

**VIII CONGRESO NACIONAL DE
BIOÉTICA**
OVIEDO

OVIEDO, 18 - 20 de Octubre de 2007



Carta del Presidente de la ABFyC

Oviedo, 18 octubre de 2007

Estimados socios y amigos congresistas.

La presente publicación que deseo presentaros recoge los resúmenes de las comunicaciones que serán presentadas en nuestro VIII Congreso durante las Sesiones programadas los próximos días 19 (de 11,30 a 14 h) y 20 (de 11,30 a 13,00 h).

Dado el gran número de comunicaciones, la diversidad de temas y el interés del contenido de las mismas el Comité científico a propuesta del Comité Organizador y de la Junta Directiva de nuestra Asociación han decidido aceptar en la práctica todas las solicitudes de presentación oral y establecer dos salas simultáneas de presentación (Sala de Cámara y Sala de la 3ª planta).

Al haberse presentado muy pocas comunicaciones en formato póster, se les ha propuesto a los autores que sean también debatidas en presentación oral.

Las comunicaciones han sido ordenadas por grandes temas y serán moderadas por representantes del Comité Organizador y Comité Científico de nuestro Congreso o del Comité Científico Permanente de nuestra Asociación.

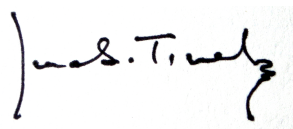
Quiero agradecer desde aquí el magnífico trabajo realizado por todos los que han colaborado a través de los Comités Científicos

en la presente edición, pero en especial al Dr. Javier Rivas que, como Presidente del Comité Científico, ha llevado el mayor peso de responsabilidad.

Es nuestra intención que todas las comunicaciones sean editadas en un CD junto con las Ponencias de este Congreso en un plazo no demasiado largo (nos gustaría poderlo hacer antes del 1 de abril de 2008). Ello constituye una innovación tecnológica y un ahorro económico para nuestra Asociación, al renunciar en lo sucesivo a las ediciones en papel de nuestro Congresos.

Finalmente y en nombre de la actual Junta Directiva y de los Comités del Congreso agradecer la asistencia a cuantos han acudido al mismo, pues es evidente que contribuirán en gran medida al éxito del mismo.

Afectuosamente os saluda,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Luis Trueba', with a stylized flourish at the end.

Juan Luís

Trueba

Presidente

VIII CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA

Organizado por la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.

Oviedo, 18-20 de octubre de 2007

Auditorio Príncipe Felipe

Presidencia del VIII Congreso Nacional de Bio- ética:

Juan Luis Trueba Gutiérrez (Presidente de la ABFyC)

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidencia: Rosa María Simó (Oviedo)

Vocales:

Serafín Málaga (Oviedo)

Manuel Martínez (Avilés)

Pilar Suárez (Oviedo)

Antonio Blanco (León)

Jaime Zabala (Santander)

Juan Carlos Delgado (Madrid)

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidencia: Francisco Javier Rivas (Madrid)

Vocales:

Isolina Riaño (Avilés)

Mariano Lacort (Gijón)

Raquel Buisán (Madrid) (Gijón)

Koldo Martínez (Pamplona)

Pilar Núñez (Barcelona)

Javier Júdez (Murcia)

Asociación de Bioética Fundamental y Clínica

ÍNDICE DE COMUNICACIONES

Distribución de salas y comunicaciones.	13
COMITÉS DE ÉTICA.....	21
Experiencia desde los servicios sociales: proyecto para el desarrollo de la ética en Gorabide (asociación vizcaína en favor de las personas con discapacidad intelectual).	23
Consideraciones éticas en la aplicación de la ley de dependencia en personas con trastorno mental severo.	25
Evolución de un comité asistencial en atención primaria de la comunidad de Madrid.	27
Encuesta al personal sanitario de dos hospitales terciarios sobre sus comités de ética asistencial.	29
Información y conflictos éticos.	31
Consulta sobre retirada o no inicio de nutrición enteral al comité de ética asistencial por parte de familiares en ausencia de voluntades anticipadas.	33
Seguimiento de los ensayos clínicos desde el CEIC con la colaboración del CEA: factores relacionados con la inclusión de sujetos del estudio.	35
El desarrollo de la ética asistencial en servicios sociales: El CEIS de Bizkaia, un logro y un instrumento a su servicio.	37

