The background features a minimalist design with several light blue circles of varying sizes and thin blue lines. One large circle is at the top right, a smaller one is below it, and another is to the right of the main title. A large circle is at the bottom right. Lines connect some of these circles, creating a network-like structure.

La atención sanitaria de calidad desde una perspectiva bioética. Estudio descriptivo de un hospital de Cantabria

The quality care from a bioethical
perspective. Descriptive study of a hospital in
Cantabria

Autora: Isabel Pérez Loza
Tutor: Jaime Zabala Blanco
13/05/2014

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
HIPÓTESIS	14
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA	15
- TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN DE ESTUDIO	
- PROCEDIMIENTOS	
- INSTRUMENTOS DE MEDIDA	
- VARIABLES	
- ANALISIS DE DATOS	
- LIMITACIONES DEL ESTUDIO	
RESULTADOS	17
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	43
- Encuesta	43
- Informe CEIC	46

RESUMEN

El trabajo tiene por objetivo principal: Evaluar el nivel de formación, conocimientos y percepción acerca de diversos aspectos bioéticos entre los profesionales de la salud.

Objetivos secundarios:

- Identificar su opinión acerca del grado de respeto que se presta a los principales derechos básicos de los usuarios a los que atienden en el Servicio Cántabro de Salud.
- Identificar los principales problemas éticos a los que se enfrentan estos profesionales en su quehacer diario.
- Identificar su creencia sobre si se trabaja como un equipo multidisciplinar.

Material y método: Encuesta autoadministrada y validada a profesionales del equipo de salud HUMV.

Resultados:

Se recogieron un total de 138 encuestas cumplimentadas de un total de 271 entregadas, con lo que la tasa de respuesta fue de 50.9%.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la categoría profesional y la formación Bioética recibida (**P=0,001**), lo mismo sucede con la categoría profesional y el conocimiento de la existencia de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del Servicio Cántabro de Salud (**P=0,000**) y entre la categoría profesional y el enfrentamiento habitual a dilemas éticos en el desempeño de la labor profesional (**P=0,000**).

La mayoría de los miembros del equipo de salud que han participado en el estudio, consideran que se respeta habitualmente la dignidad, la opinión y la intimidad del paciente y se le informa de su situación adecuadamente con las alternativas posibles de cuidados y tratamientos.

Como problemas éticos señalan un gran abanico de posibilidades: ¿Dónde parar los tratamientos?, aborto, religión, eutanasia, encarnizamiento terapéutico, tratamiento del dolor en paciente terminal, decisión sobre sedación, informar al paciente sobre su proceso y toma de decisión, voluntades previas, indicación del tratamiento, enfrentamiento entre la demanda del paciente y las ordenes pautadas, ingresos involuntarios, contenciones... .

La mayoría de los encuestados consideran que habitualmente se trabaja en equipo.

Conclusiones: La mayoría del personal sin importar su categoría, sexo o antigüedad, consideran necesario recibir formación continuada en Bioética para su desarrollo como profesional de la salud tanto en aspectos legislativos como en problemas éticos derivados de la práctica diaria.

En varias preguntas existen diferencias significativas dependiendo de la categoría profesional, algo que no sucede al agrupar los datos por sexo, antigüedad o lugar de trabajo.

Los médicos con un 53,3% y las auxiliares con un 47,8% consideran que “habitualmente” se trabaja en equipo frente a un 53,3% de las enfermeras que consideran que “pocas veces”.

ABSTRACT

Objective:

Assess the level of training, knowledge and perception about various bioethical issues among health professionals .

Secondary objectives:

- Identify your opinion about the degree of respect that is paid to the main basic rights of users they serve in the Cantabrian Health Service .
- Identify the major ethical issues that these professionals face in their daily work.
- Identify your belief about if you work as a multidisciplinary team.

Material and method : self survey and validated health team professionals HUMV .
results:

A total of 138 survey responses of a total of 271 delivered , thus the response rate of 50.9 % was collected.

There were statistically significant differences between professional and bioethics training received ($P = 0.001$) , so is professional and the knowledge of the existence of the Charter of Rights and Duties of users of the Cantabrian Health Service ($P = 0.000$) and between the professional and the usual confrontation with ethical dilemmas in the performance of professional work ($P = 0.000$).

Most members of the health team who participated in the study believe that dignity , opinion and patient privacy is respected and usually tells his situation appropriately with possible alternative care and treatment .

As ethical problems point to a wide range of possibilities : Where to stop treatments , abortion , religion , euthanasia, therapeutic cruelty , pain in terminal patients , sedation decision , inform the patient about the process and decision making , previous wills ? , indication for treatment , confrontation between patient demand and patterned orders, involuntary admissions , contentions

Most respondents consider that usually works together

Conclusions: Most of the staff regardless of category , sex or age , considered necessary to receive continuing education in bioethics and professional development for health both in legislative issues and ethical problems arising from daily practice .

Several questions are significant differences depending on the professional category, which does not happen to group data by sex , age, or workplace.

Physicians with 53.3 % and 47.8% with auxiliary consider "usually" working on computer against 53.3% of nurses believe that " rarely ."

PALABRAS CLAVE

Bioética

Responsabilidad legal

Enfermería & Bioética

Ética en los hospitales

Bioethics

Liability, Legal

Ethics & Health care

Ethics, Institucional

INTRODUCCIÓN

Los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son relacionados con valores del profesional de enfermería: el respeto a la intimidad y a la privacidad, la capacidad de escucha, la confidencialidad, la veracidad y el principio de no abandono¹.

En esta época de modernidad, el profesional de enfermería se enfrenta en ocasiones a un reduccionismo biológico de la vida humana, a una ruptura en la que el cuerpo no es algo que la persona es, sino que algo que ella tiene, un instrumento bajo el dominio de la ciencia y la técnica. La realidad corporal, la vida, la salud y la enfermedad se han convertido en cuestiones meramente técnicas, quedando la persona dosificada y sujeta a criterios de eficiencia y utilidad. La vida humana se valora en términos de utilidad biológica, solo es válida aquella que tiene cierta calidad, según unos parámetros. Desde esta perspectiva, se ha perdido el valor fundamental de la vida².

Edmun Pellegrino³, concibe a la persona como un ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona y el medio ambiente donde vive y se desarrolla, ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con los demás. La integridad, en este sentido, sinónimo de salud. La relación profesional – paciente debe ser por definición “holística”, donde cuidar contribuye a la restitución de la integridad.

Esto supone una base para la reflexión sobre nuestra relación, identificación y percepción sobre la “ética del cuidado” y con lo que convivimos a diario, con el fin de que comencemos a ser capaces de identificar y erradicar conductas de paternalismo y autoritarismo terapéutico y sustituirlas reconociendo el rol activo del enfermero en su proceso de enfermedad, logrando ensalzar las cuestiones relativas a la ética profesional⁴.

Todo este proceso de cuidar lo asume la enfermería mediante el proceso del cuidado, el cual intenta evitar lo malo y favorecer y predisponer hacia lo bueno; es por lo tanto, un proceso denominado “ética del cuidado”⁵.

La práctica de la ética en el arte del cuidado de la enfermería constituye un saber práctico, cuya finalidad es dar respuesta a los retos, desafíos y cuestiones sobre lo que es éticamente correcto dentro de un mundo sanitario medicalizado, tecnificado y deshumanizado que busca los “milagros de la medicina” a costa de vidas humanas ⁶.

Debe convertirse en una praxis interdisciplinaria, en la que predomine la tolerancia y el diálogo para la toma de decisiones. No mediante una deducción lógica ni la verificación empírica, sino mediante una reflexión práctica guiada por la prudencia en la aplicación de los principios de la Bioética para solucionar cuestiones que con carácter en ocasiones urgente e inaplazable, desbordan el marco normativo y social vigente y exigen una respuesta ética, social, jurídica, racional, razonable y capaz de ser aceptada en una sociedad abierta, pluralista y multicultural⁷.

La aplicación correcta del principio de justicia sigue siendo una cuestión compleja. Parece claro que el derecho a la salud y la atención sanitaria sigue siendo uno de los principales derechos humanos y también uno de los más incumplidos en nuestro mundo globalizado⁸. El discurso teórico de la igualdad debe transformarse en compromisos políticos prácticos que lo apliquen. En el caso concreto de nuestro país, ello debe traducirse, por ejemplo, en el logro de una financiación de los sistemas sanitarios de las diferentes autonomías, que garantice a los ciudadanos los principios éticos de universalidad, equidad, accesibilidad y calidad de la atención sanitaria⁹.

Existen artículos^{9,5,1,10} que nos ponen en alerta sobre el nivel que tienen las enfermeras sobre bioética, donde los miembros del equipo de salud presentan un déficit de conocimientos paralelo a unos niveles de escasa formación en bioética y una percepción de insuficiencia respecto a los derechos básicos del usuario. Se hace necesario potenciar la formación, así como vías ágiles de información en las instituciones que permitan una adaptación real a los requerimientos éticos y legales en cada momento.

No se trata solo de adquirir conocimientos de los profesionales de enfermería en su práctica, sino que debemos de incidir en la formación ética de los alumnos, futuros profesionales, ya que continuamente serán sometidos a situaciones que reclamen de ellos una postura y opción ética, que exige algo más que el ejercicio de una “ética espontánea o innata” o una “ética especulativa”, que permanezca en razonamientos livianos, pero ausente de una práctica correcta¹¹.

Los principios éticos constituyen la fuerza indispensable para garantizar una atención de calidad en salud, basada en el cuidado en todos los procesos⁶.

