonismo de la iglesia, y de Dios como objeto de veneración, hace que esta sociedad se centre en el valor que el hombre tiene. El alma y el cuerpo eran un todo. La actitud contemplativa y la acción. El hombre era el centro del pensamiento, de la sociedad, era quien dirigía y quien decidía sobre las leyes y las acciones.

Kant otorga al hombre la importancia que tiene (Andino, 2015). Su valor no está determinado por el patrón a quien debe semejarse sino por su propia conciencia. Es quien decide sobre su conocimiento y sobre su moral. El hombre será responsable de sus actos, y si esos actos son correctos o no, es decir, de su moral. Esta responsabilidad hace libre al ser humano. La voluntad rige la bondad de los actos. Luego los actos en sí no son buenos o malos, lo bueno es la voluntad con la que se actúa. Esta voluntad está condicionada por el deber. Si el hombre respeta este deber y actúa según lo que su conciencia le dicte, será el patrón moral y dueño de sus actos correctos. La ética kantiana es considerada formal porque postula un único deber para todos los hombres.

#### 1.2.1.4 La ética contemporánea

La herencia social, cultural y moral que recibe este periodo de la historia es inconmensurable. Muchas de las doctrinas éticas que surgen en este periodo siguen en total vigencia debido a su gran impacto intelectual, siendo actualizadas y transformadas para adaptarse a los nuevos tiempos. El progreso tanto social y económico que experimenta esta época es muy importante.

Kierkegaard fue el precursor del existencialismo (Theunissen, 2005). Sus ideas sobre el hombre le posicionan contrario a Hegel. El hombre para Kierkegaard posee su valor por sí mismo, en tanto a que es subjetivo y concreto.

Jean Paul Sartre revela que Dios no existe (Sartre, 2013), solamente existe el hombre, con lo que se hace imposible fundamentar la razón y los valores. El hombre es libertad, lo único que otorga valor al individuo.

#### 1.2.1.5 Concepciones de la ética

Existen diferentes concepciones de la ética a lo largo de los tiempos. Las diferentes sociedades por donde el pensamiento humano se desarrolla van conformando un estilo particular y con particularidades concretas.

- El relativismo: Hace referencia a la ausencia de valores. Los valores no son universales, luego toda sociedad puede conformar los suyos propios, según sus apreciaciones de la realidad (Sartre, 2013).
- El eudemonismo: La filosofía de Aristóteles mantiene que la felicidad, *eudaimonia*, es el mayor de los bienes y que el hombre, sea cual sea su condición, tiende a esta felicidad (Romero Hernández, 2015).

- El hedonismo: Los hedonistas sostenían que el placer es consecuencia de lo bueno, y por tanto, era opuesto a lo malo. La bondad de una acción depende del placer que proporcione (Romero Hernández, 2015).
- El estoicismo: Los impulsos derivados de la pasión eran considerados como malos. Ideología de la renuncia de los placeres, y la simpatía por el dolor y las penalidades que un ser humano puede soportar (Rozo & Alberto, 2006; Pizarro, 2013)
- El formalismo kantiano: Lo bueno ha de ser, por sí solo, y no debe depender de las circunstancias que rodean ese hecho o las condiciones en las que se dé. La buena voluntad tiene valor por sí misma, es ideal por sí misma (Doxrud, 2005; Pérez y Soto Domínguez & Flórez Pinilla, 2013).
- El utilitarismo: Lo que es útil es considerado bueno. La persona que actúa para conseguir sus propios beneficios, pero que no olvida el beneficio del prójimo, actúa de forma útil y buena (Barragán, 1998).

### 1.2.2 Moral

El término moral proviene del latín *moralis*: relacionado con la ética y referente a la conducta y sus valoraciones. El término *moralis* se origina del *mos*, *moris*, que significa costumbre, o morada: lugar donde el ser humano reside, y, por lo tanto, origen de un hábito (Ortiz, 2016).

La moral aparece históricamente en el momento que el individuo forma colectividades, donde varios sujetos se relacionan y comparten. Estas colectividades comienzan con la familia, los pueblos, las ciudades. La moral tiene razón de ser cuando encuentra la colectividad.

La moral describe y dicta el esqueleto de los valores, de lo bueno, de lo correcto, de lo justo, del deber y la responsabilidad. Realiza una descripción de estos valores, sin buscar su fundamentación. Esto es labor de la ética. La moral es una acción, una forma de actuar, de hacer lo correcto o lo justo.

Aquel individuo cuyo pensamiento fuera ético, supiera los motivos del obrar correcto, analizara y fundamentara los hechos como buenos o malos, no podría actuar de forma incorrecta, desoyendo estos preceptos, porque actuaría alejado de la moral.

La moral habla de costumbres, de hábitos, de experiencias, de actuaciones, de las sociedades. En definitiva, de la vida que llevan las personas en particular y como miembros de una sociedad. La moral tiene dos grandes divisiones: el plano normativo, que hace referencia a las leyes y normas que regulan el comportamiento. Deciden lo que “debe ser”. Y el plano fáctico, que hace referencia a los actos de un individuo en función de estas normas establecidas. Si un hombre entiende este “debe ser” y actúa en función a éste, se dice que está teniendo una actuación moral (Aranguren, 1998).

La moral debe ser transmitida y enseñada. Se debe inculcar a los miembros de la sociedad, que la aprenden y la hacen suya. Y el individuo particular, en su libertad y autonomía, decide usarla tomando sus propias decisiones.

La norma moral es una dirección ideal de conducta humana y está relacionada con los juicios de valor ético. Es esta norma quien dicta si un acto es bueno o malo, justo o injusto. Esta norma moral, como sujeta que está a la libertad del ser humano, puede ser desobedecida:

- Es prescriptiva, no describe los hechos, si no que decide lo que debe ser.
- Es a priori, no se necesita comprobar con la experiencia. Para determinar que algo es incorrecto, no necesito realizarlo, ni demostrarlo.
- No es universal, aunque si esta norma se rompe, no deja de ser verdadera, puesto que es fruto de la libertad de acción individual.

Esta norma moral se diferencia de la ley en que la ley es una norma obligatoria; y de la ley natural, ya que esta es imposible desobedecerla. Como ejemplo, la ley de la gravedad: ley universal, de la que no nos podemos desprender.

Hablamos de juicio moral cuando se decide si un comportamiento está conforme con lo que manda la sociedad o incluso el individuo por sí solo.

## 1.3 Deontología

El término deontología fue descrito por primera vez por Jeremy Bentham en 1832 en su obra “Chrestomathia”, trataba de lo que se debe hacer. Etimológicamente proviene de las palabras griegas “deontos” que significa deber y la palabra “logos” que equivale a tratado o discurso.

Hoy hace referencia a la rama del arte y de la ciencia que tiene como fin realizar lo correcto y adecuado en cada ocasión (Smith & Burston, 1884). La deontología es un precepto ético cuyo fin es regular los deberes, creando normas morales y reglas de conducta. Bentham utilizó este término en lugar de ética o moral por las connotaciones que por aquella época tenían, muy ligadas a la religión.

Cuando el término describe el campo de las profesiones, la deontología profesional, hará referencia a los deberes que son exigibles para el desempeño de una profesión determinada. Normalmente las profesiones poseen unos códigos de actuación concretos, que las define y las representan (Pinto, Guzmán, & Moreno, 2013). Estos códigos son la exigencia para realizar un buen trabajo, para conseguir los resultados idóneos y esperables. Estos códigos, por tanto, son aceptados por todos los profesionales, y el órgano que se encarga de velar por su difusión a todos los profesionales de esa rama, y por su aceptación, son los colegios profesionales. Estos colegios profesionales, aplicando el código deontológico, evalúan las conductas correctas del colectivo, detectan las infracciones cometidas en la práctica profesional, y en el caso que fuera necesario, implanta un sistema sancionador (Altisent Trota, Gallego Royo, & Delgado Marroquín, 2014).

La Constitución Española de 1978 en su artículo 36 recoge<sup>2</sup>:

*“La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos”.*

La Ley 2/1974 del 13 de febrero<sup>3</sup>, en su artículo 1 regula la actividad de los colegios profesionales:

*“son corporaciones de derecho público, amparadas por la ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines”.*

La utilización de códigos deontológicos para las distintas profesiones se justifica en tanto que existe una necesidad de regular las relaciones entre los profesionales y las relaciones que se

---

<sup>2</sup> CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA: Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978. Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978

<sup>3</sup> Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales.

establecen entre los profesionales y los clientes. Estas han de seguir unas pautas de conducta adecuada. Todos los códigos deontológicos, por lo tanto, poseen dos planos bien diferenciados: por un lado, el jurídico y complementándolo, un plano moral (Unión Profesional, 2009).

Los artículos del código deontológico deben responder a (Múzquiz, 2016):

- Adecuación legal: normas jurídicas.
- Especificación de normas jurídicas propias.
- Preceptos éticos que tienen que estar presente en las actuaciones de los profesionales, y en las cuestiones relacionadas con la investigación.

Los objetivos de los códigos deontológicos son los siguientes (Múzquiz, 2016):

- Acotar responsabilidades profesionales.
- Promover el incremento de los conocimientos científicos y técnicos.
- Definir el comportamiento correcto del profesional con sus clientes y con otros profesionales.
- Evitar la competencia desleal.
- Mantener el prestigio de la profesión.
- Perseguir un constante perfeccionamiento en las tareas profesionales.
- Atender al servicio público.
- Valorar la confianza como factor importante y decisivo en sus relaciones públicas.
- Servir de base para la aplicación de medidas disciplinarias (Gómez-Senent).

### **1.3.1 Los códigos de ética o códigos deontológicos en las profesiones sanitarias**

Los colegios profesionales de las diferentes profesiones sanitarias poseen códigos de ética para regular de esta manera su funcionamiento. Estos sirven de guía a la hora de mediar entre los conflictos que el ejercicio de la profesión pueda ocasionar. Así, la Ley 7/2006 de 31 de mayo<sup>4</sup>, en su artículo 60.2 se postula sobre el ejercicio de las profesiones tituladas y colegios

---

<sup>4</sup> Ley 7/2006, de 31 de mayo, del ejercicio de profesiones tituladas y de los colegios profesionales. Comunidad Autónoma de Cataluña «DOGC» núm. 4651, de 09 de septiembre de 2006 «BOE» núm. 160, de 06 de julio de 2006 Referencia: BOE-A-2006-12151

profesionales, y les otorga la tarea de elaborar códigos deontológicos y de buenas prácticas, para el ejercicio de la profesión.

En Cataluña, en el 2013 se actualizó el código ético para la enfermería catalana. Sus objetivos son los siguientes: (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2017)

*Especificar el compromiso indispensable que las enfermeras adquieren hacia la persona atendida, las familias, grupos y comunidades, así como respecto a los colegas, otros profesionales de la salud y equipos de trabajo y la sociedad, con el fin de poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.*

*Determinar la responsabilidad profesional de las enfermeras en el mantenimiento, promoción y defensa de los derechos de las personas relacionados con la salud.*

*Mostrar cuáles son los parámetros de una práctica que permita evaluar la competencia de las enfermeras, promueva la reflexión sobre la práctica profesional y ayude a las enfermeras y enfermeros a tomar decisiones para actuar éticamente.*

A partir de la descripción de valores que toda enfermera debe poseer para llevar a cabo, de forma excelente, su práctica asistencial, se elabora este código de buenas prácticas. Los valores señalados son la responsabilidad, la autonomía, intimidad y confidencialidad, justicia social, compromiso profesional. Valores éticos, de buena práctica, de buen ejercicio de la profesión.

El valor de la responsabilidad está presente para asegurar que los cuidados enfermeros sean de calidad, regidos por la ética. Los enfermeros deben ser competentes profesionalmente, aportar seguridad a la persona que es atendida, y a sus familias, dar respuesta y atención en el proceso de final de la vida.

El valor de la autonomía hace referencia a la capacidad del ser humano de auto gestionarse y del papel que la enfermera tiene a la hora de conseguir que un paciente alcance esta autonomía, la mantenga, o tenga que suplirla debido a sus necesidades. La información de los procedimientos, de las pruebas, de las intervenciones, es de vital importancia a la hora de respetar esta autonomía. Informar al paciente, no es solo aportarle una información sobre un determinado acto, sino que es un proceso de entendimiento por parte del paciente y la familia, sobre aquello a lo que se tiene que someter. El consentimiento informado incluye el proceso de informar, el proceso de entender esa información, y el proceso de aceptar la intervención. La firma plasmada en el papel es la constatación de este proceso máximo de autonomía del paciente.

El valor de la intimidad y la confidencialidad es inherente a la profesión sanitaria. Debemos guardar secreto de toda acción que llevemos a cabo. Se destruiría la confianza en el profesional de enfermería si la confidencialidad no existe.

El valor de justicia social hace referencia a tratar a todas las personas por igual, con igualdad de oportunidades, pero claramente, con las especificaciones y necesidades que cada persona requiera. Que no haya nada que menoscabe el acceso a los servicios sanitarios para ninguna persona.

El valor del compromiso profesional impulsa a los profesionales a mejorar, a mantener la profesión con los niveles de calidad que se requieren, a impulsar aquellos cambios que lleven a la profesión a alcanzar la excelencia. El compromiso con la propia institución, con los demás profesionales sanitarios, incluso, con el medio ambiente, debe ser el eje motor del profesional. Y por supuesto, los propios valores personales, la posibilidad de declararse objetor de conciencia en una intervención determinada, que va en contra de su ideología y creencias.

La profesión médica en Cataluña actualizó en 2005 su código deontológico. Éste consta de 123 principios que regulan la actuación médica. Desde la relación del médico con sus pacientes, hasta el derecho a la intimidad, pasando por los deberes y derechos de los médicos hacia sus compañeros. Un compendio de artículos que rigen la profesión médica (Institut Català de la Salut & Hospital Universitari Arnau de Vilanova, 2012).

## 1.4 El Derecho y la relación con la ética

El término derecho proviene del latín *derectium*: lo que está conforme con la regla. El derecho surge para resolver los conflictos que suceden en una sociedad. Es el conjunto de normas de orden jurídico, creadas por el estado y que regulan la conducta de los hombres pertenecientes a una sociedad (Rodríguez Pastor, 2016.). El Diccionario de la Real Academia Española<sup>5</sup> indica la siguiente definición para el término derecho:

*derecho, cha: Del latín. directus.*

*adj. Recto, igual, seguido, sin torcerse a un lado ni a otro.*

*adj. Justo, legítimo.*

*adj. Fundado, cierto, razonable.*

*adj. Directo: (que va sin detenerse en puntos intermedios*

*adj. Dicho de una parte del cuerpo humano: Que está situada en el lado opuesto al del corazón.*

*adj. Que está situado en el lado opuesto al del corazón del observador.*

*m. Facultad del ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida.*

*m. Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor, o que el dueño de una cosa nos permite en ella.*

*m. Facultades y obligaciones que derivan del estado de una persona, o de sus relaciones con respecto a otras.*

*m. Justicia, razón.*

*m. Conjunto de principios y normas, expresivos de una idea de justicia y de orden, que regulan las relaciones humanas en toda sociedad y cuya observancia puede ser impuesta de manera coactiva.*

*m. Ciencia que estudia el derecho (conjunto de principios y normas).*

Las profesiones sanitarias, y en especial, la profesión médica presenta una serie de características que las hacen únicas en relación con el régimen jurídico que poseen. La atención sanitaria individualizada requiere un de un quehacer científico, humanista y legal, que hace muy visible la complejidad de esta. Además, las indicaciones éticas de las actuaciones sanitarias

---

<sup>5</sup> Real Academia Española: rae.es

deben seguir, acompañadas del ámbito jurídico especial y específico, hacen del arte de la medicina una ciencia con numerosas facetas para tener en cuenta (Morales et al., 2011).

Las obligaciones éticas y morales, así como las bioéticas y deontológicas de la profesión sanitaria rigen el comportamiento humano, deciden la calidad de la conducta humana. El derecho por su parte, al ofrecer unas normas de obligado cumplimiento, regula la atención ofrecida. Las normas jurídicas han de ser éticas. La finalidad del derecho en relación con la atención sanitaria es la de regular, en la manera de lo posible, estas actuaciones del sanitario, o por lo menos, llegar a la mayor regulación. Intentar regular legalmente o de forma jurídica todas las actuaciones de los profesionales sanitarios resultarían imposible, agotador y del todo infructuoso. Regular todos los posibles supuestos de actuación frente a un paciente, es querer abarcar lo infinito, porque cada paciente es único, con únicas características, con únicas especificidades, con únicas realidades (González et al., 2011; D'Agostino, 2002).

Muchos son los ámbitos de la sanidad regulados por normas jurídicas. Por supuesto, La Constitución Española de 1978, es la norma jurídica de referencia y más relevante de nuestro ordenamiento legal. De allí parten todas las leyes relacionadas con la sanidad.

Pero definir el concepto de derecho no es un trabajo fácil. Es tan amplio el abanico de posibilidades y tan larga la lista de enfoques, que escoger una única definición sería quedarse incompleto. Algunos autores, para poder clarificar el tema, identifican derecho con justicia o con ordenamiento jurídico. La justicia es una cualidad de la política y sus instituciones, un valor de la estructura básica de una sociedad. Estas estructuras están reguladas por el derecho.

Las leyes son creaciones de las sociedades para regular la actuación de los ciudadanos y buscan el bienestar general o el bien común. El objetivo es buscar una convivencia pacífica. El derecho lleva al hombre a tener obligaciones.

Estas leyes, por supuesto, tienen mucho que ver con las leyes morales. La moral nos habla de lo bueno y de lo malo. El derecho hace referencia a una ley como justa o injusta. Por supuesto, debemos entender que una ley justa es buena y una ley injusta es mala. Pero no al contrario: una ley justa no siempre es buena y una ley injusta no siempre es mala. Lo justo y lo injusto son terminología jurídica, pero bueno y malo son valores morales, universales, y aplicables a toda situación (Zan, 2004).

Justo puede equipararse a equitativo, aplicable por igual a todo el mundo que se encuentre en esa misma situación. La ética y el derecho están entrelazados, puesto que las dos son ciencias normativas. Las dos enfocan su estudio a las normas que rigen la sociedad. Por un lado, el derecho, con sus leyes escritas y ordenadas, que aplican el sistema judicial, y por otro, la ética con la aplicación de sus normas morales, que una sociedad acepta. Existen normas morales que se elevan a leyes: como el derecho a la no discriminación (Sánchez-Caro, 2007).

Figura 1. Ordenamiento jurídico español

---

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978
Norma fundamental del ordenamiento jurídico y político del Estado
ESTATUTOS DE AUTONOMÍA
Norma básica de la Comunidad Autónoma. Aprobada por las Cortes Generales del Estado mediante Ley Orgánica
LEY ORDINARIA
Regula todas las materias no reservadas a leyes orgánicas
DECRETO LEGISLATIVO
Ley dictada por el poder ejecutivo por delegación del legislativo
DECRETO LEY
Ley dictada por el poder ejecutivo por razones de urgencia. Debe ser convalidada por el legislativo
NORMAS REGLAMENTARIAS
Dictadas por el poder ejecutivo en virtud de su potestad reglamentaria

---

Fuente: Elaboración propia

### 1.4.1 La responsabilidad de los profesionales de la salud

El sentido de responsabilidad se refiere a la obligación de *reparar un daño causado*. Los profesionales sanitarios estamos expuestos a las siguientes responsabilidades (Rodríguez Hornillo, De la Riva Moreno, & Serratosa Sánchez-Ibargüen, 2011):

- Responsabilidad Civil.
- Responsabilidad penal.
- Responsabilidad deontológica.
- Responsabilidad disciplinaria.
- Responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

La responsabilidad civil (Vargas Villanueva, 2004) surge a partir de la realización de una conducta inadecuada o incorrecta, que no se efectúa de forma adecuada, y de la responsabilidad que de ella se deriva. Esta responsabilidad pretende reparar el daño ocasionado mediante una acción de indemnización. Generalmente para el profesional que ejerce en la sanidad pública no le afecta en su persona, pero sí a la institución para la que trabaja. En el ámbito privado, el profesional si se ve afectado directamente por este tipo de responsabilidad, cuando un paciente así crea necesario debido a una actuación incorrecta (Pizarro Wilson, 1997).

La responsabilidad penal hace referencia a la obligación de respuesta ante faltas que el Código Penal dicta. Son delitos marcados por el Código Penal, donde está presente un profesional sanitario. Por lo general los delitos que causan responsabilidad penal en los profesionales sanitarios y más extensamente, en los médicos, son aquellos relacionados la aparición de daño por imprudencia o por mala práctica (Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, 2019). Aquí el profesional será el responsable y será él quien deberá asumir las consecuencias sufriendo una pena de inhabilitación, indemnización o cárcel.

La responsabilidad deontológica se deriva del no cumplimiento de las ordenaciones que los propios colegios profesionales hacen, que son propias de la profesión y de los miembros colegiados que ejercen esa profesión.

La responsabilidad disciplinaria surge cuando un profesional incumple las normas internas de la institución para la que trabaja. Estas normas a las que están sujetos los profesionales por cuenta ajena son: horarios, jornadas, deberes, etc. Son las direcciones de estos centros quiénes dictarán las sanciones.

La responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria surge como consecuencia del funcionamiento del servicio sanitario. El daño debe ser reparado, y se suele hacer de forma económica.

Sin duda, la responsabilidad penal es la que afecta directamente al profesional de forma más contundente. Esta responsabilidad se basa en la aparición de una conducta punible, mediando culpa o dolo. El dolo es la voluntariedad de realizar un daño. Quien realiza una acción dolosa sabe el objetivo y sabe el resultado que obtendrá. La culpa origina daño a un paciente debido a la inadecuación de una actuación, pero sin que aparezca la voluntariedad ni la intencionalidad del dolo. A continuación, se citarán los tipos de delitos más relevantes que causan responsabilidad penal en el ámbito sanitario (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Código penal):

- Delito de omisión del deber de socorro.
- Delito de aborto:
  - Clonación.
  - Reproducción asistida sin consentimiento.

- Delito de revelación de secretos, con sus excepciones:
  - Obligación de denuncia.
  - Obrar por causa mayor.
  - Declaración obligatoria de enfermedades.
- Delito de homicidio imprudente y faltas de lesiones por imprudencia:
  - Infracción del deber del cuidado
  - Imprudencia profesional

### **1.4.2 Normas en derecho sanitario**

La asistencia sanitaria en la actualidad define la vida de un país. Las normas jurídicas se tienen que adaptar a los acontecimientos sociales y a sus necesidades día a día, constantemente. El derecho sanitario surge a consecuencia de la fuerte relación entre la asistencia sanitaria y el ámbito jurídico (Sánchez-Caro, 2007). Esta relación no solo está presente en la responsabilidad legal que los profesionales tienen a la hora de realizar un acto sanitario, sino también en la organización administrativa de las entidades sanitarias, el nivel de protección de salud que poseen los ciudadanos y la implicación en la esfera profesional (D'Agostino, 2002).

Todo acto sanitario conlleva una responsabilidad jurídica. La toma de decisiones en el ámbito sanitario implica aceptar una responsabilidad legal hacia los usuarios a los que se les aplica. La actualidad nos informa sobre casos donde los profesionales sanitarios, debido al acto realizado, son llevados ante los tribunales por una práctica inadecuada (Medallo-Muñiz, Pujol-Robinat, & Arimany-Manso, 2006). En nuestro país, estos hechos van cobrando más importancia a lo largo de los tiempos, por tanto, la necesidad obliga a estudiarlos, legislarlos y actuar de forma adecuada.

La normativa jurídica se tiene que adaptar a los tiempos, a los avances, a las nuevas tecnologías, a los nuevos tratamientos y a los nuevos pensamientos. Un ejemplo de ello es la legislación existente relacionada con la clonación y la manipulación genética (Medallo-Muñiz et al., 2006). O como por ejemplo todo lo relacionado con las nuevas tecnologías y el acceso a la información del paciente (Gianella, 2013).

### 1.4.3 Legislación española relacionada con la sanidad

#### 1.4.3.1 La Constitución Española de 27 de diciembre de 1978

La Constitución Española de 1978 es la norma jurídica más relevante en nuestro país. Por debajo de ella se encuentran las demás normas.

Es la base de todo el ordenamiento jurídico del Estado. Todos los documentos legales le hacen referencia.

El artículo 43 de la Constitución dice:

*“se reconoce el derecho a la protección de la salud”.*

El artículo 50 de La Constitución señala que:

*“los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales, que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.*

Del desarrollo de este artículo 43 se desprenden dos tipos de normas de legislación básica:

##### 1.4.3.1.1 Las normas con carácter general en su ámbito de materia: ordenan todo el ámbito sanitario. Las más relevantes:

- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad.
- Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano: Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, de 4 de abril de 1997. Conocido popularmente como Convenio de Oviedo. Este Convenio Europeo lo han incluido aquellos países que lo han suscrito y ratificado.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.

#### 1.4.3.1.2 Las normas con carácter sectorial, que solamente atañen a una parte de la actividad sanitaria

- Ley 30/1979, de 27 de octubre, de Extracción y Trasplante de Órganos.
- Ley 30/1980, de 21 de junio, de Regulación de Autopsias Clínicas.
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Despenalización del Aborto.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, Sobre Técnicas de Reproducción Asistida.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, Sobre la Esterilización de Incapaces.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, regulando el internamiento no voluntario en pacientes con trastornos psíquicos.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
- Ley de Protección de Datos

#### 1.4.3.2 La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril

Esta ley nace de la necesidad de complementar el articulado de La Constitución Española en materia de protección a la salud. Como hemos referido anteriormente, los artículos 43 y 49 hacen referencia al reconocimiento del derecho a la protección de la salud, y a la obligación de los poderes públicos para mantener dicha protección. Con el fin de ampliar y garantizar el alcance de la Carta Magna, el gobierno promulgó la Ley 14/1986. Esta ley desarrolla las bases establecidas en la Constitución, ampliándolas y especificándolas. Así, la ley constaba de los siguientes apartados:

- Título preliminar: Del derecho a la protección de la salud.
- Título I: Del sistema de salud:
  - Capítulo II: De las actuaciones sanitarias del sistema de salud.
- Título II: De las competencias de las administraciones públicas:
  - Capítulo I: De las competencias del Estado.
  - Capítulo II: De las competencias de las comunidades autónomas.

- Título III: De la estructura del sistema sanitario:
  - Capítulo I: De la organización general del sistema sanitario público.
  - Capítulo II: De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- Título IV: De las actividades sanitarias privadas.
- Título V: De los productos farmacéuticos.
- Título VI: De la docencia y la investigación.

Lo importante de esta ley es que marca las bases en que se sustenta nuestro sistema sanitario, haciendo hincapié en la promoción de la salud, y prevención de las enfermedades, la garantía de la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de salud, en la promoción de la rehabilitación y reinserción del paciente. El acceso de toda la población española a la asistencia sanitaria se realizará en condiciones de igualdad efectiva, evitando los desequilibrios tanto territoriales como sociales.

Abarca todas las posibles situaciones que se pudieran dar en la atención sanitaria. Hay que decir, que esta ley novedosa y moderna sufrió importantes rectificaciones para adecuarla a los nuevos tiempos y a las nuevas posibilidades. Y de ella surgieron nuevas ampliaciones que reforzaban el sentido de esta, adaptándolas a las necesidades del momento.

#### **1.4.3.3 La Ley Básica Reguladora de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Sanitaria**

Esta ley 41/2002 complementa a la Ley General de Sanidad de 1986 en algunos puntos donde ésta quedaba insuficiente:

- Derecho a la información sanitaria.
- Consentimiento informado.
- Documentación sanitaria.
- Historia clínica.

Esta ley incluye también otros temas importantes en la sanidad actual:

- Clasificación de las formas de limitación de la incapacidad.
- Atribución a los médicos de la capacidad para evaluarla.
- Voluntades anticipadas o instrucciones previas.
- La figura del médico responsable de la información.

- Fijación de los 16 años como mayoría de edad sanitaria

Figura 2. Ley 41/2002 De autonomía del paciente. Artículos

1. Derecho a la información sanitaria
Derecho a la información asistencial
Titular del derecho a la información asistencial
Derecho a la información epidemiológica
2. Derecho a la Intimidad
3. El respeto a la autonomía del paciente
Consentimiento informado
Instrucciones previas
Información en el Sistema Nacional de Salud
Derecho a la información para la elección de médico y centro
4. La historia clínica
Derechos de acceso a la historia clínica
Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica

Fuente: Elaboración propia

#### 1.4.3.4 Informe de alta y documentación clínica

El derecho a la información sanitaria hace referencia a la relación tanto verbal como escrita que el paciente mantiene con el personal sanitario y que atañe a su salud. Ha de ser clara y entendible por el paciente. El titular de la información es el propio paciente, quien puede designar a aquellas personas que pueden ser informadas de su proceso, pudiendo llegar a no designar a nadie para tal proceso. Este capítulo también refiere que el usuario tiene derecho a conocer aquella información relevante sobre la salud de la colectividad, y que suponga un riesgo tanto para él como para la comunidad.

El derecho a la intimidad contempla el derecho de toda persona a que se le respete la privacidad de los datos que a él se refieran, y por tal motivo, nadie puede acceder a ellos sin su permiso. Los datos referentes a la salud son de especial importancia y han de ser custodiados y protegidos, para asegurar de este modo su secreto. La confidencialidad de los datos referentes a un paciente debe ser respetada por todos los profesionales sanitarios: médicos, enfermeros, auxiliares, personal administrativo, etc.

El consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía. El consentimiento informado es un proceso por el cual el paciente recibe la información que atañe a la intervención que se tiene que realizar, mediante un lenguaje comprensible, y una terminología adecuada que el paciente pueda entender. Esta información no solamente se tiene que ofrecer, si no que nos tenemos que asegurar que es comprendida en toda su extensión, y que no plantea más dudas. Las dudas durante este proceso tienen que quedar resueltas para que el mismo sea de validez. Posteriormente una vez que hemos ofrecido la información y el paciente la ha comprendido, llega la aceptación de este. O la no aceptación, por supuesto. La estampación de la firma del paciente en el documento explicativo es el punto final del proceso. Por supuesto, si el paciente en un segundo tiempo se retracta y no quiere realizarse esa

intervención, siempre puede hacerlo, dejando escrita su voluntad en un documento que lo acredite. Existen dos situaciones que eximen de la realización de este proceso de consentimiento informado:

- En caso de urgencia vital donde no es posible conseguir esta autorización.
- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

El consentimiento por representación se llevará a cabo cuando:

- El paciente esté incapacitado legalmente.
- Cuando sea menor de edad, y no pueda comprender el significado de la situación, se encargará de hacerlo su representante legal. Al menor de entre 12 y 16 años se le ha de atender y escuchar sobre sus preferencias. El paciente de 16 años o que esté emancipado puede ejercer su derecho por sí mismo, y no requerirá consentimiento por representación.
- Cuando el paciente, por determinados aspectos en los que concurra, que no sea capaz de tomar sus propias decisiones, el médico podrá evaluar su capacidad para tomar decisiones, y en el caso que el paciente no se encontrara en las condiciones óptimas para ello, se realizará el consentimiento por representación.

Las instrucciones previas, voluntades anticipadas o testamento vital son las formas más usadas para designar la voluntad de un paciente para decidir su futuro por adelantado, en caso de llegar a no ser capaz de expresarlo por sí mismo. Cualquier acción maleficente o que no esté contemplada en el documento de voluntades anticipadas, no será realizada. Sin embargo, llegado el caso, si no se cumplen las condiciones y situaciones previstas descritas en el documento de voluntades anticipadas, será el facultativo a cargo de ese paciente quien realizará la interpretación del documento (por ejemplo, realizar una intubación orotraqueal debido a un accidente fortuito, y no debido a una enfermedad terminal).

La historia clínica recoge todos los datos del paciente durante el proceso asistencial, y todo el histórico de esa persona. Desde valoraciones médicas, pruebas complementarias, evoluciones clínicas, a cualquier información referida al paciente. El paciente tiene derecho de acceso íntegro y copia de la historia clínica, excepto:

- Datos subjetivos del facultativo.
- Datos confidenciales referentes a terceras personas.

Existe la posibilidad de acceso a la historia clínica con fines judiciales, docentes, epidemiológicos y de investigación.

Importante el acceso a la historia clínica por parte de los profesionales sanitarios. En este sentido, la ley recoge en su artículo 16:

*“La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia”.*

#### **1.4.3.5 Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida**

La tecnología actual en medicina permite realizar con máximas garantías, técnicas de reproducción asistida que hasta ahora eran impensables. Nuestro país cuenta con una legislación en materia de reproducción asistida pionera y muy completa. Esta ley aporta la base para una adecuada actuación en materia de reproducción asistida, y da protección a las personas que se someten a estas técnicas.

Como estas técnicas se aplican en centros autorizados, específicamente preparados para tal fin, el personal que allí trabaje no se puede declarar objetor de conciencia, porque no cabría la posibilidad de trabajar allí.

*Figura 3. Capítulos de Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida*

Capítulo I: Disposiciones generales
1. Aplicación de la Ley
2. Técnicas de reproducción asistida
Capítulo II: Participantes en las técnicas de reproducción asistida
5. Donantes y contratos de donación
10. Gestación por sustitución
Capítulo III: Crioconservación y otras técnicas coadyuvantes de las de reproducción asistida
Capítulo IV: Investigación con gametos y preembriones humanos
16. Conservación y utilización de los preembriones para investigación
Capítulo V: Centros sanitarios y equipos biomédicos
Capítulo VI: Comisión Nacional de Reproducción Asistida
Capítulo VII: Registros nacionales de reproducción asistida
Capítulo VIII: Infracciones y sanciones.

*Fuente: Elaboración propia*

##### – Acceso a la reproducción asistida

Se establece que se aplicarán técnicas de reproducción asistida únicamente cuando haya posibilidades de éxito y aplicarlas no suponga un riesgo grave para la salud de la paciente y de su descendencia.

Los requisitos son: ser mayor de 18 años, estar en plena capacidad de obrar y prestar un consentimiento por escrito que garantice que acude a ella de forma libre, consciente y expresa.

Con el límite de edad para la reproducción asistida no existe ninguna pauta que lo aconseje o desaconseje. Sin embargo, la sanidad pública establece un máximo de edad de 40 años para

poder acceder a estas técnicas y la Sociedad Española de Fertilidad y las clínicas privadas desaconsejan superar los 50 años.

Asimismo, la ley establece que una mujer puede acceder a este tipo de tratamientos independientemente de su estado civil y orientación sexual. Sin embargo, si está casada, ambos cónyuges deben prestar su consentimiento antes de comenzar el tratamiento dado que el embarazo tendrá implicaciones de filiación.

- Donación de gametos (Igareda-González, 2016).

En el caso de los tratamientos de fecundación in vitro realizados con óvulos o semen de donante debemos tener en cuenta tanto los derechos y obligaciones de los donantes como de los receptores.

El primer aspecto en el que la ley hace hincapié es en las condiciones legales para que una persona se convierta en donante de gametos. En este sentido, afirma que los donantes no podrán ser menores de 18 años y deberán cumplir, por protocolo, unas condiciones tanto físicas como psicológicas óptimas para llevar a cabo la donación.

Además, cabe destacar que la donación no se considera un acto lucrativo, se ha de realizar de forma altruista y desinteresada, por lo que la compensación económica que la propia ley establece se destinará a paliar los posibles gastos de desplazamientos o molestias que se puedan derivar del acto.

En relación con el anonimato de los donantes, éstos tienen el derecho a ser informados en todo momento de la finalidad de su donación, es decir, deben saber desde el principio que sus gametos se utilizarán para su fecundación y posterior transferencia a una mujer con un diagnóstico de esterilidad.

Para garantizar el proceso de donación, los donantes deberán firmar un consentimiento informado en el que se detalle de manera comprensible su consentimiento y que garantice la máxima confidencialidad.

Así, la ley establece que tanto los bancos de gametos, como los registros de donantes y los centros de fertilidad en los que se lleva a cabo la donación deben garantizar el anonimato del donante.

Por otro lado, en cuanto a la mujer receptora y el futuro bebé, en caso de que la transferencia sea positiva y haya embarazo, la ley erige que tan sólo podrán exigir y recibir información general del/la donante, es decir, aquella que garantice que cumple con las condiciones establecidas por la ley para poder serlo.

En el único caso en el que sí se podrá desvelar su identidad será cuando sea estrictamente necesario para evitar o tratar un riesgo para la vida o la salud de la madre o el bebé.

Asimismo, la ley española establece también un número máximo de hijos nacidos por un mismo donante; y éste no podrá sobrepasar los 6 hijos.

Para asegurar que este aspecto se cumple, la ley obliga al donante en el momento de la donación a especificar si ya lo ha sido en ocasiones anteriores.

El control y el registro de donantes ha supuesto una de las máximas preocupaciones en el ámbito de la reproducción asistida por lo que el Ministerio de Sanidad y la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de numerosas clínicas de reproducción asistida, entre las que se encuentra FIV Recoletos, están trabajando conjuntamente para crear un Registro Nacional de Donantes que permitirá llevar un control exhaustivo de donaciones y gestionar toda la información relativa al donante.

- Registro de los hijos nacidos por reproducción asistida.

Otro de los aspectos que trata la Ley de Reproducción Asistida es la filiación de los hijos nacidos por estas técnicas.

La filiación de los bebés nacidos por reproducción asistida se rige por las leyes civiles, aunque se establecen algunas especificaciones para casos concretos. En primer lugar, el registro civil no podrá reflejar los datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

La filiación matrimonial del hijo nacido por reproducción asistida no se podrá impugnar en ningún caso por ninguno de los cónyuges si en el momento de la fecundación ambos firmaron su consentimiento legal, independientemente de si la fecundación se realizó con gametos propios o de donante.

Cuando se trata de una fecundación con semen de donante, la ley también establece unos supuestos concretos. Si la fecundación se realizó antes de que la pareja contrajera matrimonio, el marido no podrá reclamar la filiación. Así como en ningún caso el donante, si se conociera su identidad, podría reclamar la paternidad.

En otro escenario, si se trata de un matrimonio entre dos mujeres, la no gestante podrá reclamar la filiación del bebé nacido de su cónyuge. Sin embargo, no podrá hacerlo si están ya separadas o son pareja de hecho.

Existe otro supuesto marcado por la ley es el uso post mortem del semen del marido, si el marido muere antes de que se realice la fecundación, la mujer podrá utilizar el semen de su marido para una fecundación posterior durante los 12 meses posteriores a la muerte, si éste firmó su consentimiento expreso para ello antes de fallecer. En cualquier otro supuesto, no es posible reclamar la filiación si el semen no se hallaba en el útero de la mujer antes del fallecimiento...

- Maternidad o gestación subrogada.

En primer lugar, cabe señalar que la gestación subrogada está prohibida por ley en España (Ilgareda, 2018). En algunos países de la Unión Europea como Reino Unido, Portugal y Grecia se

contempla la gestación por sustitución de forma altruista. Otros países como España, Francia o Alemania declaran nulo todo contrato que incluya la gestación por sustitución.

Sin embargo, se permite inscribir legalmente a los bebés nacidos por esta técnica en un país extranjero donde sea legal, siempre que dicho país haya dictaminado una sentencia firme de filiación que confirme la maternidad y paternidad de los padres contratantes y garantice que la madre subrogada ha realizado todo el proceso de forma libre y sin coacción.

- Criopreservación de gametos embriones.

La ley concreta que los embriones, semen, ovocitos y tejido ovárico crioconservados, tienen tres destinos posibles: la utilización por la propia mujer o su pareja, la donación a otra pareja o mujer para un fin reproductivo, o la donación para un fin de investigación.

En cualquiera de los casos, el centro debe contar con la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente para realizar criopreservación, y es necesario, en cada caso, el consentimiento firmado de todas las partes, que en el caso de los preembriones y ovocitos criopreservados deberá renovarse cada 2 años, y en el caso del semen, cada año.

En cuanto a los gametos o embriones sobrantes de un tratamiento de reproducción asistida, éstos deberán ser conservados en bancos autorizados hasta el momento en que se destinen a uno de los fines reflejados anteriormente, o hasta que la pareja decida su destrucción, para lo cual deberá aportar dos informes médicos que reflejen que la mujer ya no cumple criterios para volver a realizar tratamientos de reproducción asistida. En cualquiera de los casos, el coste del mantenimiento de estos gametos o embriones criopreservados será a cargo de la mujer o pareja que realizó el tratamiento (Ruiz Sáenz, 2013).

Por otro lado, en relación con los derechos de los propietarios de los gametos o embriones, la ley obliga a que los centros cuenten con un seguro o garantía financiera para compensar económicamente a las parejas en el supuesto de que se haya un accidente que afecte a dicha criopreservación.

- Diagnóstico Genético Preimplantacional.

El diagnóstico genético preimplantacional DGP está autorizado en España para selección de embriones, exclusivamente con fines terapéuticos (Jiménez González, 2016).

Por tanto, el DGP está indicado en casos en los que se considera necesario descartar alteraciones genéticas transmisibles, (como en el caso de las alteraciones cromosómicas estructurales), o ligadas a algún aspecto concreto de la pareja que se somete al tratamiento, como aneuploidías (alteración en el número de cromosomas) asociadas a abortos espontáneos de repetición, fallos repetidos de implantación, edad materna avanzada, etc.) La ley prohíbe rotundamente la utilización del DGP para la elección del sexo del bebé con fines personales o de equilibrio familiar.

En cualquiera de los casos, el estudio debe contar con la autorización de la autoridad sanitaria correspondiente, y deberá consultarse la CNRHA (Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida) para situaciones no previstas en la ley.

- Investigación y experimentación (Santaló, 2019).

Si tratamos el tema de la investigación y experimentación con embriones o gametos, la ley destaca dos aspectos:

Primeramente, para esta técnica es necesario contar con el consentimiento explícito de la pareja para ese proyecto de investigación concreto y, por lo tanto, de su renuncia directa sobre el futuro del embrión, ya que la ley dictamina que los gametos utilizados en investigación o experimentación no podrán utilizarse para su transferencia a la mujer, ni para originar preembriones con fines de procreación.

La selección del sexo o la manipulación genética con fines no terapéuticos o no autorizados constituye una infracción muy grave, y así queda constatado en el artículo 26 de la Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida.

#### **1.4.4 El derecho internacional**

Después del articulado de La Constitución, la legislación internacional sigue en el rango de importancia. Los tratados internacionales son una norma de referencia para los diferentes estados, donde poder reflejarse. Posteriormente, muchos estados legislan sobre estas materias. Estos tratados afectarán aquellos países que los refrenden. De las normas internacionales, destacamos las siguientes por su gran relevancia:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, ONU, 10 de octubre de 1948. Aunque no se trate de una norma jurídica como tal, esta Declaración constituye las bases para la protección de las personas y de los derechos humanos. Es una declaración y carece de valor jurídico, pero su carga ética le confiere la importancia que actualmente posee:
  - Artículo 25: Derecho a la protección de la salud, la asistencia médica y los servicios sociales.
- Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966:
  - Artículo 12: Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Carta Social Europea, Turín, 18 de octubre de 1961:
  - Artículo 11: Derecho a la protección de la salud.
  - Artículo 13: Derecho a la asistencia médica y social.

- Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, Oviedo, 4 de abril de 1997: protección de la persona en el ámbito de aplicación de la medicina y la biología.
- Tratado Constitutivo de la Unión Europea:
  - Artículo 152: garantiza la protección a la salud.
- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Niza, 7 de diciembre de 2000:
  - Artículo 35: Derecho a la protección de la salud.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos, El Salvador, 17 de noviembre de 1988:
  - Artículo 10: derecho a la salud.
- Carta Africana sobre Derechos Humanos, Banjul, 27 de julio de 1981:
  - Artículo 16: Derecho a la protección de la salud.

## 1.5 Estudiando la bioética

La bioética surge en los años 70 para dar respuesta a las situaciones ocasionadas por la brecha entre la parte humanística de la medicina y su parte tecnológica (Abel i Fabre, 2001). Los increíbles avances tecnológicos que sucedieron, las posibilidades de realizar nuevos tratamientos punteros, el creciente interés por los temas relacionados con los derechos humanos, los abusos que se cometieron con seres humanos en pro de la investigación y la resonancia popular que todos estos acontecimientos suscitaban, propiciaron el nacimiento de un nuevo saber, común a todas las profesiones sanitarias: la bioética (Abel i Fabre, 2001).

Este término fue acuñado por primera vez por Fritz Jahr, cuando en 1927 publicó un editorial en una revista alemana de ciencias naturales llamada "Kosmos" (Garzón, 2009). Posteriormente Van Rensselaer Potter, un bioquímico dedicado a la investigación en oncología de Wisconsin, publicó un artículo *Bioethics: The science of survival* (1970) y del libro *Bioethics bridge to the future* (1971), donde plantea la urgente necesidad de ensamblar la parte humanística de la medicina, con su parte tecnológica y científica, para crear una nueva disciplina (Quintanas, 2009).

Se puede llegar a pensar que la historia de un país no afecta a los acontecimientos vividos en otros lugares del planeta, por la lejanía o por la falta de contacto entre ambas sociedades. Pero esto no es así ya que, las experiencias vividas por unos individuos en concreto determinan el curso de toda la humanidad. Guerras, ataques terroristas, descubrimientos de fármacos, experimentación genética, o la aparición de nuevas enfermedades, afectan a la totalidad de la humanidad, como si de un solo ser interconectado se tratara. Con la bioética el proceso siguió los mismos pasos.

Un poco de historia dará claridad al tema. Conocer nuestra historia nos permitirá conocernos a nosotros mismos, y poder de esta manera, afrontar el futuro.

Una serie de hechos relevantes acaecidos durante el S.XX fueron los determinantes de este nuevo movimiento de preocupación médica y social. Para comenzar, los abusos relacionados con la investigación clínica a los que fueron sometidos personas en todo el mundo. Citaremos los "precursores" se la conciencia ética.

Uno de los hechos que marcaron la historia médica, ya finalizando la Primera Guerra Mundial, en 1932 fueron una serie de experimentos realizados con el fin de estudiar productos químicos, en Japón, poniendo en evidencia las atrocidades que el ejército japonés, y más concretamente, la Unidad 731, ocasionaron a los prisioneros de guerra. Ocasionaron actos que podrían ser considerados de puro sadismo, con más de 10.000 personas que se encontraban reclutados en sus campos de concentración. Experimentaciones relacionadas con el tiempo en que el cuerpo humano tarda en congelarse, o con la resistencia a venenos mortales, bacterias que provocaban enfermedades incurables, o exposición a radiaciones. Todo ello estaba enmarcado en un estricto plan estratégico docente, donde el registro y la documentación de estos actos eran escrupulosamente realizados, por el bien del saber del ejército, y con el propósito que los médicos del ejército pudieran hacer frente a todas las incidencias médicas que se les pudiera

ocasionar a sus soldados. Estos actos no se dieron a conocer, por supuesto. Para Japón, eran actos lícitos y necesarios, para ayudar a sus ejércitos en las múltiples guerras en las que se veían involucrados. Sin embargo, el resto de los países que conocían estos actos criminales, no dieron cuenta de ellos, y se beneficiaron de los resultados que se obtuvieron, perdonando de esta forma los crímenes que se cometieron, y alzándose como cómplices tácitos de ellos (López Rodríguez, 2018).

Ya en la Segunda Guerra Mundial, un nuevo episodio de brutalidad contra las personas conmocionó al mundo entero. La Alemania nazi ejecutaba y experimentaba con los prisioneros que se encontraban en los campos de concentración y de exterminio (Cruz, 2013). Muchas fueron las investigaciones que se llevaron a cabo en esta ocasión, y de la misma índole que en la Unidad 731. Las naciones del mundo entero conocían estos actos y, aun así, no hicieron nada para evitarlos, para proteger a los ciudadanos con los que se experimentaba. Investigaban las reacciones del cuerpo humano cuando eran sometidos a situaciones límites: amputación de miembros, envenenamientos masivos, se les ocasionaba heridas para comprobar el alcance de las infecciones y como se podrían tratar. En definitiva, las mismas atrocidades que se cometieron en Japón, eran llevadas a cabo en una Alemania poderosa, gobernada bajo el miedo (Bauer, 2016).

Los verdaderos artífices de estas barbaridades quedaron impunes. Los médicos que dirigían los experimentos, tanto en Japón Shiro Ishii, director de la Unidad 731 y Joseph Menguele, el “ángel de la muerte” de la Alemania nazi.

No fue hasta 1947 cuando los gobiernos de los países reaccionaron, promovidos por el gobierno de Estados Unidos, constituyeron un tribunal en la ciudad de Núremberg («The Nuremberg Code.», 1991) con el fin de juzgar a los artífices de los campos de concentración nazi. Se reconocía las brutalidades que conscientemente, profesionales de la medicina, personas cuyo objeto es la asistencia, ayuda y protección a los pacientes, habían cometido, y no de forma puntual y concreta, si no bajo la orden de un plan maquiavélico y estricto engranaje de muerte y odio. Se preguntaron el porqué de estos experimentos, intentaron entender cuáles eran los motivos<sup>7</sup> que había llevado a un grupo de científicos de la medicina a ir en contra de su propia esencia profesional. No se encontró respuesta alguna, no había respuesta posible. Así pues, y como estos actos aún no habían sido tratados por ningún tribunal, se redactó un decálogo sobre las normas morales que debían regir la experimentación con personas humanas. Nació el Código de Núremberg (Comité Nacional De bioética, 1947). Cuatro fueron los puntos clave de este código:

- Todo experimento con personas requerirá de su consentimiento, obtenido de forma voluntaria.
- Los experimentos con seres humanos solamente podrán realizarse si se obtiene un beneficio para los sujetos, y no les causará mal, ni deterioro, ni sufrimiento alguno.
- Se debe realizar bajo una estricta metodología científica, y para obtener una finalidad concreta y estudiada.

- Debe existir la posibilidad de abandono por parte del sujeto del propio estudio de experimentación.
- Se normalizan las bases para la investigación con seres humanos, siendo estas la semilla del posterior avance ético del desarrollo de la medicina.

A principios de la década de los 60 los avances realizados en el campo de las nefropatías llevaron a diseñar una máquina que dializaba la sangre, con un aumento de las garantías que hasta entonces no se daban. Los pacientes podían beneficiarse de una serie de ventajas y comodidades a la hora de realizarse diálisis, aportando mayor calidad de vida y mayores garantías de supervivencia en sus enfermedades terminales. El primer centro de diálisis externa fue el Seattle Artificial Kidney Center, y su diseñador el Dr. Belding Scribner. El problema surgió cuando el número de dispositivos era muy limitado, y el número de pacientes que los necesitaban, era muy desproporcionado. Se planteó un gran problema entre el personal responsable de la unidad: sobre quiénes serían los elegidos para llevar a cabo la diálisis, y quiénes serían las personas descartadas, que no podrían acceder a esta tecnología tan pionera y, en consecuencia, padecerían los inevitables problemas de su enfermedad. Difícil solución, muy difícil. Para resolver este gran problema, se creó un comité, el Life and Death Committee, que tuvo que decidir, qué pacientes serían tratados con la nueva tecnología, y qué pacientes no se tratarían. Unos recursos económicos limitados y una gran demanda que los necesita. Este es el llamado comité precursor de los comités de ética, ya que tuvieron que hacer frente a un problema de distribución de recursos, unos profesionales de la sanidad que allí trabajaban (Alexander, 1962).

Otro momento clave en la historia, fue el momento en que se tuvo que definir qué ítems marcaban la muerte cerebral de un paciente. Cuando un paciente podía ser declarado en muerte sin peligro de equivocarse y sin riesgo de cometer errores. De nuevo, por la falta de recursos y la necesidad de ofrecer el mejor tratamiento, en Harvard se creó un comité de expertos en la materia con el fin de definir las bases los criterios sobre muerte cerebral.

Mientras todo esto sucedía, mientras el mundo entero se echaba las manos a la cabeza y discutía sobre los crímenes alemanes, en una ciudad del estado americano de Alabama, Tuskegee, de población mayoritariamente negra y pobre, se realizaba una investigación. Esta investigación comenzó en 1930 (Greco, 2011) con aparentemente buenas bases éticas, con un apropiado plan médico, donde personas infectadas por la sífilis eran observadas y estudiadas para averiguar qué efectos tenía la enfermedad a lo largo de los años. Las personas de raza negra, con pocos recursos económicos, que habían estado infectadas por la sífilis, enfermedad muy contagiosa sin cura en los años 30, eran reclutadas en el hospital de Tuskegee que era el único que atendía a estos pacientes. Se les realizaban pruebas de sangre, observación de los efectos de la enfermedad a lo largo de los años, y a cambio, los pacientes recibían atención médica y cuidados básicos de alimentación. No se les proporcionaba ninguna cura a su enfermedad, y tampoco se les ofrecía información real sobre la misma (Jones, 1981).

En 1942 un descubrimiento revolucionaría la medicina: la aparición de la penicilina, poderoso antibiótico que ayudaría a muchos pacientes con sus infecciones. La penicilina comenzó a ser el

tratamiento recomendado para tratar la sífilis. Pero en Tuskegee no se administró este tratamiento a los enfermos que lo necesitaban, en pro de la experimentación y del conocimiento. Muchos fueron los artículos que se publicaron en prestigiosas revistas de medicina, durante muchas décadas. Pero fue a principio de los años 70, cuando se destapó todo el plan. Un artículo denunciando este estudio se publicó en el New York Times (Jones, 1981), causando consternación y desaprobación total. El gobierno de los Estados Unidos debía remediar esta barbarie, creando una Comisión Nacional donde se aprobaron una serie de recomendaciones éticas: El Informe Belmont donde por primera vez se empezó a hablar de los principios de la bioética (Welfare, 1979).

Todos los acontecimientos históricos sucedidos durante el siglo XX han marcado nuestro presente y nuestro futuro. Gracias, o, mejor dicho, debido a ellos, se empezó a respirar una nueva conciencia de protección al paciente, de obligación de ofrecer los mejores avances médicos, en definitiva, de beneficiar a la persona enferma.

El Informe Belmont fue el pistoletazo de salida, fue la revolución ética, fue la base de la atención al paciente, el renacer de la asistencia. En él se describían una serie de principios que debían estar presentes para realizar cualquier investigación moralmente correcta. Los principios fueron:

- Respeto a las personas.
- Beneficencia.
- Justicia.

Actualmente cuando hablamos de los principios de la bioética, nos viene a la cabeza Beauchamp y Childress, quienes reformularon estos fundamentos filosóficos y los plasmaron en 1979 (Beauchamp & Childress, 1998) iniciando así el camino hacia el análisis de los problemas éticos y haciendo extensible los conocimientos teóricos a todo el mundo (Gaudlitz Harnecker, 2008).

### 1.5.1 Competencias de la bioética

El objeto de la bioética comprende todos los aspectos relacionados con la práctica asistencial.

Los temas principales de estudio de la bioética, según Francesc Abel en su libro: *Bioética: orígenes, presente y futuro*, son los siguientes:

- Relación médico-paciente, información, comunicación de la verdad al paciente y/o a la familia, derecho, derechos de los pacientes, problemas relacionados con intervenciones de riesgo elevado, confidencialidad, registros.
- Distribución de recursos escasos, diálisis, unidades coronarias, asistencia sanitaria especializada.

- Problemas en relación con la fecundación: contracepción, esterilización, aborto, tecnologías de reproducción asistida.
- Genética y problemas específicos: diagnóstico prenatal, terapia genética, asesoramiento genético, bancos de ADN, etc.
- Ética y psiquiatría: control de conducta, psicofármacos, psicocirugía, internamiento psiquiátrico, investigación en pacientes psiquiátricos.
- Problemas relacionados con la experimentación con sujetos humanos: gestantes, embriones, fetos, niños, prisioneros, personas con deficiencia mental, ancianos...
- Trasplantes y órganos artificiales.
- Problemas en torno a la muerte y a los moribundos; diagnóstico de muerte cerebral, eutanasia, obstinación diagnóstica y terapéutica; enfermos crónicos y terminales.

Abel define la bioética como el estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos, por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito microsocia y macrosocia, micro y macroeconómicos, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro (Abel i Fabre, 2001).

Diego Gracia en su libro *Ética en la práctica clínica*, nos dice que la bioética, como toda ética, el intento de analizar racionalmente los deberes que como individuos y como miembros de la comunidad humana tenemos para con nosotros mismos y para con todos los demás, en lo relativo a la vida biológica, salud, enfermedad, gestión del propio cuerpo, etc. Se trata de ligar hechos biológicos y valores. Sin embargo, lo cierto es que en las más de tres décadas desde que se acuñó este neologismo ha gozado de una cierta indefinición o de una cierta polisemia, lo que explica que se la disputen diversas disciplinas o áreas: de la deontología profesional a la ética médica, de la investigación a la clínica, de la medicina a la ecología, de las éticas civiles a las religiosas. En definitiva, como una vía para la deliberación y educación en las cuestiones de valor relativas al cuerpo y a la vida (Gracia & Júdez, 2004).

Tabla 2. Resumen de definiciones del marco teórico

	Definición	Etimología	Tipos	Características
Ética	Ciencia del comportamiento moral de los individuos en la sociedad	Del griego ethos: Modo de ser, temperamento, carácter Hábito	Ética aristotélica Ética kantiana Relativismo Existencialismo Utilitarismo	Universal
Moral	Forma de actuar de manera correcta y buena	Del latín mos moris: costumbre o morada, lugar donde el ser humano reside	Moral cristiana	Personal, enseñada y transmitida
Bioética	Estudio interdisciplinar orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos por los progresos médicos y biológicos	Del griego bio y ethikos: Aplicación de la ética a las ciencias de la vida	bioética de la naturaleza: Ecología	Su objeto son los aspectos relacionados con la práctica asistencial
Derecho	Conjunto de normas que permiten resolver los conflictos de una sociedad	Del latín drectium: lo que está conforme con la regla	Derecho procesal Derecho civil Derecho penal Justicia distributiva	
Deontología	Precepto ético cuyo fin es regular los deberes, creando normas morales y reglas de conducta.	Del griego deontos: Deber, obligación	Deontología profesional	Códigos aprobados por los profesionales para el ejercicio de un determinado colectivo profesional
Ética profesional	Como ética está orientada a lo bueno, al buen hacer	Parte de la ética		No es exigible a los profesionales de un determinado colectivo. Es aconsejable

Fuente: Elaboración propia.

## 1.6 Los comités de ética asistencial

La historia de la humanidad nos da cuenta de todos los avances que ha conseguido. Somos capaces de comunicarnos en tiempo real a larga distancia, llegar al espacio, realizar tratamientos médicos impensables, con las máximas garantías de curación. Las sociedades avanzan a un ritmo vertiginoso, y muchas veces ni siquiera somos capaces de asimilar tantos cambios en nuestras vidas y en nuestro entorno (Abel, 1996).

Al igual que la tecnología, las sociedades avanzan, quizás no de forma tan vertiginosa, pero sí de forma evidente. El rechazo a las desigualdades (Olmedo Lucerón, 2008), la preocupación por el cambio climático producido por el hombre, la necesidad de empatizar con aquellos pueblos menos favorecidos, son algunos de los hechos que a lo largo de la historia vamos asumiendo como necesarios e importantes.

En el campo de la medicina sobra decir, que esta evolución ha sido, es y será, cuando menos, imparable y incuestionable. Realizar intervenciones quirúrgicas, antes solo imaginables en novelas de ciencia ficción, hoy es posible. Curar enfermedades hasta hoy sin oportunidades, están en el orden del día. La investigación y el desarrollo en todos los campos de la salud hacen que sea digno de explicación y estudio. De la misma manera, la humanización de la sanidad (Sánchez González, 2017; Gracia Guillén, 2003) ha ido evolucionando con los tiempos. Desde tratar una enfermedad, sin importar las posibles secuelas para el paciente, hasta utilizar a seres humanos para experimentar tratamientos, intervenciones o técnicas, hasta hoy en día, donde la importancia del respecto a la persona, y a la sociedad, es sin lugar a duda una cuestión necesaria, indiscutible. La protección de las personas, de los derechos humanos, ha sido clave para la evolución de la sanidad en el mundo entero (García Cabeza, 2014).

La historia nos revela hechos muy destacados donde la vulneración a estos derechos fundamentales del ser humano está a la orden del día. La bioética nace para proteger estos derechos, de la mano de los comités de ética asistencial, los CEA (Celie, Prager, Chaet, Johnston, & Yarmolinsky, 2016).

### 1.6.1 Historia de los comités de ética asistencial

La historia de los CEA está unida a la propia historia de la bioética. Su creación, su desarrollo y su estado actual responden a las necesidades que la sociedad del momento marca. Es por este motivo, que allá por los años sesenta del siglo pasado surgiera la necesidad de crear un comité de personas expertas que decidieran sobre el futuro de los pacientes a los que se les iba a someter a hemodiálisis. El llamado Comité de la Muerte del Seattle Artificial Kidney Center tuvo la obligación de establecer unas normas para poder decidir qué pacientes serían sometidos a las nuevas técnicas de hemodiálisis (Revista Life). Estas normas no sólo respondían a criterios médicos, si no que se utilizaron otro tipo de criterios no relacionados con la medicina para poder “dar un orden de prioridad” a los pacientes. Este comité es considerado a nivel mundial, sin lugar a duda, el precursor de los CEA. Se cuestionaba el dilema moral de a quien tenía derecho a someterse a un tratamiento específico, cuando los recursos eran limitados. Los encargados de

tal empresa fueron personas de diferentes ámbitos, tanto sanitarios, como del ámbito social, como del derecho, lo que lo hacía, de alguna forma, enriquecedor y multidisciplinar, propiciándose, de este modo, el diálogo entre los legos (Alexander, 1962).

Otro acontecimiento histórico que marcará la creación de los CEA fue la publicación en el año 1968 de los criterios para determinar la muerte cerebral de un paciente («A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death», 1968). Este fue elaborado por un comité de expertos de la Universidad de Harvard (Escalante Cobo, 1999). La importancia de este hecho deriva en que a partir de él se podía certificar el fallecimiento de un paciente, para poder de este modo proceder a la extracción de sus órganos para realizar trasplantes. El equipo multidisciplinar, al igual que en Seattle, abarcaba profesionales de diferentes ámbitos, quienes tuvieron que dialogar para alcanzar el consenso en el establecimiento de los criterios de muerte cerebral (Iriarte, Palma, Kufoy, & de Miguel, 2012; Blagg, 2007).

Coincidiendo con las anteriores fechas, allá por 1969, se fundó el Institute of Society, Ethics and the Life Science, por los doctores Callahan de la Universidad de Harvard, y Gaylin de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Hastings. Su importancia deriva en que fue el primer centro que ofrecía orientación a los profesionales de la sanidad sobre los aspectos éticos de sus políticas gubernamentales relacionadas con la salud. Fue un modelo orientador mundial en este aspecto, hasta nuestros días (Abel i Fabre, 2001).

En 1971, bajo el cobijo de la Universidad de Georgetown y dirigido por el ginecólogo André Hellegers se crea el Kennedy institute for the study of human reproduction and bioethics, donde se trataban todas las cuestiones éticas relacionadas con la reproducción humana, y las nuevas técnicas que se estaban haciendo fuertes en la sanidad de la época. Fue el centro de referencia en el asesoramiento sobre la condición ética de las políticas sanitarias. Este instituto es de gran importancia para nuestro país ya que uno de sus miembros fue el Dr. Francesc Abel, ginecólogo jesuita, que incorporó todo el conocimiento adquirido en el Kennedy Institute de la mano de Hellegers, en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, para crear en 1975 el Institut Borja de Bioètica, primero en Europa de estas características, y bajo la tutela del Kennedy, ofrecía asesoramiento ético a los profesionales que lo necesitaban (Abel i Fabre, 2001).

Otro suceso acontecido que removi6 las conciencias de la sociedad estadounidense fue la petición de unos padres de no prolongar la ventilación mecánica de Karen Ann Quinlan que permanecía en un estado vegetativo de fatal pronóstico (Barrio Cantalejo & Simón Lorda, 2006). A esta decisión se oponía el director del hospital donde estaba ingresada. Por este motivo, en 1976 el Tribunal Supremo de Nueva Jersey aconseja que se creen comités en los diferentes hospitales del país, con el fin de orientar a sus responsables en casos similares al de Karen. Al final, se decidió retirarle la ventilación mecánica y tras nueve años sin cambios en el estado vegetativo que presentaba, la paciente murió.

No nos podemos olvidar del Informe Belmont, que en 1978 removi6 las conciencias de los estadounidenses y del mundo entero (Yesley, Pamela Driscoll Staff Director Marie D Madigan Barbara Mishkin, Alexander, & Beauchamp, 20002). Las aberraciones cometidas a lo largo de la

historia, durante guerras y conflictos, o en tiempos de paz, donde se ponía en riesgo la salud, la integridad física de las personas, e incluso, la vida, permitiendo realizar experimentación con seres humanos. Con este documento se construían las bases éticas para toda aquella experimentación con seres humanos que se llevara a cabo.

A partir de este momento, los CEA fueron formando parte de los diferentes hospitales a lo largo de la geografía mundial, haciendo posible la deliberación bioética de los problemas que surgen en la práctica asistencial.

### **1.6.2 Definición de comité de ética asistencial. Ámbito de actuación y funciones**

El comité de ética asistencial es un órgano consultivo sobre temas de bioética que se presentan en la práctica asistencial (F. Montero & Morlans, 2009; Couceiro V & Beca I, 2006). Este órgano es pluridisciplinar, tanto en las profesiones de los miembros que lo componen, como en las convicciones religiosas de los mismos (Álvarez, 2004). Trata de dar asesoramiento a aquellos profesionales que así lo demandan, sobre temas de conflicto ético durante la asistencia sanitaria. Las decisiones tomadas en los CEA no son vinculantes, es decir, no son de obligado cumplimiento, pues como órgano consultivo, intenta aconsejar y ayudar en la toma de decisiones de los profesionales en su práctica asistencial, y nunca, suplantar el quehacer del profesional (Abel i Fabre, 2001).

Las diferentes situaciones de conflicto que se presentan en los centros sanitarios obligan a tener unas pautas morales de actuación. Por supuesto, en bioética no existe una actuación correcta que se ajuste siempre a todas las situaciones. Por el contrario, cada situación plantea un nuevo reto para tener en cuenta, para poder ofrecer la mejor respuesta al profesional, adaptándose a la circunstancia específica de ese momento.

Bajo ningún concepto los CEA suplantarán la decisión médica ni obligarán a la realización de ningún procedimiento que no sea el adecuado y aconsejado por el profesional. Los profesionales han de actuar según sus conocimientos y su práctica, ofreciendo siempre la mejor atención posible. Pero es cuando surgen conflictos entre esta práctica y lo que el paciente reclama, cuando el comité de ética ofrece una respuesta para afrontarlos.

Las funciones de los CEA son las siguientes (F. Montero & Morlans, 2009; De Leucona, 2007):

- 1) Asesorar para resolver aquellos casos de la práctica asistencial donde exista un conflicto entre las dos partes protagonistas, paciente-familia y profesionales sanitarios. Las decisiones que se toman en los CEA se hacen de forma deliberativa e intentando llegar al consenso de todos los miembros. Al ser un órgano consultivo, como antes he citado, las decisiones no son vinculantes y quedan a disposición del profesional o ciudadano que las solicite, siendo estos quienes tomarán la decisión final y la actuación a seguir.
- 2) La elaboración de guías, protocolos y recomendaciones, para aquellos temas de cierto calado ético, que requieran de una pauta de actuación que evite alejarse de los

principios morales de la actuación sanitaria. Con estos protocolos se intentará orientar al profesional en su práctica diaria y dotarle de una herramienta consensuada y adecuada para que éste pueda tomar sus decisiones de forma correcta.

- 3) Fomentar la formación en bioética de los propios miembros del CEA, así como de los diferentes profesionales que componen el entramado sanitario. El conocimiento de la bioética es fundamental para realizar una práctica asistencial de calidad. Este conocimiento se adquiere durante la formación reglada de las diferentes profesiones sanitarias, pero es desde el CEA donde se debe facilitar el mantenimiento de estas habilidades. Las propuestas van desde la realización de cursos específicos, con temáticas concretas que ayuden al profesional a reconocer una situación de estrés bioético, orientándolo a su vez hacia su consulta al comité, para darle la respuesta más adecuada. Las conferencias de expertos o las mesas redondas donde se debaten casos concretos también forman parte del material didáctico que permite al CEA formar a sus profesionales.

Pero la principal y más dura tarea de los comités de ética asistencial es la de formar a sus miembros en bioética, así como fomentar la formación de todos los profesionales de la sanidad. Extender los conocimientos relacionados con la toma de decisiones éticas y la capacidad de resolución de conflictos. Esta tarea es la más ardua, difícil, lenta y menos espectacular de las que realiza este comité. Siempre es más atrayente intervenir en la resolución de un caso difícil que comprometa severamente alguna de las partes implicadas, y poder dar opciones reales a estos conflictos. Educar, formar, asesorar y contar con profesionales diestros en conocimientos sobre bioética y sobre la resolución de casos, empoderar al personal sanitario, objetivo lento y a veces poco valorado (Álvarez, 2004).

Excepciones a la no obligatoriedad de las decisiones del CEA sería el informe que el comité ha de realizar referente a la extracción de órganos de donantes vivos, para asegurar que el consentimiento ha sido de forma expresa, libre, consciente y de forma desinteresada, después de haber sido informado de todo el proceso quirúrgico, de sus complicaciones y de sus riesgos. Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre que regula la obtención y utilización de órganos humanos.

Existen otras funciones que no corresponden a las atribuciones de los CEA, y que en determinadas ocasiones pueden crear confusión. Estas son por ejemplo (Álvarez, 2004; Gascón Abellán, 2010):

- No corresponde al CEA juzgar sobre la práctica asistencial. Sobre la mala práctica. Ciertamente es un tema de carácter moral, que un profesional ofrezca una mala calidad en su práctica asistencial, pero no es el CEA quien tiene que juzgar, ni perseguir, ni castigar a ningún profesional por ello.
- Tampoco entra dentro de las competencias del CEA ser árbitro de disputas entre los profesionales sanitarios y la institución.

- Ni asesorar en cuanto a condiciones sindicales o profesionales que afecten al profesional.
- No es función del CEA posicionarse frente a reclamaciones que puedan presentarse en el ejercicio de la actividad sanitaria, hacia el hospital o hacia alguno de sus profesionales.
- Y por supuesto, no participarán en las decisiones clínicas hacia un paciente concreto. Esta función es del equipo multidisciplinar que lo trata.

### 1.6.3 Composición de los comités de ética asistencial

La esencia del CEA es el diálogo multidisciplinar, su composición ha de ser plural, que abarque todas las profesiones sanitarias y todos los actores implicados en la sociedad. Así pues, decidir quién puede o no puede formar parte del comité es un trabajo amplio y a veces, hasta un poco ambiguo, ya que cualquier ciudadano podría llegar a formar parte (Montero & Morlans, 2009; Pope, 2014; Barroso Asenjo & Calvache Pérez, 1999).

Para poner límites a la cuestión, podemos decir que en el comité de ética ha de tener cabida todo aquel profesional sanitario que quiera formar parte de él, con intereses, con formación y con dedicación hacia el mismo (Camps, 2015).

El conocimiento que aportan los *médicos* es fundamental en un CEA. Su formación así lo contempla. Técnicamente con un rigor excelente. Y con actitud humanista. Los médicos son los profesionales que más casos reportan al CEA, ya que son ellos quienes se encuentran en su práctica diaria con la mayoría de los dilemas de índole moral. En el grupo de los médicos podemos abarcar otros profesionales como son los farmacéuticos, psicólogos, biólogos o bioquímicos.

Los *profesionales de la enfermería* (Yagüe Sánchez, 2017), sin duda, son el amplio grueso de profesionales que trata constantemente con el paciente y con las familias. Es enfermería quien en muchas ocasiones detecta los problemas y los eleva a los facultativos para su resolución. La carrera de enfermería también cuenta en sus planes de estudio con la asignatura de bioética y legislación, con lo que estos profesionales poseen los conocimientos suficientes para detectar problemas de características éticas, y transmitirlos a los miembros del CEA para su resolución (Vázquez & Flores, 2019).

Los profesionales del derecho, *juristas*, que conocen los entresijos de las leyes, tienen cabida en el CEA, ya que asesorarán a nivel legal al CEA y lo encaminará a tomar decisiones dentro de los límites que la ley marca. En estos tiempos en que la medicina se está judicializando, donde cualquier tema se resuelve bajo la decisión de un juez, la aportación que puede hacer un jurista es sin duda de gran importancia. El conocimiento del procedimiento jurídico otorga a estos profesionales un gran valor.

Los profesionales de la *teología*, de la confesión que sea, también tienen cabida en el CEA. Nadie obliga a tener un religioso católico, aunque mayoritariamente en nuestro país la religión más

común es la católica. Tienen por supuesto cabida todas las confesiones que así lo soliciten. Actualmente, muchos de estos teólogos son substituidos por la figura del filósofo, más laico, menos dirigidos hacia una confesión determinada. El conocimiento que aportan tanto de la ética teórica como de la fundamentación de esta, les hacen muy necesarios en los CEA.

Otros *profesionales sanitarios* como trabajadores sociales son también necesarios para formar parte del equipo multidisciplinar de los CEA, por su visión general de los problemas concretos de la sociedad en general y del paciente en particular.

Uno de los miembros que es conveniente participen del CEA son los profesionales del departamento de *atención a la ciudadanía*. Ellos recogen todas las quejas, reclamaciones, dudas y problemas que los pacientes y la sociedad al completo se plantean. En muchas ocasiones hacen de mediadores entre la sociedad y el CEA, otorgándole un papel muy importante en el comité. Son miembros de la entidad sanitaria que están a disposición del ciudadano, que canaliza sus quejas y dudas y que las pone en conocimiento del CEA para su estudio y resolución.

Contar con un miembro de la *sociedad civil* en el CEA también aporta un gran enriquecimiento para el comité, ya que presentará una opinión de lo que la sociedad demanda que quizás los profesionales sanitarios no ven con tanta lucidez. Este ciudadano no tiene por qué ser de profesión sanitaria. Es más, es recomendable que pertenezca a otras profesiones para dar diversidad al diálogo.

La relación del CEA con el *equipo de dirección* del centro sanitario es sin duda de total entendimiento. El CEA depende de la dirección del centro en la mayoría de los casos, como órgano consultivo. Por este motivo, es importante que un miembro de la dirección del centro pertenezca al CEA, para ofrecer esa visión global que el directivo puede ofrecer.

También miembros de la comisión de *calidad asistencial* o del comité ético de investigación clínica, CEIC, normalmente forman parte del CEA, con el fin de compartir conocimientos y experiencias para la resolución de conflictos.

#### 1.6.4 Cómo poner en marcha un comité de ética asistencial

El Dr. Francesc Abel, fundador del primer CEA de España, ofrece una serie de recomendaciones para la creación reglada de un CEA. Estas recomendaciones se pueden clasificar en las siguientes etapas (F. Montero & Morlans, 2009; Abel Fabre, 2006):

- Etapa preconstitucional o de percepción de la necesidad del comité. Ha de haber algún hecho que nos cree la necesidad de consultar con un experto. Un determinado problema, un efecto no deseado que no sabemos resolver, una actuación que no sabemos delimitar. Necesidad de buscar consejo en expertos que nos asesoren y nos guíen a nivel moral sobre la actuación que debemos realizar.
- Constitución de una comisión promotora. La dirección del centro sanitario debe nombrar un responsable del proyecto, y al mismo se han de sumar aquellos

profesionales que debido a sus intereses, quieran formar parte. Normalmente el perfil de los profesionales tendría que incluir algún tipo de conocimiento en el tema para poder así facilitar su desarrollo. En este primer momento, se ha de establecer un reglamento consensuado donde se plasmen las bases organizativas del comité, tales como periodicidad de las reuniones, número de miembros que forman parte y trabajos de secretaría, tales como la elaboración de las actas, envío de convocatorias, etc.

- Formación en bioética. Es aconsejable que los miembros del CEA sean formados en esta materia, de forma reglada y exhaustiva, con el fin de dar dinamismo y conocimiento al comité.
- Redacción de normas de funcionamiento. La redacción de estas normas de funcionamiento a la hora de tomar decisiones, redacción de la misión del comité, de forma consensuada y dialogada, es importante para establecer las bases del ejercicio que llevará a cabo el CEA. Se ha de mantener al margen de las decisiones del CEA las tendencias confesionales de sus miembros, para garantizar la adecuada toma de decisiones.
- Acreditación. Esta es tramitada por las autoridades autonómicas, como el Departament de Salut en Cataluña y la Viceconsejería de Sanidad en Euskadi.
- Presentación institucional. Después de la acreditación, el CEA ha de ser presentado por el máximo responsable de la institución sanitaria para informar a los profesionales tanto de su creación, como de su ámbito de trabajo, así de cómo ponerse en contacto con el comité en caso de necesidad. Dar accesibilidad al CEA es de vital importancia para que los profesionales confíen en la cercanía del comité para asesorarles en sus dilemas bioéticos.

### **1.6.5 El proceso deliberativo**

Anteriormente se ha explicado que el CEA es un órgano consultivo, cuyas decisiones no son vinculantes, no son de obligado cumplimiento. Esta característica pudiera poner en duda la credibilidad o incluso la fundamentación del CEA (Sarmiento, Mazzanti, Rey, & Arango, 2016). Nada más lejos de la realidad. El hecho de no tener poder para decidir sobre la realización de una actuación determinada no es un problema en sí. Al contrario, el CEA no ha de tener poder, ha de tener autoridad en temas de índole moral (Zamora Calvo & Castillo Ayala, 2018). Está compuesto por expertos en esta materia, que se dedican a estudiar cada caso de forma individual, incidiendo en los conceptos clave y aplicando un método de toma de decisiones. Ha de tener ese prestigio necesario para aconsejar sin obligar (Couceiro, 1999; Hernando, 2006).

El contar con un comité de personas formadas en la materia, que no imponen su criterio parcial defendiendo una u otra confesión espiritual, acredita a la hora de la toma de decisiones.

El comité ha de ser capaz de autogestionarse, de poner límites, de decidir cuándo un miembro es adecuado para formar parte, y cuando se han de renovar miembros. Este último hecho, es un

ejercicio de madurez del CEA, que decide cuándo es necesaria una renovación de sus miembros aún a riesgo de perder algún elemento importante. Dejar que la monotonía y la costumbre reinen en el CEA es el principio del fin del comité.

Llegados a este punto, debemos concretar en qué principios de la ética se basa la actuación de los CEA.

La protección a la persona, a la dignidad de la persona, es el punto clave de la actuación del CEA. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Oraa & Gómez Isa, 2009) nos ofrece el punto de partida para el trabajo principal del CEA, que es velar por el ser humano en general. No se pueden permitir partidismos ni tendencias de favoritismo hacia un determinado grupo social. Se han de respetar los derechos de toda persona, sin importarnos raza, religión, condición social, etc.

Las decisiones tomadas en el CEA no han de ser tendenciosas hacia una confesión concreta. España en su Constitución del 1978 dicta que es un estado laico y aconfesional, es decir, no hay una religión que se considere oficial. Además, en la actualidad, donde las fronteras están abiertas, donde los movimientos de personas entre los diferentes países están a la orden del día, se tiene que garantizar este estado no confesional, con el fin de proteger al ser humano con el que tratemos.

### **1.6.6 Análisis de casos por el comité de ética asistencial**

Existen muchas metodologías a la hora de resolver un caso de conflicto bioético. Una de las formas más utilizadas es la que propuso Thomasma, Pellegrino y McCullough, citado por Montero y Morlans en 2009 con las siguientes etapas (Montero & Morlans, 2009; Sarmiento et al., 2016; Netza Cardoso, 2013):

- 1) Descripción de los hechos: conocer todos los detalles del hecho que motiva la consulta con el CEA es de vital importancia. Es recomendable que los profesionales que hacen la consulta sean los que presenten el caso, ya que nadie mejor que ellos conocen todos los pormenores de este, y de la misma manera, pueden responder en tiempo real a todas las preguntas que creen duda entre los miembros del comité.
- 2) Identificar la voluntad del paciente: para conocer los hechos, es necesario conocer todos los datos que conciernen al paciente: si ha expresado alguna voluntad anticipada, si sus valores son conocidos por el personal o la familia, o si explícitamente rechazaba algún tipo de tratamiento.
- 3) Identificar los deberes del profesional: los profesionales que presentan el caso tienen que mantener una serie de preceptos, para poder dar una buena respuesta al usuario. Confidencialidad de la información, buscar el bien para el paciente, favorecer su autonomía evitando el paternalismo, son cuestiones que han de quedar claras en la toma de decisiones.

- 4) Identificar el conflicto: nos tiene que quedar claro los motivos que hacen que unos profesionales sanitarios estén en desacuerdo con el pensamiento de un paciente o una familia. Debemos conocer las causas que por las que el conflicto se origina.
- 5) Identificar la clase de conflicto: teniendo en cuenta las circunstancias concretas del caso expuesto, debemos valorar qué tipo de conflicto se presenta. Buscar en las bases de datos, tanto del propio CEA, como de otros, la resolución de casos similares al presente.
- 6) Valoración legal y consulta de la casuística: debemos conocer la legislación vigente que actúa sobre este hecho, y tenerla en cuenta. También debemos conocer si existe algún tipo de consecuencia legal a las posibles decisiones que tomemos con respecto al caso.
- 7) Argumentación sobre la jerarquización de los principios y valores en conflicto: en este momento tenemos que poner sobre la mesa tanto la voluntad del paciente-familia, como la obligación del profesional en lo que respecta al caso.
- 8) Previsión de las consecuencias y excepción a los principios: debemos tener en cuenta las consecuencias que se derivan de nuestras posibles decisiones, así como las posibles alternativas que se generan.
- 9) La deliberación: es el momento de tomar una decisión, valorando los pros y los contras de todos los argumentos anteriormente recogidos.
- 10) Redacción de la recomendación: debemos realizar un informe con las recomendaciones finales que el CEA tome, después de haber realizado el proceso anteriormente citado. Estas recomendaciones han de ser claras y entendibles por el profesional que solicita la consulta. Es recomendable que la decisión tomada sea de forma consensuada por todos los miembros del CEA, pero en determinadas ocasiones, esta opción es imposible de conseguir. En estos casos, debemos dejar plasmadas todas las decisiones diferentes que algunos miembros del CEA hayan podido tomar. El informe no revelará los pasos tomados hasta la toma de decisión, sino únicamente, la decisión final del grupo de expertos. Y este informe será entregado al profesional que motiva la consulta, en un plazo de tiempo adecuado, ya que se esperará para tomar una decisión fundamentada.

### **1.6.7 Algunas consideraciones sobre los comités de ética asistencial**

En 1999 se describe una situación que se presenta en los CEA de todo el mundo, y es que este no prospera. Se diría que el comité está en punto muerto y que no crece (Kuczewski, 1999). Se caracteriza por:

- La relevancia clínica de los CEA es cuestionable; muchos o la mayoría de los miembros del personal del hospital no están seguros de que el comité exista o de lo que hace.

- La asistencia a las reuniones del comité es problemática. Hay ausentismo frecuente. Hay profesionales importantes como, por ejemplo, médicos o especialistas médicos que no están representados o están poco representados.
- Incluso los miembros comprometidos del comité no están seguros de lo que deberían estar haciendo y no se sienten útiles.
- La escasa actividad formativa que proporciona el CEA.

Un estudio realizado en el Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell sobre conocimiento del CEA de este hospital muestra que tiene la misma tendencia que el estudio de Kuczewski. Los resultados obtenidos fueron los siguientes (Herreros, 2018):

- Un 70% manifiesta la presencia habitual de problemas éticos en su práctica diaria.
- Un 82% desconocía las guías del CEA, un 83% ignoraba la oferta de formación del CEA,
- Un 2% había realizado alguna vez alguna consulta (¿los miembros del CEA que respondieron a la encuesta?).

En muchos centros sanitarios ocurre la misma situación descrita anteriormente: sus profesionales no conocen las funciones del CEA ni el servicio que ofrece a la comunidad. El Hospital Arnau de Vilanova de Lleida no ha realizado ningún estudio exhaustivo sobre el tema, pero se sigue la misma tendencia que las anteriormente citadas.

A partir del estudio realizado por el Comité de Bioètica de Catalunya (CBC) en 2018 se objetiva que existe 61 CEAS en Catalunya, repartidos entre las diferentes provincias. Estos comités pertenecen a todo ámbito sanitario, desde el hospitalario, hasta la atención primaria, pasando por la atención sociosanitaria, salud mental y los centros sanitarios privados (Salud & Catalunya, 2019).

Tabla 3. Ámbitos asistenciales de cobertura de los comités de ética asistenciales de Catalunya

Ámbito	Número de CEAS
Hospitalización de agudos	22
Hospitalización de agudos, AP	13
Atención primaria	2
Salud mental	7
Sociosanitario y geriatría	3
Hospitalización infantil de agudos	1
Oftalmología	1
Residencial	1
Neurorehabilitación	1
Reproducción asistida	1
Odontología	1
TOTAL	53

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de 2018 del Comité de bioética de Catalunya

En este mismo estudio realizado por el CBC, se pregunta sobre la valoración que cada uno de los comités cree que les otorgan los profesionales del centro. La respuesta de los CEA es que son valorados con una puntuación de 6.8 de un total de 10 puntos.

Durante el año 2018 un total de 4 CEA del estudio del CBC no han recibido ninguna consulta. El mayor número de consultas en un año para un CEA fue de 19. Los temas de los casos son los siguientes:

Tabla 4. Temática de los casos presentados en los comités de ética asistencial en 2018.

Temática	Consultas
Capacidad y competencia	Personas con problemas de salud mental Menores de edad Situaciones de urgencia
Deontología profesional	Adherencia de los profesionales a la vacunación de la gripe Comunicación familia-pacientes
Comunicación	Discordancia entre hijos sobre la información a los padres Ocultación de información Calidad de la información transmitida por el personal médico en el final de la ida
Conflicto de intereses	Público y privado Con la industria farmacéutica Por coincidir asistencia médica pública y privada en el mismo centro Utilización de datos clínicos de una persona en el servicio público de asistencia para beneficio del a asistencia privada
Rechazo al tratamiento	Por parte de un paciente competente A transfusión de hemoderivados Tratamiento al final de la vida Al tratamiento por parte de la familia En cirugía A la cirugía de mama De un paciente con discapacidad intelectual A amputación de paciente con demencia ligera En un paciente con disfagia
Discriminación	Conflictos étnicos/religiosos Por discapacidad, por sexo (transexualidad)
Consentimiento informado	Conflicto porque la firma de un CI pertenece a un menor
Voluntades anticipadas	Valorar la elaboración del DVA para una persona parcialmente incapacitada
Mejora de las decisiones	Decisiones compartidas Conflictos sobre la autonomía y la toma de decisiones Desacuerdo de la persona con el tratamiento del médico
Gestión	Consulta de la Dirección sobre una reclamación de un paciente Listas de espera Problemas en el alta cuando algún paciente no abandona la unidad

Nutrición	Desacuerdo en la colocación de una sonda percutánea PEG en paciente no incapacitado Retirada de la nutrición enteral en una persona sin capacidad de decidir
Mejora de la atención	Conflictos entre personal de diferentes ámbitos de actuación Mejora del seguimiento de la evolución de pacientes No maleficencia hacia la autonomía de la familia Disparidad de criterios familia-paciente Proporcionalidad de las decisiones clínicas Valoración integral de los problemas de salud Sedación en pruebas diagnósticas Trato a pacientes Competencias profesionales
Otros temas	Diálisis Objeción de conciencia Medicación Utilización de nuevas tecnologías no contrastadas Privilegio terapéutico Tratamiento de restos humanos de extremidades amputadas Tramitación de éxitus Trasplantes cruzados

*Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de 2019 del Comité de Bioética de Catalunya*

Al mismo tiempo, los CEA estudiados declaran realizar actividades que fomentan la humanización de los cuidados y de la atención. Algunas de estas actividades se nombran en la figura 4:

Figura 4. Actividades para fomentar la humanización en las instituciones sanitarias

---

Docencia a los residentes de primer año sobre cuestiones básicas de respeto a la intimidad y confidencialidad.
Incidir en los aspectos de bioética de los estudiantes en práctica en los ABS
Formación, sensibilización e investigación
Difusión de la disponibilidad del CEA para la ayuda en el análisis de conflictos éticos asistenciales
Iniciativas individuales de miembros del CEA
Trabajo sobre valores institucionales
Sesiones periódicas para trabajar el significado de los valores en el entorno asistencial
Trabajo para dar a conocer el código ético de la institución
Análisis del cumplimiento de los derechos de los ciudadanos en la práctica cotidiana, intimidad, confidencialidad (elaboración de carteles sobre la confidencialidad)
Elaboración de normas para controlar el acceso a las historias clínicas de los pacientes
Respeto a la diversidad
Mejora de la información al paciente, mediación con Testigos de Jehová
Elaboración de un protocolo de intimidad y confidencialidad
Guía de bases fundamentales en la relación asistencial
La acogida y la atención en el Servicio de Urgencias
Proyecto de mortalidad en urgencias
Humanización de la UCI
Trabajo sobre las medidas restrictivas y la buena práctica en la hospitalización
Mejora de la accesibilidad de la consulta
Impulso de iniciativas centradas en las voluntades anticipadas, en el respeto al paciente incapacitado, modelo de recuperación del paciente en decisiones compartidas
En el modelo de atención centrada en la persona
Elaboración de un plan estratégico (final de la vida)
Elaboración de modelos de consentimiento informado
Participación en la Comisión de Mejora de la Información, el Trato y el Bienestar de los pacientes, o en la Comisión de Humanización
Humanización del trato con el paciente en las consultas, en el área de materno infantil y en la UCI
Diversas iniciativas como la creación de un club de lectura como herramienta estratégica en la humanización
Formación en el uso de nuevas tecnologías

---

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio de 2018 del Comité de Bioética de Catalunya

Las conclusiones que se extraen del estudio del CBC son las siguientes:

- 1) Hay un gran interés por la humanización de la asistencia y por las actividades relacionadas.
- 2) El recambio de miembros del CEA es muy acusado.
- 3) Los CEA son comités muy concienciados con el trabajo, pero se detecta que existe gran soledad y poco reconocimiento por parte de las directivas del esfuerzo realizado.