BIOTECNOLOGÍA	41
El significado de la utilización de la tecnología en la persona enferma.	43
Un estudio exploratorio sobre la donación hipotética de embriones humanos en Perú.	44
Cerebros muertos en cuerpos vivos: historia del concepto de muerte cerebral y sus implicaciones para la bioética.....	46
EDUCACION EN BIOETICA	49
Bioética para enfermeras.	51
Efecto de una intervención educativa en la mejora de la concordancia entre los deseos de cuidado y tratamiento de un sujeto y la estimación que sobre ellos hace su representante.	53
Propuesta de un método argumentativo para la comunicación en el consentimiento informado	54
Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente.	55
ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS.....	59
Lecturabilidad comparada del código ético del hospital Valle del Nalón.	61
Justicia global distributiva e industria farmacéutica. Una mirada hacia la cooperación al desarrollo.....	65

Salud pública vs libertades individuales. Criterios éticos para las medidas de aislamiento.....	67
La asistencia espiritual y religiosa en centros hospitalarios públicos: una realidad, un derecho, una necesidad.....	68
ÉTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA	71
Documento de indicaciones médicas anticipadas: utilidad en la atención sociosanitaria.....	73
Protocolo de sedación paliativa del servicio de oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias.....	75
Ética de los cuidados de enfermería: importancia de los factores psicoafectivos ilusión y simpatía.....	80
Problemas éticos en las relaciones asistenciales indirectas.	82
Problemas éticos en las relaciones asistenciales indirectas.	82
Dilemas éticos de la asistencia sanitaria a pacientes de sida en los hospitales rurales del Congo (África).....	84
Prescripción enfermera. Enfoque práctico y legal de la situación actual.....	86
La correlación derecho/deber entre médico-paciente relativa a la salud.....	87
Valoración del apoyo emocional al final de la vida por los familiares de los pacientes fallecidos.....	92

Asistencia sanitaria, tabaquismo, hábitos tóxicos y prácticas de riesgo: evolución de la opinión del personal sanitario.	94
FUNDAMENTACIÓN BIOÉTICA.....	97
La crisis del paternalismo médico. Nuevas perspectivas desde la analítica del poder.	99
Imagen Corporal: Una visión hacia dentro.	101
¿Técnica del cuidado o ética del cuidado? Por una ética del cuidado responsable.....	102
Fundamentos bioéticos para la "inDependencia".	103
La relación interprofesional en el ámbito sanitario: una perspectiva ética.	104
La Muerte Voluntaria	106
Desde la historia: los problemas de la autonomía frente a la sujeción de los pacientes.	108
Sócrates un filósofo para la enfermería.....	110
Gestión de la confidencialidad en el paciente dependiente: deliberaciones éticas.....	112
RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	115
De la ética de la sumisión hacia la ética de la responsabilidad.	117
Ventajas y desventajas del empleo de la historia de valores. Percepción de los ciudadanos en función de su	

actitud y de sus experiencias previas de participación.	119
Preservar la intimidad cuidando lo íntimo del paciente.	121
La confidencialidad en el periodo de formación de los médicos residentes.....	123
Profesionalismo médico: ¿dónde empieza y dónde termina la ética médica?	124
Opinión de los ciudadanos acerca del conocimiento de sus preferencias en la atención sanitaria: Validación cuantitativa de las categorías obtenidas en un estudio cualitativo sobre Historia de Valores.....	126
Responsabilidad disciplinaria de los profesionales sanitarios ante el examen de las denuncias tramitadas en la comisión deontológica durante el quinquenio 2002-2006, con especial referencia a la incidencia de cuestiones bioéticas.	128
Encuesta sobre sedación terminal a profesionales sanitarios del Hospital de Cabueñes.....	130
La bioética y el profesional sanitario frente a las terapias alternativas y complementarias.....	132

Distribución de salas y comunicaciones.