El reconocimiento a que el afectado pueda intervenir en la toma de decisiones ha sido el hecho que más ha transformado la relación clínica en los últimos 2500 años de medicina occidental. Antes, al enfermo se le pedía que se abandonara al criterio profesional, que pusiera “la vida en sus manos”. Éste, por su parte, debía actuar como un padre protector indicando qué había que hacer y asumiendo toda la responsabilidad de las decisiones. Desde el absolutismo científico la máxima era “todo para el paciente, pero sin el paciente”.

La bioética persigue la humanización de la asistencia sanitaria incidiendo en el papel protagonista del paciente y en su derecho a intervenir en todas aquellas decisiones que le afecten⁸. Nos recuerda que el enfermo es una persona que, además de su problema físico, tiene aspectos psicológicos, morales, sociales y afectivos que deben ser completados en su atención y también en la toma de decisiones según las prioridades del interesado¹².

Al tomar una decisión en el ámbito de la salud, juegan un papel fundamental el paciente con su estado de salud, el equipo de salud, los objetivos que se procuran alcanzar, la estrategia que se elegirá y el ambiente para desarrollar este proceso de toma de decisiones teniendo en cuenta los medios que disponen el equipo de profesionales, el paciente y su familia. Es por esto que en la formación de los profesionales de la salud debe estar incluida la formación en bioética, dentro del currículo explícito e identificarla como una necesidad de aprendizaje de docentes y estudiantes.

La bioética es una disciplina encargada de defender la vida, en todas sus expresiones; a pesar de ello se ha limitado al naturalismo desde sus inicios ¹³. Se pretende que la ética sea normativa, que impida los abusos cometidos por la investigación y la tecnología, se trata de llegar a unos principios internamente jerarquizados que puedan aplicarse a la resolución de problemas clínicos concretos, o distinguir la licitud de las prácticas clínicas. Hay que discernir entre la posibilidad técnica y la licitud ética. No solo existe un conocimiento científico que indaga sobre lo material de los hechos, sino que en toda tarea científica hay unos valores humanos que están en juego. Uno de estos caminos lo ofrece la bioética. A través de la reflexión a partir de los principios, el profesional de la salud puede encontrar respuestas a las inquietudes generadas por su actuación laboral cuando ella está sometida a las contingencias arriba mencionadas ^{8, 14}.

Durante los últimos 30 años, es evidente el espectacular desarrollo científico – técnico en el campo de las Ciencias de la Salud. Por este motivo, los pacientes, se ven de pronto inmersos en un mundo extraño y desconocido para ellos, que en la mayoría de las ocasiones les hace sentirse impotentes, desorientados y vulnerables. El reconocimiento a que los usuarios de los servicios sanitarios sean capaces de intervenir en la toma de decisiones con respecto a su salud y/o enfermedad, ha transformado el clásico paradigma de la relación clínica autocrática en otro tipo de paradigma que exige el mutuo reconocimiento a la libertad y a la dignidad del prójimo ¹².

En el libro “Memorias de Adriano” de Narguerite Yourcenar (1903-1987), el emperador Publio Aelio Adriano (76 – 138) cuenta en una carta a su hijo adoptivo Marco, como se siente tras ser atendido por Hermógenes, su médico: *“Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo”*. Más adelante concluye: *“Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre”* ¹⁵.

Este breve texto, deja bastante claro que desde los comienzos de la medicina como ciencia, estas sensaciones han sido compartidas a lo largo de las diferentes

épocas y hasta nuestros días por millones de personas, lo cual debe hacer reflexionar a los profesionales de la salud sobre qué es lo que debemos hacer para evitarlo.

Es necesario, por tanto, dejar de lado el pensamiento positivista predominante hace no tantos años, que consideraba como único elemento importante el conocimiento científico – técnico, que Auguste Comte denominó “el régimen de los hechos” y que desdeñaba los sentimientos, las creencias y los valores de las personas y comenzar a plantearse la profesión sanitaria desde un punto de vista más holístico, donde los equipos de salud al completo seamos capaces de trabajar por y para el usuario, buscando soluciones concretas a cada problema en el momento oportuno y de una manera individualizada. Este es un reto que, una vez planteado, hizo que en los años setenta comenzasen a surgir llamadas Éticas Aplicadas, entre las cuales se encuentran la Bioética, una de las que más desarrollo ha alcanzado en nuestros días ¹⁶.

La Bioética nace en Estados Unidos, donde en 1973 surge la primera carta de derechos de los pacientes publicada por la Asociación Americana de Hospitales. Fue el Doctor en Bioquímica, Van Rensselaer Potter, el que acuñó el término Bioética (Bios & Ethos, “ética” y “costumbres”) por primera vez, para indicar la necesidad de diálogo entre científicos y humanistas, con el fin de preservar a la humanidad de su propia destrucción. Desde su perspectiva, la Bioética ha de comprenderse como un problema global en las relaciones entre las ciencias de la salud para lograr una mejor calidad de vida para todos ¹⁴.

Surgen dos grandes líneas de desarrollo de la bioética: la que hace referencia a los problemas más globales sobre crecimiento demográfico, medioambiente y utilización de recursos, y una posterior que se centra en los problemas clínicos y de investigación. Se pasa de la bioética como reflexión a una bioética como procedimiento en la toma de decisiones clínicas científicamente correctas y éticamente aceptables en situaciones de pronóstico incierto. De ese modo, se va definiendo la bioética como disciplina y se va conjugando con otras éticas como

la ecología o la política sanitaria, con las que las Ciencias de la Salud deben entrar necesariamente en dialogo ¹⁴.

En España, la bioética comienza su desarrollo de la mano de la Teología Moral católica renovada a la luz del Concilio Vaticano II. En el año 1975, Francesc Abel funda en Barcelona el Instituto Borja de Bioética y ya en 1985, Javier Gafo como director de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, organiza los Seminarios Interdisciplinarios en Bioética , que reúnen todos los años a un nutrido número de especialistas de diversas disciplinas para discutir sobre los diferentes problemas bioéticos mas relevantes en ese momento ⁹, sin olvidar la contribución de Diego Gracia Guillén, reconocido como una autoridad mundial en bioética, Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Director del primer Máster de Bioética ofrecido en España desde 1989 por el que pasan la mayoría de los miembros de los comités.

Hoy en día la formación en aspectos bioéticos es parte imprescindible de los programas de estudio en todas las Universidades de Medicina y Enfermería de nuestro país, algo que ya en los EEUU viene haciéndose hace tiempo. Por ello, es importante tener en cuenta que la formación en bioética constituye, como así se ha demostrado a lo largo de la historia, un elemento curricular clave en el perfil de todo profesional.

A lo largo de la historia, se han ido estableciendo paulatinamente, las bases de lo que hoy día podemos reconocer como Derechos de los pacientes.

Desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones y han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con este tema. La Declaración Universal de Derechos Humanos¹⁴ (1948), ha sido el punto de partida obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente. En el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa¹⁵, del año 1994 y promulgada por la Oficina Regional para Europa de la OMS, ha

sido el texto de referencia, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

En los últimos años, han de destacar la especial relevancia cobrada por el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos¹⁶ y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones biológicas y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cuál entro en vigor en España el 1 de enero de 2000. Dicho convenio, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias.

A nivel estatal, es la regulación del derecho a la protección de la Salud, recogido en el artículo 43 de nuestra Constitución Española¹⁷ (1978), la que asume todas aquellas cuestiones más estrechamente vinculadas con los derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios. En dicho artículo quedan plasmados aspectos tan relevantes como los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes, en lo relativo a la salud. Este último aspecto, requirió de una regulación básica, a través de la ley 14/1986¹⁸ de 25 de Abril, General de Sanidad.

Esta ley¹⁸ 25/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) supuso el primer reconocimiento formal de derechos de los pacientes y ha regido durante años los derechos básicos sanitarios que deben ser respetados por los profesionales.

A pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los

servicios sanitarios. De este modo, mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual y declara que la organización sanitaria debe ser capaz de garantizar la salud como derecho indiscutible de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, asegurando una serie de condiciones que engloben, el respeto a la intimidad personal de los usuarios, así como su libertad individual, y garantizando la total y absoluta confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ninguna forma de discriminación.

La ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002)¹⁹, uno de los objetos de nuestro estudio, hace referencia, en la exposición de motivos, lo siguiente:

“La importancia que tiene los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico – asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencias en la materia”¹⁹.

La presente ley, completa las previsiones que la LGS enunció como principios generales, reforzando y proporcionando un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. Merece especial mención, la regulación que hace sobre las instrucciones previas, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo (1997), los deseos de los pacientes expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Esta ley, aborda también de manera exhaustiva todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, destacando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios a este respecto.

El Sistema Autonómico de Salud de la comunidad autónoma de Cantabria, dentro del proceso de modernización de la administración, tiene como referente de sus actuaciones a los usuarios de los diferentes servicios sanitarios que presta. De este modo, la Consejería de Sanidad, al amparo de lo contenido en la Ley 41/2002, en la Ley 7/2002 de 10 de Diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria²⁰ y en la propia Ley General de Sanidad¹⁸, resalta la protección de los

derechos de respeto a la autonomía y voluntad de los usuarios, así como cualquiera de sus necesidades, en relación con la protección de la salud.

La Carta de Derechos y Deberes, sirve como instrumento de mejora y compromiso de la administración sanitaria de Cantabria para con todos los usuarios de los servicios de salud, “asumiendo el mandato de la Ley como filosofía y principios básicos de actuación propios en la relación de los profesionales sanitarios con los usuarios de nuestros servicios”¹⁸.