- 4) Hay una buena valoración del trabajo del CEA a nivel de los profesionales de la institución.
- 5) Cuesta mucho hacer difusión del trabajo hecho en el CEA, tanto entre el personal del centro asistencial como entre la ciudadanía.
- 6) Poca formación de los miembros del CEA en materia de bioética.
- 7) Existe dificultad para que lleguen las consultas al CEA, y muchas llegan a partir de la asesoría jurídica del centro.

### **1.6.8 Reglamento del comité de ética asistencial de Lleida<sup>6</sup>**

El comité de ética asistencial (CEA) del Hospital Universitari Arnau de Vilanova se constituye el 9 de julio de 1992 a partir de la iniciativa de la Dirección del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. El CEA fue acreditado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social el 6 de junio de 1995, de acuerdo con la orden del 14 de diciembre de 1993, publicada en el DOGC, número 1836 del 24 de diciembre de 1993, y sus miembros fueron nombrados por el Director General de recursos humanos.

Se trata de uno de los comités más antiguos de Catalunya y el primero del Institut Català de la Salut (ICS).

En el año 2000 se amplió el comité a miembros de GSS, Hospital de Santa María y posteriormente con profesionales de Atención Primaria, convirtiéndose en un CEA territorial de Lleida.

El CEA es un órgano consultivo, multidisciplinario, que abarca las diferentes ideologías morales, y que está al servicio de los profesionales y los usuarios de la Región Sanitaria de Lleida con el fin de dar apoyo durante los diferentes problemas éticos que la asistencia sanitaria plantea día a día asegurando la calidad asistencial en la atención.

Los miembros del CEA son elegidos entre los profesionales interesados de la Región Sanitaria de Lleida. A este comité también se pueden incorporar personas ajenas a la Región, que, por su relación personal o profesional con la misma, se estime necesario. Los miembros propuestos por los componentes del propio comité y por interés personal, se dirige esta petición al director del Hospital Universitari Arnau de Vilanova per tal de elevarla a la Dirección General de Recursos Sanitarios para su nombramiento.

#### **1.6.8.1 Funciones del comité de ética asistencial**

- 1) Asesorar éticamente en decisiones puntuales, clínicas y sanitarias.

---

<sup>6</sup> Extraído de los estatutos del Comité de Ética Asistencial de Lleida.

- 2) Formular orientaciones y protocolos comunes de actuación en situaciones clínicas y sanitarias habituales que planteen problemas éticos.
- 3) Organizar programas, cursos y otras actividades formativas en el ámbito de la bioética.
- 4) Aquellas que el comité determine y que no se opongan a las anteriores.

### **1.6.8.2 Composición del comité de Lleida**

El número mínimo que compone el CEA ha de ser de 7 miembros. Y con un máximo de 20. Uno de ellos ha de ejercer la presidencia. Entre los miembros, pueden formar parte:

- Enfermeras.
- Médicos.
- Trabajadores sociales.
- Un representante de la dirección asistencial del centro.
- Una persona ajena a la institución, con interés acreditado en el campo de la ética.
- Un miembro de la unidad de atención al usuario.
- Un miembro del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).
- Un miembro de la Comisión de Calidad Asistencial.
- Un miembro de la Asesoría Judicial o del Servicio de medicina Legal.
- Un representante de la Región Sanitaria del Servei Català de la Salut de Lleida.
- Miembros del Servicio Religioso.

### **1.6.8.3 Funcionamiento del comité**

#### **1.6.8.3.1 Del presidente y del secretario del comité**

El presidente y el vicepresidente serán nombrados por los miembros del CEA, por mayoría de dos tercios, entre sus miembros, en primera votación, y por mayoría simple en segunda votación.

Corresponden al presidente las siguientes funciones:

- Convocar las reuniones del CEA y fijar la orden del día, según las necesidades objetivas, recogiendo sugerencias y las peticiones formuladas por los miembros del comité.
- Presidir y moderar las reuniones.

- Velar por el cumplimiento de los acuerdos pactados.
- Dinamizar la actividad del comité.

El presidente nombrará un secretario que ejercerá las siguientes funciones:

- 1) Recoger las actas de las reuniones del comité y dar apoyo a la ejecución de los acuerdos pactados.
- 2) Informar permanentemente al comité del seguimiento y ejecución de sus acuerdos.

El vicepresidente, en caso de existir, así como el secretario sustituirán al presidente en su ausencia, y realizará aquellas actividades que le sean delegadas.

Todos los miembros del CEA tienen que preservar la confidencialidad de la información a la que tengan acceso, así como las deliberaciones del comité.

#### **1.6.8.3.2 Renovación de los miembros**

El cargo de presidente, vicepresidente y secretario se renovará cada 4 años de forma no simultánea.

Cada dos años se renovará parcialmente el comité. En cada renovación al menos se sustituirán dos miembros.

La falta no justificada de asistencia a tres reuniones consecutivas por parte de cualquier miembro, una vez hecho el recordatorio por parte del presidente o del secretario, se entenderá como falta de interés en el comité, y se valorará su permanencia i/o sustitución si se precisa.

#### **1.6.8.3.3 Régimen de reuniones y adopción de acuerdos**

El comité se reunirá con carácter ordinario una vez al mes, excepto en periodo vacacional.

Se puede reunir con carácter extraordinario cada vez que el presidente lo solicite, o tres de sus miembros, o el director del centro, el director médico o de enfermería, bien por iniciativa propia o a propuesta de un profesional de la Región Sanitaria, que se encuentre frente a un problema ético.

El secretario ha de cursar la convocatoria con el orden del día que determine el presidente y con la inclusión de los puntos propuestos por cualquier miembro del comité. La convocatoria tiene que estar a disposición de los miembros con 72 horas de antelación antes de la celebración de la reunión, excepto en reuniones extraordinarias.

Para poder incluir un nuevo punto en el orden del día se tendrá que aprobar por mayoría absoluta del CEA.

Para dar como válida la constitución del comité hará falta la asistencia de la mitad más uno de sus miembros. Pero el comité estará constituido de forma válida si por mayoría absoluta de los miembros asistentes así lo acepten.

Los acuerdos se tomarán por consenso del comité. Y estos serán consignados en las correspondientes actas que se generarán a partir de cada reunión, con el beneplácito del presidente. Una vez aprobadas las actas, los acuerdos se elevarán a la dirección pertinente.

El CEA puede nombrar “ad hoc” a miembros para tratar temas específicos. También se pueden crear grupos de trabajo dependientes del CEA, así como designar asesores de un tema en concreto. La historia de este hospital está ligada íntimamente a los principios éticos<sup>7</sup>.

Los profesionales de las diferentes categorías asistenciales que pertenecen al CEA poseen formación en bioética.

Tabla 5. Miembros del Comité de ética asistencial de Lleida. 2020

	Profesión	Experiencia (años)	Experiencia CEA (años)	Formación en bioética	Edad (años)
J V.	Médico	46	29	Máster en bioética	69
M.G.	Enfermera	19	5	Máster en bioética	41
R. P.	Médico	36	8	Cursos Postgrado	60
A. C.	Enfermera	20	4	Cursos y jornadas	46
O.Y.	Médico	7	9	Máster en bioética	35
R.P.	Médico	30	2	Cursos Especialización	56
M.C. M.	Enfermera Psicóloga	38	20	Cursos y jornadas	60
J.P.	Psiquiatra	22	15	Máster en bioética	51
J.B.	Enfermero	27	12	Cursos Especialización	52
S. S.	Médico	28	7	Cursos de iniciación	53
A. O.	Enfermero	40	18	Cursos y jornadas	61
M. C.	T. Social	32	9	Cursos de bioética	54
M.B.	T. Social	20	5 meses	Postgrado	47
X.B.	Pediatra	23	1	Cursos de iniciación	53
P.R.	Enfermera	33	5 meses	Cursos de bioética	54
A. V.	Médico	26	1 a	Cursos de bioética	54
R. Ll.	Abogado	20	10	Cursos y jornadas	41
M. L.	Médico	29	4 m	Máster en bioética	
J. S.	Lic. Filosofía	50	1	Pertenece ONG	71
M.J.R.	Enfermera	29	15	Máster en bioética	50

Fuente: Elaboración propia

<sup>7</sup> Recogido en la página web del Hospital Universitari Arnau de Vilanova: <http://www.icslleida.cat/hospital/cea>

### 1.6.9 El consultor ético en Lleida

En 2019 se creó la figura del consultor ético, para dar respuesta rápida a aquellas dudas que plantean los profesionales y que no pueden esperar a la convocatoria de una reunión por su especial urgencia. El objetivo es hacer llegar el CEA a todos los profesionales que así lo requieran. No es objetivo del consultor ético profundizar en los dilemas y retos científico-técnicos que plantea la medicina (Hernández Mansilla, 2015.). Aquellas cuestiones que plantearan serias dudas a la hora de resolverlas se elevan al CEA, convocando una reunión extraordinaria, donde asistirán todos aquellos miembros que puedan hacerlo (Solsona, 2018). El grupo de consultores éticos de Lleida se compone de 5 profesionales, entre médicos y enfermeras, y que pertenecen al CEA.

En general, las habilidades que debería poseer un consultor ético son las siguientes (Hernando Robles, 2018; Aulisio, Arnold, Youngner, & Hudson, 2000):

- Conocimientos y aptitudes (saber):
  - Ética y bioética a nivel de máster o postgrado.
- Habilidades (saber hacer):
  - Identificar y analizar conflictos éticos.
  - Facilitar la interrelación entre todas las partes implicadas.
- Actitudes y valores:
  - Facilidad comunicativa.
  - Accesible.

Tabla 6. Consultores éticos de Lleida

Miembros	Profesión	Experiencia Profesional (años)	Experiencia en el CEA (años)	Formación en bioética	Edad (años)
J.V.	Médico	46	29	Máster en bioética	69
O.Y.	Médico	7	9	Máster en bioética	35
J.P.	Médico	22	15	Máster en bioética	51
A.C.	Enfermera	20	4	Cursos y jornadas	46
M.J.R.	Enfermera	29	15	Máster en bioética	50

Fuente: Elaboración propia

La estancamiento de los CEA es evidente. Se ha comprobado que las consultas que les llegan son inferiores al 1% del total de los problemas éticos con los que los profesionales se enfrentan. Por este motivo hace falta un revulsivo que impulse esta consulta de los profesionales a los expertos en bioética. Este revulsivo sería el consultor ético (Gracia, 2014). Esto se puede llevar a cabo porque existen profesionales sanitarios especializados en bioética y en resolución de conflictos

bioéticos. Gracia defiende la utilidad del consultor ético a la hora de dar respuesta rápida a las dudas bioéticas que se plantean en la práctica asistencial diaria, igual que si de una interconsulta entre servicios se tratara.

El consultor ético debe estar formado en bioética. En muchas ocasiones el consultor ético pertenece al CEA y otras veces, son colaboradores externos a éste. La rapidez en la actuación es una de las cualidades propias del consultor ético. Los casos graves o de gran dificultad se deben elevar al CEA para resolverlo de forma deliberativa y multidisciplinar, entre todos sus miembros, evitando así la parcialidad y el posible sesgo que supone la opinión de una sola persona (Beca, 2011). Estas dos opciones, el CEA y el consultor ético no deben verse como figuras contrapuestas, como indica Beca, sino como agentes complementarios en la práctica asistencial.

Las funciones del consultor ético se pueden resumir en las siguientes (Beca, 2011):

- Análisis de problemas consultados y formulación de recomendaciones.
- Apoyo a los profesionales de las diferentes áreas sanitarias.
- Rol de educación a los profesionales.
- Contribución a dar solución de posibles desavenencias referidas a la asistencia sanitaria entre facultativos y familias.

Son pocos los centros asistenciales que cuentan con la figura del consultor ético formal. Esto es debido a (Herreros, 2018):

- La falta de profesionalización en bioética. El reconocimiento de la bioética por parte de los profesionales sanitarios es una labor ardua y difícil, ya que muchos opinan que simplemente es una afición de ciertos profesionales que dedican su verdadero esfuerzo asistencial en otras categorías.
- Los CEA en los centros asistenciales poseen la mayor responsabilidad a la hora de tratar con los conflictos éticos. Históricamente ha sido así y es muy complejo hacer que el personal tenga una proyección más amplia del nuevo panorama asistencial. Sin duda, los CEA son importantes y a la hora de realizar la deliberación multidisciplinar, son imprescindibles. Cuando los miembros consultores éticos no pertenecen al CEA se puede crear una cierta tensión a la hora de limitar el campo de actuación de cada una de las figuras. Pero cuando el propio consultor pertenece al CEA, esta tensión se diluye por completo.

## 1.7 Análisis de la bibliografía

### 1.7.1 Aspectos generales

Existe multitud de bibliografía que trata sobre aspectos de la bioética aplicada en el área de las ciencias de la salud. Centramos el tema en su aplicación en la formación de los estudiantes de la salud (grados de medicina y Enfermería) y en los profesionales que trabajan en la asistencia de pacientes que se enfrentan a problemas éticos de forma habitual.

Una búsqueda en la base de datos de PUBMED con los términos de dilemas y principios éticos encuentra miles de artículos publicados. Puede hacerse diferentes clasificaciones de la bibliografía encontrada. Nosotros la dividiremos según la población que estudia (estudiantes o profesionales) y también si se ha realizado en medicina o enfermería.

En nuestro trabajo hemos tratado de no incluir aspectos más concretos en la evaluación de la bioética aplicada como pueden ser los derivados de la investigación (González-de Paz, Kostov, Sisó-Almirall, & Zabalegui-Yárnoz, 2012) o específicos (códigos de actuación) de cada profesión de forma individualizada (Bromley, Mikesell, & Khodyakov, 2017). Hemos hecho un esfuerzo de realizar y evaluar una herramienta que de forma general pueda servir para distintas fases de desarrollo individual (estudiantes y profesionales) y que no dependa de una profesión concreta (tanto para médicos como enfermeros).

De forma general, podemos decir que un profesional que se dedique a la asistencia debe conseguir un objetivo de desarrollo moral que evolucione hasta llegar a tener un máximo. Según la teoría de desarrollo moral de Kohlberg (Tabla 11) una persona debe pasar de una primera fase de obediencia hasta llegar a plantearse unos objetivos éticos universales. El sistema (tanto educativo como profesional) debe favorecer este recorrido personal. Los estudios sobre este desarrollo (De Casterlé, Izumi, Godfrey, & Denhaerynck, 2008) encuentran que hay muchos profesionales que se estancan en una etapa conformista dentro de su ámbito laboral que puede conducir a una frustración sin posibilidad de evolucionar a etapas superiores. La mayor barrera es quedarse en la etapa práctica de conformismo. Conseguir dar más empoderamiento a un profesional conduce a evolucionar a etapas más avanzadas de desarrollo ético. Este desarrollo debe empezar en las fases de docencia (en el grado correspondiente) y seguir evolucionando con la formación continuada.

Tabla 7. Estados de desarrollo moral: Teoría de Kohlberg

Estados	Etapas
Preconvencional	1. Obediencia
	2. Auto orientación
Convencional	3. Conformismo
	4. Autoridad- Orden social
Postconvencional	5. Contrato social
	Principios éticos universales

Fuente: Elaboración propia

Según la revisión de Molina 2016 (Molina Montoya, 2016), que analiza 37 artículos sobre formación bioética en estudiantes de ciencias de la salud, se establecen 3 principios fundamentales: Existe una necesidad actual de conseguir una formación bioética (avances científicos y una gran transformación social y económica de nuestro entorno), existe una gran posibilidad personal de que cualquier estudiante tenga una crisis ética al enfrentarse a un dilema real que solo puede superarse con una formación adecuada, y existe una inquietud actual para buscar la mejor docencia (conocimientos, metodología y evaluación) sobre formación bioética.

La formación en aspectos bioéticos se puede diferenciar en la adquisición de conocimientos teóricos y en el desarrollo de actitudes éticas frente a problemas (dilemas) que pueden encontrarse en la práctica asistencial. Estos dos aspectos deben realizarse de forma conjunta. Los conocimientos sobre bioética deben utilizarse para analizar la actitud frente a los dilemas morales que son inherentes a la práctica asistencial habitual en los centros donde trabajan o trabajaran los profesionales sanitarios.

Es más fácil evaluar conocimientos teóricos mediante cuestionarios que puntúen los conocimientos antes o después de una acción formativa (dentro del grado o en formación continuada). Evaluar la actitud frente a dilemas morales exige un mayor esfuerzo. De forma general, se suele emplear un caso de un dilema (expresado de forma resumida como una “viñeta” con distintos grados de simulación) y se valoran las respuestas recogidas de distintas maneras. Se pueden evaluar mediante su análisis posterior con grupos de expertos o haciendo que las preguntas sean de tipo Likert (permiten una graduación en cada respuesta). Puede ser que un análisis individualizado mediante un grupo de discusión tenga ventajas didácticas, pero exige mucho tiempo y recursos. La mayoría de las herramientas, incluyendo la desarrollada en esta tesis, se han realizado con preguntas, sobre el dilema planteado, de tipo Likert.

En el artículo de Liaschenko (Liaschenko, Oguz, & Brunnquell, 2006), se analiza el concepto de “caso trágico”. Los dilemas que deben incluirse para la docencia deben ser los habituales en la práctica asistencial. Si se utilizan como docentes dilemas muy difíciles de encontrar o con consideraciones muy teóricas (caso trágico) puede conseguirse que el estudiante adquiera una sensación de experto no realista y que no le vaya a servir en su práctica habitual. Los dilemas que se planteen en una herramienta actual deben ser aquellos que surgen en un contexto real y habitual en la práctica asistencial. En esta tesis los dilemas incluidos cumplen estos principios.

### **1.7.2 Currículo formativo (Grado)**

La gran mayoría de la bibliografía publicada diferencia de forma clara entre los estudios dirigidos al grado de medicina y los de enfermería. Nuestra aproximación va dirigida a una herramienta que pueda servir a ambos grados compartiendo conceptos y dilemas morales que son comunes. Algunos trabajos clásicos al analizar las diferencias entre el grado de medicina y enfermería solo encuentran diferencias que son atribuidas a la condición de género (Peter & Gallop, 1994).

### 1.7.2.1 Grado de enfermería

En la tabla XX se recogen algunos ejemplos representativos sobre desarrollo/validación de herramientas para su utilización en enfermería.

El *Nursing Dilemma Test* (NDT; NDT 3-4), desarrollado en 1981 por Grisham, es un referente clásico. Son muchos los trabajos publicados durante las últimas tres décadas (ND-3, ND-4) que lo han utilizado. Recoge tres aspectos fundamentales: principios de enfermería, incluir consideraciones prácticas y conseguir que los aspectos éticos formen parte, de forma familiar-cotidiana, en la docencia de enfermería. Puede afirmarse que es una de las herramientas más utilizada. Sus limitaciones se centran en su uso restringido a enfermería y la no incorporación de nuevos aspectos (dilemas) que han ido surgiendo en las últimas décadas de desarrollo social.

Figura 5. Dilemas del Nursing dilemma test: escenarios

Nursing dilema test (Escenarios)
Recién nacidos con anomalías (Decisión de reanimación)
Autonomía del paciente (No quiere medicación)
Autonomía del paciente (No quiere ventilación mecánica)
Enfermera joven (Necesita orientación)
Errores en la medicación
Cuidados del paciente terminal

Fuente: Elaboración propia, basada en (Sari, Baysal, Celik, & Eser, 2018)

Es interesante que una parte de la bibliografía se refiera al concepto de estrés moral. Han aparecido diferentes herramientas como la escala de estrés moral (*moral distress scale*) (Monrouxe, Rees, Dennis, & Wells, 2015) que se preocupan por medir el estrés que supone la docencia en enfermería cuando se enfrenta a la práctica clínica que exige el contacto con el paciente. Los dilemas profesionales que surgen en la asistencia clínica repercuten en el profesional de enfermería y debe haber un conocimiento del estrés producido y mecanismos para su reducción. Mediante un cuestionario virtual estudiantes de ciencias de la salud (también médicos y dentistas; Monrouxe et al., 2015) pudieron clasificar los dilemas que producen más estrés en tres categorías: los derivados de la seguridad y dignidad de los pacientes, los motivados por el consentimiento informado y los que surgen en la identificación del comportamiento negativo de los profesionales frente a los pacientes.

La docencia integrada debe recoger todos estos dilemas profesionales, y admitiendo que surgirán en la práctica asistencial, afrontarlos ofreciendo herramientas para conseguir disminuir el estrés moral que producirán en los estudiantes. Uno de los factores que determina la presencia de mayor estrés moral es el género. Las mujeres presentan más puntuaciones de estrés moral. Los hombres minimizan su angustia (parece que es lo que se espera de ellos).

### 1.7.2.2 Grado de medicina

En el trabajo de Hicks LK (Hicks, Lin, Robertson, Robinson, & Woodrow, 2001) con metodología basada en grupo focal y enfrentados a 12 ejemplos de situaciones distintas, los estudiantes de medicina (108 participantes) clasifican los dilemas encontrados en su formación en tres tipos. Primer tipo referente a los conflictos que surgen en la educación médica y el cuidado de un paciente en particular (aspectos sobre todo dirigidos al consentimiento informado). Un segundo tipo surge por el exceso de responsabilidad que puede ejercerse sobre un alumno en formación (se pide al alumno una técnica o procedimiento que desconoce). Y un tercer tipo derivado de la percepción del estudiante de no dar una asistencia correcta (engaño al paciente o creer que faltan medidas en su asistencia).

En la universidad de Glasgow, que desde el año 1996 incorpora un programa de 3 años en formación ética en sus alumnos de medicina, se evalúan los conocimientos y respuesta frente a dilemas mediante la herramienta The Ethics and Health Care Survey Instrument (TEHCSI) (Goldie, Schwartz, McConnachie, & Morrison, 2004). La herramienta TEHCSI consta de 12 escenarios. Los 111 alumnos participantes mediante metodología basada en grupos reducidos (alumnos-profesores) concluyen en modificaciones del programa de tres años (insistiendo más en la formación ética en segundo-tercer año coincidiendo con la incorporación de mayor contacto con pacientes y sus aspectos asistenciales). De los doce dilemas presentes en el TEHCSI, los alumnos consideran como importantes a 9 (basado en el consenso). En la figura 7 se muestran estos dilemas.

Figura 6. Dilemas de consenso del The ethics and health care survey instrument

The ethics and health care survey instrument
Autonomía del paciente
Autonomía de los padres sobre el feto con graves defectos
Autonomía- Testigos de Jehová
Información- Prostituta VIH
Mujer 15 años- Aborto- Consentimiento del padre
Información- Niño 12 años con leucemia
Relación inapropiada médico-paciente
Orden de no reanimar
Taxista epiléptico- Informe para poder trabajar

Fuente: Elaboración propia, a partir de The ethics and health care survey instrument

Otro ejemplo basado en metodología de aprendizaje por problemas es el publicado en Brasil por el grupo de Carvalho Garbi MRC (Carvalho Garbi Novaes et al., 2010) que incluye a 160 alumnos de medicina, que mediante discusiones sistematizadas sobre aspectos del código de ética del Colegio Brasileño de médicos recoge aspectos éticos sobre 4 problemas fundamentales (figura8).

La conclusión general que se desprende del análisis de la bibliografía sobre ética en aspectos docentes de los grados de medicina y Enfermería es que la formación es esencial y necesaria. Es un aspecto que sigue generando inquietud y que sigue produciendo mucha literatura. Cuando

los alumnos se enfrentan a los pacientes (materias clínicas) pueden sufrir un estrés moral que debe ser identificado y corregido por parte de los planes de estudio correspondientes. Identificar los dilemas que surgen en el periodo de formación es una exigencia que recae en los profesionales que tienen responsabilidad en formación.

Figura 7. Dilemas de estudiantes de medicina según el Colegio Brasileño de Médicos

Dilemas estudiantes: Colegio brasileño de médicos
Revelación de secreto médico: a mujer de paciente con VIH
Reprimenda por empatía con madre de niño oncológico
Técnicas en cadáver sin consentimiento de la familia
Enfermera hace funciones de médico

Fuente: Elaboración propia, a partir del documento del Colegio Brasileño de Médicos

### 1.7.3 Actividad profesional (formación continuada)

Si es importante la formación en aspectos éticos durante el periodo de estudios de grado, es fundamental en los profesionales que de forma diaria asisten a pacientes. Hay muchas organizaciones (incluso gubernamentales) que han desarrollado programas de identificación de dilemas y mecanismos de apoyo para estos profesionales. En nuestro entorno la respuesta gubernamental suele ser la de designar a expertos para asesorar a los distintos profesionales asistenciales. En nuestros hospitales existen los CEA para estas funciones de apoyo.

Desde el National center for ethics in health care (Washington) se ha hecho el esfuerzo de identificación de problemas y conseguir mejorar la práctica ética de los profesionales. El estudio contó con la participación (casi 500 personas) de los profesionales asistenciales (médicos, enfermeros, etc.) junto a expertos en ética, administración y también pacientes (Pearlman, Bottrell, Altemose, Foglia, & Fox, 2013). La herramienta que desarrollaron es el Integrated ethics staff survey (IESS). Es un cuestionario con múltiples ítems (se tarda más de 30 minutos en contestar) y recoge 10 aspectos diferentes que incluyen todos los aspectos profesionales (dentro de la actividad asistencial en USA). Los 10 aspectos se recogen en la figura 9. Una vez analizadas diversas encuestas, las conclusiones son que hace falta modificaciones específicas según el tipo de centro asistencial (tamaño, especialización, recursos, etc.), pero que deben existir herramientas de este tipo de aplicación general. También incluye aspectos sobre la disponibilidad que tienen los profesionales en conseguir ayuda especializada sobre temas éticos (conseguir apoyo de los CEA). Para nosotros, esta herramienta recoge aspectos muy interesantes, pero se focaliza en el entorno de USA que es muy diferente en la relación con la administración, financiación y cultura anglosajona.

Figura 8. Dilemas del Integrated ethics staff survey

Integrated ethics staff survey
Prácticas éticas en el lugar de trabajo diario
Privacidad y confidencialidad del paciente
Prácticas éticas en los negocios y la gestión
Prácticas éticas en el servicio gubernamental
Prácticas éticas en recursos sanitarios
Toma de decisiones compartida con pacientes
Profesionalismo en la atención al paciente
Prácticas éticas en la atención al final de la vida
Prácticas éticas en la investigación
Calificación de la instalación

Fuente: Elaboración propia a partir de (Pearlman, Bottrell, Altemose, Foglia, & Fox, 2013)

En la revisión de Rainer et al (Rainer, Schneider, & Lorenz, 2018) se analizan 35 estudios en el ámbito de Enfermería junto a aspectos derivados del estrés moral que pueden sufrir estos profesionales en su actividad asistencial. También incluye referencia a la relación del estrés sufrido con el concepto de burnout. En la figura 10 se muestran los dilemas que ocasionan un estrés moral mayor. A destacar que el estresor mayor es el originado al trabajar con paciente al final de la vida. En el mismo sentido, la revisión de Dierckx de Casterlé (Dierckx de Casterlé et al., 2008), realiza un metaanálisis de 9 estudios sobre actividad profesional en enfermería donde su principal conclusión es que el profesional de enfermería debe aumentar su empoderamiento basándose en una formación continuada que le ayude a mejorar en su desarrollo ético y superar el estado conformista que es el principal obstáculo al que se enfrenta. En el trabajo de (Aliyu, 2015) (realizado en Nigeria) se observa que utilizando como valoración un cuestionario de 21 ítems que recoge aspectos asistenciales y de actitud sobre dilemas éticos profesionales, la formación continuada es eficaz haciendo que los profesionales tengan un conocimiento óptimo sobre ética, y encuentran que factores como la edad, años de profesión y responsabilidad jerárquica deben tenerse en cuenta para establecer las necesidades formativas específicas.

Figura 9. Dilemas en enfermería, según la revisión de Rainer

Dilemas en enfermería
Final de la vida
Relación con los médicos
Restricciones de la organización
Conflictos con familiares de los enfermos
Privacidad y dignidad
Aspectos culturales (pacientes de otros países)
Terminología no clara

Fuente: Elaboración propia, a partir de Rainer et al, 2018

En el ámbito de la profesión médica destacamos la revisión de Ruiz-López de 2017 (Ruiz López, Navarro-Zaragoza, Carrillo Navarro, Dilemas, & Luna, 2017) que, aun siendo muy específica en

la especialidad de Pediatría, incluye 80 artículos estudiados y es capaz de recoger hasta 40 tipos de dilemas éticos que surgen en la actividad profesional médica. En la figura 11 se recoge la clasificación de estos dilemas. Su principal conclusión, coincidiendo con otras revisiones, destaca la importancia en la formación continuada para la mejora de los profesionales asistenciales.

Figura 10. Dilemas en medicina (pediatría) según la revisión de Ruiz López

Dilemas en medicina (pediatría)
Incapacidad de decidir
Estrés de los padres
Falta de formación psicológica
Cuidados paliativos
Consentimiento informado
Información del paciente
Vacunas-lactancia
Donación padre-hijo
Endocrinología
Padres divorciados
Maltrato infantil
Tratamientos innecesarios

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ruiz López et al., 2017

Un colectivo diana dentro de los profesionales médicos en la formación ética es el de los residentes (MIR). Los residentes se encuentran sometidos a la mayor presión formativa en todas las áreas asistenciales. En la revisión española de Hernández-González (Hernández González et al., 2014), aunque específica de residentes en Pediatría, encuentra que más del 10 % de residentes se han enfrentado a problemas reales éticos durante su actividad clínica, y que el principal dilema al que pueden enfrentarse es el originado en la limitación del esfuerzo terapéutico. Estos residentes reclaman una mayor formación ética y en conocimiento sobre la legislación sobre estos temas. En el artículo de Sogi (Sogi, Zavala, & Ortiz, 2005), realizado en Perú, se detalla la valoración de una acción formativa realizada sobre residentes de primer año. La acción formativa consta de un curso sobre ética médica y su evaluación se realiza mediante viñetas que incluyen dilemas sobre comunicación con el paciente, consentimiento informado y toma de decisiones. En este estudio el dilema principal encontrado tiene que ver con el error médico.

Dentro de la formación continuada, el sistema de formación USA exige la certificación de sus profesionales de forma periódica, el trabajo de (Bernabeo, Reddy, Gilnsburg, & Holmboe, 2008) muestra que mediante un formulario virtual (vía web) y con solo dos viñetas que muestran actitudes de profesionales médicos puede aumentar la reflexión de sus profesionales en aspectos éticos y su utilización como herramienta en la formación continuada. La primera viñeta crea el dilema de la relación médico-paciente cuando se acerca a temas muy personales (el médico contacta con el paciente con mail personal) y en la segunda viñeta en el problema de atender a un paciente que es de otro médico colega (muy particular del tipo de atención médica de USA).

Para finalizar este apartado incluimos el trabajo realizado en Barcelona por González-de Paz (González-de Paz et al., 2013) sobre un colectivo de médicos de atención primaria. Utiliza metodología de grupos focales incluyendo a profesionales médicos, especialistas en metodología de cuestionarios y también incluye a pacientes. Desarrolla dos tipos de cuestionarios: para profesionales médicos (28 ítems) y para pacientes (33 ítems). La disponibilidad de este tipo de herramientas es fundamental ya que recoge la actitud de los profesionales médicos y también la percepción de los pacientes que se muestra como necesaria para conseguir un enfoque integral.

El resumen de la revisión bibliográfica nos deja varias conclusiones:

- El interés sobre el tema ético sigue siendo muy importante tanto en la formación de grado como en la formación continuada.
- Los profesionales en formación y en su actividad profesional demandan una formación sobre temas éticos.
- Los dilemas más generales tienen que ver con la comunicación con el paciente, consentimiento informado, autonomía del paciente, adecuación de esfuerzo terapéutico y final de la vida.
- Debe disponerse de herramientas (cuestionarios y escenarios-viñetas) que nos ayuden a determinar las necesidades de nuestros alumnos-profesionales.

## 1.8 Los temas de interés bioético

A continuación, repasaremos los temas de interés generados en la presente investigación. Como anteriormente se ha citado, hay una gran variedad de temas de los que se ocupa la bioética (Salud & Catalunya, 2019) y por los que los profesionales sanitarios tienen interés. En el presente estudio se incluyen los temas concretos que a los profesionales entrevistados les parecen más importantes. A partir de estos temas se elaboran los escenarios que compondrán el cuestionario de actitud moral. Los temas son:

- Adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Vulneración de la información clínica.
- Justicia distributiva.
- Objeción de conciencia.
- Turismo sanitario.
- Autonomía del paciente.

Los escenarios de actitud moral intentan abarcar el mayor campo posible de preocupación de los profesionales. Por este motivo se intenta incluir en cada temática una serie de subtemas que complementan al escenario y le otorgan mayor realismo. Los subtemas utilizados son:

- Pacientes Testigos de Jehová.
- Atención al menor.
- Rechazo al tratamiento.
- Anticoncepción de emergencia en menores.
- Vacunas.
- Reproducción humana asistida.
- Cuidados paliativos y final de la vida.
- Abuso de sustancias en menores de edad.
- Oposición de los familiares a un tratamiento.
- Medicina complementaria o alternativa.
- La universalidad de la sanidad española.

### 1.8.1 Adecuación del esfuerzo terapéutico

Los avances en la medicina y el aumento de la esperanza de vida, hoy en día, hace que ciertas patologías que antaño eran intratables sean tratadas de forma exitosa en nuestros hospitales. Con estos avances, también aparecen nuevas circunstancias que hay que resolver adecuadamente. La capacidad para prolongar la vida de un ser humano, de mantenerlo en óptimas condiciones a la espera de la respuesta a un tratamiento, está a la orden del día en las Unidades de Críticos de los centros especializados. Con todas estas posibilidades, la sociedad y con ellos, los profesionales sanitarios, se hacen las preguntas de hasta cuando es “correcto” prolongar la vida, hasta cuando se tiene que mantener a esa persona bajo esa tecnología tan invasiva (Barbero Gutiérrez, Casabona Romeo, Gijón, & Júdez, 2001). ¿Quién decide hasta cuándo llegar?

Cuando, cómo, bajo qué circunstancias se debe iniciar un tratamiento en concreto, o mantenerlo, encierra el entramado de la adecuación del esfuerzo terapéutico: AET.

#### 1.8.1.1 Definición

La adecuación del esfuerzo terapéutico consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas (Herrerros Ruiz-Valdepeñas, Real de Asúa, & Pacho Jiménez, 2015):

*“La AET comporta aceptar la irreversibilidad de una enfermedad y la conveniencia de abandonar los tratamientos que tengan por finalidad prolongar la vida, manteniéndolo sólo en terapias necesarias para garantizar al máximo el bienestar del enfermo”*

Los preceptos de la medicina dictan, desde tiempos inmemoriales, que el fin de la AET va encaminado a preservar la vida por encima de todo. Realizar todos los esfuerzos necesarios para alcanzar la salud de la persona y continuar con su vida: “la vida ante todo”. Si existe una tecnología aplicable que pueda ser adecuada para un paciente, y con ello podemos prolongar la vida, es obligación moral utilizarla.

Pues bien, esos preceptos fueron heredados hasta finales del siglo XX, cuando se debió reajustar tanto a los nuevos tiempos que corrían, como a las nuevas tecnologías con las que podíamos contar. El primer centro que inició su recorrido bioético, el Hasting Center reordenó los objetivos de la medicina, redactando cuatro preceptos (Grífols i Lucas, 2005):

- Prevenir las enfermedades y lesiones, promover y conservar la salud.
- Aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Atender y curar a los enfermos curables, y cuidar a los incurables.

- Evitar la muerte prematura y buscar una muerte tranquila.

Por supuesto, después de esta reordenación de los objetivos de la medicina, queda en evidencia que no son los mismos que los antiguos. Queda claro que el fin de la medicina había cambiado, que no siempre es adecuado utilizar toda la tecnología a nuestra disposición para alargar la vida, a toda costa, de una persona. Conocer los límites de nuestra actuación, saberlos aplicar, y reconocer que no siempre tenemos la solución ideal a los problemas de salud de una persona, nos hace humanos, nos hace éticos. No se entra en contradicción con la medicina de siempre, ni mucho menos, simplemente se readapta a la nueva posibilidad que nos envuelve, ofreciendo una atención integral y de calidad a todas las personas que necesitan asistencia. Hoy en día no podemos entender la medicina sin la presencia de las terapias paliativas, que ofrecen tranquilidad, confort y cuidados a aquellas personas que por su pronóstico lo requieren.

Muchas formas hay de llamar a la limitación del esfuerzo terapéutico (Manzini, 2015):

- Adecuación de tratamientos de soporte vital.
- Limitación de terapias de soporte vital.
- Adecuación de las medidas terapéuticas.
- Omisión o retirada de tratamientos de soporte vital.

Qué términos no son AET (Gracia Álvarez et al., 2017; Simón Lorda et al., 2008):

- Eutanasia y suicidio asistido.
- Eutanasia pasiva: Nombre que debemos no utilizar bajo ningún concepto, porque no atiende a la realidad a resolver
- Homicidio por compasión.
- Suspensión de atención médica por fallecimiento.

De la Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, de Andalucía, pionera en este ámbito, se extraen los siguientes conceptos que tienen relación con la AET (Salud, 2010):

Medidas de soporte vital: Intervención sanitaria destinada a mantener las constantes vitales de la persona independientemente de que dicha intervención actúe o no terapéuticamente sobre la enfermedad de base o el proceso biológico, que amenaza la vida de esta.

Intervención en el ámbito de la sanidad: Es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.

Obstinación terapéutica: O a veces llamado encarnizamiento terapéutico (Canteros, Lefeubre, Toro, & Herrera, 2007). Situación en la que, a una persona, que se encuentra en situación

terminal o de agonía y afecta de una enfermedad grave e irreversible, se le inician o mantienen medidas de soporte vital y otras intervenciones carentes de utilidad clínica, que únicamente prolongan su vida biológica, sin posibilidades reales de mejora o recuperación, siendo en consecuencia, susceptibles de limitación.

Esta ley pionera deja claro que la AET es aplicable tanto para no iniciar un tratamiento, como para retirar el mismo. No existe ninguna diferencia en el concepto relacionado a efectos legales ni éticos. Lo que se debe tener en cuenta es el concepto de futilidad (López Reyes & Morales Camporredondo, 2015) del tratamiento a administrar. Aunque esto sea un precepto legal, la interpretación humana que de esto se hace, en determinadas ocasiones, es difícil de asimilar por el propio profesional, porque no agrada retirar un tratamiento a alguien, aunque sea lo correcto y lo justo realizar.

Es importante tener claro el concepto de futilidad (Doñate Cariba & Domínguez Cobo, 2018), ya que nos dará la clave en la actuación de los profesionales. Este concepto se refiere tanto a inicio de tratamiento, mantenimiento de ese tratamiento, o realización de pruebas, invasivas o no, que se puedan realizar. Por lo tanto, existen pruebas que no se deberían realizar cuando ya está establecida la AET, ya que, de este modo, podríamos incurrir en el concepto de obstinación terapéutica, que es lo opuesto a la AET (Cabré Pericas & Solsona Durán, 2002).

Debe quedar claro que el objetivo de la AET es evitar el mal para un paciente, cuando este ya se encuentra con una enfermedad terminal de la que no puede recuperarse, y donde cualquier tratamiento posible no aportará ninguna mejoría de su estado. El fin de la AET no es conseguir la muerte del paciente, pero esta posibilidad puede acabar sucediendo.

### **1.8.1.2 Adecuación del esfuerzo terapéutico, rechazo al tratamiento y futilidad**

Anteriormente hemos definido el concepto de AET. Se debe diferenciar del concepto de rechazo al tratamiento (Simón Lorda et al., 2008). En la AET los profesionales indican la necesidad de abandonar las terapias debido a que el pronóstico del paciente es fatal, no hay ninguna opción de mejoría con ese u otro tratamiento. Es el profesional quien normalmente explica al paciente y a las familias esta realidad, y son ellos quienes, después de valorarlo, aceptan o no seguir con la terapia. En el caso del rechazo al tratamiento, es el propio paciente quien no quiere que se le realice esta terapia, cuando a criterio médico, aún existen posibilidades de éxito, aun cuando existe indicación clínica para esa intervención. El paciente informado (García G & Malpica G, 2016), habiendo sopesado los pros y los contras de su decisión, siendo capaz de decidir, rechaza la instauración de un tratamiento, que, aunque exista esa indicación clínica, considera que no lo tiene que realizar. Los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento, así como de revocar un consentimiento aun cuando ya esté firmado. Este concepto dista totalmente del concepto de paternalismo que ya en los años setenta del siglo pasado cobró gran fuerza en la sanidad. Otorgar al paciente la capacidad de decidir sobre su propio destino (Organización Médica Colegial, 2015).

El término de futilidad es utilizado en la Ley 2/2010, de 8 de abril de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, de Andalucía. Si recurrimos a su raíz

etimológica vemos que deriva del término latino “*futilis*”<sup>8</sup> que significa ineficaz, sin efecto, vano, que no sirve para nada, que no conseguiremos ningún efecto al realizarlo.

Lo complicado del tema es que, hasta qué punto, los profesionales pueden asegurar que un tratamiento es completamente fútil tanto a nivel fisiológico como a nivel cualitativo, y de cómo los profesionales deben hacer este ejercicio constantemente en sus decisiones clínicas.

### 1.8.1.3 Marco legal

La definición de AET que incluye la Ley 2/2010, de 8 de abril, es la siguiente:

*“Retirada o no instauración de una medida de soporte vital o de cualquier otra intervención que, dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye, a juicio de los profesionales sanitarios, implicados, algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría”.*

Se relaciona a continuación la legislación correspondiente a la AET:

- Constitución Española de 1978
  - Artículo 43.1:

*“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”*
  - Artículo 43.2:

*“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”*
- Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina.
  - Convenio de Oviedo (4 de abril de 1997. En vigor desde el 1/01/2000, en España).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El contenido de esta ley está en consonancia con la Ley 21/2000, y con su articulado.
  - Artículo 11. Instrucciones previas:

---

<sup>8</sup> El diccionario de la Real Academia de la lengua española define el término fútil como: adjetivo, de poco aprecio o importancia. Etimológicamente, el adjetivo latino “*futilis*”, formado por el verbo “*fundere*” (verter) y significa “que deja escapar el agua” y, por lo tanto, lo que no tiene valor o eficacia.

*“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.*

*“Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito”.*

*“No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la «lex artis», ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones”.*

*“Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito”.*

*“Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”.*

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. art. 143.4.

- Artículo 143.4:

*“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”.*

- Estatut D’Autonomia de Catalunya, ley refrendada por la ciudadanía el 18 de junio de 2006.

- Título I. De los derechos, deberes y principios rectores.

- Artículo 20: Derecho de vivir con dignidad el proceso de la muerte:

*“Todas las personas tienen derecho a recibir un tratamiento adecuado del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de muerte”.*

*“Todas las personas tienen derecho a expresar su voluntad de una manera anticipada para dejar constancia de las instrucciones sobre las intervenciones o tratamientos médicos que puedan recibir, que tienen que ser respetadas en los términos que establecen las leyes, especialmente por el personal sanitario cuando no estén en condiciones de expresar personalmente su voluntad”.*

- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica.

- Artículo 2: Formulación y alcance del derecho a la información asistencial.

- Artículo 3: El titular del derecho a la información asistencial:

*“El titular del derecho a la información es el paciente. Se tiene que informar a las personas vinculadas con el paciente, en la medida que este lo permita expresa o tácitamente”.*

*“En caso de incapacidad del paciente, este ha de ser informado en función del su grado de comprensión, sin perjuicio de haber informado también a quien le representa”.*

*“Si el paciente, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es competente para entender la información, porque se encuentra en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, se tiene que informar también a los familiares o personas que estén vinculadas con él”.*

- Artículo 5: Formulación y alcance del derecho a la intimidad.

- Artículo 6: El consentimiento informado:

*“Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectado haya dado su consentimiento específico y libre y haya estado informada previamente”.*

*“Este consentimiento se ha de hacer por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se llevan a cabo procedimientos que comporten riesgos y inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente”.*

*“El documento de consentimiento tiene que ser específico para cada supuesto, sin perjuicio que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general. Este documento tiene que contener información suficiente sobre el procedimiento del que se trata y sobre sus riesgos”.*

*“En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento”.*

- Artículo 7: Excepciones a la exigencia del consentimiento y otorgamiento del consentimiento por substitución.
- Artículo 8: Las voluntades anticipadas.
- Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Comunidad de Madrid.
  - Título I: Derechos de las personas en el proceso de morir.
    - Artículo 6: Derecho a la Información Asistencial.
    - Artículo 7: Derecho a la toma de decisiones:

*“Las personas que se encuentren en el proceso de morir tienen derecho a realizar una planificación de decisiones anticipadas para los posibles escenarios en los que puede discurrir el curso de su enfermedad. El médico responsable proporcionará al paciente toda la información necesaria para la correcta toma de decisiones, que serán respetadas. De acuerdo con lo anterior, podrán rechazar las intervenciones y los tratamientos propuestos por los profesionales sanitarios, aún en los casos en que esta decisión pudiera tener el efecto de acortar su vida o ponerla en peligro inminente, con las limitaciones previstas en el artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”.*

*“La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlos, no supondrá menoscabo alguno en la atención sanitaria o de otro tipo que se le dispense, especialmente en lo referido a aquella destinada a paliar el sufrimiento y aliviar el dolor u otros síntomas de la enfermedad en el proceso de morir”.*

*“La decisión sobre la atención sanitaria que se haya de recibir se expresará verbalmente, como regla general, mediante el consentimiento informado del paciente, libremente revocable, que se ejercerá de conformidad con lo establecido en esta Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y deberes en materia*

*de información y documentación clínica. La voluntad así expresada se incorporará a la historia clínica. El rechazo a la intervención propuesta y la revocación del consentimiento informado previamente emitido, deberán, en todo caso, ser expresos, constar por escrito e incorporarse a la historia clínica. Cuando sea precisa la firma del paciente para dejar constancia de su voluntad y no pudiera firmar por incapacidad física, lo hará en su lugar, siempre que sea posible, otra persona que actuará como testigo a petición suya. En estos casos, tanto la identificación del testigo, como el motivo que impide la firma por la persona que presta su consentimiento o rechaza la intervención propuesta, se harán constar en la historia clínica”.*

#### 1.8.1.3.1 Marco deontológico

El Código Deontológico de la Enfermería Española indica (Código de ética de los enfermeros y enfermeras de Cataluña, 2013):

– Artículo 18:

*“Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse”.*

– Artículo 54:

*“La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona”.*

– Artículo 55:

*“La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia”.*

El Código Deontológico de la profesión médica indica (Consell de Col·legis de metges de Catalunya, 2013) indica:

– Capítulo VII: Atención médica al final de la vida.

*“El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida”.*

*“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida. Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”.*

*“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.*

*“El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica”.*

*“La sedación en la agonía es científica y éticamente correcta sólo cuando existen síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se dispone del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado”W.*

#### **1.8.1.4 Consideraciones éticas según los principios: marco bioético**

De los cuatro principios de la bioética estudiados por Beauchamp y Childress:

- Principio de No Maleficencia (Partarrieu-Mejías, 2014).

Atiende a que no se debe causar daño en las actuaciones sanitarias *“primum non nocere”*, realizándose únicamente aquellas intervenciones que estén indicadas clínicamente. Todo aquel tratamiento que sea inútil, que no aporte ningún beneficio y ayude a la curación del paciente, ha de ser rechazado. Afecta a la no instauración de un tratamiento, como a la retirada de este una vez instaurado.

- Principio de justicia.

Realizar tratamientos fútiles, cuando no hay indicación clínica, que no aportan nada al paciente está en contra de la adecuada utilización de los recursos sanitarios, que por otro lado sobra decir que son escasos.

- Principio de beneficencia (Barrio Cantalejo & Simón Lorda, 2006).

El bienestar del paciente es el objetivo de la medicina. Nuestras acciones han de ir encaminadas hacia este propósito, evitando actuaciones contrarias.

- Principio de autonomía

Se debe respetar la decisión del paciente en lo concerniente a su salud, aun cuando este hecho vaya en contra del pensamiento de los sanitarios que lo traten.

### 1.8.1.5 Cuestiones asistenciales

La práctica asistencial obliga a los profesionales sanitarios a adaptarse a las necesidades que se plantean en su puesto de trabajo. Los profesionales deben formarse en aquellos ámbitos que les son necesarios para su práctica asistencial. El conocimiento de temas específicos y concretos implica un esfuerzo extraordinario que ha de realizarse generalmente de forma externa a su institución. Los conocimientos específicos otorgan al profesional una base sólida para poder llevar a cabo su trabajo asistencial. Los conocimientos en bioética, generalmente, son adquiridos durante el periodo universitario (Brevis-Urrutia&Sanhueza-Alvarado,2007; Couceiro-Vidal, 2008; Serra Valdés, 2012). Estos conocimientos pueden ser ampliados a partir de la formación que ofrecen las universidades y centros de bioética del país. Un profesional formado en estos aspectos bioéticos puede afrontar y sobrellevar la toma de decisiones de forma adecuada, cuando la circunstancia del paciente así lo requiera. Es necesario hacer formación continuada de estos temas bioéticos, para poder estar al día en lo referente a la legislación, técnicas y avances. Los conocimientos en bioética son de carácter transversal, es decir, podrán ser requeridos y utilizados en las diferentes facetas y puestos del trabajo que el profesional ocupe a lo largo de su vida (Corrales Reyes, Reyes Pérez, García Raga, & Campbell Miñoso, 2015; Ogando Díaz & García Pérez, 2005).

Son muchos los momentos en que un profesional se enfrenta a un dilema ético derivado de la situación de final de la vida. A veces la situación se resuelve por sí sola, ya sea con el fallecimiento del paciente, o por el deseo del propio paciente, plasmado en un testamento vital o voluntades anticipadas, a limitar las intervenciones sanitarias (Vallès-Fructuoso et al., 2016).

Pero en muchos casos, estas situaciones no se resuelven espontáneamente. En ocasiones el dilema que se presenta es de tanta complejidad, que requiere del consenso de todo el equipo profesional que trata al paciente, para poder dar una solución adecuada (Canteros et al., 2007). Y en determinadas ocasiones, cuando el equipo profesional no llega a un consenso, no consigue llegar a un acuerdo y no se puede desbloquear la situación, se tiene que pedir asesoramiento al CEA, para poder dar una solución adecuada, correcta y ética para todos los protagonistas de la situación (pacientes, familiares, profesionales asistenciales).

El CEA, después de estudiar el caso sobrevenido, realiza una serie de indicaciones, alcanzadas por consenso, y que, aun no siendo vinculantes, la gran mayoría de profesionales acata (Zamora Calvo & Castillo Ayala, 2018).

### 1.8.1.6 Cuestiones sociales, de conocimiento cultural y creencias religiosas

Los actos sanitarios tienen como objetivo ofrecer una atención personalizada a cada paciente, de forma individualizada. Todos los pacientes no responden de la misma manera a un tratamiento, ni a una intervención. El poder tratar cada caso de forma específica aporta al acto consideraciones de virtuosismo: la excelencia de la profesión sanitaria (Camps, 2007). No hay que olvidar que el objetivo primario de la medicina es curar las enfermedades, pero el siguiente objetivo, igual de importante que el primero, sería aliviar el dolor a aquellas personas que lo sufren (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015). Las

posibilidades médicas en la actualidad son grandes y complejas. Se tiene la capacidad de mantener una persona con vida, técnicamente por mucho tiempo. Realizar intervenciones impensables hasta hace poco, administrar tratamientos novedosos de última generación, y hacer actuaciones imposibles solo de imaginar. Que podamos utilizar toda esta técnica y esta tecnología que tenemos a nuestro alcance, no quiero decir que debemos hacerlo en determinadas ocasiones. No siempre hacer más es lo correcto. No siempre emplear todos los recursos de los que disponemos, es lo adecuado. No siempre más es mejor. Históricamente medicina implicaba ser proactivo, realizar intervenciones, administrar tratamientos, llegar hasta el final luchando. Hoy, por suerte, esta visión de la medicina es completamente diferente, ya que incluye el ayudar al bien morir (Rio & Palma, 2007). Ciertamente que esta expresión puede llevarnos a confusión. Ayudar a bien morir no es aplicar métodos para acabar con la vida de alguien, por supuesto. Ese concepto es el de eutanasia, que es un delito, y del cual no hablamos en este apartado. Ayudar a bien morir es aceptar la situación de enfermedad terminal de una persona, acompañarla en el proceso aliviándole el dolor y el sufrimiento. Y también, acompañar en el proceso a la familia, y a la sociedad que rodea a ese paciente. Es importante conocer el grado de madurez de una sociedad para poder adecuar estas intervenciones de manera correcta. Queda fuera de lugar el pretender imponer a un paciente y a una familia un tipo de actuación cuando estos no lo contemplan. Hay personas que optan por el camino de hacer todo lo posible hasta el final, hasta que haya vida. En estos casos, el personal sanitario ha de adecuar sus intervenciones a los requerimientos de la persona, pero explicando con exactitud las consecuencias de dichas intervenciones. En una sociedad madura, no se puede buscar mantener la vida obviando el sufrimiento de una persona. El ofrecer un plan individualizado que proteja al paciente frente a estas actuaciones y que le brinde una atmósfera segura donde el único objetivo es aliviarle el dolor y proporcionarle confort, ha de ser primordial en nuestro sistema sanitario.

#### **1.8.1.7 Jurisprudencia**

Uno de los primeros casos mediáticos sobre este tema fue el de Karen Quinlan (Gafo, 1990; Herreros Ruiz-Valdepeñas et al., 2015) una joven estadounidense de 21 años que en 1975 sorprendió a la sociedad al ser diagnosticada de muerte cerebral. Un año después de su diagnóstico, los padres viendo que no había ningún tratamiento que pudiera devolver a la vida anterior a su hija, plantean al hospital donde estaba ingresada acabar con su sufrimiento. El equipo médico del hospital se niega a esta petición. Este hecho se elevó a la corte de Nueva Jersey que aceptó la retirada del respirador que la mantenía con vida. Sorprendentemente, Karen continuó respirando por sí misma, aunque su situación catastrófica no había cambiado. Continuaba en coma irreversible. Y fue en 1985 y debido a una neumonía que Karen falleció. Este caso abre el diálogo entre la eutanasia y el concepto de muerte digna. En determinados casos como este, la vida o la muerte de una persona no pueden quedarse en manos del destino.

Otro caso que removió la conciencia de la sociedad fue el de Terri Shiavo (Perry, Churchill, & Kirshner, 2005) cuando en 1990 y debido a una parada cardiorrespiratoria, entró en coma irreversible. Las luchas entre el marido y los padres de Terri sobre si se le debía retirar la sonda de alimentación o se le debía mantener, generó un gran debate en la sociedad estadounidense, creándose dos movimientos en apoyo a uno u otro bando. Finalmente, y después de 15 años de

lucha y de coma irreversible, Terri falleció en el hospital. En la autopsia se evidenció la irreversibilidad de su patología. Este caso generó gran debate en la sociedad de Estados Unidos y del resto del mundo. Se plantearon diversas iniciativas legislativas, contraataques a estas iniciativas y rechazos a los mismos. Un torbellino legal envolvió el caso de gran repercusión tanto mediática como social a nivel internacional.

Uno de los casos con más especulación mediática en España, fue el protagonizado con Ramón Sampredo (Perry et al., 2005), un marino afectado de tetraplejía desde los 25 años debido a un accidente fortuito. Sampredo fue el primer español en pedir una muerte digna, mediante suicidio asistido, debido a su irreversible situación, ya que él mismo no podía llevarla a cabo, y requería de la ayuda de un tercero. Después de 28 años, Sampredo falleció debido a la ingestión de cianuro potásico, proporcionado por un grupo de amigos afín, consiguiendo de este modo su declarado propósito.

En España, el caso de Andrea, la niña de 12 años diagnosticada de una enfermedad degenerativa que ingresa en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Esta niña había nacido con una grave enfermedad neurodegenerativa que se complicó en 2015 con una hemorragia digestiva. Sus padres solicitan para ella una muerte digna, pidiendo la retirada de la alimentación artificial. Desde el comité de ética asistencial del hospital se emite un informe favorable a las peticiones de los padres de Andrea, pero no vinculante, para la retirada de la alimentación enteral por sonda. Finalmente, la niña fallece a los 9 días de la retirada de la sonda.

#### **1.8.1.8 Existencia y aceptación de diversidad de criterios**

Los profesionales sanitarios que forman parte de un equipo multidisciplinar, en muchas ocasiones no comparten los mismos criterios a la hora de valorar la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Existen tendencias asistenciales a mantener la vida por encima de todo. Existen otras tendencias donde valorar cada caso de forma individual, pudiendo de este modo ofrecer una atención más integral tanto al paciente como a la familia, también se contemplan en nuestros equipos.

Cuando la AET hace referencia a un paciente mayor, con voluntades anticipadas recogidas, y con una familia que comparte este mismo criterio plasmado en las voluntades anticipadas, las decisiones que ha de tomar el equipo asistencial, sin duda, son mucho más fáciles. Nadie en su sano juicio aplicará medidas en estos casos para alargar la vida de un paciente que se encuentra en esta situación de final de vida.

Sin embargo, estas situaciones ideales casi nunca se presentan. Si bien muchos pacientes no son capaces de verbalizar su deseo a que no les sea prolongada la vida de forma artificial, o incluso, no conocen la posibilidad de dejar constancia de sus últimas voluntades, o los familiares no pueden/quieren tomar este tipo de decisiones, este tipo de decisión se hace complejo y hasta traumático en muchos casos. Los familiares se sienten culpables a la hora de decidir no iniciar un tratamiento o rechazar y retirar el mismo. Los pacientes, por desgracia, no son escuchados

ante sus peticiones de “dejarlo estar” y se continúa con el tratamiento establecido, aunque este sea totalmente fútil.

Y los profesionales muchas veces se ven arrastrados por la inercia del “hacer” y aunque se plantean interiormente la adecuación de esa actuación, no buscan el asesoramiento necesario para poder afrontarla o incluso rebatirla.

Los comités de ética asistencial juegan un papel muy importante a la hora de tomar decisiones de consideración ética, que a los profesionales se les hace difícil o incluso imposible tomar. El acceso a estos CEA ha de ser rápido para poder dar respuesta a estas dudas.

### **1.8.1.9 Conocimientos en bioética y apoyo institucional**

Las profesiones sanitarias cuentan con unas bases teóricas, proporcionadas en las diferentes carreras universitarias, que recogen los conocimientos en bioética. El recordar y ahondar en estos conocimientos es labor de las instituciones y de los propios profesionales también. Las instituciones deben recoger esta necesidad docente y aplicar las medidas necesarias para llevarlas a cabo. El profesional debe buscar cómo instruirse en estos conocimientos para poder llevar a cabo su práctica asistencial de forma adecuada.

## 1.8.2 Vulneración de la información clínica

La capacidad de obtener información en nuestros días es espectacular. Podemos comunicarnos en tiempo real con personas de las antípodas, podemos conocer hechos, accidentes, catástrofes, en el preciso instante en que están sucediendo, a través de transmisiones satélite. Podemos ofrecer un servicio sanitario, en el momento de solicitarlo, con profesionales que se encuentran a miles de kilómetros de nosotros. El gran valor y utilidad de la historia clínica informatizada es incuestionable. Toda esta tecnología es impactante y necesaria. A veces nos paramos a pensar de qué manera hemos podido vivir sin todo esto durante tantos siglos.

Antiguamente cuando un paciente residía en una localidad y por algún motivo debía desplazarse lejos de su ámbito, si acontecía algún episodio de salud, el profesional que lo atendía no contaba con ningún informe ni pruebas ni resultados de ese paciente. Su historia clínica estaba en su lugar de residencia, en su centro de atención, en su hospital de referencia. Y, por otro lado, lo acontecido en aquel supuesto desplazamiento de localidad, quedaba únicamente registrado en un informe, que, en muchas ocasiones, se extraviaba y desaparecía. Hoy podemos acceder a la historia clínica de un paciente, a cientos de kilómetros de distancia, podemos saber qué tipo de intervención fue realizada, durante cuánto tiempo, y por qué profesional. Podemos conocer en tiempo real la historia clínica de un paciente, o por lo menos, ese es el objetivo de la tecnología informática aplicada a la sanidad.

Por otro lado, el “fácil acceso” (Antomás & Huarte del Barrio, 2011) a estos datos de un paciente y la posibilidad de terrorismo informático para fines lucrativos de ciertas empresas, hace vulnerable este sistema de información clínica tan perfecto a priori (Iraburu, 2006).

### 1.8.2.1 Definición de conceptos: Intimidad, privacidad y confidencialidad

Antes de iniciar el tema es necesario aclarar ciertos conceptos que se diferencian entre sí, aunque también van ligados de una manera especial. Nos referimos a los conceptos de intimidad, privacidad y confidencialidad.

El sustantivo intimidad proviene de íntimo, del latín “*intimus*”<sup>9</sup>. Con lo que hace referencia a aquello que está dentro del ser humano y de la familia o colectividad. La filosofía define la intimidad como la posibilidad de los humanos y de los grupos familiares, a tener un mundo interior para ellos mismos, pero oculto al resto de individuos. El ser humano es dueño de su intimidad y de la divulgación o no de la misma a terceros.

El concepto de intimidad se incluye como derecho en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 12 (ONU, 1948) donde nos explica que:

“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias”.

---

<sup>9</sup> La palabra “íntimo” etimológicamente proviene de la conjunción del término latino “*inti*” (interior) y del término europeo “*mus*”, que aporta un carácter superlativo. Se refiere a algo muy interior.

Por lo tanto, este derecho protege la vida privada del ser humano, frente a agentes externos, en todos los ámbitos de su existencia como el trabajo, la familia, lo social y lo sanitario.

Los conceptos de intimidad y privacidad a menudo se pueden confundir. Privacidad hace referencia a hechos y datos que pertenecen al ámbito personal de un ser humano que no son de carácter público, pero que no pertenecen al ámbito más íntimo de la persona. Un ejemplo claro sería por ejemplo pertenecer a una asociación sin ánimo de lucro, tal como una ONG. Lo íntimo corresponde a lo interior de cada uno. Solamente la propia persona tiene acceso a este interior, no hay filtraciones ni entradas indebidas. Pertenecer única y exclusivamente a la persona (Toscano, 2017).

El término confidencialidad da respuesta a la necesidad de compartir determinada información privada con terceros, esperándose que éstos mantengan el secreto y no difundan dicha información. La confidencialidad y la privacidad son imprescindibles durante la relación de ayuda del profesional sanitario con el paciente (Del Río Sánchez, 2007)

La legislación actual incide claramente en la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos obtenidos de una persona (Fernández Ruiz-Gálvez, 2014). En el ámbito sanitario esta necesidad se acentúa. Las organizaciones sanitarias deben responder ante esta demanda, deben asegurar de forma estricta el respeto a este derecho fundamental de los ciudadanos, y debe ofrecer las herramientas necesarias a los trabajadores para poder alcanzar este fin.

La información que se genera en un centro sanitario es en casi todos los casos fruto de la confianza que el paciente o las familias depositan en los profesionales sanitarios. Datos relativos a su enfermedad, a su intimidad, a su vulnerabilidad. Sin esta confianza, el acto en sí no tendría valor (Iraburu, 2006).

Pero este derecho a mantener la intimidad y la confidencialidad de los datos de una persona (Antomás & Huarte del Barrio, 2011), en determinadas ocasiones puede ser vulnerado, casi siempre de forma inconsciente al comentar en ámbitos poco adecuados, algo relacionado con un paciente. Y antiguamente, cuando los historiales de los pacientes estaban en papel, la posibilidad de dejar al alcance de alguna persona no autorizada para su uso era muy acusada. La posibilidad de visualizar algún dato de un historial por parte de otros usuarios del sistema o incluso de profesionales que no trataban al dueño de ese historial era común. Hoy en día, este peligro ha desaparecido. Los historiales en papel se han eliminado casi por completo de los centros sanitarios. La historia clínica se recoge en un complejo sistema informático que une todos los centros sanitarios que pertenecen al mismo ámbito. Así, aun cuando la amenaza del historial en papel ha desaparecido casi por completo, aparece otra amenaza mayor, más global, de mayor alcance: la vulneración de la historia clínica informática. El acceso casi global a esta información la hace atractiva para realizar un mal uso. Y el posible anonimato subyacente hace que sea un campo abonado para el delito de vulneración de la información clínica (Casanova Asencio, 2019).

### 1.8.2.1.1 Secreto profesional sanitario

El secreto profesional es la obligación ética que todo sanitario tiene de no desvelar información a terceros sobre un paciente o su familia (Delgado Marroquín, 2017).

Límites al secreto profesional:

- Evitar un daño a terceras personas.
- Evitar un daño para el propio paciente.
- Por orden legal.

### 1.8.2.2 Marco legal

- La Constitución Española en su artículo 18 habla del Derecho a la Intimidad:

*“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito”.*

- La Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril, en su articulado incluye:

- Artículo 10:

*“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias”:*

*“Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social”.*

*“A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad”.*

*“A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.*

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

– CAPÍTULO III: Derecho a la intimidad.

– Artículo 7. El derecho a la intimidad:

*“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”.*

*“Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.*

– CAPÍTULO V: La historia clínica.

– Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica:

*“La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”.*

*“Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información”.*

*“Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental”.*

– Artículo 16. Usos de la historia clínica:

*“La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia”.*

*“El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de*

*identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”.*

*“El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones”.*

*“El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria”.*

*“El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto”.*

- El Código Penal en su articulado contempla el delito contra la intimidad:
  - Artículo 197: Descubrimiento - revelación de secretos:

*Párrafo 1 del Artículo 197 del Código Penal*

*“El que, para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento, se apodere de sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales o intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios técnicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses”.*

*Párrafo 2 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar*

*autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero”.*

*Párrafo 3 del Artículo 197 del Código Penal*

*“El que por cualquier medio o procedimiento y vulnerando las medidas de seguridad establecidas para impedirlo, acceda sin autorización a datos o programas informáticos contenidos en un sistema informático o en parte del mismo o se mantenga dentro del mismo en contra de la voluntad de quien tenga el legítimo derecho a excluirlo, será castigado con pena de prisión de seis meses a dos años”.*

*“Cuando de acuerdo con lo establecido en el artículo 31 bis una persona jurídica sea responsable de los delitos comprendidos en este artículo, se le impondrá la pena de multa de seis meses a dos años”.*

*Párrafo 4 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años si se difunden, revelan o ceden a terceros los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas a que se refieren los números anteriores”.*

*“Será castigado con las penas de prisión de uno a tres años y multa de doce a veinticuatro meses, el que, con conocimiento de su origen ilícito y sin haber tomado parte en su descubrimiento, realizare la conducta descrita en el párrafo anterior”.*

*Párrafo 5 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Si los hechos descritos en los apartados 1 y 2 de este artículo se realizan por las personas encargadas o responsables de los ficheros, soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, archivos o registros, se impondrá la pena de prisión de tres a cinco años, y si se difunden, ceden o revelan los datos reservados, se impondrá la pena en su mitad superior”.*

*Párrafo 6 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Igualmente, cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior”.*

*Párrafo 7 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Si los hechos se realizan con fines lucrativos, se impondrán las penas respectivamente previstas en los apartados 1 al 4 de este artículo en su mitad*

*superior. Si además afectan a datos de los mencionados en el apartado anterior, la pena a imponer será la de prisión de cuatro a siete años”.*

*Párrafo 8 del Artículo 197 del Código Penal*

*“Si los hechos descritos en los apartados anteriores se cometiesen en el seno de una organización o grupo criminales, se aplicarán respectivamente las penas superiores en grado”.*

*“Divulgar información a un tercero que no tenga por qué conocer esa información es constituyente de delito, y por tanto, de pena a quien incurra en ello. Por lo tanto, divulgar información concerniente a un paciente a terceras personas que no tienen nada que ver con el caso, es un delito, y como tal, se ha cumplir con el castigo requerido”.*

### **1.8.2.3 Marco deontológico**

- El Juramento Hipocrático indica:

*“Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.”*

- Juramento de Florence Nightingale:

*“Haré todo lo que esté a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes.”*

- El Código ético de enfermería de Catalunya incluye un apartado sobre intimidad y confidencialidad:

*“Las enfermeras reconocemos la importancia de preservar la intimidad y la confidencialidad y protegemos estos derechos en la relación profesional para garantizar el bienestar de la persona atendida en el proceso de cuidados, en el marco de una relación de confianza”.*

- Intimidad:

*“La enfermera garantiza un entorno que preserve la intimidad durante todo el proceso asistencial, en coherencia con la manera como la persona atendida la entiende y la vive”.*

*“La enfermera evita hacer juicios de valor sobre pensamientos, emociones, creencias y valores de la persona atendida que puedan condicionar la atención que presta”.*

*“La enfermera preserva y vela por la intimidad corporal de la persona atendida durante el proceso de cuidados, procurando que la exposición sea la mínima imprescindible y evitándola ante otros usuarios o personas que no participan en el proceso asistencial”.*

*“La enfermera informa y pide permiso a la persona atendida para cualquier intrusión en su cuerpo, o cualquier otro aspecto que vulnere su intimidad”.*

*“La enfermera pone especial atención en garantizar que las conversaciones con la persona atendida y personas significativas se desarrollen en un ambiente en que se respete la intimidad”.*

*“La enfermera explica el objetivo de la recogida de datos y se asegura de que pide aquellos que son justificadamente necesarios para proporcionar cuidados enfermeros de calidad. En caso de que se pueda vulnerar la intimidad de la persona atendida, la enfermera pide los datos imprescindibles, es cuidadosa en el registro y respeta la posibilidad de que la persona no responda. Las enfermeras reconocemos la importancia de preservar la intimidad y la confidencialidad y protegemos estos derechos en la relación profesional para garantizar el bienestar de la persona atendida en el proceso de cuidados, en el marco de una relación de confianza”.*

– Confidencialidad:

*“La enfermera mantiene como confidencial toda la información que la persona atendida le haya confiado o que obtenga en el ejercicio de su profesión. Actúa con discreción, tanto dentro como fuera del ámbito profesional, con el fin de no desvelar datos sobre la persona atendida, directa o indirectamente”.*

*“La enfermera mantiene la confidencialidad incluso cuando el proceso asistencial ha terminado, y también después de la muerte de la persona atendida”.*

*“La enfermera, al compartir información con otros miembros del equipo de salud, se asegura de que solo será objeto de comunicación aquello que pueda generar un beneficio para la persona atendida, y vela porque no se vulnere el secreto compartido”.*

*“La enfermera tiene la obligación de exigir la máxima discreción a quienes forman parte del proceso asistencial, tanto si se trata de profesionales de la*

*salud como si no, y ha de velar por que no se divulgue información de la persona atendida".*

*"La enfermera se asegura de que todos los datos registrados de la persona atendida queden bien protegidos, y vela porque no se vulnere la confidencialidad en el uso de los registros y de las comunicaciones en formato papel, digital o audiovisual".*

*"La enfermera se abstiene de acceder a datos de personas a las que no atiende y, cuando los utiliza fuera del ámbito asistencial para finalidades docentes y de investigación, preserva su anonimato y cuenta con el consentimiento de la persona o de su representante legal, y/o con la autorización del comité de ética de investigación correspondiente".*

*"La enfermera advierte a la persona que consulta o divulga información confidencial de forma inapropiada y emprende las medidas oportunas de acuerdo con la gravedad de la situación".*

*"La enfermera defiende el ejercicio del derecho de las personas a acceder a su historia clínica y a poseer una copia de la misma".*

*"La enfermera facilita los informes sobre el proceso de cuidados enfermeros siempre que lo solicite la persona atendida, o bien cuando sea necesario para la comunicación entre profesionales o instituciones con el fin de continuar el proceso terapéutico, de acuerdo con las normas de confidencialidad".*

*"La enfermera valora hasta qué punto mantiene la confidencialidad cuando:*

*Cumplimenta impresos, certificados o comunicaciones que corresponden a una obligación legal.*

*Revela información para evitar un peligro o perjuicio importante para otras personas o para la colectividad.*

*El mantenimiento de la confidencialidad pone en peligro la vida de la propia persona atendida.*

*La persona atendida autoriza y consiente de forma expresa la revelación de información.*

*Responde a requerimientos del Defensor del Pueblo, Ministerio Fiscal, Jueces, Tribunales u otras instituciones que la ley determina, en el ejercicio de las funciones que se les atribuyen, mencionando su obligación de confidencialidad.*

- El Código de deontología de la profesión médica incluye:

– Capítulo V: Secreto profesional del médico.

– Artículo 27:

*“El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional”.*

*“El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica”.*

*“El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional”.*

*“En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa”.*

#### **1.8.2.4 Consideraciones éticas según los principios: marco bioético**

De los cuatro principios de la bioética estudiados por Beauchamp y Childress:

- Principio de no maleficencia.

Vulnerar el derecho a la protección de la información clínica, es una actuación maleficente donde el personal sanitario no debe incurrir.

- Principio de justicia.

El respeto por la dignidad de la persona es independiente a cualquier circunstancia que acontezca, siendo todas las personas merecedoras de igual consideración y respeto (Azulay Tapiero, 2001). El personal sanitario es gestor de los recursos y servicios que necesite un paciente y es por este motivo que han de velar por el buen uso de estos recursos, favoreciendo al paciente en concreto y a la comunidad en general.

- Principio de beneficencia.

El bienestar del paciente es el objetivo de la medicina. Nuestras acciones han de ir encaminadas hacia este propósito, evitando actuaciones contrarias.

- Principio de autonomía.

El respeto a la intimidad del paciente y a la confidencialidad de sus datos médicos es primordial en la relación sanitaria. Los datos incluidos en el historial médico de un paciente, o concernientes

a su persona no deben ser desvelados, ni comunicados a terceros, por parte del personal sanitario que lo atiende.

### 1.8.2.5 Problemática

#### 1.8.2.5.1 Cuestiones asistenciales

La práctica asistencial es compleja. Los profesionales tienen una elevada carga de trabajo diariamente. La presión asistencial llega a límites insospechados. Pero toda esta presión asistencial, toda esta carga de trabajo, todos estos requerimientos no son excusa para llevar a cabo un adecuado control y tratamiento de los datos asistenciales de los pacientes (Bertrán et al., 2000). En muchas ocasiones, los profesionales comentan los casos en lugares no destinados a ello, con personas alrededor que no son las adecuadas, y que incluso, pudieran obtener algún beneficio de la información captada. Es por este motivo que la transmisión de datos de una historia clínica, de un paciente, o de una comunidad, ha de ser ejecutada de forma escrupulosa y consciente de los posibles perjuicios que se puedan producir.

Por otro lado, el acceso a la información de un paciente, con las nuevas tecnologías electrónicas de historiales informatizados, se hace cada vez más asequible a cualquier profesional (Casanova Asencio, 2018). La impunidad, el secreto, y la accesibilidad a estos datos hacen que en determinadas ocasiones el personal sanitario se vea tentado a consultar historiales clínicos que no son de su incumbencia. Es importante saber que únicamente podemos acceder al historial de un paciente que esté a nuestro cargo, o cuando está sujeto a investigaciones con el debido permiso previo para acceder. Cualquier otro motivo que nos haga consultar un historial clínico de alguien que no está a nuestro cargo, será considerado como invasión de la intimidad y, por tanto, sería un delito. Por supuesto, este delito está contemplado en el Código Penal español, siendo la persona condenada a pagar su infracción, tanto económicamente como con penas de cárcel (Adriasola, 2012; Colio Gutiérrez, 2017).

#### 1.8.2.5.2 Cuestiones sociales, de conocimiento cultural y creencias religiosas

Los cambios en la forma de tratar a los pacientes a lo largo de los años, se hace evidente: hoy contamos con tecnologías punteras, tratamientos específicos, instalaciones de alto nivel, y sistemas de control de la información sofisticados que se contraponen a los antiguos y densos historiales médicos que encontrábamos en cualquier hospital de nuestro país. Hoy el acceso a historiales es inmediato, el acceso a resultados de pruebas se hace con un simple gesto. La posibilidad del paciente de conocer los datos de su historial clínico en cualquier momento es hoy en día una realidad (Troncoso Reigada, 2006).

Habitamos en un país con gran tradición de explicar, preguntar y conocer la vida de nuestros conocidos, e incluso, de los no conocidos. La Constitución Española de 1978 promulga el derecho a la intimidad, siendo este vulnerado desde entonces y hasta nuestros días, que se continúa vulnerando. Las consecuencias de estos actos proporcionan penas de cárcel a quien los lleve a cabo.

#### 1.8.2.5.3 Jurisprudencia

Muchas y resonadas (Colio Gutiérrez, 2017) son las sentencias debidas a casos de vulneración de la información clínica de un paciente tanto en nuestro país como fuera del mismo.

- Sentencia del Tribunal Supremo: un médico interno de un hospital de Valencia releva una información obtenida mediante la lectura de un historial médico de una conocida suya, a su madre, y esta a su vez lo propagó a otros familiares de la paciente. El residente fue acusado de lesión del bien jurídico “*intimidad*” por el Tribunal Supremo, y condenado a 1 año de prisión, a una multa durante un año, a una indemnización y a dos años de inhabilitación de su profesión.
- Sentencia de la Audiencia Provincial de Cantabria, un médico de familia consulta el historial clínico de la pareja de su exmujer alegando haber contraído una enfermedad venérea debido a las prácticas de su mujer con su amante. Sin haber ni consentimiento ni autorización a la entrada del médico a este historial clínico, la Audiencia de Cantabria lo condena a un año y tres meses de prisión, e inhabilitación absoluta para ejercer su profesión durante tres años. El médico accedió con dolo y siendo consciente del incumplimiento de la confidencialidad, ya que para acceder al historial electrónico de un paciente requería la introducción de una contraseña y la aceptación de las condiciones para el acceso al mismo.
- Sentencia del Tribunal Supremo: Un médico accede al historial clínico sin permiso ni consentimiento de los afectados, de sus compañeros de trabajo. Condena de dos años, seis meses y un día de prisión por el delito de descubrimiento y revelación de secretos de especial relieve.

#### 1.8.2.5.4 Conocimientos en bioética y apoyo institucional

Las instituciones sanitarias recuerdan a sus trabajadores la importancia de preservar la intimidad de los pacientes, de sus historiales, de sus datos clínicos, ante posibles indiscreciones que puedan cometer. El personal de los diferentes centros conoce la ley, ya que es una de las materias presentes en la formación continuada de los profesionales. Se pone mucho hincapié en este tema, se hace mucha presión para que el profesional no desvele datos clínicos a terceros, para que todo el mundo conozca la ley y las repercusiones que se originan si la incumplen.

### 1.8.3 Objeción de conciencia

Sobre los profesionales sanitarios durante de su práctica asistencial recae la responsabilidad de lidiar con los dilemas éticos que surgen. En muchas ocasiones, estos dilemas éticos se resuelven gracias a la experiencia asistencial que poseen. Normalmente, los dilemas éticos que se presentan enfrentan dos actores importantes: los sanitarios y los pacientes o sus familias. Los principios de la bioética entran en conflicto, y es donde estos profesionales tienen que hacer uso de su experiencia, para poder resolver la situación. Pero, cuando el conflicto es motivado por las creencias y valores de los profesionales, tanto que vayan en contra del pensamiento del paciente y de las familias, o que se opongan a las directrices de la empresa, aparece una nueva dimensión ética para tener en cuenta: la objeción de conciencia.

Es difícil encontrar las soluciones para este tipo de situaciones, ya que generalmente no existe una norma básica o una legislación que pueda dar respuesta adecuada y eficiente. Pocos son los países que cuentan con una legislación apropiada para defender los casos de objeción de conciencia.

#### 1.8.3.1 Definición

Se define objeción de conciencia como la negación de una persona, en este caso personal sanitario, a cumplir con los requerimientos de su profesión, dentro del marco de una institución y bajo la tutela de las leyes establecidas para regular esta profesión, alegando cuestiones morales o de conciencia (Camps Cervera et al., 2010). Por supuesto, la objeción de conciencia se tiene que tratar individualmente, ya que es el individuo quien tiene estos valores morales, o esta conciencia. Las decisiones que se toman a nivel unilateral, particulares, y por supuesto, dependiendo de las experiencias y motivaciones que cada uno posee, a diferencia de las decisiones universales, aquellas sustentadas por la ciencia, por la evidencia y que se pueden generalizar en cualquier contexto. Aquel que se declare objetor de conciencia lo hace por una cuestión moral, por una cuestión de valores. Las situaciones en las que el objetor de conciencia se niega a actuar, no necesariamente niega la legitimidad de una ley, pero si niega su aplicación en determinadas circunstancias (Mediuris, 2008). Esto difiere de la oposición que plantea el insumiso o cuando existe desobediencia civil (Capdevielle, 2018) que se proclaman en contra de una ley (Busquets, 2012). En el momento en que la ley determine la necesidad de cumplimiento por parte de ese profesional, y este no lo cumpla, pasará a declararse insumiso, ya que irá en contra del ordenamiento jurídico (Sánchez-Caro, 2010).

El concepto de desobediencia civil hace referencia a la negación voluntaria de cumplir con una ley determinada (Gracia, Rodríguez Sendín, & González Fandós, 2008). Suele ser un incumplimiento que no provoca violencia y acostumbra a estar llevado a cabo por un colectivo de personas que se declaran en contra de una ley concreta. El objetivo de esta desobediencia civil tiende a ser de índole política, como medio de presión, para favorecer el cambio de una ley que es considerada injusta o parcial. Esta situación sería una objeción de ley, ya que se iría en contra de una ley concreta no por motivos morales o de creencias (Fernández Fernández, 2018).

Conocer estas diferencias es de vital importancia ya que el planteamiento del objetor de conciencia no radica en la necesidad de un cambio de una ley, sino la aplicación que de esa ley se hace en determinados casos (Gracia et al., 2008). Un ejemplo claro a esta situación sería aquel profesional que pudiera estar a favor de las leyes sobre fecundación artificial, pero se negaría al caso concreto de realizar una fecundación artificial a una mujer mayor de 65 años. Se niega a esta situación concreta, no a la propia ley. Esta objeción de conciencia ha de sustentarse en valores morales incuestionables para el profesional (Seoane, 2008). Ni que decir tiene, que sería totalmente reprobable que este mismo profesional que se niega a realizar esta inseminación artificial en el sistema público de salud, lo llevara a cabo en la sanidad privada. Los motivos por los que una persona es objetor de conciencia son de carácter moral (Pablo Beca & Astete, 2015).

La objeción de conciencia nunca se puede sustentar en la carencia de ética. O lo que es lo mismo, el sujeto objetor de conciencia ha de basar su objeción en la ética, con lo que los cursos que signifiquen un daño para el paciente quedan totalmente fuera de ninguna posibilidad. Recordemos que uno de los principios de la bioética, esgrimidos por Beauchamp y Childress, es el principio de no maleficencia: primero de todo no dañar. Por este motivo, el objetor de conciencia no debe postularse como paladín de cursos de acción no correctos, que causen daño al paciente (Navarro Casado, 2013).

El objetor de conciencia lo es moralmente y en la práctica. Por este motivo, no puede actuar como objetor de conciencia frente a una situación aquel que no haya declarado serlo. Es decir, podemos encontrar casos en los que un profesional no se haya declarado objetor de conciencia de una situación concreta, pero en el momento en que esta situación aparece, esta persona se comporte como tal, negándose a actuar. Este hecho es del todo reprobable, ya que el propio objetor ha de comunicar a sus superiores y a la empresa que en determinadas situaciones no podrá actuar como se espera (Sánchez-Caro, 2010.). Así, la empresa concedora de este hecho actuará en consecuencia, reorganizando y recolocando al profesional allá donde no suceda esta situación. Se le ofrece al paciente la mejor actuación profesional y se evita al mismo tiempo, el conflicto moral que le supondría al sanitario esta situación.

El conflicto de valores que se genera en un caso de objeción de conciencia siempre viene dado por el derecho del paciente a someterse a una intervención determinada, que le ayudará físicamente, o psicológicamente a alcanzar un mayor grado de salud, y el respeto al pensamiento, a la conciencia del propio profesional que se niega a realizar ese acto en concreto, por motivos morales (Sánchez Jacob, 2007). Dar la razón a una, situaría a la otra totalmente derrotada. El objetivo de la ética no es vencer al enemigo, ni ganar frente a una situación, ni imponer un criterio determinado. El objetivo de la ética es obtener la mejor situación para las dos partes en conflicto, intentar evitar cursos extremos de actuación, y llegar al consenso de los cursos intermedios, que benefician en parte a todos. Si únicamente tuviéramos delante una situación donde hay conflicto entre dos derechos fundamentales, de las dos partes afectadas, el curso normal de actuación para su resolución es averiguar cuál es el derecho que posee más fuerza, el de mayor rango, e imponer este sobre el otro. Sería una lucha con un ganador y un perdedor (Villarreal Cantillo & Visbal Illera, 2013). Por este motivo, la objeción de conciencia se debe tratar como este conflicto de valores, estos valores que se contraponen pero que consiguen encontrar un punto en común que beneficie a las dos partes. Aun así, ninguno de

estos valores en conflicto sería absoluto, con lo que siempre ha de haber algún protagonista que ceda un poco para resolverlo. Ciertamente es que se debe respetar en lo posible los valores morales del profesional que se niega a la actuación concreta, pero éste tendrá que ceder en el momento en que no haya otra posibilidad de ofrecer la mejor atención al paciente. Y por el otro lado, el paciente tiene derecho a ser atendido como la máxima calidad, pero en determinadas ocasiones, con el fin de respetar los valores morales del profesional, es posible que se vea envuelto de una trama de cambios de profesionales, de unidades de hospitalización e incluso de centro sanitario, donde realizarle la intervención requerida de forma adecuada.

Los elementos que incluyen el acto de objeción de conciencia son los siguientes (Camps Cervera et al., 2010.):

*“1) La existencia de una norma jurídica de obligado cumplimiento, cuyo contenido puede afectar a las creencias religiosas o morales de los individuos, y que no puede obviarse sin incurrir en sanción. Es necesario que el contenido de la norma jurídica sea tal que pueda resultar incompatible con las convicciones morales o religiosas de los individuos y no meramente contrario a ciertas opiniones o intereses personales de éstos.*

*2) La existencia de un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, requisito sobre el que el ordenamiento jurídico puede requerir verificación.*

*3) La ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto entre una o varias normas y la conciencia individual o posibiliten alternativas aceptables para el objetor.*

*4) La manifestación del propio sujeto del conflicto surgido entre la norma y su conciencia, sin que sea relevante la mera presunción sobre la existencia de conflicto. En consecuencia, son inválidas las manifestaciones que al respecto realicen terceras personas en nombre de algún colectivo. “*

### **1.8.3.2 Marco legal**

- Constitución Española de 1978.

La Constitución Española no reconoce ningún derecho de carácter general sobre la objeción de conciencia. Este derecho únicamente queda reflejado en el artículo 30.2 específicamente en relación con el servicio militar.

- Artículo 16. 1:

*“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”*

- Artículo 16.2:

*“Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias.”*

- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

- Artículo 19: Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.

*“... Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.”*

### 1.8.3.3 Marco Deontológico

- Código Deontológico del Colegio de Médicos

- Artículo 6: Principios generales:

*“Ningún médico podrá ser ni discriminado ni rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia, se niegue a utilizar o utilice una determinada terapéutica o medio de diagnóstico. Sin embargo, será necesario que el médico, en todos los casos, lo haya advertido antes personalmente al paciente o, cuando se trate de un incapacitado o un menor, a la persona directamente responsable de éste.”*

- Código Deontológico de Enfermería

- Capítulo III: Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería

- Artículo 22:

*“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán por que ningún/a Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.”*

#### 1.8.3.4 Regulación bioética de la objeción de conciencia en sanidad

El derecho a la objeción de conciencia no es un derecho fundamental ni general. Podemos considerarlo como un derecho moral. Cada ser humano tiene la capacidad de construir un sistema de valores propios, derivado de sus experiencias y enseñanzas, y de actuar en consonancia y de forma coherente con este sistema de valores, sin que nada ni nadie lo obligue a quebrantarlo. Este sistema de valores es individual y fundamenta la concepción de la vida que tiene esa persona. Configura su dignidad como persona. Por lo tanto, cualquier actuación que debiera realizar contrapuesta a su conciencia, podría originar la necesidad de objetar.

El Comité de bioética de España aconseja conveniente una regulación sobre la objeción de conciencia. Esta regulación es necesaria para (Camps Cervera et al., 2010):

- Garantizar los derechos de los pacientes.
- Garantizar la seguridad de los objetores de conciencia, así como de las instituciones donde presten sus servicios.
- Establecer las bases coherentes sobre la adecuada consideración de objeción de conciencia, para evitar posibles incoherencias o errores.

La objeción de conciencia siempre será un acto individual, de una persona en concreto, y nunca partirá de la gestión de una institución. Los centros sanitarios, por lo tanto, no podrán declararse objetores de conciencia. La objeción de conciencia debe ser específica y se tienen que referir a acciones concretas. También los centros sanitarios deben llevar un registro de los objetores de conciencia de su institución con el fin de proporcionar adecuada asistencia a sus usuarios, (López Guzmán, 2000). Pero esto estaría en contradicción con el derecho a no declarar sobre las propias creencias, el principio de no discriminación, y el derecho a la confidencialidad.

- Principio de no maleficencia.

El principio de no maleficencia es de vital importancia. Nunca una actuación de un profesional ha de causar daño. Una actuación, o la no actuación de un profesional. Por este motivo, el objetor de conciencia debe asegurar la asistencia al paciente, y que su decisión no le cause ningún daño a este.

- Principio de justicia.

Cuando una intervención pueda ser susceptible de ser objetada por un profesional, y la alternativa a esta intervención pudiera ser algo limitado, de difícil acceso y con mayores beneficios para el paciente, se podría plantear un caso de discriminación ya que el resto de los pacientes que no se vieran en esta situación podrían no beneficiarse de estas prácticas y del coste añadido que pudiera acarrear.

- Principio de beneficencia.