Día 19, Sala de Cámara: 11:30 a 14:00 horas	
Moderador: Mariano Lacort	
Experiencia desde los servicios sociales: proyecto para el desarrollo de la ética en Gorabide (Asociación Vizcaína en favor de las personas con discapacidad intelectual) <i>Hernández Zubizarreta, P; Goikoetxea Iturregui, MJ; Posada Laca, G.</i>	23
Consideraciones éticas en la aplicación de la ley de dependencia en personas con trastorno mental severo. <i>Santander Cartagena, F; Hernanz Manrique, MMª; Larreina Cerain, M; Ubis, A; Balaga, C.</i>	25
Evolución de un comité asistencial en atención primaria de la comunidad de Madrid. <i>Manso Montoto, MD; Alonso Redondo, MA; Alzugaray García-Diego, MT; et al.</i>	27
Encuesta al personal sanitario de dos hospitales terciarios sobre sus comités de ética asistencial. <i>Martínez Urionobarrenetxea, K.</i>	29
Información y conflictos éticos <i>Abáigar Martínez de Salinas, A. y Comité de Ética de Cuenca</i>	31
Consulta sobre retirada o no inicio de nutrición enteral al comité de ética asistencial por parte de familiares en ausencia de voluntades anticipadas. <i>Font Canals R, Sanahuja Mota J, Romaní Costa V, Expósito</i>	22

<i>López A, Quintana Riera S.</i>	
Seguimiento de los ensayos clínicos desde el CEIC con la colaboración del CEA: factores relacionados con la inclusión de sujetos del estudio. <i>Quintana Riera S, Fernández Cañabate E, Redondo Capafons S, Giménez Gómez N, Monzó Gruart M, García Vicente JÁ, Pla Poblador R</i>	35
El desarrollo de la ética asistencial en servicios sociales: El CEIS de Bizkaia un logro y un instrumento a su servicio. <i>Goikoetxea M; Okina, I; Calvete, E</i>	37
El significado de la utilización de la tecnología en la persona enferma. <i>Palacios Ceña, Domingo</i>	43
Un estudio exploratorio sobre la donación hipotética de embriones humanos en Perú <i>Álvarez Díaz, JA</i>	44
Cerebros muertos en cuerpos vivos: historia del concepto de muerte cerebral y sus implicaciones para la bioética. <i>García Capilla, DJ; Zaragoza Bernal, JM.</i>	46
Bioética para enfermeras. <i>Busquets Alibes, E; Mir Tubau, J</i>	51
Efecto de una intervención educativa en la mejora de la concordancia entre los deseos de cuidado y tratamiento de un sujeto y la estimación que sobre ellos hace su representante. <i>Martínez Rodríguez, S; Cámara Medina, C; Cármona Rega, I;</i>	53

<i>Barrio Cantalejo, IM</i>	
Propuesta de un método argumentativo para la comunicación en el consentimiento informado. <i>Abad-Perotin, R; Alfonso Galán, MT.</i>	35
Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente. <i>Sánchez Jacob, M; Martínez González, C; Riaño Galán, I</i>	36
Día 19, Sala 3º Planta: 11:30 a 14:00 horas Moderador: Manuel Martínez Muñiz	
Lecturabilidad comparada del código ético del hospital Valle del Nalón <i>González, MT; Espinosa Pérez, J; Fernández Muñiz, PI</i>	39
Ética de las organizaciones ¿ética de los gestores? <i>Fuentes Gil, I; De La Torre, C.</i>	40
Justicia global distributiva e industria farmacéutica. Una mirada hacia la cooperación al desarrollo. <i>Tamarit López, I; Costa Alcaraz, Ana Mª; Siurana Aparisi, JC.</i>	41
Salud pública vs libertades individuales. Criterios éticos para las medidas de aislamiento. <i>Ortiz Otero, M; Rivas Flores, FJ.</i>	42
La asistencia espiritual y religiosa en centros hospitalarios públicos: una realidad, un derecho, una necesidad.	43