Se trata de un documento autonómico y aprobado oficialmente en el año 2009 (Orden SAN/28/2009, de 8 de septiembre)²¹, que resume en sus páginas no solo los derechos de los ciudadanos cántabros en relación con la salud, la asistencia sanitaria y el respeto a la autonomía, sino que también recoge los deberes que han de cumplir como usuarios del sistema sanitario así como un punto final que resume todo el conjunto de garantías y derechos que el Servicio Cántabro de salud ha de cumplir para con ellos garantizando una asistencia segura y de calidad desde el punto de vista humano y legal.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Ley 41/2002 de Autonomía del paciente²⁰, establece la importancia que tienen los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, aspecto que se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado casi todas las organizaciones internacionales como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud. Con esta Ley se pretende ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínica, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la Salud que reconoce la Constitución.

En Cantabria, el Sistema Autonómico de Salud, dentro de su proceso de modernización, tiene como referente de sus actuaciones a los usuarios de los diversos servicios sanitarios que presta. La Carta de Derechos y Deberes de los

usuarios del Servicio Cantabro de Salud ⁵ es, por tanto, un instrumento de mejora que recoge el compromiso para con los ciudadanos, asumiendo el mandato de la Ley como filosofía y principios básicos de actuación propios en la relación de los profesionales sanitarios con los usuarios de nuestros servicios.

Sin embargo la situación no es del todo tranquilizadora si analizamos la verdadera formación de los profesionales de la salud. A través de este estudio realizado en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla (HUMV) de Cantabria, se pretende hacer ver a la profesión de enfermería y sanitaria en general que los equipos de salud, presentan aun carencias significativas en lo que a formación bioética se refiere, pues así queda de manifiesto a través de diferentes estudios realizados en otros centros sanitarios de nuestro país, tanto en pacientes como en profesionales de salud.

HIPOTESIS

Los miembros del Equipo de Salud de diferentes plantas médicas y quirúrgicas del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, plantean un elevado desconocimiento acerca de los aspectos bioéticos directamente relacionados con su profesión.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el nivel de formación, conocimientos y percepción acerca de diversos aspectos bioéticos entre los profesionales de la salud.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- ✓ Identificar su opinión acerca del grado de respeto que se presta a los principales derechos básicos de los usuarios a los que atienden en el Servicio Cántabro de Salud.
- ✓ Identificar los principales problemas éticos a los que se enfrentan estos profesionales en su quehacer diario.

- ✓ Identificar su creencia sobre si se trabaja como un equipo multidisciplinar.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado entre noviembre 2013 y marzo 2014, a una muestra del Equipo de Salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) de diferentes plantas de hospitalización medicas (Psiquiatría P02, Oncología P04 y Hematología P010) y quirúrgicas (Neurocirugía y Urología P07, Cirugía general P08, Traumatología y Cirugía Torácica P09) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (Cantabria) seleccionadas al azar. Dichos servicios engloban un elevado número de profesionales.

La población objeto de este estudio fueron 271 profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería).

Criterios de inclusión

- Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Marques de Valdecilla con la condición del fijo, interino o eventual, que se encuentren en activo en el momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería en situación de baja o permiso de otro tipo.
- Aquellos que no cumplen los criterios de inclusión.

La información se recogió a través de una encuesta, previamente validada mediante dos pruebas piloto, compuesta por un total de 18 preguntas cerradas y 1 abierta. Dicha encuesta consta de cuatro partes diferenciadas:

- ✚ **Primera:** datos sociolaborales (sexo, profesión, edad, situación laboral, años trabajados y lugar de trabajo).
- ✚ **Segunda:** dirigida a la cuantificación de formación reglada en bioética (cursos, expertos, máster, etc.) y al grado de conocimiento de la Carta de

Derechos de los Usuarios y de las Leyes 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y 41/2002, reguladora de la Autonomía del Paciente.

✚ **Tercera:** centrada en cuestiones de percepción y conocimiento desde el punto de vista de la bioética (problemas éticos en el quehacer profesional, conocimiento del Código Deontológico de la profesión sanitaria, respeto a los derechos de los usuarios y necesidad de formación).

✚ **Cuarta:** percepción individual sobre el trabajo en equipo.

Para poder desarrollarlo se pidió permiso y evaluación a la Dirección de Enfermería del HUMV y al Comité ético de investigación clínica de Cantabria, emitiéndose por parte del CEIC informe favorable, como queda reflejado en el Acta: 4/2014.

Variables independientes

1. Sexo (nominal dicotómica): con dos alternativas posibles: 1-Hombre 2-Mujer.
2. Categoría profesional (nominal): esta variable consta de tres alternativas posibles: 1-médico 2-enfermera 3-auxiliar de enfermería.
3. Edad (nominal): dividida en 5 alternativas: 1-<30 2-de 30 a 40 3-de 41 a 50 4-de 51 a 60 5->60, que posteriormente se recodificó en 1-<30 a 40 2 de 41 a 50 3 de 51 a >60.
4. Situación laboral (nominal): esta variable consta de tres alternativas posibles: 1-fijo 2-interino 3- eventual.
5. Años de trabajo (ordinal) se divide en cinco alternativas: 1-más de 20 2-de 16 a 20 3- de 11 a 15 4- de 5 a 10 5- menos de 5, que posteriormente se recodificó en 1-de 16 a más de 20 2- de 11 a 15 3-de menos de 5 a 10

Variables dependientes

Todas estas variables son de tipo nominal excepto la pregunta 18 y 19 que son ordinales.

1. Relacionadas con la bioética y los conocimientos sobre las leyes:
 - Las preguntas: 7,9 y 12 (1-si / 2-no).
 - Las preguntas: 10,11 y 13 (1-si / 2-no / 3- en parte).

2. Relacionadas con la percepción y conocimientos de los problemas bioéticos, derechos de los pacientes y cumplimiento de las normas básicas de la Bioética.
 - La pregunta 14 (1-si /2-no /3- a veces).
 - La pregunta 16 (1-si /2-no).
 - La pregunta 18 en la que se incluyen 7 (1-siempre/ 2-habitualmente/ 3-pocas veces/ 4-nunca).
3. Relacionada con la percepción sobre el trabajo en equipo:
 - La pregunta 19 (1-siempre/ 2-habitualmente/ 3-pocas veces/ 4-nunca).

Análisis de datos

Para el análisis descriptivo como para el estudio de asociaciones (análisis inferencial), se utilizó el paquete estadístico SPSS v19.0 y para la realización de gráficos y tablas se utilizó el programa Excel.

Al tratarse de variables cualitativas se realizó el análisis de la siguiente manera:

- Un primer exploratorio con tablas de frecuencias y gráficos para un mejor estudio visual.
- Para el estudio de las asociaciones se han utilizado tablas de contingencia con el test de Chi Cuadrado para dos variables cualitativas.

Los resultados se consideraron significativos para valores de $p < 0,05$.

Limitaciones del estudio

1. Cierta desinterés en la realización de la encuesta, aunque la tasa de respuesta ha sido buena.
2. Dificultad para poder acceder a todas las personas objeto de nuestro estudio y poder realizar una explicación más individualizada del estudio y de los objetivos.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 138 encuestas cumplimentadas de un total de 271 entregadas, con lo que la tasa de respuesta fue de 50.9%.

1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

1.1 Distribución de la muestra por sexo

Como cabía esperar, el porcentaje de hombres es muy inferior al de mujeres, en la proporción de uno a seis.

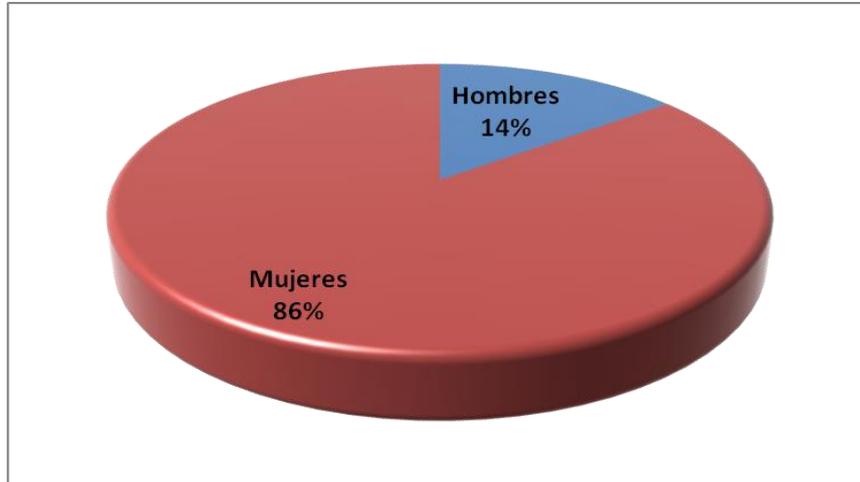


Figura 1. Distribución de la muestra por sexo

1.2 Distribución de la muestra por categoría profesional

El gráfico que aparece a continuación, muestra claramente que la categoría predominante es la de las enfermeras, seguida de las auxiliares de enfermería. El grupo más minoritario es el de los médicos.