La obligación por parte de un profesional a que sus actuaciones sean buenas y no solo no sean malas, fundamenta la objeción de conciencia. La actuación buena para el objetor de conciencia es aquella que justamente objeta. Por este motivo, esta actuación beneficiante está estrechamente ligada con el principio de autonomía. En estos casos, este hacer el bien del profesional, choca con el bien del paciente a quien se debe tratar.

- Principio de autonomía.

La cuestión de la autonomía de un profesional es el tema clave a la hora de declararse objetor de conciencia frente a una técnica o un tratamiento. La posibilidad de tomar decisiones pensadas, y de forma autónoma, confiere al objetor una justificación correcta para la toma de sus decisiones y sus consecuencias. Debe quedar claro que la decisión de un profesional a objetar ante una determinada actuación no dejará sin cobertura al paciente que la requiere.

### 1.8.3.5 Problemática

#### 1.8.3.5.1 Cuestiones asistenciales

Alguno de los temas que en sanidad pueden generar que un profesional se vea en la necesidad de objetar, se contemplan en este cuadro (Sánchez Jacob, 2007):

Tabla 8. Temas relacionados con la objeción de conciencia en sanidad

Aborto	<p>Es el tema por excelencia cuando se quiere ejemplificar algún caso de objeción de conciencia en el ámbito sanitario.</p> <p>Está contemplado. Está reflejado en la Ley Orgánica 2/2010 de 8 de abril.</p> <p>Los sujetos que pueden acogerse a este derecho son el equipo asistencial que atiende al paciente.</p> <p>El personal que objeta no puede ser discriminado por este hecho.</p> <p>El objetor de conciencia no puede declararse objetor ni en la atención previa a la intervención ni en los cuidados posteriores que requiera la paciente.</p> <p>Tampoco puede declararse objetor para informar al paciente de las circunstancias de la intervención. Ni de los efectos secundarios y consecuencias que de este se genere.</p>
Utilización de células madre	<p>Como manipulación del código genético, existe la posibilidad de objetar sobre esta técnica para la curación de diversas enfermedades.</p>
Eutanasia o ayuda al suicidio	<p>Partiendo de la base que la eutanasia es un delito, y que el suicidio asistido en estos momentos tampoco está legislado, el profesional puede mantener una postura contraria a la decisión de un paciente a acabar con su vida, por motivos médicos. De hecho, esta es una cuestión que necesita ser legislada y actualizada para el correcto funcionamiento de los cuidados de los pacientes.</p>
Píldora post coital	<p>Con esta técnica se interfiere entre la fecundación y el final de la implantación que es de 14 días.</p> <p>Puede ser considerado método abortivo por determinados profesionales.</p>

Producción de fármacos con finalidades abortivas	<p>En el caso de los profesionales farmacéuticos, que dispensan este tipo de medicamentos, puede ocurrir que éste se declare objetor de conciencia, por cuestiones religiosas o ideológicas.</p> <p>A parte de la fabricación, la obtención por parte de los usuarios de estos medicamentos en las farmacias puede ser causa de que el farmacéutico objete a la hora de disponer de ellas.</p>
Esterilización en personas discapacitadas	<p>Entra en conflicto el principio de beneficencia y no maleficencia y el principio de autonomía. El deber del equipo asistencial es no hacer daño, pero si con esta actuación se evita otro mal mayor, pero se menoscaba la autonomía del paciente, se pueden generar situaciones de mucho conflicto a la hora de tomar decisiones al respecto.</p>
Voluntades anticipadas	<p>Puede generar situaciones de objeción de conciencia por parte de los profesionales que tratan a un paciente en el final de la vida, y que posee voluntades anticipadas.</p> <p>El principio de autonomía del paciente tiene que ser prioritario y mandatorio. El profesional puede negarse a cualquier técnica que aboque al paciente al final de la vida.</p>
Fertilización in vitro y procreación asistida	<p>La manipulación de las células reproductoras puede originar que un profesional se declare objetor de conciencia para la realización de estas técnicas. El principio de autonomía adquiere una gran importancia.</p>
Vacunas	<p>No existe ninguna ley que obligue a una familia a vacunar a su hijo, luego no podría existir desobediencia ante una ley.</p> <p>La alternativa de no vacunar a un menor es una opción no impuesta y se deja a criterio individual su cumplimiento.</p> <p>La posible afectación a terceros y la propagación de enfermedades que ya estaban casi extinguidas hace que requiera una atención especial.</p>

*Fuente: Elaboración propia*

#### 1.8.3.5.2 Cuestiones sociales y de conocimiento cultural, creencias religiosas

La objeción de conciencia frente a un determinado procedimiento es una opción individual que está sujeta a la capacidad de decisión de un profesional y, por tanto, a su autonomía. El declararse objetor de conciencia no debe menoscabar o interferir en la atención que recibe un paciente. Muchas doctrinas religiosas no conciben la posibilidad de ciertas alternativas de tratamiento que algunos pacientes plantean. Y por ello, se tienen que respetar las decisiones, tanto de los pacientes como de los profesionales que los atienden.

Lo que queda claro es que un profesional declarado objetor ha de ser coherente con sus actuaciones y con sus pensamientos. Queda fuera de toda comprensión acciones como declararse objetor de conciencia para la práctica o ayuda de una interrupción del embarazo (sea del tipo que sea, espontánea, voluntaria o de carácter médico), y que ese mismo profesional, en su actividad privada, realice estas intervenciones.

#### 1.8.3.5.3 Jurisprudencia

- Sentencia del Tribunal Constitucional 2015: Oficina de farmacia de Sevilla que carece de preservativos y del medicamento con principio activo levonorgestrel (conocido como la píldora del día después). El farmacéutico alega ser objetor de conciencia, haberlo

comunicado a su colegio oficial, y que la falta de este servicio farmacéutico no ha perjudicado a ningún paciente ya que existen otras farmacias próximas que si dispensan este tipo de productos. Después de una beligerante contienda entre el farmacéutico y los estamentos judiciales, se resuelve a favor del objetor, dando por adecuada su condición y su justificación (Navarro-Valls & Martínez-Torrón, 2011).

- Sentencia del Tribunal Supremo 950/1997, de 27 de junio de 1997.
- Auto 2133/2004, de 22 de septiembre, de la Audiencia Provincial de Donostia-San Sebastián
- Auto 28/2011, de 25 de enero de 2012, de la Audiencia Provincial de Lleida.
- Sentencia de 20 de noviembre de 1996 Fiscalía Huesca causa núm. 2/95.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982, de 23 de abril.
- Sentencia del Tribunal Constitucional nº 369/1984, de 20 de junio de 1984.
- Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril y BOE núm. 119 de 18 de mayo de 1985.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987, de 27 de octubre de 1987.
- Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio.

#### 1.8.3.5.4 Conocer la legislación

En el caso de la objeción de conciencia no existe una legislación específica para el tratamiento de este tema a nivel sanitario. La aceptación y conocimiento de los Códigos de Deontología de los diferentes colegios profesionales es la base para el ejercicio ético de una profesión (Oliva Blázquez, 2010; Díez Fernández, 2010).

#### 1.8.3.5.5 Existencia o aceptación de diversidad de criterios

La importancia de aceptar la diversidad de pensamiento de los actores de la sanidad es la base para ejercer la libertad individual. Cada persona crea sus propios valores en función de sus experiencias, conocimientos y creencias religiosas. Todas ellas han de ser respetadas y aceptadas. La diversidad de creencias y pensamientos enriquece la sociedad.

Pero, se debe tener en cuenta que el bien común estará por encima del bien individual, que las actuaciones de los profesionales no pueden ser maleficentes, y que el paciente nunca puede quedar sin la atención adecuada.

#### 1.8.3.5.6 Conocimiento en bioética y apoyo institucional

El registro de la condición de objetor de conciencia en la institución donde se preste servicio es de vital importancia a la hora de ejercer la actividad asistencial. Un profesional no puede

declararse objetor de conciencia ante una actuación en el momento que esta se está dando. Se ha de dejar constancia en las diferentes direcciones del centro de esta condición. Las instituciones han de procurar por sus trabajadores y ofrecerles la posibilidad de no ejercer en aquellos lugares donde se produzca el hecho objetado (Sánchez-Caro, 2010).

## 1.8.4 Justicia distributiva

Este principio exige tratar a todas las personas en las mismas circunstancias con la misma consideración sin que en el ámbito de la asistencia sanitaria se puedan justificar discriminaciones basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos ni de ningún otro tipo (Azulay Tapiero, 2001).

La no discriminación que se propugna implica la distribución imparcial de los beneficios y las cargas de tal forma que una persona no sea tratada de forma distinta a otra si se dan circunstancias análogas. La justicia se conectaría así con la igualdad, la equidad y la utilidad pública y, como salta a la vista, este principio se relaciona principalmente con los problemas que se plantean en torno a la asignación y distribución de los recursos, teniendo especialmente en cuenta la limitación de estos (Puyol González, 2014).

### 1.8.4.1 Definición

El concepto de Justicia tiene su origen en el término "*iustitia*" y permite denominar a una de las cuatro virtudes cardinales, aquella que inclina a dar a cada uno lo que le corresponde o pertenece (Fernández Fernández, 2018). La justicia es aquello que se debe hacer según el derecho, la razón y la equidad.

Por otra parte, la justicia hace referencia al Poder Judicial y a la pena o castigo público (Zan, 2004). De esta forma, cuando la sociedad "pide justicia" frente a un crimen, lo que hace es pedir al Estado que garantice que el crimen sea juzgado y castigado con la pena que se merece conforme con la ley vigente.

En materia de religión, la justicia es el atributo de Dios por el cual ordena todas las cosas en número, peso o medida. Así, la justicia es la divina disposición con que castiga o premia según merece cada uno.

Puede decirse que la justicia tiene un fundamento cultural (basado en un consenso social sobre lo bueno y lo malo) y un fundamento formal (aquel que es codificado en disposiciones escritas, aplicadas por jueces y personas especialmente designadas).

Cabe resaltar que el concepto de justicia social se utiliza para hacer referencia al conjunto de decisiones, normas y principios que son considerados razonables de acuerdo con un colectivo social determinado (Anderson, 1997). El término permite referirse a las condiciones necesarias para que pueda desarrollarse una sociedad relativamente igualitaria en términos económicos y comprende al conjunto de decisiones, normas y principios considerados razonables para garantizar condiciones de trabajo y de vida decentes para toda la población.

El principio de justicia comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona (Zúñiga Fajuri, 2006), sino a las obligaciones de una macrobioética justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.

Para Ulpiano la justicia es la obligación de entregarle a cada persona lo que es debido (de Castro Camero, 2016).

El principio de Justicia atiende a una distribución justa de los recursos, y sobre todo a los recursos sanitarios que son escasos, y costosos (Zarate, 2010; Dieterlen, 2014).

#### 1.8.4.2 Justicia. Felicidad. Orden social justo

La justicia es una característica posible pero no necesaria del orden social. Para que haya orden social no es imprescindible la justicia. Un hombre será considerado justo para el orden social cuando sus actos concuerden con el orden social que se haya considerado justo (Couceiro, 2006).

El orden social será considerado justo cuando regulen la conducta de los hombres de modo que todos queden satisfechos y logren la felicidad. Al parecer de Platón la justicia se identifica con la felicidad: "sólo el justo es feliz y desdichado el injusto".

No puede existir un orden social justo que garantice la felicidad de todos, ya que generalmente la felicidad de uno modificará la felicidad de otro. La felicidad individual, generalmente, depende de necesidades que no llegan a ser satisfechas por ningún orden social. La naturaleza no es justa y no existe orden social que pueda reparar por completo esta injusticia.

El orden social justo tampoco será posible si se entiende que deberá lograr la mayor felicidad posible del mayor número posible de miembros de la sociedad, porque lo que haga felices a algunos en determinados aspectos, producirá infelices en aspectos distintos y viceversa.

Se debe entender por felicidad en sociedad la satisfacción de ciertas necesidades tenidas en cuenta por la autoridad social. Esta definición de felicidad difiere totalmente con el sentido del término felicidad, el cual es profundo y subjetivo.

Un orden social será justo cuando garantice la libertad individual. La idea de justicia se transforma de un principio que garantiza la libertad individual de todos en un orden social que protege determinados intereses considerados esenciales por la mayoría de los miembros de la sociedad. El problema se produce cuando aparecen intereses en conflicto, debido a diferentes escalas de valores que manejan los miembros de una sociedad; aquí es cuando actúa la justicia.

#### 1.8.4.3 Utilitarismo

Para Bentham, en *"Introduction to the Principles of Morals and Legislation"* (1780), indica que el utilitarismo postula como principio de justicia la maximización de la utilidad del colectivo. Entendiendo por este principio que el bienestar se corresponde con el placer, esta teoría propone la siguiente fórmula: así como el bienestar de una persona resulta de la suma de sus placeres, también el bienestar de cualquier grupo de personas puede ser entendido como la suma de los placeres de sus miembros. Definen al utilitarismo como la combinación de:

- Consecuencialismo.

- Bienestarismo.
- Sum-ranking.

Por el consecuencialismo, las líneas de acción a tomar deben elegirse sobre la base de los estados que de ellas resultarían como producto, con lo que el juicio de una acción no contempla quién hace qué a quién sino solamente las eventuales consecuencias que implica (Massini-Correas, 2019).

El bienestarismo consiste en la evaluación de los estados sociales atendiendo al bienestar, la satisfacción o la obtención de aquello que las personas prefieren, de modo que toda la información relevante para la toma de una decisión social se reduce a la utilidad que las personas involucradas en un estado social dado obtienen (Zúñiga Fajuri, 2006).

Finalmente, por el sum-ranking (Baujard, 2013), se juntan todas las unidades de utilidad en una masa total única, y en el proceso se pierden las identidades y la individualidad de las personas, así como las características distributivas de la utilidad.

#### 1.8.4.4 Igualitarismo

Se promulga la igualdad a la hora de realizar una distribución justa de recursos.

La teoría de la justicia de John Rawls es una teoría acerca de la distribución de los bienes sociales primarios.

La *Teoría de la Justicia* de John Rawls (Rawls, 2000) es uno de los trabajos más importantes en la filosofía política de los últimos años. Con la publicación de este texto, resucita en la filosofía política el debate ético y político sobre la justicia que parecía agonizar en la década de los sesenta. Fundamentado en la filosofía kantiana, el trabajo de Rawls inicia una corriente de pensamiento político conocida como liberalismo igualitario.

#### 1.8.4.5 Principios de la Justicia

Tabla 9. Principios de la justicia

Principio del amor	<p>Platón en su teoría de las ideas, expone que las ideas existen en un mundo inaccesible para los hombres. Los hombres se manejan con la idea del bien absoluto y ésta conlleva la idea de justicia.</p> <p>La filosofía de Platón y la prédica de Jesús se asemejan en lo referente a este principio. Jesús proclama una justicia basada en el amor. La justicia de Jesús está más allá del sentimiento humano que llamamos amor; sino que se trata del amor de Dios. Este amor es limitado para la razón humana.</p>
Principio racionalista	<p>El tipo racionalista está representado por la sabiduría popular y sostiene que la justicia es dar a cada cual lo suyo. Pero... ¿qué puede considerar cada cual lo suyo? La fórmula "a cada cual lo</p>

	<p>suyo" puede servir para justificar cualquier orden social que la costumbre o un legislador hayan establecido.</p>
Principio de represalia	<p>El principio de represalia define a la justicia como: bien por bien, mal por mal; pero esto plantea otro interrogante: ¿Qué es lo bueno y que es lo malo</p> <p>Este principio falla al depender de cada pueblo y época para determinar el parámetro de la justicia.</p>
Principio de igualdad	<p>El principio de igualdad establece que todos los hombres son iguales por naturaleza. Este supuesto es totalmente falso dado que todos los hombres son muy distintos. Este principio requiere que se omitan ciertas desigualdades al otorgar derechos e imponer deberes. ¿Cuáles son entonces las diferencias que deben tenerse en cuenta y cuáles no? Por lo tanto, puede sostenerse que este principio se encuentra carente de contenido.</p>
Principio de igualdad ante la ley	<p>El principio de igualdad ante la ley se trata de un principio de juridicidad o legalidad al cual no le interesa que el ordenamiento sea justo o injusto.</p>
Principio comunista.	<p>El principio comunista de Marx se ilusiona con una igualdad entre los hombres en cuanto al factor trabajo-producto. Este principio no tiene en cuenta las diferencias de capacidad de trabajo existentes entre los hombres, no siendo por lo tanto un derecho justo.</p> <p>La verdadera justicia comunista se logra en una economía comunista donde el principio es: de cada uno según sus capacidades, a cada uno según sus necesidades. ¿Cuáles son las capacidades y cuáles las necesidades de cada uno? Según Marx será la autoridad social quien resuelva esta cuestión por principios generales.</p> <p>Entonces puede decirse que el principio comunista presupone una respuesta apropiada al orden social. Pero ocurre que nadie puede prever el modo en que funcionará el orden social comunista en el futuro. Por esto es por lo que se considera una ilusión utópica.</p>
Principio de regla de oro	<p>El principio de la regla de oro establece: "no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti". Este principio aborda muchas dificultades: a) si el prójimo no siente dolor, entonces siente placer, y por ende, con frecuencia, cuando a uno se le da placer a otro se lo perjudica; b) si nadie causara dolor, para qué está la justicia; c) cierta persona podría excusarse diciendo que un determinado delito no le hubiese traído mayores complicaciones.</p> <p>Todo esto desemboca en una regla de oro modificada: "condúcete con los demás como estos debieran conducirse contigo".</p> <p>Pero entonces... ¿cómo deben conducirse contigo? Como puede observarse, este principio cae en el absurdo en reiteradas oportunidades.</p>
Principio del imperativo categórico de Kant	<p>Para Kant, la conducta humana es buena o justa cuando está determinada por normas que los hombres que actúan dentro de una sociedad pueden o deben desear que sean obligatorias para todos. ¿Cuáles son esas normas? cabe preguntarse; a esta pregunta no da ninguna respuesta el imperativo categórico.</p>

	<p>Todo precepto de cualquier orden social es conciliable con este principio ya que establece que el hombre debe actuar con arreglo a las normas generales.</p>
<p>Principio ético de Aristóteles</p>	<p>La de Aristóteles es una ética de la virtud; apunta hacia un sistema de virtudes entre las cuales la justicia es la virtud más alta, la virtud perfecta (teleía areté). Según Aristóteles la virtud es el punto medio entre dos extremos llamados vicios, el vicio del exceso y el del defecto. Con esto Aristóteles da respuesta a la pregunta sobre qué es lo bueno y qué lo malo.</p> <p>La autoridad del orden social será quien determine qué es lo demasiado y qué lo poco y cuáles son los extremos y por ende la virtud situada entre ambos.</p> <p>Esta fórmula tautológica del medio finaliza diciendo que lo bueno es aquello que es bueno para el orden social existente.</p> <p>Para Aristóteles la conducta justa es el término medio entre hacer el mal y sufrirlo. La justicia es lo contrario de la injusticia, que es aquello injusto para el orden moral positivo y el derecho positivo. Es esto un aporte proteccionista para la ética aristotélica sobre su posible falta de valor científico.</p>
<p>Teorías del derecho natural</p>	<p>Al analizar la naturaleza encontraremos la conducta justa del hombre.</p> <p>Si se cree que la naturaleza es creación divina, serán sus normas expresiones de la voluntad divina, por lo tanto, la teoría sobre el derecho natural adquiere un carácter metafísico.</p> <p>Cuando se acepta que el principio de justicia se halla en la razón humana, estamos entonces ante la teoría del derecho natural racionalista. La razón humana puede comprender y describir, mas no ordenar. Querer encontrar en la razón normas de conducta, es una ilusión como la de pretender extraer tales normas de la naturaleza.</p> <p>La autocracia, o sea la monarquía absoluta, es la única forma de gobierno natural justa. Según Locke, sólo la democracia puede ser considerada justa y la monarquía absoluta ni siquiera puede ser considerada como forma de gobierno. Para la mayoría de los representantes de la doctrina del derecho natural la propiedad privada constituye un derecho natural y la propiedad colectiva, es decir el comunismo, significa algo contrario a la naturaleza y a la razón, por lo tanto, injusto.</p>
<p>Justicia absoluta. Principio de relevancia. Democracia</p>	<p>Racionalmente no puede encontrarse una norma de conducta que tenga validez absoluta. La justicia absoluta configura una perfección suprema irracional.</p> <p>La diversidad de intereses humanos tarde o temprano provoca conflictos de intereses, para lo cual se plantean dos soluciones posibles:</p> <p>a) satisfacer a uno a costa del otro b) equilibrio entre ambos.</p> <p>Si se entiende valor supremo por la paz social, el equilibrio será la solución justa.</p>

	<p>El principio de la tolerancia va a ser el que permita que la teoría relativista de los valores subsista.</p> <p>La democracia es la forma de gobierno más favorecedora de la ciencia.</p>
Definición de Kelsen sobre la justicia	<p>“La justicia es aquello bajo cuya protección puede florecer la ciencia, y junto con la ciencia, la verdad y la sinceridad. Es la justicia de la libertad, la justicia de la paz, la justicia de la democracia, la justicia de la tolerancia”.</p>

*Fuente: Elaboración propia*

### 1.8.4.6 Marco bioético

#### 1.8.4.6.1 Principio de justicia en el marco de la salud

Las nuevas tecnologías se han infiltrado en todos los ámbitos de nuestra sociedad. Avances en las comunicaciones, en la ciencia, en las redes de información, en los transportes, y como no, en la medicina, nos hacen vivir estos tiempos de forma vertiginosa. En muchas ocasiones, ni tan siquiera podemos asimilar los cambios producidos en un momento dado y nos tenemos que adaptar a nuevos cambios más impresionantes todavía. Vivimos a una velocidad impresionante. Cambios en pro de la felicidad y del bienestar, pero que generan igualmente, desigualdades y contrastes sociales evidentes.

Hoy en día la sociedad que nos rodea es diversa y multicultural, las fronteras de los países ya no tienen sentido y el conocimiento llega a cualquier lugar del planeta en cuestión de segundos. El mundo está abierto a nuevas percepciones y a nuevos conceptos, donde las viejas ideas no tienen cabida.

En esta sociedad plural, donde “todo vale”, donde “todo se acepta”, donde “todo es correcto”, y donde prácticamente no hacemos ningún juicio de valor sobre la calidad moral de ciertas actuaciones, estamos huérfanos de referentes éticos. Establecer y consensuar unos mínimos para la ética (Cortina, 2000) se hace imprescindible para poder vivir en esta sociedad plural. Normas de convivencia, educación para la ciudadanía, son temas que preocupan tanto a los gobernantes como al ciudadano de a pie, ya que, son ellos quienes se enfrentan diariamente con los diferentes problemas que se generan por este motivo.

En determinadas ocasiones, el ciudadano que comparte territorio con tanta diversidad cultural también se siente amenazado por la inestabilidad que esto genera (Pérez Serrano & Sarrate Capdevila, 2013). Requiere y reclama seguridad, advirtiendo de su malestar. Existen grandes desigualdades en nuestra nueva sociedad, generada en la mayoría de los casos, por las desigualdades económicas que se propician. Estas desigualdades económicas general desigualdad social y, por lo tanto, desigualdad de oportunidades. El propio concepto de sociedad del bienestar crea esta desigualdad social, ya que en este momento, es imposible dar cobertura de forma equitativa en temas de salud a toda la sociedad (Puyol González, 2014). Y ¿qué ocurre?, pues algo claro, que quien tiene cubiertas sus necesidades económicas, puede acceder a ciertos servicios sociales, sanitarios y de ayuda, que por otro lado son negados a quien no los puede “pagar”.

Los protagonistas de la salud sin duda son los pacientes que sufren y presentan un estado de vulnerabilidad obvio. Los profesionales de la salud, que basan su trabajo en la vocación, solidaridad e implicación con la sociedad, establecen las relaciones de ayuda necesarias para atender las necesidades de la sociedad. El entorno humano y el medio ambiente son otros de estos protagonistas, ya que será donde suceda la atención y se llegará a la salud del paciente.

La sociedad actual vive de manera totalmente diferente la enfermedad, que como lo hicieran nuestros antepasados, abuelos e incluso padres. De nuestra memoria reciente se generan recuerdos imborrables. Son presentes, de este modo, las imágenes de los abuelos siendo cuidados en las casas, las personas con alguna enfermedad, o alguna discapacidad, eran atendidas por las madres, las hermanas, las abuelas. Eran las enfermeras universales. Todo lo asumían, y todo quedaba en casa. Hoy, sin embargo, las unidades familiares se van desmembrando. Ya no hay abuelas o tías que cuidan, o madres que dedican su vida con el único propósito de atender a un familiar enfermo. Hoy hay residencias de ancianos, centros de día, hospitales especializados, grupos de apoyo, sociedades de enfermos. El estar enfermo crea desigualdad. Y esta desigualdad hoy en día se hace más evidente que antaño (Sen, 2002).

De los diferentes sistemas de atención a la salud podemos hacer tres grandes diferenciaciones. Como bien he citado anteriormente, nuestros antepasados, no muy lejanos, eran los generadores de cuidados. Las madres o las abuelas eran quienes gestionaban la enfermedad en familia. Eran las verdaderas representantes sanitarias de la sociedad. El núcleo familiar era el microcosmos donde se solucionaban los temas de enfermedad aguda, los problemas de minusvalías, y la atención a los ancianos. Con la aparición de los sistemas sanitarios consagrados, la atención primaria aportaría una nueva visión en la gestión de la salud, más que en la propia curación. Prevención y promoción de la salud son los ejes básicos de su estructura. Con la atención hospitalaria llega la especialización. No hay límites para la investigación, no hay límites para los avances tecnológicos, no hay límites para el conocimiento. Aparece la posibilidad de tratar enfermedades que hasta hoy habían sido mortales o de fatal pronóstico. No hay límites a la atención.

Se crean grupos de apoyo para enfermedades concretas y específicas, asociaciones de afectados y familiares, unidades de ayuda y otros mecanismos de acompañamiento y protección a los afectados de enfermedades y a sus familias. Hospitales específicos que tratan un tipo determinado de afección, se posibilita la diferenciación clara de dos roles: el de cuidador, y el de enfermo, dando pie a la necesaria relación de ayuda que propiciará la comunicación entre ambos. Es importante conocer las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad, para poder establecer esta relación de ayuda de forma eficiente. Para promocionar el estado del bienestar se crean las políticas sanitarias en los diferentes países. Las líneas de actuación de estas políticas sanitarias pueden ser lineales, para todos los ciudadanos igual; surgir de arriba abajo, donde el sector público decide qué acciones llevar a cabo; pueden ser decididas de abajo a arriba, y es la propia comunidad quien marca las directrices de actuación; o ser un sistema mixto participativo, donde se da opción a la comunidad a expresar sus necesidades y sus opciones, y donde el sistema público de salud marque igualmente una secuencia de actuación.

Existen grandes diferencias entre la sanidad pública y la sanidad privada, no en el ámbito de la atención, que igualmente es correcta en ambos sectores, sino más bien en la creación de las necesidades de la comunidad, ya que esta diferencia entre sistemas sanitarios favorece las diferencias económicas. Como objetivos de las políticas sanitarias se han de contemplar como especialmente importantes los siguientes (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015):

- Facilitar la convivencia.
- Disminuir las desigualdades.
- Evitar el conflicto social.

Es decir, proporcionar una mejora del bienestar para la generación actual de ciudadanos y las generaciones futuras. La salud es un bien indisociable del estado de bienestar y desde el principio de justicia se ha de asegurar este estado del bienestar, garantizando la atención sanitaria a todas las personas, sin que exista ninguna exclusión ni posibles discriminaciones originadas por su sexo, edad, religión o poder adquisitivo (Urbanos-Garrido, 2016). Pero no siempre esto se cumple, en muchas ocasiones, aparecen grandes deficiencias que impiden su efectiva consecución. Muchos son los factores que inciden en esta dificultad, entre ellos, contamos con la limitación de recursos económicos para poder cubrir a todas las necesidades sanitarias que plantea la sociedad. Y que también cabe comentar, que las necesidades de atención sanitaria cada vez más especializada crecen de forma continua, debido a un cierto modo de exigencia social hacia atención especializada y tecnificada. Otro motivo por el cual reconocemos la limitación de recursos sanitarios es el aumento en la longevidad de los ciudadanos, creándose nuevas necesidades de atención, que hay que cubrir sin demora.

Así pues, se hacen obvios los posibles casos de discriminación que pueden existir en una sociedad industrializada y económicamente desarrollada, como puede ser la nuestra, la europea, o cualquiera del primer mundo. Pero ¿qué pasa con esas sociedades que no están tan desarrolladas?, ¿qué clase de atención sanitaria tienen los países llamados del tercer mundo?, ¿estamos siendo testigos mudos de la mayor de las discriminaciones posibles?, ¿dónde dejamos ahora el principio de justicia? (Olmedo Lucerón, 2008). Las desigualdades económicas no han de implicar jamás discriminación. Todas estas preguntas surgen cuando nos planteamos realmente por el coste de la sanidad y la relación de este con el principio de justicia hacia los ciudadanos. Y de estas preguntas surge una sola respuesta: es muy difícil no discriminar a nadie, es muy difícil la correcta aplicación del principio de justicia a la sanidad. Pero el hecho de pensar en ello, de hacerlo consciente, de darnos cuenta realmente que las prestaciones sanitarias no alcanzan para todo el mundo, nos dará la posibilidad de cambiar actitudes y comportamientos, pensamientos y necesidades.

La limitación de prestaciones respecto del principio de mínimos debe hacerse siempre siguiendo la regla del mal menor (Conill Sancho, 2005). Esto exige:

- Gestión de los recursos sea eficiente.

- Realización de procesos indicados para la consecución de unos resultados óptimos.
- Limitar el uso de recursos, para obtener el mayor bien, si los otros dos puntos fallan.

#### 1.8.4.6.2 ¿Cómo afrontar los problemas de limitación de recursos?

En función de la necesidad del paciente (Sen, 2002), podemos encontrar ocho criterios diferentes. ¿Quién necesita más la atención sanitaria en un contexto de recursos escasos? (Puyol González, 2014):

- 1) Los pacientes más enfermos.
- 2) Los pacientes que más salud obtendrán con el tratamiento.
- 3) Los enfermos más valiosos socialmente.
- 4) Los pacientes que pueden pagar la oferta disponible.
- 5) Los pacientes más jóvenes.
- 6) Los enfermos más responsables.
- 7) Los pacientes más pobres.
- 8) Los pacientes más vulnerables.

El criterio de mayor gravedad puede ser claro ejemplo de nuestra práctica diaria. Aquel paciente que presente un cuadro grave será atendido el primero, está claro. Lo tenemos interiorizado el ciudadano, quien esperando en la cola del médico de primaria, cede su puesto al paciente que viene de urgencia, porque es él quien necesita en ese momento puntual la asistencia, él es el más grave. Muchas ocasiones se utiliza este criterio de forma correcta. Pero no siempre es válido, ni se puede utilizar exclusivamente. Nadie dudaría que, en caso por ejemplo de dos pacientes hipotéticamente iguales, que necesiten los dos un trasplante de corazón, los dos igual de graves, con la misma necesidad por esta patología, y uno de ellos presentara una neoplasia terminal que acabaría con su vida en 4 meses, nadie dudaría que aquí el criterio de gravedad queda descartado, ya que, el más grave, sin duda, sería el paciente con una neoplasia terminal, pero nadie se opondría a que, quien recibiera el trasplante de corazón fuera aquel paciente que tuviera más posibilidades de éxito en el tratamiento. De este modo, podemos decir, que la atención única al criterio de gravedad no es adecuada. Hay que tener en cuenta más criterios para nuestra correcta actuación.

El segundo criterio también utilizado en la distribución de los recursos económicos en sanidad coincidiría con el criterio utilitarista de la justicia que se refiere a: la asistencia sanitaria ha de ofrecerse a quien más beneficio puede obtener de ella, y no a quien más lo necesita. Este criterio se mediría bajo el índice de mortalidad de una sociedad. Se ha de conseguir el menor número de muertes, ya que ese en principio es el objetivo de la asistencia sanitaria. Pero también este criterio presenta sus dudas ya que, no por evitar una muerte se llega a obtener más salud en

una sociedad. Los criterios de calidad de vida también han de tenerse en cuenta para contar este parámetro.

El criterio tercero atiende a la necesidad de otorgar asistencia a los pacientes que sean más valiosos para la sociedad. En un primer momento, este criterio podría resultar francamente injusto, ya que facilitaría la asistencia y el gasto de recursos, para aquellas personas que posiblemente tuvieran mejores condiciones sociales, frente a aquellas más desfavorecidas socialmente. Pongamos de ejemplo, un alto ejecutivo de una gran empresa del país, frente a un asesino que requiera un tratamiento costoso para resolver su enfermedad. Probablemente, quien se verá beneficiado del tratamiento será el poderoso ejecutivo, y no al asesino, ya que este ni siquiera tendrá acceso a esta asistencia. Aun cuando, quien más probabilidades de tener éxito sea el asesino, quien se beneficiará será el ejecutivo. Y la sociedad, puede estar conforme con esta decisión, pero no deja de ser injusta, aun cuando el asesino no sea acogido en la sociedad.

Los pacientes que pueden pagar la oferta sanitaria se pueden beneficiar de ciertas comodidades a la hora de ser atendidos, pero este criterio no ha de justificar las decisiones del equipo asistencial. Ciertamente es que quien más poder adquisitivo tiene podrá acceder a una serie de tratamientos que otro con menores recursos ni siquiera podrá soñar. Un ejemplo de esto se ve claro en aquellos pacientes que van a realizarse un tratamiento de quimioterapia a Houston porque son económicamente estables y pueden pagarlo, frente a aquellos que, al no poder pagarlo, no cuentan con esta asistencia. La asistencia sanitaria de calidad ha de quedar asegurada sea cual sea la condición económica del paciente que la solicita.

En ocasiones, son los pacientes más jóvenes quienes se benefician de esta asistencia, frente a los pacientes añosos que presentan la misma patología. Se supone que el paciente joven tiene una esperanza de vida mayor que la de la persona anciana, y que, por tanto, su vida es más valiosa socialmente que no la de la persona que ya ha vivido. Sería un criterio utilizado en muchas ocasiones. Pero también ha de ser valorado escrupulosamente, ya que, la calidad de vida del paciente añoso puede ser superior a la del joven, pudiéndose beneficiar de manera más clara del tratamiento.

Los pacientes más responsables tendrían que beneficiarse del tratamiento, frente a los pacientes irresponsables, pues seguramente, en determinados tratamientos, el orden y la responsabilidad de un paciente sea determinante a la hora de conseguir el éxito de este. Valga el ejemplo del trasplante: dos pacientes en igualdad de condiciones sanitarias, que precisan un trasplante cardíaco, será más lógico y efectivo, realizárselo al paciente que sea responsable y presente una conducta adecuada con el tratamiento que va a recibir, que no aquel que no va a tomar ni la medicación ni va a realizarse los controles post intervención. Es un criterio para tener en cuenta ya que valora la capacidad de éxito de un tratamiento delicado.

Los pacientes más pobres han de beneficiarse igual de las terapias sanitarias que los más ricos. Se tiende a pensar, de modo contrario, que el paciente pobre no puede pagarse una sanidad privada, y que, por tanto, tenemos que favorecerle a la hora de la asistencia. Esto también sería injusto y discriminatorio hacia los pacientes que tienen más dinero, y al revés. La cuestión

económica no ha de ser un criterio en la atención sanitaria de un paciente, ya que siempre incurriríamos en una injusticia sin posibilidad de resolución.

La vulnerabilidad de los pacientes está determinada por su gravedad, por su condición social, por su ámbito familiar, por su trabajo, por todo aquello que lo rodea y lo condiciona. Ha de tenerse en cuenta este criterio a la hora de decidir sobre la repartición justa de los recursos económicos escasos.

#### **1.8.4.6.3 La edad y la utilización de recursos (Lázaro y de Mercado, 2006)**

Vivimos en los inicios del s. XXI. Atrás hemos dejado un siglo de cambios, donde las expectativas de vida han crecido de manera abismal. Del siglo de la revolución tecnológica y de los avances, hemos heredado lo mejor, lo que da valor a nuestra vida. Hemos heredado una esperanza de vida elevada, un gran desarrollo técnico en cuestiones sanitarias, una calidad de vida para las personas que superan enormemente las de tiempos pasados. A principio del siglo XX las enfermedades mermaban las filas de la sociedad, sin posibilidad de recuperación. Aquellos que conseguían recuperarse de las grandes epidemias, quedaban sus facultades vitales mermadas, y, por consiguiente, la calidad de vida de estas personas era bastante limitada. Hoy, en este nuevo siglo, existe remedio para casi todo. Soluciones que ayer existían solamente en la mente de algún osado pensador, hoy se pueden llevar a cabo, otorgando posibilidades a quienes no las hubieran tenido de vivir en otra época. Medios de diagnóstico, tratamientos, técnicas invasivas, hoy son parte de nuestra vida. Y llegan o han de llegar a todo el mundo, o eso es en teoría lo que pudiéramos pensar. Pero ¿qué pasa cuando esa tecnología no puede llegar a todo el mundo, y hay que decidir a quién destinarla? Sigue el debate, ya que, el criterio de la edad siempre ha sido bastante controvertido. ¿Se le ha de negar a un paciente anciano la posibilidad de tratamiento sólo porque tenga una edad determinada? Esta pregunta tiene una respuesta complicada, ya que entran escena más aspectos para tener en cuenta. Los ancianos requieren mayor asistencia sanitaria, es ley de vida. Esta asistencia sanitaria puede ser cubierta perfectamente con los avances tecnológicos de la actualidad, pero, con esta demanda creciente de asistencia, lo que conseguimos es crear una gran desigualdad económica entre edades de pacientes. Por otra parte, se aboga desde mediado de los años 70, por la igualdad entre las personas, sin posibilidad de discriminación debida a la religión, sexo, raza, y por supuesto edad. Esta no discriminación incluiría, sin duda, la asistencia sanitaria demanda por las personas ancianas.

Queda claro, pues, que la demanda de asistencia sanitaria se ve incrementada conforme nos hacemos mayores. Que esta demanda es cada vez más especializada y precisa. Que los recursos económicos destinados a la sanidad son escasos. Que hemos de priorizar y tomar responsabilidad de nuestros actos sanitarios. Pero ¿cómo lo hacemos? ¿qué decisiones tenemos que tomar para gestionar de forma óptima toda esta situación? ¿dónde ponemos los límites? Y sobre todo ¿quién pone los límites a la atención sanitaria? Cualquier medida que se tome respecto a esta cuestión, no va a satisfacer al pleno de la sociedad. Cualquier estrategia de gestión implantada será cuando menos impopular, y posiblemente, rechazada. Cualquier restricción en la asistencia a personas mayores, será considerada una discriminación y un ataque directo hacia un colectivo de personas, que lo único que tienen diferente del resto, es la edad.

Sin embargo, hay que tomar medidas de control del gasto sanitario. Y el grupo de gente anciana, puede ser uno de los objetivos de estas medidas. Las políticas sanitarias han de ser implementadas por los propios políticos, y esto por supuesto, es impopular. Nadie quiere ser el responsable de destapar la caja de Pandora. Pero si no se hace, el resto de sociedad padecerá sus consecuencias. Hay que elegir, hay que tomar decisiones, hay que responsabilizarse, de forma meditada, pensando en la eficiencia general y abstrayéndose de los casos particulares, por el bien de la sociedad entera.

Si tenemos que hacer un control del gasto sanitario para la tercera edad, no podemos basarnos única y exclusivamente en la edad del grupo a controlar. Por supuesto, hemos de tener en cuenta otros factores, como la calidad de vida, las posibilidades de éxito del tratamiento, las dependencias que genera esta situación, el gasto social que supone intervenir o no intervenir a una persona.

Hay que dejar claro que, los mayores también necesitan asistencia, pero el tipo de asistencia que se requiere tiene que ser adecuada, de este modo, sería lícito limitar la asistencia tecnológica avanzada a unas edades determinadas, frente al incremento de la asistencia de cuidados paliativos. El coste económico que supone uno y otro tratamiento es bastante desproporcionado. Por una parte, la asistencia tecnológica avanzada y especializada, genera un coste elevado a la sanidad, y unas repercusiones sociales también elevadas, en cambio, los cuidados paliativos, el ayudar al mantenimiento de la vida sin acciones invasivas complejas, podría ser una alternativa convincente a la hora del recorte presupuestario en cuestión de sanidad a las personas mayores.

Lo que es obvio es que las personas mayores presentan una mejor calidad de vida y una mayor esperanza de vida que en épocas anteriores. Que es imposible administrar asistencia tecnológica de última generación sin límite a las personas mayores, y controlar a la vez el gasto sanitario. Que hemos de limitar la aplicación de tratamientos especializados y de elevado coste económico, frente al aumento de los tratamientos paliativos y de confort hacia las personas mayores. Hay que tomar decisiones, difíciles, y asumir responsabilidades, que pongan límite al descontrol y al agujero económico que se está viviendo actualmente.

Daniel Callahan, en su entrevista con Carmen Fernández defiende con rotundidad que estaría justificado introducir el factor edad, por sí solo, para decidir la limitación de prestaciones sanitarias<sup>10</sup>. El argumento fundamental de Callahan sería el de justicia, afirmando que dado el progresivo incremento de la población anciana la desviación de recursos sería desproporcionado, en detrimento de los jóvenes que al fin y al cabo son quienes están financiando la sanidad.

En España esto nos plantearía un serio problema deontológico si tenemos en cuenta que el Código de Ética y Deontología Médica establece que (Art.4.2.) “el médico debe atender con la misma diligencia y solicitud a todos los pacientes, sin discriminación alguna”. Lo cual no significa ignorar el principio de justicia pues en el Código también se afirma (Art.6. 1.): “El médico ha de

---

<sup>10</sup> [http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/normativa/es/desarrollo/1042128.html](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/normativa/es/desarrollo/1042128.html). 19/09/2008

ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición". Pero en ningún momento se menciona el criterio de la edad. Debe primar el principio de beneficencia y nunca hacer daño o perjudicar a nadie.

#### **1.8.4.6.4 Tratamientos Inútiles. Eficiencia en las prescripciones**

Consideramos que un tratamiento es inútil cuando el juicio médico llega a la conclusión que los recursos de la medicina no son suficientes para beneficiar al paciente. Un tratamiento inútil se considera cuando se realiza todo esfuerzo para proporcionar un beneficio a un paciente que tiene muchas probabilidades de fracaso y cuyas raras excepciones no pueden ser producidas sistemáticamente. Hipócrates formulaba que no se debían tratar a los pacientes de los que la enfermedad se adueñara.

Pero esta definición no está exenta de controversia, ya que, quién puede considerar dónde está el límite de beneficio de un tratamiento, y también quién puede determinar las probabilidades exactas de fracaso de un tratamiento (Hortal Carmona, Cruz Aguilar, & Ruiz Parrilla, 2015).

Analicemos pues la situación. Partimos de la una realidad particular, donde los recursos económicos son escasos y las demandas de atención sanitaria, van creciendo de forma desmesurada. Ante esta circunstancia, hemos de ser consciente que hay que tomar medidas eficientes que garanticen la asistencia de calidad a las personas que lo necesitan, pero sin boquear el sistema de financiación del sistema sanitario. Es difícil, pero se han de realizar todos los esfuerzos necesarios para conseguirlo. Hemos de implicarnos todos para conseguir este propósito. En este punto, no se trata de eliminar todo tratamiento a una persona cuyo pronóstico sea fatal, por supuesto. De lo que se trata es de conseguir una fórmula de utilización del potencial sanitario, donde, sin malgastar recursos de forma innecesaria, aportemos un beneficio a la persona que lo requiere. En definitiva, ser eficiente con nuestras actuaciones.

El término eficiencia comprende la interacción de dos conceptos: recursos económicos, y eficacia. Es decir, un tratamiento será eficiente, cuando cumple con el objetivo para el que ha sido diseñado, y contando con la utilización de los recursos de los que disponemos, ni más ni menos.

La eficiencia en las prescripciones no se ha de entender como una limitación de recursos hacia un grupo determinado de la sociedad, sino más bien una gestión adecuada de estos recursos, dando lugar a una respuesta adecuada de las necesidades sanitarias de la sociedad por completo. No se trata de eliminar los tratamientos de alta tecnología, costosos y escasos, hacia el grupo de personas de la tercera edad, por ejemplo, porque su esperanza de vida sea menor que las personas jóvenes. Se trata de valorar, tomar responsabilidad, aceptar decisiones difíciles, sobre la conveniencia o no de tratamientos específicos a una persona concreta o a un grupo determinado de la sociedad. Es, en definitiva, gestionar.

Los conceptos de limitación de recursos y tratamientos inútiles se pueden confundir. Están relacionados, se emplean en muchas ocasiones como sinónimos, crean confusión. Pero, son dos conceptos bien diferenciados. La limitación de recursos hace referencia a la no utilización de

tratamientos útiles, y el concepto tratamiento inútil se refiere a tratamientos de los cuales no obtenemos ningún provecho, que son fútiles, que no aportan ningún beneficio, por pequeño que este pueda ser, y que no estamos en obligación de emplearlo ya que no obtendremos ningún beneficio con él.

El problema surge cuando estos dos conceptos, que se desarrollan en paralelo, convergen en un punto de su trayectoria. Si un tratamiento es inútil para un grupo de personas por su edad o por su condición personal, se podrían limitar los recursos a este grupo social, con lo que, sin duda plantearía graves abusos en sí mismos. En definitiva, la utilidad de un tratamiento se ha de aplicar a los casos particulares, a las personas concretas, mientras que, la limitación de recursos ha de ser un parámetro de la gestión sanitaria, y en la que se verían implicados grupos determinados de la sociedad, y no casos particulares.

El debate ético se inicia, cuando se ha de determinar quién ha de considerar un tratamiento como inútil para una persona. El experto, sin duda es el médico, quien cuenta con su experiencia profesional tanto teórica como práctica, y que le da la posibilidad de determinar el beneficio de un tratamiento, para una persona en concreto. En muchas ocasiones, esta posibilidad se difumina en el propio contexto sanitario ya que, la incapacidad de tomar decisiones de responsabilidad hace que se siga la línea establecida por el centro sanitario. Y en otras, el que no querer aceptar responsabilidades de decisión, hace que nunca se planteen estos temas.

Por otro lado, la utilidad de una nueva tecnología viene determinada por la investigación. Esta investigación ha de ser estricta, y ha de contener unos parámetros que le den seriedad y consistencia. El utilizar una tecnología u otra para tratar determinada patología, no es una cuestión que vaya determinada ni por el azar, ni por las preferencias o los gustos de determinados elementos, ni siquiera, por el deseo de las personas que lo necesitan. La utilización de una tecnología frente a otra es una cuestión de eficiencia. Previamente a la implantación total, se han de hacer estudios de efectividad del tratamiento. Una vez que estos estudios demuestren esta efectividad, se han de hacer comparaciones efectividad-coste. Entre dos tecnologías igual de efectivas, es decir, con las que se consigue el mismo resultado esperado, se ha de optar por aquella que requiera menos recursos económicos. Y otra vez volvemos a la eficiencia. Se ha de utilizar el recurso económico en aquellas tecnologías eficientes, que aporten el resultado deseado y que se ajusten a las carencias económicas con las que se cuenta.

La limitación de recursos ha de estar sustentada por diáfanos estudios de utilidad y eficiencia. Y sin duda, con el apoyo social, que ha de someterse a su utilización.

#### **1.8.4.6.5 El personal sanitario como agente responsable de la gestión de recursos**

Dos de los criterios que basarían la práctica asistencial serían la ética y la economía. Es evidente que los dos van de la mano y que no se pueden desvincular (Couceiro, 2006). El médico en este caso, como dador de la asistencia médica, ha de ser responsable de sus decisiones y ajustarse a unas limitaciones concretas en su práctica habitual. Estas limitaciones vendrán dadas por la propia política de calidad dirigida por la Administración, y por supuesto, por el criterio responsable del médico.

La economía es una ciencia cuyo interés se basa en la gestión óptima de los recursos limitados. Su objetivo básico es la eficiencia y la productividad al menor coste posible. La economía sirve para alcanzar los objetivos de un país, una comunidad o una familia. La ética contempla estos objetivos y los medios empleados para alcanzarlos desde un punto de vista moral.

La gestión de los recursos disponible se ha de llevar a cabo de forma personal por el protagonista de la asistencia. Y de forma personal e individual para cada paciente tratado. La administración pública se preocupa de los planes generales donde las limitaciones de recursos son hechos lineales, para todos. Es el médico quien, aplicando sus criterios de práctica clínica y conocimientos técnicos y tecnológicos, decide a qué paciente se le administrará un tratamiento determinado, y a quién no. Quién se ha de beneficiar de una tecnología y quien no. El médico trata el nivel individual, mientras que la administración trata el nivel macro, general de la sociedad.

Y son las políticas sanitarias quienes han de otorgar esta posibilidad de gestión al médico. Quien le ha de otorgar la posibilidad de responsabilizarse. Y es el médico quien ha de aceptar esta responsabilidad y llevarla a cabo, y ser corresponsable, es decir, aceptarla y actuar, para llevar a buen término la práctica sanitaria.

Hoy en día no podemos permitirnos derroches innecesarios, ni pérdidas económicas, ni gastos injustificados. Tenemos que ser conscientes que, toda actuación sanitaria genera un coste. Un coste elevado en muchos casos. Debemos tener en cuenta que contamos con unos recursos sanitarios limitados y que, de su buena gestión obtendremos resultados óptimos, pero que, de su falta de gestión y su despilfarro, lo único que obtendremos es injusticia y discriminación.

Por esto, el médico ha de estar dotado de capacidad de decisión libre y sopesada. Y ha de ser capaz de responsabilizarse de sus actos, ya que estos actos afectan al conjunto de la sociedad.

#### **1.8.4.6.6 Jurisprudencia**

La aparición en el mercado de nuevos fármacos para combatir y curar a los enfermos afectados por el virus de la hepatitis c, en 2014, crea una grave crisis de estado. La eficacia de esos fármacos está altamente comprobada y mejora la patología del paciente, hasta en algunos casos, llegar a la curación. El coste de estos fármacos es elevado y la sanidad española no puede administrarlo a todos los pacientes que lo necesitan. La crisis comienza cuando el colectivo de pacientes afectados por hepatitis c reclama a las autoridades ser tratado con este fármaco y las autoridades no pueden dar cobertura por problemas de costes.

### 1.8.5 Turismo sanitario

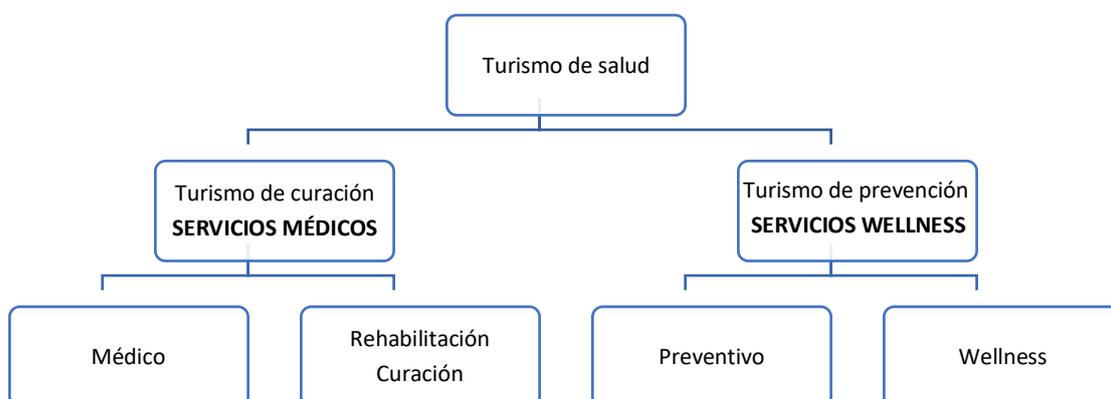
El término turismo sanitario hace referencia a aquellas personas que viajan fuera de su país para realizar algún tipo de tratamiento que afecte a su salud. Cualquier acto médico que se realice fuera del lugar de residencia de la persona, sea de forma intencionada o aprovechando momentos de turismo (Helble, 2010). El acto voluntario de viajar a un país con el fin de obtener beneficios y atención sanitaria del país de destino es otra de las muchas definiciones de turismo sanitario. Muchos son los motivos descritos para la realización de estas actividades. El ser atendido por personal altamente cualificado, con unas técnicas punteras y con resultados excelentes, o incluso, el poder ser atendidos en un lugar afín que reúne las características de hostelería que solicita la persona. Este es un fenómeno global que afecta a la práctica mayoría de países desarrollados. Las cifras que describen este fenómeno, a nivel epidemiológico no son claras, ya que existen pocos estudios al respecto. Pero es un hecho evidente y consumado en los países que poseen unas condiciones especiales en su sistema sanitario que hace atractivo el de hecho consumir sus productos o servicios para el resto del mundo. En este caso, servicios como los relacionados con la estética, medicina ginecológica, traumatología, tratamientos odontológicos o cardiológicos, constituyen las preferencias de estos pacientes turistas.

#### 1.8.5.1 Definición

Existen diferencias entre los conceptos a los cuales se refiere turismo sanitario. Por un lado, tenemos el turismo de salud, que comprende todas las situaciones en que un paciente viaja al extranjero o fuera de su lugar de residencia, con el único objetivo de encontrar una mejora en su salud (Arias Aragonés, Caraballo Payares, & Matos Navas, 2012).

Se define como turismo médico como la práctica de viajar a un destino diferente del lugar de residencia para obtener tratamiento, a la vez que se visita el destino y se realizan actividades más propias de un turista al uso.

Figura 11. Clasificación del turismo de salud



Fuente: Elaboración propia

El turismo de salud se enfoca en cuatro áreas de tratamiento: la medicina curativa, la medicina preventiva, la medicina estética y la medicina del bienestar.

El turismo de salud se realiza de forma consciente por la persona, que viaja a un lugar determinado para mejorar su nivel de estrés, favorecer la recuperación o promover la salud. El turista de salud, aparte de beneficiarse de los productos de mejora de su salud, también utiliza el sistema social de turismo que ofrece la zona a la que va. Se requiere voluntad de viajar y voluntad de recibir un tratamiento.

El concepto de turismo de salud que nos ocupa en el presente trabajo es el de turismo médico de connotaciones negativas. Veamos a continuación las diferentes acepciones que este concepto tiene por los profesionales sanitarios (Cohen, 2014):

- Quien estando de vacaciones requiere asistencia sanitaria, debido a una urgencia o una dolencia que se genera o reactiva en el lugar de vacaciones. La financiación de esta atención sanitaria corre a cuenta del país del que el turista es oriundo o incluso de compañías de seguros privados contratadas para viajar.
- Pacientes enviados por compañías de seguro privadas a realizarse intervenciones o tratamientos, que son más baratas que en su país de origen y que están financiados por estas compañías emisoras.
- Pacientes tratados gracias a convenios internacionales para aliviar listas de espera en sus países de origen. La financiación en estos casos corre a cargo del país de procedencia.
- Envío de pacientes a países en los cuales la oferta médica existe y es de un coste razonable. Estos países no poseen esta oferta de tratamiento o el coste es más elevador, por lo que, a través de los convenios correspondientes, envían a sus pacientes a tratarse a terceros países.
- El turismo sanitario de picaresca, que generalmente es el concepto al que los profesionales sanitarios se refieren, y que consiste en acudir al país para realizarse una intervención o tratamiento, aprovechando las condiciones del sistema sanitario del país receptor, y evitando así las incomodidades y prohibiciones que se generan en su país de procedencia. Aquí la financiación corre a cargo del país receptor. Este tipo de acciones son frecuentes en nuestro país. Se puede realizar de dos formas diferentes: la primera acudiendo al servicio de urgencias de un centro sanitario alegando un empeoramiento de una sintomatología, o un debut en una patología concreta (mediando la picaresca), para ser tratado de su dolencia. La otra forma de conseguir atención en nuestro sistema sanitario público es el permanecer al menos 6 meses residiendo en el país, para poder conseguir la tarjeta sanitaria que le da derecho pleno a utilizar los servicios sanitarios de la red pública.

Existen reglamentos específicos de la CEE donde se regulan los derechos de las personas pertenecientes a estos estados miembros, a recibir atención sanitaria en un estado que

pertenezca a la Unión Europea. La financiación correrá en este caso a cargo del país emisor del paciente.

El turismo sanitario de picaresca genera gastos no recuperados en el sistema sanitario receptor, ya que pocas veces se recupera el dinero invertido para realizar la intervención. Esto supone una desventaja para el país receptor, ya que gasta sus recursos económicos mediando el fraude.

Fomentar el turismo de salud privado aporta una fuente de ingresos importante a la economía del país, y beneficia tanto a las comunidades que lo ofrecen, como al sistema económico de la región. Es correcto favorecer este tipo de actividades. Lo incorrecto para la economía de un país y de sus ciudadanos es favorecer el turismo de picaresca y no legislar sobre el tema ni realizar acciones de castigo frente a estos actos.

### 1.8.5.2 Marco legal

La Unión Europea publicó la Directiva 2011/ 24/ UE el 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza con el fin de regular los desplazamientos a países de la Unión Europea para recibir asistencia sanitaria. Con esta regulación, cualquier ciudadano de la unión europea puede recibir atención sanitaria, de pleno derecho, en centros públicos o privados de la propia UE.

Los objetivos de la Directiva son:

- Facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad en la Unión.
- Garantizar la movilidad de los pacientes de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia.
- Promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los estados miembros.

Las exclusiones para recibir atención en los diferentes países de la UE son:

- Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias.
- La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante.
- Los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución sin perjuicio de lo relativo a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

Los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por la administración sanitaria competente, hasta la cuantía que ésta habría asumido y en los mismos términos y

condiciones que si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en territorio nacional por los correspondientes servicios asignados.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Se pretende un ahorro en el gasto sanitario, incluyendo el gasto farmacológico, retirando la asistencia a aquellos pacientes que no cotizan en nuestro régimen de seguridad social.

### 1.8.5.3 Marco deontológico

Existe una declaración de la Comisión Central de Deontología, en referencia a la declaración sobre atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular, recogida en su compendio de normas 2000-2015, donde habla de la necesidad del facultativo a ejercer su profesión sea cual sea el paciente que lo requiera, y sea cual sea su situación tanto económica como social y legal.

*“Desde una perspectiva humanitaria y de buen gobierno, creemos que el Gobierno de España debe ofrecer soluciones que eviten a los sanitarios españoles un dilema entre la norma y los postulados deontológicos, sin que ello signifique desconocer los efectos económicos que habrán de encontrar solución en la correspondiente vía administrativa. En este escenario tienen cabida las medidas anunciadas de facturación a los países de origen, pero sin que se retire la asistencia sanitaria a aquellas personas que la precisen, especialmente a los enfermos crónicos”*

### 1.8.5.4 Consideraciones éticas según los principios: marco bioético

De los cuatro principios de la bioética estudiados por Beauchamp y Childress:

- Principio de no maleficencia.

La atención sanitaria no ha de crear un daño a quien la recibe. En el caso del turismo sanitario de picaresca, la no actuación sería maleficente por sí misma. Dejar de atender a un paciente que lo necesita, es un concepto complicado imposible de seguir.

- Principio de justicia.

Atendiendo a las consideraciones éticas generadas por el turismo sanitario de picaresca, y sabiendo que los recursos económicos son escasos, que este país, aunque cuente con uno de los mejores sistemas sanitarios a nivel mundial, la dotación económica del mismo es limitada. Ofrecer atención sanitaria a coste cero, sin posibilidad de recuperar el gasto generado, es cuando menos complicado de realizar. Los costes de esta asistencia quedan sin pagar por parte del paciente o del país emisor. Con lo cual, el agujero económico generado se hace cada vez mayor sin posibilidad de recuperación.

- Principio de beneficencia.

El turismo sanitario de picaresca se fundamenta en este principio para su existencia. La atención sanitaria de calidad que se ofrece en este país es el motivo principal por lo que ciudadanos de otros países acuden a realizarse intervenciones y procedimientos relacionados con la salud. Sin duda, es un bien realizar estos procedimientos

- Principio de autonomía.

Los pacientes que acuden a nuestras fronteras para tratarse en la sanidad pública saben los beneficios económicos y de salud que les aportará. De forma consciente se someten a estos tratamientos. Los profesionales sanitarios deben atender a los pacientes que llegan a sus servicios, sin posibilidad de ofrecer objeción alguna.

### **1.8.5.5 Problemática**

#### **1.8.5.5.1 Cuestiones asistenciales**

Los profesionales sanitarios que trabajan en los diferentes servicios de salud atienden a todos los pacientes por igual, ofreciendo una atención de calidad y unos cuidados adecuados a la patología que presente. No existen posiciones extremas de no atención a un paciente que en situación de turismo sanitario de picaresca acude a nuestros servicios. Se atiende a todo el mundo que lo solicite. Es una realidad que no debemos perder de vista a la hora de evaluar las cuestiones asistenciales que aparecen en los casos de turismo sanitario. Pero estas cuestiones asistenciales no dejan de preocupar a los profesionales que las llevan a cabo. Por un lado, existe la obligación de atender a toda persona que lo requiera, no haciendo distinción ni de sexo, raza, religión o condición económica. Pero por otro lado está el pensamiento del profesional que conoce la extrema precariedad del sistema, que conoce las limitaciones económicas que cada día sufre, que sabe que el gasto que se genere durante esa intervención no será jamás recuperado, y que por supuesto, tiene dudas en si la atención que presta es la adecuada o no.

Cada vez son más las personas que realizan este tipo de actuaciones. Y cada vez es mayor el gasto económico que se genera, y que no se recupera. El dilema ético que se le presenta a un profesional en estas condiciones es grande, y de difícil solución.

#### **1.8.5.5.2 Cuestiones sociales y de conocimiento cultural, creencias religiosas**

La legislación que actúa para regular el turismo de salud es clara. Es ventajoso para la salud nacional contar con esta oferta que confiere a nuestro sistema sanitario prestigio y volumen de atención. Debemos atender la salud de nuestro sistema sanitario, que está en números rojos desde hace mucho tiempo. Debemos procurar sanear este agujero económico generado en la sanidad. Es deber de todos, como es deber de todos pagar los impuestos destinados a tal fin.

Pero, en el momento en que este equilibrio de fuerzas se desestabiliza, debido a causas que sobrepasan el buen interés de mantener nuestra sanidad en el nivel de excelencia que se ha ganado, es cuando las consideraciones de atención a terceros mediando la picaresca se vuelven

más radicales. El gasto que genera este uso indebido del sistema sanitario ascendía en 2012 a 917 millones de euros según declaraciones de la ex ministra de sanidad, Ana Mato.

#### **1.8.5.5.3 Apoyo institucional**

Es obvio que el profesional sanitario prestará sus servicios y realizará su actividad asistencial a toda persona que acuda al servicio. Las limitaciones al acceso a los servicios de salud tienen que provenir de las direcciones de los centros sanitarios y de políticas de las Comunidades Autónomas, así como del gobierno central de la nación. La regulación legal de estas prácticas hará que el profesional no se debata entre lo justo y lo beneficiante en su actuación.

## 1.8.6 Autonomía del paciente

La historia de la medicina nos permite valorar la concepción que de esta hace la sociedad. Para alcanzar el grado de madurez de nuestra sociedad en relación con la sanidad, hemos tenido que evolucionar y aprender de forma abismal. El fin de la medicina siempre ha sido curar y cuidar a aquellos sujetos que lo necesitaban. El alma de la relación de ayuda médico-paciente (Celedón, 2016). Desde tiempos pasados este ha sido el objetivo, y las formas de llevarlo a cabo nos indican la posición que el médico y el paciente presentaban. Desde el más recalcitrante paternalismo (Ogando & García, 2006) hasta la autonomía y total autodeterminación, pasando por la obstinación terapéutica y el derecho a morir, todo forma parte del mismo concepto: la capacidad que el ser humano tiene para auto administrarse, para tomar decisiones en los concerniente a su salud.

Sobre la autonomía del paciente se ha escrito mucho, no es un concepto que haya surgido en los últimos años. Stuart Mill en el siglo XIX ofrecía las pistas de una nueva concepción, que posteriormente sería incluida en los preceptos de la medicina (Stuart Mill, 1991):

*“Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o, porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”.*

### 1.8.6.1 Definición

La autonomía del paciente hace referencia a la capacidad de obrar de forma voluntaria y de tomar sus propias decisiones, sin coacción, con toda la información necesaria, de forma consciente y competente (Siruana, 2010).

La bioética de los años 70 surge gracias a la necesidad de regular, de forma global, la toma de decisiones en cuestión sanitaria de los pacientes. El paternalismo al que hasta entonces eran sometidas las personas enfermas llegó a ser tan extremo que fue el detonante para iniciar una nueva ciencia. Los abusos cometidos durante el experimento de Tuskegee (Greco, 2011) ayudan a los estudiosos a crear las bases del respeto por la autonomía del paciente.

En este apartado nos centraremos en los tres ejes principales del principio de autonomía: el consentimiento informado, la titularidad del derecho a la información y el rechazo al tratamiento.

El consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía. Este principio está recogido explícitamente en La Constitución Española, cuando se refiere en su articulado a la autonomía del paciente para elegir sobre diferentes opciones (Cortes, 1978). Es la aceptación de forma autónoma de una intervención médica o entre cursos alternativos posibles (Sánchez, 2006).

En todos los ámbitos de la sociedad, la toma de decisiones está a la orden del día. En condiciones de salud estas decisiones son aceptadas como válidas, la persona tiene capacidad de decidir. Cuando existen situaciones de enfermedad, tradicionalmente se creía que el juicio del enfermo se veía nublado, y que sus decisiones no eran correctas. Hoy en día esto ha cambiado. Gracias a la evolución de la sociedad, a la promulgación de nuevas leyes que defienden los derechos de los ciudadanos y los nuevos retos que plantea la tecnología, la persona vulnerable, enferma, puede tomar sus propias decisiones en lo concerniente a su futuro, y estas decisiones son de obligado cumplimiento para los profesionales sanitarios.

El consentimiento informado es la conformidad voluntaria, libre y consciente, que hace un paciente cuando este está en pleno uso de sus facultades mentales después de que haya habido un acto de información por parte del profesional sanitario, para la realización de un acto que, afecte a su salud. Es una autorización autónoma que realiza un paciente que se va a someter a una intervención (Boladeras, 2008).

Los tres elementos clave en el acto del consentimiento informado son:

- La información que realizará el profesional sanitario. Ha de ser veraz, entendible y comprensible para el paciente, que le permita tomar la decisión de forma correcta.
- Voluntariedad, para aceptar la intervención después de haber recibido la información, haberla entendido y haber evaluado sus pros y sus contras. En la aceptación de la intervención ha de mediar la expresa voluntad del paciente.
- Competencia del paciente, que ha de ser capaz de entender todos aquellos datos que se le explican, así de entender las posibles complicaciones y afectaciones que de la intervención se derivasen (Vázquez Guerrero, Ramírez Barba, Vázquez Reta, Cota Gutiérrez, & Gutiérrez Muñoz, 2017).

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, ha sido de vital importancia en la lucha por los derechos del paciente (Ley 41/2002, 2002).

Con anterioridad a la aprobación de la Ley básica 41/2002, varias comunidades autónomas habían legislado sobre la materia:

- Cataluña: Ley 21/2000, de 29 de diciembre, del Parlament de Catalunya, que regula junto con la documentación clínica, el derecho a la información, el consentimiento

informado y las voluntades. Esta ley originó la proposición de ley planteada en el Senado, que dio lugar más tarde a la aprobación de la Ley básica estatal 41/2002.

- Galicia: Ley 3/2001, de 28 de mayo.
- Navarra: Ley foral 11/2002, de 6 de mayo.
- Valencia: posterior a la ley 41/2002, la Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente.

Se ha escrito mucho sobre el consentimiento informado, sobre qué y cuanta información se le debe dar a un paciente a la hora de prepararlo para una intervención, o sobre un diagnóstico o un resultado de una prueba concreta. ¿Cuánta información debemos dar? Pues esta pregunta es fácil de responder y complicada de llevar a cabo. La información que debemos dar a nuestros pacientes es justo la que el paciente necesita. Llegar a esta conclusión parece razonable y correcto. Pero las acciones ordenadas para alcanzar este objetivo no resultan tan claras. Determinar qué información necesita saber un paciente es una cuestión de conocimiento del paciente por parte del médico, de conocimiento sin duda de la patología a la que se refiere, de la capacidad de transmitir y empatizar, y de la capacidad de comprensión y entendimiento que este paciente demuestre. Tarea complicada, sobre todo si lo unimos a las limitaciones en la asistencia sanitaria, la falta de tiempo para cada paciente, las deficiencias en los lugares acreditados para dar la información a los pacientes, y como no, a la falta de interés o el interés únicamente legalista en el que pueden incurrir algunos profesionales. Resumir el proceso de consentimiento informado en la mera firma de un documento, por supuesto, no es para nada la verdad del consentimiento. Reducir a una firma todo el proceso es una acción únicamente legalista del proceso, un “cubrirse las espaldas” por parte de los profesionales. En definitiva, una mala praxis.

Uno de los primeros casos documentados que marca jurisprudencia sobre el consentimiento informado, fue la sentencia del Juez Benjamín Cardozo en 1914. La Sra. Schloendorff a quien intervinieron de un problema abdominal, sin su consentimiento, y que a resultas de esta intervención se le tuvo que amputar varios dedos de una mano (Bolsin & Saunders, 1976). El juez determinó:

*“Todo ser humano en edad adulta y sano juicio tiene el derecho a determinar lo que se ha de hacer con su propio cuerpo; y un cirujano que ejecuta una operación sin el consentimiento de su paciente comete un asalto”.*

En España, y después de algunos años de retraso con respecto a las sentencias internacionales, con la Ley General de Sanidad de 1986 aparece la obligación de los facultativos a pedir el consentimiento para la realización de una prueba o una intervención (14/1986 Ley, 1986).

Las excepciones al C.I que se publican en la Ley 41/2002 son:

- Incapacidad por minoría de edad, o por disminución del sensorio o de la conciencia.

- Riesgo para la salud pública.
- Imperativo legal, en casos de enfermedades de declaración obligatoria.
- En urgencias que no permitan demora por poderse ocasionar lesiones e incluso muerte.
- Renuncia del paciente, elevando a terceros esta actuación.
- Por privilegio terapéutico, por decisión del profesional que, en conocimiento del paciente, decide que el paciente no puede atender o aceptar las repercusiones que el propio acto implica.

El titular del derecho a la información concerniente a un paciente es el propio paciente. El propio paciente puede delegar explícitamente este derecho a un tercero, siendo necesario que este hecho se informe al profesional que lo trata para poder actuar en consecuencia.

El objetivo de la información es el de proporcionar, al titular del derecho, los medios para decidir de forma adecuada y según considere lo más conveniente a sus intereses (Bello, 2011).

El rechazo al tratamiento, cuando un paciente en pleno uso de sus facultades, es decir, un paciente competente, rechaza la administración de un tratamiento que objetivamente es beneficioso para su salud, o incluso podría evitar su muerte, se tiene que aceptar por parte del equipo de profesionales que lo trata. Incluso, una vez iniciado el tratamiento, este se puede suspender si así lo manifiesta el paciente. Esta decisión ha de ser tomada de forma individual, habiendo sopesado pros y contras del tratamiento. En determinadas ocasiones, la pertenencia a un grupo puede presionar al paciente a tomar una u otra decisión (Comité de Bioética. de Cataluña, 2010).

Si el paciente fuera incompetente para tomar sus decisiones, su representante legal sería quien debería tomarlas por él. El profesional nunca podrá hacer valer su decisión frente al designio del representante legal. (Comité de bioética de Cataluña, 2010).

#### **1.8.6.2 Las voluntades anticipadas**

El término testamento vital surgió en el año 1967 cuando un abogado de Chicago, Luis Kutner, ideó un documento, desde la Euthanasia Society Of America (Kutner, 1969), que pudiera estar al alcance de todas los pacientes y con el que se pudiera indicar la voluntad propia en caso de enfermedad terminal. El documento denominado "Living Will", que fue difundido por el Euthanasia Educacional Council (Betancor Berrouhou, Díaz García, & Mokina, 2018).

Las voluntades anticipadas, testamento vital o instrucciones previas, hacen referencia al mismo concepto: aquel documento escrito donde una persona pone de manifiesto anticipadamente su voluntad sobre aquellas decisiones que afecten a su salud (Forero Villalobos, Vargas Celis, & Bernales Silva, 2019).

Cuando un paciente no puede ser informado sobre un procedimiento, ni otorgar su consentimiento porque su estado no se lo permite, existe la posibilidad de expresar, de forma autónoma y anticipada ante una situación catastrófica, su voluntad. Es una excepción al consentimiento por sustitución. Es el paciente quien de forma autónoma ejerce su derecho a la autodeterminación, dejando un documento legal que autoriza a realizar aquellas intervenciones que el paciente determine (Requero Ibáñez, 2002).

Es una de las máximas expresiones del principio de autonomía. Es un documento con unos requerimientos legales estrictos (Seoane, 2006), que le confieren validez, a través de la expresión de libertad de una persona. Esta validez será posible siempre y cuando la persona realice este acto a partir del conocimiento y con capacidad crítica suficiente para obrar. Todo proceso realizado bajo coacción o intimidación no será por tanto libre, no tendrá validez (Comisión de bioética de Catalunya, 2010).

Un documento de voluntades anticipadas entra en escena cuando aparece la situación descrita que lo delimita, por lo tanto, no se ejecutará hasta que el paciente no presente la situación de extrema gravedad que le impida decidir. En este documento, que es personal y adecuado a las prioridades de cada uno, se pueden incluir todas aquellas situaciones que el paciente determine, así como disposiciones personales a realizar post mortem. Con ello se abarca todo lo que el paciente desee, y que por supuesto no puede expresar en ese momento debido a su situación (Quijada-González & Tomás y Garrido, 2014).

Los nombres con los que se conoce este procedimiento son:

- Documento de Voluntades Anticipadas.
- Testamento Vital.
- Voluntades Previas.
- Documento de Instrucciones Previas.

### 1.8.6.3 Marco legal

- Orden Ministerial, de 7 de julio de 1972:

*“El enfermo tendrá derecho a autorizar las intervenciones quirúrgicas o las actuaciones terapéuticas que impliquen riesgo notorio o previsible”*

- La Constitución Española de 1978:

*“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la Ley”*

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: Artículos

*“A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso”.*

*“A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.*

*“A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario”.*

*“A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.*

*“A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos”:*

*a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.*

*b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.*

*c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.*

*“A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad”.*

- Convenio de Oviedo, Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina:

*“No podrá llevarse a cabo intervención alguna en una persona - en materia de salud- sin su consentimiento informado y libre. Dicha persona deberá ser informada antes, y de manera adecuada, sobre el objetivo y naturaleza de la intervención, así como de sus consecuencias y riesgos. Podrá revocar el consentimiento en todo momento y con plena libertad”.*

- La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

– Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial:

*Titular del derecho a la información asistencial.*

*“El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.*

*“El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal”.*

*“Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”.*

– Artículo 8. Consentimiento informado:

*“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”.*

*“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.*

*“El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos”.*

*“Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud”.*

*“El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.*

– Artículo 9. Límites del consentimiento:

*“La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención”.*

*“Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos”:*

*“a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.*

*b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.*

– Artículo 11. Instrucciones previas:

*“Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”.*

#### **1.8.6.4 Marco Deontológico**

##### **1.8.6.4.1 Código Deontológico de la profesión médica**

– Artículo 13:

*“1. Es deber del médico evaluar el grado de comprensión del paciente durante el proceso de información.*

2. Es deber del médico comprobar si existe un Documento de Instrucciones Previas cuando el paciente es incapaz de tomar decisiones.

3. La información al paciente no es un acto burocrático, sino una parte del acto médico cuyo deber corresponde al médico que lo realiza. Es deber del médico respetar el derecho del paciente a estar informado en todas y cada una de las fases del proceso asistencial.

4. El médico debe informar al paciente de manera comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Como regla general, la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones. De esta información se debe dejar constancia en la historia clínica.

5. Cuando la información incluye datos de gravedad o de mal pronóstico, el médico se debe esforzar en transmitirla con delicadeza. Ante una situación excepcional, en la que se prevé un daño al paciente derivado de la información, el médico debe ponderar la oportunidad y el momento de comunicarla. Como excepción que es, debe justificarlo y dejarlo reflejado en la historia clínica.

6. La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico debe respetar el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.

7. El médico debe respetar las convicciones del paciente y abstenerse de imponerle las propias.

8. El médico debe respetar el derecho del paciente a decidir libremente sobre las opciones clínicas disponibles, después de recibir la información.

9. El médico debe respetar el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. En ese caso, debe informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

10. Si el paciente exige un procedimiento que el médico, por razones científicas, legales o deontológicas, juzga que es inadecuado o inaceptable, tras informar debidamente, el médico queda dispensado de actuar, debiéndolo anotar en la historia clínica”.

#### 1.8.6.4.2 Código Ético de Enfermería de Catalunya

– Valor autonomía:

*“Las enfermeras reconocemos la autonomía de las personas y, por tanto, respetamos su derecho a ser informadas y a tomar libremente sus decisiones”.*

– Información y consentimiento informado:

*“31. La enfermera reconoce a la persona atendida como propietaria y gestora de sus datos de salud y, por tanto, le facilita la información necesaria, de forma comprensible, buscando la colaboración de los miembros del equipo de salud, si es necesario.*

*32. La enfermera participa en el proceso de información, a partir de un conocimiento adecuado de la situación y evitando informaciones indebidas o contradictorias, y vela por crear un entorno que favorezca que la persona atendida esté en las mejores condiciones para comprender su situación o problema de salud y las propuestas de cuidados y/o tratamientos.*

*33. La enfermera colabora con otros profesionales al solicitar el consentimiento a la persona atendida ante cualquier actuación asistencial, de investigación o docente, con el fin de garantizar que pueda tomar libremente sus decisiones.*

*34. La enfermera tiene un especial cuidado y sensibilidad para garantizar la comprensión de la información en todas las situaciones, y especialmente en aquellas en que la persona atendida no tiene suficiente competencia para comprender y decidir. Así, colabora en la valoración periódica de su grado de competencia y aporta esta valoración al equipo de salud para revisar, si procede, la consideración de persona no competente.*

*35. La enfermera respeta tanto la voluntad de la persona atendida de no ser informada como la de decidir con quién quiere compartir la información y el grado de información que desea compartir. Las enfermeras reconocemos la autonomía de las personas y, por tanto, respetamos su derecho a ser informadas y a tomar libremente sus decisiones.*

*36. La enfermera respeta la voluntad y la toma de decisiones de la persona atendida cuando tiene suficiente competencia para comprender y decidir. Cuando esta rechaza un tratamiento médico y/o enfermero, sigue cuidándola adecuando el proceso de cuidados para respetar su voluntad, siempre que sea posible.*

37. La enfermera pacta dentro del equipo de salud la gestión del proceso de información, especialmente en el caso de malas noticias, para que puedan ser comprendidas de la mejor manera posible.

38. La enfermera prioriza las decisiones de la persona atendida a la vez que ayuda a las familias y/o personas significativas de su entorno a comprender la decisión tomada.

39. La enfermera vela por que, en situaciones de incompetencia y/o incapacidad de la persona, las decisiones que tomen sus representantes aseguren el mayor beneficio de la persona atendida.

40. La enfermera promueve la planificación anticipada de las decisiones sanitarias y/o de las voluntades anticipadas y vela por que se respeten, en el marco de la legislación vigente”.

#### **1.8.6.5 Consideraciones éticas según los principios: marco bioético**

De los cuatro principios de la bioética estudiados por Beauchamp y Childress. El respeto a la autonomía es un concepto que en medicina es ampliamente reconocido. Este derecho a la autonomía es reconocido por la ley y existe una legislación muy importante que así lo abala.

- Principio de no maleficencia.

Evitar el daño que una intervención sanitaria puede ocasionar a un paciente es el objetivo de la relación de ayuda con el paciente.

- Principio de justicia.

La obligación de respetar la dignidad de la persona y mantener la equidad en las actuaciones sanitarias, en todos los pacientes, aunque estos tengan pensamientos contrarios con el equipo sanitario, referentes a su salud.

- Principio de beneficencia.

El profesional sanitario se apoya en la información y en la comunicación con el paciente, explicando aquello que es un bien para éste.

- Principio de autonomía.

La decisión del paciente en pleno uso de sus facultades, competente, debe respetarse. Aunque estas decisiones estén en contra de los principios de los sanitarios que lo tratan, es obligado respetarlas.

### 1.8.6.6 Problemática

#### 1.8.6.6.1 Cuestiones asistenciales

En muchas ocasiones, la atención sanitaria puede llegar a ser muy complicada, el curso de una enfermedad te muestra todas las vulnerabilidades de una persona. Y también las del personal sanitario. Para un profesional sanitario, puede llegar a ser difícil “tirar la toalla” y siempre se espera hacer un poco más, probar una nueva técnica, y no dejarse vencer. El rechazo a un tratamiento, que puede llegar a mejorar a un paciente, es difícil de entender por parte del profesional. La voluntad del paciente, cuando esta es opuesta a nuestros valores, es difícil sobrellevarla. El gran ejercicio que los profesionales sanitarios tienen que hacer de aceptación, comprensión, empatía, y solidaridad hacia una persona vulnerable que decide no alargar su vida con medios extraordinarios, es de una elevada importancia y le da valor al acto sanitario.

Cuando el protagonista de la historia es un menor, que decide libremente su futuro vital cuando este llega a ser incierto y nefasto, los profesionales sanitarios encuentran aún más reticencias a la hora de realizar el apoyo adecuado. Muchos piensan que un menor no puede decidir según qué cuestiones. La vida es el bien más valioso que poseemos, y tenemos que actuar en consecuencia para mantenerlo, protegerlo y cuidarlo, por encima de todo. Un menor puede no tener los criterios necesarios para la toma de esta decisión. Pero realmente, el menor también puede decidir, también puede expresar sus deseos y sus incertidumbres. Y todo profesional ha de respetar estos al paciente que se encuentra en esta situación.

#### 1.8.6.6.2 Cuestiones sociales y de conocimiento cultural, creencias religiosas

Si miramos con la perspectiva que nos dan los años la evolución de los principios de la bioética formulados por Beauchamp y Childress en la década de los 70, podemos ver la importancia que se le otorga a cada uno de ellos según pasan los años. La década de los 70 y 80 se caracterizaba por el paternalismo extremo que los profesionales sanitarios ejercían sobre las personas. Las decisiones clínicas las tomaba el clínico. No había participación del paciente, no había diálogo, ni opciones a cuestionar esta decisión. Por supuesto, se fue incorporando poco a poco a la relación sanitario-paciente la información. En décadas anteriores simplemente la información sobre procedimientos a realizar no existía, no se aportaba información al acto profesional y los pacientes “acataban órdenes” en pro a su bien. La información sobre los procedimientos se fue instaurando, poco a poco, en todos los actos asistenciales. Pero esta información debía ser explicada para que fuera entendible por el paciente, para que el paciente pudiera hacer uso de ella, para que pudiera disponer y actuar en consecuencia, según sus propios valores. Informar y entender la información, puntos clave. Para tener en cuenta la voluntad de los pacientes, el proceso no puede quedar en informar, y entender esa información, se necesita un paso más, y es la aceptación del procedimiento. Aceptar la intervención propuesta, después de haber sido informado y habiendo entendido la información es el fundamento del consentimiento informado. Posteriormente, después de este proceso, la estampación de una firma en un documento explicativo deja constancia del acto. Pero el verdadero interés del proceso es todo lo realizado antes de la firma del documento. Con el nuevo siglo llegó el apogeo del Principio de Autonomía. Los pacientes tenían información, tanto la dada por el personal sanitario como

aquella que podían extraer de los medios de comunicación, redes sociales, etc. Mucha información, quizás hasta demasiada, algunas verdaderas, otras simplemente aportaciones sin valor que lo único que hacían era desorientar al paciente. La era de la información puede conllevar la vuelta al principio, la vuelta al paternalismo. Es el sanitario quien a petición del paciente toma de decisión, o pone en sus manos la toma de decisiones respecto a un asunto médico debido a la vorágine de información que tenemos y a la imposibilidad de decidir por parte del paciente, cual es la mejor opción que tomar.

Ya entrado el nuevo siglo, nuevas consideraciones fueron tomando fuerza. La posibilidad de realizar un documento de voluntades anticipadas, donde el paciente podía dejar escrito, como si de un testamento de bienes se tratara, lo que se tendría que hacer con su persona llegado el momento en que su situación no le permitiera tomar decisiones. Y volvemos otra vez al conflicto, entre pacientes, familias y profesionales. La aceptación o no de este documento por parte del personal, la realización o no del mismo por parte de los pacientes, la aceptación de esta última voluntad por parte de los familiares vuelve a crear incertidumbre, conflicto, rechazo, e incluso total oposición. La sociedad actual poco a poco va aceptando este “testamento vital”, pero es un proceso largo y constante, hasta poder llegar a su normalización.

#### 1.8.6.6.3 **Jurisprudencia**

La historia aporta un gran número de casos en los que el principio de autonomía obliga a un marco legislativo. Muchos casos en los que un paciente o un familiar han reclamado la retirada de un tratamiento fútil, que no aportaba nada, que solamente alargaban una agonía, y que se mantenía por el miedo a las consecuencias en su retirada. Constituyó la proposición de ley planteada en el Senado, que dio lugar más tarde a la aprobación de la Ley básica estatal 41/2002.

## 1.9 Justificación de la investigación

La bioética constituye uno de los ejes de la formación del profesional sanitario (Fraile Duvicq, 2002; García-Vigil, García-Mangas, Ocampo-Martínez, & Martínez-González, 2003). Las diferentes carreras universitarias presentan en sus planes de estudio contenidos generales de esta materia (Villalaín Blanco, 1999). La bioética siempre está presente en la actuación del sanitario, se dedique a la rama que se dedique. La ética es el paraguas que cubre nuestra actuación (Hernández-Escobar, Hernández-Camarena, González-González, & Barquet-Muñoz, 2010; Román Collazo, Ortiz Rodríguez, & Hernández Rodríguez, 2008; Bolívar, 2005). Siempre está el paraguas, aunque no nos demos cuenta. Con esta pequeña introducción iniciaba las clases de bioética en la UdL. Quería dejar claro la importancia que tiene esta materia. Podemos estudiar anatomía, historia, cuidados o farmacología, y nos podemos dedicar a tratar a niños, personas mayores, emergencias o atención primaria. Sea cual sea nuestro ámbito de actuación, la ética nos acompañará. Por lo tanto, nuestra actuación debe ser ética, siempre tenemos que cumplir unos requerimientos éticos. La ética nos acompaña siempre.

Mi trayectoria como profesional me lleva a plantear una serie de cuestiones, que son importantes en la práctica clínica y que son importantes para los sanitarios. Enfermería está siempre al lado del paciente, aporta cuidados, atiende las necesidades de las familias y de la comunidad, y acompaña cuando llega el fin. El trabajo lo hacemos bien, muy bien. Conocemos y aprendemos técnicas complejas, realizamos valoraciones precisas, con poco margen de error, aplicamos cuidados específicos. Pero olvidamos el paraguas, olvidamos conceptos clave, olvidamos que podemos actuar para cumplir con las voluntades de los pacientes. Se nos olvida la ética. El hablar con compañeros, médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas y dietistas me demuestra que estos profesionales, que, en muchos casos, se ven impotentes a la hora de manejar una situación de estrés bioéticos, a veces, no consiguen detectar esta situación, y otras veces, se sigue con el protocolo, quizás la inercia, de intentar ofrecer el mejor cuidado y tratamiento al paciente. Por ello esta duda generada, esta incertidumbre de conocimiento, me hace plantear una pequeña hipótesis sobre que los profesionales sanitarios olvidan los conocimientos en bioética y no poseen herramientas para gestionarlos. También en caso de detectar una situación de estrés bioético no saben dónde dirigirse, no saben a quién explicar sus vivencias, no saben cómo solucionarlo.

Preguntando a los profesionales de uno en uno, haciendo técnicas de Brainstorming, entrevistando en grupos reducidos sobre los temas que relacionan con la bioética, y con grupos focales, las respuestas cuestan verbalizarlas, no se recuerdan estos temas generales, se hace difícil realizar un listado con las cuestiones que puedan preocupar a los profesionales. Para dinamizar estas entrevistas, enumeré algún tema importante que trata la bioética, como el aborto, la eutanasia. Con estos ejemplos, los profesionales comenzaron a pensar sobre estos temas. A partir de este trabajo de campo realizado, se detectan una serie de temas que preocupan a los profesionales entrevistados. Algunos de estos temas son:

- Encarnizamiento terapéutico.

- Limitación del esfuerzo terapéutico: suicidio asistido, eutanasia.
- Sanidad a la carta, turismo sanitario.
- Aborto.
- Rechazo al tratamiento.
- Consentimiento informado.

A partir de aquí, se realiza una búsqueda bibliográfica para encontrar una herramienta, un protocolo, un formato que me permita conocer lo que piensan los sanitarios sobre estas situaciones de estrés. La búsqueda inicial demuestra que hay gran interés de los investigadores por saber qué conocimientos tienen los profesionales sobre determinados temas: derechos humanos, voluntades anticipadas, aborto, eutanasia, rechazo al tratamiento<sup>11</sup>. Existen estudios monográficos sobre un tema en concreto de los anteriores citados y de otros muchos que conforman la maraña bioética. Pero entre todos son específicos de un tema. Todos se centran en un solo tema y no atienden a un abanico más amplio de temas bioéticos como era mi interés.

Ante este panorama, surge la siguiente cuestión: ¿se podría realizar un instrumento que fuera capaz de medir estos conocimientos en bioética y la actitud que los profesionales presentan ante determinadas situaciones de estrés? Este instrumento tendría que abarcar una amplia muestra de temas. Por supuesto, no es lógico ni operativo diseñar un instrumento donde aparezcan todos los temas posibles, sería ilógico, pero una selección con aquellos que pudieran preocupar más a los profesionales, sí.