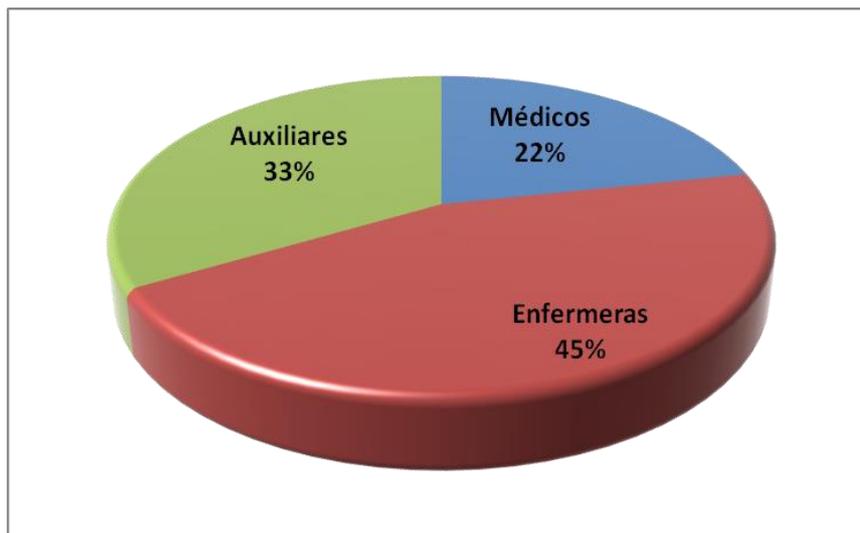


Figura 2. Distribución de la muestra por categoría profesional

1.3. Distribución por rango de edad

En la figura 3, podemos observar la distribución por intervalos de edades de la población elegida para el estudio, cuya edad se encuentra comprendida entre los menores de 30 años a los mayores de 60 años. Para este primer análisis descriptivo, los participantes se han agrupado en intervalos de 10 años, siendo el más predominante el de 30 a 40 años y el menos predominante los menores de 30 años seguidos de los mayores de 60 años.

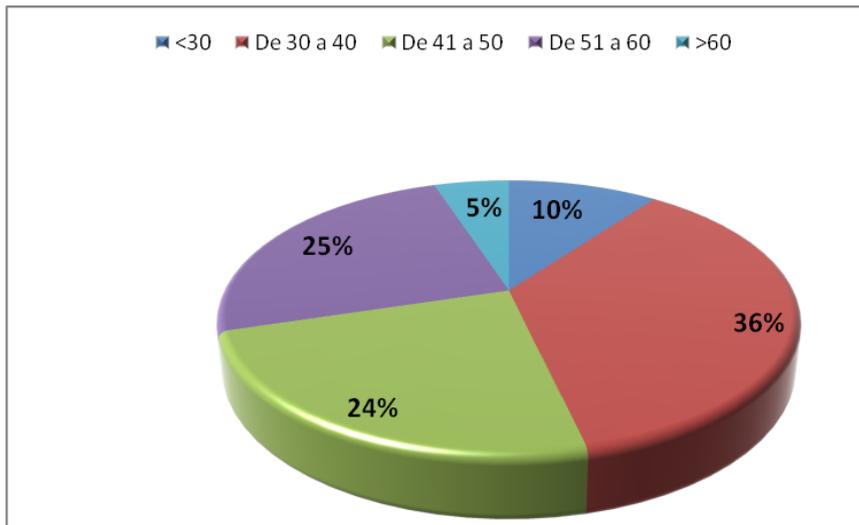


Figura 3. Distribución de la muestra por edades

Hemos recodificado la variable reagrupando los grupos de edad, como pueden ver en la figura 3.1 para hacer que sea más visual y fácil de analizar.

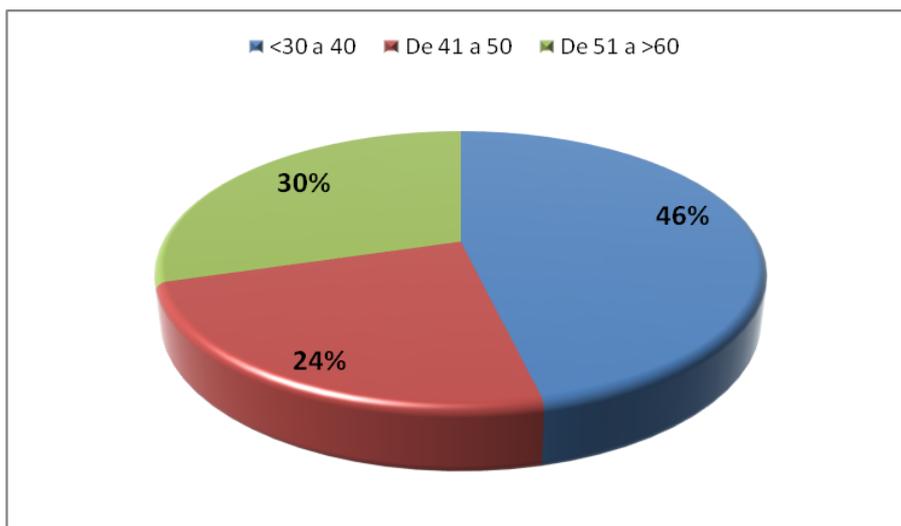


Figura 3.1 Distribución de la muestra por edad reagrupada

1.4 Distribución de la muestra por situación laboral

Como podemos observar en la figura numero 4, el 82% de los trabajadores de la muestra que han participado en nuestro estudio son fijos o interinos, frente al 18% que son eventuales.

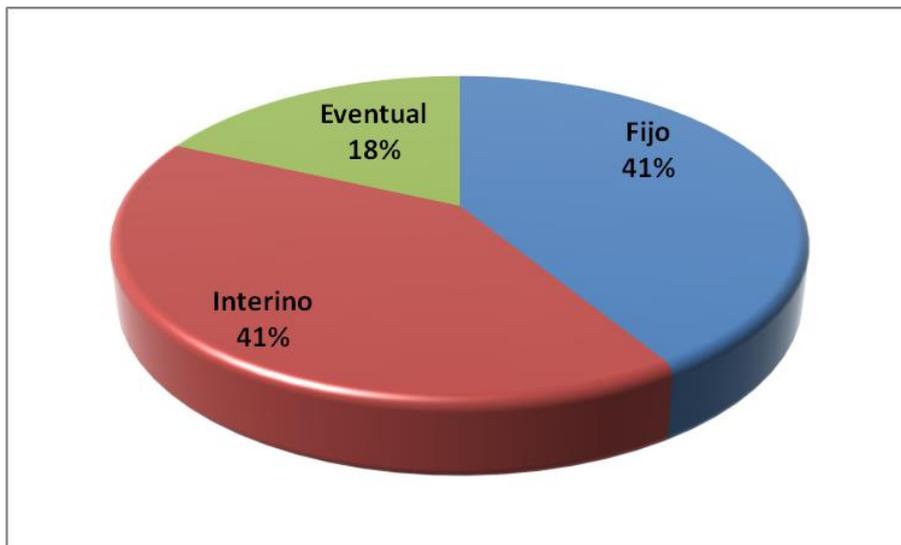


Figura 4. Distribución de la muestra por situación laboral

1.5 Distribución de la muestra por años trabajados

Hemos realizado una escala en cinco rangos de antigüedad, visualizando el número de trabajadores que pertenecen a cada uno de ellos.

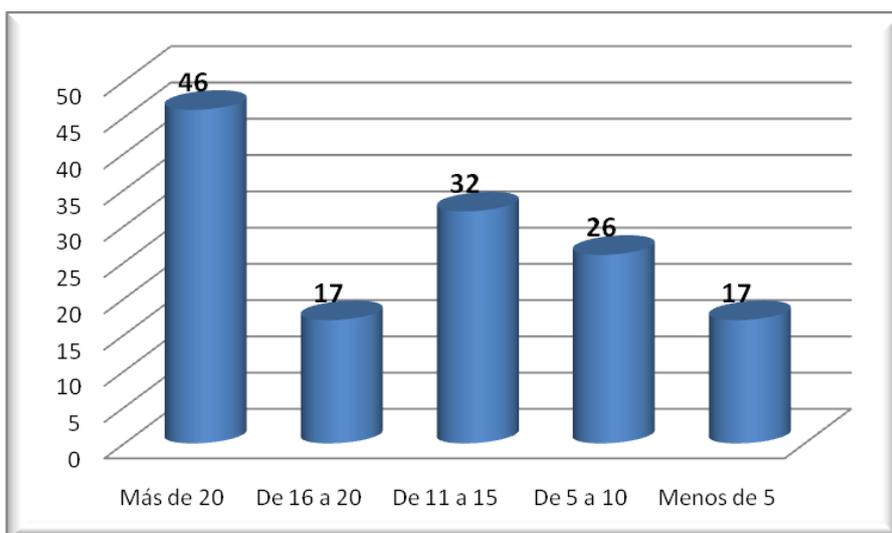


Figura 5. Distribución de la muestra por años trabajados

Recodificamos en tres rangos para que sea más visual el resultado y nos facilite el trabajo.

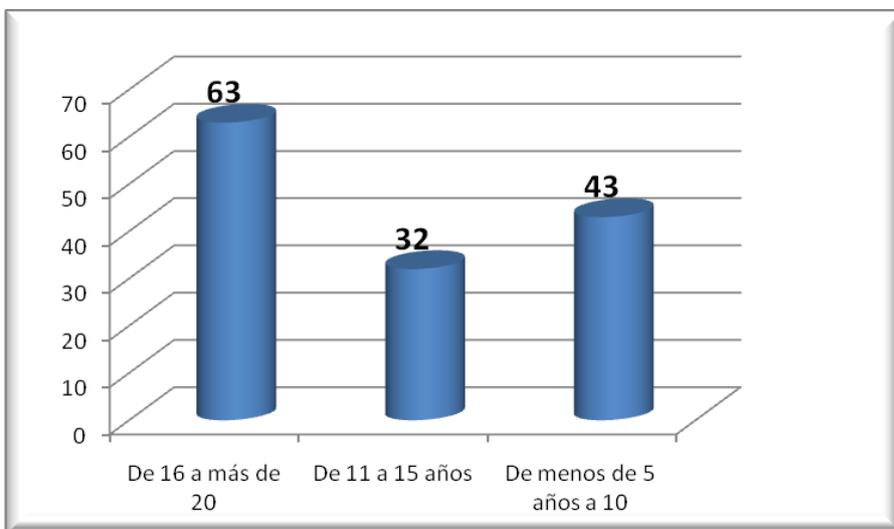


Figura 5.1. Distribución de la muestra por años trabajados

Para poder visualizar los porcentajes, se adjunta gráfico donde se ve claramente que el 46% de la muestra de nuestro estudio, tienen de 16 a más de 20 años trabajados, frente a un 23% que tienen de 11 a 15 años trabajados.