Este instrumento contará con dos partes bien diferenciadas. La primera es un cuestionario de preguntas teóricas relacionadas con la bioética. Temas de confidencialidad, historia clínica, autonomía del paciente, consentimiento informado, el CEA, legislación vigente, menor maduro y otros conceptos bioéticos. La segunda parte del cuestionario tratará de las situaciones de estrés bioético. Se describirá una situación, de forma escueta, solo dando algunos datos relevantes, y se realizarán afirmaciones donde el profesional tiene que expresar su grado de

---

<sup>11</sup> El estudio realizado en 2007 por Zabala-Blanco, es revelador para la realización del presente estudio ya que realizan los autores un estudio descriptivo llevado a cabo con profesionales que trabajan en el área de cardiología del hospital Marqués de Valdecilla de Santander. Se realiza un cuestionario a profesionales y un grupo de expertos en investigación. Consta de un cuestionario con preguntas sociodemográfico, y otra parte centrada en aspectos relacionados con los derechos humanos y legislación vigente sobre autonomía del paciente. Los resultados obtenidos ponen en evidencia que los profesionales necesitan formación en bioética y que ellos mismos son conscientes que, aunque reconocen ciertos aspectos del tema, no son capaces de profundizar en los contenidos (Zabala-Blanco, Alconero-Camarero, Casaus-Pérez, Gutiérrez-Torre, & Saiz-Fernández, 2007).

El artículo presentado por Molina Montoya hace un repaso de un gran número de artículos relacionados con el aprendizaje de la bioética, investigaciones en bioética y educación, experiencias de educación en bioética. Destaca la gran necesidad que existe en aprendizaje de la bioética y de los distintos métodos utilizados para conseguirlo. También de las diferentes metodologías utilizadas para la enseñanza de la materia a nivel universitario y a nivel profesional (Molina Montoya, 2016)

conformidad con las mismas. Este segundo cuestionario será capaz de orientarnos sobre las actitudes que presentan los profesionales cuando aparecen estos casos durante su práctica asistencial.

El proyecto se lleva a cabo previo conocimiento y consentimiento de la Dirección del Hospital Universitari Arnau de Vilanova, que da su aprobación (Anexo A). Posteriormente el diseño del proyecto se eleva al CEIC del Hospital (Anexo B), quien determina que no es necesario realizar el trámite del CEIC ya que este estudio se realizará con profesionales que previamente han verbalizado su consentimiento y quienes voluntariamente se someterán al mismo (Anexo C). Se asegura el anonimato de los datos en todo el proceso.

Al mismo tiempo se plantea la necesidad de saber si el cuestionario es válido para estudiantes universitarios de la rama sanitaria. Se diseña una estrategia por la cual se decide pasar estos cuestionarios a estos estudiantes antes y después de la formación en bioética para poder comprobar primero que los alumnos poseen los conocimientos requeridos en bioética y segundo para comprobar cómo evolucionan en la actitud frente a estos escenarios de estrés bioético. Con el consentimiento de los decanos de las facultades implicadas (Anexo D) se decide plantear el estudio a los alumnos de la siguiente forma: al ser muy complejo que un mismo estudiante pase el cuestionario a lo largo de los años, haciendo un pre y un post estudios de la materia, se decide pasar este cuestionario a alumnos de primero de carrera y a alumnos de cuarto y quinto de carrera (en el caso de medicina), para poder realizar el planteamiento deseado. Los alumnos voluntariamente se someten a los cuestionarios, previa información, entendimiento de los términos y asegurando en todo momento el anonimato de los datos obtenidos.



## **2. Hipótesis y objetivos**



## **2.1 Hipótesis**

### **2.1.1 Hipótesis conceptuales**

- Los conocimientos en bioética, la detección de problemas y la aplicación de estos conocimientos son necesarios para ejercer la actividad profesional sanitaria.
- Los conocimientos y actitudes referentes a la bioética deben aprenderse en la formación de grado de las diferentes carreras universitarias.
- Los conocimientos y actitudes referentes a la bioética deben ser reforzados durante la etapa de actividad profesional (formación continuada).

### **2.1.2 Hipótesis operativas**

- Los conocimientos en bioética pueden medirse mediante evaluaciones con preguntas teóricas concretas.
- Los conocimientos en bioética deben aplicarse en situaciones reales que evidencian la actitud frente a los dilemas morales concretos.
- Se tienen que definir las situaciones reales, adaptándose al momento social actual.
- Deben ser evaluadas las actitudes en bioética frente a escenarios de dilemas morales específicos.

Para dar respuesta a estas hipótesis, se plantean los siguientes objetivos a conseguir:

## 2.2 Objetivos

### 2.2.1 Objetivo principal

- 1) Diseñar de un cuestionario de preguntas teóricas sobre conocimientos en bioética.
- 2) Elaborar de un cuestionario con escenarios para evaluar la actitud frente a dilemas morales habituales.

### 2.2.2 Objetivos secundarios

- Aplicar el cuestionario en profesionales sanitarios
  - Conocer el grado de conocimiento de conceptos teóricos en bioética que poseen los profesionales sanitarios.
  - Evaluar la tendencia de la actitud de los profesionales frente a una situación de estrés bioético.
- Aplicar el cuestionario en alumnos universitarios
  - Conocer el grado de conocimiento de conceptos teóricos en bioética que poseen los alumnos universitarios.
  - Explorar la evolución de la actitud de los universitarios frente a las situaciones de estrés bioético.
- Buscar factores que varíen/condicionen los conocimientos y actitudes: Edad, género, grado universitario, profesión.
- Comparar los conocimientos y las actitudes de los estudiantes antes y después de recibir formación en bioética.
- Comparar los conocimientos y las actitudes entre los estudiantes y los profesionales.

## **3. Métodos**



## 3.1 Contexto de la investigación

La presente investigación se ha llevado a cabo en la ciudad de Lleida. Los profesionales que han participado trabajan todos ellos en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Y los alumnos pertenecen a la Universitat de Lleida<sup>12</sup>.

El Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), es un hospital de segundo nivel perteneciente al Institut Català de la Salut (ICS) y es el centro de referencia de los habitantes de las regiones sanitarias de Lleida, Alt Pirineu y Aran. También atiende a la población de Aragón que comprende la franja oriental. El total de población que estas regiones abarcan es de aproximadamente 450.000 habitantes.

El hospital fue inaugurado en 1956, llamado General Moscardó, y con el paso de los años ha ido creciendo en superficie, y atendiendo a una amplia gama de especialidades médicas.

Desde 1995 se convierte en hospital universitario, en colaboración con la Universitat de Lleida (UdL), colaborando en la formación de las diversas especialidades sanitarias: enfermería, medicina, ciencias biomédicas, fisioterapia y dietética.

El Hospital Arnau de Vilanova junto con la empresa Gestió de Serveis Sanitaris, que gestiona el Hospital de Santa María y el Hospital del Pallars, comparten una única gerencia a nivel asistencial, también en coordinación con los Servicios de Atención Primaria de la región sanitaria.

La Regió Sanitària de Lleida incluye seis comarcas de la provincia de Lleida<sup>13</sup>:

- Garrigues.
- Noguera.
- Pla d’Urgell.
- Segarra.
- Segrià.
- Urgell.

---

<sup>12</sup> Extraído de la página web del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida. <http://www.icslleida.cat/hospital/>

<sup>13</sup> Extraído de la página web: <https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/territori/lleida/documents/pla-salut-territorial-lleida-2016-2020.pdf>

Los principios que contempla el Pla de Salut son los siguientes<sup>14</sup>:

- Centrar la atención en las personas y asegurar el contínuum asistencial. Aprovechar las ventajas que aportan las tecnologías, pero también dar una atención humanizada y que tenga la capacidad de ofrecer las alternativas asistenciales más adecuadas a las necesidades sociales y sanitarias en cada caso. Implicar a los ciudadanos en la planificación y evaluación de las políticas sanitarias, y profundizar en las dinámicas de las decisiones compartidas.
- Garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones, pero también en los resultados de salud, y también la distribución de los recursos según necesidades en salud de la población, como vía para combatir las inequidades en salud.
- Establecer las causas sociales como factores principales que determinan las desigualdades en la salud de la comunidad. Y hacer un abordaje multilateral (salud a todas las políticas).
- Complementar el abordaje individual con la perspectiva poblacional acompañada de la perspectiva de colectivos con más vulnerabilidad.
- Realizar las actividades asistenciales con un alto nivel de calidad y seguridad y velar por la satisfacción de las personas usuarias del sistema de salud.
- Velar por la calidad de las actuaciones poblacionales, con criterios de efectividad y eficiencia, utilizando la evidencia disponible y la evaluación de las actuaciones, como herramientas básicas para las actuaciones.
- Ser abierto y flexible y dispuesto a dar voz a las personas, escuchándolas, adaptándose y sopesando las necesidades expresadas. Ser transparente y dar información y formación sobre el cuidado de la propia salud y las prestaciones del sistema, para facilitar el conocimiento, el autocuidado, la autonomía y la utilización adecuada de los recursos asistenciales al alcance.
- Planificar sus actuaciones desde una vertiente predictiva, preventiva y proactiva, más que no reductiva. Ser capaz de aprovechar las ventajas de las estrategias de salud en todas las políticas para promover la protección y la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, mediante el desarrollo de planes interdepartamentales que aborden de forma transversal los objetivos.
- Anticiparse a las nuevas necesidades de la población e incorporar las nuevas evidencias, conocimientos y tecnologías que puedan mejorar los procesos asistenciales y sus

---

<sup>14</sup> El Pla de Salut de Lleida 2016-2020, consultado en: [http://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/Pla\\_salut/](http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/)

resultados, y promover la utilización de las intervenciones más eficaces y efectivas y evitar las que no lo son.

- Planificar con perspectiva territorial, en el marco del Pla de Salut de Catalunya, y facilitar la descentralización de la gestión para hacerla más cercana a las personas. Orientar los esfuerzos en alcanzar los resultados en salud y en la atención centrada en la persona.
- Reconocer la labor de los profesionales del sistema sanitario. Optimizar el conocimiento clínico en la toma de decisiones en política sanitaria y asistencial y en la transformación del sistema. Promover la competencia de los profesionales como el activo más valioso del sistema público de salud e implicarlos en su planificación, gestión y evaluación.
- Fomentar la investigación en salud en todos los niveles asistenciales promoviendo una estrategia sistémica que actúe como palanca de mejora continua de un sistema sanitario de excelencia. Los profesionales, muy especialmente los jóvenes investigadores, tienen que disponer de herramientas innovadoras que proyecten el desarrollo del sistema sanitario.
- Fomentar la investigación en salud pública avanzando en la mejora del conocimiento de los determinantes de salud, la efectividad y la eficiencia de las intervenciones.
- General una red de sistemas de información unificada útil para la organización del sistema, la práctica asistencial, la toma de decisiones, la evaluación y la rendición de cuentas. Desarrollar nuevos modelos de interacción de las personas con el sistema de salud, de atención no presencial y cambios organizativos y del rol de los profesionales.
- Formular un Pla de Salut orientado a la acción que promueva los cambios necesarios para alcanzar

Figura 12. Distribución territorial por regiones sanitarias. Catalunya



Fuente: Elaboración: El Periódico de Catalunya

La población que abarca la Regió Sanitària de Lleida posee unas características que la hacen particular:

- Una distribución dispersa de sus habitantes.
- Un envejecimiento más acentuado que en el resto de Catalunya.

La UdL es la Universitat de Lleida, una universidad pública situada en la ciudad de Lleida. Los datos obtenidos del último censo de estudiantes realizado en mayo de 2020 son los siguientes<sup>15</sup>:

<sup>15</sup> Datos obtenidos de la página web de la UdL: <https://www.udl.cat/ca/udl/cifras/>

Tabla 10. Oferta de estudios del curso 2019-20. Universitat de Lleida

NÚMERO TOTAL	CENTROS PROPIOS
7	Facultades y Escuelas
46	Grados
13	Dobles titulaciones de Grado
34	Másteres Universitarios
13	Programas de Doctorado
6	Programas de Doctorado con mención de excelencia
	CENTROS ADSCRITOS
4	Centros adscritos
3	Grados
7	Másteres Universitarios
	CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUA
66	Másteres propios
43	Postgrados
122	Otros cursos de Formación Continua

Fuente: [www.udl.cat](http://www.udl.cat)

Tabla 11. Descripción del alumnado del curso 2019-20. Universitat de Lleida

CENTROS PROPIOS	TOTAL	% MUJERES
Estudiantes de Grado	8.234	59%
Estudiantes de Máster Universitario	861	52%
Estudiantes de Doctorado (curso 2018-19)	643	55%
Estudiantes que realizan prácticas en empresas	2.752	66%
CENTROS ADSCRITOS		
Estudiantes de Grado	632	32%
Estudiantes de Máster Universitario	234	59%
CENTRO DE FORMACIÓN CONTINUA (Curso 2018-19)		
Total estudiantes Formación Continua	3.064	58%
Másteres propios (60-120 ECTS)	1.471	55%
Diplomas de Postgrado (30-59 ECTS)	169	59%
Otros cursos de Formación Continua (<30 ECTS)	1.424	62%

Fuente: [www.udl.cat](http://www.udl.cat)

La presente investigación se lleva a cabo gracias a la colaboración de los alumnos de los grados de:

- Enfermería.
- Medicina.
- Ciencias biomédicas.
- Psicología.

El Hospital Universitari Arnau de Vilanova apuesta por una atención de calidad, donde el centro de todo proceso se encuentra el paciente y la comunidad. Es un hospital que se define como centrado en la persona, público, universal y justo. La apuesta por la excelencia de los cuidados y por la ética profesional destaca de manera sobresaliente en todas las actuaciones.

### 3.1.1 Misión, visión y valores institucionales<sup>16</sup>

Misión: dar una atención de excelencia a la población, desarrollando también la docencia y la investigación en el ámbito de la salud a Catalunya.

Visión: Ser la organización de referencia y líder en el sistema de salud catalán, tanto en la asistencia como en la docencia y en la investigación. Por eso, su organización centrada en la ciudadanía y el territorio está orientada a responder a sus necesidades y expectativas, ofreciéndoles unos servicios de calidad, buscando un equilibrio entre la sostenibilidad y el valor, y respondiendo así a la exigencia de responsabilidad social que los ciudadanos piden.

Para conseguirlo, será necesario implicar en este objetivo a sus profesionales, y a los de otras entidades del sector, con las que comparten responsabilidades sobre la población y el territorio.

Es al mismo tiempo un instrumento básico de la política pública de salud, para garantizar la equidad de acceso de los ciudadanos, siendo a la vez una puerta de entrada de la innovación en el sistema público de salud.

Valores institucionales:

- El ciudadano, centro del sistema.
- Los profesionales, eje central de la organización.
- Compromiso con la sostenibilidad económica y social.
- Simplificación organizativa.
- Diálogo y transparencia.
- Atención integral a las personas.
- Integración activa, respetuosa y responsable en el sistema sanitario de Catalunya.

---

<sup>16</sup> Extraído de la página web Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida:  
<http://arnau.cpd1.grupics.intranet/missio.html>

## 3.2 Métodos

El presente estudio consta de dos etapas:

- 1) Etapa preliminar: constituida por la construcción del cuestionario, validación y prueba piloto realizada.
- 2) Etapa de puesta en marcha: consistente en la administración del cuestionario validado.

### 3.2.1 Etapa preliminar

Se realizó un estudio descriptivo durante los meses de noviembre de 2014 y junio de 2015. Este estudio constaba de tres fases bien diferenciadas:

- **Primera fase:** Desde el planteamiento de la pregunta de investigación hasta la búsqueda bibliográfica:
  - Construcción de un cuestionario que consta de tres partes:
    - Hoja de información a cumplimentar con los datos demográficos
    - Cuestionario teórico sobre conocimientos en bioética
    - Cuestionario de escenarios para valorar actitudes en bioética
- **Segunda fase:** Puesta en marcha de la metodología Delphi
- **Tercera fase:** Prueba piloto o pretest cognitivo.

A continuación, pasaremos a describir la etapa preliminar.

#### 3.2.1.1 Primera fase

El objetivo de la primera fase fue por un lado averiguar, mediante la búsqueda bibliográfica, la existencia de algún cuestionario sobre bioética que pudiera ser capaz de medir tanto conocimiento a nivel teórico sobre cuestiones bioéticas como sobre actitudes morales frente a determinadas situaciones de estrés bioético. Esta búsqueda mostró un amplio abanico de estudios relacionados con los conocimientos en bioética, pero ninguno se ajustó al nivel exigido para la presente investigación. De este modo, se planteó la realización de un cuestionario que abarcara estos dos ámbitos del conocimiento, tanto la teoría como la actitud moral frente a una situación determinada de estrés moral que pudiera acaecer en cualquier centro hospitalario, o de asistencia primaria.

### 3.2.1.1.1 Construcción del cuestionario

El cuestionario inicial fue construido por la investigadora principal y por el tutor del trabajo, a partir de las entrevistas y grupos focales realizados para tal propósito.

El cuestionario constaba de tres partes bien diferenciadas:

- 1) La primera parte consistió en:
  - a) Una hoja de información sobre el estudio.
  - b) Un apartado donde se recogerá el consentimiento para realizar este cuestionario.
  - c) Un apartado donde se realizará la recogida de datos demográficos y de historia profesional, que incluirá los siguientes ítems:
    - i. Edad: Número entero.
    - ii. Género: Hombre, mujer.
    - iii. Años de profesión: Número entero.
    - iv. Unidad donde trabaja: Servicio. Unidad.
    - v. Estudios relacionados con la bioética: Si/No.
    - vi. Conocimientos sobre el CEA: Si/No.
  
- 2) La segunda parte del cuestionario consistió en una batería de preguntas teóricas sobre temas de bioética y actitudes morales que los profesionales sanitarios atienden en su día a día. Las preguntas fueron cortas, con cuatro posibles respuestas, donde una de ellas es la correcta. El número de preguntas totales del cuestionario estuvo comprendido entre 15 y 20, y abarcaron el mayor número de temas posibles de la ética sanitaria. Se realizó un total de 45 preguntas en un primer momento, aproximadamente el doble de preguntas que definitivamente aparecieron en el cuestionario. Con este número de preguntas se intentó conseguir abarcar los máximos temas relacionados con la bioética. Los ítems redactados fueron multidimensionales, evaluándose más de dos dimensiones.
  - a) Los temas generales de estudio o dimensiones, para el cuestionario teórico, fueron los siguientes:
    - i. Adecuación de esfuerzo terapéutico.
    - ii. Limitación del esfuerzo terapéutico: suicidio asistido, eutanasia.
    - iii. Consentimiento informado: información.

- iv. Confidencialidad.
- v. Rechazo al tratamiento.
- vi. Objeción de conciencia.
- vii. Sanidad a la carta.
- viii. Derechos humanos, derechos de los pacientes.
- ix. Justicia distributiva.
- x. Paternalismo.
- xi. Voluntades anticipadas, testamento vital.
- xii. Aborto.
- xiii. Menor maduro.
- xiv. Conocimiento general sobre bioética.
- xv. Trasplante y donación de órganos.
- xvi. Turismo sanitario.

- 3) La tercera parte del cuestionario consistió en una serie de escenarios de actitud moral, donde se representó una situación de estrés bioético, y donde apareció un conflicto presente en la actividad sanitaria diaria. Este escenario se describió de forma sucinta, aportando los datos imprescindibles para hacerse una idea de la situación, y poder establecer un juicio bioético.

- a) Cada escenario de actitud moral, donde el profesional se posiciona en función a sus experiencias, conocimientos, vivencias, y que presenta una serie de respuestas que se valoran mediante una escala Likert (Fabila Echaury, Minami, & Izquierdo Sandoval, 2013), comprendida del 0 al 4, donde 0 será estar totalmente en desacuerdo con esa respuesta, y 4 será estar en total acuerdo con esa respuesta. Se definió la escala Likert de respuestas con el valor 0, porque de esta manera el profesional entenderá que el parámetro más bajo de la escala es estar totalmente en desacuerdo con la afirmación, y si este parámetro comenzara en 1 se podría pensar, que, aunque se estuviera en total desacuerdo, siempre podría haber un grado de concordancia o aceptación. Por este motivo, se puntúa la escala con 0 cuando se desea expresar total desacuerdo con la afirmación allí representada. El número de escenarios para medir actitud moral fue de 15, con los siguientes temas de interés bioético<sup>17</sup>.
- b) Los temas bioéticos dimensionados en los escenarios de actitud moral:
- i. Adecuación de esfuerzo terapéutico.
  - ii. Vulneración de la información clínica de un paciente.
  - iii. Objeción de conciencia.
  - iv. Caso de justicia distributiva.
  - v. Turismo sanitario.
  - vi. Autonomía del paciente: consentimiento informado y voluntades anticipadas, rechazo al tratamiento.

#### 3.2.1.1.2 Definición y ordenación de ítems del cuestionario

Los ítems van dirigidos a una población universitaria, con lo que el lenguaje empleado es totalmente entendible. La ordenación se realiza de forma que, si existen dos o más ítems sobre una misma dimensión, estos estarán ordenados correlativamente.

---

<sup>17</sup> La escala Likert es un método para medir actitudes. Fue desarrollado por Rensis Likert en 1932 (Edmondson, 2005). Aunque se trate de un método ya antiguo (casi 100 años) es muy interesante y vigente el enfoque de este. Para poder llevarla a cabo hace falta identificar la actitud que se pretende valorar, definiéndola de forma exhaustiva. Posteriormente, debemos concretar qué campo o campos abarca el objeto de la actitud, concretar los límites. La elaboración de ítems o afirmaciones que expresan una idea concreta, de forma positiva, o de forma negativa, al 50% aproximadamente, respecto al hecho que motiva nuestro estudio. Estas afirmaciones deben ser expresadas en presente, mostrar una única idea, ser concisa, y debe ser redactada de tal forma que sea posible rechazar o aceptar esta actitud (Elejabarrieta, 1984; Blanco & Alvarado, 2005; Fabila Echaury et al., 2013)

- Las preguntas son breves, fáciles de comprender y de responder.
- No se emplean palabras que induzcan a una respuesta estereotipada.
- Existencia de preguntas redactadas en forma negativa.
- Se descartan las preguntas sobre posicionamiento religioso o político.

#### 3.2.1.1.3 Prevención de sesgos en su cumplimentación

El diseño del cuestionario pretende evitar, en la manera de lo posible, los sesgos, para darle validez, se intenta descartar el error de tendencia central, por el que las respuestas estén en el punto medio de las posibilidades, de esta manera, el profesional encuestado tendrá que posicionarse (escenarios de actitud moral).

Se tiene en cuenta evitar el error de deseabilidad social, proporcionando una serie de respuestas que no sean la que socialmente serían las más aceptadas.

Se intenta evitar el sesgo de aprendizaje, por el que las preguntas se contesten de igual manera que sus anteriores.

#### 3.2.1.1.4 Codificación de las respuestas

Las respuestas en el cuestionario sobre conocimientos teóricos son codificadas de forma dicotómicas, teniendo en cuenta únicamente las respuestas correctas. Las respuestas incorrectas o no contestadas son consideradas incorrectas.

En los escenarios sobre actitud moral, las respuestas son de tipo policotómico, dentro de la escala de gradación Likert, donde 0 correspondería a totalmente en desacuerdo, y 4, totalmente de acuerdo.

#### 3.2.1.1.5 Puntuación de los ítems

En el cuestionario sobre conocimientos teóricos, se dará puntuación simple, únicamente a las respuestas bien contestadas. En los escenarios sobre actitud moral, la puntuación será ponderada y se valorarán las respuestas en función de unos valores determinados que se establecerán antes de su puesta en marcha (mediante prueba de jueces).

Una vez que se tuvo el cuestionario sobre conocimientos teóricos bien acotado, habiendo descartado aquellas preguntas que no eran adecuadas y dejando únicamente 17 preguntas; y habiendo modificado los escenarios sobre actitud moral, obteniendo como resultado 15 escenarios con opciones de actuación y escala Likert para ser contestadas, al resultado obtenido se le llama Prototipo1.

### **3.2.1.2 Segunda parte: metodología Delphi**

Esta etapa comprendió la puesta en marcha de la metodología Delphi (Astigarraga, 2003).

Las investigaciones científicas en el ámbito sanitario se valen de la consulta de profesionales expertos en un tema concreto de forma habitual. Tanto si se trata de una investigación cualitativa, como de un estudio cuantitativo, este proceder se ha generalizado a lo largo de los años, y ha aportado favorables resultados a la hora de conseguir el consenso entre expertos en la materia a estudiar.

#### **3.2.1.2.1 Historia del método Delphi**

Esta técnica de consenso, tan utilizada y necesaria en las investigaciones científicas, tiene un origen claramente alejado del saber científico. A continuación, se realizará un breve recorrido histórico para situar el tema:

Su nombre Delphi es la traducción inglesa de Delfos, antigua ciudad griega, famosa por los oráculos del Templo de Apolo que eran origen de enseñanza moral para los ciudadanos de la época, donde la Pitonisa será consultada sobre el futuro de algunos asuntos. La leyenda cuenta que el Oráculo de Delfos acertaba en un gran número de sus predicciones, hecho que le confirió popularidad y garantizó su influencia en la vida social y en la vida política durante siglos.

Previo a la utilización del método Delphi, se tiene referencia del Método Vaticano (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo, & García-Durán, 2012), donde se obtenían decisiones consensuadas sobre temas relacionados con la religión, por parte de los cardenales de la iglesia católica.

El primer experimento asimilable al método Delphi hace referencia a las predicciones sobre resultados en las carreras de caballo en 1948. Esta es la primera vez, documentada, que se utiliza esta metodología (Landeta Rodríguez, 1999).

El nombre del método Delphi fue creado por un centro de investigación norteamericano, The Rand Corporation en la década de los cuarenta y desarrollado en la siguiente década, aplicado a un estudio con fines militares (Martínez-Sahuquillo Amuedo & Echevarría Ruiz De Vargas, 2001). Esta investigación estaba integrada por siete expertos panelistas en la guerra nuclear. Debido a motivos de seguridad, éstas no fueron públicas hasta pasadas casi dos décadas desde su realización. Ya en los años setenta, y con claro conocimiento de esta técnica para desarrollar investigaciones, es utilizada de forma reiterada en la toma de decisiones relacionadas con la tecnología, en el campo empresarial y en los problemas de índole social complejos.

Ya en los años setenta algunas publicaciones retratan el método Delphi como una metodología poco científica. Aparecen defensores y detractores de la técnica. Aparecen grupos a favor y en contra. Sin duda es una metodología que reúne una serie de aspectos cualitativos necesarios en la investigación científica.

### 3.2.1.2.2 Definición del método Delphi

Podemos definir consenso como el acuerdo general de un grupo de personas con relación a un tema concreto (Yáñez Gallardo & Cuadra Olmos, 2008). Este consenso se puede limitar a la simple suma de opiniones a favor o en contra de un parecer, pero en la investigación científica esto se logra mediante el procesamiento estadístico de las diferencias y coincidencias entre las apreciaciones individuales de los miembros del panel de expertos. Partiendo de una aproximación cualitativa, y después del procesamiento estadístico, se llega a la obtención de una opinión aprobada por el grupo.

El método Delphi se define como uno de los métodos generales de prospectiva, que busca acercarse al consenso de un grupo de expertos, partiendo del análisis y la reflexión de un problema definido, sin necesidad que los participantes se reúnan físicamente, eliminando así la decisión de un solo profesional.

Consiste en la selección de un grupo de panelistas expertos en un tema a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos del futuro. Mediante una serie de fases se le pregunta al experto sobre unas cuestiones concretas, donde debe quedar claro su parecer y favoreciendo el posicionamiento teórico del tema. Estas encuestas realizadas se llevan a cabo de forma anónima. Los panelistas expertos no reciben información de la composición del grupo. Con esto se evitan los sesgos relacionados por la influencia de líderes como podría ser el caso de los grupos presenciales. Este método evita las indeseables decisiones unilaterales de uno o varios investigadores, potenciando y prevaleciendo, la opinión consensuada de un grupo. Esta metodología es especialmente útil en investigaciones dentro del área sanitaria (Varela-Ruiz et al., 2012).

Podemos destacar tres premisas clave en esta metodología (Astigarraga, 2003):

- El juicio de expertos es recomendado utilizarlo cuando las disciplinas a tratar no son exactas o cuando no se tiene información subjetiva del tema.
- Si concedemos todo el valor al criterio de un experto, el sesgo ocurrido sería evidente ya que nos limitaríamos al conocimiento y experiencia de una sola persona, pudiendo resultar una estimación muy imprecisa del objeto de estudio.
- La opinión del grupo da fuerza a los juicios obtenidos, debido a la reunión de diferentes experiencias, conocimientos y actitudes, y al consenso de las diferentes opiniones.

### 3.2.1.2.3 Características que definen el método Delphi

Podemos definir cuatro características que configuran la metodología Delphi. Son las siguientes (Yáñez Gallardo & Cuadra Olmos, 2008; Varela-Ruiz et al., 2012):

- 1) Proceso interactivo, donde los expertos panelistas participantes en el proceso dan su opinión o responden en más de una ocasión a partir de unas rondas de preguntas. Este

proceder ofrece al experto la posibilidad de reflexionar sobre sus propias opiniones, de poder modificarlas, en base a sus experiencias y conocimientos.

- 2) Proceso anónimo, los miembros panelistas no se conocen entre sí, no existe interacción física entre los expertos. Con esto lo que se evitan son las influencias negativas de los miembros líderes que pudieran imponer su opinión al resto de miembros, y también, la participación de todos los panelistas. El control de la comunicación está en manos del grupo investigador y nunca se establece comunicación directa entre los participantes.
- 3) Proceso en constante retroalimentación o feedback controlado, las opiniones y aportaciones de los expertos son procesadas por el grupo coordinador, aportando a todos los panelistas las informaciones generadas, y adaptando las opiniones a un lenguaje común extensible a todos los panelistas.
- 4) Respuesta estadística del grupo, aplicando la estadística a las respuestas ofrecidas por los panelistas integrantes.

La forma más habitual de realizar esta metodología es mediante correo electrónico. Las diferentes cuestiones son enviadas a los expertos, que tienen que responder en un periodo de tiempo determinado. Estas cuestiones se estructuran en fases. Cada fase conlleva una serie de cuestiones, organización y plazos de entrega para los panelistas. El análisis de los datos obtenidos en cada fase es realizado por un investigador principal o un grupo de investigadores entrenados en la materia

#### **3.2.1.2.4 Puesta en marcha del método Delphi**

- Grupo coordinador

El grupo coordinador está integrado por, María José Ruiz Montilla, enfermera y Javier Trujillano Cabello, doctor en medicina.

El grupo coordinador fue el encargado de estudiar y afinar el protocolo de trabajo. Seleccionó y reclutó a los expertos panelistas, elaboró los diferentes cuestionarios, trazó un cronograma de actividades, favoreció la participación de los expertos resolviendo aquellas dudas que se pudieran generar en el proceso, analizó las respuestas de las diferentes rondas, realizó una retroalimentación adecuada en base a las opiniones ofrecidas por los expertos, supervisó la marcha del proceso proponiendo y tomando medidas correctoras. Y finalmente interpretó los resultados y realizó el estudio estadístico oportuno.

En la metodología Delphi, un tema sumamente importante es la retroalimentación o feedback. El equipo coordinador es el nexo entre las opiniones de los expertos y los resultados finales. La información aportada por los expertos es clave, es la esencia para llegar al consenso. Los datos ofrecidos por el grupo coordinador, así como las preguntas y cuestionarios realizados, conforman el cuerpo del estudio y finalmente, los datos estadísticos, otorgan al método consistencia y validez. Este feedback mejora y facilita el producto final ya que se comparten las

opiniones y experiencias de todos los expertos para así crear un documento consensuado y aceptado por todos los expertos panelistas.

El Prototipo 1 cuenta con 17 ítems o preguntas de conocimientos generales sobre bioética, y 15 ítems o escenarios sobre actitud moral. Este primer prototipo es el que se entrega al grupo de expertos para su evaluación.

- Grupo de expertos participantes.

El grupo de expertos panelistas seleccionados para formar parte del método Delphi, fue elegido a partir de un perfil determinado. Los participantes debían ser expertos en bioética, tener dos años o más de experiencia con temas bioéticos, tener disponibilidad y voluntariedad para formar parte del grupo Delphi.

Inicialmente el grupo estaba formado por 22 expertos, en previsión que alguno de ellos pudiera fallar. El contacto con los expertos panelistas se realizó por vía email. Antes de iniciar el método Delphi, se contactó con los expertos seleccionados y se les presentó el estudio. Se explicaron los objetivos y metodología, y se solicitó su participación voluntaria, habiendo 6 expertos que por diferentes causas no aceptaron formar parte del estudio. Finalmente, el grupo se compuso de 16 expertos que respondieron en el margen de tiempo indicado, a las cuestiones que se les planteaba. Tres fases dirigidas a formalizar el cuestionario y una fase donde se les pedía cumplimentar una pequeña reseña biográfica sobre su titulación académica, años de experiencia profesional, años de dedicación a la bioética. Los datos obtenidos de los panelistas (Anexo E).

### **3.2.1.3 Tercera fase**

#### **3.2.1.3.1 Prueba piloto o pretest cognitivo**

Una vez aprobada la validez interna de contenido del cuestionario por el grupo de expertos, se realizó una prueba piloto del mismo, con una muestra de conveniencia, de la población que queremos estudiar, de 30 profesionales sanitarios. Esta prueba piloto se llevó a cabo la primera quincena del mes de junio de 2015. Los profesionales sanitarios que participaron comprendían las siguientes profesiones:

- Médicos y residentes de medicina.
- Enfermeras.
- Dietistas.

No hubo ninguna exclusión a la hora de captar a los participantes en la prueba piloto. Los motivos que llevaron a su elección son los siguientes:

- Relación directa y cercana con los investigadores.

- Predisposición para realizar la prueba.
- Voluntariedad y consentimiento.

Los servicios donde pertenecen los profesionales que participaron en la prueba piloto fueron los siguientes:

- Servicio de Cardiología: unidad coronaria, unidad de hemodinámica, unidad de electrofisiología.
- Quirófanos: quirófanos centrales. unidad de reanimación quirúrgica.
- Servicio de Cuidados Intensivos.
- Servicio de Neurología: unidad de hospitalización.
- Servicio de Endocrinología: unidad de dietética.

El objetivo de esta prueba piloto fue:

- Identificar que el tiempo de preguntas es el adecuado.
- Si el enunciado se comprende y si es correcto.
- Si las preguntas tienen la extensión adecuada.
- Si hay alguna pregunta que produzca rechazo o no se quiera contestar porque dañe la sensibilidad del profesional.
- Existencia de fallos de enunciado en el cuestionario.
- Valorar la fiabilidad del cuestionario.

Esta prueba piloto se realizó mediante la reunión presencial de los sujetos de la muestra, y valoración *in situ* del cuestionario. La recogida tuvo lugar en el mismo acto. La segunda parte de la prueba piloto (retest) se efectuó 10 días después de la primera recogida, y con los mismos participantes.

#### 3.2.1.3.2 Fiabilidad

La fiabilidad es el grado con el que el cuestionario mide con precisión y sin error. Que sea capaz de ofrecer unos resultados veraces, en diferentes ocasiones de utilización, pero similares de medición.

La fiabilidad se mide a través de la consistencia, la estabilidad temporal, y la concordancia interobservadores. Al tratarse de un cuestionario auto administrado, donde no existe interacción con el entrevistador no aparece el sesgo derivado de los interobservadores.

- Consistencia: hace referencia al nivel en que los ítems están relacionados entre sí. La homogeneidad entre los ítems nos dirá el grado de acuerdo y la posibilidad de agruparlos entre sí.

Se utilizó para medir la consistencia el Coeficiente Alfa de Cronbach. En el presente estudio el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach no será relevante ya que no todos los ítems del cuestionario están orientados hacia el mismo sentido.

- La estabilidad temporal: hace referencia a la concordancia de la prueba al ser evaluado a una muestra, y posteriormente ser reevaluado a la misma muestra por el mismo evaluador, con un periodo de tiempo de 10 días (fiabilidad test-retest).

Se utilizó para medir la estabilidad temporal el Coeficiente de Correlación Intraclase, CCI. Si es fiable, al administrar el cuestionario con una distancia de tiempo de 10-15 días, los resultados deberán ser iguales. Podemos dar por válido el CCI cuando éste sea  $>0.70$ , al comparar las dos respuestas separadas en el tiempo. Y cuando comparamos resultados individuales, el valor será  $>0.90$ . La distribución cualitativa de los valores del CCI es la siguiente:

- 0.0                    pobre
- 0.01-0.20           leve
- 0,21-0.40           regular
- 0.41-0.60           moderado
- 0.61-0.80           sustancial
- 0.81-1.00           casi perfecto

#### 3.2.1.3.3 Factibilidad

La factibilidad mide si el cuestionario es asequible para realizarlo en el campo que se quiere poner en práctica. Los aspectos que se evaluaron fueron el tiempo, la sencillez y amabilidad del formato, la brevedad y claridad de las preguntas, así como el registro, la codificación y la interpretación de los resultados. Se obtiene mediante el cálculo de:

- El porcentaje de respuestas no contestadas.
- El tiempo que se tarda en cumplimentar el cuestionario.
- La percepción de los profesionales al cumplimentarlo, respecto a su utilidad en la práctica clínica.

#### 3.2.1.3.4 Validez

La validez es el grado en que el cuestionario sirve para medir aquello para lo que ha sido diseñado.

- *Validez de contenido*: validez aparente: donde pretendemos averiguar, si el cuestionario construido y, por lo tanto, los ítems del constructo son indicadores de lo que realmente se pretende medir.

Se trató de someter el cuestionario a la valoración de expertos que nos indicarán si los ítems, dimensiones y en general, todo el cuestionario, servía y era adecuado para lo que realmente queríamos medir. No se puede medir mediante un índice numérico. Son valoraciones cualitativas que los expertos nos proporcionan sobre el cuestionario.

- *Validez de constructo*: donde se evalúa el grado en el que el cuestionario refleja la teoría del concepto que mide. Garantiza que las medidas que resultan de las respuestas del cuestionario puedan ser utilizadas y consideradas como medición del fenómeno que queremos medir.

Fue calculada mediante análisis factorial.

- *Validez de criterio*: hace referencia a la relación de la puntuación de cada sujeto con un Gold Estándar que realmente mide lo que queremos medir.

Para medirla se utilizó un cálculo sobre especificidad y sensibilidad, ya que son variables cualitativas.

#### 3.2.1.3.5 Variables de estudio

- Variables independientes (demográficas):
  - Edad: Número entero. Variable cuantitativa.
  - Sexo: Hombre/Mujer. Variable cualitativa dicotómica.
  - Profesión: médico/ enfermero/ dietista/ residente. Variable cualitativa policotómica.
  - Años de experiencia profesional: Número entero. Variable cuantitativa.
  - Estudios relacionados con la bioética: Si/No. Variable cualitativa dicotómica.
  - Conocimientos sobre el CEA: Si/No. Variable cualitativa dicotómica.
- Variables dependientes:

- Puntuación obtenida en el cuestionario de preguntas teóricas: 0-10. Variable cuantitativa: respuesta correcta o incorrecta.
- Puntuación obtenida en el cuestionario de actitud moral: Variable cualitativa, con una escala de 0 a 4, donde 0 corresponde a estar en total desacuerdo, y 4 corresponde a estar en total acuerdo con la afirmación.

Los resultados obtenidos en la prueba piloto fueron recopilados y ordenados mediante la aplicación Microsoft Excel y posteriormente pasados a soporte informático SPSS edición 20, para su análisis.

## 3.2.2 Etapa de puesta en marcha

### 3.2.2.1 Profesionales sanitarios

#### 3.2.2.1.1 Diseño

Se realizó un estudio instrumental, dentro de la clasificación de estudio empírico con metodología cuantitativa. Se analiza la aplicabilidad del cuestionario entre profesionales de la sanidad y estudiantes universitarios de la rama sanitaria (I. Montero & León, 2007).

#### 3.2.2.1.2 Participantes

Los profesionales participantes en el estudio pertenecen a los servicios del hospital antes citados. El número total de profesionales médicos en estos servicios es de 43, participando en el estudio 23 de ellos, un 65% del total. En enfermería, el número total de profesionales es de 93, participando en el estudio 65 profesionales, un 70 % del total. El total de profesionales tanto médicos como enfermeras es de 136, participando en el estudio 93 personas, un 68% del total de profesionales.

- Muestreo y criterios de inclusión profesionales sanitarios:
  - Los profesionales sanitarios que participan en el presente estudio fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional.
  - Los criterios de inclusión son los siguientes:
    - Profesional sanitario del Hospital Universitario Arnau de Vilanova, que accediera verbalmente al estudio. En este estudio se incluye a médicos, enfermeros.
    - Pertenencia al Servicio de Cuidados Intensivos y Servicio de Cardiología en activo.
- Descripción de los participantes:

- La muestra de participantes en el estudio fue de:
  - Enfermeras
  - Médicos
- Los profesionales que participan en esta etapa pertenecen a los servicios de Medicina Intensiva (UCI) y Cardiología. Ninguno de los profesionales que participan en la prueba piloto forma parte en la etapa de puesta en marcha. Los motivos por los cuales se limita la investigación a estos dos servicios hospitalarios son los siguientes:
  - Muchos conflictos de carácter bioético surgen en las unidades especiales, como puede ser la UCI y cardiología. Estas unidades presentan un alto número de ingresos al año y las situaciones que se viven, en muchas ocasiones, son de estrés bioético. Las unidades de cuidados intensivos y las unidades de cuidados intensivos cardiológicos fueron diseñadas para atender a los pacientes con enfermedades críticas y que necesitaban un tratamiento especial, diferente a los ofrecidos en el resto de las unidades asistenciales. Evitan muertes de pacientes que, siendo atendido en otras circunstancias, sucederían. Intervenciones complejas, técnicas altamente invasivas (Vera Carrasco, 2010).
  - Se presentan situaciones críticas, complejas y cuya carga emocional roza, en muchos casos, el dramatismo (Pessini, 2016).
  - El personal sanitario que presta sus servicios en estas unidades especiales es altamente cualificado (Taboada, 2003).
  - Proximidad y pertenencia a estos servicios. La investigadora del presente estudio pertenece al Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida.

### **3.2.2.2 Estudiantes Universitarios de la UdL**

Los alumnos de los grados de la UdL fueron del 62% del total. El grado de medicina, en la etapa PRE respondieron al estudio una muestra de 58 alumnos de un total de 101, siendo un 57% de total de alumnos PRE. Los alumnos POST de medicina que respondieron al estudio fueron 41 de un total de 87, respondiendo un porcentaje del 47% del total.

El número de alumnos del grado de enfermería PRE era de 106 y respondieron al estudio un total de 79, siendo un 75% del total. Los alumnos POST de enfermería eran un total de 71 y respondieron al cuestionario un total de 22, con un 31% del total de los alumnos.

El número de alumnos del grado de ciencias biomédicas en la fase PRE era de 41, y respondieron al cuestionario 35, un porcentaje total del 85%. Los alumnos POST eran 33 en total y los alumnos que contestaron al estudio fueron 20, con un porcentaje del 61%.

Los alumnos PRE del grado de psicología eran un total de 38, y contestaron a la investigación un total de 23, un 61%. En los alumnos POST, el número de alumnos totales era de 43 y contestaron al cuestionario 34 alumnos, un total de 79%.

Los alumnos PRE totales eran 286 y respondieron al cuestionario 195, un porcentaje del 68%. Los alumnos POST totales eran 234 y respondieron al cuestionario 117, un porcentaje del 50%.

En total el porcentaje de representatividad fue del 62%.

Los estudiantes universitarios de la UdL de la rama sanitaria, en cuyos planes de estudio se incluye la asignatura de bioética son:

- Estudiantes de enfermería.
- Estudiantes de medicina.
- Estudiantes de fisioterapia.
- Estudiantes de dietética y nutrición.
- Estudiantes de psicología.
- Estudiantes de ciencias biomédicas.

La elección de los estudiantes de enfermería, medicina, psicología y ciencias biomédicas para la realización del presente estudio atiende a los siguientes criterios:

- Se decide elegir a los estudiantes de enfermería y medicina en el presente estudio porque son el objetivo principal de este. En la atención sanitaria tanto hospitalaria como primaria o la ofrecida en las residencias, el peso que aporta la figura del enfermero y del médico es sin duda de gran importancia.
- Los alumnos de psicología y ciencias biomédicas presentan en sus planes de estudio la asignatura de bioética. Estos alumnos, en la mayoría de los casos, no se dedicarán en su vida profesional a la actividad asistencial a diferencia de médicos y enfermeros. Por este motivo, se han escogido como prototipo de estudiante con conocimientos en bioética pero que su actividad no va dirigida hacia la asistencia a pacientes y a resolver dilemas bioéticos.

Para poder realizar la comparación de los conocimientos en bioética que poseen los estudiantes de las anteriores carreras universitarias nombradas, antes de cursar la asignatura y después de cursarla, se diseña un plan para la consecución de este objetivo. Este plan consiste en pasar el cuestionario a los estudiantes de primero de carrera, que aún no han cursado esta asignatura y

al mismo tiempo pasar el cuestionario a los estudiantes de último curso de carrera, en enfermería, psicología y biomedicina. Los alumnos de medicina pasarán el cuestionario cuando estén cursando quinto año de carrera. El motivo por el cual se realiza de diferente forma es porque los alumnos de medicina en su sexto año de carrera lo invierten en la realización de prácticas asistenciales y las clases presenciales se ven restringidas a las mínimas. Por este motivo, se hace muy difícil la recopilación de datos necesarios para la consecución del estudio. Además, algunos de estos alumnos realizan estas prácticas en ciudades diferentes a donde cursan la carrera, complicando aún más la recogida de datos.

*Tabla 12. Cursos del alumnado participante en el estudio, según grado de la Universitat de Lleida*

	Pre asignatura de bioética	Post asignatura de bioética
Medicina	Alumnos de 1er Curso	Alumnos de 5ª Curso
Enfermería	Alumnos de 1er Curso	Alumnos de 4ª Curso
Psicología	Alumnos de 1er Curso	Alumnos de 4ª Curso
Ciencias biomédicas	Alumnos de 1er Curso	Alumnos de 4ª Curso

*Fuente: [www.udl.cat](http://www.udl.cat)*

### 3.3 Método estadístico

La muestra a analizar fue de conveniencia y limitada por la disponibilidad de participantes voluntarios. En los profesionales según el número total de médicos y enfermeras que conforman la plantilla (profesionales vinculados a trabajar con pacientes críticos-agudos). Y, en los alumnos del total de matriculados en el año y en la materia correspondiente. Se calculará el porcentaje de representatividad de acuerdo con estos valores.

Las variables discretas se describieron como porcentajes y las continuas como  $\bar{x} \pm$  desviación estándar. Para la comparación entre grupos de las variables cuantitativas se emplearon los estadísticos de Mann-Whitney (dos grupos) o de Kruskal-Wallis (más de dos grupos) (no asunción de características paramétricas de las variables); o la prueba de chi-cuadrado para las categóricas. Se estableció un valor de significación estadística con  $p < 0,05$ . Los cálculos se realizaron con el programa estadístico SPSS (versión 23.0).

## 3.4 Consideraciones éticas de investigación

El objetivo de la presente investigación es la creación, validación y puesta en marcha de un cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitudes morales. Este cuestionario está dirigido a profesionales sanitarios. Las personas objeto de estudio son los profesionales de todo ámbito sanitario.

Los alumnos de los grados de enfermería, medicina, psicología y ciencias biomédicas participan en esta investigación, como futuros profesionales sanitarios y por haber cursado la asignatura de bioética durante el grado.

Esta investigación se basó en estos pilares fundamentales:

- Informe del Comité ético de investigación clínica (CEIC).
- Permiso solicitado a la dirección del hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV).
- Permiso solicitado a los Decanos de las diferentes facultades para la realización de la investigación.
- Anonimato de los datos de carácter personal.
- Consentimiento.
- Integridad en la investigación.
- Conflicto de intereses.

### 3.4.1 El informe del comité ético de investigación clínica

Se realizó una petición por escrito al presidente del CEIC de Lleida y dirigida a la secretaria del CEIC, explicando la investigación a realizar y solicitando el permiso para llevarla a cabo (Anexo B). La respuesta dada por la secretaria del CEIC otorga el permiso solicitado ya que no se va a realizar ninguna intervención sobre pacientes o familiares, ya que únicamente se realizará sobre personal sanitario (Anexo C).

### 3.4.2 Permiso solicitado a la dirección del Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Se realizó una petición por escrito a la Gerencia Territorial del ICS de Lleida y a la Dirección de Enfermería, solicitando el permiso para poder realizar la investigación contando con los profesionales sanitarios. La respuesta dada por la dirección del hospital otorga el permiso solicitado se incluye en el (Anexo A).

### 3.4.3 Permiso solicitado a los Decanos de las diferentes facultades para la realización de la investigación

Se realizó una petición por escrito a los decanos de las Facultades de enfermería y fisioterapia, (Anexo D); de medicina y ciencias biomédicas y psicología.

Las respuestas dadas por los decanos de las facultades son orales, realizada mediante entrevista personal, no quedando constancia escrita de las mismas. Todas las respuestas son afirmativas, otorgando a la investigadora el consentimiento para realizar el estudio.

### 3.4.4 Anonimato de los datos de carácter personal

La privacidad de los datos recogidos en una investigación siempre es importante y requiere un tratamiento escrupuloso de los mismos.

Los datos demográficos obtenidos en la investigación no presentaron ningún enlace con la persona que responde al cuestionario, ya que no es necesario volver a contactar con el sujeto para realizar ninguna actuación sobre él (como comunicar resultados). Por este motivo, no hizo falta insertar ningún código de referencia para enlazar datos, que pudiera identificar a la persona. Los datos obtenidos fueron completamente anónimos.

Los datos obtenidos en la investigación también fueron procesados de forma confidencial e informatizada, garantizando de este modo la máxima seguridad para cualquier tipo de información<sup>18</sup>, de acuerdo con lo que dicta la legislación vigente.

### 3.4.5 Consentimiento

Toda investigación realizada con seres humanos ya sea la prueba de un medicamento nuevo, la puesta en marcha de un protocolo de actuación, la recogida de datos para estudios psicológicos, o cualquier otro tipo de consideración, requiere un proceso de información estricto hacia los sujetos a quienes se les realiza, el entendimiento de esta, y la aceptación, otorgando así el consentimiento. Esta necesidad de informar, entender la información y aceptar el acto a realizar tiene sus orígenes en las investigaciones con seres humanos realizadas en el pasado siglo. El Código de Núremberg (Comité Nacional De bioética, 1947), o la Declaración de Helsinki (AMM, 2017) así lo hacen patente.

El estudio contó con una hoja de consentimiento (Anexo F), donde se explicó con detalle todos los datos relacionados con la investigación. Tanto los alumnos como los profesionales que realizaron este estudio fueron informados verbalmente. La hoja de consentimiento solamente la firman los alumnos de la UdL, que dan tanto su consentimiento de forma oral como escrita. Aquellas personas que no quisieron participar en el estudio, tanto profesionales como alumnos

---

<sup>18</sup> De acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

directamente no participaron. La participación fue totalmente voluntaria y no medió remuneración ni ningún otro beneficio derivado de ésta.

### **3.4.6 Integridad en la investigación**

La integridad de una investigación se define a partir de una serie de buenas prácticas (National Research Council, 2002):

- Honestidad intelectual al proponer, realizar e informar las investigaciones.
- Precisión en la representación de contribuciones a propuestas de investigación e informes.
- Imparcialidad en la revisión por pares.
- Colegialidad en las interacciones científicas, incluidas las comunicaciones e intercambio de recursos.
- Transparencia en conflictos de intereses.
- Protección de sujetos humanos en la realización de investigaciones.
- Adhesión a las responsabilidades mutuas entre los investigadores y sus equipos de investigación.

### **3.4.7 Conflicto de intereses**

En esta investigación no ha habido conflicto de intereses, ni otro sesgo que pudiera sobrevenir en la realización del estudio.



## **4. Resultados**



## 4.1 Resultados de la etapa preliminar

El objetivo de la etapa preliminar fue la creación y la validación de un instrumento capaz de medir los conocimientos que un profesional de la salud tiene en referencia a la bioética y también las actitudes morales que presenta frente a situaciones de estrés Bioético.

La etapa preliminar abarcó tres grandes fases:

- Primera fase: Comprendió desde el planteamiento de la pregunta de investigación hasta la búsqueda bibliográfica

Construcción de un cuestionario que consta de tres partes:

- Hoja de información y consentimiento a cumplimentar con los datos demográficos (Anexo F).
- Cuestionario teórico sobre conocimientos en bioética (Anexo G).
- Cuestionario de escenarios para valorar actitudes en bioética (Anexo G).
- Segunda fase: Puesta en marcha de la metodología Delphi.
- Tercera fase: Prueba piloto o pretest cognitivo.

Los resultados obtenidos en esta etapa preliminar se detallan en el artículo realizado por la investigadora en formación del presente trabajo. El artículo recoge todo el proceso de realización de la etapa preliminar del trabajo. La construcción de las tres partes del cuestionario, el desarrollo de la metodología Delphi, y la prueba piloto o pretest cognitivo. El artículo se presenta a continuación:

Ruiz Montilla, M. J., Esquerda, M., Costa Mateu, J., Pifarre, J., & Trujillano, J. (2019). Survey on the knowledge of bioethics and moral attitudes by healthcare professionals: A pilot study. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 10(10), 75-90.

(Ruiz Montilla, Esquerda, Costa Mateu, Pifarre, & Trujillano, 2019)

## **SURVEY ON THE KNOWLEDGE OF BIOETHICS AND MORAL ATTITUDES BY HEALTHCARE PROFESSIONALS: A PILOT STUDY**

Ruiz Montilla MJ<sup>1,2</sup>, Esquerda M<sup>3</sup>, Costa Mateu J<sup>1,2</sup>, Pifarre J<sup>1,4</sup>, Trujillano J<sup>1,2</sup>,

<sup>1</sup>Universitat de Lleida, <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, <sup>3</sup>Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon LLull, <sup>4</sup>Hospital Universitari Santa Maria-GSS, Lleida

### **Abstract**

#### **Aim**

*The goal of this study is to create a theoretical survey of bioethics and moral attitudes to determine the level of knowledge of this subject among healthcare professionals, as well as to conduct a pilot study to establish its applicability to the healthcare population.*

#### **Method**

*This study has two phases. In the first phase, we created a survey of bioethics that includes three different sections: a survey to assess knowledge of bioethics, another survey with scenarios reflecting moral attitudes, and a final section to collect demographic data from the study population, all created using an expert or Delphi method review with the participation of sixteen experts in the field. The second phase consists of the completion of a pilot study with a total of thirty healthcare professionals and re-testing eight days after the initial phase.*

#### **Results**

*A survey with twenty theoretical questions relating to bioethics and fifteen scenarios reflecting moral attitudes was created using the Delphi method. The survey was internally validated by the pilot study. The intraclass correlation coefficient for all the scenarios was between 0.6 and 0.8.*

#### **Conclusions**

*A final survey was prepared on the theoretical knowledge of bioethics with fifteen questions and a survey on moral attitudes comprising thirteen scenarios. They were internally validated. The survey obtained may be applied to broad populations of healthcare personnel.*

**Keywords:** *knowledge of bioethics, moral attitude, Delphi method, survey, healthcare professionals.*

## **INTRODUCTION**

*Healthcare professions have their own specific knowledge, theoretical framework and characteristic activities. Despite the fact that all healthcare professions reflect individual characteristics, there is one field that connects all branches involved in patient health: bioethics<sup>1</sup>. This discipline links all healthcare professionals with the goal of acknowledging, justifying and resolving ethical problems that arise during patient care<sup>2</sup>.*

*The term “bioethics” was coined by Fritz Jahr, a protestant pastor, who first cited it in a German natural science magazine, Kosmos, in a 1927 editorial<sup>3</sup>. Sometime later, a biochemist from the University of Wisconsin who was dedicated to cancer research, Dr. Van Rensselaer Potter, perpetuated its use<sup>4</sup>. Etymologically, it comes from the Greek bio- (βιο-) [life] and ethikos (ἠθικός): application of ethics to life sciences. Morality and ethics lead to different questions even though they have similar etymologies. Morality refers to the practical aspect of an action and attempts to answer the question: “What should I do?” The subject of ethics involves the theoretical part of the reflection and attempts to answer questions like: “What is moral?” and “How can such reflection be applied to daily life?”<sup>5</sup>. Therefore, this work refers to moral aspects, problems or scenarios.*

*The Healthcare Ethics Committees (HECs) were created as a way to help healthcare professionals to approach morality-related healthcare decisions. The history of HECs dates back to the 1960s and their evolution over this half-century of existence has defined their three fundamental roles: operating as a consulting group for moral dilemmas encountered by healthcare professionals, advising healthcare centers when these are preparing clinical guidelines involving ethical components, and training healthcare professionals on moral issues<sup>6,7</sup>.*

*In order to carry out these objectives, the composition of HECs—including the one at our institution—must be multidisciplinary, consisting of healthcare professionals (e.g., doctors, nurses, social workers), attorneys and members of the society not professionally affiliated to the healthcare center<sup>8</sup>.*

*The role of training healthcare professionals is fundamental. Moral dilemmas are a part of the daily life of all healthcare professionals and it is therefore essential for all healthcare personnel to have updated theoretical knowledge and tools to overcome those moral dilemmas<sup>9</sup>. One of the barriers that prevents healthcare personnel to make use of HECs is the lack of knowledge of the roles and objectives of these committees<sup>10</sup>.*

*Although specific surveys exist which measure knowledge of the roles of HECs, there are not many tools that measure the knowledge of and attitude towards healthcare moral issues in a combined manner<sup>11</sup>.*

*Therefore, in 2014 the HEC at our institution commenced research on the healthcare professionals' knowledge and attitudes towards bioethics and the positions taken when faced with a conflict in their clinical practice. The shortcomings in theoretical knowledge, in the resolution of ethical dilemmas and the mechanism of consulting with HECs must first be detected in order to design appropriate training actions.*

*The objectives of this work are: 1) To design a survey of theoretical knowledge of bioethics and of moral attitudes when faced with situations of bioethical conflict, to determine the level of knowledge of this subject among healthcare professionals, and 2) to conduct a pilot study of the survey with the intention of establishing whether it may be more generally applicable to the healthcare population.*

## **METHOD**

### ***Project development phases***

*This work was carried out in two phases (Figure 1). The first phase involved designing a survey, and the second one involved a pilot study with 30 healthcare professionals.*

#### ***First phase: designing the survey***

*There were two consecutive steps in the first phase. The first step was the selection of a panel of experts and the preparation of the first draft survey. The second step involved using 3 rounds of the Delphi method to design the definitive survey<sup>10</sup>.*

The panel of experts was chosen among professionals in the Lleida Healthcare Ethics Committee at Hospital Sant Joan de Déu in Barcelona and from private foundations, such as the Borja Institute on Bioethics and the Lucas Grifols Foundation. There were 16 experts, 15 of which were experts in hospital care and 1 was an expert in bioethics law who had significant experience in healthcare-related conflict resolution (**Table 1**).

A draft survey was prepared by the authors of this article, who worked as a focus group. Three sections were included in the draft survey. First, a section with demographic and bioethics training data for the population with the following items: age, sex, years of professional experience, unit where the healthcare professional works, knowledge of bioethics and studies related to bioethics—both as part of their education and ongoing professional training—and knowledge of the HEC (they were asked if they knew of its existence and the rules governing its operation). Second, a bank of bioethics theory questions including 45 suggestions and four possible answers of which only one is correct.<sup>6</sup> The traditional bibliography for bioethics issues as well as the most updated bibliography on these issues were used to select the questions<sup>1, 2, 5, 7, 11, 12</sup>. The last section is a survey of moral attitudes consisting of 15 situations in which a moral conflict, that is common in healthcare, should be approached. The conflicts were selected over the base of the researchers' professional experiences in their areas of work: intensive care, emergency medicine, cardiology, etc. Scenarios were proposed with different moral dilemmas based on the following items: Limitation of Therapeutic Effort (LTE)<sup>13,14</sup>; Violation of Medical Confidentiality (VMC)<sup>15,16</sup>; Distributive Justice<sup>17</sup>; Conscientious Objection (CO)<sup>18</sup>; Medical Tourism (MT)<sup>19</sup> and Patient Autonomy (PA)<sup>20</sup>.

Each Scenario (S) shows between 4 and 6 statements to be answered on a Likert scale of 0–4 based on the level of agreement with the statement, where 0 means “totally disagree” and 4 represents “totally agree”.

For the second step, the panel of experts was applied with the Delphi method for 3 rounds<sup>12</sup>. The first round was used to select 20 theoretical questions and the 14 moral scenarios. In the second round, the definitive statements were established for the moral attitude survey, and agreement was reached on the demographic and informed consent sections. The definitive format for the survey was created in the third step.

### **Second phase: Pilot study**

The pilot group of 30 healthcare professionals was chosen by means of a convenience sampling from among doctors, nurses and dieticians. The objectives of the pilot study were the following: to identify the time needed to complete the survey, to identify the question and instruction comprehension problems and the level of test/re-test reliability of the moral attitude survey<sup>21</sup>. An informational document for completion was provided along with the survey in addition to the study's consent document. The percentage of correct answers in the theoretical section was calculated to classify the questions as High Knowledge (answered correctly in 90-100% of the cases), Average Knowledge (correct in 50-89% of the cases) and Low Knowledge (less than 50% correct).

The reliability of the moral attitude survey was studied for the responses to the moral attitude scenarios by measuring the stability over time (test/re-test), which refers to the test concordance upon being assessed with a sample and later re-assessed with the same sample within a time interval of 8-10 days between the two measurements. The test/re-test reliability was found by calculating the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) with a 95% confidence interval. The presence of the ceiling or floor effect was also evaluated in the important items.<sup>22</sup>

## **RESULTS**

During the first phase, corresponding to the Delphi method (March–June 2015) after the initial survey and following the three consensus evaluation rounds by the group of experts, a final theoretical knowledge survey was obtained with 20 questions and 14 scenarios of moral conflict. The concepts related to the theoretical questions and the moral attitude scenarios included in the survey are shown in **Table 2**.

With respect to the second phase of the study, **Table 3** shows the characteristics of the population recruited for the pilot study. Particularly remarkable is the fact they are young (average age 34±9 years), predominantly female, mostly nurses, and only approximately one-fourth of the participants expressed having prior knowledge about bioethics or about the way the HEC operates.

The average completion time for the survey on the first attempt was 45 minutes, and for the second attempt (re-test) it was 25-30 minutes. There were no problems regarding interpretation of the questions.

The overall percentage of correct responses per individual on the theoretical knowledge survey was 50-90%. And the range obtained for properly answered questions was 33.3-100%. **Table 4** shows the percentage of correct answers on the bioethical issues of the questions. Topics related to informed consent, euthanasia, confidentiality, and professional virtues are widely known by the professionals participating in the pilot study. However, the questions regarding mature minors, bioethics laws and some theoretical concepts, were less known by these professionals. The moral attitude scenarios were grouped according to the general dimensions corresponding to major bioethical issues (**Table 5**). These issues were: Limitation of Therapeutic Effort (LTE), Vulneration of Clinical Information (VCI), Conscientious Objection (CO), Distributive Justice (DJ), Health Tourism (HT) and Patient Autonomy (PA). There are two scenarios—marked with the letter R—which consider problems with a higher ceiling-floor effect (E-12 corresponding to the concept of Health Tourism) and lower test/re-test concordance (E-6 on Vulneration of Clinical Information). These are the scenarios that have to be revised or voided after this pilot study. The results of the test/re-test reliability are also shown in **Table 5**. The Intraclass Correlation Coefficient for all the scenarios remained between 0.6 and 0.8, indicating that the survey is of acceptable reliability over time. The final survey contains 15 theoretical questions and 13 scenarios (**ANNEX 1**). Five theoretical questions were withdrawn due to having no erroneous answer, and one scenario due to lack of concordance.

## **DISCUSSION**

This work has led to the creation of a survey of bioethics knowledge comprised of 20 theoretical questions, a survey on moral attitudes comprised of 14 scenarios, and the internal validation of these surveys.

The growing material available for bibliographic review suggests that currently there is a profound interest in bioethics issues. Healthcare professionals related to bioethics understand the clear need to be aware of these issues in order to provide excellent healthcare<sup>23</sup>.

The objective of identifying problems and creating training tools pursuant with the work published can be classified into three groups based on the methods used: the analysis of cases

*reflecting ethical dilemmas, narrative interviews with professionals on specific ethics problems, and surveys on bioethics aspects.*

*Some publications mix medical cases with moral problems and compare and describe the responses from individual professionals or HECs consulted<sup>24</sup>. We believe our work should reflect different scenarios rather than focus on just one.*

*The methodology involved with a narrative description of the moral problem, the interpretation thereof and a possible solution is quite interesting. However, we did not consider it for our study due to the large amount of time needed to analyze each of the dilemmas we wanted to include.*

*Surveys on ethics issues are present in the traditional literature. The methodology used for our work allowed us to gather knowledge and scenarios on moral attitudes. There are specific surveys to assess the knowledge of the roles and the use of HECs<sup>6</sup>. There are also questions on our survey of non-HECs regarding knowledge of HECs and the possibility of consulting the HEC if deemed appropriate within the context of the scenarios.*

*Poikkeus et al.<sup>25</sup> review the main publications which include methodologies assisting with developing ethics-related skills among nursing professionals. It includes a total of 34 publications dated between 1989 and 2011. Of the 34 articles, 15 use a survey completion methodology to analyze specific problems (e.g., euthanasia, end-of-life, very premature newborns, etc.). There are other surveys included in this review. For example, Kim et al.<sup>26</sup> analyzes only the concerns or needs among nursing professionals in relation to ethical aspects and does not describe their level of knowledge or attitudes towards moral dilemmas as outlined in our work. One advantage of our survey is that it was created by a multidisciplinary group (i.e., it is not only aimed at nursing professionals).*

*We also analyzed three studies in more detail which are somewhat similar to ours regarding the development and language. The first study is by Zabala-Blanco et al.<sup>27</sup>, conducted at the University of Cantabria School of Nursing. The author discusses the assessment of the level of training, knowledge and perceptions of different bioethical aspects that must be reflected in healthcare professionals. It has three parts, much like our study: a demographic content part, a second part on theoretical knowledge and a third part dedicated to moral perception problems. The difference with ours is that it exclusively focuses on human rights issues and uses internal validation based on an analysis by four experts.*

*The second study by Buendía et al.<sup>28</sup> compares dentistry students from two Latin American universities. The bioethics knowledge of the students interviewed and the differences between the two universities studied are measured. It uses an internally-produced survey to conclude there is a lack of interest in bioethics issues among the students. These results could be compared with those obtained with our pilot study, but our sample of healthcare professionals is completely different from their focus on students.*

*The third study by Tosar et al.<sup>29</sup> evaluates the bioethics knowledge of a group of traditionalist doctors with experience, using an internally-produced survey. The conclusions obtained suggest the traditionalist doctors have enough knowledge of bioethics issues to provide proper care. Our study not only includes knowledge, but we also present scenarios that reflect the professionals' attitudes when facing moral problems.*

*The main contribution of our work is the creation of a survey in which a multidisciplinary team participated using the Delphi method, which is aimed at all healthcare professionals. This survey can be answered in about 30 minutes, making it a very practical tool for dissemination.*

*The theoretical questions cover aspects essential to all healthcare professionals, and an adequate level of difficulty in answering the questions has been attained. This helps to differentiate between professionals with different theoretical knowledge of the issues. For example, we observed how the questions answered by the pilot group that received the lowest scores had to do with knowledge of mature minors and bioethics laws, which means these aspects would be the essential ones to consider for future training plans devised by our HEC.*

*The scenarios reflect a large variety of topics. The limited therapeutic effort dimension covers certain well-known and heavily-studied scenarios among healthcare professionals who resolve them by seeking family guidance, active listening and respect for patient autonomy<sup>13, 14</sup>.*

*The violation of medical confidentiality dimension covers distribution of information over the phone about an admitted patient; this involves patient confidentiality and how professionals have been trained in this area<sup>15, 16</sup>.*

*The distributive justice dimension is a popular topic at the moment. The responses obtained prove this is a social problem. The need to control healthcare expenditure and adequate management of financial resources force a pattern of stereotyped responses. Professionals respond conclusively and with ceiling or floor options depending on the statement<sup>17</sup>.*

*The conscientious objection dimension involves a rather high-profile case which is currently monopolizing public opinion. The responses obtained could be explained by this exceptional situation<sup>18</sup>.*

*The health tourism dimension is a scenario that involves a conflict, as the responses obtained are the result of a heavy emotional burden created by a 9-year-old child in the scenario who must receive a very costly treatment to be cured. Any situation involving a minor is always subject of controversy and unrest. For this reason, responses asking for HEC advice are the largest number<sup>19</sup>.*

*The patient autonomy dimension also stirs controversy and leads to responses with a ceiling or floor effect as it involves denying a patient treatment or care simply because the patient does not think the same way as we do. Another scenario refers to a minor whose parents refuse the possibility of a blood transfusion due to their religion, and the possibility of the patient dying from that decision. This issue generates immense controversy as the healthcare professional scandalously chooses to side with the minor who must always be protected and benefitted<sup>20</sup>. The decision to include these issues was made as per the methodology and they reflect possible dilemmas that can be observed in healthcare today.*

*As concerns about the limitations of the study, we must highlight the small sample size included in this pilot study and the impossibility of covering all topics of interest in bioethics found in healthcare. Other issues could have been included, such as human rights<sup>30</sup>, medical law<sup>31</sup>, cloning<sup>32</sup> and nanotechnology<sup>33</sup>, neuroethics<sup>34</sup>, etc.*

*Only the results of the pilot study are available, but they reflect adequate survey reliability and feasibility. They were also used to make the final adjustments to improve the survey (i.e., we will remove the scenarios that did not reflect adequate reliability and the theoretical questions which offer no information due to the lack of difficulty). We must also continue expanding the sample to a larger number of professionals. The survey is offered to all professionals who wish to use it in their fields of work.*

*Finally, we can state that the creation of this survey on bioethics knowledge and moral attitudes for healthcare professionals addresses the concerns of the members of the HEC at our institution. One of the essential roles of HECs is training healthcare professionals as well as committee members. The ultimate aim is to determine the bioethics knowledge and needs of the*

*various healthcare professionals in order to create assistance programs, training tools and guidance for healthcare and situations of bioethics stress under the coordination of the HEC. We believe that this survey, when applied to the healthcare population, can contribute to this aim.*

## **CONCLUSIONS**

*A theoretical survey has been created on bioethics knowledge that encompassed 15 questions.*

*A survey on moral attitudes has been created with 13 situations inherent to healthcare.*

*The surveys were internally validated, and it has been concluded that these surveys may be valid for application to broad populations of healthcare personnel.*

## REFERENCES

1. Montero, F., Morlans M. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundación Doctor Robert y Sanofi-Aventis; 2009, p. 167.
2. Abel, F. *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid: Fundación Mapfre; 2007.
3. Sass, H.M. (2011). *El pensamiento bioético de Firtz Jahr 1927-1934*. *Aesthethika*, 6(2), 20–33.
4. Potter, V.R. *Bioethics: Bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1971.
5. Cortina, A. *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica*. Madrid: Tecnos; 1986. p. 30-32.
6. Hajibabae, F., Joolae, S., Cheraghi, M.A., Salari, P., Rodney, P. (2016). *Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview*. *J Med Ethics Hist Med*, 9(17).
7. Gracia, D., Júdez, J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela; 2004.
8. Strech, D., Hurst, S., Danis, M. (2010). *The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: a 4-stage process*. *Med Care*, 48(9), 821–826.
9. Gaudine, A., Lamb, M., LeFort, S.M., Thorne, L. (2011). *Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees*. *Nurs Ethics*, 18(6), 767–780.
10. Jansky, M., Marx, G., Nauck, F., Alt-Epping, B. (2013). *Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee*. *Nurs Ethics*, 20(7), 771–783.
11. Casado, M., Leyton, F. (2009) *La enseñanza de la bioética en las universidades españolas*. *Rev. bioét. derecho*, 17, 46–49.
12. Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., García-Durán, R. (2012). *Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud*. *Inv Ed Med*, 1(2), 90–95.
13. Montes, L., Marín, F., Pedrós, F., Soler, F. *Qué hacemos para conseguir que la lucha por una vida digna incluya la exigencia de una muerte digna*. Madrid: Akal; 2012.
14. Broggi, M.A. *Por una muerte apropiada*. Barcelona: Anagrama; 2013.
15. Sanz, N. *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria*. Madrid: Comares; 2012.
16. Rebollo, L., Serrano, M.M. *Manual de Protección de Datos*. Madrid: Dykinson S. L.; 2014.
17. Rawls, J. *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998.
18. De Lora, P., Gascón, M. *La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios*. En: *Bioética. Principios, desafíos, debates*. Madrid: Alianza editorial; 2008. p.140–154.

19. Reed, C.M. (2008). *Turismo médico*. *Med Clin North Am*, 92(6), 1433–1446, xi.
20. Gallego, S. *El Derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: una nueva realidad legal*. Pamplona: Aranzadi Thomson Reuters; 2009.
21. Martín, M.C. (2004). *Diseño y validación de cuestionarios*. *Matronas Profesión*, 5(17).
22. Argimon, J.M., Jiménez, J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4ª ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2012.
23. Grady, C., Danis, M., Soeken, K.L., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Ulrich, C.M. (2008). *Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers?* *Am J Bioeth*, 8(4), 4–11.
24. Reiter-Theil, S. (2000). *Ethics consultation on demand: concepts, practical experiences and a case study*. *J Med Ethics*, 26(3), 198–203.
25. Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2014). *A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses*. *J Adv Nurs*, 70(2), 256–271.
26. Kim, Y.S., Park, J.W., You, M.A., Seo, Y.S., Han, S.S. (2005). *Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses*. *Nurs Ethics*, 12(6), 595–605.
27. Zabala-Blanco, J., Alconero-Camarero, A.R., Casaus-Pérez, M., Gutiérrez-Torre, E., Saiz-Fernández, G. (2007). *[Evaluation of bioethical aspects in health professionals]*. *Enferm Clin*, 17(2), 56–62.
28. Buendía, A., Álvarez, C. (2006). *Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina*. *Acta Bioeth*, 12.
29. Tosar, M.A., Álvarez, T., Rios, M. (2009). *El Conocimiento de la ética-bioética del especialista de medicina tradicional y natural I parte*. *Rev haban cienc méd*, 8(5), 142.
30. Rodríguez, J.M. *Bioética y Derechos*. Madrid: Dykinson; 2016.
31. Palomar Olmeda, A., Cantero Martínez, J. *Tratado de derecho sanitario*. Madrid: Aranzadi; 2013.
32. Martínez Picabea de Giorgiutti, E. *Genética y bioética, dos espacios convergentes*. Buenos Aires: Dunken; 2013.
33. Boladeras, M. *El impacto de la tecnociencia en el mundo humano: diálogos sobre bioética*. Madrid: Tecnos; 2013.
34. Amor, J.R. *Bioética y neurociencias: vino viejo en odres nuevos*. Institut Borja de Bioètica; 2015.
35. Íñiguez, L. (1999). *Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales*. *Aten Primaria*, 23(8), 496–502.

36. Especiales A, Sogi C, Zavala S, Ortiz P. (2005). ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? *An Fac Med Lima*, 66(2), 174–178.
37. Hold, J.L. (2017). A good death. *Nurs Ethics*, 24(1), 9–19.
38. Lützén, K., Nordström, G., Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci*, 9, 131–138.

**Table 1. Delphi method list of experts**

<i>Participants</i>	<i>Degree</i>	<i>Professional Experience (years)</i>	<i>Bioethics Experience (years)</i>	<i>Age</i>	<i>Gender</i>
1	M + PS	21	11	46	Female
2	M + PS	21	12	46	Male
3	N	22	12	46	Male
4	M	24	3	49	Female
5	M	24	2	48	Female
6	GL	25	23	48	Female
7	SW	26	6	50	Female
8	M	26	9	47	Male
9	N	28	13	49	Female
10	M	28	5	53	Male
11	M	30	6	59	Female
12	N+ PS	33	16	56	Female
13	M	35	3	56	Male
14	SG	35	16	53	Female
15	M	42	25	65	Male
16	M	45	25	64	Male

M: Medicine. N: Nursing. PS: Psychology. SW: Social Worker. SG: Social Graduate. GL: Graduate in Law

**Table 2. Concepts used in theoretical questionnaire and attitude scenarios**

<b>Concepts</b>	<b>Theory Questions</b>	<b>Scenarios</b>
1- Bioethical Theory	1, 17, 12	
2- Concepts about HEC	14	
3- Bioethics Legislation	20	
4- Limitation of the therapeutic effort (LTE)	4, 5, 7, 8, 13	E-12 & E-5
5- Vulneration of Clinical Information (VCI)	11	E-10, E-6 & E-3
6- Conscientious Objection (CO)	10	E-11, E-1 & E-4
7- Distributive Justice (DJ)	3	E-9 & E-14
8- Health Tourism (HT)		E-8 & E-12
9- Patient autonomy (PA)	9	E-7 & E-13
10- Professional virtues	15	
11- Mature minor	2	

HEC: Healthcare Ethics Committees.

**Table 3. Descriptive characteristics of the professionals in the pilot group**

<b>Features</b>	<b>n = 30</b>
<b>Age (years) *</b>	34.8 ± 9
<b>Gender (Female) n (%)</b>	20 (67 %)
<b>Department n (%)</b>	
Cardiology	13 (43 %)
Intensive Medicine	9 (30 %)
Operating Room	4 (13 %)
Hospitalization Section	4 (13 %)
<b>Studies n (%)</b>	
Medicine	6 (20 %)
Nursing	24 (80 %)
<b>Professional Experience (years)*</b>	11.1 ± 8
<b>Knowledge about HEC (%)</b>	7 (23 %)
<b>Knowledge about Bioethics (%)</b>	8 (26 %)

\* Values as mean ± standard deviation. HEC: Healthcare Ethics Committees.

**Table 4. Assessment of the theoretical questions**

	<i>High Knowledge</i>	<i>Half Knowledge</i>	<i>Under Knowledge</i>
<b>Success Percentage</b>	90 – 100 %	50 – 89 %	30 – 49 %
<b>Questions</b>	8,9,10,11,15,17,18	1,3,4,5,6,7,13, 14	2,12,16,19,20
<b>Concepts</b>	Euthanasia Informed Consent Clinical Practice Confidentiality Professional Virtues Principles of Bioethics HEC composition	Bioethics Concept Patient Autonomy LTE Euthanasia HEC Functions	Mature minor Bioethics Concepts Bioethics Legislation

*LTE: limitation of the therapeutic effort. HEC: Healthcare Ethics Committees.*

**Table 5. Pilot study group (responses (n=30) of the moral attitude scenarios**

	<b>SCENARIOS</b>	<b>ITEMS</b>	<b>CEILING E</b>	<b>FLOOR E</b>	<b>ICC (95% CI)</b>
<b>LTE</b>	S-12	6	0	0	0.535 (0.350-0.839)
	S-5	6	2	0	0.693 (0.514-0.886)
<b>VCI</b>	S-10	5	1	2	0.696 (0.539-0.856)
	S-6	5	1	4	0.428 (0.287-0.709) <b>R</b>
	S-3	6	2	0	0.748 (0.467-0.881)
<b>CO</b>	S-11	4	2	0	0.724 (0.414-0.870) 0.659
	S-1	5	1	0	(0.519-0.844) 0.695
	S-4	5	1	0	(0.624-0.899)
<b>DJ</b>	S-9	5	0	1	0.676 (0.541-0.847) 0.717
	S-14	5	1	1	(0.521-0.867)
<b>HT</b>	S-8	5	0	0	0.736 (0.440-0.901)
	S-12	5	3	1	0.597 (0.317-0.806) <b>R</b>
<b>PA</b>	S-7	5	0	2	0.697 (0.361-0.878)
	S-13	5	2	1	0.743 (0.459-0.878)

LTE: Limitation of the Therapeutic Effort. VIC: Vulnerability of Clinical Information. CO: Conscientious Objection. DJ: Distributive Justice. HT: Health Tourism. PA: Patient Autonomy.

Ceiling E: Ceiling effect. Floor E: Floor effect. ICC: Test-retest intraclass correlation coefficient. 95% CI: 95% confidence interval. R: need to review the scenario.

## **4.2 Resultados de la etapa puesta en marcha: profesionales**

### **4.2.1 Cuestionario de características demográficas y estudios en bioética**

La muestra de profesionales participantes en el estudio es de 93, entre personal de enfermería (65) y personal médico (28). La representatividad de la muestra osciló entre un 65% y un 70%, con un valor medio de 68%.

Los ítems que se valoraron en este primer cuestionario sobre características demográficas y estudios en bioética fueron los siguientes:

- Edad.
- Sexo/Género.
- Años de antigüedad en la profesión.
- Estudios relacionados con la bioética.

En la Tabla 13 se detallan los datos obtenidos en este cuestionario.

Tabla 13. Características demográficas de los participantes del estudio, estudios en ética y profesión. (n=93)

	Grupo N = 93	Enfermeras N = 65	Médico N = 28	P
Edad (años) ( $\bar{x} \pm D.E$ )	42,6 $\pm$ 11	43,5 $\pm$ 11	39,9 $\pm$ 11	0,147
Edad > 40 años n (%)	47 (50,5)	30 (46,2)	17 (60,7)	0,198
Sexo -Hombre n (%)	24 (25,8)	6 (9,2)	18 (64,3)	<0,001
Antigüedad (años) ( $\bar{x} \pm D.E$ )	15 (9-26)	17 (11-27)	11 (5-21)	0,010
Estudios ética				0,315
Grado n (%)	13 (14,0)	9 (13,8)	4 (14,3)	
Postgrado n (%)	14 (15,1)	8 (12,3)	6 (21,4)	
NS/NC n (%)	20 (21,5)	12 (18,5)	8 (28,6)	
NO n (%)	46 (49,5)	36 (55,4)	10 (35,7)	
Conoce CEA	49 (52,7)	34 (52,3)	15 (53,6)	0,911

Fuente: Elaboración propia: Datos como n (porcentaje):  $\bar{x} \pm$  desviación estándar; mediana (intervalo intercuartil). enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de enfermería. NS/NC: No sabe / No contesta. CEA: Comité de ética asistencial. (p) calculada con test de Chi-cuadrado o test de Mann-Whitney.

La media de edad ( $\bar{x}$ ) de los participantes estuvo comprendida en el rango de entre 31,6 años y 53,6 años. Se trató de una población de mediana edad, no cercana a la jubilación, pero tampoco cercana a la juventud.

El rango de edad del personal de enfermería fue ligeramente mayor que el del personal médico. El 50,3% de la muestra supera los 40 años, siendo este dato más elevado en el grupo de enfermería que en el grupo médico.

La muestra total (n) de profesionales es de 93. En cuanto a la antigüedad en la profesión la media es de 15 años. En el grupo de enfermería con un rango de entre 11 y 27 años, es bastante más elevado que en el grupo médico que es 11 años (entre 5 y 21). Los profesionales de enfermería son de mayor edad en esta muestra que los profesionales médicos, con lo que los años de experiencia también se elevan considerablemente.

En cuanto a los estudios relacionado con la bioética, el 49,5 de la muestra reconoció no tener estudios relacionado con la bioética: enfermería con un 55.4% y medicina con un 35.7%. Los profesionales que contestan tener estudios de postgrado relacionados con la bioética fueron un 15.1% del total, siendo el 12.3 de enfermería y el 21,4 de los médicos los que si poseen estudios de postgrado. Solamente un 14% del total reconoció tener estudios de bioética durante la carrera. Este dato es bastante curioso ya que tanto enfermería como medicina cuentan en sus

planes de estudio con la asignatura de bioética desde hace casi 30 años. Es curioso ver como los profesionales entienden no tener estudios sobre bioética, ni en enfermería ni en medicina.

En cuanto al conocimiento del CEA, de sus funciones, de sus posibilidades e incluso de cómo contactar en caso de necesidad, un poco más de la mitad de los participantes conocen su existencia.

#### **4.2.2 Cuestionario de conocimientos teóricos en bioética**

El cuestionario teórico cuenta con 15 preguntas en total, con diferentes dimensiones o temas. Estas dimensiones son:

- Conceptos de bioética.
- Limitación del esfuerzo terapéutico y tratamientos fútiles.
- Funciones del CEA.
- Concepto de autonomía del paciente.
- Paciente menor de edad.
- Virtudes profesionales.

La Tabla 14 nos muestra el porcentaje de aciertos de la muestra en las diferentes preguntas, y las diferencias obtenidas entre profesionales.

Tabla 14. Porcentaje de respuestas correctas según profesión. Cuestionario teórico (n=93)

Nº	Tema de la pregunta	Grupo N = 93	Enfermeras N = 65	Médico N = 28	p
1	Concepto de bioética	79,6	73,8	92,9	0,037
2 *	Concepto de bioética clínica	25,8	15,4	50,0	< 0,001
3	Principio de autonomía	58,1	52,3	71,4	0,086
4	Tratamiento fútil	74,2	66,2	92,9	0,007
5 *	Limitación esfuerzo terapéutico	47,3	40,0	64,3	0,031
6	Declaración incapacidad	54,8	44,6	78,6	0,003
7	Concepto de eficiencia	71,0	63,3	89,3	0,011
8	Virtudes profesionales	89,2	89,2	89,3	0,994
9 *	Principio de doble efecto	40,9	36,9	50,0	0,239
10	Decisiones del CEA	58,1	52,3	71,4	0,086
11 *	Funciones del CEA	49,5	50,8	46,4	0,701
12	Composición del CEA	89,2	89,2	89,3	0,994
13 *	Menor maduro	31,2	23,1	50,0	0,010
14 *	Autonomía del paciente	47,3	44,6	53,6	0,427
15 *	Principio "prima facie"	44,1	43,1	46,4	0,765

Fuente: Elaboración propia: Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. CEA: Comité de ética asistencial. (p) calculada con test de Chi-cuadrado. (\*) Porcentaje de respuestas correctas inferior al 50 %.

#### 4.2.2.1 Preguntas del cuestionario

##### 1) La bioética es:

- a) El estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales.
- b) El estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada.
- c) Término que proviene del griego bio- (βιο-) [vida] y ethikos (ἠθικός) [ética]: la aplicación de la ética a las ciencias de la vida.
- d) Todas las anteriores son verdaderas.

Esta pregunta presenta un 79,6% de aciertos. Es una pregunta sobre conceptos de bioética. Los profesionales médicos obtuvieron una mayor puntuación, casi un 20% mayor, que los profesionales de enfermería.

##### 2) No es objeto de estudio de la bioética Clínica:

- a) La relación médico-paciente, la información, la comunicación de la verdad al paciente y/o familia, el entorno legal de la relación clínica, los derechos de los pacientes, los problemas relacionados con intervenciones de riesgo elevado, la confidencialidad, el contenido de los registros clínicos.
- b) La toma de decisiones vinculantes en lo referente a mala praxis de los profesionales sanitarios, y la resolución de conflictos ocasionados por la práctica asistencial.
- c) La distribución de recursos escasos.
- d) Problemas en torno a la muerte y los moribundos, implicaciones éticas del diagnóstico de muerte cerebral, eutanasia, obstinación terapéutica.

La pregunta 2 también se incluía en la dimensión conceptos de bioética. Esta pregunta obtuvo el resultado más bajo de todas las puntuaciones. Solamente un 25,8% del total de los profesionales conocían la respuesta correcta. La oscilación entre los resultados de los profesionales de enfermería y los profesionales de la medicina osciló un 35% aproximadamente. Las respuestas dadas sorprenden ya que los profesionales no fueron capaces de identificar o por lo menos de discernir entre lo que estudia la bioética y lo que no. Un gran número de profesionales respondió que la distribución de recursos escasos, dentro del principio de justicia, como que no corresponde a la bioética su estudio.

3) *Respecto al “principio de autonomía” se puede afirmar que:*

- a) Equivale a “libertad individual”.
- b) En el adulto competente puede no ser respetado si está en juego su vida.
- c) Es la capacidad volitiva y cognitiva de comprender la información y de decidir libremente.
- d) Otorga al paciente el derecho a que sus deseos prevalezcan siempre sobre las decisiones del profesional asistencial.

Esta pregunta está comprendida dentro de la dimensión autonomía del paciente. Las respuestas obtenidas, nuevamente fueron correctas en un 58,1%, siendo el profesional médico quien respondió de forma más contundente correctamente a la pregunta, con una oscilación casi del 20% con respecto a enfermería. La autonomía del paciente es un tema que ya desde los años 90 del siglo pasado cobró una gran importancia en la sanidad.

4) *¿Cuál de las siguientes respuestas describe correctamente lo que es un tratamiento fútil?*

- a) Acto médico cuya aplicación en un caso concreto se halla desaconsejada debido a su ausencia de eficacia clínica y al hecho de no aportar beneficio alguno al paciente.

- b) Tratamiento que mejora el curso clínico, especialmente al evitar las complicaciones.
- c) Aquel tratamiento que no causa ningún efecto perjudicial.
- d) Tratamiento que mejora los síntomas y proporciona así bienestar al paciente.

Esta pregunta interroga sobre el significado del término *fútil*. Término muy utilizado en medicina y que abarca los tratamientos que son ineficaces y que no proporcionan al paciente ningún valor añadido, son tratamientos fútiles. Incluida dentro de la dimensión limitación del esfuerzo terapéutico. Las respuestas obtenidas varían casi un 30% entre enfermería y medicina. Los profesionales médicos conocían este término con soltura, en cambio enfermería presentó muchas dificultades a la hora de responder correctamente. Las respuestas totales correctas alcanzaron un 74,2%.

5) *Cuando un paciente con una enfermedad irreversible y que le causa grave sufrimiento, nos pide que dejemos de martirizarle, que seamos piadosos y acabemos con su existencia, ¿en qué supuesto nos encontramos?*

- a) Limitación del esfuerzo terapéutico.
- b) Suicidio asistido.
- c) Muerte digna.
- d) Demanda de eutanasia o ayuda a morir.