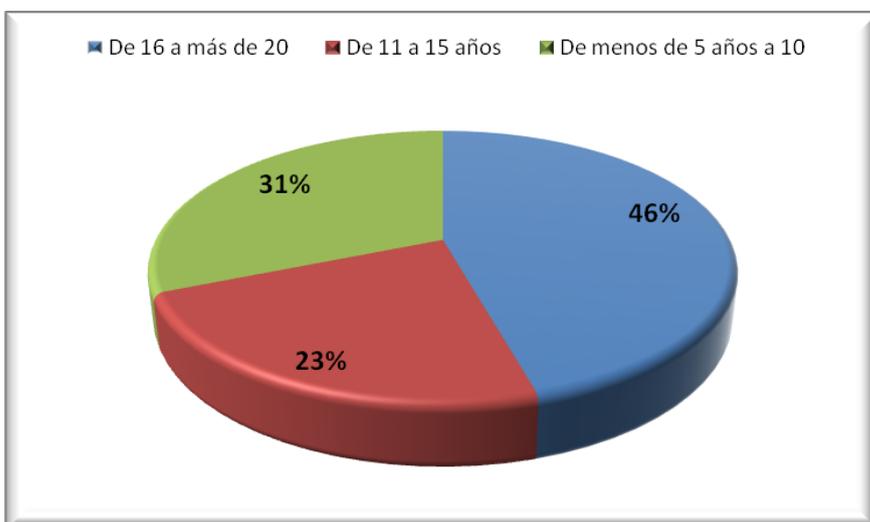


Figura 5.2. Distribución de la muestra por años trabajados en porcentaje

1.6. Distribución de la muestra por lugar de trabajo

Hemos dividido en plantas de hospitalización médica (P02:Psiquiatría, P04: Oncología y P010:Hematología) y plantas quirúrgicas (P07:Urología y

Neurocirugía, P08:Cirugía General y P09:Cirugía torácica y traumatológica), como pueden ver en el gráfico; el 65% del personal participante en el estudio pertenece a unidades de hospitalización quirúrgica.

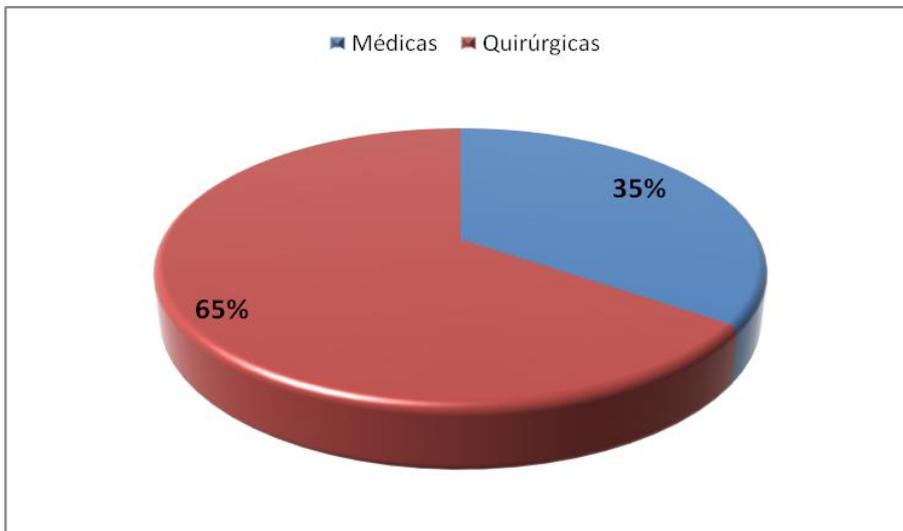


Figura 6. Distribución de la muestra por lugar de trabajo

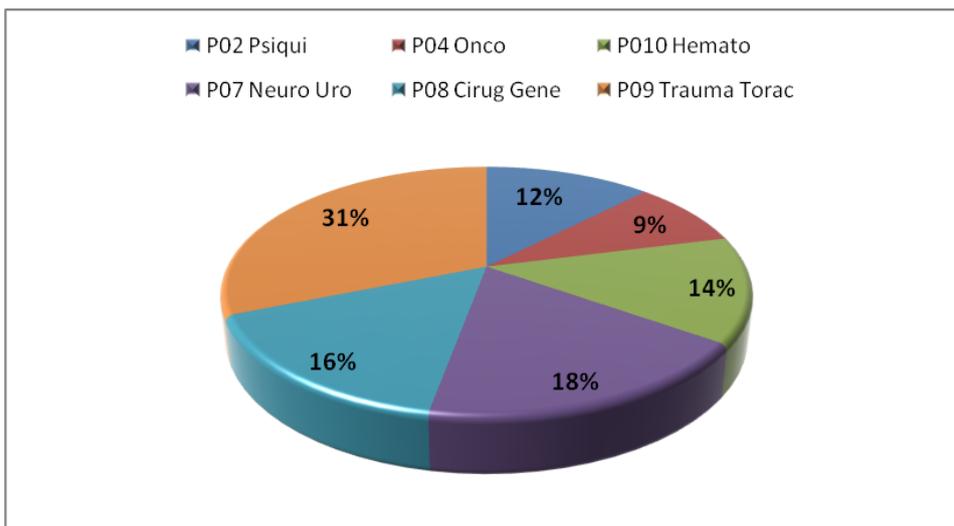


Figura 6.1. Distribución de la muestra por lugar de trabajo en porcentaje

Los compañeros que más han participado son los de la P09 seguidos de P07 y P08.

2. ANALISIS DE ASOCIACIONES

Para todas las variables hemos realizado un análisis estadístico en profundidad en busca de significación enfrentando las diferentes variables (sexo, categoría profesional, Planta médica o quirúrgica), no encontrando siempre datos significativos.

2.1 Según categoría Profesional

En las tablas y gráficos que aparecen a continuación, se muestran las diferentes respuestas obtenidas atendiendo a cada una de las tres categorías profesionales estudiadas.

¿Recibiste alguna formación en Bioética?				
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	P
Si	15 (50,00%)	32 (51,60%)	8 (17,40%)	0,001
No	15 (50,00%)	30 (48,40%)	38 (82,60%)	

TABLA1

En la Tabla 1, observamos que existe diferencias estadísticamente significativas entre la categoría profesional y la formación Bioética recibida, siendo las enfermeras las que mayor formación académica han recibido.

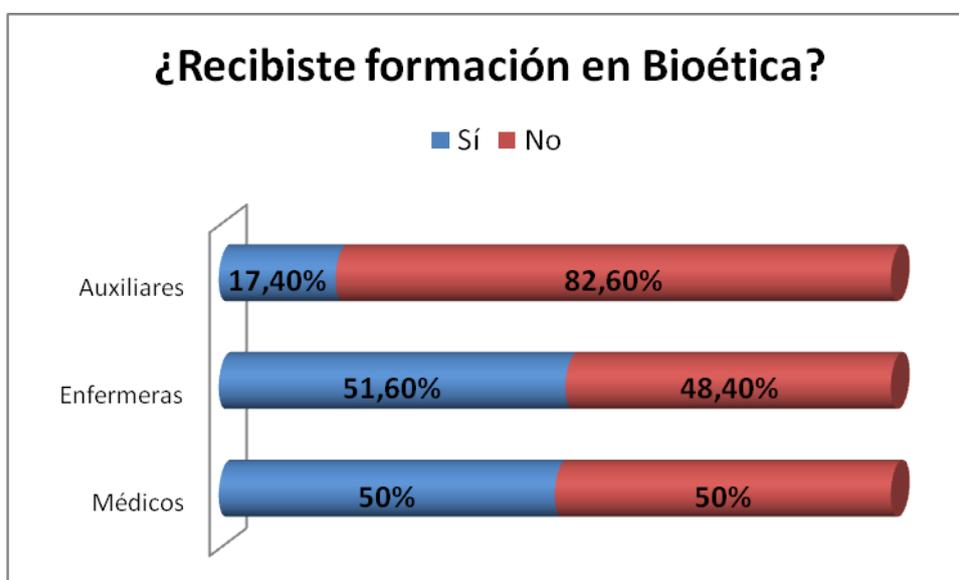


GRÁFICO1

Como es lógico, son las auxiliares las que manifiestan haber recibido menos formación en el campo de la bioética y nos sorprende que son las enfermeras las que más formación sobre este tema refieren tener.

¿Consideras necesario recibir formación continuada en Bioética para tu desarrollo como Profesional de la Salud?				
	Profesión			NS
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	
Sí	27 (90%)	56 (90,3%)	38 (82,6%)	
No	3 (10%)	6 (9,7%)	8 (17,4%)	

TABLA 2

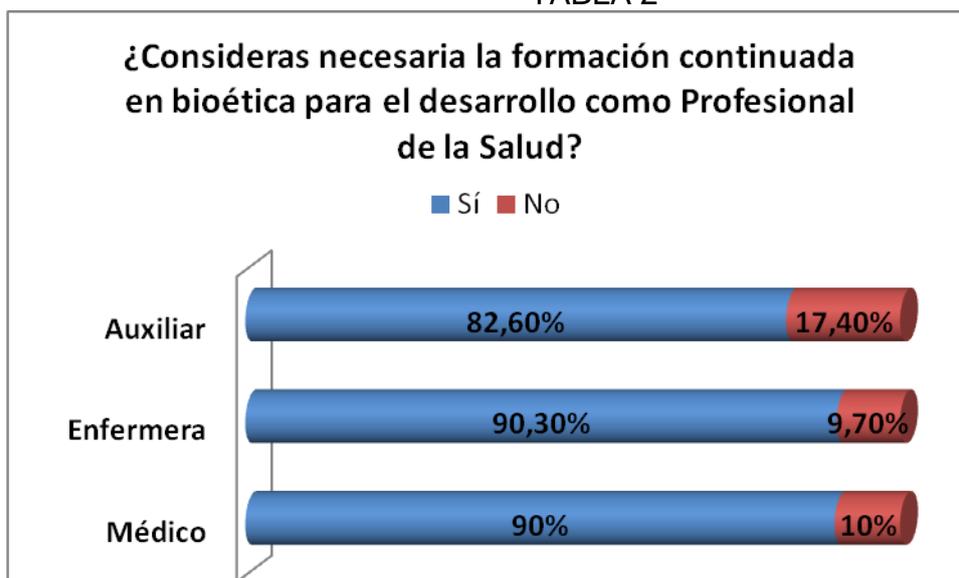


GRÁFICO 2

Son las enfermeras las que más importancia le dan a la necesidad de recibir formación continuada en bioética para el desarrollo profesional, seguidas de los médicos y de los auxiliares de enfermería.

Formación continuada, ¿en que temas concretos?				
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	NS
Aspectos legislativos	2 (7,4%)	4 (7,1%)	1 (2,6%)	
Problemas éticos derivados de nuestra práctica diaria	5 (18,5%)	17 (30,4%)	17 (44,7%)	
Ambos	20 (74,1%)	35 (62,5%)	20 (52,6%)	

TABLA 3

Visualizando la tabla 3, en terminos generales podemos afirmar que todos los profesionales preguntados en nuestro estudio,desearian tener formación continuada tanto en aspectos legales como en problemas éticos derivados de nuestra práctica diaria, siendo la respuesta “ambos” la más marcada por todos los profesionales.

¿Conoces la existencia de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS?			
P=0,000	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Si	20 (66,70%)	60 (96,80%)	43 (93,50%)
No	10 (33,30%)	2 (3,20%)	3 (6,50%)

TABLA 4

Observamos en la Tabla 4 que existen diferencias significativas entre la categoría profesional y el conocimiento de la existencia de la C.D.D; son las enfermeras las que más conocen la existencia de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS, seguidas de las auxiliares a poca distancia.

¿Conoces el contenido de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS?			
P=0,000	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Sí	4 (13,3%)	16 (25,8%)	22 (47,8%)
No	15 (50,0%)	12 (19,4%)	8 (17,4%)
En parte	11 (36,7%)	34 (54,8%)	16 (34,8%)

TABLA 5

Encuanto al contenido de la de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS, observamos en la tabla 5 que existen diferencias significativas entre la categoría profesional y el conocimiento del contenido de la C.D.D, siendo las auxiliares las que dicen “SI” conocerlo en mayor porcentaje, mientras que las enfermeras son las que más abiertamente reconocen conocer el contenido “En parte”.

¿Crees que los usuarios conocen sus derechos?			
	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Sí	1 (3,3%)	8 (12,9%)	5 (10,9%)
No	12 (40,0%)	18 (29,0%)	12 (26,1%)
En parte	17 (56,7%)	36 (58,1%)	29 (63,0%)

TABLA 6

Son las auxiliares las que consideran en mayor porcentaje que los usuarios conocen sus derechos en parte.

¿Conoces la existencia de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?			
	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Sí	21 (70,0%)	48 (77,4%)	29 (63,0%)
No	9 (30,0%)	14 (22,6%)	17 (37,0%)

TABLA 7

Son las enfermeras las que en mayor porcentaje conocen la existencia de la Ley 41/2002.

¿Conoces el contenido de la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?			
	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Sí	10 (33,3%)	12 (19,4%)	9 (19,6%)
No	9 (30,0%)	24 (38,7%)	19 (41,3%)
En parte	11 (36,7%)	26 (41,9%)	18 (39,1%)

TABLA 8

Todos los profesionales de la salud, reconocen abiertamente que conocen “en parte” el contenido de la Ley 41/2002.

En el desempeño de tu labor profesional, ¿te enfrentas habitualmente a dilemas éticos?			
P= 0,000	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Sí	17 (56,7%)	24 (38,7%)	5 (10,9%)
No	2 (6,7%)	9 (14,5%)	14 (30,4%)
A veces	11 (36,7%)	29 (46,8%)	27 (58,7%)

TABLA 9

Como pueden observar en la tabla 9 hay diferencias significativas según la profesión en lo referente al enfrentarse habitualmente a dilemas éticos en el desempeño de la labor profesional, y son los médicos los que abiertamente lo afirman con un 56,7%, mientras que las auxiliares y las enfermeras optan mayoritariamente por un “a veces”.

¿Se respeta la Dignidad del paciente?			
	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Siempre	5 (16,7%)	10 (16,1%)	12 (26,1%)
Habitualmente	23 (76,7%)	49 (79,0%)	32 (69,6%)
Pocas veces	2 (6,7%)	3 (4,8%)	2 (4,3%)

TABLA 10

Como pueden observar en la tabla 10, la mayoría de los participantes en nuestro estudio, consideran que habitualmente se respeta la dignidad del paciente.

¿Se le informa de sus situación adecuadamente, con las alternativas posibles de cuidados y tratamientos?			
	Profesión		
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Siempre	5(16,7%)	6 (9,7%)	7 (15,2%)
Habitualmente	21 (70,0%)	37 (59,7%)	27 (58,7%)
Pocas veces	4 (13,3%)	19 (30,6%)	12 (26,1%)

TABLA 11

La tabla 11 refleja que un 70% de los facultativos afirman que se informa habitualmente adecuadamente, con las alternativas posibles de cuidados y tratamientos, frente a un 30.6% de las enfermeras que consideran que pocas veces.

¿Se respeta su opinión a la hora de aplicar determinados cuidados y tratamientos?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Respuesta	Siempre	10 (33,3%)	5 (8,1%)	6 (13,0%)
	Habitualmente	16 (53,3%)	40 (64,5%)	26 (56,5%)
	Pocas veces	4 (13,3%)	17 (27,4%)	14 (30,4%)

TABLA 12

Como pueden observar en la tabla 12, son las enfermeras las que en mayor porcentaje consideran que se respeta habitualmente la opinión del paciente a la hora de aplicar determinados cuidados y tratamientos frente a las auxiliares de enfermería que indican que pocas veces.

¿Se respeta la confidencialidad?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
Respuesta	Siempre	7 (23,3%)	13 (21,0%)	14 (30,4%)
	Habitualmente	17 (56,7%)	36 (58,1%)	26 (56,5%)
	Pocas veces	6 (20,0%)	13 (21,0%)	6 (13,0%)

TABLA 13

La tabla 13 refleja que habitualmente se respeta la intimidad del paciente aunque un 18% de los participantes apuntan a un “pocas veces”.

¿No se le discrimina por ninguna razón?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
	Siempre	9 (30,0%)	11 (17,7%)	15 (32,6%)
	Habitualmente	16 (53,3%)	38 (61,3%)	20 (43,5%)
	Pocas veces	4 (13,3%)	5 (8,1%)	2 (4,3%)
	Nunca	1 (3,3%)	8 (12,9%)	9 (19,6%)

TABLA 14

Como pueden observar en la Tabla 14, la mayoría de los participantes en nuestro estudio, apuntan a que “habitualmente” no se discrimina por ninguna razón a los pacientes, aun así es llamativo el elevado porcentaje que suman nunca y pocas veces.

¿Se obtiene su consentimiento en caso de formar parte de una investigación clínica?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
	Siempre	20 (66,7%)	38 (61,3%)	23 (50,0%)
	Habitualmente	10 (33,3%)	19 (30,6%)	21 (45,7%)
	Pocas veces	0 (0,0%)	4 (6,5%)	2 (4,3%)
	Nunca	0 (0,0%)	1 (1,6%)	0 (0,0%)

TABLA 15

Como pueden observar en la tabla 15, la totalidad de los médicos afirman rotundamente que se obtiene consentimiento en caso de formar parte de una investigación clínica, frente a un 8% de enfermeras que no lo tienen tan claro.

¿Se respeta su intimidad?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
	Siempre	7 (23,3%)	16 (25,8%)	14 (30,4%)
	Habitualmente	21 (70,0%)	36 (58,1%)	24 (52,2%)
	Pocas veces	2 (6,7%)	9 (14,5%)	7 (15,2%)
	Nunca	0 (0,0%)	1 (1,6%)	1 (2,2%)

TABLA 16

Como pueden observar en la tabla 16, es curioso que casi un 1,9% de enfermeras y auxiliares de enfermería consideran que NUNCA se respeta la intimidad del paciente.

En tu actividad profesional ¿crees que se trabaja como un equipo multidisciplinar?				
		Profesión		
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares
	Siempre	4 (13,3%)	4 (6,5%)	0 (0,0%)
	Habitualmente	16 (53,3%)	24 (38,7%)	22 (47,8%)
	Pocas veces	10 (33,3%)	33 (53,2%)	22 (47,8%)
	Nunca	0 (0,0%)	1 (1,6%)	2 (4,3%)

TABLA 17

Como pueden observar en la tabla 17, son los médicos los que más consideran que se trabaja en equipo, es llamativo que las auxiliares de enfermería consideran el habitualmente en un porcentaje superior a las enfermeras, lo que podría apuntar que las enfermeras se sienten más discriminadas en su trabajo diario que las auxiliares.