Esta pregunta está incluida dentro de la dimensión LET, y insiste en la definición de un término, de forma sucinta. Todo lo relacionado con la eutanasia crea grandes dudas en el personal sanitario. El 47,3% de los profesionales contestaron de forma correcta, siendo enfermería quien presenta más desconocimiento de los términos, con un total de respuestas acertadas del 40%. Medicina eleva el porcentaje, pero aun así solo respondió correctamente aproximadamente el 65% de los profesionales estudiados.

6) *Respecto a la declaración de incompetencia o de incapacidad:*

- a) Un paciente puede ser incompetente para ejercer su autonomía y no estar incapacitado judicialmente.
- b) La declaración de incapacidad de un paciente corresponde únicamente al médico.
- c) La posibilidad de declarar incompetente a un paciente es exclusiva del juez.
- d) Nunca un médico puede declarar a un paciente incompetente para ejercer su autonomía.

La terminología relacionada con la ética y con el derecho también presentó grandes dudas. Un poco más de la mitad de las respuestas, el 54,7% fueron correctas, siendo enfermería quien respondió de forma errónea en el 55,4% de las ocasiones. Los profesionales médicos contestaron de forma adecuada casi el 80% de las ocasiones.

7). *El término eficiencia se define como:*

- a) Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos medidos en condiciones ideales de observación.
- b) Optimización de la relación entre los beneficios aportados por una intervención y los recursos utilizados.
- c) Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos en las condiciones habituales de uso.
- d) Optimización de la relación entre beneficios clínicos aportados por una intervención y efectos perjudiciales que de ella se deriven.

De nuevo con esta pregunta se intenta discernir sobre la definición de un término: la eficiencia. Es importante reconocer los diferentes términos relacionados con la distribución de recursos y la economía, ya que los profesionales debemos ser gestores de los recursos que utilizamos. Los profesionales médicos respondieron un 89,3% de forma correcta, mientras que los profesionales enfermeros solamente un 63,3%. El desconocimiento que se tiene sobre temas económicos que afectan al paciente y a la sanidad es algo muy extendido entre los profesionales sanitarios, ya que en pocas ocasiones han sido empoderados y reclamados como gestores de los gastos que ocasionan a la sanidad.

8). *Son virtudes del profesional sanitario:*

- a) Benevolencia, prudencia, honestidad.
- b) Confianza, veracidad, fidelidad.
- c) Empatía, discreción, amabilidad.
- d) Todas las mencionadas.

La pregunta número 8 contempla una serie de virtudes profesionales con las que todos los sanitarios tenemos que estar, por lo menos, familiarizados. Son virtudes necesarias para el profesional, e incluso, imprescindibles a la hora de atender a un paciente y a su familia. Las respuestas correctas rondaron el 90%.

9) *¿Cuál de las siguientes proposiciones refleja mejor el "Principio de doble efecto"?*

- a) Una acción u omisión con dos efectos, uno bueno y otro malo, será éticamente permitida cuando desea sólo el efecto bueno.

- b) La acción produce también un efecto involuntario o colateral.
- c) El efecto bueno no debe ser consecuencia del efecto malo (que sería entonces la consecuencia directa de la acción), sino que el efecto bueno es el que se pretende. El malo sólo se tolera.
- d) Todas las anteriores son ciertas.

Otro término relacionado con la bioética donde las respuestas dadas no superan el 41%. Esta pregunta puede generar dudas, ya que implica conocimiento de la terminología ética. Solo el 36,9% de los profesionales de enfermería respondió correctamente, mientras que el 50% de los médicos respondió de forma correcta.

*10) En el análisis bioético de casos por parte del CEA, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?*

- a) El análisis de casos se lleva a cabo por un grupo de profesionales.
- b) Nunca debemos conocer la situación personal y familiar de los afectados.
- c) En las deliberaciones es conveniente buscar el máximo consenso.
- d) Las conclusiones a las que llega el comité de ética no son vinculantes.

Las preguntas relacionadas con el conocimiento del CEA también presentan grandes dificultades. El 52,7 % de los profesionales estudiados respondieron conocer el CEA. Esta pregunta el 58% de los profesionales respondió correctamente, siendo medicina quien respondió correctamente un 71% de las ocasiones.

*11) ¿Cuáles de las siguientes no son funciones de un comité de ética asistencial?*

- a) Asesorar en reclamaciones profesionales, sindicales o relativas a la organización y gestión del centro, sobre todo en cuestiones socioeconómicas y de justicia distributiva.
- b) Asesorar en la resolución de aquellos casos difíciles que se presentan en la práctica asistencial en los cuales existen conflictos de valores de naturaleza moral o espiritual, fruto de las diferentes convicciones individuales de las personas implicadas.
- c) Colaborar en la formación de los profesionales del propio centro y de los miembros del comité en materia de bioética con el objetivo de propiciar el diálogo bioético. Para ello puede servirse de cursos, jornadas, conferencias magistrales, o mesas redondas sobre temas bioéticos o análisis de casos que planteen dilemas de este género.
- d) Todas son funciones de los comités de ética asistencial.

Otra pregunta relacionada con el CEA que nos demostró que el 49,5% de la población estudiada conocía. Los temas de justicia distributiva no se relacionan con las funciones del CEA según los profesionales estudiados. Esta pregunta fue respondida por los profesionales médicos con un porcentaje menor que el de los profesionales de enfermería, del 46,4% al 50,8%.

12) *¿Qué profesionales pueden formar parte de los comités de ética?*

- a) Médicos y enfermeras.
- b) Puede haber profesionales de la unidad de atención al usuario o algún representante de los ciudadanos no directamente relacionados con el centro o centros sanitario/s o con la bioética.
- c) Asistentes sociales, juristas, capellanes de instituciones relacionadas con la bioética.
- d) Todos los anteriores pueden formar parte de los comités de ética.

Esta pregunta está incluida en la dimensión CEA. Se contestó de forma masiva correctamente en un 89,2%. La composición del CEA por parte de los profesionales estuvo más clara que otros datos relacionados con el comité.

13) *¿En qué casos un menor maduro podrá decidir por sí solo sin necesidad de consultar o pedir autorización de padres o tutores?*

- a) El menor nunca puede decidir por sí solo en lo referente a la salud, siempre requiere el consentimiento de los padres o de los tutores a su cargo.
- b) A partir de los 12 años, si es considerado menor maduro a criterio del profesional y en función de la gravedad de la decisión a tomar, puede decidir por sí solo una cuestión concerniente a su salud.
- c) En los casos de aborto, inclusión en investigaciones y trasplante de órganos.
- d) Todas las anteriores son incorrectas.

La pregunta 13 está relacionada con la dimensión paciente menor de edad. Aquí aparecieron grandes dificultades para responder correctamente a la pregunta realizada. El 31,2% de las respuestas es correcto, siendo enfermería con un 23,1 % de respuestas correctas quien presentó la segunda respuesta más baja de todo el cuestionario. Los profesionales médicos respondieron correctamente en un 50%.

14). *La Ley 41/2002, de 14 de noviembre:*

- a) Hace referencia a la actividad asistencial y regula las relaciones entre los diferentes centros provinciales.

- b) Hace referencia a la regulación de la autonomía del paciente y a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- c) Hace referencia a la ordenación de los derechos y deberes del personal sanitario en materia de asistencia.
- d) Hace referencia al código de prestaciones sanitarias reguladas por ley ordinaria en 2002.

Esta pregunta relacionada con el conocimiento de la legislación se enmarca en la dimensión autonomía del paciente. Las leyes sanitarias, como todas las demás leyes del Estado, se tienen que conocer. El desconocimiento de una ley no exime de su cumplimiento. La Ley de Autonomía del Paciente, 41/2002 del 14 de noviembre es una ley importante para el ámbito sanitario. Muchos de los conflictos que aparecen en la atención sanitaria vienen determinados por el desconocimiento de esta ley. Las respuestas correctas rondan el 47%, con un personal de enfermería que contestó correctamente en un 44,3% y un personal médico que lo hizo un 53,6%. Proporciones bajas para la importancia en las decisiones sanitarias que presenta esta ley.

15) A qué hace referencia el término “principios prima facie”:

- a) Son obligaciones morales, que, si no entran en contradicción, deben guiar nuestra actuación.
- b) De obligado cumplimiento.
- c) Es una recuperación del Juramento Hipocrático.
- d) Todas las anteriores son correctas.

Otra pregunta relacionada con la dimensión conceptos de bioética, donde las respuestas correctas no superaron el 45%. Las respuestas dadas por los profesionales estuvieron bastante ajustadas, siendo enfermería quien respondió correctamente en un 43,1 % de las ocasiones y medicina el 46,4%.

Fueron 7 preguntas las que se contestaron con un porcentaje de aciertos por debajo del 50%. Las dimensiones que plantean más dudas fueron:

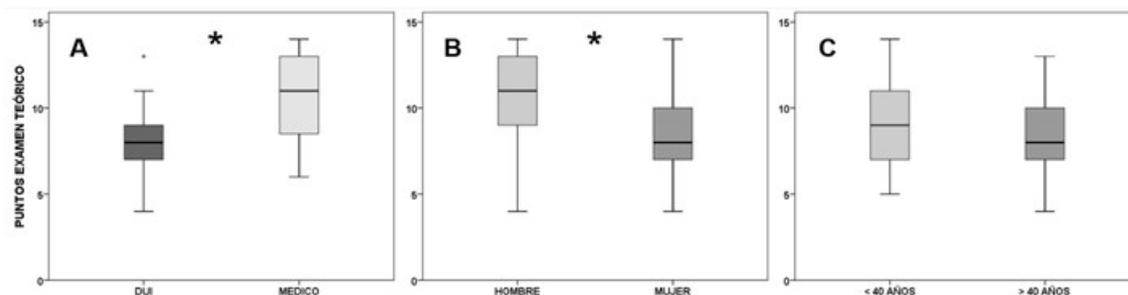
- Conceptos de bioética.
- Limitación del esfuerzo terapéutico.
- Conocimiento del CEA.
- Menor maduro.
- Autonomía del paciente/legislación.

Únicamente la dimensión virtudes profesionales alcanzó una buena proporción de aciertos entre los diferentes profesionales estudiados.

En la Tabla 14 podemos observar las diferencias que existen en las respuestas dadas al cuestionario teórico sobre bioética. Existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas obtenidas de los profesionales de la medicina y los profesionales de la enfermería. Ampliamente, los profesionales de la medicina responden de forma correcta con contundencia frente a las respuestas de enfermería.

La Figura 13 nos muestra que existen diferencias estadísticamente significativas según el sexo del profesional estudiado. Los hombres contestan de forma correcta en un elevado porcentaje mayor que las mujeres. De la muestra de profesionales estudiados, el número total de hombres es de 24, donde el 75% son médicos. Las respuestas dadas por los profesionales médicos fueron más correctas que las dadas por los profesionales de enfermería.

Figura 13. Puntuaciones del examen de conocimientos teóricos. (A) Según profesión. (B) Según sexo. (C) Según grupo de edad. (\*) Diferencia estadísticamente significativa con  $p < 0,05$  (test de Mann-Whitney)



Fuente: Elaboración propia

Tabla 15. Datos de género y profesión de los participantes en el estudio.

	Total (N=93)	Enfermería (n=65)	Medicina (n=28)
Hombres	24	6	18
Mujeres	69	59	10

Fuente: Elaboración propia

El apartado C de la tabla 15 nos muestra que no se encuentran diferencias significativas entre las franjas de edad, en profesionales mayores y menores de 40 años.

### **4.2.3 Cuestionario de actitud moral: escenarios**

En este apartado se recogieron los resultados obtenidos de las respuestas que los profesionales en el estudio ofrecen en los 13 escenarios de actitud moral. En las tablas expuestas se refleja el porcentaje de respuestas de cada afirmación y de cada puntuación. La columna de expertos indica si existe diferencias significativas entre la tendencia respondida por los participantes, y las respuestas dadas por los expertos en bioética. Los signos + y – indican diferencias significativas en las respuestas dadas, siendo + valores superiores de respuesta y – valores inferiores de respuestas.

Los escenarios se agruparon según las dimensiones antes citadas, y por orden, no coincidiendo la numeración de la dimensión con el escenario estudiado. De este modo:

Las dimensiones en las que se abarcan los escenarios de actitud moral son las siguientes:

- Dimensión adecuación del esfuerzo terapéutico: AET
  - Escenario 5: AET – 1.
  - Escenario 11: AET- 2.
- Dimensión vulneración de la información clínica: VIC
  - Escenario 3: VIC- 1.
  - Escenario 9: VIC -2.
- Dimensión objeción de conciencia: OC
  - Escenario 1: OC- 1.
  - Escenario 4: OC-2.
  - Escenario 10: OC -3.
- Dimensión justicia distributiva: JD
  - Escenario 8: JD- 1.
  - Escenario 13: JD – 2.
- Dimensión turismo sanitario: TS
  - Escenario 2: TS -1.
  - Escenario 7: TS -2.
- Dimensión autonomía del paciente: AP

- Escenario 6: AP -1.
- Escenario 12: AP -2.

### Escenarios de la dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico

Tabla 16. Respuestas a los escenarios de Adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

AET-1										
Hombre de 28 años. Politraumatizado. Traumatismo craneoencefálico grave (TAC con destrucción de lóbulo frontal izquierdo, y múltiples zonas de hematoma intraparenquimatoso). 43 días de ingreso en UCI. Portador de traqueotomía. Reactivo, pero no se ha visto perceptivo. Ha ido mejorando algo. Hace complicación infecciosa (neumonía nosocomial) con hipotensión y necesidad de noradrenalina en perfusión. Fracaso renal agudo con anuria y cifras altas de creatinina. Se plantea sistema de depuración extra-renal (hemodiafiltración veno-venosa continua). No hay documento de voluntades anticipadas redactado.										
Escenario-5	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (MUJER)	Edad (<40)	
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo										
1	Si fuera yo el paciente, no querría que se me hiciera nada más (%)	17,4	4,3	17,4	15,2	45,7				
2	Si fuera mi hijo, no querría que se le hiciera nada más (%)	27,2	10,9	14,1	16,3	31,5	-	-	-	
3	Los profesionales sanitarios al cargo del paciente plantearán a la familia sobre qué actuación deciden seguir (%)	4,4	5,5	6,6	22,0	61,5				
4	El responsable del paciente decidirá con mayor facilidad si conoce el deseo expreso del paciente a no verse en esta situación (%)	3,2	7,5	11,8	22,6	54,8				
5	Se debe continuar con el tratamiento ya que es un paciente muy joven (%)	26,4	23,1	17,6	18,7	14,3	+	+	+	
6	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	10,8	9,7	20,4	10,8	48,4		+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitneya.

### Adecuación del esfuerzo terapéutico: escenario 5

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los profesionales coincidieron mayoritariamente con las respuestas dadas por los expertos. Estuvieron totalmente de acuerdo con la afirmación en un 45,7%.

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas por los profesionales respondieron de forma más de acuerdo con la afirmación, frente a las respuestas de los expertos. Existen diferencias entre las profesiones, siendo las enfermeras quienes respondieron más negativamente que los médicos a esta cuestión. Estuvieron mayoritariamente en desacuerdo. También si relacionamos las respuestas con el sexo, vemos que las mujeres estuvieron más en desacuerdo con la afirmación que los hombres.

*En la afirmación 3*, las respuestas dadas por los profesionales, de forma global, estuvieron de acuerdo con las respuestas que los expertos dan en esta afirmación, mayoritariamente de acuerdo con ella.

*En la afirmación 4*, los profesionales respondieron de forma global mayoritariamente a favor de esta afirmación, al igual que el grupo de expertos en bioética.

*En la afirmación 5*, la tendencia de respuesta por parte de los profesionales estuvo mayoritariamente de acuerdo que la dada por los expertos. En esta afirmación enfermería respondió de acuerdo con gran diferencia de los médicos que respondieron menos de acuerdo. Las respuestas dadas por las mujeres también difieren de las dadas por los hombres.

*En la afirmación 6*, en el caso de consultar con el CEA, los profesionales respondieron mayoritariamente de acuerdo, al igual que los expertos, y enfermería otorgó unas respuestas más contundentes en esta afirmación, estando mayoritariamente de acuerdo con la misma.

### Escenarios de la dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico

Tabla 17. Respuestas a los escenarios de Adecuación de esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

AET-2									
Hombre de 75 años. Politraumatizado por accidente de circulación (conduce el). Trauma torácico (6 costillas con contusión pulmonar), no traumatismo <b>craneoencefálico</b> . Problemas respiratorios con ventilación mecánica y sedo-relajación, con lesiones irreversibles de pronóstico fatal. Al día 16 de su ingreso la familia nos dice que nos estamos excediendo con el tratamiento y que creen que lo que hacemos no sirve para nada.									
Escenario-11	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Yo estoy de acuerdo con lo que piensa la familia (%)	11,0	4,4	22,0	29,7	33,0				
2 No se retira tratamientos, pero no se añade nada más (%)	13,2	18,7	25,3	17,6	25,3	-			
3 El responsable del paciente debe esperar a que se despierte (%)	55,1	15,7	15,7	4,5	9,0		+		
4 Se debe llamar al juez para realizar una consulta, ya que es un tema legal (%)	46,7	14,4	20,0	10,0	8,9		+		
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	15,4	8,8	17,6	14,3	44,0		+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Adecuación del esfuerzo terapéutico: escenario 11

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los profesionales coincidieron con las respuestas dadas por los expertos, mayoritariamente a favor de la afirmación.

*En la afirmación 2*, las respuestas globales dadas por los profesionales discreparon de las dadas por los expertos. Los profesionales estuvieron más en contra de esta afirmación que los expertos, que se mostraron mayoritariamente a favor de esta afirmación.

*En la afirmación 3*, de forma global y coincidiendo con la respuesta de los expertos, los profesionales respondieron como no de acuerdo con la afirmación. En el caso de enfermería, se respondió conforme se está de acuerdo con esta afirmación, esperar a que el paciente despierte para tomar una decisión.

*En la afirmación 4*, de nuevo de forma global las respuestas dadas por los profesionales coincidieron con las respuestas dadas por los expertos, estando mayormente en desacuerdo con esta afirmación. En este caso, enfermería volvió a contestar con una tendencia a estar de acuerdo con la afirmación, para poder resolver la situación.

*En la afirmación 5*, las respuestas globales de los profesionales coincidieron con las dadas por los expertos. Una vez más la tendencia de enfermería discrepó de la tendencia de medicina a la hora de responder, siendo más tajante en su respuesta de acuerdo enfermería que medicina.

### Escenarios de la dimensión: vulneración de la información clínica

Tabla 18. Respuestas a los escenarios de Vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

VIC-1									
Paciente de 15 años que acude a urgencias por agitación psicomotriz. Sus amigos acompañantes dicen que ha tomado varias pastillas en la discoteca. El paciente se recupera en 2 horas.									
Escenario-3	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Se avisa a su familia, aunque él haya dicho que no (%)	4,4	1,1	4,4	22,0	68,1			+	
2 Los profesionales que atienden al paciente, si tuviera 17 años, no avisarían a la familia (%)	40,2	18,5	17,4	15,2	8,7	-			
3 El profesional responsable del paciente informará a la policía de lo ocurrido (%)	53,3	7,6	20,7	9,8	8,7		+		
4 Es la tercera vez que se atiende. Se avisa a la familia (%)	8,9	4,4	4,4	13,3	73,3				
5 Es un menor maduro. Debemos respetar su decisión de no avisar a la familia (%)	50,5	24,2	12,1	7,7	5,5	+			-
6 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	26,9	14,0	18,3	9,7	31,2				

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Vulneración de la información clínica: escenario 3

La Tabla 18 nos muestra los datos obtenidos en la dimensión VIC, en relación con la respuesta de los expertos, la profesión, el sexo y la edad. Es un caso de vulneración de la información clínica en un menor de edad. Las dos dimensiones juntas causan situaciones de mucho estrés bioético a los profesionales sanitarios.

*En la afirmación 1*, las respuestas globales de los profesionales coincidieron con las respuestas dadas por los expertos. Las mujeres respondieron mayoritariamente de acuerdo con esta afirmación, a diferencia de los hombres que lo hicieron con una tendencia menos clara.

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas por los profesionales mostraron desacuerdo con la afirmación, al igual que las respuestas de los expertos. La tendencia de los expertos fue a responder menos de acuerdo con la afirmación. La situación del escenario confirmó que, aunque el paciente tuviera más edad, siendo aún menor de edad, habría que llamar a los padres para explicarles la complicada situación médica.

*En la afirmación 3*, nuevamente las respuestas dadas por los profesionales globalmente coincidieron con las dadas por los expertos. La tendencia fue a estar en desacuerdo con la afirmación. En el caso de enfermería, respondió con una tendencia a estar de acuerdo con la afirmación, a diferencia de los médicos que fueron más estrictos en su respuesta.

*En la afirmación 4*, claramente la respuesta que dieron los profesionales y la respuesta de los expertos coincidió de forma evidente. La reiteración de un comportamiento, que en principio no se considera correcto, hace que se avise a los familiares para que puedan tomar medidas más expeditivas que eviten de nuevo esta situación.

*En la afirmación 5*, la respuesta dada por los profesionales tuvo una clara tendencia a estar en desacuerdo con la afirmación. La respuesta dada por los expertos fue aún más tajante. En esta afirmación la respuesta fue significativa en profesionales menores de 40 años, siendo menos negativa que la respuesta global.

*En la afirmación 6*, los profesionales respondieron de forma mayoritaria de acuerdo con la afirmación, al igual que los expertos.

**Escenarios de la dimensión: vulneración de la información clínica**

Tabla 19. Respuestas a los escenarios de Vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

VIC-2									
Un compañero de trabajo, que carece de acceso a la historia clínica informatizada, te pide a ti que sí que lo tienes, que mires el resultado de una prueba que se ha hecho su cuñado (aunque no eres el profesional que lo atiende). Miras la prueba y ves que es un resultado compatible con un proceso de tumor pulmonar.									
Escenario-9	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras )	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Yo doy información dependiendo del tipo de prueba y de su resultado (%)	74,7	8,6	9,9	4,4	2,2			
2	Se podría informar al compañero de trabajo, pero no al paciente (%)	76,9	2,2	14,3	3,3	3,3	+		
3	Se debería informar al médico que hemos consultado el resultado de la prueba que él ha pedido (%)	39,6	8,8	14,3	9,9	27,5	-	-	+
4	Acceder a la historia clínica de una persona que no es tu paciente es siempre un delito (%)	21,1	11,1	12,2	15,6	40,0	-	+	
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	41,6	10,1	22,5	6,7	19,1	+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Vulneración de la información clínica: escenario 9

*En la afirmación 1*, los profesionales respondieron en total desacuerdo de forma masiva, al igual que los expertos.

*En la afirmación 2*, igualmente se mostraron en desacuerdo con la afirmación y es enfermería quien respondió con un mayor porcentaje de desacuerdo. Los expertos coincidieron con los profesionales en esta afirmación

*En la afirmación 3*, la tendencia entre los profesionales de forma global fue a contestarla en desacuerdo, en cambio los expertos consideraron estar mayormente de acuerdo con esta afirmación. Al igual que las mujeres, cuya contestación en general se acercó más a estar de acuerdo con la afirmación. Los profesionales de menos de 40 años también respondieron con una tendencia a estar en desacuerdo con la afirmación, más que los profesionales mayores de 40 años.

*En la afirmación 4*, las respuestas tanto de los profesionales como de los expertos coincidieron. Estuvieron de acuerdo con la afirmación. Los expertos en esta respuesta se mostraron más a favor de la afirmación que los profesionales. De la misma manera, el profesional de enfermería se declaró mayormente de acuerdo con esta afirmación a diferencia de los médicos que presentaron mayores reticencias a la hora de demostrar su acuerdo.

*En la afirmación 5*, los profesionales respondieron estar en desacuerdo con esta afirmación, al igual que los expertos. Enfermería aun respondió con mayor contundencia a estar en desacuerdo con la afirmación, porque conocen la normativa legal.

### Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia

Tabla 20. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

OC-1									
Una pareja, con antecedentes familiares de enfermedad hereditaria grave, decide tener un hijo. Sólo puede hacerlo mediante reproducción asistida, con selección de los embriones sanos, pues quiere asegurar que el bebé esté libre de enfermedad y que sea niña.									
Escenario-1	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	SEXO (MUJER)	EDAD (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Se le asegura que estará libre de enfermedad, pero no se le deja elegir género (%)	13,0	3,3	17,4	13,0	53,3				
2 Investigaría si nuestra legislación permite elegir género (%)	19,4	8,6	14,0	9,7	48,4				
3 Si el tratamiento es en la sanidad privada los padres pueden elegir el sexo del bebé (%)	64,4	6,7	13,3	4,4	11,1		+		
4 El profesional que le atiende puede declararse objetor de conciencia para efectuar reproducción asistida por fecundación in vitro (%)	22,0	12,1	16,5	13,2	36,3	-			
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	20,4	6,5	14,0	18,3	40,9				

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Objeción de conciencia: escenario 1

*En la afirmación 1*, los profesionales y los expertos coincidieron en la responder mayoritariamente de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 2*, no conocer la legislación existente no exime de su cumplimiento. La ley es clara. Tanto los profesionales como los expertos estuvieron de acuerdo con esta afirmación. Es importante conocer la legislación para actuar de forma correcta, tanto en sanidad como en los demás campos de la sociedad.

*En la afirmación 3*, los expertos junto con los profesionales respondieron de forma unánime en desacuerdo con la afirmación. Demuestra que conocen la ley. Los profesionales de la enfermería respondieron con más contundencia en desacuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 4*, las respuestas tuvieron una tendencia a estar de acuerdo con la afirmación a nivel global por los profesionales, al igual que los expertos. Pero hubo claramente una tendencia a no ser tan tajantes en responder de acuerdo entre los profesionales con respecto a los expertos. Los profesionales ofrecieron una respuesta más dispersa, aunque la tendencia general fuese a estar en desacuerdo.

*En la afirmación 5*, claramente la respuesta dada tanto por los profesionales como por los expertos es a estar de acuerdo. Se elevaría al CEA esta pregunta tan especial y controvertida.

**Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia**

Tabla 21. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

OC-2									
Niño de 13 años que se detecta en campaña de vacunación escolar, que no ha sido vacunado de sarampión.									
Escenario-4	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras )	Sexo (MUJER)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Si la familia no quiere no se vacuna (%)	29,3	7,6	12,0	25,0	26,1	+	+	+
2	Se intenta convencer al niño que es bueno que se vacune (%)	35,9	16,3	12,0	8,7	27,2	-		-
3	El profesional responsable del paciente intentará convencer a la familia que es bueno que el niño se vacune (%)	2,2	0,0	6,5	7,6	83,7			-
4	Se obliga al niño a vacunarse, es un tema de salud pública (%)	37,6	23,7	12,9	16,1	9,7	+		
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	21,1	8,9	25,6	12,2	32,2	-		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

#### Objeción de conciencia: escenario 4

*En la afirmación 1*, se observa una clara tendencia a estar de acuerdo con la afirmación, tanto de los profesionales como de los expertos. Los profesionales declararon estar más de acuerdo con la afirmación, así como las enfermeras y las mujeres que declararon estar mayoritariamente a favor de esta afirmación.

*En la afirmación 2*, los profesionales respondieron estar en desacuerdo con esta afirmación en contraposición de lo que respondieron los expertos a estar de acuerdo con la misma. Los profesionales menores de 40 años respondieron de forma estadísticamente significativa estar mayormente en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 3*, claramente la respuesta fue estar de acuerdo con la afirmación. Los expertos lo expresaron de la misma manera. Los profesionales menores de 40 años respondieron de forma estadísticamente significativa estar en desacuerdo con la afirmación planteada.

*En la afirmación 4*, también la tendencia fue a estar en desacuerdo con la afirmación al igual que los expertos bioéticos. Los profesionales estuvieron más en desacuerdo que los expertos en esta afirmación, y así respondieron.

*En la afirmación 5*, las respuestas de acuerdo con la afirmación prevalecieron sobre no estar de acuerdo, en los profesionales. Los expertos también se declararon en total acuerdo con esta afirmación, pero de forma más contundente que los profesionales. La consulta con el CEA se hace imprescindible para poder decidir qué actuación se ha de llevar a cabo.

### Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia

Tabla 22. Respuestas a los escenarios de Objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

OC-3									
Paciente de 16 años que te solicita información o posible tratamiento por rotura de preservativo (estando con su novio) y quiere la píldora del día después, por miedo a quedarse embarazada.									
Escenario-10	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras )	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Se le debe dar el tratamiento que solicita. Es una menor madura (%)	5,4	6,5	15,2	26,1	46,7		-	-	
2 Se debe poner en contacto con el especialista (ginecólogo) y realizar educación sanitaria (%)	4,3	4,3	7,6	17,4	66,3				
3 El profesional responsable de la paciente debe informar a sus padres (%)	34,8	21,7	19,6	13,0	10,9	+	+	+	
4 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	44,6	12,0	18,5	7,6	17,4		+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Objeción de conciencia: escenario 10

*En la afirmación 1*, las respuestas de los profesionales coincidieron con las dadas por los expertos en bioética. Enfermería ofrece una respuesta no tan de acuerdo con la afirmación, así como las mujeres, que respondieron de forma menos de acuerdo. Nuevamente la dimensión objeción de conciencia se mezcla con la problemática del menor de edad.

*En la afirmación 2*, la realización de educación sanitaria es un acto en el que estuvieron totalmente de acuerdo tanto los profesionales como los expertos en bioética. La información y la formación son cruciales para mantener una buena salud, en este caso, reproductiva.

*En la afirmación 3*, las contestaciones estuvieron en desacuerdo con la afirmación, tanto por parte de los profesionales como por parte de los expertos. Los expertos contestaron de forma menos contundente que los profesionales en desacuerdo. También enfermería respondió con más fuerza no de acuerdo con la afirmación, al igual que las mujeres.

*En la afirmación 4*, no elevar las dudas en este caso al CEA fue la respuesta tanto de los profesionales como de los expertos en bioética. Los profesionales de la enfermería respondieron de forma más contundente en no estar de acuerdo con esta afirmación.

### Escenarios de la dimensión: justicia distributiva

Tabla 23. Respuestas a los escenarios de Justicia distributiva (JD). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

JD-1									
Mujer de 48 años con neo de mama metastásica y que ha recibido tratamiento con quimioterapia en los últimos 3 años con una calidad de vida aceptable. Ahora solo puede ponerse un nuevo tratamiento que ha demostrado que alarga la vida un promedio de 1,5 meses y su valor es de 30000 euros cada dos semanas, que correría a cargo de la Seguridad Social. La paciente está de acuerdo con la administración de este tratamiento.									
Escenario-8	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	La decisión de administrar el tratamiento depende de una comisión de expertos del hospital (%)	8,7	4,3	13,0	21,7	52,2			
2	Si se conoce al paciente será más fácil que se tome una decisión (%)	46,2	12,1	11,0	9,9	20,9		+	-
3	La decisión cambia si el precio es de 100 o de 10.000 euros (%)	37,0	6,5	14,1	17,4	25,0	+		
4	El paciente puede decidir su tratamiento si lo paga (%)	27,5	11,0	13,2	12,1	36,3	+		
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	15,6	3,3	18,9	18,9	43,3	-		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Justicia distributiva: escenario 8

*En la afirmación 1*, los expertos en bioética y los profesionales sanitarios respondieron mayoritariamente estar de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 2*, aquí igualmente tanto los profesionales como los expertos coincidieron en las respuestas dadas, en desacuerdo con la afirmación. Los profesionales de la enfermería se decantaron más por no estar tan en desacuerdo con la afirmación que los profesionales médicos. Los menores de 40 años respondieron más en desacuerdo que los mayores de 40 años.

*En la afirmación 3*, los profesionales respondieron mayoritariamente en contra del enunciado al igual que los expertos, pero estos en menor medida.

*En la afirmación 4*, volvemos a obtener las mismas repuestas en desacuerdo, tanto en los profesionales como en los expertos, siendo estos últimos menos radicales que los profesionales, dando respuestas menos contundentes.

*En la afirmación 5*, las respuestas dadas para elevar el dilema al CEA estuvieron claramente de acuerdo con la afirmación, pero en este caso los profesionales respondieron globalmente menos de acuerdo que los propios expertos que otorgaron una respuesta de acuerdo más clara.

### Escenarios de la dimensión: justicia distributiva

Tabla 24. Respuestas a los escenarios de Justicia distributiva (JD). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

JD-2									
Nos avisan de Urgencias que ha llegado un paciente politraumatizado (accidente de circulación) con múltiples fracturas y repercusión en tensión arterial. No tenemos cama en UCI, y tampoco contamos con ninguna cama de hospitalización disponible. En la UCI hay un paciente con limitación de esfuerzo terapéutico (LET) y creemos que morirá en unas 24-48 horas. Los familiares del paciente ingresado en UCI no están de acuerdo con la decisión de acelerar el proceso de muerte.									
Escenario-13	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	El responsable del paciente acelera el proceso de muerte del paciente en UCI (%)	57,8	17,8	12,2	4,4	7,8			
2	Si el paciente de UCI no tiene familia es más fácil que los profesionales sanitarios decidan su final (%)	46,7	11,1	11,1	17,8	13,3			
3	Se decidirá el traslado del paciente de urgencias a otro centro, aunque esto sea un riesgo (%)	29,5	14,8	33,0	12,5	10,2	-		
4	Si el paciente no está consciente, deben respetarse siempre los deseos de su familia (%)	17,0	15,9	17,0	20,5	29,5	-	+	
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	10,1	5,6	22,5	19,1	42,7		+	

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Justicia distributiva: escenario 13

*En la afirmación 1*, los expertos y los profesionales responden en desacuerdo con la afirmación. De forma unánime la afirmación es totalmente contraria al principio de beneficencia.

*En la afirmación 2*, de nuevo los profesionales y los expertos responden en total desacuerdo con la afirmación. Sería otro ejemplo claro de vulneración del principio de beneficencia.

*En a afirmación 3*, los profesionales contestan no de acuerdo con la premisa en cambio los expertos contestan que sí están de acuerdo con esta premisa, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

*En la afirmación 4*, los profesionales responden de acuerdo con la afirmación en cambio los expertos responden justamente lo contrario, mostrándose en desacuerdo con la afirmación. Esta diferencia es estadísticamente significativa. Con respecto a los enfermeros, estos responden con más énfasis que están de acuerdo con la respuesta del escenario, en comparación con los profesionales de la medicina.

*En la afirmación 5*, sería un caso que tanto los expertos como los profesionales elevarían al CEA para su discusión. Enfermería responde de forma más contundente que los médicos a la hora de elevar el dilema al CEA.

### Escenarios de la dimensión: turismo sanitario

Tabla 25. Respuestas a los escenarios de Turismo sanitario (TS). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

TS-1									
Niño de 9 años vecino de nuestra ciudad. Diagnosticado de tumor cerebral. No hay posibilidad quirúrgica en nuestro centro. Sabemos que se puede hacer radioterapia especial en Houston que modifica su pronóstico (curación en un tercio de los casos), pero con un elevado coste económico que la familia no puede hacer frente.									
Escenario-2	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	El responsable del paciente informará a la familia de esta posibilidad y que sean ellos quienes decidan si pueden pagar el tratamiento.	10,9	5,4	15,2	20,7	47,8			
2	Si la familia no tiene suficientes recursos, se busca una ONG que les pueda ayudar	10,9	9,8	25,0	18,5	35,9	-		
3	Se busca asesoría legal para ver si el estado debe pagar	4,4	7,7	12,1	16,5	59,3			
4	Como el tratamiento queda fuera de nuestro ámbito, no tendríamos la obligación de informarles	81,3	13,2	3,3	1,1	1,1			
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital	11,8	4,3	15,1	21,5	47,3	-		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

## Turismo sanitario: escenario 2

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los expertos en bioética coincidieron con las dadas por los profesionales sanitarios, estando totalmente de acuerdo con la premisa.

*En la afirmación 2*, las respuestas de los profesionales estuvieron más dispersas, pero claramente en acuerdo con la premisa. Los expertos, estuvieron también en total acuerdo con la afirmación, pero sus respuestas fueron menos dispersas que las respuestas dadas por los profesionales. Fueron pues, claramente más de acuerdo con la afirmación, y esta diferencia es significativa estadísticamente.

*En la afirmación 3*, también las respuestas dadas fueron claramente de acuerdo con la afirmación, en los profesionales y en las contestaciones dadas por los expertos en bioética.

*En la afirmación 4*, las respuestas obtenidas fueron en claro desacuerdo con la premisa anunciada. Tanto profesionales como expertos indicaron su respuesta unánime y contundente.

*En la afirmación 5*, sería un dilema adecuado para elevarlo al CEA, así lo expresaron los profesionales y los expertos. Existe una diferencia estadísticamente significativa ya que los expertos respondieron de forma más unánime que esta situación se tiene que elevar al CEA en cambio en los profesionales existió mucha mayor dispersión a la hora de contestar, aun cuando la tendencia fue mayoritariamente a estar de acuerdo.

**Escenarios de la dimensión: turismo sanitario**

Tabla 26. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

TS-2									
Hombre de 29 años subsahariano que acude al Hospital por malformación de cadera izquierda que puede tratarse con prótesis especial y rehabilitación de larga duración. Se encuentra en situación ilegal en nuestro país.									
Escenario-7	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Yo considero que la factura del tratamiento debe pagarla el país de origen del paciente (%)	18,3	12,9	19,4	15,1	34,4		+		
2 Si el paciente fuera un menor sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	42,9	12,1	19,8	11,0	14,3				
3 Si fuera legal (tiene papeles) sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	26,4	8,8	13,2	22,0	29,7	-			
4 Si fuera padre de familia (tiene 2 hijos que dependen de su trabajo) sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	39,6	17,6	25,3	7,7	9,9	-			-
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	20,9	11,0	16,5	16,5	35,2				

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### **Turismo sanitario: escenario 7**

*En la afirmación 1*, la tendencia a responder de acuerdo con la afirmación se reflejó tanto en los profesionales como en los expertos en bioética. Hubo menor dispersión de repuesta entre los expertos. Los profesionales de la enfermería se pronunciaron más de acuerdo que los profesionales de la medicina en esta premisa.

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas fueron claramente en desacuerdo tanto por parte de los profesionales como por parte de los expertos.

*En la afirmación 3*, las respuestas dadas por los profesionales estuvieron muy dispersas, siguiendo una tendencia a estar de acuerdo con la premisa. En cambio, los expertos en bioética respondieron justamente lo contrario, la tendencia de sus respuestas es claramente a estar en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 4*, coincidieron tanto los profesionales como los expertos en no estar de acuerdo con la afirmación. Los expertos, sin embargo, se mostraron mucho menos de acuerdo que los propios profesionales que ofrecieron una respuesta más dispersa. Los profesionales menores de 40 años también respondieron con más contundencia en desacuerdo que el total de los profesionales.

*En la afirmación 5*, elevar el dilema al CEA es la opción predominante tanto de por parte de los profesionales como por parte de los expertos.

### Escenarios de la dimensión: autonomía del paciente

Tabla 27. Respuestas a los escenarios de Autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

AP-1									
Mujer de 37 años con diagnóstico de neo de mama con confirmación por anatomía patológica. Buen estado general. La paciente quiere tratarse con medicinas alternativas (tiene una tienda herbolario y da cursillos de medicina natural).									
Escenario -6	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Yo acepto la decisión de la paciente a tratarse con medicinas alternativas (%)	16,1	9,7	10,8	23,7	39,8			
2	El profesional responsable de la paciente decide que ha dejado de ser paciente del centro hospitalario, porque no sigue el tratamiento convencional que se le propone (%)	58,7	13,0	10,9	7,6	9,8	+		
3	Los profesionales sanitarios pedirán ayuda a la familia para intentar convencerla que únicamente siga el tratamiento tradicional (%)	19,6	15,2	25,0	15,2	25,0			-
4	Los profesionales sanitarios pedirán la autorización judicial para poder tratarla contra su voluntad (%)	73,9	17,4	3,3	1,1	4,3			
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	22,6	14,0	15,1	10,8	37,6	-		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

### Autonomía del paciente: escenario 6

En la Tabla 27 podemos observar las respuestas dadas en la dimensión autonomía del paciente: AP. Volvemos a tener un escenario con una dimensión concreta, autonomía del paciente, mezclada con un paciente menor.

*En la afirmación 1*, los expertos en bioética y los profesionales respondieron con la misma tendencia a estar de acuerdo con la premisa.

*En la afirmación 2*, tanto los expertos como los profesionales respondieron estar en desacuerdo con esta afirmación. Los profesionales ofrecieron unas respuestas más dispersas que no los expertos, de forma estadísticamente significativa.

*En la afirmación 3*, la tendencia de respuesta en los profesionales fue a estar de acuerdo con la afirmación, pero no de manera clara. En cambio, los expertos se posicionaron de forma más rotunda en estar de acuerdo con la afirmación. Los profesionales menores de 40 tomaron una posición menos de acuerdo que el global de los profesionales.

*En la afirmación 4*, nuevamente tanto los profesionales como los expertos en bioética se posicionaron en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 5*, la consulta al CEA por parte de los profesionales fue clara, pero existe mucha dispersión en las respuestas, a diferencia de las respuestas dadas por los expertos que claramente se posicionaron a favor de elevar la consulta al CEA para la resolución del conflicto moral.

### Escenarios de la dimensión: autonomía del paciente

Tabla 28. Respuestas a los escenarios de Autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos y según profesión, sexo y edad

AP-2									
Ingresa paciente de 13 años con politraumatismo (se ha caído de la bicicleta) y se diagnóstica de rotura de bazo. Se realiza analítica con cifras de hemoglobina bajas. Hay repercusión clínica con hipotensión, oliguria, taquicardia y aumento del trabajo respiratorio. Se indica transfusión, a fin de estabilizarlo y poder hacer más pruebas para diagnosticar mejor su estado. La familia dice que son testigos de Jehová. No quieren que se ponga "sangre" a su hijo. El niño dice que lo que digan sus padres.									
Escenario-12	0	1	2	3	4	Expertos	Profesión (enfermeras)	Sexo (Mujer)	Edad (<40)
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Dado que es un menor, se decide (con la autorización al juez) pasar concentrados de hematíes (%)	8,9	2,2	8,9	18,9	61,1				-
2 Los profesionales sanitarios esperarán a que el estado del paciente empeore clínicamente para decidir el tratamiento (%)	58,4	22,5	7,9	2,2	9,0		+		
3 El responsable del paciente no dejará que muera por falta de transfusión (%)	12,5	4,5	12,5	12,5	58,0				-
4 Si el paciente tuviera 16 años podría decidir (%)	20,7	5,7	27,6	26,4	19,5	-			
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	5,5	4,4	11,0	16,5	62,5				

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. enfermeras: Diplomado/a Universitario/a de Enfermería. En negrita valores o franjas de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (profesiones vs expertos); Profesión (enfermeras vs Médico); Sexo (Mujer vs Hombre) y Edad (< 40 años vs mayores). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney.

## Autonomía del paciente: escenario 12

En la afirmación 1, las respuestas dadas tanto por los profesionales como por los expertos estuvieron claramente de acuerdo con la premisa de la afirmación. Sin embargo, los profesionales menores de 40 años respondieron de manera menos rotunda de acuerdo, que el global de los profesionales.

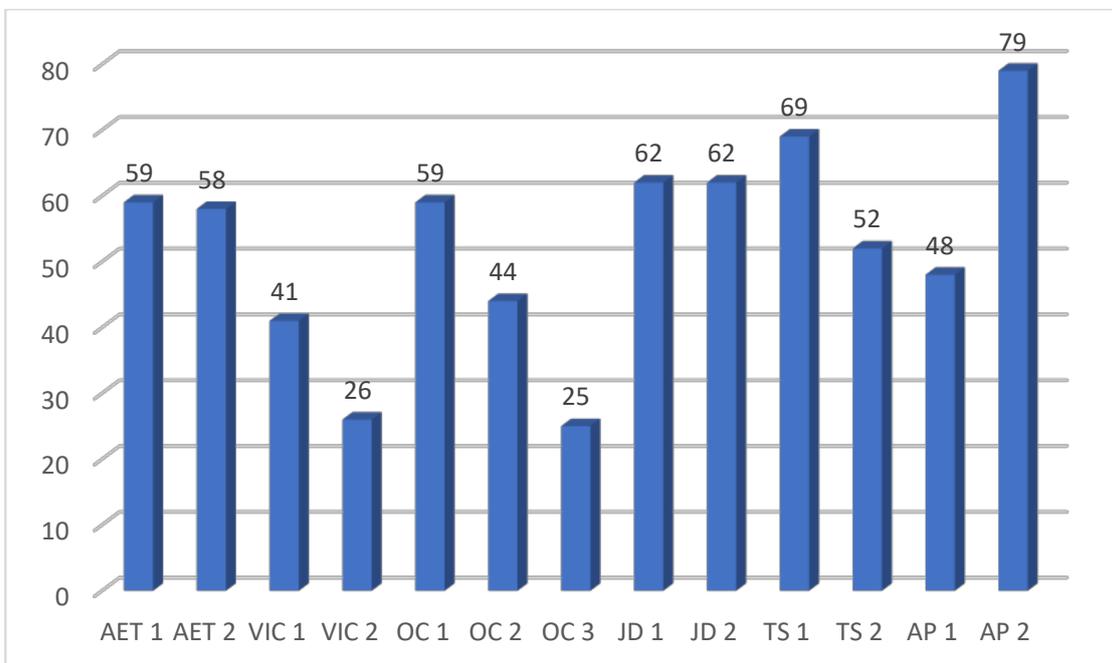
En la afirmación 2, nos encontramos ante un caso de desacuerdo unánime de la premisa, tanto por parte de los profesionales como por parte de los expertos. Los profesionales de la enfermería respondieron con mayor rotundidad en desacuerdo que los profesionales médicos.

En la afirmación 3, también se respondió mayoritariamente de acuerdo con la premisa, por parte de profesionales y de expertos. Los profesionales menores de 40 años se posicionaron menos radicales que el resto de los profesionales a la hora de expresar su acuerdo con la afirmación.

En la afirmación 4, las respuestas entre los profesionales fueron muy dispersas, siendo la tendencia a estar de acuerdo la mayoritaria. En cambio, los expertos declararon de forma más contundente estar de acuerdo con la premisa.

En la afirmación 5, claramente fue un caso que tanto profesionales como expertos elevarían al CEA para su resolución.

Gráfica 2. Porcentaje de respuestas superiores a 2 puntos a favor de consultar al comité de ética asistencial, según cada uno de los escenarios



Fuente: Elaboración propia. Adecuación del esfuerzo terapéutico: AET; vulneración de la información clínica: VIC; objeción de conciencia: OC; justicia distributiva: JD; turismo sanitario: TS; autonomía del paciente: AP.

#### 4.2.4 Consulta al comité de ética asistencial

En todos los escenarios de actitud moral del presente estudio, la última afirmación es la siguiente:

*“Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital”*

En la Gráfica 1 observamos las respuestas dadas por los profesionales referente a esta afirmación. Marcamos el porcentaje de respuestas que se sitúan entre el punto 3 (de acuerdo) y el punto 4 (totalmente de acuerdo):

- Dimensión AET:
  - AET 1: Escenario 5. Con un 59% de respuestas.
  - AET 2: Escenario 11. Con un 58% de respuestas.
- Dimensión VIC:
  - VIC 1: Escenario 3. Con un 41 % de respuestas.
  - VIC 2: Escenario 9. Con un 26 % de respuestas.
- Dimensión OC:
  - OC 1: Escenario 1. Con un 59 % de respuestas.
  - OC 2: Escenario 4. Con un 44 % de respuestas.
  - OC 3: Escenario 10. Con un 25 % de respuestas.
- Dimensión JD:
  - JD 1: Escenario 8. Con un 62% de repuestas.
  - JD 2: Escenario 13. Con un 62 % de respuestas.
- Dimensión TS:
  - TS 1: Escenario 2. Con un 69 % de respuestas.
  - TS 2: Escenario 7. Con un 52 % de respuestas.
- Dimensión AP:
  - AP 1: Escenario 6. Con un 48 % de respuestas.
  - AP 2: Escenario 12. Con un 79 % de respuestas.

## 4.3 Resultados de la etapa puesta en marcha: alumnos UdL

### 4.3.1 Cuestionario de características demográficas y carreras

La muestra total de los alumnos de la UdL estudiados en el presente trabajo es de 312. Las carreras universitarias son:

- Grado en medicina (Medic): la representatividad de la muestra osciló entre el 57% y el 41%.
- Grado en enfermería (Enferm): la representatividad de la muestra osciló entre el 75% y el 31 %.
- Grado en ciencias biomédicas (Biomed): la representatividad de la muestra osciló entre el 85% y el 61%.
- Grado en psicología (Psicol): la representatividad de la muestra osciló entre el 61% y el 79%.

La muestra que interviene en el estudio tiene las siguientes características, tabla 29.

Tabla 29. Características demográficas. Según grado. (n=312)

	Medic PRE n= 58 POST n= 41	Enferm PRE n= 79 POST n= 22	Biomed PRE n= 35 POST n= 20	Psicol PRE n= 23 POST n= 34	p
Edad (años)	18,4 ± 1	20,5 ± 5	18,1 ± 1	22,7 ± 2	< 0,001
$\bar{x} \pm SD$	23,4 ± 2	23,0 ± 2	20,4 ± 1	21,1 ± 2	< 0,001
Sexo –Mujer	42 (79,2)	54 (88,5)	26 (74,3)	18 (78,3)	0,317
n (%)	26 (65,0)	15 (68,2)	18 (90,0)	27 (79,4)	0,153

Fuente: Elaboración propia. Datos como n (porcentaje); desviación estándar. Medic: Medicina. Enferm: enfermería. Biomed: ciencias biomédicas. Psicol: psicología. (p) calculada con test de chi-cuadrado o test de Kruskal-Wallis.

La edad mínima del alumnado va des de 18,1 años a 19,1 años. Y la edad máxima va desde los 23,4 años hasta los 25,4 años.

Los alumnos de menor edad en primero fueron los alumnos de ciencias biomédicas (18,1 años ± 1 año), y los de mayor edad, los alumnos de psicología (22,7 años ± 2 años).

Los alumnos de menor edad en el último curso del grado fueron los alumnos de ciencias biomédicas (20,4 años ± 1 año) y los de mayor edad, los alumnos de medicina (23,4 años ± 2 años).

Se observa que en la muestra los alumnos de primero de psicología eran mayores que los alumnos de cuarto de psicología.

El porcentaje mayor de mujeres de entre los diferentes grados se alcanzó en la carrera de biomedicina, donde en el último curso, un 90% de la muestra fueron mujeres. Le sigue enfermería, donde la muestra de primero de carrera alcanzó el 88,5% de mujeres. El menor

número de mujeres de esta muestra se hace presente en el último año del grado de medicina, con un 65% de los individuos estudiados.

### 4.3.2 Cuestionario de conocimientos teóricos en bioética

Los alumnos de los diferentes grados respondieron al cuestionario sobre conocimientos teóricos en bioética. Como ya se explicó en el apartado de Metodología, los alumnos contestan al cuestionario en el grupo PRE, cuando aún no han cursado la asignatura de bioética, y en el grupo POST, una vez que ya han cursado la asignatura de bioética<sup>19</sup>. Los resultados obtenidos en este cuestionario se detallan en la Tabla 23:

Tabla 30. Porcentaje de respuestas correctas según grado. Cuestionario teórico (n=312)

Nº	Tema de la pregunta	Medic	Enferm	Biomed	Psicol	p
		PRE n= 58 POST n= 41	PRE n= 79 POST n= 22	PRE = 35 POST n= 20	PRE = 23 POST n= 34	
1	Concepto de bioética (%)	96,6	78,5	94,3	69,6	0,001
		100,0	81,8	100,0	58,8	0,001
2	Concepto de bioética clínica (%)	10,3	15,2	11,4	13,0	0,855
		31,7	36,4	10,0	17,6	0,166
3	Principio de autonomía (%)	60,3	75,9	51,4	69,6	0,055
		82,9	36,4	50,0	58,8	0,002
4	Tratamiento fútil (%)	87,9	87,3	94,3	65,2	0,014
		100,0	77,3	45,0	35,3	< 0,001
5	Limitación esfuerzo terapéutico (%)	82,8	84,8	74,3	39,1	< 0,001
		70,7	72,7	70,0	67,6	0,981
6	Declaración incapacidad (%)	51,7	63,3	51,4	60,9	0,474
		65,9	45,5	30,0	61,8	0,038
7	Concepto de eficiencia (%)	50,0	41,8	40,0	65,2	0,185
		80,5	68,2	30,0	52,9	0,001
8	Virtudes profesionales (%)	82,8	91,1	77,1	100,0	0,034
		97,6	100,0	80,0	79,4	0,010
9	Principio de doble efecto (%)	60,3	46,8	62,9	34,8	0,077
		46,3	36,4	50,0	29,4	0,358
10	Decisiones del CEA (%)	37,9	48,1	48,6	34,8	0,477
		68,3	68,2	35,0	17,6	< 0,001
11	Funciones del CEA (%)	19,0	25,3	31,4	21,7	0,573
		24,4	31,8	50,0	32,4	0,259
12	Composición del CEA (%)	79,3	81,0	77,1	73,9	0,890
		97,6	95,5	90,0	88,2	0,386
13	Menor maduro (%)	22,4	29,1	20,0	56,5	0,011
		73,2	72,7	35,0	14,7	< 0,001
14	Autonomía del paciente (%)	44,8	54,4	37,1	4,3	< 0,001
		80,5	36,4	15,0	17,6	< 0,001
15	Principio "prima facie" (%)	34,5	34,2	51,4	43,5	0,292
		63,4	86,4	40,0	26,5	< 0,001

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Medic: medicina. Enferm: enfermería. Biomed: ciencias biomédicas. Psicol: psicología. CEA: Comité de ética asistencial (p) calculada con test de chi-cuadrado. En negrita

<sup>19</sup> Se denominará a los alumnos de los diferentes grados por la materia que estén estudiando. Del mismo modo, los alumnos PRE son aquellos que aún no han cursado la asignatura de bioética, y los alumnos POST son aquellos que ya han cursado esta asignatura. Se les denominará durante la presente investigación como PRE y POST.

diferencias estadísticamente significativa con  $p < 0,05$  (test de chi-cuadrado) entre grupos PRE y POST. (p): test de chi-cuadrado para los diferentes grados

#### 4.3.2.1 Alumnos del grado de medicina

Podemos observar en la Tabla 30 que los alumnos del grado de medicina mejoraron sus respuestas en el estadio POST de la carrera, excepto:

- En la pregunta 5 sobre adecuación del esfuerzo terapéutico.
- En la pregunta 9 sobre conceptos de bioética: principio de doble efecto.

La mejoría es evidente del estadio PRE al estadio POST. Alcanzaron 100% de aciertos en las preguntas POST:

- Pregunta 1 sobre conceptos en bioética.
- Pregunta 4 sobre concepto de futilidad.

Las preguntas donde obtuvieron porcentaje  $<25\%$  de aciertos los alumnos PRE fueron:

- Pregunta 2 sobre conceptos de bioética.
- Pregunta 11 sobre funciones del CEA.
- Pregunta 13 sobre menor maduro.

La pregunta donde obtuvieron porcentajes  $<25\%$  de aciertos los alumnos POST fueron:

- Pregunta 11 sobre funciones del CEA.

#### 4.3.2.2 Alumnos del grado de enfermería

Los alumnos del grado de enfermería mejoraron sus respuestas entre los PRE y los POST en todas las preguntas menos en:

- Pregunta 3 sobre el principio de autonomía.
- Pregunta 4 sobre conceptos de bioética: concepto de futilidad.
- Pregunta 5 sobre concepto de adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Pregunta 6 sobre el concepto de incapacidad.
- Pregunta 9 sobre conceptos de bioética: principio de doble efecto.
- Pregunta 14 sobre el principio de autonomía.

La pregunta donde se alcanzó un 100% de respuesta contestada correctamente fue la siguiente POST:

- Pregunta 8 sobre virtudes profesionales.

La pregunta donde obtuvieron porcentaje <25 % de aciertos los alumnos PRE fue

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.

En el grado de enfermería POST no hay ninguna pregunta donde el porcentaje de acierto sea <25%.

### 4.3.2.3 Alumnos del grado de ciencias biomédicas

Los alumnos del grado de ciencias biomédicas mejoraron sus respuestas en 5 de las preguntas realizadas. Las preguntas donde no mejoraron su respuesta PRE y POST fueron:

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.
- Pregunta 3 sobre el principio de autonomía.
- Pregunta 4 sobre conceptos de bioética: concepto de futilidad.
- Pregunta 5 sobre concepto de adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Pregunta 6 sobre el concepto de incapacidad.
- Pregunta 7 sobre el concepto de eficiencia.
- Pregunta 9 sobre conceptos de bioética: principio de doble efecto.
- Pregunta 10 sobre decisiones del CEA.
- Pregunta 14 sobre el principio de autonomía.
- Pregunta 15 sobre principio “*prima facie*”.

La pregunta donde se alcanzó un 100% de respuesta acertada fue la siguiente PRE:

- Pregunta 1 sobre conceptos en bioética

Las preguntas donde obtuvieron porcentaje <25 % de aciertos los alumnos PRE fueron:

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.
- Pregunta 13 sobre menor maduro.

La pregunta donde obtuvieron porcentajes <25% de aciertos los alumnos POST fueron:

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.
- Pregunta 14 sobre el principio de autonomía.

#### 4.3.2.4 Alumnos del grado de psicología

Los alumnos del grado de psicología mejoraron sus respuestas en 5 de las preguntas realizadas. Las preguntas donde no mejoraron su respuesta PRE y POST fueron:

- Pregunta 1 sobre conceptos en bioética.
- Pregunta 3 sobre el principio de autonomía.
- Pregunta 4 sobre conceptos de bioética: concepto de futilidad.
- Pregunta 7 sobre el concepto de eficiencia.
- Pregunta 8 sobre el concepto de virtudes profesionales.
- Pregunta 9 sobre conceptos de bioética: principio de doble efecto.
- Pregunta 10 sobre decisiones del CEA.
- Pregunta 13 sobre menor maduro.
- Pregunta 14 sobre el principio de autonomía.
- Pregunta 15 sobre principio “*prima facie*”.

La pregunta donde se alcanza un 100% de respuesta acertada es la siguiente PRE:

- Pregunta 8 sobre el Concepto de virtudes profesionales.

Las preguntas donde obtienen porcentaje <25 % de aciertos los alumnos PRE son:

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.
- Pregunta 11 sobre funciones del CEA.
- Pregunta 13 sobre menor maduro.

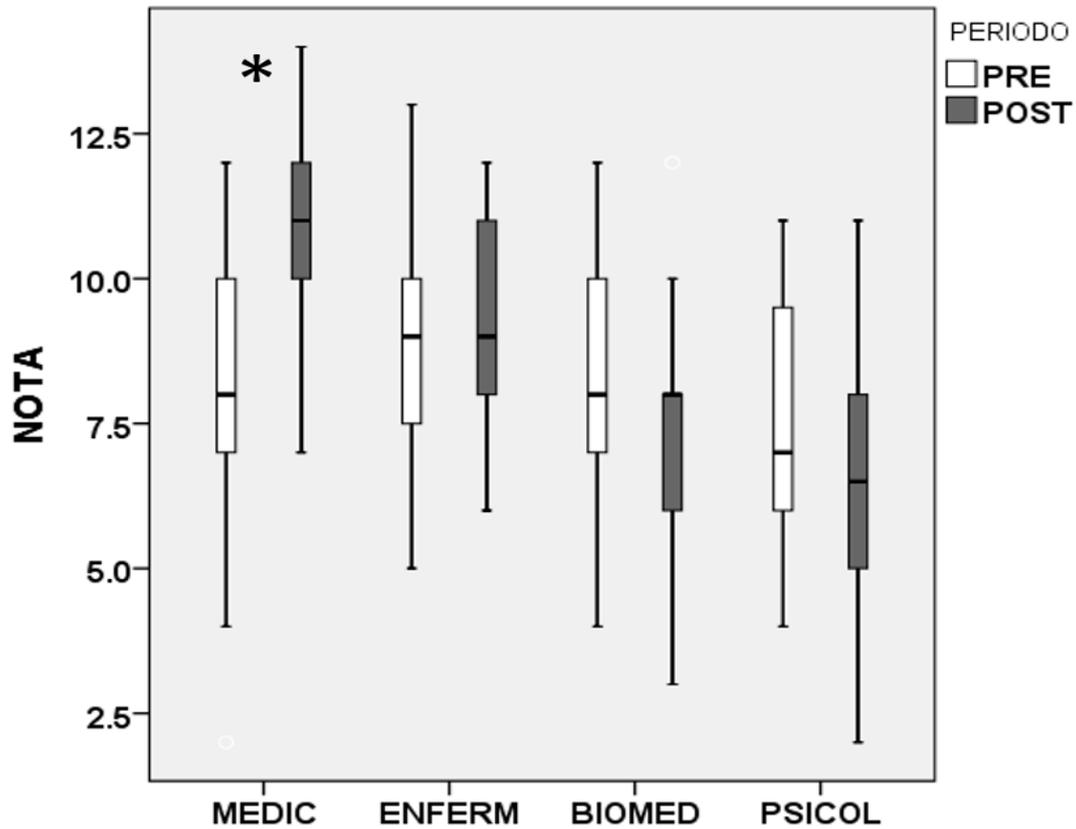
La pregunta donde obtuvieron porcentajes <25% de aciertos los alumnos POST fueron:

- Pregunta 2 sobre concepto de bioética.
- Pregunta 10 sobre decisiones del CEA.
- Pregunta 13 sobre menor maduro.

- Pregunta 14 sobre el principio de autonomía

En la Figura 14 podemos observar las diferencias en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario sobre conocimientos en bioética, comparando los diferentes grados y los periodos PRE y POST en la carrera.

Figura 14. Puntuaciones del examen de conocimientos teóricos. Según grado y periodo (PRE Y POST asignatura). (\*): Diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ )



Fuente: Elaboración propia

### 4.3.3 Cuestionario sobre actitud moral: escenarios

En este apartado se recogieron los resultados obtenidos de las respuestas que los participantes en el estudio ofrecieron en los 13 escenarios de actitud moral. En las tablas expuestas se refleja el porcentaje de respuestas de cada afirmación y de cada puntuación. La columna de *expertos* indica si existe diferencias significativas entre la tendencia respondida por los participantes, y las respuestas dadas por los expertos en bioética. Los signos + y – indican diferencias significativas en las respuestas dadas, siendo + valores superiores de respuesta y – valores inferiores de respuestas.

Los escenarios se agruparon según las dimensiones antes citadas, y por orden, no coincidiendo la numeración de la dimensión con el escenario estudiado. De este modo:

- Dimensión adecuación del esfuerzo terapéutico: AET
  - Escenario 5: AET-1.
  - Escenario 11: AET-2.
- Dimensión vulneración de la información clínica: VIC
  - Escenario 3: VIC-1.
  - Escenario 9: VIC-2.
- Dimensión objeción de conciencia: OC
  - Escenario 1: OC-1.
  - Escenario 4: OC-2.
  - Escenario 10: OC-3.
- Dimensión justicia distributiva: JD
  - Escenario 8: JD-1.
  - Escenario 13: JD-2.
- Dimensión turismo sanitario: TS
  - Escenario 2: TS-1.
  - Escenario 7: TS-2.
- Dimensión autonomía del paciente: AP
  - Escenario 6: AP -1

- Escenario 12: AP-2.

### Escenarios de la dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico

Tabla 31. Respuestas a los escenarios de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo.

AET-1									
Hombre de 28 años. Politraumatizado. Traumatismo craneoencefálico grave (TAC con destrucción de lóbulo frontal izquierdo, y múltiples zonas de hematoma intraparenquimatoso). 43 días de ingreso en UCI. Portador de traqueotomía. Reactivo, pero no se ha visto perceptivo. Ha ido mejorando algo. Hace complicación infecciosa (neumonía nosocomial) con hipotensión y necesidad de noradrenalina en perfusión. Fracaso renal agudo con anuria y cifras altas de creatinina. Se plantea sistema de depuración extra-renal (hemodiafiltración veno-venosa continua). No hay documento de voluntades anticipadas redactado.									
Escenario-5	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Si fuera yo el paciente, no querría que se me hiciera nada más (%)	32,0 34,5	20,6 10,3	19,6 15,5	12,9 13,8	14,9 25,9			
2	Si fuera mi hijo, no querría que se le hiciera nada más (%)	44,3 40,5	20,6 19,8	23,2 19,0	5,7 9,5	6,2 11,2	-		
3	Los profesionales sanitarios al cargo del paciente plantearán a la familia sobre qué actuación deciden seguir (%)	2,6 4,3	3,6 2,6	11,3 11,3	26,8 18,1	55,7 63,8		MED + PSI -	
4	El responsable del paciente decidirá con mayor facilidad si conoce el deseo expreso del paciente a no verse en esta situación (%)	10,0 6,1	6,3 5,2	28,9 20,9	28,4 24,3	26,3 43,5		+	MED +
5	Se debe continuar con el tratamiento ya que es un paciente muy joven (%)	9,3 9,5	16,6 18,1	38,3 37,9	23,3 23,3	12,4 11,2	+		-
6	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	11,4 4,3	17,6 6,9	17,6 12,1	25,9 21,6	36,3 55,6			

Fuente: Elaboración propia Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Adecuación del esfuerzo terapéutico: escenario 5

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los alumnos coincidieron mayoritariamente con las respuestas dadas por los expertos. Mayoritariamente estuvieron en total desacuerdo con la afirmación. Los alumnos POST se mostraron más a favor de la afirmación aun cuando mayoritariamente mantuvieron la tendencia a estar en desacuerdo

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas por los alumnos respondieron de forma completamente en desacuerdo con la afirmación, frente a las respuestas de los expertos que se mostraron en menor desacuerdo con la misma.

*En la afirmación 3*, las respuestas dadas por los alumnos, de forma global, estuvieron mayoritariamente de acuerdo con las respuestas que los expertos dieron en esta afirmación, mayoritariamente de acuerdo con ella. Los alumnos de medicina se mostraron más de acuerdo con la media y los alumnos de psicología presentan una tendencia menos elevada a la respuesta de acuerdo del escenario.

*En la afirmación 4*, la tendencia de respuesta por parte de los alumnos es mayoritariamente de acuerdo que la dada por los expertos. Los alumnos POST estudio se muestran más a favor de esta afirmación que la media global, al igual que los alumnos de medicina.

*En la afirmación 5*, los alumnos responden con una tendencia media, a diferencia del grupo de expertos en bioética que responden claramente mayormente de acuerdo con a la afirmación. Las alumnas respondieron de forma menos de acuerdo con la afirmación que el global de los alumnos.

*En la afirmación 6*, en el caso de consultar con el CEA, los alumnos de los diferentes grados respondieron mayoritariamente de acuerdo.

.

### Escenarios de la dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico

Tabla 32. Respuestas a los escenarios de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo.

AET-2									
Hombre de 75 años. Politraumatizado por accidente de circulación (conduce el). Trauma torácico (6 costillas con contusión pulmonar), no traumatismo craneoencefálico. Problemas respiratorios con ventilación mecánica y sedo-relajación, con lesiones irreversibles de pronóstico fatal. Al día 16 de su ingreso la familia nos dice que nos estamos excediendo con el tratamiento y que creen que lo que hacemos no sirve para nada.									
Escenario-11	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 Yo estoy de acuerdo con lo que piensa la familia (%)	36,1 25,0	21,5 21,6	27,7 21,6	10,5 17,2	4,2 14,7	-		PSI -	
2 No se retira tratamientos, pero no se añade nada más (%)	9,1 18,3	31,8 16,5	27,3 31,3	18,2 19,1	13,6 14,8	-	+		
3 El responsable del paciente debe esperar a que se despierte (%)	17,9 25,0	20,0 23,3	39,5 27,6	15,3 11,2	7,4 12,9	+			
4 Se debe llamar al juez para realizar una consulta, ya que es un tema legal (%)	16,3 22,2	14,7 9,4	28,9 26,5	24,2 29,1	15,8 12,8	+			
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	8,5 8,6	3,2 0,9	20,6 17,2	26,5 27,6	41,3 45,7			ENF +	

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Adecuación del esfuerzo terapéutico: escenario 11**

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los alumnos, mayoritariamente en desacuerdo con la afirmación, difirieron con las respuestas dadas por los expertos, mayoritariamente a favor de la afirmación.

*En la afirmación 2*, las respuestas globales dadas por los alumnos discreparon de las dadas por los expertos. Los alumnos estuvieron más en contra de esta afirmación que los expertos, que se mostraron mayoritariamente más en desacuerdo con esta afirmación. Los alumnos POST se mostraron más en acuerdo con la afirmación

*En la afirmación 3*, de forma global y coincidiendo con la respuesta de los expertos, los alumnos respondieron como no de acuerdo con la afirmación. Los expertos se mostraron más en desacuerdo.

*En la afirmación 4*, de nuevo de forma global las respuestas dadas por los alumnos coincidieron con las respuestas dadas por los expertos, estando estos últimos más en desacuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 5*, las respuestas globales de los alumnos coincidieron con las dadas por los expertos. Los alumnos de enfermería respondieron de forma en más contundente de acuerdo con la afirmación.

### Escenarios de la dimensión: vulneración de la información clínica

Tabla 33. Respuestas a los escenarios de vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

VIC-1									
Paciente de 15 años que acude a urgencias por agitación psicomotriz. Sus amigos acompañantes dicen que ha tomado varias pastillas en la discoteca. El paciente se recupera en 2 horas.									
Escenario-3	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
1 Se avisa a su familia, aunque él haya dicho que no (%)	2,6 2,6	3,1 5,1	7,2 5,1	27,3 25,6	59,8 61,5			MED +	
2 Los profesionales que atienden al paciente, si tuviera 17 años, no avisarían a la familia (%)	50,0 50,0	26,8 17,2	16,0 13,8	4,6 11,2	2,6 7,8	-			
3 El profesional responsable del paciente informará a la policía de lo ocurrido (%)	27,3 33,6	19,3 18,1	25,3 20,7	17,5 13,8	10,3 13,8	-			
4 Es la tercera vez que se atiende. Se avisa a la familia (%)	4,7 3,4	1,6 1,7	3,1 8,6	7,8 14,7	82,9 71,6		-	PSI -	
5 Es un menor maduro. Debemos respetar su decisión de no avisar a la familia (%)	43,3 49,1	30,4 24,1	19,6 13,8	3,1 8,6	3,6 4,3				
6 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	28,0 26,5	20,2 21,4	20,2 12,8	16,6 18,8	15,0 20,5	-			-

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Vulneración de la información clínica: escenario 3

*En la afirmación 1*, las respuestas globales dadas por los alumnos coincidieron con las respuestas dadas por los expertos. Los estudiantes de medicina respondieron mayoritariamente de acuerdo con esta afirmación con más contundencia que el global de los alumnos.

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas por los alumnos mostraron desacuerdo con la afirmación, al igual que las respuestas de los expertos. La tendencia de los expertos fue a responder menos de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 3*, nuevamente las respuestas dadas por los alumnos globalmente coincidieron con las dadas por los expertos. La tendencia fue a estar en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 4*, claramente la respuesta dada por los alumnos y la respuesta de los expertos coincidió de forma evidente. Los alumnos POST se pronunciaron menos a favor de esta afirmación al igual que los alumnos de Psicología.

*En la afirmación 5*, la respuesta dada por los alumnos se dirigió a estar en desacuerdo con la afirmación al igual que la respuesta dada por los expertos.

*En la afirmación 6*, los alumnos respondieron de forma mayoritaria en desacuerdo con la afirmación, a diferencia de lo que los expertos respondieron.

**Escenarios de la dimensión: vulneración de la información clínica**

Tabla 34. Respuestas a los escenarios de vulneración de la información clínica (VIC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

VIC-2									
Un compañero de trabajo, que carece de acceso a la historia clínica informatizada, te pide a ti que sí que lo tienes que mires el resultado de una prueba que se ha hecho su cuñado (aunque no eres el profesional que lo atiende). Miras la prueba y ves que es un resultado compatible con un proceso de tumor pulmonar.									
Escenario-9	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Yo doy información dependiendo del tipo de prueba y de su resultado (%)	65,5	13,9	10,3	6,7	3,6	-		
		83,6	9,5	3,4	3,4	3,7			
2	Se podría informar al compañero de trabajo, pero no al paciente (%)	60,8	11,3	10,8	9,3	7,7	-		
		81,9	5,2	6,0	2,6	4,3			
3	Se debería informar al médico que hemos consultado el resultado de la prueba que él ha pedido (%)	9,8	5,7	12,4	26,8	45,4	-		
		27,8	4,3	14,8	18,3	34,8			
4	Acceder a la historia clínica de una persona que no es tu paciente es siempre un delito (%)	6,7	9,3	12,9	22,2	49,0		PSI -	
		7,8	6,0	9,5	13,8	62,9			
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	39,8	15,2	18,3	14,1	12,6			
		52,6	10,3	12,9	10,3	13,8			

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Vulneración de la información clínica: escenario 9

*En la afirmación 1*, los alumnos respondieron en total desacuerdo de forma rotunda, al igual que los expertos. Los alumnos POST respondieron de forma menos contundente, aunque siguiendo la tendencia a estar en desacuerdo con la premisa.

*En la afirmación 2*, igualmente se mostraron en desacuerdo con la afirmación y son los alumnos POST quienes respondieron con un mayor porcentaje de desacuerdo. Los expertos coincidieron con los alumnos en esta afirmación

*En la afirmación 3*, la tendencia entre los alumnos de forma global fue a contestarla en acuerdo, al igual que los expertos que estuvieron mayormente de acuerdo con esta afirmación. Los alumnos POST se mostraron menos de acuerdo con esta afirmación que el global de los alumnos.

*En la afirmación 4*, las respuestas tanto de los alumnos como de los expertos coincidieron. Estuvieron de acuerdo con la afirmación. Los alumnos de Psicología se mostraron menos de acuerdo con esta afirmación que los alumnos en global.

*En la afirmación 5*, los alumnos respondieron estar en desacuerdo con esta afirmación, al igual que los expertos.

### Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia

Tabla 35. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

OC-1									
Una pareja, con antecedentes familiares de enfermedad hereditaria grave, decide tener un hijo. Sólo puede hacerlo mediante reproducción asistida, con selección de los embriones sanos, pues quiere asegurar que el bebé esté libre de enfermedad y que sea niña.									
Escenario-1	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Se le asegura que estará libre de enfermedad, pero no se le deja elegir género (%)	13,9 6,8	7,7 4,3	17,5 17,9	21,6 19,7	39,2 51,3		+	
2	Investigaría si nuestra legislación permite elegir género (%)	10,8 12,0	6,2 6,0	14,4 17,1	22,2 17,1	46,4 47,9	+		
3	Si el tratamiento es en la sanidad privada los padres pueden elegir el sexo del bebé	57,7 54,7	17,0 18,8	13,9 13,7	6,2 6,8	5,2 6,0			
4	El profesional que le atiende puede declararse objeto de conciencia para efectuar reproducción asistida por fecundación in vitro (%)	17,3 19,0	16,2 3,4	28,6 31,0	24,3 18,1	13,5 28,4	-	+	MED +
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	4,6 7,7	13,9 7,7	17,5 16,2	32,5 25,6	31,4 42,7			

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Objeción de conciencia: escenario 1**

*En la afirmación 1*, los alumnos y los expertos coincidieron en la responder mayoritariamente de acuerdo con la afirmación. Los alumnos POST respondieron de forma más contundente en acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 2*, tanto los alumnos como los expertos estuvieron de acuerdo con esta afirmación. Los expertos respondieron de forma más contundente a favor que los alumnos

*En la afirmación 3*, los expertos junto con los alumnos respondieron de forma unánime en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 4*, las respuestas tuvieron una tendencia a estar de acuerdo con la afirmación a nivel global por los alumnos, al igual que los expertos. Los expertos respondieron de manera menos tajante que los alumnos a esta afirmación. Los alumnos POST respondieron de manera más contundente estando de acuerdo, al igual que los alumnos de medicina.

*En la afirmación 5*, claramente la respuesta dada tanto por los alumnos como por los expertos fue a estar de acuerdo.

### Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia

Tabla 36. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

OC-2										
Niño de 13 años que se detecta en campaña de vacunación escolar, que no ha sido vacunado de sarampión.										
Escenario-4	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer	
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo										
1	Si la familia no quiere no se vacuna (%)	24,9 18,8	20,7 9,4	18,7 21,4	16,1 23,1	19,7 27,4	-	+	PSI +	
2	Se intenta convencer al niño que es bueno que se vacune (%)	19,7 20,5	15,0 16,2	20,2 16,2	17,6 22,2	27,5 24,8	-		PSI -	-
3	El profesional responsable del paciente intentará convencer a la familia que es bueno que el niño se vacune (%)	2,6 0,9	1,0 12,8	10,4 12,8	28,5 18,8	57,5 67,5			PSI -	
4	Se obliga al niño a vacunarse, es un tema de salud pública (%)	34,2 44,4	24,9 14,5	20,7 18,8	12,4 16,2	7,8 6,0			PSI -	-
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	17,1 23,9	12,4 16,2	24,4 20,5	21,8 12,8	24,4 26,5				

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

#### **Objeción de conciencia: escenario 4**

*En la afirmación 1*, observamos una clara tendencia a estar de acuerdo con la afirmación, tanto de los alumnos como de los expertos. Los alumnos declararon estar más de acuerdo con la afirmación, así como los alumnos POST y los alumnos de psicología.

*En la afirmación 2*, los alumnos respondieron estar en de acuerdo, aunque la tendencia es poco contundente. Los expertos respondieron estar de acuerdo con la misma, pero de forma menos contundente. Los alumnos de psicología y las mujeres también respondieron de forma menos contundente a estar de acuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 3*, claramente la respuesta fue estar de acuerdo con la afirmación. Los expertos lo expresaron de la misma manera. Los alumnos de psicología respondieron de forma estadísticamente significativa estar menos de acuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 4*, también la tendencia fue a estar en desacuerdo con la afirmación al igual que los expertos bioéticos. Los alumnos de Psicología estuvieron más en desacuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 5*, las respuestas a estar de acuerdo con esta afirmación de los alumnos coincidieron con la dada por los expertos.

### Escenarios de la dimensión: objeción de conciencia

Tabla 37. Respuestas a los escenarios de objeción de conciencia (OC). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

OC-3									
Paciente de 16 años que te solicita información o posible tratamiento por rotura de preservativo (estando con su novio) y quiere la píldora del día después, por miedo a quedarse embarazada									
Escenario-10	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Se le debe dar el tratamiento que solicita. Es una menor madura (%)	5,7 3,5	3,6 3,5	18,0 5,2	30,4 38,3	42,3 49,6		+	
2	Se debe poner en contacto con el especialista (ginecólogo) y realizar educación sanitaria (%)	5,2 6,0	8,8 8,6	16,0 7,8	28,9 25,0	41,2 52,6		ENF +	
3	El profesional responsable de la paciente debe informar a sus padres (%)	36,1 42,2	19,1 23,3	21,6 18,1	11,9 12,1	11,3 4,3			
4	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	35,9 49,1	20,8 18,1	19,8 16,4	13,5 7,8	9,9 8,6	-	PSI -	-

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Objeción de conciencia: escenario 10**

*En la afirmación 1*, las respuestas de los alumnos coincidieron con las dadas por los expertos en bioética, estando de acuerdo con la misma. Los alumnos POST contestaron de forma más contundente a estar más de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 2*, los alumnos de enfermería se mostraron más de acuerdo con esta afirmación que el global de los alumnos.

*En la afirmación 3*, las contestaciones estuvieron en desacuerdo con la afirmación, tanto por parte de los alumnos como por parte de los expertos.

*En la afirmación 4*, no elevar las dudas en este caso al CEA fue la respuesta tanto de los alumnos como de los expertos en bioética. Los alumnos POST respondieron de forma menos en desacuerdo con esta afirmación, al igual que los alumnos de psicología y las alumnas mujeres.

### Escenarios de la dimensión: justicia distributiva

Tabla 38. Respuestas a los escenarios de justicia distributiva (JD). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

JD-1									
Mujer de 48 años con neo de mama metastásica y que ha recibido tratamiento con quimioterapia en los últimos 3 años con una calidad de vida aceptable. Ahora solo puede ponerse un nuevo tratamiento que ha demostrado que alarga la vida un promedio de 1,5 meses y su valor es de 30000 euros cada dos semanas, que correría a cargo de la Seguridad Social. La paciente está de acuerdo con la administración de este tratamiento.									
Escenario-8	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1 La decisión de administrar el tratamiento depende de una comisión de expertos del hospital (%)	11,4 6,0	10,4 9,5	29,5 12,1	26,9 30,2	21,8 42,2	-	+	BIO -	
2 Si se conoce al paciente será más fácil que se tome una decisión (%)	43,8 45,3	18,6 12,0	19,1 17,9	12,9 12,8	5,7 12,0				
3 La decisión cambia si el precio es de 100 o de 10.000 euros (%)	21,1 17,1	13,9 7,7	20,6 25,6	23,2 20,5	21,1 29,1	-			
4 El paciente puede decidir su tratamiento si lo paga (%)	18,1 12,1	13,5 11,2	21,8 23,3	18,1 17,2	28,5 36,2	+			
5 Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	12,0 6,0	7,8 2,6	22,4 17,9	26,0 21,4	31,8 52,1		+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Justicia distributiva: escenario 8

*En la afirmación 1*, los expertos en bioética y los alumnos respondieron mayoritariamente estar de acuerdo con la afirmación. Los expertos lo hicieron de forma menos contundente, al contrario que lo respondido por los alumnos POST que afirmaron con más contundencia. Los alumnos del grado de ciencias biomédicas respondieron de forma menos tajante a esta afirmación que los alumnos en general.

*En la afirmación 2*, aquí igualmente tanto los alumnos como los expertos coincidieron en las respuestas dadas, en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 3*, los alumnos respondieron mayoritariamente a favor del enunciado a diferencia de los expertos, que respondieron claramente en desacuerdo con el mismo.

*En la afirmación 4*, los alumnos respondieron estando de acuerdo con esta afirmación, de forma más clara en los alumnos POST. Los expertos, sin embargo, respondieron con una clara tendencia al desacuerdo para esta afirmación.

*En la afirmación 5*, las respuestas dadas para elevar el dilema al CEA estuvieron claramente de acuerdo con la afirmación, siendo los alumnos POST quienes contestaron de forma más contundente con esta tendencia a estar de acuerdo.

### Escenarios de la dimensión: justicia distributiva

Tabla 39. Respuestas a los escenarios de justicia distributiva (JD). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

JD-2									
Nos avisan de Urgencias que ha llegado un paciente politraumatizado (accidente de circulación) con múltiples fracturas y repercusión en tensión arterial. No tenemos cama en UCI, y tampoco contamos con ninguna cama de hospitalización disponible. En la UCI hay un paciente con limitación de esfuerzo terapéutico (LET) y creemos que morirá en unas 24-48 horas. Los familiares del paciente ingresado en UCI no están de acuerdo con la decisión de acelerar el proceso de muerte.									
Escenario-13	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	El responsable del paciente acelera el proceso de muerte del paciente en UCI (%)	38,5 41,0	14,1 19,7	16,7 20,5	22,4 12,0	8,3 6,8			
2	Si el paciente de UCI no tiene familia es más fácil que los profesionales sanitarios decidan su final (%)	12,5 13,9	16,7 13,9	37,0 34,8	23,4 20,0	10,4 17,4			
3	Se decidirá el traslado del paciente de urgencias a otro centro, aunque esto sea un riesgo (%)	5,7 7,7	6,8 13,7	27,1 23,9	28,1 25,6	32,3 29,1			
4	Si el paciente no está consciente, deben respetarse siempre los deseos de su familia (%)	5,2 5,2	3,7 5,2	20,9 12,9	22,5 19,0	47,6 57,8			+
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	63,9 65,5	19,4 17,2	12,0 11,2	4,7 6,0	8,1 8,1			

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Justicia distributiva: escenario 13**

*En la afirmación 1*, los expertos y los alumnos respondieron en desacuerdo con la afirmación

*En la afirmación 2*, de nuevo los alumnos y los expertos respondieron en total desacuerdo con la afirmación.

*En a afirmación 3*, los alumnos contestaron con una tendencia a estar de acuerdo con la premisa al igual que los expertos que contestaron de forma más contundente.

*En la afirmación 4*, los alumnos en global respondieron de acuerdo con la afirmación en cambio los expertos respondieron justamente lo contrario, mostrándose en desacuerdo con la afirmación. Las alumnas del estudio contestaron de forma más evidente a estar de acuerdo con esta afirmación.

*En la afirmación 5*, sería un caso que tanto los expertos como los alumnos elevarían al CEA para su discusión.

**Escenarios de la dimensión: turismo sanitario**

Tabla 40. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

TS-1										
Niño de 9 años vecino de nuestra ciudad. Diagnosticado de tumor cerebral. No hay posibilidad quirúrgica en nuestro centro. Sabemos que se puede hacer radioterapia especial en Houston que modifica su pronóstico (curación en un tercio de los casos), pero con un elevado coste económico que la familia no puede hacer frente.										
Escenario-2	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer	
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo										
1	El responsable del paciente informará a la familia de esta posibilidad y que sean ellos quienes decidan si pueden pagar el tratamiento (%)	4,1 2,6	6,2 2,6	11,3 16,2	21,0 29,1	57,4 49,6				
2	Si la familia no tiene suficientes recursos, se busca una ONG que les pueda ayudar (%)	0,5 1,7	2,1 5,1	8,2 8,5	27,8 24,8	61,3 59,8				
3	Se busca asesoría legal para ver si el estado debe pagar (%)	1,5 1,7	2,1 2,6	9,2 8,6	34,9 37,1	52,3 50,0				
4	Como el tratamiento queda fuera de nuestro ámbito, no tendríamos la obligación de informarles (%)	94,3 91,5	4,1 6,0	1,0 0,9	0,5 0,0	1,6 1,7				
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	15,9 6,0	20,0 10,3	21,0 21,4	20,5 22,2	22,6 40,2	-	+		

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Turismo sanitario: escenario 2**

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas por los expertos en bioética coincidieron con las dadas por los alumnos universitarios, estando totalmente de acuerdo con la premisa.

*En la afirmación 2*, las respuestas de los alumnos estuvieron de acuerdo con esta premisa. Los expertos, estuvieron también en total acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 3*, las respuestas dadas estuvieron de acuerdo con la afirmación, en los alumnos y en las contestaciones dadas por los expertos en bioética.

*En la afirmación 4*, las respuestas obtenidas fueron unánimes en estar en desacuerdo con la afirmación al igual que lo respondido por los expertos en bioética.

*En la afirmación 5*, sería un dilema adecuado para elevarlo al CEA, así respondieron los alumnos y los expertos. Existe una diferencia estadísticamente significativa ya que los expertos respondieron de forma más unánime que esta situación se tiene que elevar al CEA. Y los alumnos POST se mostraron con una mayor tendencia a responder en acuerdo con esta afirmación.

**Escenarios de la dimensión: turismo sanitario**

Tabla 41. Respuestas a los escenarios de turismo sanitario (TS). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

TS-2									
Hombre de 29 años subsahariano que acude al Hospital por malformación de cadera izquierda que puede tratarse con prótesis especial y rehabilitación de larga duración. Se encuentra en situación ilegal en nuestro país.									
Escenario-7	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Yo considero que la factura del tratamiento debe pagarla el país de origen del paciente (%)	22,7 31,9	19,6 22,4	30,9 19,8	15,5 12,1	11,3 13,8		PSI -	
2	Si el paciente fuera un menor sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	29,7 41,0	17,9 18,8	23,6 18,8	19,5 12,8	9,2 8,5	-		
3	Si fuera legal (tiene papeles) sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	17,4 16,2	6,7 8,5	12,8 13,7	26,7 22,2	36,4 39,3			
4	Si fuera padre de familia (tiene 2 hijos que dependen de su trabajo) sería más fácil aceptar su tratamiento (%)	34,9 45,3	17,9 19,7	26,7 17,1	14,9 12,0	5,6 6,0			
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	9,7 12,8	5,6 6,0	25,6 19,7	21,0 19,7	37,9 41,9		ENF +	+

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### **Turismo sanitario: escenario 7**

*En la afirmación 1*, la tendencia de los alumnos fue a responder en desacuerdo con la afirmación a diferencia de lo respondido por los expertos en bioética que se mostraron de acuerdo con la misma. Los alumnos de psicología respondieron en mayor desacuerdo con la premisa, comparándolo con la respuesta global de los alumnos.

*En la afirmación 2*, las respuestas dadas fueron claramente en desacuerdo tanto por parte de los alumnos como por parte de los expertos en bioética. Los alumnos POST se mostraron más en desacuerdo que el global de los alumnos.

*En la afirmación 3*, las respuestas dadas por los alumnos están en claro acuerdo con la afirmación, a diferencia de la respuesta dada por los expertos cuya respuesta se dirige a estar más en desacuerdo.

*En la afirmación 4*, coincidieron tanto los alumnos como los expertos en no estar de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 5*, elevar el dilema al CEA fue la opción predominante tanto por parte de los profesionales como por parte de los expertos, siendo esta tendencia en la respuesta, más contundente, en los alumnos de enfermería como en las mujeres estudiantes.

### Escenarios de la dimensión: autonomía del paciente

Tabla 42. Respuestas a los escenarios de autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

AP-1									
Mujer de 37 años con diagnóstico de neo de mama con confirmación por anatomía patológica. Buen estado general. La paciente quiere tratarse con medicinas alternativas (tiene una tienda herbolario y da cursillos de medicina natural).									
Escenario-6	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo									
1	Yo acepto la decisión de la paciente a tratarse con medicinas alternativas (%)	14,4 17,1	15,4 11,1	25,1 22,2	23,1 17,9	22,1 31,6	-		BIO -
2	El profesional responsable de la paciente decide que ha dejado de ser paciente del centro hospitalario, porque no sigue el tratamiento convencional que se le propone (%)	52,8 69,2	25,1 15,4	13,8 8,5	5,1 4,3	3,1 2,6		-	
3	Los profesionales sanitarios pedirán ayuda a la familia para intentar convencerla que únicamente siga el tratamiento tradicional (%)	16,4 24,8	15,9 16,2	24,6 20,5	24,6 19,7	18,5 18,8	-		PSI -
4	Los profesionales sanitarios pedirán la autorización judicial para poder tratarla contra su voluntad (%)	57,9 62,4	23,6 16,2	11,3 16,2	5,1 1,7	2,1 3,4			
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	15,5 17,9	13,4 12,0	22,4 17,9	21,6 15,4	27,3 36,8			BIO +

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Autonomía del paciente: escenario 6

*En la afirmación 1*, los expertos en bioética y los alumnos en global respondieron con la misma tendencia a estar de acuerdo con la premisa. Los alumnos de biomedicina respondieron de forma menos de acuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 2*, tanto los expertos como los alumnos respondieron estar en desacuerdo con esta afirmación. Los alumnos POST respondieron de forma más en desacuerdo que los alumnos totales.