En tu actividad profesional ¿crees que se trabaja como un equipo multidisciplinar?			
		Lugar de Trabajo	
		Planta Médica	Planta Quirurg
	Siempre	3 (6,1%)	5 (5,6%)
	Habitualmente	25 (51,0%)	37 (41,6%)
	Pocas veces	20 (40,8%)	45 (50,6%)
	Nunca	1 (2,0%)	2 (2,2%)

TABLA 18

Como pueden observar en la tabla 18, son los trabajadores de las plantas médicas los que consideran que se trabaja habitualmente en equipo dentro de sus unidades con un 51%; frente a un “pocas veces” dentro de las plantas quirúrgicas.

Discusión

El presente estudio, investiga el nivel de formación de un amplio grupo de profesionales sanitarios que se enfrentan diariamente a situaciones de conflicto desde el punto de vista ético. A través de un cuestionario, se ha intentado averiguar el nivel de conocimientos y la opinión personal de estos profesionales, atendiendo especialmente a su categoría y a su rango de edad, variables que nos han proporcionado los resultados más significativos.

No existen muchos artículos que analicen la formación académica que tienen los profesionales sobre el ordenamiento jurídico en materia de Bioética y tampoco se han encontrado documentos que evalúen su opinión personal sobre los problemas éticos y su afrontamiento en el día a día de su trabajo, por lo que este estudio supone un avance en el conocimiento de la percepción de estos profesionales en el campo de la Bioética, que por otra parte deben aplicar diariamente en su trabajo cotidiano.

El perfil de la población objeto de este estudio, es eminentemente femenino y perteneciente a la categoría enfermera. Este dato no sorprende, si tenemos en cuenta que la disciplina enfermera hoy en día, sigue estando formada en su mayoría por mujeres, y que las enfermeras suponen más del 50% de las plantillas de los centros sanitarios.

El equipo médico es reducido (22%), este hecho se encuentra relacionado con la estructura habitual de trabajo de los equipos de profesionales de los Servicios en los Hospitales donde hay más personal de enfermería en las plantas de hospitalización.

Con respecto a la edad, el perfil poblacional se sitúa entre los 30 y los 60 años, dato fiable y extrapolable al resto de la población, que nos confirma junto al de antigüedad, que estamos ante un grupo con una experiencia laboral importante.

Si se compara con otros estudios²⁸, sorprende comprobar que las auxiliares de enfermería, a pesar de ser las que menor formación Bioética presentan, son las que mejor conocen los derechos y deberes de los pacientes, recogidos en el documento oficial publicado por el Servicio Cántabro de Salud. Se ha podido comprobar que este dato es el resultado de que las auxiliares de enfermería del

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de las diferentes unidades de hospitalización, son las encargadas de informar y entregar a todos los pacientes el documento oficial en el que están recogidos los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario Cántabro.

Un dato que debe hacer reflexionar, es el que hace referencia a la idea que tienen los profesionales acerca del conocimiento que los usuarios tienen sobre sus derechos. El 90,96% de la población estudiada, opinó que los pacientes no conocen sus derechos o sólo lo conocen en parte.

Guix Oliver, et al.⁴ en un estudio realizado en 2006, concluyeron que solamente el 30% de los pacientes encuestados reconocían cuáles eran sus derechos y deberes para con el Sistema Sanitario. Además, los médicos opinaban a este respecto que los pacientes no estaban capacitados intelectualmente para comprender muchos de los temas relacionados con su salud, mientras que el personal de enfermería adoptaba una postural algo más respetuosa. La comparación de estos resultados con los obtenidos en este estudio sugieren, por un lado, que los profesionales de la salud subestiman los conocimientos que los usuarios tienen en lo que respecta al manejo de sus procesos de salud, y por otro, que es necesario elaborar sistemas de información más eficaces, para que los pacientes conozcan qué derechos y qué obligaciones tienen dentro de nuestro Sistema Sanitario. La Carta de Derechos y Deberes es una buena herramienta pero quizás sea necesario un adecuado programa de difusión que llegue tanto a usuarios como a profesionales.

Son las enfermeras las que refirieron una mayor formación en temas bioéticos; así mismo, este estudio demuestra que esta categoría profesional es la que en general, dice tener mayores conocimientos respecto al Ordenamiento Jurídico directamente relacionado con la Bioética, aunque manifestaron cierto desconocimiento en cuanto al contenido de leyes tan importantes como la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente. Al hilo de este resultado, es comprensible que tanto médicos como profesionales de enfermería opinen que las leyes no se aplican correctamente; los datos son contundentes, ya que la totalidad de los médicos y más del 95% de las enfermeras y auxiliares de enfermería opinan así.

Es muy probable que esta respuesta pueda verse justificada por el

desconocimiento anteriormente mencionado, tal y como manifiestan también José Joaquín Mira, et al.⁷, en su estudio sobre Derechos Sanitarios de los pacientes, donde se pone de manifiesto la necesidad percibida por los profesionales sanitarios de formación continuada clara y actualizada sobre temas bioéticos, resultado que también se ha podido contemplar en este estudio. Sería interesante, en posteriores estudios, poder profundizar en este aspecto.

Con respecto a los grupos de edad, fueron los menores de 40 años los que mayor formación en Bioética recibieron mientras que los mayores de 50 años refirieron no haber recibido suficiente formación. Comparando estos datos con el artículo de Rincón et al.²⁶, podemos afirmar que los sanitarios consideran importante que la Bioética tenga el papel que realmente se merece en la formación universitaria, así como en los módulos de formación profesional de la rama sanitaria. Del mismo modo, es fundamental que exista una oferta formativa adecuada y continuada para todos aquellos profesionales sanitarios que ejercen su labor tanto en hospitales como en centros de atención primaria u otros centros socio – sanitarios. Observamos unos resultados llamativos cuando se preguntó a la población sobre algunos de los principios máximos, referentes a los usuarios de los Sistemas de Salud. En términos generales, las tres categorías profesionales opinan que se ofrece una cobertura ética correcta a los pacientes, respetando su dignidad, intimidad, confidencialidad, no discriminación, respeto de su opinión, consentimiento, información y participación en el tratamiento. Sin embargo, es necesario descartar algo importante: en todos los casos se obtuvieron respuestas negativas en un porcentaje que lleva a plantear si realmente se están cumpliendo estos principios correctamente, ya que resulta cuanto menos alarmante que haya un 5,26% del personal que opinan que pocas veces se respeta la dignidad de los pacientes, o un 18% de la muestra que consideran que pocas veces se respeta la confidencialidad, o un 30.6% de enfermeras que afirman que no se informa bien a los pacientes de su situación. Más allá, hay un 16.6% de médicos, un 21% de enfermeras y un 23.9% de auxiliares que creen que se discrimina a los pacientes. Es difícil conocer los motivos que puedan tener para realizar tal afirmación, pero como decían Zabala, et al.¹⁰ en su estudio de 2005, estos resultados obligan a replantear la realidad profesional que se vive en el ámbito hospitalario. Es fundamental que la profesión sanitaria se rija por unos criterios que hagan que el cumplimiento de los derechos más básicos de las personas sean llevados a la

máxima expresión; por tanto, y a la vista de unos resultados nada alentadores, es urgente que se produzca un giro de tuerca y que nos planteemos cómo y de qué manera podemos impregnarnos de la responsabilidad ética que conlleva trabajar por y para los demás. Cuando se analiza esta misma según los diferentes grupos de edad establecidos, los resultados no son mucho mejores. El derecho más básico de todos, la dignidad, es considerado por todos los profesionales como el más vulnerado con cifras preocupantes que rondan el 3% en los menores de 40 años y el 3% y 10% en los que se sitúan entre 41 – 50 años y en los mayores de 50 respectivamente. Son datos que aluden a una falta de respeto hacia el paciente cuando el profesional sanitario realiza su trabajo, y que se ve agravado si se suman los resultados obtenidos al preguntarles por el resto de los derechos. Esta percepción puede estar relacionada con el estrés que sufre el personal sanitario cuando realiza su trabajo, por la realización de largos turnos de guardias o la escasez de personal y de tiempo que obliga a realizar un trabajo más duro a los equipos. Por lo tanto, parece fundamental crear mecanismos, que favorezcan una relación profesional – paciente basada en el respeto mutuo y en la no vulneración de los derechos fundamentales de las personas.

En cuanto a las necesidades de formación, sorprende saber que el equipo de enfermería fue el grupo profesional que mayor necesidad percibió, a pesar de ser las que refirieron menos problemas éticos en su quehacer diario. Por el contrario, los médicos, que si refirieron en casi un 57% enfrentarse diariamente a problemas éticos, fueron los que menos necesidad de formación percibieron, resultado que coincide en cierta medida con el estudio realizado en este mismo hospital en el año 2005¹⁰. La opinión de las enfermeras fue bastante más lógico a este respecto, ya que un 85,5% refirió enfrentarse diariamente a problemas de tipo ético o en parte y manifestaron la necesidad de formación en casi un 91%.

En definitiva, el grupo de profesionales de la salud encuestado, consideró presentar un nivel de conocimientos insuficiente junto a una formación en Bioética ciertamente limitada. Así mismo plantearon un entorno de trabajo en el que los derechos básicos de los pacientes no son respetados en su justa medida, lo cual se relaciona directamente con la calidad asistencial de cualquier servicio de salud¹².

En lo referente a la percepción del trabajo como equipo multidisciplinar son los médicos con un 66,6% los que más lo visualizan, frente a un 54,8% de las enfermeras y un 52,1% de las auxiliares de enfermería que reconocen que pocas veces o nunca. Por lugar de trabajo, son las plantas médicas las que consideran que se trabaja más en equipo con un 57,1%, frente a las plantas quirúrgicas que en un 52,8% refieren que se trabaja en equipo poco o nada.