*En la afirmación 3*, la tendencia de respuesta en los alumnos fue a estar ligeramente en desacuerdo con la afirmación, pero de manera muy dispersa. En cambio, los expertos se posicionaron de forma más rotunda en estar de acuerdo con la afirmación. Los alumnos de psicología se mostraron más en desacuerdo con la afirmación en relación con los alumnos globales.

*En la afirmación 4*, nuevamente tanto los alumnos como los expertos en bioética se posicionaron en desacuerdo con la afirmación.

*En la afirmación 5*, la consulta al CEA por parte de los alumnos fue clara al igual que la respuesta dada por los expertos que claramente se posicionaron a favor de elevar la consulta al CEA para la resolución del conflicto moral. Los alumnos de biomedicina se posicionaron de forma más contundente de acuerdo para elevar el dilema al CEA.

**Escenarios de la dimensión: autonomía del paciente**

Tabla 43. Respuestas a los escenarios de autonomía del paciente (AP). Comparación con expertos, pre y post asignatura, grado y sexo

AP-2										
Ingresa paciente de 13 años con politraumatismo (se ha caído de la bicicleta) y se diagnóstica de rotura de bazo. Se realiza analítica con cifras de hemoglobina bajas. Hay repercusión clínica con hipotensión, oliguria, taquicardia y aumento del trabajo respiratorio. Se indica transfusión, a fin de estabilizarlo y poder hacer más pruebas para diagnosticar mejor su estado. La familia dice que son testigos de Jehová. No quieren que se ponga “sangre” a su hijo. El niño dice que lo que digan sus padres.										
Escenario-12	0	1	2	3	4	Experto	POST	Grado	Mujer	
0 total desacuerdo; 4 total acuerdo										
1	Dado que es un menor, se decide (con la autorización al juez) pasar concentrados de hematíes (%)	12,6 9,5	8,9 6,0	18,9 12,1	27,2 26,7	32,5 45,7	-	+	PSI -	-
2	Los profesionales sanitarios esperarán a que el estado del paciente empeore clínicamente para decidir el tratamiento (%)	51,6 56,9	28,4 19,0	13,7 14,7	3,7 7,8	2,6 1,7				
3	El responsable del paciente no dejará que muera por falta de transfusión (%)	10,5 8,8	6,8 6,2	12,6 17,7	24,7 21,2	45,3 46,0			PSI -	
4	Si el paciente tuviera 16 años podría decidir (%)	12,2 14,7	13,2 8,6	27,5 26,7	25,9 24,1	21,2 25,9	-		PSI -	
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital (%)	5,2 5,1	2,1 2,6	12,6 9,4	20,4 16,2	59,7 66,7			BIO -	

Fuente: Elaboración propia. Datos como porcentaje. Fila superior valor PRE e inferior valor POST. En negrita deberían estar los valores máximos de respuesta establecidas como basales por los expertos. Diferencias significativas expresadas en (+) valores superiores y (-) valores inferiores. Grupos según Expertos (estudiantes vs expertos); GRADO (MED: Medicina, ENF: Enfermería, BIO: Biomedicina; PSI: Psicología). Significación estadística con  $p < 0,05$  con test no paramétrico de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis según características de la variable.

### Autonomía del paciente: escenario 12

*En la afirmación 1*, las respuestas dadas tanto por los alumnos como por los expertos estuvieron claramente de acuerdo con la premisa de la afirmación. Los expertos respondieron con una tendencia a estar menos de acuerdo que los alumnos en global. Los alumnos POST se revelaron respondiendo más de acuerdo con la afirmación. En cambio, los alumnos de psicología se mostraron menos de acuerdo con la afirmación al igual que las mujeres del estudio.

*En la afirmación 2*, nos encontramos ante un caso de desacuerdo evidente de la premisa, tanto por parte de los alumnos como por parte de los expertos.

*En la afirmación 3*, también se respondió mayoritariamente de acuerdo con la premisa, por parte de los alumnos y de los expertos en bioética. Los alumnos de psicología se mostraron menos de acuerdo con la respuesta en relación con el global de los alumnos.

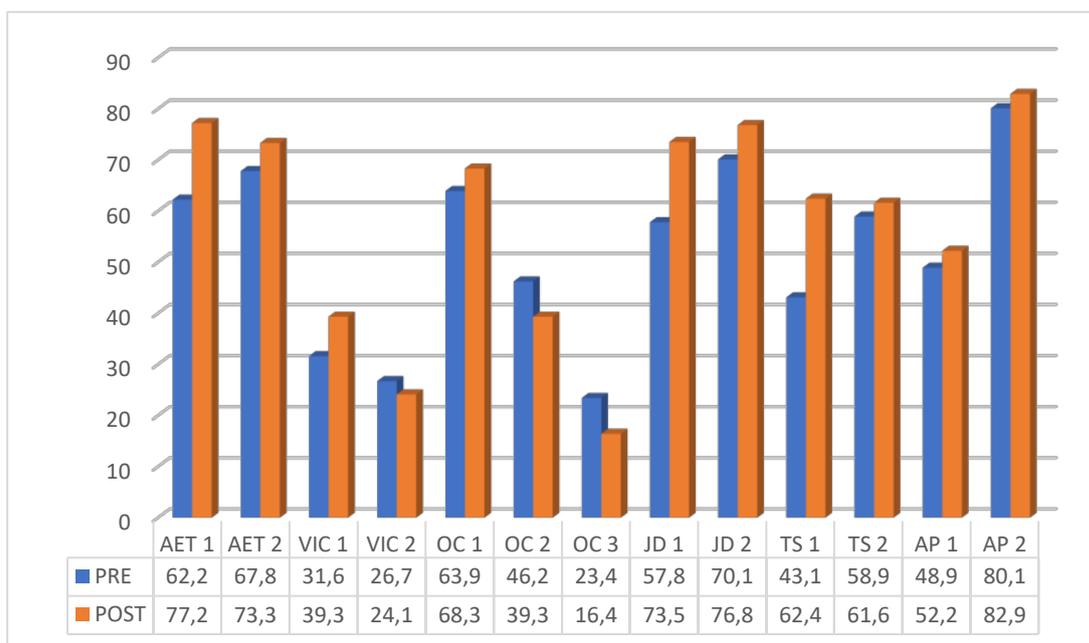
*En la afirmación 4*, las respuestas entre los alumnos fueron muy dispersas, siendo la tendencia a estar de acuerdo la mayoritaria. En cambio, los expertos declararon de forma más contundente estar menos de acuerdo con la premisa, al igual que los alumnos de psicología, que mostraron menor acuerdo en relación con las respuestas de los alumnos en global.

*En la afirmación 5*, claramente es un caso que tanto alumnos como expertos elevarían al CEA para su resolución. Los estudiantes de psicología respondieron de forma menos contundente.

#### 4.3.4 Consulta al comité de ética asistencial

En la Figura 2 podemos observar los escenarios que los alumnos elevarían al CEA para su resolución.

Gráfica 2. Porcentaje de respuestas superiores a 2 puntos a favor de hacer consulta al comité de ética asistencial según escenario. Valores PRE y POST según año antes y después de cursar la materia.



Fuente: Elaboración propia. Adecuación del esfuerzo terapéutico: AET; vulneración de la información clínica: VIC; objeción de conciencia: OC; justicia distributiva: JD; turismo sanitario: TS; autonomía del paciente: AP.

No aparecen grandes diferencias a la hora de responder entre los alumnos PRE y los POST. Los escenarios que serían elevados al CEA, con una contestación >50% de las respuestas dadas son:

- Escenario 5 LET.
- Escenario 11 LET.
- Escenario 1 OC.
- Escenario 8 JD.
- Escenario 13 JD.
- Escenario 2 TS solo en alumnos POST.
- Escenario 7.
- Escenario 6 solo en alumnos POST.
- Escenario 12.

En cuatro escenarios no se elevaría la decisión al CEIC.

## **5. Discusión**



## 5.1 Discusión

La elaboración de la presente investigación aporta una serie de características importantes en la bioética. Diseñar un cuestionario sobre un tema determinado supone adentrarse en ese tema conociendo todos los pormenores existentes. En el caso de esta investigación, el tema a tratar, por supuesto es la bioética, y las diferentes dimensiones que se incluyen en el mismo es lo que le aporta variedad y riqueza.

Con el fin de clarificar la discusión de la presente investigación, hemos dividido este apartado en cuatro partes:

- 1) El diseño y la construcción del cuestionario.
- 2) El cuestionario sobre conocimientos teóricos.
- 3) El cuestionario sobre actitud moral.
- 4) El comité de ética asistencial.

### 5.1.1 El diseño y la construcción del cuestionario

El amplio abanico de posibilidades que constituye el estudio de la bioética posibilita la utilización de una no menos extensa variedad de métodos de medición. En el presente proyecto, los conceptos que se desean medir son tanto los conocimientos en bioética como las actitudes morales frente a una determinada situación de estrés, en una población determinada, y el instrumento utilizado es el cuestionario.

Todas las herramientas utilizadas para medir un aspecto concreto de una población, en este caso conocimientos y actitud, tienen puntos debilidades y fortalezas. No existe el instrumento perfecto si no que cada uno se adapta en mayor o menor manera a los objetivos que en la investigación se planteen.

Del diseño del presente cuestionario extraemos una serie de puntos fuertes (Tuckman & Harper, 1994):

- *Cuestionario autoadministrado.* La facilidad a la hora de cumplimentar el presente cuestionario por parte del profesional es un ítem a tener en cuenta ya que no requiere de un tercero para su administración, agilizándose de este modo el proceso, y evitando el sesgo del entrevistador.
- *Respuestas claras, concisas y cerradas.* En el cuestionario sobre conocimientos teóricos, las respuestas son cerradas y solo una es la correcta. Este hecho facilita la valoración, mejorando el tiempo de respuesta a esta evaluación, el número de personas dedicadas a puntuar el cuestionario. Con este dato se minimiza por completo el sesgo de la interpretación por parte del evaluador, al contar con preguntas de respuestas cerradas.

- *La interpretación de las respuestas es fácil ya que todos los participantes responden a las mismas preguntas con el mismo rango de respuesta.*
- *Gran alcance de participantes.* El presente cuestionario permite obtener un elevado número de personas que lo contesten, ya que puede ser administrado por vía telemática, sin necesidad que el investigador esté presente durante su ejecución. En esta investigación la administración de los cuestionarios fue de forma presencial, pero el objetivo de futuras investigaciones sería la administración de forma telemática.
- *Asegura la confidencialidad de los participantes.* Al ser autoadministrado los participantes responden de forma más sincera sin que existan presiones tanto por parte del investigador, como por parte de la institución a la que pertenece. Las respuestas incorrectas no se relacionan con la persona que las ha respondido, tanto en el cuestionario de conocimientos teóricos, como en el cuestionario de actitud moral.
- *Es un cuestionario de rápida ejecución.* El tiempo medio utilizado para la resolución del cuestionario es de aproximadamente 25 minutos. En esta resolución se cuenta la realización del cuestionario de conocimientos teóricos, la realización del cuestionario sobre actitud moral y la concreción de los datos biográficos de los participantes.
- *Gran variedad de temas de carácter bioético.* Las investigaciones realizadas en este contexto normalmente abarcan un tema concreto de Trabajo, ya sea derechos humanos, voluntades anticipadas, menor maduro, etc. Pero en el presente estudio, los temas de interés bioético son variados y múltiples, con la intención de abarcar el máximo número de posibilidades y de temas relacionados con la bioética. Estos temas no se presentan de forma monográfica, es decir, cada escenario cuenta con una problemática donde los problemas se interrelacionan entre sí. De este modo, podemos encontrar escenarios donde se plantea la situación de un menor que además rechaza un tratamiento concreto vital para su recuperación, como es la administración de hemoderivados siendo Testigo de Jehová.
- *Inclusión de un apartado donde se evalúan conocimientos, y otro apartado donde se evalúan actitudes.* El contar con una herramienta que sea capaz de aportar una visión amplia y general de los conocimientos y actitudes que un profesional posee sobre un tema determinado, nos aporta una gran red de posibilidades de mejora en el tema.
- *El cuestionario está dirigido a profesionales sanitarios.* El presente cuestionario puede ser ejecutado por todo profesional sanitario que preste sus servicios en la atención al paciente, familia o Sociedad. Existen muchos estudios sobre el tema dirigidos a un colectivo en concreto, ya sean enfermeros, médicos, odontólogos, etc. La riqueza de este estudio viene determinada por la amplitud de profesionales sanitarios que pueden participar.
- *Es adecuada la utilización del cuestionario para alumnos universitarios de la rama sanitaria.* Tras haber realizado la actual investigación podemos afirmar que el cuestionario podría ser empleado durante la formación de profesionales sanitarios, para

averiguar tanto la adquisición de conocimientos adquiridos como la actitud que presentan estos futuros profesionales en referencia a los temas de interés bioético.

- *La utilización del método Delphi en la construcción de cuestionario*, le confiere fuerza y calidad ya que el diseño, tanto interno como externo cuenta con el beneplácito de un grupo de expertos en bioética, que lo modelan hasta conseguir el resultado final. Este método Delphi confiere riqueza al cuestionario.

Intentar plasmar en un cuestionario el máximo de situaciones conflictivas es una tarea difícil. Siempre quedará en el tintero algún tema importante, alguna situación de reconocido interés, algún problema valioso que tenga que ser estudiado más profundamente. La complejidad del cuestionario es inversamente proporcional al interés que genera entre los profesionales/alumnos para cumplimentarlo. De este modo, un cuestionario que presente todos los temas importantes, que plasme todos los intereses en general, y todos los campos que atañen a la bioética, sería poco operativo y no cumpliría con su función.

Los puntos débiles o de especial atención en el presente cuestionario, serían:

- *No quedan reflejados todos los temas de interés bioético*. Es complicado alcanzar el grado de acuerdo con la hora de decidir qué temas de interés bioético son los más importantes, los más relevantes, los que necesitan mayor formación e información.
- *Llegar a todos los profesionales sanitarios*. El interés de los profesionales por una determinada rama del conocimiento es totalmente personal. Decidir la idoneidad de un tema sin contar con el interés del profesional, serviría de poco y no se conseguirían resultados.
- *Voluntariedad*. Al ser de carácter voluntario, los participantes en el estudio pueden negarse a contestar el cuestionario, con lo que la participación se podría ver disminuida.
- *Las preguntas cerradas restan riqueza al cuestionario*. La utilización de preguntas cuya respuesta está estandarizada resta al cuestionario la espontaneidad y la riqueza de poder expresar según el propio criterio del participante.
- *El cuestionario de actitud moral presenta en su gran mayoría escenarios relacionados con la atención hospitalaria y con la urgencia*. Aunque los escenarios de actitud moral presentan un tema principal y otros secundarios que les aporta mayor riqueza, es cierto que la gran mayoría de los temas ocurren en los centros hospitalarios y en los servicios de urgencias. Pero debido a esta heterogeneidad de temas entrelazados, el cuestionario es aplicable a todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

#### 5.1.1.1 El cuestionario y la bibliografía

Como ya hemos visto anteriormente, son muchos y muy diversos los estudios publicados en relación con los conocimientos que los profesionales sanitarios poseen sobre la bioética. El

interés es creciente desde hace décadas. A continuación, analizaremos la bibliografía que más se relaciona con el presente estudio.

En el caso del estudio realizado por Liaschenko en 2006 (Liaschenko, Oguz, & Brunnquell, 2006) se plantea una serie de escenarios de casos extremos (casos trágicos) que los alumnos de los diferentes grados sanitarios pueden encontrarse en su práctica asistencial. El planteamiento de estos casos no siempre es eficaz ya que en muchos de ellos encontrar la mejor solución al problema podría representarle al alumno una confianza equivocada de los problemas reales que se encontrará en su día a día. Los casos utilizados en la presente investigación se plantean de forma concisa y adaptados a la situación actual que se vive en los centros sanitarios. Son temas del día a día de cualquier profesional sanitario, y de cualquier ámbito asistencial. Por lo tanto, plantear estos casos extremos donde aplicar los conocimientos teóricos resta realismo al estudio.

Otro estudio importante es el realizado por Zabala-Blanco (Zabala-Blanco, Alconero-Camarero, Casaus-Pérez, Gutiérrez-Torre, & Saiz-Fernández, 2007) centra su interés en un cuestionario que recoge preguntas relacionadas con los derechos de los usuarios y los conocimientos que los profesionales de un servicio de cardiología poseen. El estudio concluye con que los profesionales poseen pocos conocimientos a nivel de bioética y con relación a los derechos de los usuarios. Este estudio emplea un cuestionario realizado por el grupo investigador, validado, con preguntas sobre el conocimiento de un tema concreto. La utilización de un solo tema de interés bioético limita bastante el campo de estudio. Aunque luego las conclusiones extraídas podrían ser de gran profundidad ya que el estudio se centra al cien por cien en este tema. El objetivo de la presente investigación era abarcar el máximo número de situaciones que se pueden encontrar los profesionales sanitarios en su práctica diaria. Limitar a un tema concreto supondría conseguir un nivel excelente de ese tema, pero el objetivo de este estudio es ampliar este gran abanico de posibilidades bioéticas y adaptarlas al momento actual, a la situación que hoy en día vivimos.

El estudio realizado en 2013 por Pearlman (Pearlman, Bottrell, Altemose, Foglia, & Fox, 2013) se abarcan muchos temas de interés bioético en el entorno de un país concreto, EEUU. Es un estudio bastante completo y por ello su cumplimentación es larga. Aquí se centra en los profesionales sanitarios, incluyendo la opinión que éstos tienen sobre las políticas estatales y la gerencia del centro. También emplea una escala de grados de acuerdo, como la escala Likert, y únicamente se refiere a la opinión que los profesionales tienen sobre ciertos ítems relacionados con la bioética. El enunciar un escenario con el que los profesionales y los alumnos se puedan identificar, es enriquecedor para la investigación.

Otros casos específicos sobre un tema en concreto como es la pediatría se estudia en la investigación realizada por Ruiz López en 2017 (Ruiz López, Navarro-Zaragoza, Carrillo Navarro, Dilemas, & Luna, 2017) donde se estudian los detalles de 40 dilemas que aparecen durante el periodo comprendido entre el nacimiento y la mayoría de edad. Es muy completo y pormenorizado. Dedicado a un único amplio tema, el estudio es minucioso. La presente investigación cuenta con escenarios dedicados a temas concretos como es el caso del menor maduro.

### **5.1.1.2 Finalidad del cuestionario**

El presente cuestionario tiene como finalidad ser una herramienta operativa para detectar lagunas de conocimiento en lo referente a temas bioéticos, tanto en profesionales sanitarios como en alumnos de grado que ya han cursado la asignatura de bioética.

Las ventajas que posee frente a otros estudios publicados es que abarca una gran variedad de temas actuales que producen situaciones conflictivas a nivel bioético en nuestras instituciones. La posibilidad de medir objetivamente los conocimientos teóricos frente a unas preguntas concretas aportaría a las instituciones un punto de partida claro sobre el estado de la materia.

La adaptación del cuestionario a temas de rigurosa actualidad, que preocupan tanto al personal sanitario como a la sociedad en general, confiere al cuestionario un profundo valor. Temas candentes como la adecuación del esfuerzo terapéutico y el rechazo al tratamiento, problemática relacionada con el menor y sus cursos de acción, temas relacionados con la justicia distributiva y la asignación de recursos o el turismo sanitario.

Abarcar todos los temas, como se dijo anteriormente es imposible, algunos temas, aunque son de interés actual, no quedan reflejados en este estudio, como por ejemplo la manipulación genética, el aborto o el suicidio asistido.

El presente estudio no pretende ser una monografía con un tema exclusivamente, ya que debido a la gran variedad de situaciones que viven los investigadores se creyó conveniente reflejar aquellas que más interés suscitaban entre los profesionales y los alumnos de grado preguntados.

## **5.1.2 El cuestionario sobre conocimientos teóricos**

### **5.1.2.1 Alumnos de grado de la Universitat de Lleida**

Cumplimentar el cuestionario por parte de alumnos universitarios de la rama sanitaria es uno de los propósitos de su realización. Los alumnos cursan la asignatura de bioética y legislación, adquiriendo tanto conocimientos teóricos en ética, como aquellos aspectos relacionados con la legislación sanitaria necesarios para la práctica de la profesión, y habilidades para detectar y solucionar problemas de carácter ético que se presentan en la asistencia sanitaria. Los planes de estudio de los diferentes grados ya tienen este punto en cuenta. El alumno debe conseguir tanto conocimientos teóricos, como herramientas para detectar problemas bioéticos, conocimientos para solucionarlos, y capacidad para buscar ayuda cuando no pueda solucionar el problema. Este cuestionario está diseñado para detectar lagunas de conocimiento en referencia a la bioética. Ejecutar este cuestionario en estudiantes que aún no han cursado la asignatura de bioética, como se ha hecho en este trabajo, nos confirma que los alumnos adquieren los conocimientos de la materia y que los reconocen a lo largo de los años de grado. Por otro lado, esto debe ser lo que tiene que ocurrir con todos los conocimientos adquiridos durante la carrera, aunque en determinadas ocasiones, esto difiere mucho de la realidad que presentan los alumnos. Podría ser, por lo tanto, una buena herramienta para llevar este objetivo a buen término.

En este estudio hemos podido observar que los conocimientos de los alumnos POST aumentan a partir de la impartición de la asignatura de bioética, como cabría esperar. Son los alumnos de enfermería y los de medicina quienes alcanzan este objetivo, mantener los conocimientos a lo largo del grado. En cambio, los alumnos de psicología y ciencias biomédicas presentan un retroceso en el conocimiento de la asignatura. Esto podría ser debido a que estos alumnos no realizan prácticas de forma reiterada con pacientes ni en el ámbito de actuación de la bioética. De este modo, podría confirmarse que los alumnos de la rama sanitaria que tienen contacto con la actividad asistencial presentan mejores puntuaciones en la prueba de conocimientos, debido a este contacto con la problemática estudiada.

La formación en valores éticos por parte de los alumnos de grado de la universidad es de vital importancia para generar profesionales con principios claros, respecto al pensamiento del prójimo y valores morales (Obando, 2010). El papel que desempeña la ética en los estudios universitarios de la rama sanitaria debe ir encaminada a considerar y establecer como prioritaria la responsabilidad de los actos que siendo profesionales realizarán estos universitarios. Estos actos responsables solamente pueden originarse bajo la enseñanza de conceptos humanistas, como la filosofía, la psicología o la sociología (Doukas, McCullough, & Wear, 2012). Esta atención a la ética en los alumnos de carreras sanitarias responde al objetivo de alcanzar decisiones, que afectan a los pacientes, de forma meditada, coherente y rigurosa, con conocimientos teóricos que las sustenten y humanísticos que las apoyen. Estas decisiones se deben basar en aquellos principios y valores universales, y deberían poderse aplicar a cualquier situación sanitaria (Perales, 2019).

Las virtudes que un buen profesional sanitario debe tener se tienen que fomentar durante la enseñanza universitaria. Valores como altruismo, sabiduría, compasión, paciencia, etc. (Sulmasy, 2000).

La enseñanza de la bioética en las carreras universitarias puede plantearse de diversas maneras. La enseñanza teórica fundamenta los contenidos de la materia. Es necesaria, por supuesto, pero no ha de ser la única. El estudio de casos clínicos donde aparece una situación de estrés bioético favorece la discusión con el grupo, así como el asentamiento de los contenidos teóricos (Smith, Fryer-Edwards, Diekema, & Braddock, 2004). También es cierto, que cada estudiante aprende de una forma concreta; así, un estudiante de medicina o de enfermería necesitará unos soportes educacionales diferentes a los que necesitan otros estudiantes, como por ejemplo de psicología y ciencias biomédicas.

La promoción de la capacidad de pensamiento crítico en ética y moral es la antesala del desarrollo de cualidades prácticas para la resolución de problemas bioéticos. Lo que los universitarios aprendan y fomenten durante sus estudios, será la base de los valores que presenten siendo profesionales (Roff & Preece, 2004). El objetivo de educar en ética médica es proporcionar a los médicos de sabiduría en la práctica asistencial, con el fin de identificar problemas éticos y poder darles solución. Estos conocimientos teóricos en ética no garantizan que el profesional médico consiga tener aptitudes morales (Miles, Weiss Lane, Bickel, Walker, & Cassel, 1989; Eckles, Meslin, Gaffney, & Helft, 2005).

Para conseguir la profesionalidad de los agentes sanitarios se tiene que llevar a cabo a partir de la enseñanza de la bioética en las carreras universitarias. Profesionalidad exige favorecer los intereses de los pacientes frente a los propios del profesional, aportando tanto conocimientos teóricos como prácticos, a la hora de tratar con los pacientes (Urionabarrenetxea, 2011).

Tabla 44. Estratos de la personalidad, objetivos educativos y metodologías bioéticas para influir en ellos

Estratos de la personalidad	Objetivos educativos	Metodologías bioéticas
Actos	Conocimientos	Principios/consecuencias
Hábitos	Habilidades	Virtudes/vicios
Carácter	Actitudes	Hechos / valores

Fuente: *La educación en bioética, camino para la profesionalidad*. K. Martínez Urionabarrenetxea (2011)

Las respuestas dadas en el cuestionario teórico en bioética cumplimentado por los alumnos de la UdL han sido bastante llamativas.

De entre los cuatro grados el grado que responde con mayor corrección a las respuestas es el grado de Medicina. El grado de Enfermería también presenta un elevado número de respuestas correctas. Los grados de Biomedicina y Psicología presentan un menor número de respuestas correctas en el global del cuestionario.

Los planes de estudio de los diferentes grados en lo referente a la asignatura de bioética difieren tanto en su contenido como en su duración. Así vemos que, en el grado de Medicina, bioética es una materia troncal

Tabla 45. Horas de la asignatura de bioética en los diferentes grados de la UdL

Grado	Curso	Carácter	Presencial horas	Seminarios horas	Horas de trabajo autónomo
Medicina	3º	Troncal	15	15	45
Enfermería	2º	Obligatoria	15	15	30
Ciencias Biomédicas	2º	Troncal	15	15	30
Psicología	1º	Troncal	15		

Fuente: [www.udl.cat](http://www.udl.cat)

En el grado de Medicina, la asignatura de bioética se denomina: Bioética

En el grado de Enfermería, la asignatura se denomina: Ética y legislación de los cuidados de enfermería.

En el grado de Ciencias Biomédicas, la asignatura se denomina: Bioética, aspectos legales en ciencias biomédicas y bases para la manipulación de animales.

En el grado de Psicología, la materia de bioética forma parte de la asignatura troncal: Historia de la psicología.

Los alumnos que poseen más horas de la asignatura bioética en sus planes de estudio son los alumnos del grado de Medicina. También es en el grado de Medicina donde la asignatura se imparte en tercer curso, a diferencia de los otros grados que lo hacen en primero (Psicología) y en segundo (Enfermería y ciencias biomédicas). Posiblemente las respuestas dadas por los estudiantes de medicina respondan a una mayor corrección debido a que el grado de madurez del alumno es mayor, y que las horas de impartición de la materia son más.

Los alumnos de medicina y de enfermería integran los contenidos de la asignatura de bioética a las prácticas que desde primer curso realizan en los diferentes servicios sanitarios (hospital, primaria, asistencia geriátrica). Son ellos quienes pueden aplicar estos conocimientos teóricos a la práctica asistencial, por este motivo se puede justificar las mejores puntuaciones de estas dos carreras frente a las de ciencias biomédicas y psicología.

Normalmente se percibe mejoría entre las respuestas de los alumnos PRE y POST de los diferentes grados. Los alumnos de ciencias biomédicas y de psicología responden correctamente la pregunta 5 relacionada con tratamientos fútiles con un porcentaje muy bajo. Estos alumnos, como ya he dicho, no son preparados para la clínica y la asistencia a pacientes. El desconocimiento de ciertos conceptos se hace comprensible. En cambio, los alumnos de enfermería deberían conocer este concepto y aplicarlo correctamente, sin embargo, los alumnos POST responden correctamente en menor porcentaje que los alumnos PRE, esto podría responder tanto al olvido de los contenidos como a una falta de interés por el tema en cuestión.

La pregunta 2 plantea muchas dudas en los alumnos de todos los grados, que todos responden con muy bajo porcentaje de aciertos (PRE y POST). El conocer el verdadero objeto de estudio de la bioética es clave a la hora de poder identificar conflictos bioéticos y también para darles respuesta adecuadamente, alcanzando una solución entre los diferentes profesionales que atienden a ese paciente, como elevando la duda al CEA para su discusión entre expertos.

Las cuestiones relacionadas con la legislación sanitaria producen en los alumnos una respuesta incorrecta en la mayoría de los grados. Los alumnos de medicina que ya han cursado la asignatura responden de forma mayoritariamente correcta a estas cuestiones. El olvido de los temas legislativos en los diferentes grados es un hecho constatable y de gran preocupación ya que el desconocer la ley no exime de su cumplimiento, y, por lo tanto, los alumnos deberían reconocer y recordar la legislación sanitaria actual.

Otros aspectos relacionados con conceptos generales sobre bioética o relacionados con aspectos de la profesión como es el virtuosismo de cada una de ellas, los alumnos los responden con un alto nivel de acierto. Serían preguntas fáciles, que forman parte del conocimiento general, y fácilmente deducibles.

Algunos conceptos relacionados con las funciones del CEA se contestan de forma incorrecta por parte de los alumnos de todos los grados. Cuestiones específicas y difíciles que requieren un gran conocimiento del CEA y sus actuaciones.

### **5.1.2.2 Profesionales sanitarios**

El personal sanitario del Hospital Universitari Arnau de Vilanova presenta una característica peculiar que la distingue de muchos otros hospitales del territorio regional. Se trata de un hospital de mucho tránsito de profesionales debido a la situación geográfica del mismo. En la ciudad de Lleida existe facultad de Medicina, así como facultad de Enfermería. La UdL proporciona un elevado número de profesionales para esta región sanitaria, pero no llega a cubrir todas las necesidades que se presentan. Por este motivo, la entrada de profesionales de otras regiones del país proporciona esta gran variabilidad de personal. Los profesionales de otras regiones que deciden establecerse en la ciudad y continuar su prestación hasta la jubilación son pocos en relación con el total, debido a los movimientos de migración hacia sus respectivas regiones, que normalmente suele realizarse en edad joven-madura.

Los profesionales contestan de manera correcta en la gran mayoría de preguntas del cuestionario. Pero algunos de los temas planteados ocasionan serias dificultades a la hora de responder.

Los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios podemos constatar que algunos temas relacionados con la bioética los tienen bien integrados como, por ejemplo, todo lo relacionado con la vulneración de la información clínica. Ha habido muchos casos mediáticos donde los profesionales han sido acusados de vulnerar la información de un paciente a quien no atendían. Del mismo modo, toda la formación facilitada al respecto por las direcciones de los centros sanitarios en relación con esta temática ha servido para integrar este tipo de situaciones y ponerles solución, evitando su realización. Podríamos asegurar, que existe una clara relación entre la formación y la capacidad de respuesta del profesional ante determinadas situaciones, es evidente.

Sorprende el bajo nivel de respuesta acertada de cuestiones que hacen referencia al objeto de estudio de la bioética. Los profesionales no conocen el verdadero campo de actuación de la bioética y asocian esta disciplina con la mediación en conflictos profesionales relacionados con la mala praxis, en lugar de pensar que uno de los objetivos de la bioética es velar por la adecuada distribución de recursos económicos, relacionados con la salud. Los temas económicos escapan al entendimiento de la bioética. La responsabilidad que tienen los profesionales sobre el gasto sanitario es un tema ampliamente desconocido por estos, que dejan en manos de las gerencias toda acción en este sentido. El profesional sanitario hace uso de sus conocimientos técnicos a la hora de decidir o administrar un tratamiento, pero todas estas acciones conllevan un gasto económico importante que el profesional debe gestionar de manera coherente (Couceiro, 2006).

La adecuación del esfuerzo terapéutico también plantea problemas entre los profesionales de la sanidad. La distinción entre conceptos relacionados con este tema es compleja para los profesionales de enfermería. Confundir conceptos de interés mediático como es el concepto de suicidio asistido, o eutanasia es fácil, ya que los mismos medios de comunicación mezclan definiciones y objetivos con estas prácticas. Los medios de información hoy en día son diversos, así como diversa es la credibilidad de algunos. La prensa sensacionalista se engrandece ante

situaciones de adecuación del esfuerzo terapéuticos, confundiendo tanto a la sociedad como a los propios profesionales sanitarios. Aclarar conceptos de forma verídica es una labor que las direcciones de las instituciones sanitarias deben llevar a cabo, al igual que los comités de ética asistencial. Es importante conocer las definiciones de estos conceptos ya que son muy diferentes entre sí (Gómez Sancho et al., 2015).

Los temas relacionados con el menor maduro son casi siempre origen de controversia. Debemos ser conocedores del alcance de la legislación en materia del menor maduro, para dar una actuación adecuada (Montalvo Jääskeläinen, 2016). La vulneración de los derechos de autodeterminación del menor aparece de forma continuada en la asistencia sanitaria debido a un desconocimiento del tema por parte de los profesionales (Beltrán Aguirre, 2007). En el presente estudio las respuestas dadas a este respecto son bastante erróneas.

Las cuestiones relacionadas con funciones del CEA plantean gran desconocimiento entre el grupo de profesionales (Reiter-Theil, 2000). Un gran número de profesionales declaran no conocer las funciones del CEA (aproximadamente un 50 % de los profesionales desconocen estas funciones). Es muy evidente esta falta de conocimiento en relación con el comité.

El concepto de autonomía del paciente también genera gran controversia ya que hace referencia al conocimiento de una ley importante de nuestro sistema sanitario: la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente. El desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento. En general los profesionales sanitarios tienen un gran desconocimiento del tema legal; por este motivo, sería importante actuar en este ámbito para eliminar esta gran deficiencia (Rosado Calatayud et al., 2017).

Las cuestiones relacionadas con virtudes y excelencia, condiciones de buena práctica asistencial son identificadas claramente por los profesionales, quienes conocen a la perfección aquellas características que un buen profesional ha de presentar.

Algunas otras cuestiones como composición del CEA se revelan como conocidas entre los profesionales sanitarios. Conocen con claridad conceptos importantes sobre funciones y composición del CEA; aunque pocos declaran conocer el CEA, poco más de un 50% de los profesionales estudiados contestan que conocen el CEA. Estas dos contestaciones podrían ser contradictorias, no conocer el CEA, pero saber de su funcionamiento. Podríamos pensar que los profesionales saben de la existencia de un comité asesor disponible para resolver dudas éticas que aparezcan en la práctica profesional, tanto en profesionales como en los pacientes y sus familias. Y de la misma forma, podrían deducir alguna de sus funciones y su característica multidisciplinar, pero estos profesionales podrían no saber localizar este comité, o podrían no saber si una duda es adecuada para elevarla al comité. Las respuestas dadas en el cuestionario nos harían pensar que existen dudas de la razón de ser del comité, de sus funciones, de su contacto, y de lo vinculante que son sus decisiones. Relacionado con este punto, muchos de los escenarios de actitud moral serían elevados al CEA para su resolución, excepto aquellos relacionados con vulneración de la información clínica y los relacionados con objeción de conciencia (OC 3) donde claramente resolverían ellos mismos el conflicto creado. Por lo tanto, aquellos temas que más se han tratado con formación continuada e incluso con información

mediática, son aquellos en los que los profesionales se sienten más seguros para solucionar y donde contestan de forma correcta.

En general, las respuestas dadas por los profesionales de la medicina, en lo referente al cuestionario de conocimientos teóricos, son superiores en aciertos que las dadas por los profesionales de la enfermería. Esto podría deberse a que son los médicos quienes en última instancia deben solucionar la situación que presenta el paciente a su cargo. Enfermería, quien dedica las 24 horas del día al cuidado del paciente y al acompañamiento suyo y de las familias, quien conoce más profundamente la situación de cada paciente, suele detectar con rapidez los conflictos de carácter bioético que presentan. Pero generalmente esta detección no se eleva a duda entre el equipo asistencial y muy pocas veces llega a conocimiento del CEA para darle solución. Las enfermeras y enfermeros detectan bien estas situaciones, pero no continúan actuando para resolverlas. La práctica totalidad de casos presentados en el CEA son consultados por un médico de forma individual o por el equipo que trata a ese paciente. El interés del médico hacia estos temas es mucho mayor que el interés que suscita entre el colectivo de enfermería.

Los temas donde los profesionales tiene muchas dudas son los relacionados con el menor, con el rechazo al tratamiento, con los recursos económicos escasos, con la adecuación del esfuerzo terapéutico y aquellos que se relacionan con el conocimiento de leyes concretas. La formación continuada en estos temas por lo general no es muy abundante.

La importancia de la formación para cualquier tema es algo obvio que no necesita mayores justificaciones. Invertir en formación continuada sobre como detectar, afrontar y solucionar situaciones de estrés bioético es de gran valor con el fin de contar con unos profesionales con madurez suficiente para salvar estas situaciones complicadas. No estaríamos en disposición de decidir entre adquirir conocimientos teóricos sobre cuestiones asistenciales, ya que son necesarias e imprescindibles, y la adquisición de habilidades éticas, que también son necesarias e imprescindibles para la práctica asistencial y el cuidado del paciente. Por lo tanto, uno de los puntos clave en la formación de profesionales maduros sería la formación en estos temas, para todos los profesionales sanitarios, y de forma continuada. Porque como se ha demostrado, la formación y el reiterar unos contenidos importantes impactan sobre el profesional y los interioriza con mayor facilidad.

### **5.1.2.3 Comparación entre las respuestas dadas por los alumnos y profesionales**

A continuación, pasaremos a explicar de forma sucinta la relación entre las respuestas de los alumnos y las respuestas dadas por los profesionales.

Cabría esperar que los resultados obtenidos en el cuestionario teórico entre los profesionales fueran más acertados que los resultados obtenidos en alumnos de la misma profesión. Pero esto no es así en la presente investigación.

Las respuestas dadas por los alumnos de medicina en el cuestionario de preguntas teóricas supera en la práctica totalidad de cuestiones a las dadas por los profesionales médicos. Los temas relacionados con la legislación vigente en sanidad son respondidos de manera correcta

en casi un 30% más entre los alumnos del grado. Otras cuestiones como el menor maduro, que crea muchas dudas entre los profesionales y en general son respondidas de forma errónea, entre los alumnos se contestan de forma acertada. El valor de las respuestas dadas por los alumnos es prácticamente igual o mejor que las dadas por los médicos profesionales. Las cuestiones relacionadas con ciertas funciones del CEA es el único ítem donde los alumnos contestan de forma más incorrecta que los profesionales, aún cuando estos tampoco responden con un gran nivel de acierto. Esto podría explicarse argumentando que los alumnos del grado de medicina tienen la teoría de la asignatura más reciente que los profesionales médicos. Esto se podría dar por válido, sin duda, porque es una premisa cierta. Pero esta afirmación está muy condicionada, ya que los alumnos que se someten al cuestionario han sido los alumnos de 5º de medicina y en general haría dos años que cursaron la asignatura. Por otro lado, la experiencia de los profesionales médicos, la alta incidencia de aparición de conflictos éticos y la puesta en común de los casos complejos en el equipo asistencial podría dar ventaja a la hora de contestar al cuestionario.

Con los profesionales de enfermería pasa justamente lo contrario que lo que pasa con los profesionales de la medicina. Los alumnos del grado de enfermería presentan respuestas menos acertadas en general que los profesionales de la enfermería, en casi todos los temas, excepto en los relacionados con el menor maduro, donde los profesionales contestan de forma incorrecta. También ocurre en los temas relacionados con conceptos específicos de bioética, que también son los alumnos quienes responden de forma más acertada. El motivo por el cual ocurre este hecho podría ser la falta de interés de los alumnos de enfermería por los temas relacionados con la bioética, y no tanto, la preparación que los profesionales de la enfermería poseen sobre el tema.

### 5.1.3 El cuestionario sobre actitud moral

Como ya hemos indicado anteriormente, son muchos los temas relacionados con la bioética que causan interés y se presentan en la práctica asistencial diaria. El Comité de Bioética de Catalunya en 2019 redactó un informe donde exponía los temas que con mayor relevancia se elevaban a los CEA de Catalunya (Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2019).

De la misma manera, son muchos y muy variados los estudios relacionados con estos dilemas. Existe un amplio abanico de estudios (Molina Montoya, 2016) relacionados con la adecuación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento, el consentimiento informado y las voluntades anticipadas, la eugenesia y manipulación de embriones, o de trasplante de órganos. Muchas y muy variadas son las metodologías utilizadas para el estudio de estos temas. El estudio de la bioética suscita gran interés entre los profesionales sanitarios y entre los gestores de las instituciones.

La elección de los temas de estudio en la presente investigación viene determinada por una serie de circunstancias que determinaron la elección concreta de las seis dimensiones del cuestionario de actitud moral.

Primeramente, debemos tener claro el propósito del presente cuestionario, que es recabar información sobre los conocimientos que los profesionales sanitarios tienen con relación a la bioética y averiguar las tendencias que presentan los profesionales con relación a la actitud en los casos de dilema ético. También queremos conocer las áreas donde los profesionales presentan mayores dificultades tanto para detectar, como para resolver por ellos mismos. Y a su vez, queremos recabar información sobre el conocimiento que el profesional tiene del CEA, tanto de sus características internas, funcionamiento, composición, temas que se tratan, y sobre la utilización de este en caso de necesidad.

El siguiente paso sería la identificación de las áreas a tratar con el fin de abarcar el número adecuado de situaciones donde se plantean dilemas éticos. Para ello, como anteriormente se citó, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se recabó información sobre los temas de que suscitaban interés entre los profesionales sanitarios mediante entrevistas abiertas, cuestionarios generales, preguntas directas a los profesionales, reuniones de pequeños grupos aplicando técnicas como el brainstorming. También la consulta con expertos en el tema permitió delimitar las áreas de estudio.

A partir de aquí se delimita el estudio a seis dimensiones:

- 1) Adecuación del esfuerzo terapéutico
- 2) Vulneración de la información clínica
- 3) Objeción de conciencia
- 4) Justicia distributiva
- 5) Turismo sanitario
- 6) Autonomía del paciente

#### **5.1.3.1 Dimensión: adecuación del esfuerzo terapéutico**

El concepto de AET ha evolucionado al ritmo de las nuevas tecnologías. Incluso la propia denominación del concepto ha cambiado. De los términos: limitación del esfuerzo terapéutico, obstinación terapéutica, encarnizamiento terapéutico, o incluso, eutanasia, se ha reeditado el concepto adaptándolo a las nuevas y cambiantes circunstancias socio sanitarias, a adecuación del esfuerzo terapéutico. Los anteriores conceptos denotan una intención negativa, una intención de causar un daño. Adecuación de esfuerzo terapéutico implica una acomodación de todos aquellos actos que se le realizan al paciente en el final de la vida, adaptando los tratamientos al pronóstico del paciente. Se pasa de un concepto negativo a una actitud y concepto positivo, que es realmente la esencia de la actuación.

La Asociación Española de Cuidados Paliativos establece que una enfermedad es terminal cuando reúne las siguientes características, con el fin de proporcionar el tratamiento adecuado (Sociedad Española de Cuidados paliativos, 2002). Estas son:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Cuando los tratamientos establecidos para esa persona ya no producen el efecto deseado, por su situación hacia el fin de la vida, el objetivo del tratamiento a establecer por los profesionales de las unidades, así como por los profesionales de los servicios de cuidados paliativos, será el de proporcionar el confort necesario. Estos cuidados deben ser personalizados e individualizados, que integren todas las áreas de cuidado del paciente, y de la familia. El objetivo es preservar la dignidad del paciente y evitarle todo sufrimiento posible. No se trata de dejar de hacer unas determinadas acciones, sino de realizar las actuaciones adecuadas para conseguir proporcionar confort al paciente. Una visión positiva dentro de la situación fatal del paciente (Muñoz Camargo et al., 2012).

Plantear a las familias la posibilidad de realizar adecuación del esfuerzo terapéutico nunca es fácil. Es una situación altamente compleja y llena de carga emocional, que requiere siempre una atención cuidada y unas dotes comunicativas y explicativas exquisitas, por parte del equipo de profesionales (Cabré Pericas & Solsona Durán, 2002)

El equipo multidisciplinar (Barbero Gutiérrez et al., 2001) que atiende al paciente debe ser lo suficientemente maduro y cohesionado como para poder deliberar sobre la necesidad de adecuación de la terapia a un paciente. Médicos y enfermeras trabajan en equipo para poder ofrecer el mejor cuidado en esta etapa de la vida, y esto solamente se consigue con la deliberación, con el conocimiento técnico y humanístico que ambas profesiones poseen.

Las enfermeras conforman una red de profesionales (Falcó-Pegueroles, 2009) que atienden 24 horas a los pacientes y conocen a las familias. Muchos problemas son detectados por las enfermeras, así como las necesidades de los pacientes. La formación tanto técnica como humanística y ética hacen de estos profesionales los elementos fundamentales del cuidado excelente y la preservación de la dignidad humana en cualquier estadio de la vida. Las decisiones que se toman en el final de la vida de una persona, en muchas ocasiones, son unilaterales, es decir, son tomadas por el médico que atiende al paciente, única y exclusivamente. Los equipos médicos también realizan este tipo de decisiones, cuando en las sesiones clínicas se pone en la mesa el problema en concreto de una persona al final de la vida, y mediante consenso grupal se llega a una conclusión determinada, dirigida a la adecuación terapéutica (Muñoz Camargo et al., 2012). Pocos son los casos en los que esta decisión deliberada cuenta con la experiencia de la enfermera, y algunas, tampoco con la decisión y el discurso de las familias. El objetivo de la atención es alcanzar un discurso compartido entre todos los protagonistas de esta historia: el

paciente cuando puede ser escuchado, la familia que vela por su bienestar, la enfermera que comprarte de forma integral todo el proceso por el que pasa el paciente y su familia, y por supuesto, el equipo médico, que le atiende (Cabrera, Sánchez-Palacios, Guedes, & Medina, 2008).

En determinados estudios podemos comprobar como los conceptos relacionados con la adecuación de esfuerzo terapéutico no son claros por parte de los profesionales sanitarios. En el estudio realizado por (González-Castro et al., 2016), hasta un 28% de los entrevistados consideraban que la AET era una forma de eutanasia (activa o pasiva), pero no sabían diferenciar los conceptos. El fin de la AET no es que el paciente muera, por supuesto. Como ya se ha dicho, el fin es proporcionar los cuidados y tratamientos adecuados en relación con el pronóstico de la enfermedad que padece el paciente (Pantoja Zarza, 2009).

Una vez tomada la decisión de AET, en muchas ocasiones sin incluir la opinión de enfermería, son los cuidados realizados por las enfermeras las que ofrecen dignidad y protección al paciente (Vallès-Fructuoso et al., 2016). El Principio de Beneficencia rige la actuación de la enfermera en los casos de AET (Falcó-Pegueroles, 2009).

Los posibles dilemas éticos que se plantean los profesionales en los casos de AEP, tienen las siguientes vertientes:

- Instauración o retirada de un tratamiento.
- Aspectos emocionales desencadenados por la relación de ayuda.
- La evolución de los pacientes.
- La posibilidad de equívoco entre conceptos (relación con eutanasia, suicidio asistido, etc...) (Paredes Escobar, 2012).

En esta dimensión, las afirmaciones relacionadas con pacientes jóvenes presentan una respuesta más negativa entre el grupo de enfermería. Podríamos pensar que como el colectivo de enfermería mayoritariamente es femenino, este se decante por conservar la figura y el tratamiento del hijo, aun cuando no tenga ninguna viabilidad ni ninguna posibilidad de curación. La formación y la responsabilidad de la profesión médica implican la necesidad de toma de decisiones sobre este tema. Cuando existe la posibilidad que un tratamiento sea fútil, es decir, que no aporta ningún beneficio al paciente, es necesario el cese de dicho tratamiento, apelando al principio de beneficencia y al principio de no maleficencia (Muñoz Camargo et al., 2012).

Los expertos en bioética, que tienen una tendencia más negativa a la proposición, con respuestas más centrales que los profesionales, no toman partido en estas decisiones de final de la vida.

Los alumnos muestran tendencia a estar en desacuerdo cuando ocurre este suceso. La educación que se les ofrece a los futuros profesionales sanitarios en muchas ocasiones es totalmente vitalista. Decidir cuándo se causa daño con un tratamiento, o cuando este es fútil es

una cuestión de experiencia y de estudio de casos. Establecer esa apreciación es difícil para los profesionales, estudiantes y expertos.

El hecho de eliminar un tratamiento o continuar con el, pero sin añadir más, en un paciente joven no hace variar el pensamiento del médico a la hora de tratarlo, si no que tiene más peso en el tratamiento lo beneficioso que sea el mismo para el paciente. La decisión de continuar con un tratamiento o suspenderlo no tendría que responder a razones de edad, si no de conveniencia o futilidad del tratamiento que se administra. La edad no tiene que afectar a la decisión de adecuación del esfuerzo terapéutico (López Reyes & Morales Camporredondo, 2015). Aunque como se puede comprobar en el estudio, influye de forma tácita. Los estudiantes también entienden que la edad de un paciente no puede determinar este tipo de tratamientos. El estudio de todos los factores que intervienen en la situación concreta será el que determine el curso de acción.

Cuando el paciente no presenta voluntades anticipadas, es la familia quien habla por él. Se deben tener en cuenta las indicaciones realizadas por la familia. La proporcionalidad de las acciones realizadas han de ajustarse a la decisión del paciente y en su defecto, de la familia.

Los médicos son los que toman las decisiones a la hora de retirar o mantener un tratamiento. Este tipo de decisiones son más fáciles de tomar por parte del personal médico, y al personal de enfermería este tipo de opciones les parecen más drásticas y, por tanto, más difíciles de tomar. Trabajar con tablas de indicadores de gravedad, como *APACHE*, *SAPS* o *SOFA*, son de gran utilidad, pero la individualización de las decisiones, en determinadas ocasiones requiere del reconocimiento de otras escalas de calidad de vida, donde esta individualidad quedará más patente. (Falcó-Pegueroles, 2009). De forma global, los expertos contestan a esta afirmación de manera menos de acuerdo que lo que lo hacen los profesionales sanitarios; el hecho de no retirar tratamientos, cuando posiblemente lo indicado fuera eso, es un tema con el que los expertos en bioética no están de acuerdo. Los profesionales presentan más dificultades y miedos a la hora de retirar un tratamiento ya establecido a un paciente.

La preparación que debe tener el equipo asistencial, tanto médicos como enfermeros, sobre no añadir ningún tipo de tratamiento más a un paciente que se encuentra en situación fatal, ha de ser muy exquisita y meditada. Tanto las capacidades técnicas del equipo, como la visión ética a la hora de dar respuesta a este tipo de situaciones, han de ser la clave en todo equipo asistencial a la hora de ofrecer una atención de calidad, y por supuesto, atención de calidad al paciente con futuro incierto, y a su familia (Bueno Muñoz, 2013).

Debemos tener en cuenta que la AET no implica desatención a los pacientes (Vallès-Fructuoso et al., 2016). Nada más lejos de la realidad. La atención a los pacientes con diagnóstico tiene que ser tan cuidadosa como con cualquier otro paciente. En este momento, los cuidados que los profesionales de enfermería realizan son de gran importancia, ya que las medidas de confort, eliminación del dolor, son la clave en la asistencia sanitaria (Stanley, 1992). De la misma manera, la atención a la familia es de vital importancia. Enfermería realiza una importante tarea a la hora de mantener informados a los familiares, al igual que recoge todas las dudas y cuestiones que la familia quiera plantear sobre la situación. Es enfermería uno de los agentes primordiales en

el equipo multidisciplinar de atención a la hora de comunicarse y resolver las dudas que pudieran existir (Rojas G, Vargas C, & Ferrer L, 2013).

Cualquier discrepancia que pudiera existir entre los diferentes miembros de la atención sanitaria, debe resolverse de una única forma: el diálogo y el consenso (Vallès-Fructuoso et al., 2016).

El pensamiento del alumno en determinadas situaciones podría ser que el tratamiento que lleva un paciente es el adecuado y con tiempo el paciente podría mejorar, con lo que la retirada se plantea poco probable.

Los profesionales de enfermería se decantan con la opción de esperar a que el paciente despierte para tomar una decisión. La actitud prudente de enfermería frente a situaciones tan graves hace que la respuesta sea más conservadora a la hora de actuar para realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico.

En este sentido, alumnos se muestran en desacuerdo con esta práctica, al igual que los expertos en bioética. Si el tratamiento no proporciona ninguna mejora al paciente y su pronóstico es fatal, el hecho de esperar algo que quizás no suceda es del todo inútil.

En los casos relacionados con esta dimensión, las enfermeras se decantan por la consulta al CEA. El hecho que el paciente sea joven puede ocasionar más dudas a la hora de plantear retirar un tratamiento, que si el paciente fuera de edad avanzada o al menos, adulto (Gracia Álvarez et al., 2017). Estas respuestas coinciden con la opinión de los expertos del CEA que ven en este escenario un claro caso de reporte al CEA.

La tendencia de acción del médico indica que no preguntarían al CEA sobre esta circunstancia en pacientes jóvenes con pronóstico fatal. Muchos de estos casos deben ser resueltos a diario durante su práctica asistencial, y están acostumbrados a hacerles frente, sin necesidad de pedir contribución al CEA (Hernando, Diestre, & Baigorri, 2007).

La llamada a un juez para que decida una situación que es difícil y que tiene una gran carga de estrés moral, es la mejor opción para decidir según enfermería. Es muy difícil tomar la decisión de retirar un tratamiento a un paciente que previamente estaba correctamente, y el hecho de acudir al juez elimina la presión sobre la correcta decisión.

Una vez más, los alumnos junto con los expertos se muestran en desacuerdo con elevar la duda a un juez. Se considera que no es un tema legal, y el llamar a un juez para que decida no es lo correcto. Los alumnos determinan que es un conflicto ético a resolver de la mejor manera posible, con la familia y con los profesionales sanitarios

Las decisiones que atañen al final de la vida de un paciente son siempre complicadas de realizar. Requieren de un gran esfuerzo tanto a nivel técnico y tecnológico, como a nivel ético. La individualización en la toma de decisiones confirmará la buena cohesión del equipo multidisciplinar. El rol de los diferentes profesionales que atienden a este tipo de pacientes es fundamental a la hora de conseguir una aplicación ética y cuidadosa de los resultados.

Los alumnos plantean dudas a la hora de resolver las cuestiones relacionadas con el final de la vida ya que les crean mucho estrés, que se podría achacar a la falta de experiencia en solucionar o integrar estos sucesos.

Los expertos en los casos de AET mantienen una tendencia central sin grandes posicionamientos extremos.

### 5.1.3.2 Dimensión: vulneración de la información clínica

En esta dimensión se recogen casos que presentan aspectos propios de la dimensión con aspectos propios de otras dimensiones importantes, como es el caso de cuando un menor puede ser considerado menor maduro, y la vulneración de la información clínica (Beltrán Aguirre, 2003).

La utilización de sustancias adictivas, como por ejemplo el alcohol, cannabis, drogas de diseño, e incluso, cocaína, entre los adolescentes ha aumentado en los últimos años (Fundación Merck Salud, 2016). El consumo habitual, como forma de vida en los adolescentes se limita a los periodos de ocio. El uso de este tipo de sustancias suele estar asociado con los momentos de diversión y el objetivo de su consumo es la desinhibición del menor, la aceptación del grupo. Utilizados en los periodos de vacaciones o fines de semana, donde concentran generalmente la actividad de ocio y distracción.

Las alteraciones que se producen durante la adolescencia derivadas del consumo de sustancias adictivas son generalmente: consecuencias orgánicas como cuadros de intoxicación, taquicardia, fallo hepático, arritmias, convulsiones, vómitos, o consecuencias psicológicas como agresividad, desorientación, ansiedad (Beti Reyes Masa, 2020).

En la Ley de Autonomía, 14/2002, del 14 de noviembre, en su articulado regula el derecho a la información sanitaria, veraz, y sobre su propia patología. De igual modo, el titular del derecho a la información es el propio paciente, y es él quien decide a quien se puede dar información sobre su patología. Del derecho a la intimidad, tanto de actos como de información también consta en el articulado de la ley y con ello, todas las cuestiones relacionadas con el consentimiento informado.

Cuando en el caso aparece la figura de un menor, las percepciones por parte de los profesionales cambian de forma rotunda, y se adaptan al menor. Normalmente las mujeres profesionales ofrecen unas respuestas más conservadoras y de mayor protección al menor, que si fuera un paciente adulto en la misma situación. La proyección de la mujer como madre, ante una situación donde está implicado un menor, las actuaciones van dirigidas a la protección del menor.

Los alumnos a la hora de enfrentarse con estas situaciones donde aparece un menor con agitación debido a la ingesta de sustancias piensan de forma diferente que si no ocurriera esta circunstancia. La posibilidad de considerar maduro a esta persona, aunque solamente tenga 15

años, o de otorgarle la capacidad de decidir, se diluye justamente debido al motivo de consulta con urgencias.

El paciente siendo menor de 18 años aún se considera por parte de los profesionales sanitarios como un menor, y se considera que son los padres quienes tienen que decidir y conocer todo lo que al paciente le suceda. Esta consideración puede ser errónea ya que la figura del menor maduro está considerada legalmente, dando posibilidad de tomar sus propias decisiones en lo concerniente a temas de salud. Los profesionales cuestionan la madurez de un chico de 17 años que acude a urgencias bajo el efecto de sustancias (drogas, alcohol...). Y es en urgencias, donde los profesionales deben demostrar que es un menor maduro (M. Sánchez, 2005).

El menor de 18 años puede tomar sus propias decisiones en cuestión de salud, por lo tanto, aunque los profesionales sanitarios no estén de acuerdo con la toma de decisiones de este sujeto, lo que está claro es que la ley lo ampara. Si atendemos a los principios de la bioética, el principio de autonomía estará en conflicto con el Principio de Beneficencia. Por supuesto, tendrá que ser tratado de forma individual, pero la decisión del paciente prevalece sobre la opinión del sanitario (Ley 41/2002, 2002).

El tratamiento de los menores es un tema complicado que levanta todas las alarmas en los servicios de urgencias de los hospitales.

Los alumnos muestran la misma tendencia que los profesionales y que los expertos. El motivo por el cual acude el paciente a urgencias es motivo suficiente para descartar totalmente la madurez de este, aunque tenga 17 años. En otras circunstancias, con 17 años se otorgaría la posibilidad de aceptar la madurez relacionada con la edad. El tema de consumo de sustancias no autorizadas faculta a los profesionales a descartar cualquier condición de madurez.

El pensamiento que un menor pueda consumir drogas y la protección hacia ese menor que un sanitario debe dar, es el motivo por el cual enfermería contactaría tanto con la familia como con la policía.

En cambio, los alumnos y los expertos consideran que el consumo de sustancias prohibidas no es considerado como un hecho delictivo y no se tiene que interponer una denuncia o una reclamación a la policía.

Avisar a la familia del menor cuando presente un cuadro de intoxicación es algo que los médicos harían a nivel general. Puede ser debido a que, al ser los responsables del tratamiento, creen necesario contar con los padres del menor para la toma de cualquier decisión relacionada con la salud (Montalvo Jääskeläinen, 2016). Los expertos en bioética tienden a expresar la necesidad de comunicar a la familia del menor la experiencia en urgencias. Evidentemente el menor, aunque sea maduro realiza unos comportamientos muy perjudiciales para su salud, y es el equipo sanitario quien lo detecta y debe actuar en consecuencia para proteger justamente su integridad física y psíquica.

Determinar la madurez de un menor es hartamente complicado y más en situaciones de urgencia. La vulneración de la información del paciente menor es un tema que debe ser tratado de forma

muy escrupulosa para no cometer errores ni por exceso ni por defecto. Existen herramientas para determinar esta madurez en los servicios de urgencias de nuestros centros sanitarios (Miquel, Esquerda, Real, Espejo, & Pifarré, 2019).

No se contempla elevar esta cuestión al CEA un caso donde se presente un menor y se dude de su madurez, en el caso de sustancias prohibidas. Esta es la tendencia de expertos estudiantes ya que el curso de acción, por parte de los alumnos es claro: el menor que consume sustancias y que se presenta en urgencias en ese estado, ha de ser protegido por los profesionales informando a las familias. La cercanía de edad del menor maduro con los alumnos de grado otorga a los alumnos la capacidad para decidir en este escenario.

La consulta de una historia clínica de un paciente que no está a nuestro cargo es algo que todo el personal conoce, ya que ha habido formación específica al respecto.

La historia clínica es el documento donde se recogen tanto datos biográficos de un paciente, como aquellos datos relacionados tanto con su enfermedad, como con su salud, sus hábitos de vida, e incluso, los datos relacionados tanto con su familia, comunidad, como con su trabajo (Ley 41/2002, 2002). Es un documento médico legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico sanitarios realizados con él, todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda. Actualmente la tecnología ha dejado de lado las antiguas historias en papel, para pasar a la historia informatizada, que puede ser consultada por todos los profesionales que atienden a un paciente a lo largo de su vida. La accesibilidad de este historial posee un riesgo en sí mismo ya que pudiera ser utilizado, de forma ilegítima, por personal sanitario que no estuviera al cargo del paciente en el momento concreto, aumentando la posibilidad de vulneración de los derechos del paciente.

Por tanto, el acceso a la historia clínica se expone en la Ley de Autonomía; en su capítulo 7, refiere el derecho a la intimidad y a la confidencialidad en los datos concernientes a su salud.

Las consecuencias del acceso indebido a una historia clínica (Bugarín González et al., 2017) incluyen sanciones muy graves. El acceso sin consentimiento a la historia clínica de un paciente es un delito pudiéndose llegar a la pena de prisión, porque es una violación de la intimidad de una persona.

Los profesionales sanitarios conocen el tema y conocen las consecuencias de esta mala praxis. Mucho ha sido el interés tanto de la dirección del hospital como de las altas esferas de dirección del ICS en que los profesionales sanitarios conocieran el alcance de la vulneración de la información clínica y de las posibles repercusiones que esta vulneración puede acarrear.

Los expertos y los alumnos conocen la legislación vigente y las consecuencias del no cumplimiento, es clave en la atención al paciente. Conocen las consecuencias de esta acción, y responden en consecuencia. Al igual que a los profesionales, a los alumnos también se les inculca con reitero el carácter delictivo que tiene consultar un historial clínico de un paciente con el que

no trabajamos o que no tenemos relación asistencial con él. El desconocimiento de la ley no exime de su cumplimiento.

Todo el personal de enfermería ha sido formado en este tema, y se ha hecho mucho hincapié en no acceder a aquellas historias clínicas que no son de pacientes que están a nuestro cargo. También existe una tendencia con el personal médico que contesta que ha de tener conocimiento si alguien mira el historial de un paciente, aun cuando no lo tratemos. Quizás la visión médica considera que todo acceso a un historial médico ha de ser monitorizado por un facultativo, pero la afirmación va más allá del hecho de informar al médico responsable del paciente. Indica que alguien ha entrado en una historia de un paciente que no le corresponde.

Los agentes sanitarios que tienen acceso a la historia clínica de un paciente son aquellos que están implicados directamente en la atención del paciente, ya que se trata de un documento privado de carácter confidencial. Todos estos profesionales tienen la obligación de guardar secreto sobre los datos aparecidos en la historia clínica. El desconocimiento de la ley no exime de cumplirla.

Los profesionales menores de 40 años responden de manera mayoritaria en desacuerdo con esta afirmación. La formación sobre el tema tiene una gran repercusión en las actitudes de los profesionales que entienden la obligación tanto moral como legal de cumplir la ley.

Informar al médico responsable de un paciente sobre la intrusión en una historial clínico, es importante, ya que supone un delito, y los alumnos así lo reconocen.

Aquí los alumnos también tienen clara esta premisa. Se sabe el alcance de esta ley tanto por los cursos realizados, como por la insistencia de las instituciones en la formación, así como por las consecuencias que estos actos han acarreado a otros profesionales que la han incumplido.

Elevar cuestiones sobre vulneración de la información clínica al CEA no es adecuado por parte de los profesionales ni por parte de los alumnos. Al igual que lo que piensan los expertos. Es un tema claro y se conocen las pautas de actuación.

### **5.1.3.3 Dimensión: objeción de conciencia**

Los datos obtenidos en el presente estudio en relación con la dimensión objeción de conciencia cabe detenerse en las siguientes afirmaciones.

La ciencia nos ofrece un amplio abanico de posibilidades en cuanto a reproducción humana se refiere. La posibilidad de procrear por parte de una mujer, con ayuda de tecnología puntera, plantea nuevos retos y dilemas para la medicina. En nuestro país, la reproducción asistida ofrece soluciones reales a miles de personas que de otra forma no podrían tener hijos. Muchos son los procedimientos relacionados con la reproducción asistida: terapia genética, criotransferencia, inseminación artificial, tanto de pareja, como de donante anónimo, o de donante fallecido (Enguer Gonsálbez & Ramón Fernández, 2018). La gran variedad y excelencia en la realización de estas técnicas hacen de nuestro país uno de los mayores consumidores de terapia de reproducción asistida. Existe un *“Registro Nacional de Actividad 2017- Registro SEF”* que es el

Registro Oficial de Técnicas de Reproducción Asistida del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) (Sociedad Española de Fertilidad, 2014), donde se hallan todos los datos nacionales oficiales que abarcan todas las técnicas de reproducción asistida (TRA) que fueron realizadas durante el 2017, incluyendo los resultados obtenidos. En este registro se diferencian:

- FIV/ICSI: Fecundación in vitro/ Inyección intracitoplasmática de espermatozoides, o la unión de un óvulo y un espermatozoide en el laboratorio, consiguiendo un número adecuado de embriones disponibles para ser transferidos en el útero de la mujer.
- IA: Inseminación artificial, o la colocación de semen en el aparato reproductor femenino, con el fin de facilitar la unión.

El total de pacientes tratadas con estas técnicas en 2017 fueron 50.263 ciclos de alta complejidad como FIV o ICSI, 26.539 criotransferencia de embriones criopreservados, o un total de 7.798 ciclos de ovocitos criopreservados.

La Ley de Reproducción Humana Asistida 14/2006, de 26 de mayo, regula la legalidad de los actos relacionados con las técnicas de reproducción asistida. Del comportamiento moral de los investigadores y profesionales que a ello se dedican y de la legalidad y cumplimiento estricto de la ley por parte tanto de los profesionales asistenciales, como de los civiles que recurren a este tipo de técnicas. (Lledó Yagüe, 1988).

Los alumnos de los diferentes grados tienen claro los conceptos: desconocer la legislación no exime de su cumplimiento. Es obligatorio conocer la legislación vigente con el fin de actuar de forma correcta. La actuación sanitaria está protegida por una amplia legislación.

Al valorar los datos obtenidos vemos que: tanto los profesionales de la medicina como los profesionales de la enfermería saben que la elección de sexo mediante tratamiento genético está prohibida por ley, siempre que no se relacione con alguna enfermedad. Esta premisa parece clara en todos los profesionales y responden en consecuencia. Pero son los médicos quienes responden con mayor proporción, aunque no de forma significativa. De igual forma la respuesta de los expertos está en consonancia con la de los profesionales, en desacuerdo con la afirmación.

La prohibición de elección del sexo de un bebé por parte de sus progenitores queda bien explícita en la Ley 14/2006. Esta cuestión queda únicamente exenta en el caso que exista relación directa del sexo del bebé con la aparición de una enfermedad. Éticamente, la elección de sexo puede dar lugar a mayor discriminación debido a que, si ocurriera, sería más fácil para los progenitores adinerados y podrían llegar a realizarla (Junquera de Estéfani, 1998).

Los alumnos demuestran que conocen la ley relacionada con la elección de sexo.

El tema de la dimensión es la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, por parte de un profesional para la realización de alguna técnica concreta. Esta posibilidad ha de ser declarada y conocida por los miembros de la dirección del centro, que facilitarán al profesional ejercer su

derecho de objeción. Pero obviamente ha de ser coherente con las actuaciones. Un profesional que esté en contra de la terapia genética y la fecundación in vitro, o en contra de la interrupción del embarazo (debido a los motivos que sean), no trabajará en una institución que se dedique a ello. Los profesionales son claramente tendentes a estar de acuerdo, pero con una gran dispersión. Los expertos responden de forma más contundente a esta afirmación, considerando su total acuerdo.

Los profesionales sanitarios, como toda persona, tiene derecho a la libertad de pensamiento y creencias, de conciencia y expresión de estas. Cuando un profesional se declara en contra de una norma debido a una incongruencia con sus convicciones, éste se puede declarar objetor de conciencia. Determinadas situaciones sanitarias, muy frecuentemente, poseen una carga añadida y un potencial objetor por sí mismas. Todos conocemos la influencia que las técnicas de interrupción del embarazo pueden crear a la conciencia del personal asistencial. Esta negativa a realizar un acto o una actuación en concreto, tiene que estar justificada para evitar posibles ambigüedades o malas interpretaciones de esta. Se debe diferenciar la objeción de conciencia hacia una técnica o procedimiento en concreto, sería lo más real, frente a la participación de un sanitario durante todo el proceso que pudiera comprender la técnica objetada. Es decir, un sanitario puede ser objetor de conciencia a la hora de realizar una interrupción de embarazo (por el motivo que sea), pero no es ético obviar la atención que esta persona pudiera necesitar en el periprocedimiento, como, por ejemplo, los tratamientos y cuidados que requiere esta persona después de ser sometida a un aborto (Capdevielle, 2018).

Cuando hablamos de profesional que atiende al paciente, nos estamos refiriendo a profesional sanitario (médico, enfermera, matronas). Ellos son quienes pueden acogerse a este derecho. No cabe pues la posibilidad que un celador que pudiera dirigir a la paciente hacia la sala quirúrgica pudiera declararse objetor de conciencia. Así mismo, los profesionales del laboratorio que analizan la sangre de la persona, o los técnicos de anatomía patológica que reciben el material extraído, tampoco podrían declararse objetores de conciencia, ya que la actuación que realizan es del todo indirecta del acto (Bermejo, 2000).

El profesional sanitario que se declara objetor, lo ha de hacer con una serie de premisas: que exista una manifestación escrita explícita sobre la negativa a realizar un acto sanitario, ya sea en su totalidad, o de forma parcial circunscrito a una técnica concreta. Así, el profesional se puede acoger a la objeción de conciencia para practicar un aborto, debido a sus convicciones morales, o bien podría únicamente acogerse a la objeción de conciencia para realizar un aborto de feto sano, pero que no quiere llevar a término la madre; y en cambio, para el resto de supuestos, no ser objetor (Busquets, 2012). Por otro lado, la existencia de listados donde los objetores de conciencia puedan ser consultados de forma pública, desde los colegios profesionales, entraría en conflicto con determinados derechos fundamentales de las personas (profesionales sanitarios en este caso). Estos derechos fundamentales son:

- 1) Derecho a no hacer declaraciones sobre las propias creencias y el principio de la no discriminación.

- 2) Derecho a mantener la confidencialidad de los datos personales, Ley Orgánica de Protección de Datos (Díez Fernández, 2010).

La objeción de conciencia en sanidad es un tema poco conocido que requiere del estudio complejo por parte de los expertos para determinar si la actuación profesional ha sido correcta o no.

La objeción de conciencia expresada por parte de una familia a no vacunar a un niño es también un caso claro de estudio en esta dimensión. La legislación española no obliga a ninguna familia a vacunar a sus hijos. Obviamente las vacunas son necesarias para la salud, tanto individual como colectiva y para la no propagación de las enfermedades. Y, además, el bien general ha de prevalecer sobre el bien propio. Por este motivo, la recomendación de vacunar a los niños de enfermedades infectocontagiosas es lo que ha de primar en la actuación sanitaria, y en la actuación de las familias.

El problema se plantea cuando valoramos la libertad personal o la autonomía del paciente, con la seguridad. Si bien un paciente puede tomar sus propias decisiones, ser libre de sus actos y encaminar su vida según sus ideologías (Martínez González, 2014), esta libertad podría acarrear problemas de vulnerabilidad y de seguridad tanto para el paciente como para el resto de la sociedad. Si el Estado declarara obligatoria las vacunaciones, estas libertades y esta autonomía del paciente podrían verse dañada.

España cuenta con una tasa de vacunación elevada con lo que la propagación de enfermedades infecciosas puede devenir complicada. Además, existe el efecto inmunidad de rebaño o *herd immunity* (Millán, 2008) que consiste en la protección de la totalidad de la población debido a la alta tasa de inmunización que existe. Cuando un individuo no vacunado entra en esta sociedad, está protegido por los propios individuos que la conforman debido a que estos no padecen la enfermedad. Pero esto no nos puede hacer creer que estamos totalmente a salvo, y no se puede bajar la guardia. Sería volver a tiempos antiguos, donde la cobertura vacunal y los contagios estaban a la orden del día.

El éxito de las vacunas en la propagación de las enfermedades es un hecho constatado. Actualmente la OMS declara que las vacunaciones evitan entre 2 y 3 millones de muertes anuales por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión, pero si la cobertura vacunal mejorase, podría evitar 1.5 millones de muertes más.

El éxito es evidente, la protección está patente. Pero esta protección palpable, en determinados casos, es la que nos hace perder el miedo al agente nocivo, perder el miedo a la enfermedad. Desestimamos la gravedad de ciertas enfermedades erradicadas hoy en día (Teresa, López, Bedate, & Ruiz-calderón, 2016). Olvidamos rápidamente las grandes epidemias acaecidas en nuestra historia. Pensamos que estas patologías están del todo erradicadas. Hasta que surge un caso, concreto, individual, que hace temblar los cimientos de la medicina y de la sociedad. Un caso de difteria, como sucedió hace algunos años, donde un niño contrajo esta enfermedad, erradicada desde hacía décadas, con el consiguiente fallecimiento de este. *“La difteria aviva la polémica sobre las vacunas”*, en [www.lavanguardia.com](http://www.lavanguardia.com), de 4 de junio de 2015.

Y como podemos comprobar, las sociedades evolucionan, van cambiando. Las sociedades con sus individuos particulares, y sus profesionales. ¿Qué pasaría si los profesionales de la salud fueran contrarios a las vacunaciones?

El derecho a la salud está incluido en la Constitución Española, en su artículo 43.1 sobretodo teniendo en cuenta las cuestiones relacionadas con la curación de enfermedades. La salud pública y la prevención de patologías viene recogido en el artículo 43.2, que otorga a los poderes públicos la obligación de organizar y tutelar la salud pública por medio de acciones preventivas (De Montalbo Jääskeläinen, 2014).

La única posibilidad de obligatoriedad de una vacuna ocurriría en este supuesto recogido en la Ley 22/1980, de 24 de abril, de modificación de la Base IV de la Ley de Bases de la Sanidad

Nacional de 25 de noviembre de 1944, en cuyo artículo único dispone que

*“Las vacunaciones contra la viruela y la difteria y contra las infecciones tíficas y paratíficas, podrán ser declaradas obligatorias por el Gobierno cuando, por la existencia de casos repetidos de estas enfermedades o por el estado epidémico del momento o previsible, se juzgue conveniente. En todas las demás infecciones en que existan medios de vacunación de reconocida eficacia total o parcial y en que ésta no constituya peligro alguno, podrán ser recomendados y, en su caso, impuestos por las autoridades sanitarias”.*

La Ley de Autonomía del paciente limita la libertad personal y el rechazo a un tratamiento, frente al bien común y la salvaguarda de la salud pública.

Los argumentos esgrimidos ante el rechazo a las vacunas son los siguientes: posibles reacciones adversas tras la administración de las vacunas (Grossman et al., 2011):

- Intereses económicos sobrevenidos por la inmunización generalizada.
- Aparición de las enfermedades que se desean tratar.
- Temor a que tantas vacunas sobrecargan el sistema inmunológico del bebé.
- Creencia en las medicinas alternativas “denominadas naturales”.
- Argumentar que es mejor sufrir la enfermedad que prevenirla con vacunas.
- Temor a que las vacunas provoquen autismo.
- Creencia que actualmente no existe riesgo de caer enfermo por las enfermedades que las vacunas previenen.

Dejar que decida una familia sobre la administración o no de una vacuna, enfermería se posiciona a favor de esta afirmación a diferencia de los médicos que se posicionan en contra. Aun cuando la legislación no obligue, es una cuestión de salud pública que los menores sean

vacunados para evitar contagios, y sobretodo contagio de enfermedades prácticamente erradicadas. Medicina se sitúa claramente en contra de esta afirmación. También existen diferencias significativas entre las mujeres y los hombres, donde las mujeres responden de forma más contundente estando de acuerdo con la afirmación que los hombres. Esto puede ser debido a la no obligatoriedad de la administración de vacunas, y a la voluntad de ciertas familias de no vacunar a sus hijos. La voluntad del paciente tiene que ser escuchada y atendida, y ciertamente, respetada.

Los alumnos de los grados se muestran de acuerdo con el hecho que sea la familia quien decida la vacunación o no de un menor, al igual que los expertos en bioética. La familia en última instancia es quien decide sobre la vacunación de un menor, aunque esta decisión pueda ser contraria al criterio de los profesionales, y pudiera acarrear mayores problemas en un futuro.

La opinión del menor siempre se tiene que escuchar, y más si se acerca a la adolescencia que pudiera ser considerado menor maduro. Esperar que un niño dé su consentimiento a ser vacunado es bastante poco probable. Pero el personal sanitario debe contar con su opinión, aunque pueda estar sesgada por la opinión de los padres y por el posible daño que se le produzca.

Los profesionales menores de 40 años responden en menor desacuerdo con esta afirmación al igual que los expertos en bioética y los alumnos, que responden de forma contundentemente de acuerdo. Es conveniente hablar con el paciente y explicarle de forma correcta la situación e incluso los problemas que pudiera acarrearle no vacunarse.

El menor de edad puede tomar sus propias decisiones en lo que afecte a su salud, siempre y cuando se cumplan unas determinadas condiciones. La edad mínima para la toma de decisiones de índole sanitario se marca en los 12 años (G. López, 2016). Esto no quiere decir, que todo menor sea competente para tomar las decisiones que afectan a su salud, y en todos los ámbitos de la medicina. Y, por lo tanto, de aquel menor, no maduro, serán sus representantes legales quienes tomarán estas decisiones por él. En el caso que el menor estuviera tutelado por el estado, este será quien tomará las decisiones. En todo caso, la protección al menor está implícita por ley, con lo que cualquier menoscabo de esta protección podría constituir un delito en sí mismo.

La premisa de convencer al niño a vacunarse se asemeja a coacción y así lo entienden tanto los profesionales como los alumnos y los expertos.

Convencer a un familiar de algo por parte de un profesional es algo quizás poco ético. La información, la escucha activa, la resolución de dudas pudiera ser más adecuado que el mero hecho de convencer a un familiar.

Estar de acuerdo con esta afirmación por parte de los alumnos y de los expertos en bioética es evidente. La comunicación con la familia hace que las dudas existentes puedan resolverse, y de esta manera se obtiene una óptima actuación para el paciente.

Obligar a un niño a vacunarse siempre es una cuestión de salud pública y de posibilidad de contagio masivo, con lo que la posibilidad de no vacunar tendría que ser cero.

Será el estamento judicial quien imponga la obligación de vacunar a un menor (García Ruiz, 2009). El Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5 de Granada acordó autorizar la vacunación forzosa de los 35 niños que son susceptibles de contagiarse del brote de sarampión detectado en un colegio de la capital granadina y que ya afecta a 46 personas, de las que ocho son adultos y el resto menores.

El verbo “obligar” aporta connotaciones paternalistas y por tanto, arcaicas. Los alumnos se muestran en contra de este tipo de afirmaciones a lo largo del cuestionario.

Elevar al CEA las cuestiones relacionadas con menores para poder resolver la situación es importante para los profesionales, alumnos y expertos en bioética. Los profesionales estudiados pertenecen al ámbito hospitalario, es posible que esto sea un sesgo a la hora de contestar ya que normalmente estos profesionales no se tengan que plantear estos dilemas, siendo la atención primaria la que soporte todo el peso de estas decisiones.

Los casos donde las dimensiones se entremezclan son los que causan mayores problemas en los profesionales y alumnos a la hora de contestarlos.

La anticoncepción de emergencia, AE, también llamada píldora del día después o píldora post coital, es un método anticonceptivo, usado por primera vez en España en 1995 y que consiste en la administración de una dosis de medicamento hormonal con el fin de evitar los embarazos no deseados. No es un método abortivo, ni tampoco se puede utilizar como método de planificación familiar, de forma habitual (Arribas Mir, Ordóñez Ruiz, & Arribas Entrala, 2010). El motivo por el que las usuarias solicitan este servicio sanitario acostumbra a ser por mantener relaciones sexuales sin protección, rotura de preservativos u otros accidentes relacionados, que exponen a la persona a posibles embarazos no deseados. No debemos olvidar que estos accidentes también exponen, sin duda, a contraer enfermedades de transmisión sexual tan graves como HIV, gonorrea, sífilis, hepatitis, etc.

La efectividad de este método es inversamente proporcional al tiempo que tarda en instaurarse, consiguiendo un efecto óptimo hasta las 24 horas post-coito. Este fármaco tomado entre 48 y 72 horas después de la relación sexual disminuye su efectividad a un 58% aproximadamente. Los efectos secundarios que ocasiona este tratamiento son vómitos, diarrea, mareos, y periodos dolorosos («Prospecto: Información para el paciente Levonorgestrel Mylan 1,5 mg comprimido EFG»)

Existe un caso en la sociedad española, 6 de julio de 2015 cuya sentencia del Tribunal Constitucional ha admitido que la negativa de un farmacéutico a no disponer en su establecimiento de la píldora del día después está amparada por el derecho a la objeción de conciencia “forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa” y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no una regulación que lo reconozca. A continuación, esos magistrados aducen que, aunque dispensar la píldora del

día después no es lo mismo que practicar un aborto hay “falta de unanimidad científica respecto a los posibles efectos abortivos de la píldora del día después”. El farmacéutico se acoge a su derecho a objetar a la hora de suministrar un medicamento prescrito por un facultativo médico a una paciente. Este mismo farmacéutico aduce a que estas píldoras pueden provocar un efecto abortivo del cual él es objetor declarado. La presencia de esta farmacia en el centro de una gran ciudad como es Sevilla y la proximidad de otras oficinas con capacidad para dispensar este tipo de medicamento, aligera la carga ética de la decisión, y se declara válida la objeción de conciencia del farmacéutico (Sánchez-Caro, 2010).

Reconocer la madurez de un menor es una tarea complicada y más en un servicio de urgencias, donde las repuestas y actuaciones han de ser rápidas y eficientes. Realizar una prueba de madurez puede comportar serias dificultades, y más en estas condiciones. Decidir si una menor, reincidente en un tipo de actuaciones de riesgo, es una menor madura, conlleva mucha responsabilidad. La Organización Mundial de la Salud, OMS, declara el periodo comprendido entre los 14 años y los 18 como adolescencia. Este periodo comprende cuatro años, donde no todos los individuos evolucionan de la misma manera y al mismo ritmo. Del mismo modo, la posibilidad de toma de decisiones que alcanza su plenitud con la edad adulta, 18 años, va siendo progresiva. Ciertas cuestiones obligan a tener esta mayoría de edad, como, por ejemplo, el derecho al voto, o la posibilidad de contraer matrimonio. Pero es durante este periodo de cambios, donde la persona adquiere estas capacidades de decisión. Los menores de edad, históricamente, han sido considerados como incapaces a la hora de tomar decisiones importantes que afectaran a su salud. Las nuevas necesidades obligaron a crear nuevas legislaciones, con las que se ha podido establecer una serie de premisas clave a la hora de atender las necesidades de los adolescentes.

La evolución de la legislación española en referencia al menor de edad ha sido muy clarificadora. La protección al menor de edad es una cuestión prioritaria a la hora de realizar gestión sanitaria. Por este motivo, la legislación ha ido evolucionando desde La Constitución Española, que en su artículo 10, donde se hacía referencia a los derechos fundamentales de toda persona, conforme a los derechos humanos y a su dignidad como persona. La ley General de Sanidad también reconoce este derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos que vivan en España.

La evolución del concepto de adolescente maduro dio un vuelco importante cuando en 2002 se estableció la Ley de Autonomía. Con esta ley se otorga la importancia de la toma de decisiones al propio protagonista de estas. En el caso que nos ocupa, los adolescentes.

La ley otorga la mayoría sanitaria al menor de edad, según sus capacidades. Sin que demuestre su grado de madurez, el menor de 16 años puede tomar sus propias decisiones en lo referente a su salud, sin que ningún progenitor o tutor le autorice a ello (Amarilla Gundín, 2006).

- 16 años cumplidos o emancipados.
- Se fija la “mayoría de edad médica”, en los 16 años, esté emancipado o no el menor.
- Ley 41/2002: Existe presunción legal de madurez:

- Desde los 14 años. En emancipados. En mayores de 16 años.
- Si existe duda del médico de su incapacidad o madurez: consultar con los representantes legales.

En el caso que una decisión tomada por el menor de edad, frente a la que pudieran tomar sus padres o tutores legales, si el menor tiene la capacidad adecuada para la toma de decisiones, prevalecerá la decisión del menor. Cuando existan dudas sobre la madurez de decisión de un menor, el médico que lo trate o en mayor instancia, el juez, será quien decida (M. Sánchez, 2005).

La consideración de menor maduro es una cuestión legal, no ética. La protección al menor ha de ser el eje principal en la actuación tanto de los profesionales sanitarios que lo tratan, como de las autoridades.

En el caso de menores de edad reincidentes en mala utilización de los métodos anticonceptivos de barrera, que pone en peligro su vida y la de sus posibles parejas. Las mujeres y enfermeras se muestran más sensibles a este tema. Podría ser debido a la condición de madres de muchas profesionales que se identifican con la problemática de forma más personal que no un hombre.

A la paciente con 16 años se le debe administrar el tratamiento requerido. Posteriormente es de obligación sanitaria informar y formar a la paciente sobre los riesgos de las prácticas sexuales sin protección y de las consecuencias que se generan de estas prácticas (Aguilar & Mayén, 1999). Historiar a la paciente es clave para la actuación sanitaria. No tan solo el hecho concreto que la lleva a urgencias a solicitar el tratamiento de emergencia, si no, los motivos que llevan a una menor a realizar prácticas peligrosas. Los motivos que suelen explicar los menores son, sobre todo, la desinformación de las consecuencias, la creencia que con la primera relación sexual no puede pasar nada, la obligación de la pareja a realizar el acto sexual sin protección, uso de sustancias estimulantes (drogas, alcohol, etc ...) (López-Amorós, Schiaffino, Moncada, & Pérez, 2010).

Si el profesional establece que la paciente es madura, aun cuando sea menor de edad, ésta puede tomar las decisiones que afectan a su salud. Por tanto, no hará falta que se informe a su familia. La Ley de Autonomía 41/2002 indica que, a partir de los 16 años, la paciente puede tomar sus propias decisiones en materia sanitaria sin la necesidad de informar a los padres o tutores legales.

La respuesta dada mayoritariamente por los profesionales protagonistas de este estudio se opone al cumplimiento de la ley y a la premisa que la titularidad de información corresponde al paciente. Aparecen diferencias estadísticamente significativas en esta afirmación. Esto podría ser explicado por la condición de madres de muchas de las profesionales que participan en el estudio, que ven la necesidad obligada de informar a los padres de la menor ante tal asunto.

Los alumnos universitarios se muestran en desacuerdo con esta afirmación, así como también los expertos en bioética. Los alumnos muestran esta tendencia debido a que consideran a la

menor madura para tomar sus propias decisiones, e informar a la familia podría vulnerar su derecho de privacidad.

La consulta al CEA en los casos relacionados con menores ya sea vulnerando la información clínica o acogiéndose a la objeción de conciencia, es necesaria tanto entre los profesionales sanitarios como entre los alumnos y expertos en bioética.

#### **5.1.3.4 Dimensión: justicia distributiva**

La correcta utilización de los recursos económicos es una prioridad de las políticas sanitarias, y más, cuando existen limitaciones en el presupuesto del que se dispone. La escasez de recursos para temas sanitarios es una constante en todos los países.

Constantemente aparecen nuevas técnicas y nuevos tratamientos indicados para tratar los problemas de salud. Mejoras en los tratamientos, dispositivos de última generación que consiguen salvar la vida a pacientes, intervenciones novedosas y de alta calidad y complejidad que ofrecen al paciente nuevas posibilidades de curación. Todo ello convive en el mercado de forma simultánea. Cuando una nueva tecnología aparece, casi nunca desbanca a la tecnología anterior, por mucho que fuera más antigua. La coexistencia de todas las tecnologías enriquece la posibilidad de tratamiento de todo tipo de pacientes. La gestión de esta tecnología, en el ámbito de salud, es, cuando menos, compleja. Por supuesto, no todo vale: si una nueva técnica no consigue el objetivo esperado, ha de ser eliminada del sistema. Esta tecnología ha de producir beneficios en salud. Si no es así, la eliminación de esta tecnología del mercado ha de ser contundente. El objetivo de las políticas sanitarias es utilizar aquellas técnicas que proporcionen mayores y mejores beneficios a los ciudadanos, y descartar aquellas que no los alcanzan. La elección de los tratamientos de forma individual la realiza el profesional que trata al paciente. por este motivo, los criterios de elección de uno u otro tratamiento se tienen que poder controlar y adecuar de forma evidente. Es necesario otorgar a los profesionales sanitarios las herramientas necesarias para una correcta y eficiente toma de decisiones. La creación de protocolos de actuación, la medicina basada en la evidencia, las guías de práctica clínica son herramientas que disminuyen la variabilidad en la toma de decisiones. Pero en el caso de la medicina, la toma de decisiones es una cuestión de inmediatez, e incertidumbre, donde muchas veces, el criterio médico es el único que prevalece, utilizándose aquella con la que el profesional está más seguro y le proporcione al paciente mayores beneficios. Y esto no se resuelve con protocolos, se resuelve gracias a la experiencia del personal sanitario.