Es por tanto necesario, a través de los gobiernos y las diferentes instituciones sanitarias, que se creen programas específicos en la formación pregrado y posteriormente durante todo el desarrollo profesional, que vayan dirigidos a la adquisición de conocimientos, no solo sobre aspectos de la Bioética vista desde la perspectiva jurídica y legal, sino también analizada desde el prisma del quehacer diario, donde dar solución a los problemas éticos se convierte en una obligación profesional y moral.

Conclusiones

1. Las enfermeras fueron el grupo que en mayor porcentaje refirió haber recibido formación en bioética pregrado. A su vez, esta categoría fue la que más importancia dio a la formación continuada en contraposición de los médicos.
2. El grupo de profesionales que más formación manifestó tener, tanto en Bioética como en legislación al respecto, fue el de enfermeras, seguidas por las auxiliares de enfermería y los médicos. Las auxiliares de enfermería superan a las enfermeras en el conocimiento de la carta de Derechos y Deberes del Servicio Cántabro de Salud.
3. Todos los grupos profesionales creían que existe un cierto desconocimiento de los pacientes en lo que respecta a sus derechos, y aunque la mayoría opinó que se respetan los derechos más básicos de las personas, hay un importante número de profesionales que consideró que todos estos derechos no se respetan como se debería.
4. La totalidad de los médicos y un elevadísimo número de enfermeras y auxiliares de enfermería, consideran que dentro de él ámbito sanitario no se aplican correctamente las normas y/o leyes que sustentan la Bioética, aunque no se conocen las causas de dicha percepción.
5. Por grupos de edad, en general, hay un importante desconocimiento acerca de las leyes que sustentan la Bioética así como su contenido, siendo los profesionales menores de 40 años, los que mayor formación bioética manifiestan haber recibido. En general, en todas las edades se consideró importante la formación continuada.
6. Todos los grupos de edad afirmaron de manera contundente, que no se aplican adecuadamente las leyes anteriores.
7. Una amplísima mayoría de los profesionales divididos por categorías, afirman que se respeta habitualmente la dignidad del paciente. Aunque el resto de los derechos si se respetan, el número de personas que consideraron que son vulnerados fue elevado.
8. En definitiva, independientemente de la edad, de la categoría profesional y del lugar de trabajo, todos coincidieron en la necesidad de recibir formación sobre Bioética, tanto desde el punto de vista del ordenamiento jurídico que la rige, como desde la perspectiva de su aplicación en la labor diaria que ejercen los profesionales de la salud. De este modo se valora la

importancia que esta disciplina tiene dentro del ámbito sanitario para garantizar así una asistencia de calidad.

9. En lo referente a la percepción del trabajo como equipo multidisciplinar son los médicos los que más lo perciben, seguidos de las enfermeras y de las auxiliares de enfermería. Por lugar de trabajo, son las plantas médicas las que consideran que se trabaja más en equipo, frente a las plantas quirúrgicas que apuntan a un poco o nada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vila-Coro Borrachina MD. El marco jurídico en la bioética. Cuadernos de bioética 2005; 16 (58): 313-322.
2. Gómez-Londoño E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Persona y bioética 2008; 12 (31): 145-157.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280, del 21/11/2003, p: 41442. BOE [internet] 2003 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>.
4. Guix Oliver J, _Fernandez Ballar J, Sala Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gaceta sanitaria 2006, 20 (6): 465-472.
5. Casado, M. Las leyes de la Bioética. Barcelona: Gedisa; 2004.
6. Servicio Cantabro de Salud. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria. Edita: Consejería de sanidad y asuntos sociales. Gobierno de Cantabria, 2011. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=carta-de-derechos-y-deberes>.
7. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes: Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta sanitaria 2010; 24 (3): 247-250. [internet] 2014 [Consultado el:16 de abril de 2014].Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112010000300012&script=sci_abstract.
8. Bentham JA. Introduction to the principles of Morals and legislation. London: Athlone; 1970.
9. De la bioética clínica a la bioética global. Bioética & debat: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioética 2005 (40): 12-13.
10. Zabala J, Alconero AR, Casaus M, Gutiérrez E, Saiz G. Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. Enferm.Clin.2007; 17 (2) :56-62.
11. Fraile Duvicq CG. Ciencia, ética y enfermería. Cienc. Enferm. [revista en internet]. 2002 Jun [citado 2011 Ene 11], 8 819 : 09-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532002000100002&script=sci_arttext

12. Hidalgo Antequera JR. La calidad en la provisión de la sanidad: derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. Revista de administración sanitaria siglo XXI 2005, 3 (3): 447-455.
13. Longhy T, Karpe J. Privacy and Confidentiality Issues in Primary Care: Views of Advanced Practice Nurses and their patients. Nursing and Ethics. 2004 : 11 (4) :378.
14. Declaración Universal de Derechos Humanos. [internet] 2014 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
15. Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. [internet] 1994 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf.
16. Convenio Europeo de Derechos Humanos. [internet] 2010 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf.
17. Constitución Española de 27 de Diciembre de 1978. BOE 311, de 29/12/1978.
18. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE 102, del 29/04/1986,p.15207 – 15224.
19. Pellegrino E. Fenomenología del Homo Infimus. En: Filosofía de la Medicina en torno a la obra de Pellegrino, Madrid: MAPFRE: 2001, p:53-68.
20. Ley 41/2002 en la Ley 7/2002 de 10 de Diciembre de Ordenación Sanitaria de Cantabria. [internet] 2014 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.aeds.org/legislacion_leyes.php.
21. Orden SAN/28/2009, de 8 de Septiembre. [internet] 2014 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/index.6234.html
22. Braña Marcos B. La vulnerabilidad de los derechos de los pacientes en el medio hospitalario. Ética de los Cuidados. 2009 ene-jun, 2 (3). [internet] 2009 [Consultado el:16 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et7069.php>.
23. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España. Madrid; 1999. Disponible en: <http://www.asociacionbioetica.com/>.
24. Abel i Fabre F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Madrid: MAPFRE SA, 2000.

25. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo, IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: La bioética. Medicina Clínica 1995; 105 (15): 583-597.
26. Rincón M, Carrillo Becerra LM, Camargo MA, Guerrero Guzmán MP, Gutierrez Cardona NA, Orduz López A, et al. Educación, Bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo. Revista Latinoamericana de Bioética 2008, 8 (15).
27. Ruiz Navarro MG. Trabajando con la Bioética: reflexiones diarias en nuestro ámbito laboral. Aplicación a un caso práctico. Enfermería integral: Revista Científica del Colegio Oficial de A:T:S de Valencia 2007 (77) : 6-9.
28. Yagüe Sánchez JM. La bioética y la seguridad de los pacientes bajo el manto de la evidencia científica. Rev. Paraninfo Digital, 2008; 5. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n5/o068.php> .

- Cursos de formación continuada
- Cursos de Experto o Master en Bioética

9. ¿Conoces la existencia de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS?

- Sí No

10. ¿Conoces el contenido de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios del SCS?

- Sí No En parte

11. ¿Crees que los usuarios conocen sus derechos?

- Sí No En parte

12. ¿Conoces la existencia de la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?

- Sí No

13. ¿Conoces el contenido de la Ley 41/2002, reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?

- Sí No En parte

14. En el desempeño de tu labor profesional, ¿te enfrentas habitualmente a dilemas éticos?

- Sí No A veces

15. En caso afirmativo, especifica cuáles:

16. ¿Sientes la necesidad de formación en estos temas?

- Sí No

17. En caso afirmativo, ¿En qué temas concretos?

- Aspectos legislativos.
 Problemas éticos derivados de nuestra práctica diaria.
 Ambos.

18. En términos generales, ¿Cuál es tu opinión respecto a las siguientes afirmaciones referentes al usuario?

	Siempre	Habitualmente	Pocas Veces	Nunca
Se respeta su dignidad				
Se le informa de su situación adecuadamente, con las alternativas posibles de cuidados y tratamiento				
Se respeta su opinión a la hora de aplicar determinados cuidados y tratamientos				
Se respeta la confidencialidad				
No se le discrimina por ninguna razón				
Se obtiene su consentimiento en caso de formar parte de una investigación clínica				
Se respeta su intimidad				

19. En tu actividad profesional ¿crees que se trabaja como un equipo multidisciplinar?

Siempre	Habitualmente	Pocas Veces	Nunca

Por favor te agradeceremos que aportes todas aquellas sugerencias y observaciones que consideres oportunas.

Informe CEIC



FUNDACIÓN MARQUÉS DE VALDECILLA
IFIMAV



CRISTINA IRENE CAMPO HOYOS, Secretario/a del **COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA**

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del Investigador Principal del estudio:

TÍTULO: Trabajo final del "Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud".

TIPO DE ESTUDIO: Proyecto de Investigación (código interno: 2014.004)

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- La capacidad del Investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Se puede realizar el proyecto sin necesidad de obtener un consentimiento informado individualizado.

Este CEIC, emite un informe **FAVORABLE** para que dicho Estudio sea realizado en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA**, actuando como Investigadora principal la enfermera Dña. **ISABEL PÉREZ LOZA**.

Como queda reflejado en el Acta: **4/2014**.

Lo que firmo en Santander a **31 de enero de 2014**


CRISTINA IRENE CAMPO HOYOS
Secretario/a del CEIC

Telno: 942 315 515 • Fax: 942 315 517 • e-mails: ifimav.eci@clinicos388fmdv.org y ifimav.eci@clinicos488fmdv.org
• <http://www.ifimav.org> Avda. Valdecilla, s/n • 39008 SANTANDER (Cantabria)