En determinadas ocasiones, cuando la evolución de una enfermedad llega a su fin, cuando clínicamente ya está todo probado, tanto los pacientes, individuos concretos, como los profesionales de la sanidad, pueden tener la tendencia de recurrir a la Regla del Rescate, intentando mediante tecnologías punteras, y en muchos casos, de dudosa efectividad, realizar un tratamiento al paciente (Davis, 2015). El poner cara y ojos a un paciente, el hacerlo individual, concreto, hace en muchas ocasiones que los profesionales se vuelquen y tomen decisiones sanitarias donde la eficiencia puede quedar muy cuestionada. Estas decisiones, como digo, se toman cuando el paciente es concreto, un solo individuo con quien hay que explotar todas las posibilidades, aunque estas no den ni los resultados exigidos ni son lo eficientes que necesitaría

toda política sanitaria. A veces, la utilización de la Regla del Rescate provoca peores consecuencias que las que el propio curso de la enfermedad pudieran provocar (Reljic, Kumar, Klocksieben, & Djulbegovic, 2017).

La toma de decisiones, tanto a nivel general, como en salud, está mediado por las preferencias del individuo. Es decir, elegiremos una u otra alternativa en función de las valoraciones que individualmente realiza el individuo. Broome explica que las personas, a la hora de elegir prefieren:

- 1) Cantidad: el individuo prefiere obtener más cantidad de un producto elegido.
- 2) Tiempo: cuando más rápido, mejor.
- 3) Seguridad: evitando la incertidumbre.

El concepto de coste-beneficio es el análisis sistemático de acciones alternativas para guiar la toma de decisiones públicas.

*«Un profesional sanitario, en el ejercicio de su actividad clínica, trata con pacientes “identificables que se enfrentan a un peligro inminente”. Su reacción natural puede ser intentar salvarlos a toda costa, empleando todos los medios a su alcance. La cuestión clave es, no obstante, si una reacción instintiva, una emoción humana comprensible, y no un juicio desapasionado acerca de cuál es la mejor manera de asignar los recursos sanitarios, debe guiar el establecimiento de prioridades en el sistema sanitario.» (Abellán Perpiñán, 2010). Esta preocupación por el individuo concreto, y por la enfermedad concreta puede hacer que el profesional sanitario pierda de vista al resto de los pacientes anónimos que potencialmente pudieran beneficiarse de un tratamiento más corriente. En una sociedad donde la escasez de medios para la sanidad es patente, el hecho que existan iniciativas donde la regla del rescate se utilice, es necesario, pero no debemos olvidar que son del todo excepcionales, que nuestra sanidad no puede sostener el gasto que supondría atender a todos los pacientes que lo necesiten mediante la regla del rescate».*

La exigencia tanto de pacientes como de profesionales a la hora de utilizar los tratamientos de baja efectividad ha de ponerse en la mesa de discusión ya que esto, no solo pudiera ser maleficiente para el propio paciente, sino que también pudiera retrasar un tratamiento paliativo adecuado para esa enfermedad. No siempre más es mejor (Peppercorn et al., 2011).

La información es crucial a la hora de tomar una decisión en salud. Muchos pacientes creen que el objetivo de la administración de ciertos tratamientos es la curación. Nada más lejos de la realidad. Muchos de los tratamientos utilizados en oncología son de carácter paliativo, no curativo, pero eso el paciente no lo sabe o no lo reconoce (Weeks et al., 2012).

Delegar la decisión en una comisión de expertos que valore estos casos de justicia distributiva y uso de recursos, es unánime entre los profesionales. En este caso, la comisión de expertos que debieran tomar la decisión final sobre la administración del tratamiento sería el propio CEA del hospital. Las decisiones clínicas en la práctica habitual de la medicina la realizan los profesionales médicos en el momento en que sucede la situación.

La Regla del Rescate es un término acuñado en 1986 (Jonsen, 1986) y hace referencia a la necesidad que tienen las personas para rescatar personas identificables, enfrentando la muerte evitable. Pone en evidencia la utilidad de realizar ciertas intervenciones, a priori poco efectivas, y el coste económico que esto supone al agente financiador. La Regla del Rescate, como en este escenario se describe, no puede tomarse a la ligera y habría que formar una comisión, tanto con el equipo de profesionales expertos en la materia, como con el propio CEA de la institución. La curación del cáncer siempre ha sido una quimera para todos los sistemas sanitarios. Antiguamente nombrar la palabra cáncer significaba un rechazo generalizado tanto de los agentes de salud como para la sociedad y como no, para los pacientes. El gasto sanitario y más concretamente, el gasto farmacológico, relacionado con la terapéutica del cáncer se ha disparado exponencialmente en los últimos tiempos. Y muchos de estos medicamentos tienen una efectividad cuestionable a la hora de tratar el cáncer (J. E. López, 2011).

El artículo de 2011 *Bending the cost curve in cancer care* (Thomas, Smith, Bruce, & Hillner, 2011) reflexiona sobre las decisiones que los médicos oncólogos tienen que tomar en situaciones extremas donde las posibilidades de curación de un paciente mediante un tratamiento “excepcional” son realmente remotas. La importancia de conocer las expectativas y la calidad de vida del paciente, así como los costes que se generan de tal decisión. Las actitudes de los oncólogos en estas situaciones han de ser modificadas, porque si no, de otro modo, la sanidad está abocada al desastre más absoluto. Estas actitudes son las siguientes:

- Los oncólogos deben tener en cuenta el coste de un tratamiento a la hora de realizarlo.
- Las expectativas generadas tanto por los médicos oncólogos, como por los pacientes que sufren un cáncer, deben fijarse unas expectativas de éxito más realistas.
- Los cuidados a pacientes en situación fatal deben ser orientados hacia los cuidados paliativos, generando bienestar y evitando las expectativas inalcanzables de curación.
- Debemos tener en cuenta el coste económico que ciertas intervenciones suponen al gasto sanitario de una sociedad, y controlarlo de manera eficiente (Thomas et al., 2011).

Para los alumnos es difícil determinar por sí mismo la idoneidad de un tratamiento que aporta tan pocos beneficios, y que es tan costoso. La necesidad de plantear este tema a una comisión de expertos hace que la responsabilidad de la decisión se diluya. Los temas económicos y de justicia distributiva, son de difícil entendimiento para los alumnos.

También hay que tener en cuenta que los protagonistas de este estudio determinan que la idoneidad de un tratamiento no depende de ningún factor social como pudiera ser el conocer al paciente.

Administrar un tratamiento u otro no debe depender del precio de este, sino de la efectividad. Enfermería no prescribe tratamientos farmacológicos, por lo tanto, la responsabilidad de la prescripción recae en el profesional médico. Los profesionales de la medicina en este caso tienen en cuenta eficiencia del tratamiento, y contestan a la afirmación mayoritariamente de acuerdo. Un tratamiento que sea eficiente, es decir, que aparte de conseguir el objetivo médico deseado, sea a un coste adecuado y viable, es una de las funciones de los gestores de medicamentos, que han de tener en cuenta tanto el principio de justicia distributiva, como el principio de beneficencia (Puyol González, 2014).

Los expertos en bioética manifiestan que es difícil no administrar un tratamiento existente a un paciente sea cual sea el precio de este. Si existe un tratamiento, se le ha de proporcionar.

Los alumnos manifiestan que, si un tratamiento es fútil y además tiene un gran coste económico, la decisión se hace más fácil. Aquí los alumnos sí que muestran una tendencia a escoger un tratamiento por el coste que implica y no por la idoneidad de este. La idoneidad de un tratamiento no depende del coste. La idoneidad depende de las ventajas que ese tratamiento acarreará al paciente. Se dejan llevar por la cuantía de un tratamiento y no por la idoneidad.

Variar la opinión de idoneidad de un tratamiento en función de quien pague el mismo o de lo que cueste, es un comportamiento poco ético. Así lo entienden tanto profesionales como expertos. En cambio, los alumnos manifiestan justamente lo contrario: la falta de criterio en los alumnos a la hora de exigir la idoneidad de un tratamiento es fruto de su inexperiencia, otorgando más importancia a los temas económicos, sobretodo si los costes los paga el propio paciente.

La elevación de casos de justicia distributiva al CEA es algo que harían tanto los profesionales, como de los alumnos o como los expertos. Los temas económicos escapan bastante a las incertidumbres de los profesionales, que prefieren que sean los directivos de los centros sanitarios quienes impongan o retiren subvenciones para determinados tratamientos conflictivos.

Los problemas son derivados de la falta de presupuesto, que van englobados en el principio de justicia, y por otro lado, se plantea un caso de adecuación del esfuerzo terapéutico, también muy estudiado por la bioética.

Acelerar el desenlace de un paciente bajo la justificación de falta de recursos económicos, puede connotar que se le realizará un daño intencionado al paciente, hecho totalmente contrario a la ética.

No podemos someter a un paciente al estrés de ser movilizad, sobre todo si puede haber riesgo de su vida. El paciente que está en la UCI con AET ya no se beneficia de los adelantos y tecnologías propios de la unidad. Sería más aceptable que un paciente que requiera de la atención especializada que ofrece la UCI se beneficie de ella. En cambio, los expertos sanitarios contestan justo lo contrario: están en total acuerdo con esta afirmación. Asumir el riesgo de traslado de un paciente cuando existe presión asistencial puede ser un camino para dar una buena atención tanto al paciente que se traslada, como al futuro paciente que tiene que ingresar

en su lugar. El principio de beneficencia indica que los actos médicos proporcionen un bien al paciente, y el principio de no maleficencia indica sobretodo no hacer daño. Y así lo demuestran los profesionales estudiados.

Si el paciente no ha registrado sus últimas voluntades o no se le conocen, la opinión que tendrán los familiares será lo único con lo que cuenten los sanitarios a la hora de tomar una decisión basándose en los deseos del paciente. El profesional médico se opone a esta afirmación, prevaleciendo así su decisión. Para poder ofrecer el mejor tratamiento al paciente que se encuentra en estado grave y que necesita de los cuidados intensivos. No solamente se trata de atender a un paciente con adecuación del esfuerzo terapéutico, se trata de velar por la administración del mejor tratamiento al paciente que más lo necesita. Prácticamente todos los casos de decisión de un presupuesto limitado provocan gran controversia entre los profesionales implicados, así como decidir cuál es la mejor forma de repartir un presupuesto tan ajustado sin caer en una equivocación o en un daño para el paciente.

Los expertos en bioética se muestran contrarios a lo que piensan los profesionales de forma global. Como anteriormente se ha comentado, el no conocer al paciente, ni sus preferencias, y además si no tiene voluntades anticipadas redactadas, tenemos que esperar que la familia indique el camino hacia donde el paciente supuestamente tendería a dirigirse en la situación conflictiva.

Los alumnos responden que están en acuerdo, al contrario que lo que responden los expertos en bioética; así el estado de conciencia en que se encuentre un paciente no determinará su autonomía, y tampoco el principio de beneficencia. Que un paciente no se pueda comunicar en tiempo real con el equipo asistencial no indica que no se tengan que respetar su voluntad o que ha de prevalecer el principio de beneficencia sobre cualquier intervención hacia este.

La opinión dada por los familiares de un paciente que no posee voluntades anticipadas se ha de seguir según el criterio de enfermería y la oposición de los médicos.

Acudir al CEA es la opción óptima para la resolución del problema, tanto por parte de los profesionales como por parte de los expertos, al igual que para los alumnos. La toma de decisiones en tratamientos las realiza los profesionales de la medicina, aunque se crea una gran incertidumbre en el colectivo de enfermería que en la gran mayoría de los casos no participa en esta toma decisiones referentes a dilemas éticos.

#### **5.1.3.5 Dimensión: turismo sanitario**

Cuando se trata de turismo sanitario positivo, es decir, de un país desarrollado con una sanidad puntera, hacia otro país desarrollado con amplias virtudes sanitarias, la visión que los profesionales presentan es de total aceptación, lo contrario que ocurre si se da el caso de turismo sanitario proveniente de un país subdesarrollado.

En la dimensión turismo sanitario no aparecen diferencias significativas en las respuestas dadas por los diferentes profesionales.

Las respuestas son bastante uniformes entre los profesionales sanitarios. La opinión de los expertos en bioética a la búsqueda de ayuda para tratar una enfermedad es estar de acuerdo, tanto mediante ONG o vía televisión, o por algún otro medio, y crea un gran debate entre los profesionales de la salud. Hasta qué punto es ético hacer un llamamiento social para administrar un tratamiento caro, o inexistente en nuestro país, para un grupo muy pequeño de la sociedad. ¿Puede la sociedad hacer excepciones al principio de justicia distributiva y conceder un presupuesto para que determinadas personas se puedan tratar en el extranjero? Quizás estas excepciones se puedan realizar, pero ¿quién decide a la persona que se beneficiará de estos privilegios?

Elevar la consulta al CEA, para tomar la decisión final es lo que opinan tanto los profesionales y los alumnos, como los expertos en bioética. El tema que trata esta dimensión es bastante susceptible de aparición de tendencias. Los recortes en el presupuesto sanitario que en los últimos años estamos viviendo en nuestro país, provocan respuestas de los profesionales hacia una dirección concreta. Las decisiones que toman en cuenta los recursos económicos que se dedican a una partida concreta de la sanidad, son bastante controvertidas y difíciles de tomar, porque se enfrentan dos grandes principios de la bioética: el principio de beneficencia y el principio de justicia distributiva.

En España se garantizará un seguimiento médico de calidad, independientemente de en qué lugar de la UE se dispensó el tratamiento.

Se lucha no por erradicar la pobreza si no por eliminar la desigualdad.

Países que tienen reglamento comunitario como Suiza, Noruega, Islandia y Liechtenstein, cuentan con las mismas prestaciones sanitarias en caso de urgencia por enfermedad o accidente que cualquiera de los países miembros.

Países con los que España tiene acuerdos bilaterales: Andorra, Chile, Marruecos, Perú y Túnez, también recibirán asistencia médica y hospitalaria gratuita en caso de urgencia por enfermedad o accidente, para lo cual deben expedir el certificado correspondiente a su país. En caso de olvidar dicho certificado, deberá pagar los costes hospitalarios, médicos y farmacéuticos por adelantado, y su organismo de afiliación le reembolsará los gastos presentando las facturas. Puede consultar los acuerdos bilaterales en la web de la Seguridad Social de España.

Otros países: aunque se les atenderá en caso de urgencia, esta atención será de pago, por lo que se recomienda contratar un seguro médico.

Se entiende por turismo sanitario, el que incluye a todas las personas extranjeras que acuden a un país concreto, en este caso España, para recibir atención en los servicios de salud públicos como único objetivo (Rosenmöller, McKee, & Baeten, 2006).

La Constitución de 1978 establece en su artículo 43:

*“Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.*

*“Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.*

Fue en 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad se promulga la universalidad de la asistencia sanitaria, donde se dice que:

*“Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”.*

El derecho a la asistencia sanitaria, hasta 1986 se adquiría después de cotizar a la Seguridad Social. Quien cotiza a la seguridad social tiene derecho a la asistencia en el sistema público sanitario.

La Ley 49/1998 de 30 de diciembre, sobre Presupuestos Generales del Estado, para el año 1999, nos indica que la asistencia sanitaria dejará de pagarse con las cuotas de la seguridad social y que estas destinarán sus recursos a prestaciones por desempleo, bajas etc.

El sistema sanitario español posee unas características especiales que le hacen merecedor de los elogios más positivos a la hora de ser evaluado. Esto es debido, principalmente, por lo excepcional de sus tres principios rectores (Freire, 2006.):

- La universalidad, que hace referencia al alcance de la cobertura sanitaria, que hasta 2012 era de casi el 100% de los ciudadanos residentes en España.
- La gratuidad.
- La equidad.

Por este motivo, decidir quien puede tener acceso a nuestra sanidad es de vital importancia a la hora de gestionar los límites de esta. Tiene derecho a la salud toda aquella persona que resida en estado español, sin importar la nacionalidad. El derecho a la salud se otorga por la condición de residente en España.

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, ordenado por el gobierno del Partido Popular, durante su mandato, aduciendo a la necesidad de sostenibilidad del sistema sanitario español y a la seguridad de las prestaciones que emita. Llega en un momento en que la crisis económica azota con gran rigor la economía española. Y para poner límite al gasto desmesurado y caótico de la partida sanitaria, se legisla al respecto. En este Real Decreto se modifica la titularidad del derecho a la asistencia sanitaria, limitándola a los ciudadanos asegurados. De este modo se aísla al colectivo de personas que, aun viviendo en territorio español, no cuentan con la titularidad de beneficiario.

Las facturas de los gastos médicos que un extranjero ocasione en nuestro país deberán ser reembolsadas por el país de origen. Es un tema candente en la actualidad, donde la falta de

recursos económicos es destacable. Los profesionales de la enfermería están en total acuerdo, a diferencia de los profesionales de la medicina. Si se trata de un paciente que consideramos lejano, que no está cerca de nuestro ámbito de actuación, la decisión de que se hagan cargo de la factura desde su país de origen es más fácil de tomar, que si el paciente fuera más cercano o tuviéramos una relación de proximidad con él.

Del mismo modo, los expertos en bioética tienen una postura claramente de acuerdo con la afirmación, atendiendo al principio de justicia distributiva. Los alumnos responden en desacuerdo con la afirmación. Los acuerdos económicos en materia de sanidad entre países son una herramienta importante para subsanar el gasto sanitario. Es importante comprender que el gasto sanitario de nuestro país es importante y que la sanidad tiene un precio. De hecho, contamos con un sistema sanitario de seguridad social que atiende a todo el mundo, y que este se paga con los impuestos de todos los ciudadanos, pero que debemos proteger porque el bien es finito y con muchas limitaciones.

La aceptación de un tratamiento se debe a regulaciones económicas, es decir, prima el principio de justicia. La adecuación de un tratamiento, el determinar si un tratamiento es adecuado o no, se rige por el principio de beneficencia y el principio de no maleficencia, y no por el principio de justicia. Y enfermería declara estar de acuerdo con esta premisa a diferencia de medicina que estará en contra.

Las respuestas dadas por los profesionales en esta dimensión concreta invitan a pensar que se rigen por criterios de justicia distributiva y no por motivos sentimentales. Podríamos confundir los motivos sentimentales con motivos humanitarios, siendo de naturaleza bien distinta. Los profesionales menores de 40 años también responden de forma más contundente estando en desacuerdo con esta afirmación, porque atienden más a motivos de justicia distributiva que motivos sentimentales.

Elevar esta cuestión al CEA es una clara opción tanto para los alumnos como para los expertos bioéticos para conseguir una adecuada resolución.

#### **5.1.3.6 Dimensión autonomía del paciente**

Los casos de autonomía del paciente son de gran importancia en el estudio de la bioética. El presente cuestionario plantea unos dilemas específicos en este sentido.

La medicina complementaria y alternativa (CAM) es definida por el Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, como un conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional (National Center for Complementary and Alternative Medicine NCCAM, 2011)

El cáncer de mama es el tumor más frecuente entre la población femenina, tanto en países desarrollados, como en aumento en los países del tercer mundo. En 2018 se diagnostican más de dos millones de casos nuevos en todo el mundo. Y en España, el número total de personas

afectadas por cáncer de mama es de 32.825, un 12.1% de total de la cifra de enfermos de cáncer (GLOBOCAN 2018).

Los pacientes con enfermedades como el cáncer, sobretodo en países desarrollados, optan por la opción de utilizar terapias alternativas no convencionales para su tratamiento (Ernst & Cassileth, 1998). Podemos distinguir dos tipos de alternativas a la medicina convencional. Las terapias alternativas que corresponden aquellas que se realizan en lugar o sustituyendo a las terapias convencionales, y que pueden ser peligrosas en tanto que pueden interferir en la realización de un tratamiento adecuado (Juanbeltz et al., 2017; Idoyaga Molina & Luxardo, 2005). El perfil de las personas que utilizan estas terapias alternativas y complementarias suele ser: mujer, con educación superior y generalmente con alto nivel de poder adquisitivo (Berretta et al., 2017).

No existe evidencia científica a la hora de usar este tipo de terapias. Y los efectos adversos que pueden producir son:

- El retraso en las intervenciones quirúrgicas necesarias para el tratamiento de un determinado cáncer.
- Retraso en el establecimiento de tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia.
- Aumento de la prevalencia e incluso de la gravedad de un cáncer por el uso de ciertos agentes minerales o vitamínicos, presentes en las terapias alternativas, y que ponen en riesgo la vida del paciente, ya por sí vulnerable.

Algunas de estas terapias alternativas son:

- Tratamientos dietéticos:
  - La terapia de Gerson, consistente en la ingestión de zumos crudos y orgánicos cada hora. También la administración de enemas de café y otros suplementos de la dieta.
  - La dieta alcalina, con la creencia que, variando el pH del cuerpo, haciéndolo más alcalino, el cáncer no puede crecer.
  - Antineoplastones, basado en que los péptidos de la orina pueden curar el cáncer.
  - Tratamientos con vitamina C.
  - Aceite de Cannabis, ya que dicen ralentizar el crecimiento del cáncer.
  - Hipertermia, o terapia termal, exponiendo el cuerpo a temperaturas elevadas.
- Hierbas.

- Homeopatía.
- Megavitaminas.

Las terapias complementarias, se utilizan como complemento de la terapia convencional, y sirven normalmente, para mitigar síntomas y hacer que el paciente alivie sus síntomas (Huebner et al., 2014). Estas son:

- Acupuntura.
- Hipnoterapia.
- Meditación.
- Relajación y curación espiritual.
- Musicoterapia.
- Terapia floral.

La evolución de la medicina ha transformado significativamente la relación que los profesionales sanitarios tienen con los pacientes. La orientación que ofrecía el médico por un determinado diagnóstico era prácticamente de obligado cumplimiento. Era el profesional quien decidía lo mejor para el paciente, quien determinaba los tratamientos, sin que el paciente pusiera objeción alguna a los mismos. El paternalismo más recalcitrante en el tratamiento de las enfermedades era confundido como “hacer el bien” al paciente. La década de los noventa, del pasado siglo, fue determinante a la hora de dejar expresar a los usuarios del sistema de salud, su opinión. Es cierto que el conocimiento sobre la materia específica lo tenía el sanitario, pero oír la opinión del paciente, aceptar opiniones diferentes, e incluso, realizar la toma de decisiones, fue uno de los grandes avances de la bioética en esta década. Fue la década de la Autonomía del Paciente (González Mestre, 2014). Escuchar su opinión, dejar decidir, y ofrecer la mejor atención al paciente, esos eran las máximas de esta nueva tendencia sanitaria.

El paciente es protagonista y participante a la hora de tomar decisiones que concernieran a su salud.

Aceptar la decisión de un paciente a tratarse con terapias alternativas, enfermería se muestra de acuerdo, aunque no sea estadísticamente significativa. Esto podría ser debido a la necesidad de probar todos los tratamientos existentes para la curación de una paciente joven, que se encuentra en una situación bastante comprometida. La respuesta dada por los profesionales de la medicina más uniforme sin decantarse por ninguna posición. El perfil de usuario de las terapias complementarias y alternativas es el de mujer con alto nivel educativo y con poder adquisitivo. Este perfil podría encajar con el de la enfermería de nuestro estudio (Lee, Lin, Wrench, Adler, & Eisenberg, 2000).

Los alumnos responden en acuerdo con la decisión del paciente a tratarse con este tipo de terapia, al igual que lo que plantean los expertos. Los tratamientos adicionales a la medicina convencional podrían ser beneficiosos, pero no que se realicen de forma exclusiva.

Decidir que un paciente ya nos se pueda tratar en un centro convencional de este país solo porque no acepte un tratamiento concreto, aun cuando este pudiera ser el adecuado para su dolencia, no faculta a decidir que el paciente sea rechazado en el centro sanitario. Las creencias y opiniones de los pacientes se tienen que escuchar y respetar, aun cuando no estemos de acuerdo con ellas. La relación de ayuda que se establece entre el profesional y el paciente, en muchos casos propicia la escucha y el entendimiento, y mejora la comunicación entre paciente y profesional. No se trata de convencer a nadie, se trata de informar y formar sobre un tema para que el paciente, capaz de tomar sus decisiones de forma autónoma, elija lo que más le conviene, aunque esto difiera del criterio asistencial que haya en ese centro.

La utilización de la medicina tradicional, y en oposición, por tanto, a la medicina alternativa es la única alternativa válida que plantan los médicos de este estudio. Quien prescribe el tratamiento adecuado para un paciente es siempre el personal médico, por lo tanto, son estos profesionales quienes tienen la responsabilidad de ofrecer el mejor tratamiento para el paciente, y dado que la medicina tradicional lo ofrece, puede parecer obvio que se responda de una forma afirmativa (Borrell i Carrió, 2005). Las respuestas dadas por los profesionales menores de 40 años son estadísticamente significativas siendo más radicales a la hora de establecer una relación de ayuda con el paciente y la familia, que favorezca el entendimiento entre ambas partes. El objetivo no es que uno u otro tenga razón, el objetivo es que el paciente reciba el mejor tratamiento posible, respetando por completo su autonomía.

Todo acto que ayude a la paciente a tomar la mejor decisión es importante que se realice, y así lo entienden los alumnos de las diferentes carreras. No se trata de convencer a nadie, se trata de presentar todas las opciones y elegir aquellas más adecuadas para la curación de la paciente. Muchas veces el hablar con las familias ayuda a la toma de una mejor decisión (difiere de la coacción).

Elevar esta cuestión al CEA es importante para enfermería, pero no así para médicos. Son los profesionales médicos quienes día a día se enfrentan a este tipo de situaciones, y en muchos casos ellos mismos tienen que ofrecer una solución rápida y adecuada a estos problemas de la práctica asistencial. Por este motivo la consulta al CEA es claramente uniforme; son los expertos en bioética quienes inciden más en la necesidad de elevar este dilema al CEA para su resolución de la forma más conveniente para el paciente.

Los alumnos también entienden y contestan a favor de consultar al CEA en esta cuestión, ya que observar que una paciente rechaza un tratamiento que la ayudaría a sanar es difícil por parte de los alumnos (al igual que por parte del profesional), aunque la voluntad del paciente se respete, el sanitario debe ofrecer y explicar todas las opciones de un tratamiento, así como las consecuencias de este o su falta.

Otro caso donde se interrelacionan dimensiones es el relativo a un niño Testigo de Jehová cuyos padres están en contra de la administración de hemoderivados. Hay sentencias relacionadas con este caso:

La Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002 de 18 de julio de 2002 en referencia a un caso ocurrido en la Huesca y que, debido al rechazo que unos padres Testigos de Jehová hacían a la administración de componentes sanguíneos, fallece un menor de edad (Molina Blázquez, Pérez-Agua, & Sieira Mucientes, 2004).

El caso plantea varios dilemas, por una parte, la posible vulneración del principio de autonomía de un paciente y por otro, las repercusiones que un caso de este tipo presenta cuando el paciente es un menor.

Los profesionales de mayor edad responden de forma más evidente a la llamada del juez para transfundir al joven ante la posibilidad de muerte. Y también al conocimiento del caso anteriormente citado, ocurrido en 1994.

También podría ser debido a la situación de paternidad de estos profesionales, que vean en el caso y en el menor, una posible similitud con sus propios hijos.

Elevar la consulta al juez, según los alumnos y los expertos en bioética, es el curso a seguir. Al menor hay que protegerlo; el principio de beneficencia se adelanta, en este caso, al principio de autonomía. Si el paciente no fuera menor de edad y declarara que no se le administrasen los concentrados de hematíes, la voluntad del paciente sobresaldría sobre el principio de beneficencia, y se tendría que acatar la decisión del paciente. En el caso de los menores de edad, el sanitario tiene que velar por su integridad, aun cuando se oponga a la voluntad del paciente, o en este caso, de los padres del niño.

Ir en contra del principio de no maleficencia y del Juramento Hipocrático es algo fuera de toda ética. Esperar a actuar hasta que un paciente empeore, no se puede permitir. En el caso de los profesionales de la enfermería este pensamiento es igualmente compartido y mayoritariamente, responden en contra de este. La historia sucedida en 1994 con este menor, Testigo de Jehová, crea precedente en el hospital.

La respuesta dada por los profesionales menores de 40 años pudiera indicar un desconocimiento de los hechos acaecidos en 1994. No podemos consentir que un menor muera por no administrar una transfusión; además, es un menor de 13 años. La respuesta dada por estos profesionales denota un seguimiento estricto del principio de autonomía sin contemplar la importancia tanto del principio de beneficencia como el principio de no maleficencia.

Los alumnos se posicionan entendiendo que la vida de un menor se tiene que proteger, aún cuando dejemos de lado el principio de autonomía. El principio de beneficencia tiene más peso en este escenario en particular.

#### 5.1.4 El comité de ética asistencial

La presencia y actuación del CEA en los centros sanitarios otorga al profesional un apoyo inestimable a la hora de tomar decisiones complejas de índole bioético.

En el presente estudio hemos comprobado que no todas las dimensiones estudiadas presentan la misma necesidad de elevación al CEA. Cualquier dimensión relacionada con el menor maduro, crean grandes dudas entre los profesionales y entre los alumnos de grado. Es una cuestión legal básicamente, aunque la actuación frente a este tipo de paciente ha de tener especiales consideraciones éticas. Al menor, como bien se ha dicho, hay que protegerlo de sí mismo, y de la sociedad/familia que lo rodea. El bien del menor es prioritario en la atención sanitaria, y es el médico quien tendrá que velar por este bien.

Otras dimensiones como la adecuación del esfuerzo terapéutico, también plantean grandes dudas entre los profesionales y los estudiantes. Cuando a un paciente o una familia se le plantea la posibilidad de adecuar el tratamiento, para evitar el sufrimiento y la agonía, y dispensar al paciente confort y tranquilidad, esto suele malentenderse y confundirlo con otros términos ilegales en nuestro país. Hay que hacer un gran ejercicio de explicación para que tanto la sociedad como los propios profesionales de la salud entiendan el concepto de adecuación del esfuerzo terapéutico y las diferencias que pudiera haber con otros términos clasificados como delitos por el código penal español. Es necesario crear una ola de concienciación social en torno a este tema, donde prime el bienestar del paciente frente a otros intereses poco claros que pudieran aparecer.

Se ha comprobado que las dimensiones relacionadas con la vulneración de la información clínica no requieren mucha actuación del CEA, y como ya se explicó con anterioridad, esto es debido al gran ejercicio de formación realizado tanto a nivel institucional como a nivel político en torno a este tema. Los profesionales conocemos bien la teoría y casi siempre se actúa en consecuencia.

Antiguamente se tenía la falsa creencia que en sanidad entraba todo. Que los recursos económicos eran inagotables e interminables. Pero a partir de la crisis del 2008 los profesionales de la salud se han convertido en los nuevos gestores económicos, a nivel micro, pero en definitiva son ellos quienes deciden los tratamientos y terapias recomendadas para los pacientes. Así, aún hoy podemos escuchar frases como que de la economía del centro se ocupa únicamente el gerente. La implicación en este sentido es lenta, pero se va realizando.

La dimensión de turismo sanitario crea también muchas controversias. Los sanitarios entendemos como turismo sanitario aquel que genera como destino nuestro país, de otros países menos desarrollados que el nuestro, y que sufren mayor precariedad tanto económica como social. Este turismo, sin recursos económicos, se podría aprovechar de forma más o menos fraudulenta de los recursos económicos escasos que posee el país.

La autonomía del paciente es una batalla ganada en la década de los 90 del siglo pasado. Hoy en día nadie se plantea tener una relación terapéutica donde la voz del médico sea de obligado cumplimiento. Los pacientes tienen el derecho de conocer su patología, de decidir sobre sus tratamientos, y de negarse a recibir un tratamiento o una intervención. Y aquí los profesionales

debemos aceptar estas decisiones, aunque se proclamen en contra de nuestras propias creencias.

La dimensión objeción de conciencia no queda muy clara entre los profesionales. Siempre se ha ligado objeción de conciencia a la actitud que presentaban los militares que no estaban de acuerdo con realizar la prestación correspondientes. Es nuestra historia y la debemos aceptar. Ser objetor de conciencia en salud implica un acto de responsabilidad y autoconocimiento grande. La normalización de esta circunstancia se va consiguiendo poco a poco en los diferentes centros sanitarios.

#### **5.1.4.1.1 Acciones del comité de ética asistencial**

Todos los escenarios de actitud moral tenían configurada una afirmación final que hacía referencia a la elevación de la duda al CEA, tanto por parte de los profesionales como por parte de los alumnos. Esta afirmación era respondida con la misma escala Likert de acuerdo-desacuerdo. Muchas de las cuestiones planteadas son de gran relevancia y su resolución requiere de la ayuda del comité de ética.

Las respuestas dadas por los alumnos y por los profesionales sobre si elevar una cuestión al CEA siguen la misma curva, estando igualadas prácticamente. La tendencia a preguntar al CEA sobre una cuestión es igual en los dos grupos, así como la tendencia a obviar esta posibilidad de asesoramiento.

Por lo general, la dimensión VIC genera pocas dudas para consultar al CEA, es de este modo la dimensión que menos propuestas llevaría al comité. Como ya hemos dicho anteriormente, esto podría ser debido a la exhaustiva formación e información que sobre el tema se ha realizado tanto a nivel institucional, como a nivel de centro asistencial o formativo. La formación en un tema está directamente relacionada con la respuesta dada por los participantes.

Alguna de las acciones que se podrían generar a partir de la presente investigación serían:

- Creación de la figura del enlace, en cada servicio asistencial, con el CEA, que propicie la elevación al CEA de estos dilemas de difícil solución. Este enlace podría ser cualquier profesional asistencial que demostrase interés por la bioética y que estuviera cerca del resto de profesionales para ofrecer su ayuda.
- La creación de la figura del consultor ético es una realidad en la Región Sanitaria de Lleida, dando respuesta instantánea a aquellas dudas surgidas en la práctica diaria. Si el caso planteado es de resolución complicada, el consultor ético convoca una reunión extraordinaria del CEA para dar, en menos de 24 horas, una respuesta adecuada al profesional que plantea la duda.
- Crear un programa de formación continuada dirigido a los profesionales sanitarios, donde se traten temas tanto teóricos, como prácticos, y donde tengan cabida todas las dudas que los profesionales presenten en su práctica diaria, para poder ser resueltas a través del grupo de expertos en el tema.

- Crear un programa de acogida a todos los profesionales de nueva incorporación en los centros sanitarios, con el fin de conceder herramientas para que el profesional que se encuentre ante una situación conflictiva de estrés bioético, pueda gestionarlo de forma adecuada. Actualmente existe un programa de acogida dirigidos a los médicos que comienzan su residencia en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova.

Con el presente estudio podemos constatar que:

- Aquellos temas donde se ha realizado mayor formación son interiorizados y solucionados de manera correcta.
- Se crea la necesidad de formación en bioética, tanto a nivel del CEA como a nivel institucional.
- Para detectar/solucionar problemas bioéticos, existen algunos temas donde los profesionales sanitarios requieren de mayor ayuda que otros, entendiendo como ayuda, la elevación de la cuestión al CEA.

## **5.2 Limitaciones del estudio**

A continuación, pasaremos a describir las limitaciones que esta investigación presenta:

En primer lugar, la construcción del cuestionario. Los temas relacionados con la bioética son muchos y muy variados. En la construcción del cuestionario se intenta abarcar el mayor número posible de temas bioéticos. Indudablemente, abarcarlos todos es imposible; habría resultado un cuestionario inoperante y demasiado prolijo. Por otro lado, la elección de los temas se rige por preferencias del equipo investigador. El motivo por el cual se utilizan estos temas en concreto y no otros, también importantes en el ámbito de la bioética, plantea ciertas dudas en la elección de estos, ya que han quedado excluidos muchos ámbitos importantes, como el aborto, la maternidad subrogada, los derechos humanos, etc.

En segundo lugar, la muestra de participantes en el estudio. Habría sido ideal utilizar una muestra de profesionales escogida entre un mayor número de servicios del hospital y no solamente de dos servicios, Medicina Intensiva y Cardiología. La proximidad, el conocimiento de estas dos áreas hospitalarias, y la presentación de conflictos de carácter moral, hicieron que se limitara a estos, dejando aparte el resto del hospital. Servicios importantes como Urgencias, Medicina Interna, Pediatría o Cirugía, plantean muchos de los casos de conflicto ético presentados en el CEA, o elevados al Consultor Ético.

En tercer lugar, la comparación de datos con otros hospitales o centros sanitarios. El poder abarcar un mayor número de centros sanitarios, tanto de índole hospitalaria como de atención primaria, habría dado una diversidad y riqueza importantes al estudio.

Durante el periodo de realización de la presente investigación, ha surgido la necesidad de divulgar los datos obtenidos. La imposibilidad de divulgación de todos los datos obtenidos es una cuestión que podría haberse mejorado durante todo el proceso. La presentación de la tesis por compendio de publicaciones habría sido ideal, justamente por la riqueza y proyección de los resultados.

Los datos que se recogen en el cuestionario autoadministrado en determinadas ocasiones pueden aparecer sesgados, debido a la imposibilidad de comprobación de estos. Quien cumplimenta estos cuestionarios puede contestar de forma poco honesta, haciendo de esta manera que los datos no sean fiables. Se ha intentado minimizar este sesgo, ofreciendo información a los participantes y asegurando la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos y también dando la oportunidad en todo momento tanto a los profesionales como a los alumnos a no participar en el estudio.

Las limitaciones relacionadas con los alumnos de los diferentes grados son las siguientes:

Si el cuestionario se hubiera administrado a los mismos alumnos antes de cursar la asignatura de bioética y después de haberla cursado, (diseño con datos apareados) para poder cruzar los datos, habría sido más enriquecedor que la metodología utilizada y habría aumentado la potencia de los resultados a igual número de alumnos. La imposibilidad de realización en el

tiempo no hizo viable esta opción; y por este motivo, se optó por la alternativa presentada, siendo alumnos diferentes tanto los que no han cursado la asignatura, como los que ya la han cursado.

Del mismo modo, ampliar la muestra de alumnos a estudiantes de derecho, de fisioterapia y de dietética habría fortalecido los datos obtenidos.

## **6. Conclusiones**



## 6.1 Conclusiones

### Sobre el cuestionario creado y validado

- 1) El cuestionario desarrollado es capaz de medir los conocimientos teóricos sobre bioética aplicado a una muestra de profesionales (médicos y enfermeras) y de alumnos de diferentes grados (medicina, enfermería, ciencias biomédicas y psicología).
- 2) El cuestionario desarrollado es capaz de valorar la actitud sobre un conjunto de dilemas bioéticos, que pueden presentarse en la práctica asistencial habitual, aplicado a una muestra de profesionales (médicos y enfermeras) y de alumnos de diferentes grados (medicina, enfermería, biomedicina y psicología).

### Sobre los conocimientos teóricos referentes a la bioética

- *En los profesionales:*
- 3) Los profesionales médicos consiguen una mayor puntuación general que las enfermeras.
  - 4) Los aspectos teóricos que tienen menos porcentaje de acierto son los relacionados con: el menor maduro, la legislación específica en sanidad, las funciones del CEA y aspectos de conocimientos sobre bioética.
- *En los alumnos de grado:*
- 5) Solo los alumnos de medicina que han cursado la materia de bioética obtienen valores superiores en conocimientos teóricos que los que no la han cursado.
  - 6) Los grados con vertiente asistencial (medicina y enfermería) obtienen valores superiores que los que no tienen esta vertiente asistencial (ciencias biomédicas y psicología).
  - 7) Los aspectos teóricos que obtienen menos porcentaje de acierto son los relacionados con conceptos de bioética clínica, funciones del CEA, menor maduro y legislación sanitaria.

### Sobre la actitud frente a los dilemas planteados

- *En los profesionales:*

#### *Adecuación del esfuerzo terapéutico*

- 8) Los profesionales, tanto de medicina como de enfermería, se enfrentan a estos dilemas en su práctica asistencial, reconocen las situaciones y las resuelven de forma adecuada, teniendo en cuenta los preceptos legales.

#### *Vulneración de la información clínica*

- 9) Los profesionales poseen conocimientos sobre este tema conseguidos a través de la formación continuada, y los aplican de forma correcta. Cuando el paciente es un menor, los profesionales sanitarios presentan problemas a la hora de decidir una adecuada actuación.

#### *Objeción de conciencia*

- 10) Los profesionales sanitarios conocen los aspectos relacionados con la objeción de conciencia y responden de forma consecuente a los problemas que se plantean. También conocen el procedimiento para resolver una situación concreta de objeción de conciencia. Cuando la persona implicada es un menor, los profesionales presentan grandes dificultades a la hora de decidir la mejor actuación.

#### *Justicia distributiva*

- 11) La gestión de los recursos sanitarios como competencia de cada uno de los profesionales, es un punto de conflicto y rechazo por parte de los profesionales sanitarios, refiriendo no tener ni las actitudes ni las competencias necesarias para tal fin.

#### *Turismo sanitario*

- 12) Las situaciones relacionadas con el turismo sanitario crean mucha controversia entre los profesionales, manteniendo una actitud de rechazo hacia éstas.

#### *Autonomía del paciente*

- 13) Los profesionales sanitarios comprenden y aceptan la decisión de un paciente a autogestionarse, pero cuando este principio de autonomía se contrapone al propio principio de beneficencia, los profesionales demuestran rechazo y evitan tomar decisiones al respecto.

- *En los alumnos:*

#### *Adecuación del esfuerzo terapéutico*

- 14) Los alumnos de los grados sanitarios presentan una tendencia a no realizar medidas de adecuación del esfuerzo terapéutico cuando el paciente así lo requiere o lo ha expresado debido a la actitud vitalista forjada durante el periodo universitario.

#### *Vulneración de la información clínica*

- 15) Los alumnos universitarios conocen el alcance y consecuencias de vulnerar la información clínica de un paciente. Cuando se trata de un paciente menor de edad, la actuación cambia, adaptándose a la situación.

*Objeción de conciencia*

- 16) Los alumnos aplican los conocimientos adquiridos durante el grado y conocen las actuaciones a seguir cuando se presenta una situación de objeción de conciencia. Cuando el protagonista de esta intervención es un menor de edad, las dudas son mayores.

*Justicia distributiva*

- 17) Las decisiones que toman los alumnos en relación con los tratamientos considerados fútiles y que tienen un elevado coste económico, se muestran a favor de no indicarlos. En cambio, cuando el tratamiento es de bajo coste, no tienen en cuenta la idoneidad de este.

*Turismo sanitario*

- 18) La toma de decisiones en relación con esta dimensión se resuelve compleja ya que siempre va ligada a la utilización adecuada de recursos, creando grandes dudas entre los alumnos.

*Autonomía del paciente*

- 19) Los alumnos resuelven de forma adecuada las situaciones donde se plantea un dilema sobre autonomía del paciente; pero cuando esta situación afecta a un menor, o se enfrenta a sus propias convicciones, resolverlas es muy difícil para ellos.

Sobre aspectos del CEA

*Conocimiento teórico:*

- 20) Tanto los profesionales como los alumnos poseen conocimientos generales de la labor del CEA en los centros sanitarios, pero desconocen detalles relacionados con el comité, que son de gran importancia para la práctica asistencial.

*Relacionado con los dilemas:*

- 21) Los dilemas donde se consulta más al CEA son los que están relacionados con el menor, con la autonomía del paciente, con la adecuación del esfuerzo terapéutico, y con la justicia distributiva. Los dilemas que menos se consultan al CEA son los relacionados con la vulneración de la información clínica y la objeción de conciencia.
- 22) La toma de decisiones, tanto por los profesionales como por los alumnos, relacionada con pacientes menores es muy complicada y se requiere de ayuda para resolverla.
- 23) Las situaciones donde claramente existe un conflicto entre dos principios de la bioética son difíciles de gestionar y resolver, tanto por parte de los profesionales como por parte de los alumnos.

- 24) La gestión de recursos económicos por parte de los profesionales y de los alumnos es un tema complejo que crea resistencia en ambos colectivos.
  
- 25) Las situaciones relacionadas con temas de vulneración de la información clínica, en general, son gestionadas y resueltas adecuadamente por parte de los profesionales y de los alumnos, debido a la gran formación que se ha realizado en este sentido.

## **6.2 Aplicabilidad**

Los resultados obtenidos en esta investigación son de interés sanitario ya que los temas relacionados con la bioética afectan a todos los ámbitos de la asistencia sanitaria. La aplicación del cuestionario en las diferentes áreas de la salud aportará un conocimiento de la situación real en la que se encuentran los sanitarios en materia de conocimientos sobre el tema.

Los temas bioéticos presentes en el cuestionario forman parte de cualquier esfera de la sanidad. De este modo, su aplicación en atención primaria, en atención hospitalaria, en residencias geriátricas, o incluso, en la atención prehospitalaria urgente, será fácil de realizar, y los datos obtenidos expondrán las necesidades de formación que los profesionales presenten.

Este cuestionario, traducido y adecuado al idioma inglés, se puede utilizar en aquellos países de habla inglesa, haciendo más enriquecedora la comparación entre diferentes centros sanitarios, teniendo en cuenta todos los aspectos transculturales y la adaptación lingüística adecuada. Compararse es un acto de aprendizaje. Quien no se compara no aprende.

## 6.3 Futuras líneas de investigación

Los datos obtenidos en esta investigación nos llevan a plantearnos nuevos retos y nuevas investigaciones.

Con relación a este apartado, la introducción de la presente investigación puede convertirse en un manual de trabajo para los miembros del CEA. De la misma manera, puede ser utilizado como parte teórica en la formación continuada realizada por el CEA o en los talleres que anualmente realiza el CEA en Lleida.

El cuestionario deberá aplicarse a diferentes grupos asistenciales y no asistenciales, pudiéndose utilizar como base en trabajos de final de grado, e incluso, de tesis doctorales relacionadas.

Está pendiente la conclusión y envío de dos artículos relacionados con la investigación sobre los resultados obtenidos. Uno de ellos, en correspondencia con los resultados obtenidos entre los profesionales sanitarios, y el otro, con los resultados obtenidos por los alumnos de los grados de la UdL.

## 6.4 Difusión de la investigación

Uno de los preceptos éticos en una investigación es la divulgación de los resultados a la comunidad. En el presente estudio se realiza a tres niveles:

- Comunicaciones a congresos
  - Presentación tipo póster con el título: “Consentimiento informado en la Unidad de Hemodinámica: Consideraciones éticas”, en el XXVI Curso anual del grupo de trabajo de enfermería en hemodinámica, celebrado en León en junio de 2016.
  - Presentación tipo póster con el título: “Consentimiento informado: de la teoría a la práctica asistencial”, en 1st International Congress: Health, Education and Quality of Life, celebrado en Lleida en octubre de 2016.
  - Presentación de la comunicación oral: “Implicaciones éticas de la telemedicina en el control remoto de dispositivos cardíacos implantables”, en el EACME Annual Conference: Justice in Health Care, Values in Conflict, celebrado en Barcelona en septiembre de 2017.
- Publicaciones:
  - Ruiz Montilla, M. J., Esquerda, M., Costa Mateu, J., Pifarre, J., & Trujillano, J. (2019). Survey on the knowledge of bioethics and moral attitudes by healthcare professionals: A pilot study. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 10(10),75-90. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/rljae/article/view/357140>
- Docencia:

Como profesora asociada a tiempo parcial del Departament d’infermeria i Fisioteràpia, Area Infermeria:

- Curso académico 2015-16: Grado en Enfermería
  - Ètica i Legislació dels cuidatges en infermeria, con un total de 60 horas impartidas
- Curso académico 2016-17: Grado en Enfermería
  - Ètica i Legislació dels cuidatges en infermeria, con un total de 60 horas impartidas
- Curso académico 2017-18: Grado en Enfermería

- Ètica i Legislació dels cuidatges en infermeria, con un total de 60 horas impartidas

## **Bibliografía**



## Bibliografía referenciada

### A

- A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. (1968). *JAMA*, 205(6), 337-340. <https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140320031009>
- Abel, F. (1996). Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. *Natura Medicatrix*, 44, 5-15.
- Abel Fabre, F. (2006). Comités de ética asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 75-83.
- Abel i Fabre, F. (2001). *Bioética: orígenes, presente y futuro*. [Madrid]: Fundación Mapfre Medicina.
- Abellán Perpiñán, J. M. (2010). La «Regla del Rescate» no puede guiar el establecimiento de prioridades sanitarias. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12(1), 23.
- Adriasola, G. (2012). La inviolabilidad de la clínica médica: custodia de la intimidad del paciente y de su historia. *Revista Médica del Uruguay*, 28(2), 128-141.
- Aguilar, J., & Mayén, B. (1999). Métodos anticonceptivos para adolescentes. En *Salud sexual y reproductiva de los adolescentes* (pp. 25-32).
- Alexander, S. (1962). They decide who. *Life*, 9 de novie.
- Aliciardi, M. B. (2009). bioética ambiental. *Revista Latinoamericana de bioética*, 9(1), 8-27.
- Aliyu, D. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Ethics and Law among Nurses at Federal Medical Centre, Bida. *American Journal of Health Research*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.11648/j.ajhr.s.2015030101.15>
- Altisent Trota, R., Gallego Royo, A., & Delgado Marroquín, M. T. (2014). No todo es clínica. Los códigos de deontología profesional. *AMF*, 10(11), 651-658.
- Álvarez, J. C. (2004). Comités de ética asistencial. *Informes Portal Mayores*, 18, 1-39.
- Amarilla Gundín, M. (2006). *El menor maduro ante la salud reproductiva y la anticoncepción de emergencia*. Barcelona.
- AMM. (2017). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Anderson, J. (1997). ¿Justicia distributiva? *Perspectivas*, (8), 3-7.
- Andino, C. (2015). Place of ethics between technical knowledge. A philosophical approach, 2(2), 85-94. [https://doi.org/10.18004/uca/2409-8752/2015.002\(02\)085-094](https://doi.org/10.18004/uca/2409-8752/2015.002(02)085-094)
- Antomás, J., & Huarte del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones

ético-legales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 73-82. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000100008>

Aranguren, J. L. L. (1998). *Ética* (Ediciones). Barcelona.

Araujo, M. A. (2018). La bioética y su vínculo con otras disciplinas. *Boletín CONAMED*, 4(19), 7.

AMM. (2017). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Arias Aragones, F., Caraballo Payares, A., & Matos Navas, R. (2012). El turismo de salud: Conceptualización, historia, desarrollo y estado actual del mercado global. *CLIO América*, 6(11), 72-98. <https://doi.org/10.21676/23897848.440>

Arribas Mir, L., Ordóñez Ruiz, M. J., & Arribas Entrala, B. (2010). Anticoncepción de urgencia 2010. *Atención Primaria*, 42(3), 129-131. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.12.002>

Astigarraga, E. (2003). El Método Delphi. *San Sebastián, Universidad de Deusto*, 1-14.

Aulisio, M. P., Arnold, R. M., Youngner, S. J., & Hudson, B. (2000). Health care ethics consultation: Nature, goals, and competencies. A position paper from the society for health and human values-society for bioethics consultation task force on standards for bioethics consultation. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 59-69. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012>

Azulay Tapiero, A. (2001). Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? *Anales de Medicina Interna*, 18(12), 650-654. <https://doi.org/10.4321/s0212-71992001001200009>

## B

Barbero Gutiérrez, J., Casabona Romeo, C., Gijón, P., & Júdez, J. (2001). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Medicina Clínica*, 117(15), 586-594.

Barragán, J. (1998). Contribuciones del utilitarismo contemporáneo a la ética de las decisiones públicas. *Isegoría*, (18), 143-164. <https://doi.org/10.3989/isegoria.1998.i18.149>

Barrio Cantalejo, I. M., & Simón Lorda, P. (2006). Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 303-315.

Barroso Asenjo, P., & Calvache Pérez, L. (1999). Comités de ética asistencial (CEA) en España y en Europa. *Revista bioética y Ciencias de la Salud*, 5(2), 35-49.

Bauer, Y. (2016). Comparing the Holocaust to Other Genocides. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, LXI, 145-172.

Baujard, A. (2013). *Utilitarianism and anti-utilitarianism*. *Groupe d'Analyse et Théorie Économique Lyon-St Étienne*.

Beauchamp, T., & Childress, J. (1998). Principios de ética biomédica. *Ed. Masson*. Barcelona

- Beca, J. P. (2011). *Consultores en ética clínica y sus funciones. bioética: El estado de la cuestión*.
- Beck, H. (2004). ¿Ética Normativa O Ética De Situación? En *Invenio* (Vol. 7, pp. 39-44).
- Bello, D. (2011). *La responsabilidad médica*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Beltrán Aguirre, J. L. (2007). La capacidad del menor de edad en el ámbito de la salud: dimensión jurídica. *Derecho y salud*, 15(1), 9-26.
- Bermejo, J. C. (2000). Los profesionales sanitarios tienen sed. *Rev. chil. endocrinol. diabetes*, 1(4), 283-284.
- Bernabeo, E. C., Reddy, S. G., Gilnsburg, S., & Holmboe, E. S. (2008). Professionalism and Maintenance of Certification: Using Vignettes Describing Interpersonal Dilemmas to Stimulate Reflection and Learning, 28(3), 157-164. <https://doi.org/10.1002/chp>
- Berretta, M., Della Pepa, C., Tralongo, P., Fulvi, A., Martellotta, F., Lleshi, A., ... Facchini, G. (2017). Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in cancer patients: An Italian multicenter survey. *Oncotarget*, 8(15), 24401-24414. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.14224>
- Bertrán, J., Collazo, E., Gervás, J., González Salinas, P., Gracia, D., Júdez, J., ... Sánchez, M. (2000). *Guías de ética e la práctica médica. Intimidación, confidencialidad y secreto. Atención Primaria* (Vol. 25). [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78538-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78538-6)
- Betancor Berrouhou, M. N., Díaz García, M., & Mokina, N. (2018). ¿Aconsejamos sobre el documento de voluntades anticipadas? *Revista Egle*, 10(2). <https://doi.org/10.20961/ge.v4i1.19180>
- Beti Reyes Masa, A. T. C. T. R. P. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Journal of business and entrepreneurial studies*, 4(2576-0971), 2.
- Bilbeny, N. (2006). *La revolución de la ética Hábitos y creencias en la sociedad digital*. Barcelona: Anagrama.
- Blagg, C. R. (2007). The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle. *American Journal of Kidney Diseases*, 49(3), 482-496. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.01.017>
- Blanco, N., & Alvarado, M. E. (2005). Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social An Attitudinal Scale in Relation to the Scientific-Social Research Process. *Revista de Ciencias Sociales*, XI(3), 537-544.
- Boladeras, M. (2008). Consentimiento informado y diversidad cultural. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*, 15, 61.
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 10, 93-123.
- Bolsin, S., & Saunders, K. (1976). Informed consent in medical practice. *The Practical lawyer*, 22(3), 13-26. <https://doi.org/10.1002/tre.288>

- Borrell i Carrió, F. (2005). Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Atención Primaria*, 35(6), 311-313. <https://doi.org/10.1157/13073418>
- Brevis-Urrutia, I., & Sanhuesa-Alvarado, O. (2007). La bioética en la enseñanza y la investigación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1-10.
- Bromley, E., Mikesell, L., & Khodyakov, D. (2017). Ethics and Science in the Participatory Era: A Vignette-Based Delphi Study. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 12(5), 295-309. <https://doi.org/10.1177/1556264617717828>
- Bueno Muñoz, M. J. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: Aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, 24(4), 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003>
- Bugarín González, R., Cal Purriños, N., Concheiro Guisán, A., Conde Cid, T., Diez Lindín, O., Esperón Rodríguez, I., ... Hervada Vidal, X. (2017). *Ética en el acceso y en el uso de la documentación clínica. Reflexiones y recomendaciones*. Santiago de Compostela.
- Busquets, E. (2012). Consideraciones sobre la objeción de conciencia. *Bioetica and debat*, 18, 2-12.
- C**
- Cabré Pericas, L., & Solsona Durán, J. F. (2002). Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*, 26(6), 304-311. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(02\)79792-1](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(02)79792-1)
- Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., Guedes, C. R., & Medina, E. H. (2008). Calidad del morir y de la muerte en una unidad de cuidados intensivos: Percepción de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 18(3), 172. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70723-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70723-X)
- Cadavid Ramírez, L. M. (2014). Los sofistas: maestros del areté en la paideia griega. *Perseitas*, 2(1), 37. <https://doi.org/10.21501/23461780.1128>
- Camps Cervera, V., Alonso Bedate, C., Ayuso García, C., Jordi, C. M., Casado González, M., Gómez Sánchez, Y., ... Arias Díaz, J. (s. f.). *OPINIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN SANIDAD*.
- Camps, V. (2007). La excelencia en las profesiones sanitarias. *HUMANITAS Humanidades médicas (revista on-line)*, noviembre (21), 1-13.
- Camps, V. (2015). Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*, 16(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.001>
- Capdevielle, P. (2018). *Objeciones de conciencia en el ámbito sanitario: Reflexiones en torno a su regulación*.
- Carvalho Garbi Novaes, M. R., Novaes, M. R. C. G., Novaes, L. C. G., Guilhem, D., Stepke, F. L., Silveira, C. C. C., ... Guiotti, M. G. (2010). Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 43-56. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100006>

- Casado González, M. (2002). ¿Por qué bioética y Derecho? *Acta bioethica*, 8(2). <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2002000200003>
- Casanova Asencio, A. S. (2018). Mecanismos de prevención del acceso indebido a la historia clínica por parte del personal sanitario y nueva legislación de protección de datos. *Bioderecho.es*, 7, 1-20.
- Casanova Asencio, A. S. (2019). Protección de datos en el ámbito de la historia clínica: el acceso indebido por el personal sanitario y sus consecuencias. *InDret*, 0(2).
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente Doctor-patient relationship. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 76, 51-54.
- Celie, K.-B., Prager, K., Chaet, D., Johnston, C., & Yarmolinsky, R. (2016). AMA Journal of Ethics®. *Clinical Ethics*, 18(5), 473-563.
- Código ético de las enfermeras y enfermeros de Catalunya. (2013). *Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña*
- Cohen, G. (2014). Las fronteras del derecho sanitario: Globalización y turismo médico. *Afduam*, 18(1), 21-44.
- Colio Gutiérrez, N. (2017). Accesos ilegítimos a la historia clínica. La posición de los tribunales. En *Extraordinario XXVI Congreso 2017* (Vol. 27, pp. 128-135).
- Comisión de bioética de Catalunya. (2010). Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas, 1-15.
- Comité de bioética de Catalunya. (2010). Recomendaciones del Comité de bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento, 1-23.
- Comité Nacional De bioética. (1947). Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. *Comisión Nacional de bioética*, 1.
- Conill Sancho, J. (2005). Justicia en la empresa sanitaria. *Icade: Revista de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales*, (64), 213-223.
- Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, E. (2017). *Código de Ética*.
- Corrales Reyes, I. E., Reyes Pérez, J. J., García Raga, M., & Campbell Miñoso, M. (2015). Ética y bioética: su papel en la formación y actuación del profesional cubano de la salud en el siglo XXI. *Revista de bioética Latinoamericana.*, 15(1), 1-11.
- Cortina, A. (2000). *Ética Mínima Introducción a La Filosofía Práctica. Ventana abierta*.
- Cortina Orts, A. (2001). *Alianza y contrato política, ética y religión* (Trotta).
- Couceiro-Vidal, A. (2008). Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educación Médica*, 11(2), 69-76. <https://doi.org/10.4321/S1575-18132008000200005>

Couceiro, Azucena. (1999). *Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo* Azucena Couceiro. (A Couceiro, Ed.) (bioética p). Madrid: Triacastela.

Couceiro, A. (2006). Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 61-74. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000600007>

Couceiro V, A., & Beca I, J. P. (2006). Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. *Revista Médica de Chile*, 134(4), 517-519. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872006000400016>

Cruz, A. P. S. (2013). Historia del Holocausto: Panorama general. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

D'Agostino, F. (2002). Bioética y derecho, 177-182.

## D

Davis, C. (2015). Drugs, cancer and end-of-life care: A case study of pharmaceuticalization? *Social Science and Medicine*, 131, 207-214. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.007>

De Casterlé, B. D., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540-549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>

De Castro Camero, R. (2016). El jurista romano y su labor de concreción de la justicia. *Persona y Derecho*, 74(74), 117-164. <https://doi.org/10.15581/011.74.117-164>

De Leucona, I. (2007). La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica. *Revista de bioética y Derecho*, 17-21. De Montalvo Jääskeläinen, F. (2014). El paradigma de la autonomía en salud pública ¿una contradicción o un fracaso anticipado?: el caso concreto de la política de vacunación. En *Extraordinario XXIII Congreso 2014* (Vol. 24, pp. 14-27).

Del Río Sánchez, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información Psicológica*, 12-27.

Delgado Marroquín, M. T. (2017). Confidencialidad y secreto profesional. *Título de experto en ética médica*, 12(4), 280-287. <https://doi.org/10.1080/17509653.2016.1255858>

Delgado-Marroquín, M. T., Altisent, R., Buil, B., Muñoz, P., Martín-Espíldora, M. N., & Rodríguez del Pozo, P. (2014). Análisis de la maduración del juicio moral en el proceso de aprendizaje de la bioética. *www.fundacioneducacionmedica.org FEM*, 17(1), 55-62. <https://doi.org/10.4321/s2014-98322014000100009>

Dieterlen, P. (2014). Justicia distributiva, pobreza y género. *Open Insihgt*, V, 39-59.

Díez Fernández, J. A. (2010). *Marco jurídico actual de la objeción de conciencia sanitaria*. Nueva Época (Vol. 11).

Díaz González, J. A. (1999). La formación bioética en la universidad. *Cuadernos de bioética*, 1, 38-43.

Doñate Cariba, E., & Domínguez Cobo, I. (2018). Limitación del esfuerzo terapéutico: Razones para sí llevarlo a cabo, 81-84.

Doukas, D. J., McCullough, L. B., & Wear, S. (2012). Perspective: Medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. *Academic Medicine*, 87(3), 334-341. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318244728c>

Doxrud, J. (2005). Breve introducción a la filosofía de Kant, 1–92. Visto en: <https://static1.squarespace.com/static/554a5733e4b02559210e4177/t/55e60afee4b04858a94f4962/1441139454458/Kant.pdf>

## E

Edmondson, D. R. (2005). Likert scales: A history. *Charm*. University of South Florida. [http://www.orion2020.org/archivo/investigacion/Likert\\_History.pdf](http://www.orion2020.org/archivo/investigacion/Likert_History.pdf)

Eckles, R. E., Meslin, E. M., Gaffney, M., & Helft, P. R. (2005). Medical ethics education: Where are we? Where should we be going? A review. *Academic Medicine*, 80(12), 1143-1152. <https://doi.org/10.1097/00001888-200512000-00020>

Elejabarrieta, F. Íñiguez, L., (2008). Construcción de escalas de actitud tipo Thurstone y Likert. Revista electrónica La sociología en sus escenarios No. 17: Centro de Estudios de Opinión, Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/6820>.

Enguer Gonsálbez, P., & Ramón Fernández, F. (2018). Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España, 18(1), 104-135.

Ernst, E., & Cassileth, B. R. (1998). The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer: A systematic review. *Cáncer*, 83(4), 777-782. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0142\(19980815\)83:4<777:AID-CNCR22>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0142(19980815)83:4<777:AID-CNCR22>3.0.CO;2-O)

Escalante Cobo, J. (1999). Muerte encefálica. Evolución histórica y situación actual. *Medicina Intensiva*, (I), 97-105.

Escobar Valenzuela, G. (2000). *Ética*. (McGraw-Hill, Ed.). ISBN: 970-10-2575-X

Miquel, E., Esquerda, M., Real, J., Espejo, M., & Pifarré, J. (2019). Design and Validation of an Instrument To Measure a Minor's Maturity When Faced with Health Decisions. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(3), 431-441. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09930-4>

## F

Fabila Echaury, A. M., Minami, H., & Izquierdo Sandoval, M. J. (2013). La Escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus. *Textos y contextos*, 31-40.

Falcó Pegueroles, A. (2006). *Ética en las Ciencias de la Salud: la formación en el marco europeo*.

*Biética y Debate*, 10-13.

Falcó-Pegueroles, A. (2009). La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enfermería intensiva*, 20(3), 104-109. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(09\)72590-8](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(09)72590-8)

Fernández Fernández, C. A. (2018). Reflexiones filosóficas sobre los conceptos de derecho y justicia. *Lumen*, 14(1), 69-79. <https://doi.org/10.33539/lumen.2018.v14n1.1206>

Fernández Ruiz-Gálvez, E. (2014). Intimidad y confidencialidad en la relación clínica, 69, 53-101.

Ferrer, J. J. (2009). La bioética como quehacer filosófico. *Acta Bioethica*, 15(1), 35-41. <https://doi.org/doi:10.4067/S1726-569X2009000100004>. LA

Forero Villalobos, J. J., Vargas Celis, I., & Bernales Silva, M. (2019). Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y bioética*, 23(2), 224-244. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>

Fraille Duvicq, C. G. (2002). Ciencia, ética y enfermería. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 9-14. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532002000100002>

Freire, J. M. (s. f.). El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones, 31-45.

Fundación Merck Salud. (2016). Informe del experto N°15: Menor maduro y Salud., 16.

## G

Gafo, J. (1990). La eutanasia y la ética del bien morir. *Opinión. Rev Med Uruguay*, 6, 95-102.

García-Vigil, J. L., García-Mangas, J. A., Ocampo-Martínez, J., & Martínez-González, A. (2011). Declaración de principios éticos del educador en medicina. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49(5), 571-574.

García Cabeza, M. E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería*, 17(1), 70-74.

García G, G. F., & Malpica G, C. C. (2016). Reflexiones ante dilemas bioéticos que surgen en la interacción cirujano paciente quirúrgico oncológico. *Revista Venezolana de Oncología*, 28(1), 68-75.

García Ruiz, Y. (2009). ¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de los padres? *Humanidades Médicas*, 35(Enero) ISBN: 1886-1601

Garzón, F. A. (2009). Fritz Jahr, ¿el padre de la bioética? *Revista Latinoamericana de bioética*, 54(4), 550-557.

Gascón Abellán, M. (2010). Los Comités Asistenciales de Ética (CAE): Un año de funcionamiento del CAE del Área de Salud de Albacete. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 110-113. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2010000200010>

- Gaudlitz Harnecker, M. (2008). Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 24(2), 138-142.
- Gianella, G. (2013). Human rights and informed consent in clinical practice: beyond the right to health. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 30(2), 315-319.
- Giraldo, L. F. G. (2015). La virtud aristotélica como camino de excelencia humana y las acciones para alcanzarla. *Discusiones Filosóficas*, 16(27), 127-146. <https://doi.org/10.17151/difil.2015.16.27.8>
- Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A., & Morrison, J. (2004). The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 38(9), 942-949. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01915.x>
- Gómez Sancho, M., Altisent Trota, R., Bátiz, J., Ciprés Casasnovas, L., Gándara del Castillo, A., Herranz Martínez, J., ... Rodríguez Sendín, J. (2015). Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gaceta médica de Bilbao: revista oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao*, 112(4), 6.
- González-Castro, A., Azcune, O., Peñasco, Y., Rodríguez, J. C., Domínguez, M. J., & Rojas, R. (2016). Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5). <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.007>
- González-de Paz, L., Devant-Altimir, M., Kostov, B., Mitjavila-López, J., Navarro-Rubio, M. D., & Sisó-Almirall, A. (2013). A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: Development, reliability and validity study. *Family Practice*, 30(6), 724-733. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt044>
- González-de Paz, L., Kostov, B., Sisó-Almirall, A., & Zabalegui-Yárnoz, A. (2012). A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2747-2760. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04137.x>
- González Mestre, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.11.005>
- Gracia Álvarez, A., Álvarez-Prida de Paz, E., Blanco Mercadé, A., Carnero Suárez, J., Carriedo Ule, D., De Castro Losa, M. R., ... Ferradal García, J. I. (2017). *Documento sobre la Adecuación del Esfuerzo Terapéutico*.
- Gracia, D. (2014). ¿La hora de los consultores? *Eidon*, 42. <https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.1-3>
- Gracia, D., & Júdez, J. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D., Rodríguez Sendín, J. J., & González Fandós, R. (2008). *Ética De La Objeción De Conciencia*.

- Gracia Guillén, D. (2003). Humanitas: humanidades médicas. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS: Tema del mes on-line, ISSN-e 1886-1601, N.º. 1, 2006 (Ejemplar dedicado a: Contribución de las humanidades médicas a la formación del médico), págs. 1-32, (1), 1-32.*
- Greco, M. (2011). Review: Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment by James H. Jones. *Historia*, 188-194.
- Grífols i Lucas, F. V. (2005). *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas.* Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Grossman, Z., Van Esso, D., Del Torso, S., Hadjipanayis, A., Drabik, A., Gerber, A., & Miron, D. (2011). Primary care pediatricians' perceptions of vaccine refusal in Europe. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 30(3), 255-256. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e3181faaa3>.
- Guzmán, D. (2011). El Ethos Filosófico. *Praxis Filosófica*, (24), 137-145. <https://doi.org/10.25100/pfilosofica.v0i24.3136>

## H

- Helble, M. (2010). The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health. *World Trade Organization*.
- Hernández-Escobar, C., Hernández-Camarena, J., González-González, L., & Barquet-Muñoz, S. (2010). Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos. *Persona y bioética*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.5294/pebi.2010.14.1.2>
- Hernández González, A., Rodríguez Núñez, A., Cambra Lasaosa, F. J., Quintero Otero, S., Ramil Fraga, C., García Palacios, M. V., ... Ruiz Extremera, M. A. (2014). Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría. *Anales de Pediatría*, 80(2), 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.06.002>
- Hernández Mansilla, M. (2015). De los comités de ética asistencial a la consultoría en bioética en España. *Instituto de ética clínica Francisco Vallés*, 25-28.
- Hernando, P., & Marijuán, M. (2006). Método de análisis de conflictos éticos en la práctica asistencial. *An. Sist. Sanit. Navar*, 29(Supl.3), 91-99.
- Hernando, P., Diestre, G., & Baigorri, F. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermos? *An. Sist. Sanit. Navar*, 30(Supl.3), 129-135.
- Hernando Robles, P. (2018). Los CEA en España: de dónde venimos y hacia dónde vamos. En *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas n.º 46* (p. 101).
- Herreros, B. (2018). La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEA? En *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas n.º 46* (pp. 54-65).
- Herreros Ruiz-Valdepeñas, B., Real de Asúa, D., & Pacho Jiménez, E. (2015). Limitación del esfuerzo terapéutico. En C. T. . Editorial (Ed.), *Práctica clínica en medicina interna*. (pp. 1-6). ISBN: 9788416527526

Hicks, L. K., Lin, Y., Robertson, D. W., Robinson, D. L., & Woodrow, S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*, 322(March), 709-710.

Hortal Carmona, J., Cruz Aguilar, I., & Ruiz Parrilla, F. (2015). Un modelo de deprescripción prudente. *Medicina Clínica*, 144(8), 362-369. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2014.02.026>

Huebner, J., Micke, O., Muecke, R., Buentzel, J., Prott, F. J., Kleeberg, U., ... Muenstedt, K. (2014). User rate of complementary and alternative medicine (CAM) of patients visiting a counseling facility for CAM of a German comprehensive cancer center. *Anticancer Research*, 34(2), 943-948.

## I

Idoyaga Molina, A., & Luxardo, N. (2005). Medicinas no convencionales en cáncer. *Medicina*, 65(5), 390-394.

Igareda-González, N. (2016). La donación anónima de gametos para reproducción humana. *Rev Bio y Der*, 38, 71-86.

Igareda, N. (2018). La gestación por sustitución: una oportunidad para repensar la filiación y la reproducción humana. *Revista de bioética y Derecho*, (44), 57-72. <https://doi.org/10.1344/rbd2018.0.20574>

Institut Català de la Salut., & Hospital Arnau de Vilanova. (2012). Código ético. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, 1-18.

Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 49-59. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000600006>

Iriarte, J., Palma, J. A., Kufoy, E., & de Miguel, M. J. (2012). Muerte cerebral: ¿es un término adecuado? *Neurología*, 27(1), 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.06.004>

## J

Jiménez González, J. (2016). Marco legal internacional y conflicto ético el diagnóstico genético reimplantacional y las nuevas técnicas de donación mitocondrial. *Ius et Scientia*, 2, 204-214.

Jones, J. H. (1981). An experiment with lives. *The New York Times*.

Jonsen, A. (1986). Bentham in a box: technology assessment and health care allocation. *Law Med Health Care*, 14, 172-174.

Juanbeltz, R., Pérez-Fernández, M. D., Tirapu, B., Vera, R., De La Cruz, S., & Sarobe, M. T. (2017). Complementary medicine use in cancer patients receiving intravenous antineoplastic treatment. *Farmacía Hospitalaria*, 41(5), 589-600. <https://doi.org/10.7399/fh.10805>

Junquera de Estéfani, R. (1998). *Reproducción asistida, filosofía ética y filosofía jurídica*. Madrid: Tecnos.

## K

Kuczewski, M. G. (1999). When your healthcare ethics committee «Fails to thrive». *Hec Forum*, 11(3), 197-207. <https://doi.org/10.1023/A:1008960513321>

Kutner, L. (1969). Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. *Indiana Law Journal*, 44(4), 539-554.

## L

Lamo de Espinosa Vázquez de Sola, E. (2019). La responsabilidad penal y el consentimiento informado. En *Extraordinario XXVIII Congreso 2019* (Vol. 29, pp. 50-65).

Landeta Rodríguez, J. (1999). *El método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre*. (Ariel, Ed.).

Lázaro y de Mercado, P. (2006). Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios: Utilización de servicios sanitarios. *Gestión clínica : Desarrollo e instrumentos*, 9, 378.

Lee, M. M., Lin, S. S., Wrench, M. R., Adler, S. R., & Eisenberg, D. (2000). Alternative therapies used by women with breast cancer in four ethnic populations. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(1), 42-47. <https://doi.org/10.1093/jnci/92.1.42>

Liaschenko, J., Oguz, N. Y., & Brunquell, D. (2006). Critique of the «tragic case» method in ethics education. *Journal of Medical Ethics*, 32(11), 672-677. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.013060>

Lledó Yagüe, F. (1988). La Ley sobre las técnicas de reproducción humana asistida. *Anuario de derecho civil*, 41(4), 1241-1264.

López-Amorós, M., Schiaffino, A., Moncada, A., & Pérez, G. (2010). Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 24(5), 404-409. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.010>

López, G. (2016). Análisis de la admisibilidad constitucional de la vacunación obligatoria de menores. En *Extraordinario XXV Congreso 2016* (Vol. 26, pp. 160-168).

López Guzmán, J. (2000). Objeción de conciencia en enfermería. *Medicina*, 60(6), 983-984. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872014000300004>

López, J. E. (2011). Biotecnológicos y cáncer: No es oro todo lo que reluce. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 19.

López Reyes, T., & Morales Camporredondo, I. (2015). Frecuencia de tratamientos percibidos como fútiles en medicina crítica y la prevalencia de la limitación del esfuerzo terapéutico. Estudio observacional. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 13(3), 154-162.

López Rodríguez, B. (2018). El conflicto de la memoria histórica en Japón: un estudio a través del Partido Liberal Democrático. *Asiademica. Revista universitaria de estudios sobre Asia Oriental*, 11(January), 121-154.

## M

- Manzini, J. (2015). Fundamentación bioética de la llamada “adecuación del esfuerzo terapéutico” en el final de la vida. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, 9(3), 1-11.
- Martínez-Sahuquillo Amuedo, M.E., & Echevarría Ruiz De Vargas, M.C. (2001). Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la toma de decisiones. «Método RAND/UCLA». *Rehabilitación*, 35(6), 388-392. [https://doi.org/10.1016/s0048-7120\(01\)73220-3](https://doi.org/10.1016/s0048-7120(01)73220-3)
- Martínez Caballero, C., Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, J., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal director del Fórum Mediterráneo. *Rev Soc Esp Dolor*, 22(5), 224-230.
- Martínez Urionabarrenetxea, K. (2011). La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.007>
- Massini-Correas, C. I. (2019). Consecuencialismo ético. *Diccionario Interdisciplinar Austral*, 1-20.
- Medallo-Muñiz, J., Pujol-Robinat, A., & Arimany-Manso, J. (2006). Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Medicina clínica*, 126(4), 152-156. <https://doi.org/10.1157/13084023>
- Mediuris, A. (2008). *La Objeción de Conciencia. Objeción de conciencia a intervenciones médicas*. Madrid: Marcial Pons.
- Miles, S. H., Weiss Lane, L., Bickel, J., Walker, R. M., & Cassel, C. K. (1989). Medical ethics education: coming of age. *Acad Med.*, 64, 705-714.
- Millán, N. M. (2008). Inmunidad de grupo. [http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2009/Inmunidad\\_grupo.pdf](http://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2009/Inmunidad_grupo.pdf)
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e desigualdades Sociales en salud en España. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*.
- Ministerio de Sanidad 2018/19, (2019). Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). 2018/19, 87.
- Molina Blázquez, C., Pérez-Agua, T. M., & Sieira Mucientes, S. (2004). Objeción de un menor al tratamiento médico. Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002 de 18 de julio de 2002. *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, 6, 1-50.
- Molina Montoya, N. P. (2016). Bioethics training in health sciences. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*, 14(1), 117-132. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.19052/sv.3544>
- Monrouxe, L. V., Rees, C. E., Dennis, I., & Wells, S. E. (2015). Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: Insights from two online UK-wide questionnaire

studies. *BMJ Open*, 5(5), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007518>

Montalvo Jääskeläinen, F. de. (2016). La capacidad del menor en el ámbito del tratamiento médico : problemas de autonomía e intimidad. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 7(Edición 2), 6-11.

Montero, F., & Morlans, M. (2009). *Para deliberar en los comités de ética. Fundació Doctor Robert. Universitat Autònoma de Barcelona*. Barcelona.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Muñoz Camargo, J. C., Martín Tercero, M. P., Nuñez Lopez, M. P., Espadas Maeso, M. J., Pérez Fernandez-Infantes, S., Cinjordi Valverde, P., ... Huertas Díaz, M. P. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales. *Enfermería Intensiva*, 23(3), 104-114. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.12.008>

Morales González, J. A., Nava Chapa, G., Esquivel Soto, J., & Díaz Pérez, L. E. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. (Dr. J. A. Morales González, Ed.), *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*. Hidalgo, México.

Múzquiz, G. (2016). La función deontológica de las organizaciones colegiales y su impacto económico y social. Garantía de los derechos de los consumidores y usuarios. *Unión Profesional*.

## N

National Center for Complementary and Alternative Medicine NCCAM. (2011). ¿Qué es la medicina complementaria? *Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos*, 8. <https://doi.org/10.1159/000142501>

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Retrieved from <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-thebelmont-report/index.html>

National Research Council. (2002). *Integrity in Scientific Research: Creating an Environment That Promotes Responsible Conduct*. Washington. <https://doi.org/10.17226/10430>

Navarro-Valls, R., & Martínez-Torrón, J. (2011). *Conflictos entre conciencia y ley: Las objeciones de conciencia*. Madrid: Iustel.

Navarro Casado, S. (2013). Las cosas por su nombre: ¿objeción de conciencia o desobediencia civil? *Revista de bioética y Derecho*, (28), 91-101. <https://doi.org/10.4321/s1886-58872013000200008>

Netza Cardoso, C. (2013). Protocol for the presentation and analysis of clinical cases in health care ethics committees. *Revista de bioética y Derecho*, 24-34.

## O

- Obando, D. (2010). The Bioethics in the sector of superior education. *Revista Electrónica Facultad de Ingeniería UVM*, 4(2), 248-260.
- Ogando, B., & García, C. (2006). Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica. *Revista de Calidad Asistencial*.
- Ogando Díaz, B., & García Pérez, C. (2005). Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1157/13072788>
- Oliva Blázquez, F. (2010). La objeción de conciencia: ¿un derecho constitucional? *La objeción de conciencia en el ámbito sanitario*. Universidad Pablo de Olavide.
- Olmedo Lucerón, M. del C. (2008). Globalización, desigualdad y pobreza: Un reto para las políticas sanitarias. *Revista de Administración Sanitaria*, 6(4), 729-740.
- ONU. (1948). La Declaración Universal de los Derechos Humanos, (III), 37-42. <https://doi.org/10.2307/j.ctv9hvtjv.6>
- Oraa, J., & Gomez Isa, F. (2009). Declaración universal de derechos humanos.
- Organización Médica Colegial. (2015). *Declaraciones de la Comisión Central de Deontología*.
- Ortiz, G. (2016). Sobre La Distinción Entre Ética Y Moral. *Isonomía. Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, (45), 113-139.

## P

- Pablo Beca, J., & Astete, C. (2015). *Objeción de conciencia en la práctica médica Conscientious objection in medical practice*. Artículo especial. *Rev Med Chile* (Vol. 143).
- Pantoja Zarza, L. (2009). Problemas éticos al final de la vida: ¿todo es eutanasia? *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 10(4), 128-131. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2009.07.002>
- Paredes Escobar, M. C. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica. percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la región metropolitana. *Acta Bioethica*, 18(2), 163-171. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2012000200004>
- Partarrieu-Mejías, F. (2014). ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo Terapéutico en el marco de la bioética?, 52(August 2012), 81-99.
- Pearlman, R. A., Bottrell, M. M., Altemose, J., Foglia, M. B., & Fox, E. (2013). The Integrated Ethics Staff Survey: A Tool to Evaluate and Improve Ethical Practices in Health Care. *AJOB Primary Research*, 4(1), 7-19. <https://doi.org/10.1080/21507716.2012.752416>
- Peppercorn, J. M., Smith, T. J., Helft, P. R., DeBono, D. J., Berry, S. R., Wollins, D. S., ... Schnipper, L. E. (2011). American society of clinical oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(6), 755-760.

<https://doi.org/10.1200/JCO.2010.33.1744>

- Perales, A. (2019). Ethical training as a support for the moral development of students in health sciences programs: towards a teaching focused on the needs of the student as a person. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 36(1), 100-105. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.361.4314>
- Pérez Serrano, G., & Sarrate Capdevila, M. L. (2013). Educación para los medios, alfabetización mediática y competencia digital. *Educación XXI*, 16.1, 85-104. <https://doi.org/10.5944/educ>
- Pérez y Soto Domínguez, A., & Flórez Pinilla, K. (2013). El Formalismo Kantiano como solución al Problema de la Información Secuestrada. *Iustitia*, 0(11), 113. <https://doi.org/10.15332/iust.v0i11.865>
- Perry, J. E., Churchill, L. R., & Kirshner, H. S. (2005). The Terri Shiavo Case: legal, ethical, and medical perspectives. *Annals of Internal Medicine*, 146(4), 301-306.
- Pessini, L. (2016). Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. *Rev. bioét. (Impr.)*, 24(1), 54-63. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>
- Peter, E., & Gallop, R. (1994). Ethic of Care: A comparison of nursing and medical students. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 47-51.
- Pinto, B. J., Guzmán, F., & Moreno, S. E. (2013). Deontología médica y bioética clínica: algunas consideraciones generales. *Rev Médica. Sanitas*, 16(2), 34-37.
- Pizarro, R. Q. (2013). En el caminar de los estoicos. *Byzantion Nea Hellás*, (32), 125-144. <https://doi.org/10.4067/S0718-84712013000100006>
- Pizarro Wilson, C. (1997). La responsabilidad civil médica por el hecho ajeno. *Doctrina*.
- Pope, T. M. (2014). The Growing Power of Healthcare Ethics Committees Heightens Due Process Concerns. *Cardozo Journal of Conflict Resolution*, 15(2009), 425-447.
- Puyol González, Á. (2014). *Justicia distributiva en el sistema de salud. El racionamiento de los recursos en tiempos de crisis*. (Vol. 24).
- Quijada-González, C., & Tomás y Garrido, G. M. (2014). Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado. *Persona y bioética*, 18(2), 138-152. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.4>

## Q

- Quintanas, A. (2009). Reseña de «Bioethics: Bridge to the Future» de Van Rensselaer Potter. *Revista Electrónica Sinéctica*, (32), 1-5.

## R

- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3446-3461.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14542>

- Rawls, J. (1971). *Theory of justice*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Reiter-Theil, S. (2000). Ethics consultation on demand: Concepts, practical experiences and a case study. *Journal of Medical Ethics*, 26(3), 198-203. <https://doi.org/10.1136/jme.26.3.198>
- Reljic, T., Kumar, A., Klocksieben, F. A., & Djulbegovic, B. (2017). Treatment targeted at underlying disease versus palliative care in terminally ill patients: A systematic review. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014661>
- Requero Ibáñez, J. (2002). El testamento vital y las voluntades anticipadas. Aproximación al ordenamiento español. *Revista Jurídica La Ley*, 4(1991), 1899-1904.
- Rio, M. I. Del, & Palma, A. (2007). Cuidados Paliativos: Historia Y Desarrollo. *Boletín Escuela de Medicina U. C., Pontificia Universidad Católica de Chile*, 32(1), 16-22.
- Ríos Gutiérrez, M. L. (2013). Ética, bioética y Deontología. *Revista de actualización clínica*, 31, 1612-1616. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdu205>
- Rodríguez Hornillo, M., De la Riva Moreno, C., & Serratos Sánchez-Ibargüen, A. (2011). Medical liability : professional liability vs . public health service liability. *Cuad Med Forense*, 17(2), 59-66.
- Rodríguez Pastor, C. (2016). *Prontuario de Derecho Romano* (Fondo Editorial).
- Roff, S., & Preece, P. (2004). Helping medical students to find their moral compasses: Ethics teaching for second and third year undergraduates. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 487-489. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.003483>
- Rojas G, I., Vargas C, I., & Ferrer L, L. (2013). LIMITATION OF THERAPEUTIC EFFORT IN CRITICALLY ILL PATIENTS: THE ROLE OF NURSING, (3), 41-50.
- Román Collazo, C. A., Ortiz Rodríguez, F., & Hernández Rodríguez, Y. (2008). La bioética y la educación en valores en estudiantes de Medicina durante la etapa preclínica: Un análisis desde el enfoque histórico cultural, 3(3), 22-28.
- Romero Hernández, A. (2015). La concepción aristotélica de la eudaimonía en Ética a Nicómaco. Relación entre vida activa y vida teorética. *Revista de investigación*, 39(85), 13-30.
- Rosado Calatayud, P. P., Martínez Ferrer, V., González Domíngue, J. Á., Igual Camacho, C., Blasco Igual, M. C., Mendilibar Navarro, P., & Tirado Darder, J. J. (2017). *Manual de legislación para profesionales de la salud*. (CECOVA, Ed.). Valencia.
- Rosenmöller, M., McKee, M., & Baeten, R. (2006). *Patient mobility in the European Union. Learning form experience. Just Medicare: What's in, What's Out, How We Decide*. <https://doi.org/10.1136/bmj.39086.497639.68>
- Rozo, R., Alberto, J., Alberto, J., & Rozo, R. (2006). El estoicismo como una propuesta alternativa para la contemporaneidad. *Revista Lasallista de Investigación*, 3(2), 53-61.

- Ruiz López, J., Navarro-Zaragoza, J., Carrillo Navarro, F., Dilemas, L., & Luna, A. (2017). Dilemas Éticos En La Práctica De La Medicina Infantil Ethical Dilemmas in Practice of Medicine Child, 13.
- Ruiz Montilla, M. J., Esquerda, M., Costa Mateu, J., Pifarre, J., & Trujillano, J. (2019). Survey on the knowledge of bioethics and moral attitudes by healthcare professionals: A pilot study. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, 10(10), 75-90.
- Ruiz Sáenz, Á. (2013). El contrato de donación de gametos y preembriones en la legislación española sobre técnicas de reproducción humana asistida. *Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário*, 2(2), 786-801. <https://doi.org/10.17566/ciads.v2i2.122>

## S

- Sánchez González, M. Á. (2017). Educación Médica. *Educación Médica*, 18(3), 212-218.
- Salut, D. De, & Catalunya, G. De. (2019). Avaluació dels comitès d'ètica a Catalunya 2019, 1-49.
- Salud, S. A. de. (2010). Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*.
- Sánchez-Caro, J. (2010). La objeción de conciencia sanitaria. *Revista Derecho y salud*, 20(2).
- Sánchez-Caro, J. (2007). La bioética Y El Derecho Sanitario: Encuentros Y Desencuentros, 59-70.
- Sánchez Jacob, M. (2007). Objeción de conciencia y su repercusión en la sanidad. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.*, 47, 25-30.
- Sánchez, M. (2005). El menor maduro. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias*, 45, 156-160.
- Sánchez, MA. (2006). *Ética, bioética y globalidad*. Madrid: Editorial CEP.
- Sánchez Vázquez, A. (1999). *Ética (Crítica)*. Barcelona.
- Santaló, J. (2019). La mejora genética humana en los tiempos del CRISPR/Cas9. *Revista de bioética y Derecho*, 45(c), 127-147.
- Sari, D., Baysal, E., Celik, G. G., & Eser, I. (2018). Ethical decision making levels of nursing students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(3), 724-729. <https://doi.org/10.12669/pjms.343.14922>
- Sarmiento, P. J., Mazzanti, M. de los Á., Rey, E., & Arango, P. (2016). Metodología para el análisis de casos clínicos en los Comités de bioética. Enfoques y propuesta de apoyo. *Persona y bioética*, 20(1), 10-25. <https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.1.2>
- Sartre, J. P. (2013). El existencialismo es un humanismo. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 11(5-6), 302-309. <https://doi.org/10.1590/s1020->

49892002000500005

- Seoane, J. A. (2006). Derecho Y Planificación Anticipada De La Atención: Panorama Jurídico De Las Instrucciones Previas En España. *Ds: Derecho Y Salud*, 14 N 2(2002), 285-296.
- Seoane, J. A. (2008). Objeción de conciencia positiva. *Revista de bioética y Derecho*, 12(May 2002), 17-18. <https://doi.org/10.1344/rbd2008.12>
- Serra Valdés, M. Á. (2012). Ética, bioética Y El Educador En La Enseñanza De Las Ciencias Clínicas. *Revista Cubana de Educacion Medica Superior*, 26(3), 425-433.
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., & Hernando Robles, P. (2008). Ética Y Muerte Digna: Propuesta De Consenso Sobre Un Uso Correcto De Las Palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)75035-8](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)75035-8)
- Simón Lorda, P., Esteban López, M. S., & Carretero Guerra, R. (2014). *Estrategia bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014*. Sevilla.
- Singer, P. (1993). *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial.
- Siruana, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22(marzo), 121-157.
- Siverino Bavio, P. (2012). bioética jurídica: una importante herramienta para la solución de casos complejos. *Revista Persona*, 88.
- Smith, M., & Burston, W. (1884). *Chrestomathia. The collected words of Jeremy Bentham* (Oxford Uni).
- Smith, S., Fryer-Edwards, K., Diekema, D. S., & Braddock, C. H. (2004). Finding Effective Strategies for Teaching Ethics: A Comparison Trial of Two Interventions. *Academic Medicine*, 79(3), 265-271. <https://doi.org/10.1097/00001888-200403000-00015>
- Sociedad Española de Cuidados paliativos. (2002). Guía de cuidados paliativos. *Secpal*, 1-52.
- Sociedad Española de Fertilidad. (2014). Informe estadístico de Técnicas de Reproducción Asistida 2014. *Registro SEF*, 0-48.
- Sogi, C., Zavala, S., & Ortiz, P. (2005). ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? *An Fac Med Lima*, 66(2), 174-185.
- Solsona, F. (2018). Ethics Consultants: Strengths and Weaknesses, 72-79. <https://doi.org/10.13184/eidon.50.2018.72-79>.
- Souza, M., Lenin, D., & Moreno, C. (2008). Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 51(003), 112-119.
- Stanley, J. M. (1992). The Appleton International Conference: Developing guidelines for decisions to forgo life-prolonging medical treatment. *Journal of Medical Ethics*, 18(SUPPL. 3), 3-5. <https://doi.org/10.1136/jme.18.Suppl.3>

Stuart Mill, J. (1991). *Sobre la libertad*. Madrid: Orbis.

Sulmasy, D. P. (2000). Should medical schools be schools for virtue? *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 514-516. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.05007.x>

## T

Taboada, R. M. B. (2003). Aspectos éticos-bioéticos en la atención del paciente crítico. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1), 5-11.

Tealdi, J. C. (2008). *bioética de los derechos humanos. Investigaciones médicas y dignidad humana*. México: UNAM.

Teresa, M., López, L., Bedate, C. A., & Ruiz-calderón, J. M. S. (2016). Cuestiones ético-legales del rechazo a las vacunas y propuestas para un debate necesario Contenido. *Comité de bioética de España*, 1-32.

The Nuremberg Code. (1991). *Law, medicine & health care: a publication of the American Society of Law & Medicine*, 19(3-4), 266. [https://doi.org/10.1057/9780230505247\\_7](https://doi.org/10.1057/9780230505247_7)

Theunissen, M. (2005). El perfil filosófico de Kierkegaard. *Estudios de Filosofía*, (32), 9-26.

Thomas, J., Smith, M., Bruce, E., & Hillner, M. (2011). Bending the cost curve in cancer care. *N Engl J Med*, May 26(1), 1-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1013826>

Toscano, M. (2017). Sobre el concepto de privacidad: la relación entre privacidad e intimidad. *Isegoria*, (57), 533-552. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2017.057.06>

Troncoso Reigada, A. (2006). La confidencialidad de la historia clínica. *Cuadernos de derecho público*, 27.

## U

Unión Profesional. (2009). Deontología profesional: Los códigos deontológicos. *Unión Profesional*, (40).

Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30, 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>

## V

Vallès-Fructuoso, O., Ruiz-de Pablo, B., Fernández-Plaza, M., Fuentes-Milà, V., Vallès-Fructuoso, O., & Martínez-Estalella, G. (2016). Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enfermería Intensiva*, 27(4), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.06.002>

Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95.

Vargas Villanueva, F. (2004). Objective civil medical responsibility and moral damage. *Revista*

CONAVED, 9.

Varona Domínguez, F. (2017). El humanismo en Sócrates y Platón: Una aproximación desde el siglo XXI. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 56(145), 129-141.

Vázquez Guerrero, A. R., Ramírez Barba, É. J., Vázquez Reta, J. A., Cota Gutiérrez, F., & Gutiérrez Muñoz, J. A. (2017). Historia, ética y filosofía. *Cirujano General*, 39(3), 175-182.

Vázquez, M., & Flores, R. T. (2019). Vista de Rol de las enfermeras en los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid, 5, 5-16.

Vera Carrasco, Ó. (2010). Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. *Rev Med La Paz*, 16(2), 50-57.

Vidal, S. M. (2012). Nuevas y viejas preguntas en la educación en bioética. En S. M. Vidal (Ed.), *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* (Unesco). Montevideo.

Villalaín Blanco, J. D. (1999). La enseñanza de la bioética en España. *Cuadernos de bioética*, 10(37), 25-29.

Villarreal Cantillo, E., & Visbal Illera, G. (2013). Dilemas éticos. *Salud Uninorte*, 29(1), 113-123. <https://doi.org/10.12660/gvexec.v5n3.2006.34295>

## W

Weeks, J. C., Catalano, P. J., Cronin, A., Finkelman, M. D., Mack, J. W., Keating, N. L., & Schrag, D. (2012). Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *New England Journal of Medicine*, 367(17), 1616-1625. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1204410>

## Y

Yagüe Sánchez, J. (2017). La enfermera en los comités de ética. *Revista ROL de enfermería*, 40(9), 58-62.

Yañez Gallardo, R., & Cuadra Olmos, R. (2008). The Delphi method and the investigation in health services. *Ciencia y Enfermería*, 14(1), 9-15. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532008000100002>

Yesley, M. S., Pamela Driscoll Staff Director Marie D Madigan Barbara Mishkin, J. L., Alexander, M. M., & Beauchamp, T. (20002). Informe Belmont, De 30 De Setiembre De 1978 (the National Commission for the Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research). Sienta Los Principios De bioética Respecto a La Autonomia De Las Personas, Beneficiencia Y Justicia, Y Fija L. *DHEW Publication NO, 1978*, 1-11.

## Z

Zabala-Blanco, J., Alconero-Camarero, A. R., Casaus-Pérez, M., Gutiérrez-Torre, G., & Saiz-Fernández, E. Y. (2007). Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud.

*Enferm Clin*, 17(2), 56-62.

Zamora Calvo, M. A., & Castillo Ayala, A. (2018). Application of the deliberative process in ethical dilemmas: The action of an Ethics Committee in a clinical case. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022, N°. 26, 2018, págs. 71-78, (26), 71-78.

Zan, J. de. (2004). *La ética, los derechos y la justicia*. Ed. Konrad-Adenauer-Stiftung E. V.

Zarate, V. (2010). *Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación*. *Rev Med Chile* (Vol. 138).

Zúñiga Fajuri, A. (2006). Justicia distributiva y derecho a la protección de la salud.

## Bibliografía consultada

### A

- Abel Fabre, F. (2006). Comités de ética asistencial. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 75-83.
- Aguilar Martínez, E., Anguiano Serrano, S., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. (2015). Diferencias En La Percepción De La Adquisición De Valores Éticos En Estudiantes De Medicina Y Psicología De La Fes Iztacala. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3).
- Agular Martínez, E., Anguiano Serrano, Sa. A., Coffin Cabrera, N., & Jiménez Rentería, M. de L. (2014). Fes Iztacala Acquisition of Ethical Values in Students, 17(3).
- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., Kai, I., Nishimura, T., & Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students Medical ethicseducationquestionnaireJapanDITmoral sensitivity. *BMC Medical Ethics*, 7, 1-7.
- Akinsola, H. A. (2001). E Thical I Ssues in T Issue -E Nginneering, 8(4).
- Alcalá Espinosa, L. A., & Hernández Pichardo, A. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la prevención del dengue en estudiantes del grado 6-1 de la Institución educativa Ibage-Tolima. *Revista Biografía: Escritos sobre la biología y su enseñanza*, 5(8), 19-31. <https://doi.org/10.17227/20271034.8biografia19.31>
- Aliyu, D. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nursing Ethics and Law among Nurses at Federal Medical Centre, Bida. *American Journal of Health Research*, 3(1), 32. <https://doi.org/10.11648/j.ajhr.s.2015030101.15>
- Álvarez, J. C. (2004). Comités de ética asistencial. *Informes Portal Mayores*, 18, 1-39.
- Andorno, R. (2012). El principio de dignidad humana en el bioderecho internacional. *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, 8(0).
- Antomás, J., & Huarte del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1, enero-abril), 73-82. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272011000100008>
- Arias, M. I. B. (2017). Validación de una escala de los factores constitutivos de los tres niveles del conocimiento en las organizaciones. *Internacional Administración & Finanzas.*, 10(1), 95-108.
- Ariel Velarde Zegada, Jhovana Mallo Quispe, & Gustavo Vásquez Durán. (2016). Moral ethical judgment on medical students of UMSA, medical in-terns and residents of Hospital de Clínicas and Hospital Obrero: Train dilemma survey. *Scientífica*, 14(1), 21-24.
- Aulisio, M. P., Arnold, R. M., Youngner, S. J., & Hudson, B. (2000). Health care ethics consultation: Nature, goals, and competencies. A position paper from the society for

health and human values-society for bioethics consultation task force on standards for bioethics consultation. *Annals of Internal Medicine*, 133(1), 59-69. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-1-200007040-00012>

Avanzas, P., Bayes-Genis, A., Pérez De Isla, L., Sanchis, J., & Heras, M. (2011). Ethical considerations in the publication of scientific articles. *Revista Española de Cardiología*, 64(5), 427-429. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.02.006>

Avello, R., Rodríguez, M., Rodríguez, P., Sosa, D., Companioni, B., & Rodríguez, R. (2018). ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? *MediSur*, 17(1), 10-12.

Azucena Couceiro, V. (2009). Cinco mitos sobre la enseñanza de la bioética en las Facultades de Medicina, 6(2), 68-74.

## B

Bandrés, F., Caballero, M., Delgado, S., González, M., Herreros, B., Pinto, P., ... Zarco, C. (2010). El consentimiento informado. Comité de bioética y derecho sanitario de Asisa, 13-37. [https://doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70145-3)

Baquero, A., Alberú, J., Bengonchea, M., Gautos, I. I. A., Tanus, R., Tanus, E., & Iiii, I. G. C. (2016). IV Foro de bioética en Trasplantes de STALyC, 5, 94-101.

Baquero, A., Alberú, J., Bengonchea, M., Gautos, I. I. A., Tanus, R., Tanus, E., & Iiii, I. G. C. (2016). IV Foro de bioética en Trasplantes de STALyC, 5, 94-101.

Barrio Cantalejo, I. M., & Simón Lorda, P. (2006). Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 303-315.

Barrios, L. M. (2012). Experiencias sobre el impacto del Programa de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial en el ámbito de la salud mental y la investigación conductual. *Acta bioethica*, 18(1), 69-76. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2012000100005>

Barroso Asenjo, P., & Calvache Pérez, L. (1999). Comités de ética asistencial (CEA) en España y en Europa. *Revista bioética y Ciencias de la Salud*, 5(2), 35-49.

Bárzaga Morel, S., Estrada García, C. B., Sánchez vila, H. J., & Berdú Samuel, Y. (2019). Conocimiento y actitudes de los médicos sobre limitación de esfuerzo terapéutico. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 23(1), 135-151.

Bautista, G. O. (2015). Conocimiento e importancia en los estudiantes de Enfermería sobre el consentimiento informado en actos del cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 17(2), 67-84. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie17-2.ciee>

Beca, J. P. (2011). *Consultores en ética clínica y sus funciones. bioética: El estado de la cuestión.*

- Belmonte Serrano, M. Á. (2010). Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 11(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2009.09.005>
- Beltrán Ulate, E. J. (2015). Consideraciones bioéticas en torno al caso de Ramón Sampedro. *Revista Colombiana de bioética*, 7(2), 144. <https://doi.org/10.18270/rcb.v7i2.814>
- Bernabeo, E. C., Reddy, S. G., Ginsburg, S., & Holmboe, E. S. (2014). Professionalism and Maintenance of Certification: Using Vignettes Describing Interpersonal Dilemmas to Stimulate Reflection and Learning. *Journal of continuing education in the health professions*, 34(2), 157-164. <https://doi.org/10.1002>
- Bertrán, J., Collazo, E., Gervás, J., González Salinas, P., Gracia, D., Júdez, J., ... Sánchez, M. (2005). *Guías de ética en la práctica médica. Intimidad, confidencialidad y secreto*. (F. ciencias de la Salud, Ed.), *Fundación de ciencias de la salud*. Majadahonda. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78538-6](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78538-6)
- Blagg, C. R. (2007). The Early History of Dialysis for Chronic Renal Failure in the United States: A View From Seattle. *American Journal of Kidney Diseases*, 49(3), 482-496. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.01.017>
- Bogarín Díaz, J. (1983). De nuevo sobre el concepto etimológico de derecho, 1, 1-30.
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 10, 93-123.
- Brevis-Urrutia, I., & Sanhuesa-Alvarado, O. (2007). La bioética en la enseñanza y la investigación en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(3), 1-10.
- Bromley, E., Mikesell, L., & Khodyakov, D. (2017). Ethics and Science in the Participatory Era: A Vignette-Based Delphi Study. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 12(5), 295-309. <https://doi.org/10.1177/1556264617717828>
- Buendía-López, A. L., & Álvarez de la Cadena-Sandoval, C. (2006). Nivel De Conocimiento De La bioética En Carreras De Odontología De Dos Universidades De América Latina. *Acta Bioethica*, 12(1), 41-47. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000100006>
- Bugarín González, R., Cal Purriños, N., Concheiro Guisán, A., Conde Cid, T., Diez Lindín, O., Esperón Rodríguez, I., ... Hervada Vidal, X. (2017). *Ética en el acceso y en el uso de la documentación clínica. Reflexiones y recomendaciones*. Santiago de Compostela.

## C

- Cabré, L., Mancebo, J., Solsona, J. F., Saura, P., Gich, I., Blanch, L., ... Martín, M. C. (2005). Multicenter study of the multiple organ dysfunction syndrome in intensive care units: The usefulness of Sequential Organ Failure Assessment scores in decision making. *Intensive Care Medicine*, 31(7), 927-933. <https://doi.org/10.1007/s00134-005-2640-2>

- Cabrera, L. S., & González, F. R. (2008). Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los Cuidados Intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva, *32*(7), 319-328.
- Calderón, J. C., Dávila, F., Mantilla, R., Chérrez, A., Calero, E., Cabrera, D., & Chérrez-Ojeda, I. (2017). Knowledge and attitudes about aspirin exacerbated respiratory disease among Ecuadorian physicians. *Revista Alergia México*, *64*(1), 13-23. <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.219>
- Campbell, A. V., Chin, J., & Voo, T. C. (2007). How can we know that ethics education produces ethical doctors? *Medical Teacher*, *29*(5), 431-436. <https://doi.org/10.1080/01421590701504077>
- Can Bilgin, A., Timbil, S., Guvercin, C. H., Ozan, S., & Semin, S. (2017). Preclinical students' views on medical ethics education: A focus group study in Turkey. *Physiology & behavior*, *176*(5), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Candaudap-Ortega, M. (2010). El currículo oculto en la formación del médico: El caso de la subespecialidad en cirugía plástica, estética y reconstructiva. *Educación Médica*, *13*(2), 101-105. <https://doi.org/10.33588/fem.132.554>
- Carvalho Garbi Novaes, M. R., Novaes, M. R. C. G., Novaes, L. C. G., Guilhem, D., Stepke, F. L., Silveira, C. C. C., ... Guiotti, M. G. (2010). Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *34*(1), 43-56. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100006>
- Casado, M. (2008). La bioética como soporte al derecho para regular la biotecnología. *Revista catalana de dret públic*, (36), 55-78.
- Casanova Asencio, A. S. (2019). Protección de datos en el ámbito de la historia clínica: el acceso indebido por el personal sanitario y sus consecuencias. *Revista para el análisis del derecho*, *0*(2).
- Castrodeza, C., & Lucena Diéguez, A. J. D. (2019). El sentido de la vida. *El flujo de la historia y el sentido de la vida*, 115-162. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x879.8>
- Chandra, P. S., Ragesh, G., & Chaturvedi, S. K. (2017). Ten-minute snapshots - a team approach to teaching postgraduates about professional dilemmas. *Indian journal of medical ethics*, *2*(4), 226-230. <https://doi.org/10.20529/IJME.2017.052>
- Cilla Intxaurraga, A., & Martínez Martín, M. L. (2018). Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. *Medicina Paliativa*, *25*(3), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003>
- Colio Gutiérrez, N. (2017). Accesos ilegítimos a la historia clínica. La posición de los tribunales. En *Extraordinario XXVI Congreso 2017* (Vol. 27, pp. 128-135).

- Corrales Reyes, I. E., Reyes Pérez, J. J., García Raga, M., & Campbell Miñoso, M. (2015). Ética y bioética: su papel en la formación y actuación del profesional cubano de la salud en el siglo XXI. *Revista de bioética Latinoamericana.*, 15(1), 1-11.
- Corrales Reyes, I. E., Reyes Pérez, J. J., García Raga, M., & Campbell Miñoso, M. (2015). Ética y bioética: su papel en la formación y actuación del profesional cubano de la salud en el siglo XXI. *Revista de bioética Latinoamericana.*, 15(1), 1-11.
- Cortina Orts, A. (2000). Ética Y Política: Moral Cívica Para Una Ciudadanía Cosmopolita. *Endoxa*, 1(12-2), 773. <https://doi.org/10.5944/endoxa.12-2.2000.4976>
- Couceiro V, A., & Beca I, J. P. (2006). Los Comités de Ética Asistencial y las repercusiones jurídicas de sus informes. *Revista Médica de Chile*, 134(4), 517-519. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872006000400016>
- Couceiro Vidal, A. (1999). Los comités de ética asistencial: origen, composición y método de trabajo. En *bioética para clínicos* (pp. 269-281). Madrid: Triacastela.
- Couceiro-Vidal, A. (2008). Enseñanza de la bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educación Médica*, 11(2), 69-76. <https://doi.org/10.4321/S1575-18132008000200005>
- Criado del Río, M. T., & Lorenzo, R. de. (1999). *Aspectos médico-legales de la historia clínica*. Editorial Colex.
- Cuestionario, U., Martín-Romera, A., & Molina Ruiz, E. (2017). Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de The value of pedagogical knowledge for teaching Secondary School: design and validation of a questionnaire. *Estudios Pedagógicos XLIII*, 2, 195-220.

## D

- D'Agostino, F. (2002). bioética y derecho. *Acta Bioethica*, VIII (2), 177-182.
- D'Agostino, F. (s. f.). La bioética como problema jurídico.
- De Casterlé Dierchx, B., Izumi, S., Godfrey, N. S., & Denhaerynck, K. (2008). Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 540-549. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04702.x>
- De Leucona, I. (2007). La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica. *Revista de bioética y Derecho*, 11, 17-21.
- Dena, O., Aurelia, M., Órnelas, D., Diversas, V., & Filosofía, D. (2016). Notas de filosofía y filosofía del derecho. *Heurística*, 0(6).

- Díaz Amado, E. (2016). Filosofía de la Medicina, la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de bioética*, 17(32-1), 102-123. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2018>
- Díaz Amado, E. (2016). Filosofía de la Medicina, la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de bioética*, 17(32-1), 102-123. <https://doi.org/10.18359/rlbi.2018>
- Díaz Banegas de Esquivel, N. L. (2014). Percepción de los estudiantes que cursaron estrategias básicas de investigación en relación a las competencias alcanzadas en el curso. *Implementation Science*, 39(1), 1-15. <https://doi.org/10.4324/9781315853178>
- Díaz González, J. A. (1999). La formación bioética en la universidad. *Cuadernos de bioética*, 1, 38-43.
- Domingo Oslé, R. (2016). *Universidad de lima fondo editorial* (Colección).
- Donnelly, M. B., Horsley, T. L., Adams, W. H., Gallagher, P., & Zibricky, C. D. (2017). Effect of Simulation on Undergraduate Nursing Students' Knowledge of Nursing Ethics Principles. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 49(4), 153-159. <https://doi.org/10.1177/0844562117731975>
- DuBois, J. M., & Burkemper, J. (2002). Ethics education in U.S. Medical schools: A study of syllabi. *Academic Medicine*, 77(5), 432-437. <https://doi.org/10.1097/00001888-200205000-00019>

## E

- Elena, B., & Rave, O. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Invest. educ. enferm*, 23(1), 14-29.
- En, L. O. S. A., & Unidad, U. N. A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad de los adolescentes en una unidad educativa. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9(4).
- Escalante Cobo, J. (1999). Muerte encefálica. Evolución histórica y situación actual. *Medicina Intensiva*, (1), 97-105.
- Escobar-Melo, H., & Díaz Amado, E. (2008). Evolución de las actitudes en el campo de la ética de la investigación con seres humanos. *Universitas Psychologica*, 7(1), 73-96.
- Escobar-Melo, H., Díaz Amado, E., Páramo Cely, L. C., Suarez Obando, F., & León Guevara, C. (2010). Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado \* Characterization of moral reas.

Esquerda, M., Pifarré, J., Roig, H., Busquets, E., Yuguero, O., & Viñas, J. (2019). Assessing bioethics education: Teaching to be virtuous doctors or just doctors with practical ethical skills. *Atención Primaria*, *51*(2), 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.018>

## F

Fabila Echaury, A. M., Minami, H., & Izquierdo Sandoval, M. J. (2013). La Escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus. *Textos y contextos*, 31-40.

Fajardo Contreras, M. C., Valverde Bolívar, F. J., Jiménez Rodríguez, J. M., Gómez Calero, A., & Huertas Hernández, F. (2015). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: Diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergen*, *41*(3), 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2014.05.003>

Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Núñez González, E., Pérez Hernández, D. de G., & Gandoy Crego, M. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, *48*(5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>

Fascioli, A. (2010). Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan. *Revista ACTIO*, (12), 41-57.

Fernández Fernández, C. A. (2018). Reflexiones filosóficas sobre los conceptos de derecho y justicia. *Lumen*, *14*(1), 69-79. <https://doi.org/10.33539/lumen.2018.v14n1.1206>

Fildes, L., Shankar, P. R., & Morgan, H. (2012). The doctor. *Academic Medicine*, *87*(3), 332-333. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318244bdab>

Fillus, I. C., & Rodrigues, C. F. A. (2019). Conhecimento sobre ética e bioética dos estudantes de medicina. *Revista bioética*, *27*(3), 482-489. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019273332>

Flávia Fernanda Luchetti, R., Maria Lúcia, Z., Manoel Antônio dos, S., Tatiane Aparecida, M., Valmi D., S., & Carla Regina de Sousa, T. (2009). Knowledge and attitude: important components in diabetes education / Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes / Conocimiento y actitudes: componentes para la educación en diabetes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem VO - 17*, *17*(4), 468. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400006>

## G

García Caballero, R., Herreros, B., Real de Asúa, D., Gámez, S., Vega, G., & García Olmos, L. (2018). Limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna. *Revista Clinica Espanola*, *218*(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.10.001>

- García Cabeza, M. E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enfermería*, 17(1), 70-74.
- García Guerra, D. M., & Pinto Contreras, D. J. A. (s. f.). La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. *Bioethics in the contemporary medicine: a necessity in the professional formation*.
- Gardó, A. F. (2020). Introducción al Derecho. *Curso de introducción al derecho sanitario. Grado en Enfermería - 1º*, 9-17. <https://doi.org/10.2307/j.ctv105bc8k.4>
- Gascón Abellán, M. (2010). Los Comités Asistenciales de Ética (CAE): Un año de funcionamiento del CAE del Área de Salud de Albacete. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(2), 110-113. <https://doi.org/10.4321/s1699-695x2010000200010>
- Gaudine, A., Lamb, M., LeFort, S. M., & Thorne, L. (2011). Barriers and facilitators to consulting hospital clinical ethics committees. *Nursing Ethics*, 18(6), 767-780. <https://doi.org/10.1177/0969733011403808>
- Geppert, C. M. A., & Hazuda, H. P. (2000). Challenges in teaching ethics in medical schools. *American Journal of the Medical Sciences*, 319(5), 273-278. [https://doi.org/10.1016/S0002-9629\(15\)40752-9](https://doi.org/10.1016/S0002-9629(15)40752-9)
- Giraldo-Cárdenas, L. M., Kammerer Mejía, Y. Y., & Ríos-Osorio, L. A. (2016). Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Responsabilidad Social En Pymes Del Área Metropolitana De Medellín, Colombia. *Dimensión Empresarial*, 14(1), 207-219. <https://doi.org/10.15665/rde.v14i1.649>
- Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A., & Morrison, J. (2001). Impact of a new course on students' potential behaviour on encountering ethical dilemmas. *Medical Education*, 35(3), 295-302. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00872.x>
- Goldie, J., Schwartz, L., McConnachie, A., & Morrison, J. (2004). The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, 38(9), 942-949. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01915.x>
- Gómez-Sancho, M., Altisent, R., Bátiz, J., Ciprés, L., Corral, P., González-Fernández, J. L., ... Rodríguez-Sendín, J. J. (2010). Atención médica al final de la vida. Conceptos. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17(3), 177-179. [https://doi.org/10.1016/S1134-8046\(10\)70028-8](https://doi.org/10.1016/S1134-8046(10)70028-8)
- González Alonso, J., & Pazmiño Santacruz, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario, con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(2), 62-67.
- González Pérez, U., & Alerm González, A. J. (2016). Mínimos necesarios para el aprendizaje y utilización del consentimiento informado por profesionales de la salud cubana. *Educación Médica Superior*, 30(4), 1-17.

- González Pérez, U., & Alerm González, A. J. (2016). Mínimos necesarios para el aprendizaje y utilización del consentimiento informado por profesionales de la salud cubana. *Educación Médica Superior*, 30(4), 1-17.
- González Rodríguez Arnáiz, G. (2006). bioética: ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria? *Agora: Papeles de filosofía*, 25(1), 135-165.
- González-Cabrera, J., Fernández-Prada, M., & Trujillo Mendoza, H. M. (2012). Cuestionario para evaluar en médicos conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 429-435. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.017>
- González-Castro, A., Azcune, O., Peñasco, Y., Rodríguez, J. C., Domínguez, M. J., & Rojas, R. (2016). Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(5). <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.12.007>
- González-de Paz, L., Devant-Altimir, M., Kostov, B., Mitjavila-López, J., Navarro-Rubio, M. D., & Sisó-Almirall, A. (2013). A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: Development, reliability and validity study. *Family Practice*, 30(6), 724-733. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt044>
- González-de Paz, L., Kostov, B., Sisó-Almirall, A., & Zabalegui-Yárnoz, A. (2012). A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2747-2760. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04137.x>
- González, J. A. M., Chapa, G. N., Soto, J. E., & Pérez, L. E. D. (2011). *Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre. Principios de ética, bioética y conocimiento del hombre*.
- Gordillo, A. (2000). *Introducción al Derecho* (Fundación). Buenos Aires.
- Gracia Guillén, D. (2003). Humanitas : humanidades médicas. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS: Tema del mes on-line, ISSN-e 1886-1601, Nº. 1, 2006 (Ejemplar dedicado a: Contribución de las humanidades médicas a la formación del médico)*, págs. 1-32, (1), 1-32.
- Gracia, D. (2014). ¿La hora de los consultores? *Eidon*, 42. <https://doi.org/10.13184/eidon.42.2014.1-3>
- Gruveco, I. (2009). Cuidado Intensivo. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(1), 35-44.
- Guerra, R. (2006). bioética en la malla curricular de odontología. *Acta bioethica*.
- Guerra, R. A. (2006). bioética En La Malla Curricular De Odontología. *Acta Bioethica*, 12(1), 49-54. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2006000100007>
- Gurrero-Sotelo, R. N., Hernández-Arzola, L. I., & Aragón-González, G. R. (2019). Responsabilidad jurídica del acto médico-sanitario, 24, 40-46.

Guzmán, J. L. (2013). La bioética personalista en los planes de estudio universitarios, 79-90.

## H

Hajibabae, F., Joolaee, S., Cheraghi, M. A., Salari, P., & Rodney, P. (2016). Hospital/clinical ethics committees' notion: An overview. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9, 1-9.

Hattab, A. S. (2004). Current trends in teaching ethics of healthcare practices. *Developing World Bioethics*, 4(2), 160-172. <https://doi.org/10.1111/j.1471-8731.2004.00091.x>

Hernández González, A., Rodríguez Núñez, A., Cambra Lasosa, F. J., Quintero Otero, S., Ramil Fraga, C., García Palacios, M. V., ... Ruiz Extremera, M. A. (2014). Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría. *Anales de Pediatría*, 80(2), 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.06.002>

Hernández-Tejedor, A. (2014). Revisión sobre bioética en la Unidad de Cuidados Intensivos: Sobre la autonomía y el papel de los familiares y los representantes legales. *Medicina Intensiva*, 38(2), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.006>

Hernández, R. M., Belito Hilario, F., Palacios-Garay, J. P., Norabuena-Figueroa, R. P., Fuster-Guillen, D. E., & Caurcel-Cara, M. J. (2020). Self-Regulation for learning and its Influence in Bioethics in University Students of Nursing. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, 16(1), 5-30. <https://doi.org/10.18004/riics.2020.junio.05-30>

Herreros, B. (2018). La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEA? En *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas* n° 46 (pp. 54-65).

Herreros, B., Palacios, G., & Pacho, E. (2012). Limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista Clínica Española*. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2011.04.016>

Hicks, L. K., Lin, Y., Robertson, D. W., Robinson, D. L., & Woodrow, S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development : questionnaire survey and focus group study Sex differences in speed of emergence and quality of recovery after anaesthesia : cohort study. *BMJ*, 322(March), 709-710.

Hold, J. L. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9-19. <https://doi.org/10.1177/0969733015602051>

## I

Ike, C. G., & Anderson, N. (2018). A proposal for teaching bioethics in high schools using appropriate visual education tools. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. <https://doi.org/10.1186/s13010-018-0064-1>

Iraburu Elizondo, M., Chamorro, J., & De Pedro, M. T. (2006). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a

la confidencialidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 357-366.  
<https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000500005>

Iraburu Elizondo, M., Chamorro, J., & De Pedro, M. T. (2006). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 357-366.  
<https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000500005>

Iraburu Elizondo, M., Chamorro, J., & De Pedro, M. T. (2006). Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 357-366.  
<https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000500005>

Iraburu, M. (2006). Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(SUPPL.3), 49-59. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000600006>

Iraburu, M. (2007). Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. *Medicina Clínica*, 128(15), 575-578. <https://doi.org/10.1157/13101617>

Iraburu, M. (2007). Estudio Multicéntrico de Investigación sobre la Confidencialidad. *Medicina Clínica*, 128(15), 575-578. <https://doi.org/10.1157/13101617>

Iribarren-Diarasarri, S., Latorre-García, K., Muñoz-Martínez, T., Poveda-Hernández, Y., Dudagoitia-Otaolea, J. L., Martínez-Alutiz, S., ... Hernández-López, M. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Medicina Intensiva*, 31(2), 68-72. [https://doi.org/10.1016/S0210-5691\(07\)74778-2](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(07)74778-2)

## J

Janakiram, C., & Gardens, S. J. (2014). Knowledge, attitudes and practices related to healthcare ethics among medical and dental postgraduate students in south India. *Indian journal of medical ethics*, 11(2), 99-104. <https://doi.org/10.20529/ijme.2014.025>

Jansky, M., Marx, G., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2013). Physicians' and nurses' expectations and objections toward a clinical ethics committee. *Nursing Ethics*, 20(7), 771-783.  
<https://doi.org/10.1177/0969733013478308>

Javier, F., & Correa, L. (2008). *Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores originales*. *Acta Bioethica* (Vol. 14).

Jonsen, A. R., & Camps, V. (2005). *Ética clínica : aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Editorial Ariel.

Jonsen, A. R., Winslade, W. J., & Siegler, M. (s. f.). *Ética clínica aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. (Ariel, Ed.).

Jonsen, A., Winslade, W., & Siegler, M. (2005). *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*.

José, F., & Martorell, B. (2019). Responsabilidad patrimonial sanitaria: autonomía de la voluntad, *29*, 134-142.

Juliana, D., & Alvarado, B. (2019). The Clinical History : Some comments from Medicine and Law La Historia Clínica : Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho \*, *14*, 153-162.

## K

Kim, W. J., & Park, J. H. (2019). The effects of debate-based ethics education on the moral sensitivity and judgment of nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, *83*(June), 104200. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.018>

Kuczewski, M. G. (1999). When your healthcare ethics committee «Fails to thrive». *Hec Forum*, *11*(3), 197-207. <https://doi.org/10.1023/A:1008960513321>

## L

L., H. K., & Siches, L. R. (1947). Vida humana, sociedad y derecho. *Books Abroad*, *21*(1), 53. <https://doi.org/10.2307/40086076>

Lara Vallejos, E. J. (2018). Grado de Satisfacción Acerca De Las Prácticas Hospitalarias En Los Estudiantes De Medicina Humana De Ciencias Clínicas De La Universidad De San Martín De Porres – Filial Norte 2016.

Lara Vallejos, E. J. (2018). Grado de Satisfacción Acerca De Las Prácticas Hospitalarias En Los Estudiantes De Medicina Humana De Ciencias Clínicas De La Universidad De San Martín De Porres – Filial Norte 2016.

Larrosa Espinosa, C., Jiménez Olmos, A., García Íñiguez, J. P., & Arana Navarro, T. (2017). Conocimientos en bioética: antes y después de una acción formativa, (1), 12-16.

Lázaro Betancourt Reyes, G., & de Jesús Betancourt Betancourt, G. (2016). Los dilemas éticos y los conflictos psicológicos en la adecuación del esfuerzo terapéutico. *Rev Cub Med Int Emerg*, *15*(4), 21-29.

Legendre, P., & Hachamovitch, Y. (2009). The other dimension of law. *Law and the Postmodern Mind: Essays on Psychoanalysis and Jurisprudence*, 175-192.

Lehmann, L. S., Kasoff, W. S., Koch, P., & Federman, D. D. (2004). A survey of medical ethics education at U.S. and Canadian medical schools. *Academic Medicine*, *79*(7), 682-689. <https://doi.org/10.1097/00001888-200407000-00015>

León Correa, F. J. (2008). Enseñar bioética: Cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores, *14*(1), 11-18.

León, J. de C. y. (1393). *Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal*.

- Lewis, G., McCullough, M., Maxwell, A. P., & Gormley, G. J. (2016). Ethical reasoning through simulation: a phenomenological analysis of student experience. *Advances in Simulation*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s41077-016-0027-9>
- Liaschenko, J., Oguz, N. Y., & Brunnquell, D. (2006). Critique of the «tragic case» method in ethics education. *Journal of Medical Ethics*, 32(11), 672-677. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.013060>
- Linares Márquez, P., & Fraile Laiz, B. (2012). bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional, 7(2), 120-133.
- Linares Márquez, P., & Fraile Laíz, B. (2012). bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional, 7(2), 120-133.
- Lolas, F. (2013). Acta bioethica: Expansión de su ámbito temático. *Acta Bioethica*, 19(2), 175. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2013000200001>
- Lolas, F. (2013). Bioethical dimensions of cultural psychosomatics: The need for an ethical research approach. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33, 115-122. <https://doi.org/10.1159/000348807>
- Lolas, F. (2014). Salud mental global como bien público: sugerencias para la reflexión ética. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 76(3), 131. <https://doi.org/10.20453/rnp.v76i3.1179>
- Lolas, F. (2015). Desafíos axiológicos para la psiquiatría contemporánea. Pluralismo e imperativo bioético. *Salud Mental*, 38(1), 1-4. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.022>
- Lolas, F. (2015). The basic discipline of psychiatry as metatext. *Acta bioethica*, 21(1), 61-63. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2015000100008>
- Lolas, F. (2016). Global Mental Health: challenges for a global ethics. *Acta bioethica*, 2 Pinedo Cantillo, I. A. (2015). El Factor Emocional En La Construcción Del Juicio Moral: Una Trayectoria Desde Kohlberg Al Horizonte De La Filosofía Experimental Y La Neurociencia Cognitiva. *Limite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 10(32), 15-25.
- López Mojica, J. M., Ojeda Salazar, A. M., Rodríguez, M. E., Castillo Ortega, S. E., Manjarrez González, T. G., González Santiago, A. L., ... Rodríguez Van Lier, M. E. (s. f.). FORMACIÓN DOCENTE: UN ANÁLISIS DESDE LA PRÁCTICA.
- Loza, I. P. (2014). La atención sanitaria de calidad desde una perspectiva bioética. Estudio descriptivo de un hospital de Cantabria.
- Luna Barajas, A., Coffin Cabrera, N., & Anguiano Serrano, S. (2015). Percepción De Valores Éticos En La Formación De Psicólogos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 997-1016.

Luna Barajas, A., Coffin Cabrera, N., & Anguiano Serrano, S. (2015). Percepción De Valores Éticos En La Formación De Psicólogos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(3), 997-1016.

Lütznén, K., Nordström, G., & Evertzon, M. (1995). Moral Sensitivity in Nursing Practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(3), 131-138. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>

## M

Maldonado Giualdrón, J. F. (2013). ¿Medicina basada en la ciencia o en el ser humano? La bioética como mediador. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Maldonado Giualdrón, J. F. (2013). ¿Medicina basada en la ciencia o en el ser humano? La bioética como mediador. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Marcos Santillán, M. Á. (2019). La responsabilidad ética, 42(abril), 49-72.

María, A., Díaz, C., & Arias, A. V. (2016). RESPONSABILITÉ SOCIALE ET ÉTHIQUE MÉDICO-SANITAIRE, 11, 73-90.

Maritza Céspedes, G. (2015). Diseño de un modelo de la relación docencia-servicio basado en una estructura de valores y en la humanización en el Servicio De Rehabilitación En El Hospital Militar Central.

Maritza Céspedes, G. (2015). Diseño de un modelo de la relación docencia-servicio basado en una estructura de valores y en la humanización en el Servicio De Rehabilitación En El Hospital Militar Central.

Martínez, A. M. (1992). Diseño y aplicación de una escala de actitudes hacia el estudio de las Ciencias Experimentales. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, 10(3), 295-303.

Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38-47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>

McCabe, M. S. (2015). Reenergizing the hospital ethics committee: An opportunity for nursing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 17(6), 480-487. <https://doi.org/10.1097/NJH.000000000000190>

McGee, G., Spanogle, J. P., Caplan, A. L., Penny, D., & Asch, D. A. (2002). Successes and failures of hospital ethics committees: A national survey of ethics committee chairs. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 11(1), 87-93. <https://doi.org/10.1017/S0963180102001147>

- Mejía, C. R., Vargas, M., Verastegui-Díaz, A., Quispe-Colquepisco, S., Lienneke, I., Mena, S., ... Lima, P. (2018). Enseñanza de ética a estudiantes peruanos en la carrera de medicina *Educación Médica Superior*, 32(1), 85-93.
- Mendieta-Izquierdo, G., Gómez Caicedo, H. E., & Rojas Caucaí, C. F. (2015). Social representation of the clinical practice of the intensive care in respiratory therapy students [Representación social de la práctica clínica de cuidado intensivo en estudiantes de terapia respiratoria]. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29(4), 777-789.
- Mendoza Fernández, A. (2009). Fundamentación de la enseñanza de la ética médica y la bioética clínica. *Acta Médica Peruana*, 26(2), 131-134.
- Merino Godoy, A. (2004). Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA Attitudes and knowledge of nurses regarding HIV+/AIDS patients. *Nurse Investigacio*, 6.
- Mezzadra, S. (2005). *Derecho de fuga. Migraciones, ciudadanía y globalización*.
- Miles, S. H., Weiss Lane, L., Bickel, J., Walker, R. M., & Cassel, C. K. (1989). Medical ethics education: coming of age. *Acad Med.*, 64, 705-714.
- Milla, I. (2015). El secreto profesional en el personal de enfermería: revisión bibliográfica y estudio descriptivo.
- Mirete Ruiz, A. B., García-Sánchez, F. A., Pina, F. H., & Ruiz, A. B. M. (2015). Survey to Study the Attitude, Knowledge and Usage of ICT (ACUTIC) in Higher Education. Study of Reliability and Validity. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 83(2), 75-89.
- Molina Montoya, N. P. (2016). Bioethics training in health sciences. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul*, 14(1), 117-132. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.19052/sv.3544>
- Monrouxe, L. V., Rees, C. E., Dennis, I., & Wells, S. E. (2015). Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student: Insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ Open*, 5(5), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007518>
- Moreno-Martínez, F. J., Ruzafa-Martínez, M., Ramos-Morcillo, A. J., Gómez García, C. I., & Hernández-Susarte, A. M. (2015). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN®). *Atencion Primaria*, 47(7), 419-427. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.004>
- Muñoz, M. M. (1996). El debate sobre las implicaciones científicas, éticas, sociales y legales del Proyecto Genoma Humano. *Aportaciones epistemológicas*, 456.

## N

- Namadi, F., Hemmati-Maslakpak, M., Moradi, Y., & Ghasemzadeh, B. (2018). The Effects of Nursing Ethics Education through Case-Based Learning on Moral Reasoning among Nursing Students. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(1), 45-49. <https://doi.org/10.4103/nms.nms>

Navarro Perán, M., Torralba Madrid, M., Meseguer Liza, C., García Capilla, D., Sánchez Miras, A., & Albuquerque Moreno, I. (2014). Formación en bioética y medio ambiente en la Titulación de Grado en Enfermería. *Bioderecho.es: Revista internacional de investigación en Bioderecho*, 1(1), 11-19.

Novaes, M. R. C. G., Novaes, L. C. G., Guilhem, D., Stepke, F. L., Silveira, C. C. C., Trindade, E. M. V., ... Guiotti, M. G. (2010). Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 43-56. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022010000100006>

## O

Ogando Díaz, B., & García Pérez, C. (2005). Necesidades de formación en bioética en la Comunidad de Madrid. *Atencion Primaria*. <https://doi.org/10.1157/13072788>

Ogando Díaz, B., García Pérez, C., García Pérez, M. Á., & Giménez Vázquez, A. M. (2007). Formal ethical contents in recent health legislation. *Atencion Primaria*, 39(5), 267-272. <https://doi.org/10.1157/13101803>

Orantes Montes, R. (2007). Importancia de la enseñanza de la bioética en la licenciatura de medicina.

Orellana Peña, C., Rojas Urzúa, M., & Silva Zepeda, M. (2010). Influencia Del Modelo E Imagen Del Médico Durante La Formación De Pregrado En Un Grupo De Estudiantes De Medicina De La Universidad De Antofagasta. *Acta bioethica*, 16(2), 198-206. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2010000200013>

Orellana Peña, C., Rojas Urzúa, M., & Silva Zepeda, M. (2010). Influencia Del Modelo E Imagen Del Médico Durante La Formación De Pregrado En Un Grupo De Estudiantes De Medicina De La Universidad De Antofagasta. *Acta bioethica*, 16(2), 198-206. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2010000200013>

Orellana Peña, C., Rojas Urzúa, M., & Silva Zepeda, M. (s. f.). Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la universidad de Antofagasta.

Orellana-Peña, C. de las M. (2018). Médicos humanistas, 18(2014), 1-7.

Orellana-Peña, C. de las M. (2018). Médicos humanistas, 18(2014), 1-7.

Ortega Ruiz, P. (1986). Investigacion en la formacion de actitudes.pdf. *Teoría de la Educación*.

Outomuro, D. (2008). Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. *Acta Bioethica*, 14(1), 19-29. <https://doi.org/10.4067/s1726-569x2008000100003>

Outomuro, D., & Mariel Mirabile, L. (2012). Derecho a la intimidad y su vinculación con la salud. *Revista Latinoamericana de bioética*, 12(22), 80-87. <https://doi.org/10.18359/rlbi.979>

## P

Padilla-cuadra, J. I. (2015). Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. *Acta Médica Costarricense*, 57(4), 179-183.

Pearlman, R. A., Bottrell, M. M., Altemose, J., Foglia, M. B., & Fox, E. (2013). The IntegratedEthics™ Staff Survey: A Tool to Evaluate and Improve Ethical Practices in Health Care. *AJOB Primary Research*, 4(1), 7-19. <https://doi.org/10.1080/21507716.2012.752416>

Pérez-García, R. (2018). Competence in bioethics: fundamental focus in the training of Family and Community Medicine Residents. *Educación Médica*, 19(4), 235-240. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.01.004>

Perkins, I. U., & Stoff, B. K. (2019). Broadening Our Scope: A Pilot Curriculum in Bioethics for Pathology Graduate Medical Trainees, the Emory University Experience. *Academic Pathology*, 6, 237428951985724. <https://doi.org/10.1177/2374289519857243>

Pessini, L. (2016). Vida y muerte en la UCI: la ética en el filo de la navaja. *Rev. bioét. (Impr.)*, 24(1), 54-63. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

Peter, E., & Gallop, R. (1994). Ethic of Care: A comparison of nursing and medical students. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(1), 47-51.

Pilar, M., Cardona, G., Alexander, N., López, O., Reyes, C., María, C., ... Díaz, G. (2008). Educación, bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo.

Pinedo Cantillo, I. A. (2015). El Factor Emocional En La Construcción Del Juicio Moral: Una Trayectoria Desde Kohlberg Al Horizonte De La Filosofía Experimental Y La Neurociencia Cognitiva. *Limite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 10(32), 15-25.

Pohjanoksa, J., Stolt, M., Suhonen, R., Löyttyniemi, E., & Leino-Kilpi, H. (2019). Whistle-blowing process in healthcare: From suspicion to action. *Nursing Ethics*, 26(2), 526-540. <https://doi.org/10.1177/0969733017705005>

Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2014). A mixed-method systematic review: Support for ethical competence of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 256-271. <https://doi.org/10.1111/jan.12213>

Polloni, B., & Catalán, L. (2017). Revista de bioética y Derecho Perspectivas bioéticas The bioethical dimension of the Sustainable Development Goals ( SDGs ), 107-119.

## R

Rafael Tuesca, M., Edgar Navarro, L., Elles, R., Espinosa, D., Herrera, J. M., & Macías, J. C. (2003). Conocimientos y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en

Barranquilla sobre donación y trasplante de órganos Julio-Noviembre de 1999. *Salud Uninorte*, 17, 9-18.

Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. (2018). Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3446-3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>

Ramírez-Rojas, K., & Díaz-Vélez, C. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimientos y actitudes acerca de la Eutanasia en Estudiantes de medicina y médicos generales en el departamento de Lambayeque, Perú. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 42-45.

Ramírez-Rojas, K., & Díaz-Vélez, C. (2016). Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimientos y actitudes acerca de la Eutanasia en Estudiantes de medicina y médicos generales en el departamento de Lambayeque, Perú. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(1), 42-45.

Ramos Pozón, S., & Morlans Molina, M. (2011). Revista de bioética y Derecho. *Revista de bioética y Derecho*, (21), 33-39.

Rasoal, D., Skovdahl, K., Gifford, M., & Kihlgren, A. (2017). Clinical Ethics Support for Healthcare Personnel: An Integrative Literature Review. *HEC Forum*, 29(4), 313-346. <https://doi.org/10.1007/s10730-017-9325-4>

Revista Colombiana de bioética. (2019). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Revista Colombiana de bioética. (2019). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ribas Ribas, S. (2007). Competencias de los comités de ética asistencial y autoevaluación de sus componentes. Estudio CEA-CAT (2). *Medicina Clinica*, 128(6), 219-225. <https://doi.org/10.1157/13098718>

Ribas-Ribas, S. (2006). Estudio observacional sobre los comités de ética asistencial en Cataluña: El estudio CEA-CAT (1). Estructura y funcionamiento. *Medicina Clinica*, 126(2), 60-66. <https://doi.org/10.1157/13083570>

Rocha, F. (2012). Reflexiones en torno a la enseñanza de la bioética, 9(1), 11-15.

Rodríguez Pastor, C. (2016). *Prontuario de Derecho Romano* (Fondo Edit). Lima.

Roff, S., & Preece, P. (2004). Helping medical students to find their moral compasses: Ethics teaching for second and third year undergraduates. *Journal of Medical Ethics*, 30(5), 487-489. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.003483>

Rojas Mora, Á. E., & Gómez Duque, Ma. (2001). La bioetica en el cuidado intensivo: Debate con muchos interrogantes y pocas respuestas. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, 10(3), 7-18. <https://doi.org/10.31260/repertmedcir.v10.n3.2001.261>

Rosario, M., Robles, M., Costa, C. L., Devesa, A. M., Jiménez, D., Rojo, A. R., ... Agea, D. (2018). Aprendiendo ética con simulación. Perspectiva de los alumnos sobre el aprendizaje experiencial y reflexivo de la bioética. *Revista para el estudio y reflexión ética de los cuidados*, 11(July), 1-9.

Rositas, J. (2014). Los tamanos de las muestras en encuestas de las ciencias sociales y su repercusion en la generacion del conocimiento (Sample sizes for social science surveys and impact on knowledge generation). *Innovaciones de Negocios*, 11(2), 235-268.

Ruiz López, J., Navarro-Zaragoza, J., Carrillo Navarro, F., Dilemas, L., & Luna, A. (2017). Dilemas Éticos En La Práctica De La Medicina Infantil Ethical Dilemmas in Practice of Medicine Child, 13.

## S

Sánchez González, M. Á. (2017). Educación Médica. *Educación Médica*, 18(3), 212-218.

Sacro Martínez, A. M., Valdez Fernández, A. L., Ordoñez Meneses, N. A., Ortiz Díaz, J. D., Santacruz Ortega, L. A., & Tombé Arcos, A. P. (2018). Conocimientos y aplicación de principios éticos en estudiantes de enfermería. *Investig. enferm*, 20(2), 1-10.

Sánchez-Caro, J. (2007). La bioética Y El Derecho Sanitario: Encuentros Y Desencuentros, 59-70.

Santana Cabrera, L., Sánchez-Palacios, M., Rodríguez Guedes, C., & Hernández Medina, E. (2008). Calidad del morir y de la muerte en una unidad de cuidados intensivos: Percepción de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 18(3), 172.  
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70723-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70723-X)

Sari, D., Baysal, E., Celik, G. G., & Eser, I. (2018). Ethical decision making levels of nursing students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(3), 724-729.  
<https://doi.org/10.12669/pjms.343.14922>

Saro Servando, E., Castillo Saro, C., Cuba Marrero, J., Pérez Núñez, H. M., & González Fuentes, I. (2012). La manipulación genética un enigma del siglo XXI. *Panorama Cuba y Salud*, 7, 37-43.

Sciences, H. (2018). estudiantes en ciencias de la salud deben adquirir para la distribución justa de los recursos sanitarios Knowledge and competencies in bioethics that Health Sciences Revisión, 6, 52-63.

Sepúlveda Ramírez, M. G. (2003). Autonomía moral: Una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria, *XII* (2001), 27-35.

Severini, J. (2018). Prioritizing Care Despite Personal Judgments. *American Journal of Nursing*, 118(2), 10. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000530225.56082.43>

Silva Camarena, J. M. (2002). ¿Qué es eso de ética profesional? *Contaduría y Administración*, 1(205), 5-11.

- Siverino Bavio, P. (2010). La bioética Jurídica como Clave de Lectura: Breves Apuntes al Derecho de las Personas. *Derecho & Sociedad*, 0(34), 328-336.
- Smith, S., Fryer-Edwards, K., Diekema, D. S., & Braddock, C. H. (2004). Finding Effective Strategies for Teaching Ethics: A Comparison Trial of Two Interventions. *Academic Medicine*, 79(3), 265-271. <https://doi.org/10.1097/00001888-200403000-00015>
- Smith, S., Fryer-Edwards, K., Diekema, D. S., & Braddock, C. H. (2004). Finding Effective Strategies for Teaching Ethics: A Comparison Trial of Two Interventions. *Academic Medicine*, 79(3), 265-271. <https://doi.org/10.1097/00001888-200403000-00015>
- Sociedad Española de Cuidados paliativos. (2002). Guía de cuidados paliativos. *Secpal*, 1-52.
- Sogi, C., Zavala, S., & Ortiz, P. (2005). ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? *An Fac Med Lima*, 66(2), 174-185.
- Sogi, C., Zavala, S., & Ortiz, P. (2005). ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? *An Fac Med Lima*, 66(2), 174-185.
- Solsona, F. (2018). Ethics Consultants: Strengths and Weaknesses, 72-79. <https://doi.org/10.13184/eidon.50.2018.72-79>
- Sorokin, P., Actis, A. M., & Outomuro, D. (2016). Comités de ética asistencial: de los grandes dilemas a los nuevos desafíos. *Revista bioética*, 24(1), 91-97. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241110>
- Strech, D., Hurst, S., & Danis, M. (2010). The role of ethics committees and ethics consultation in allocation decisions: A 4-stage process. *Medical Care*, 48(9), 821-826. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181e577fb>
- Suárez Obando, F., & Díaz Amado, E. (2007). La Formación Ética De Los Estudiantes De Medicina: La Brecha Entre El Currículo Formal Y El Currículo Oculto. *Acta Bioethica*, 13(1), 107-113.
- T**
- Terndrup, C. (2013). A Student's Perspective on Medical Ethics Education. *Journal of Religion and Health*, 52(4), 1073-1078. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9747-5>
- Thinking, S. (2019). Social Thinking, Ecology and Bioethics, 18, 233-247.
- Thomasma, D. C. (1992). Ethics Consults at a University Medical Center. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1(3), 217-222. <https://doi.org/10.1017/s0963180100000402>
- Toro Flores, R., Silva Mato, A., Piga Rivero, A., & Alfonso Galán, M. T. (2013). Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Atencion Primaria*, 45(8), 404-408. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.003>

Tosar Pérez, M. A., Álvarez Díaz, T. A., & Ríos Pérez, M. I. (2009). El Conocimiento De La Ética-bioética Del Especialista De Medicina Tradicional Y Natural: I Parte. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(5), 0.

Tysinger, J. W., Klonis, L. K., Sadler, J. Z., & Wagner, J. M. (1997). Teaching ethics using small-group, problem-based learning. *Journal of Medical Ethics*, 23(5), 315-318.  
<https://doi.org/10.1136/jme.23.5.315>

## U

Urionabarrenetxea, K. M. (2011). La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 62-66. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.007>

Uscátegui-Daccarett, A. M., & Sáenz-Lozada, M. L. (2016). Neuropediatrics postgraduate students' learning process through hidden curriculum at universidad nacional de Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 64(3), 453-457.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3.50136>

Uscátegui-Daccarett, A. M., & Sáenz-Lozada, M. L. (2016). Neuropediatrics postgraduate students' learning process through hidden curriculum at universidad nacional de Colombia. *Revista Facultad de Medicina*, 64(3), 453-457.  
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n3.50136>

## V

Valenzuela, S. (2009). La enseñanza de la bioética y su relación con la enseñanza de la clínica. Experiencia de la Escuela de Medicina en la Universidad de Chile. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 331-339.

Vallaey, F. (1999). El desafío de enseñar ética en la universidad. *Papeles de ética, economía y dirección*, (4), 1-21.

Valls, R. (2002). Máster en bioética y Derecho. Ética para la bioética. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(2), 63. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(02\)77479-4](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(02)77479-4)

Velázquez Aviña, J., Pulido Cejudo, A., Ruíz Suárez, M., & Hurtado López, L. M. (2011). Medición del conocimiento de bioética en residentes y médicos de base de cirugía general del Hospital General de México. *Cirujano general*, 33(4), 248-254.

Vicente-Herrero, M. T. T., Ramírez-Iñiguez De La Torre, M. V., Capdevila-garcía, L. M., Terradillos-García, M. J., López-gonzález, Á. A., Aguilar-Jiménez, E., ... Gervas J. (2014). Prevención cuaternaria. Es posible una atención sanitaria menos dañina. . *Endocrinología y Nutrición*, 8(6), 312-317. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2014.12.007>

Vicente-Herrero, M. T. T., Ramírez-Iñiguez De La Torre, M. V., Capdevila-garcía, L. M., Terradillos-García, M. J., López-gonzález, Á. A., Aguilar-Jiménez, E., ... Gervas J. (2014). Prevención cuaternaria. Es posible una atención sanitaria menos dañina. . *Endocrinología y Nutrición*, 8(6), 312-317. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2014.12.007>

Vidal, S. M. (2012). Nuevas y viejas preguntas en la educación en bioética. En S. M. Vidal (Ed.), *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* (Unesco). Montevideo.

Villalaín Blanco, J. D. (1999). La enseñanza de la bioética en España. *Cuadernos de bioética*, 10(37), 25-29.

## W

Wasson, K., Anderson, E., Hagstrom, E., McCarthy, M., Parsi, K., & Kuczewski, M. (2016). What Ethical Issues Really Arise in Practice at an Academic Medical Center? A Quantitative and Qualitative Analysis of Clinical Ethics Consultations from 2008 to 2013. *HEC Forum*, 28(3), 217-228. <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9293-5>

## Y

Yavari, N. (2016). Does medical education erode medical trainees' ethical attitude and behavior? *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9, 1-8.

Yeom, H. A., Ahn, S. H., & Kim, S. J. (2017). Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing Ethics*, 24(6), 644-652. <https://doi.org/10.1177/0969733015622060>

## Z

Zamora Calvo, M. A., & Castillo Ayala, A. (2018). Application of the deliberative process in ethical dilemmas: The action of an Ethics Committee in a clinical case. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022, N.º. 26, 2018, págs. 71-78, (26), 71-78.

Zanto, T. P., Hennigan, K., Östberg, M., Clapp, W. C., & Gazzaley, A. (2011). NIH Public Access, 46(4), 564-574. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.08.003>. Predictive

Zaror Sánchez, C., Millán, P. M., Espinoza, G. E., Gon-Zález, C. V., & Valdés García, P. (2014). ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN EL CURRÍCULO DE LAS CARRERAS DE ODONTOLOGÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES Training on bioethics in dentistry curriculum from the perspective of students. *Acta Bioethica*, 20(1), 135-142.

Zazpe Oyarzun, C. (2011). Revisión de conocimientos sobre bioética en la atención al paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 22(1), 46-49. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.01.002>

Zhang, F., Zhao, L., Zeng, Y., Xu, K., & Wen, X. (2019). A comparison of inquiry-oriented teaching and lecture-based approach in nursing ethics education. *Nurse Education Today*, 79(December 2018), 86-91. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.006>

## Leyes referenciadas

1. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de diciembre de 1978, núm. 311.
2. Ley 2/1974 sobre Colegios Profesionales. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 15 de febrero de 1974, núm. 40.
3. Ley 7/2006 del ejercicio de profesiones tituladas y de los colegios profesionales. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 6 de julio de 2006, núm. 160.
4. Código de Deontología aprobado en la Asamblea de Médicos de 16 de junio de 1997 actualizado por acuerdo del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña de 24 de enero de 2005, Barcelona, España.
5. Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
6. Ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de abril de 1986, núm. 102.
7. Ley 14/1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de abril de 1986, núm. 102.
8. Convenio Europeo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano. Oviedo, España, 4 de abril de 1997. Ratificado en el Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 20 de octubre de 1999, núm. 251.
9. Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 15 de noviembre 2002, núm. 274.
10. Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de mayo de 2003, núm. 128.
11. Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 27 de julio de 2006, núm. 178.
12. Ley 14/2007, de Investigación Biomédica. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 4 de julio de 2007, núm. 159.
13. Ley 30/1979, sobre Extracción y Trasplante de Órganos. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 6 de noviembre de 1979, núm. 266.
14. Ley 29/1980, de autopsias clínicas. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 27 de junio de 1980, núm. 154.
15. Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 4 de marzo de 2010, núm. 55.
16. Ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 27 de mayo de 2006, núm. 126.
17. Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 10 de noviembre de 1995, núm. 269.
18. Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 8 de enero de 2000, núm. 7.
19. Ley 44/2003, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 22 de noviembre de 2003, núm. 280.

20. Ley 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 17 de diciembre de 2003, núm. 301.
21. Ley 3/2018, de Protección de Datos Personales y de garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 6 de diciembre de 2018, núm. 294.
22. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas, París, Francia, 10 de diciembre de 1948.
23. Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos, 16 de diciembre de 1966, resolución 2200 A (XXI).
24. Carta Social Europea. Consejo de Europa, Turín, Italia, 18 de octubre de 1961. Ratificada por España el 29 de abril de 1980.
25. Tratado Constitutivo de la Unión Europea, Maastricht, Holanda, 16 de diciembre de 1966.
26. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los pueblos (Carta de Banjul). Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, Nairobi, Kenya, 27 de julio de 1981.
27. Real Decreto 1723/2012, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados a trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 29 de diciembre de 2012, núm. 313. (Deroga el Real Decreto 2070/1999 por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos).
28. Ley 2/2010, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA, Sevilla, España, 7 de mayo de 2010, núm. 88
29. Ley 21/2000, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 2 de febrero de 2001, núm. 29.
30. Ley Orgánica 6/2006 de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. Boletín Oficial de la Generalitat de Cataluña, Barcelona, España, 20 de julio de 2006, núm. 4680.
31. Ley 4/2017, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, Madrid, España, 22 de marzo de 2017, núm. 69.
32. Código de Ética de los enfermeros y enfermeras de Cataluña. Consejo Plenario del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 18 de septiembre de 2013.
33. El Juramento Hipocrático. Hipócrates, Siglo II.
34. Juramento de Florence Nightingale, Detroit, Estados Unidos, 1893.
35. Sentencia del Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Madrid 950/1997, España, 27 de junio de 1997.
36. Auto 2133/2004. Audiencia Provincial de Donostia-San Sebastián, San Sebastián, España, 22 de septiembre 2004.
37. Auto Audiencia Provincial de Lleida 28/2011. Lleida, España, 25 de enero de 2012.
38. Sentencia Fiscalía Huesca. Huesca, España, 20 de noviembre de 1996. Causa núm. 2/95.
39. Sentencia del Tribunal Constitucional 15/1982. Madrid, España, 23 de abril de 1982.
40. Sentencia del Tribunal Constitucional 369/1984. Madrid, España, 20 de junio de 1984.

41. Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985. Madrid, España, de 11 de abril y BOE núm. 119, 18 de mayo de 1985.
42. Sentencia del Tribunal Constitucional 161/1987. Madrid, España, 27 de octubre de 1987.
43. Sentencia del Tribunal Constitucional 154/2002. Madrid, España, 18 de julio de 2002.



## **Anexos**



## Anexo A: Consentimiento para realizar la investigación, Hospital Arnau de Vilanova

  
Institut Català de la Salut  
Lleida  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

**SOL·LICITUD DE PERMÍS DE RECERCA PERSONAL D'INFERMERIA**

NOM I COGNOMS MARÍA JOSÉ RUIZ MONTILLA

NIF 466140912 ADREÇA C/ ALFONS II, 20, 4º-1ª

POBLACIÓ LEIDA CP 25001 TELÉFON 67786809

LLOC DE TREBALL U HEMODINÀMICA EXTENSIÓ 2704

TORN MATÍ CATEGORIA PROFESSIONAL DUI

TÍTOL DEL TREBALL DE RECERCA Conocimientos, actitudes en Bioética y actitud moral en el proceso de estudiante a profesional de la salud a profesional

DURACIÓ DE LA RECERCA \_\_\_\_\_

MOTIU PER REALITZAR L'ACTIVITAT:

CURS DE POSTGRAU  MÀSTER  PERSONAL  Doctorat

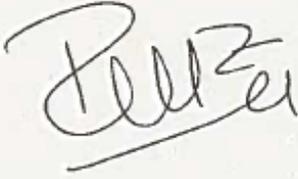
PRECISA :

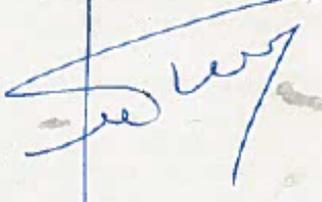
CONSULTAR HISTÒRIES  REALITZAR ENQUESTES

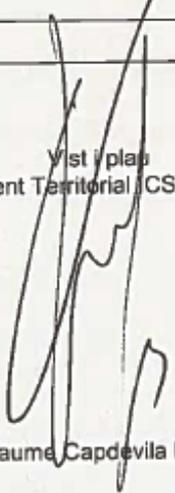
ALTRES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El/la sol·licitant 

El/La director/a d'Infermeria   
Marina Peiron Paris

Vist i plaç  
Gerent Territorial CS Lleida   
Jaume Capdevila Mas

Lleida, 8 de ABRIL de 2016.

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

## Anexo B: Petición a la Secretaria del CEIC

Sra. Montserrat Solanilla Puértolas

Secretaria Tècnica CEIC,

Em dirigeixo a vostè amb motiu de la realització de la meva tesi doctoral que porta per títol:

**“Estudio sobre conocimientos, actitudes en bioética y competencia moral, en el proceso de estudiante universitario a profesional sanitario”**

L'ensenyament de la Bioètica en las diferents carreres sanitàries, avui en dia, esdevé un fet necessari i imprescindible. Els coneixements teòrics s'adquireixen durant l'assignatura impartida en diferents cursos, tan a infermeria, medicina, nutrició i dietètica, biomedicina, psicologia. La pràctica en la resolució de problemes bioètics o actitud moral està igualment relacionada amb els coneixements en la matèria i el grau de competència moral que presenta l'alumne. Aquests coneixements, actituds morals i competència moral es poden avaluar a través d'un qüestionari validat.

Els participants en l'estudi són els alumnes de primer i de tercer curs del grau d'infermeria, medicina, psicologia, biomedicina y dietètica i nutrició, per respondre als següents qüestionaris: qüestionari sobre dades demogràfiques, qüestionari de coneixements teòrics en Bioètica, qüestionari sobre actitud moral, i qüestionari sobre competència moral de Rest. Aquests qüestionaris també va dirigits als professionals de l'Hospital universitari Arnau de Vilanova i de l'Hospital de Santa Maria de Lleida (excepte el de competència moral de Rest).

Els alumnes i els professionals seran informats i se'ls demanarà el consentiment per a la realització. Posteriorment s'avaluaran, tot mantenint l'anonimat i confidencialitat dels resultats. No hi haurà cap sincronia entre el resultat del qüestionari i la identitat de la persona que ho ha realitzat. Tampoc es realitzarà cap altra intervenció amb els resultats obtinguts que no sigui la pròpia de l'estudi present. Els qüestionaris s'identificaran mitjançant un codi numèric, associat al resultat obtingut, però totalment desvinculat amb la identificació del professional.

Per aquet motiu la meva consulta cap a la Secretaria del CEIC és notificar si cal la presentació d'un projecte de tesi al CEIC tenint en compte els arguments anteriorment citats.

Esperant les seves notícies, rebí una cordial salutació.

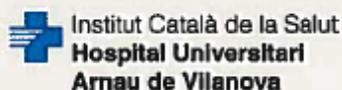
María José Ruiz Montilla

Diplomada en Infermeria. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Doctoranda en Salud

Lleida, 25 de Febrer de 2016

## Anexo C: Respuesta del CEIC



De: president del CEIC  
A: Sra. Maria José Ruiz Montilla

**Assumpte: estudi "Estudio sobre conocimientos, actitudes en Bioética y competencia moral, en el proceso de estudiante universitario a profesional sanitario"**

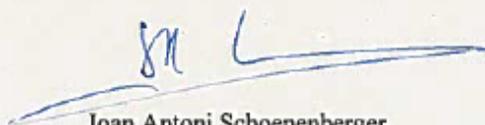
Benvolguda,

El projecte presentat no s'ajusta al concepte de projecte de recerca contemplat en la LIB (LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.), ni el RD d'assaigs clínics (Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos), ni tampoc a les directrius normatives sobre projectes observacionals en medicina de l'AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) que són competència del CEICs.

Segons la memòria de què disposem, no és un projecte de recerca clínica, ja que no hi ha cap intervenció clínic-mèdica, no es recullen dades sobre salut ni hi ha presa de mostres de persones.

Per tant, aquest estudi no entra dins els estudis que requereixen valoració per part d'un CEIC, ni és funció del CEIC de L'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida pronunciar-se sobre aquests tipus d'estudis. Tanmateix, el CEIC es dona per assabentat.

Salutacions,



Joan Antoni Schoenenberger  
Lleida, 2 de març de 2016

## Anexo D: Carta de petición de consentimiento dirigida a los decanos de la UdL

Il·lm. Sr. Degà de la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia,

Em dirigeixo a vostè amb motiu de la realització de la meva tesi doctoral que porta per títol:

**“Conocimientos, actitudes en bioética y competencia moral, en el proceso de estudiante en ciencias de la salud a profesional”**

Per aquest motiu **exposo**:

Que l'ensenyament de la Bioètica en las diferents carreres sanitàries, avui en dia, esdevé un fet necessari i imprescindible. Els coneixements teòrics s'adquireixen durant l'assignatura impartida en diferents cursos, tan a infermeria, fisioteràpia, medicina, nutrició i dietètica, biomedicina, psicologia. La pràctica en la resolució de problemes bioètics o actitud moral està igualment relacionada amb els coneixements en la matèria i el grau de competència moral que presenta l'alumne. Aquests coneixements, actituds morals i competència moral es poden avaluar a través d'un qüestionari validat.

### **Sol·licito:**

Permís per a la participació dels alumnes del grau d'infermeria i del grau de fisioteràpia, per a emplenar aquests qüestionaris. Els alumnes seran informats i se'ls demanarà el consentiment per la realització dels qüestionaris, que posteriorment s'avaluaran, tot mantenint l'anonimat i confidencialitat dels resultats.

Es passarà aquest qüestionari als alumnes de primer de grau i als alumnes de quart de grau. La forma de contactar amb els alumnes de quart serà a través dels delegats de curs, i als alumnes de primer mitjantçant els diferents professors de les assignatures del curs.

Donant-li les gràcies per endavant, rebi una cordial salutació.

María José Ruiz Montilla

Doctoranda en Salut

Lleida, 4 d'abril de 2016

## Anexo E: Relación de expertos panelistas. Método Delphi

ANEXO 1 Tabla de relación de expertos método Delphi (PAGNINA 141)

Participantes	Titulación	Experiencia Profesional (años)	Experiencia bioética (años)
Datos			
N.A.	Licenciada Medicina	30	6
J.B.	Diplomado Enfermería	22	12
M.C.	Diplomada Trabajo Social	26	6
M.E.	Licenciada Medicina Licenciada Psicología	21	11
L.M.	Diplomada Enfermería	28	13
C.M.	Diplomada Enfermería Licenciada Psicología	33	16
R.O.	Licenciada Medicina	24	3
R.P.	Licenciado Medicina	35	3
J.P.	Licenciado Medicina Licenciado Psicología	21	12
B.R.	Licenciado Medicina	26	9
S.S.	Licenciada Medicina	24	2
M.S.	Diplomada Graduado Social	35	16
N.T.	Licenciada Derecho	25	23
J.V.	Licenciado Medicina	45	25
J.V.	Licenciado Medicina	42	25

## Anexo F: Información y consentimiento sobre el proyecto

### INFORMACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación está dirigida por los investigadores: María José Ruiz Montilla (Diplomada en Enfermería, bioética MA) y Javier Trujillano Cabello (Medicina MD, PhD), dentro del contexto del Màster d'Investigació i Recerca de la UDD (Universitat de Lleida), estamos llevando a cabo el proyecto de investigación:

“Validación de un cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral para profesionales sanitarios”

El objetivo principal del proyecto es la validación de un cuestionario sobre conocimientos teóricos en bioética y la actitud moral en profesionales de la sanidad, del Hospital Universitario Arnau de Vilanova y el Hospital Santa María de Lleida. En el contexto de esta investigación te pedimos tu colaboración para que respondas al cuestionario.

Esta colaboración implica dos fases de actuación. En la primera se trata de responder al cuestionario sobre conocimientos en bioética y actitud moral, y en la segunda parte, realizada con 15 días de diferencia, volver a contestar al mismo cuestionario. Todos los participantes tendrán asignado un código por lo que es imposible identificar al participante con las respuestas dadas, garantizando totalmente la confidencialidad. Estas no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación.

Si accedes a participar en el presente estudio, se te pedirá completar un cuestionario de 20 preguntas sobre conocimientos teóricos en bioética, donde solamente una respuesta es correcta, y otro cuestionario de 14 escenarios para evaluar actitud moral, debiendo escoger en una escala de Likert con 5 grados de concordancia, donde 0 será estar en total desacuerdo con la afirmación ofrecida, y 4 será estar en total acuerdo con la afirmación ofrecida.

También, en el cuestionario se te pedirá una serie de datos demográficos necesarios para realizar el estudio.

El tiempo aproximado para contestar estos dos cuestionarios será aproximadamente de 35 minutos.

Los resultados obtenidos pasarán a formar parte de un fichero de datos del que será máximo responsable el investigador principal. Dichos datos quedarían protegidos mediante soporte informático y únicamente la investigadora principal, María José Ruiz Montilla, dispondrá del listado de códigos vinculados a los participantes, de modo que quedarán confidencialmente protegidos frente al resto de investigadores que deberán manejar esos datos para el resultado del estudio.

El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal (María José Ruiz Montilla) ante el cual podrás ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Los resultados obtenidos mediante el cuestionario podrán ser consultados siempre que el profesional así lo solicite a los investigadores responsables del proyecto.

El participante en el estudio tiene derecho a retirarse del estudio cuando así lo desee, y sin necesidad de explicar sus motivaciones, así como también a realizar todas aquellas preguntas que crean convenientes respecto a las características del estudio y su participación en el mismo.

El documento se firmará en dos ejemplares idénticos, una de estas copias quedará en poder del participante y la otra será archivada por el investigador principal.

Para cualquier consulta que te pueda surgir, estamos a tu disposición para resolverla, mediante los siguientes canales de contacto:

María José Ruiz Montilla

Muchas gracias por tu colaboración.

## Anexo G: Cuestionario

### CUESTIONARIO TEÓRICO

- 1) La bioética es:
  - a) El estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales.
  - b) El estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una posible solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada.
  - c) Término que proviene del griego *bio-* (βιο-) [vida] y *ethikos* (ἠθικός) [ética]: la aplicación de la ética a las ciencias de la vida.
  - d) Todas las anteriores son verdaderas.
  
- 2) No es objeto de estudio de la bioética Clínica:
  - a) La relación médico-paciente, la información, la comunicación de la verdad al paciente y/o familia, el entorno legal de la relación clínica, los derechos de los pacientes, los problemas relacionados con intervenciones de riesgo elevado, la confidencialidad, el contenido de los registros clínicos.
  - b) La toma de decisiones vinculantes en lo referente a mala praxis de los profesionales sanitarios, y la resolución de conflictos ocasionados por la práctica asistencial.
  - c) La distribución de recursos escasos.
  - d) Problemas en torno a la muerte y los moribundos, implicaciones éticas del diagnóstico de muerte cerebral, eutanasia, obstinación terapéutica.
  
- 3) Respecto al “principio de autonomía” se puede afirmar que:
  - a) Equivale a “libertad individual”.
  - b) En el adulto competente puede no ser respetado si está en juego su vida.

- c) Es la capacidad volitiva y cognitiva de comprender la información y de decidir libremente.
  - d) Otorga al paciente el derecho a que sus deseos prevalezcan siempre sobre las decisiones del profesional asistencial.
- 4) ¿Cuál de las siguientes respuestas describe correctamente lo que es un tratamiento fútil?
- a) Acto médico cuya aplicación en un caso concreto se halla desaconsejada debido a su ausencia de eficacia clínica y al hecho de no aportar beneficio alguno al paciente.
  - b) Tratamiento que mejora el curso clínico, especialmente al evitar las complicaciones.
  - c) Aquel tratamiento que no causa ningún efecto perjudicial.
  - d) Tratamiento que mejora los síntomas y proporciona así bienestar al paciente.
- 5) Cuando un paciente con una enfermedad irreversible y que le causa grave sufrimiento, nos pide que dejemos de martirizarle, que seamos piadosos y acabemos con su existencia, ¿en qué supuesto nos encontramos?
- a) Limitación del esfuerzo terapéutico.
  - b) Suicidio asistido.
  - c) Muerte digna.
  - d) Demanda de eutanasia o ayuda a morir.
- 6) Respecto a la declaración de incompetencia o de incapacidad:
- a) Un paciente puede ser incompetente para ejercer su autonomía y no estar incapacitado judicialmente.
  - b) La declaración de incapacidad de un paciente corresponde únicamente al médico.
  - c) La posibilidad de declarar incompetente a un paciente es exclusiva del juez.
  - d) Nunca un médico puede declarar a un paciente incompetente para ejercer su autonomía.
- 7) El término eficiencia se define como:

- a) Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos medidos en condiciones ideales de observación.
  - b) Optimización de la relación entre los beneficios aportados por una intervención y los recursos utilizados.
  - c) Capacidad de una intervención de producir efectos beneficiosos en las condiciones habituales de uso.
  - d) Optimización de la relación entre beneficios clínicos aportados por una intervención y efectos perjudiciales que de ella se deriven.
- 8) Son virtudes del profesional sanitario:
- a) Benevolencia, prudencia, honestidad.
  - b) Confianza, veracidad, fidelidad.
  - c) Empatía, discreción, amabilidad.
  - d) Todas las mencionadas.
- 9) ¿Cuál de las siguientes proposiciones refleja mejor el “Principio de doble efecto”?
- a) Una acción u omisión con dos efectos, uno bueno y otro malo, será éticamente permitida cuando desea sólo el efecto bueno.
  - b) La acción produce también un efecto involuntario o colateral.
  - c) El efecto bueno no debe ser consecuencia del efecto malo (que sería entonces la consecuencia directa de la acción), sino que el efecto bueno es el que se pretende. El malo sólo se tolera.
  - d) Todas las anteriores son ciertas.
- 10) En el análisis bioético de casos por parte del CEA, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?
- e) El análisis de casos se lleva a cabo por un grupo de profesionales.
  - f) Nunca debemos conocer la situación personal y familiar de los afectados.
  - g) En las deliberaciones es conveniente buscar el máximo consenso.
  - h) Las conclusiones a las que llega el comité de ética no son vinculantes.
- 11) ¿Cuáles de las siguientes no son funciones de un comité de ética asistencial?

- a) Asesorar en reclamaciones profesionales, sindicales o relativas a la organización y gestión del centro, sobre todo en cuestiones socioeconómicas y de justicia distributiva.
  - b) Asesorar en la resolución de aquellos casos difíciles que se presentan en la práctica asistencial en los cuales existen conflictos de valores de naturaleza moral o espiritual, fruto de las diferentes convicciones individuales de las personas implicadas.
  - c) Colaborar en la formación de los profesionales del propio centro y de los miembros del comité en materia de bioética con el objetivo de propiciar el diálogo bioético. Para ello puede servirse de cursos, jornadas, conferencias magistrales, o mesas redondas sobre temas bioéticos o análisis de casos que planteen dilemas de este género.
  - d) Todas son funciones de los comités de ética asistencial.
- 12) ¿Qué profesionales pueden formar parte de los comités de ética?
- a) Médicos y enfermeras.
  - b) Puede haber profesionales de la unidad de atención al usuario o algún representante de los ciudadanos no directamente relacionados con el centro o centros sanitario/s o con la bioética.
  - c) Asistentes sociales, juristas, capellanes de instituciones relacionadas con la bioética.
  - d) Todos los anteriores pueden formar parte de los comités de ética.
- 13) ¿En qué casos un menor maduro podrá decidir por sí solo sin necesidad de consultar o pedir autorización de padres o tutores?
- a) El menor nunca puede decidir por sí solo en lo referente a la salud, siempre requiere el consentimiento de los padres o de los tutores a su cargo.
  - b) A partir de los 12 años, si es considerado menor maduro a criterio del profesional y en función de la gravedad de la decisión a tomar, puede decidir por sí solo una cuestión concerniente a su salud.
  - c) En los casos de aborto, inclusión en investigaciones y trasplante de órganos
  - d) Todas las anteriores son incorrectas.
- 14) La ley 41/2002, de 14 de noviembre:

- a) Hace referencia a la actividad asistencial y regula las relaciones entre los diferentes centros provinciales.
- b) Hace referencia a la regulación de la autonomía del paciente y a los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- c) Hace referencia a la ordenación de los derechos y deberes del personal sanitario en materia de asistencia.
- d) Hace referencia al código de prestaciones sanitarias reguladas por ley ordinaria en 2002.

15) A qué hace referencia el término “*principios prima facie*”:

- a) Son obligaciones morales, que, si no entran en contradicción, deben guiar nuestra actuación.
- b) De obligado cumplimiento.
- c) Es una recuperación del Juramento Hipocrático.
- d) Todas las anteriores son correctas.

## Escenario-1

Una pareja, con antecedentes familiares de enfermedad hereditaria grave, decide tener un hijo. Sólo puede hacerlo mediante reproducción asistida, con selección de los embriones sanos, pues quiere asegurar que el bebé esté libre de enfermedad y que sea niña.

		0	1	2	3	4
1	Se le asegura que estará libre de enfermedad, pero no se le deja elegir género					
2	Investigaría si nuestra legislación permite elegir género					
3	Si el tratamiento es en la sanidad privada los padres pueden elegir el sexo del bebé					
4	El profesional que le atiende puede declararse objetor de conciencia para efectuar reproducción asistida por fecundación in vitro					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

## Escenario-2

Niño de 9 años vecino de nuestra ciudad. Diagnosticado de tumor cerebral. No hay posibilidad quirúrgica en nuestro centro. Sabemos que se puede hacer radioterapia especial en Houston que modifica su pronóstico (curación en un tercio de los casos), pero con un elevado coste económico que la familia no puede hacer frente.

		0	1	2	3	4
1	El responsable del paciente informará a la familia de esta posibilidad y que sean ellos quienes decidan si pueden pagar el tratamiento.					
2	Si la familia no tiene suficientes recursos, se busca una ONG que les pueda ayudar					
3	Se busca asesoría legal para ver si el estado debe pagar					
4	Como el tratamiento queda fuera de nuestro ámbito, no tendríamos la obligación de informarles					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

### Escenario-3

Paciente de 15 años que acude a urgencias por agitación psicomotriz. Sus amigos acompañantes dicen que ha tomado varias pastillas en la discoteca. El paciente se recupera en 2 horas.

		0	1	2	3	4
1	Se avisa a su familia aunque él haya dicho que no					
2	Los profesionales que atienden al paciente, si tuviera 17 años, no avisarían a la familia					
3	El profesional responsable del paciente informará a la policía de lo ocurrido					
4	Es la tercera vez que se atiende. Se avisa a la familia					
5	Es un menor maduro. Debemos respetar su decisión de no avisar a la familia					
6	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

### Escenario-4

Niño de 13 años que se detecta en campaña de vacunación escolar, que no ha sido vacunado de sarampión.

		0	1	2	3	4
1	Si la familia no quiere no se vacuna					
2	Se intenta convencer al niño que es bueno que se vacune					
3	El profesional responsable del paciente intentará convencer a la familia que es bueno que el niño se vacune					
4	Se obliga al niño a vacunarse, es un tema de salud pública					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

## Escenario-5

Hombre de 28 años. Politraumatizado. Traumatismo cráneo-encefálico grave (TAC con destrucción de lóbulo frontal izquierdo, y múltiples zonas de hematoma intraparenquimatoso). 43 días de ingreso en UCI. Portador de traqueotomía. Reactivo pero no se ha visto perceptivo. Ha ido mejorando algo. Hace complicación infecciosa (neumonía nosocomial) con hipotensión y necesidad de noradrenalina en perfusión. Fracaso renal agudo con anuria y cifras altas de creatinina. Se plantea sistema de depuración extra-renal (hemodiafiltración veno-venosa continua). No hay documento de voluntades anticipadas redactado.

		0	1	2	3	4
1	Si fuera yo el paciente, no querría que se me hiciera nada más					
2	Si fuera mi hijo, no querría que se le hiciera nada más					
3	Los profesionales sanitarios al cargo del paciente, plantearán a la familia sobre qué actuación deciden seguir					
4	El responsable del paciente decidirá con mayor facilidad si conoce el deseo expreso del paciente a no verse en esta situación					
5	Se debe continuar con el tratamiento ya que es un paciente muy joven					
6	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

## Escenario-6

Mujer de 37 años con diagnóstico de neo de mama con confirmación por anatomía patológica. Buen estado general. La paciente quiere tratarse con medicinas alternativas (tiene una tienda herbolario y da cursillos de medicina natural).

		0	1	2	3	4
1	Yo acepto la decisión de la paciente a tratarse con medicinas alternativas					
2	El profesional responsable de la paciente decide que ha dejado de ser paciente del centro hospitalario, porque no sigue el tratamiento convencional que se le propone					
3	Los profesionales sanitarios pedirán ayuda a la familia para intentar convencerla que únicamente siga el tratamiento tradicional					
4	Los profesionales sanitarios pedirán la autorización judicial para poder tratarla contra su voluntad					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

## Escenario-7

Hombre de 29 años subsahariano que acude al Hospital por malformación de cadera izquierda que puede tratarse con prótesis especial y rehabilitación de larga duración. Se encuentra en situación ilegal en nuestro país.

		0	1	2	3	4
1	Yo considero que la factura del tratamiento debe pagarla el país de origen del paciente					
2	Si el paciente fuera un menor sería más fácil aceptar su tratamiento					
3	Si fuera legal (tiene papeles) sería más fácil aceptar su tratamiento					
4	Si fuera padre de familia (tiene 2 hijos que dependen de su trabajo) sería más fácil aceptar su tratamiento					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

## Escenario-8

Mujer de 48 años con neo de mama metastásica y que ha recibido tratamiento con quimioterapia en los últimos 3 años con una calidad de vida aceptable. Ahora solo puede ponerse un nuevo tratamiento que ha demostrado que alarga la vida un promedio de 1,5 meses y su valor es de 30000 euros cada dos semanas, que correría a cargo de la Seguridad Social. La paciente está de acuerdo con la administración de este tratamiento.

		0	1	2	3	4
1	La decisión de administrar el tratamiento depende de una comisión de expertos del hospital					
2	Si se conoce al paciente será más fácil que se tome una decisión					
3	La decisión cambia si el precio es de 100 o de 10.000 euros					
4	El paciente puede decidir su tratamiento si lo paga					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

## Escenario-9

Un compañero de trabajo, que carece de acceso a la historia clínica informatizada, te pide a ti que sí que lo tienes que mires el resultado de una prueba que se ha hecho su cuñado (aunque no eres el profesional que lo atiende). Miras la prueba y ves que es un resultado compatible con un proceso de tumor pulmonar

		0	1	2	3	4
1	Yo doy información dependiendo del tipo de prueba y de su resultado					
2	Se podría informar al compañero de trabajo, pero no al paciente					
3	Se debería informar al médico que hemos consultado el resultado de la prueba que él ha pedido					
4	Acceder a la historia clínica de una persona que no es tu paciente es siempre un delito					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

## Escenario-10

Paciente de 16 años que te solicita información o posible tratamiento por de rotura de preservativo (estando con su novio) y quiere la píldora del día después, por miedo a quedarse embarazada.

		0	1	2	3	4
1	Se le debe dar el tratamiento que solicita. Es una menor madura					
2	Se debe poner en contacto con el especialista (ginecólogo) y realizar educación sanitaria					
3	El profesional responsable de la paciente debe informar a sus padres					
4	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

## Escenario-11

Hombre de 75 años. Politraumatizado por accidente de circulación (conduce el). Trauma torácico (6 costillas con contusión pulmonar), no traumatismo cráneo-encefálico. Problemas respiratorios con ventilación mecánica y sedo-relajación, con lesiones irreversibles de pronóstico fatal. Al día 16 de su ingreso la familia nos dice que nos estamos excediendo con el tratamiento y que creen que lo que hacemos no sirve para nada.

		0	1	2	3	4
1	Yo estoy de acuerdo con lo que piensa la familia					
2	No se retira tratamientos, pero no se añade nada más					
3	El responsable del paciente debe esperar a que se despierte					
4	Se debe llamar al juez para realizar una consulta, ya que es un tema legal					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

## Escenario-12

Ingresa paciente de 13 años con politraumatismo (se ha caído de la bicicleta) y se diagnóstica de rotura de bazo. Se realiza analítica con cifras de hemoglobina bajas. Hay repercusión clínica con hipotensión, oliguria, taquicardia y aumento del trabajo respiratorio. Se indica transfusión, a fin de estabilizarlo y poder hacer más pruebas para diagnosticar mejor su estado. La familia dice que son testigos de Jehová. No quieren que se ponga "sangre" a su hijo. El niño dice que lo que digan sus padres.

		0	1	2	3	4
1	Dado que es un menor, se decide (con la autorización al juez) pasar concentrados de hematíes					
2	Los profesionales sanitarios esperarán a que el estado del paciente empeore clínicamente para decidir el tratamiento					
3	El responsable del paciente no dejará que muera por falta de transfusión					
4	Si el paciente tuviera 16 años podría decidir					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.

## Escenario-13

Nos avisan de Urgencias que ha llegado un paciente politraumatizado (accidente de circulación) con múltiples fracturas y repercusión en tensión arterial. No tenemos cama en UCI, y tampoco contamos con ninguna cama de hospitalización disponible. En la UCI hay un paciente con limitación de esfuerzo terapéutico (LET) y creemos que morirá en unas 24-48 horas. Los familiares del paciente ingresado en UCI no están de acuerdo con la decisión de acelerar el proceso de muerte

		0	1	2	3	4
1	El responsable del paciente acelera el proceso de muerte del paciente en UCI					
2	Si el paciente de UCI no tiene familia es más fácil que los profesionales sanitarios decidan su final					
3	Se decidirá el traslado del paciente de urgencias a otro centro, aunque esto sea un riesgo					
4	Si el paciente no está consciente, deben respetarse siempre los deseos de su familia					
5	Es un caso a consultar con el comité de ética del hospital					

0 Es un total desacuerdo. 4 un total acuerdo.