<i>Pravos Martín, JÁ; Fernández Muñiz, PI; González Martínez, MT; García García, C; Espinosa Pérez, J</i>	
Documento de indicaciones médicas anticipadas: utilidad en la atención sociosanitaria. <i>Sanahuja, J, Crusat M, Benet I Sorribas G, Marcos E, Sirvent R, Quintana S</i>	47
Protocolo de sedación paliativa del servicio de oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias <i>Jiménez Fonseca, P; Menéndez Prieto, MD; Llorente Ayala, B; Berros Fonbella, JP.</i>	48
La atención a la dependencia en España. <i>Alcázar Verde, MJ; Sanjuán Larín, C; Sánchez González, S; Sánchez de Andrés, MJ.</i>	50
Ética de los cuidados de enfermería: importancia de los factores psicoafectivos: ilusión y simpatía. <i>Nogales Espert, A; Llorca Marquez, E; Guerrero Bonmatty, R; Hernández Martín, FJ</i>	51
Problemas éticos en las relaciones asistenciales indirectas. <i>Dongil Garrafón, M.</i>	52
Dilemas éticos de la asistencia sanitaria a pacientes de sida en los hospitales rurales del Congo (África) <i>Núñez-Cubero, MP; Kapambalisa, N.</i>	53
Prescripción enfermera. Enfoque práctico y legal de la situación actual. <i>Martínez Millán, S; Torralba Madrid, MJ; Martínez Millán, J;</i>	54

<i>Gras Gómez, C; García Capilla, DJ.</i>	
La correlación derecho/deber entre médico-paciente relativa a la salud <i>Amaya Rico, V.</i>	55
Comparación del grado de satisfacción percibido por los pacientes procedentes de ingresos programados o a través del servicio de urgencias durante su estancia en el centro sanitario. <i>Naves Díaz, Manuel; Fernández Fernández, Berta; Simó Martínez, Rosa María</i>	56
Valoración del apoyo emocional al final de la vida por los familiares de los pacientes fallecidos. <i>Martínez, Koldo Osés, I; Díaz, A. Barado, J; Roldán, J.</i>	58
Asistencia sanitaria, tabaquismo, hábitos tóxicos y prácticas de riesgo: evolución de la opinión del personal sanitario. <i>Marín Fernández, I; Sáez Ferrer, J; Diestre Ortín, G; Armengol Sáez, S; Aznar López, M; Quintana Riera, S;</i>	59
Día 20, Sala de Cámara: 11:30 a 13:00 horas Moderadora: Isolina Riaño	
La crisis del paternalismo médico. Nuevas perspectivas desde la analítica del poder <i>García Capilla, DJ; Zaragoza Bernal, JM; Torralba Madrid, MJ; Martínez Millá, S.</i>	63

Imagen Corporal: Una visión hacia dentro <i>Araujo Yaselli, Mariani</i>	64
Técnica del cuidado o ética del cuidado? Por una ética del cuidado responsable. <i>Pose, Carlos</i>	64
Fundamentos bioéticos para la "inDependencia" <i>Romañach Cabrero, J</i>	65
La relación interprofesional en el ámbito sanitario: una perspectiva ética. <i>Miranda Serrano, P.</i>	66
La Muerte Voluntaria <i>Delgado Antolín, JC</i>	67
Desde la historia: los problemas de la autonomía frente a la sujeción de los pacientes <i>Hernández Martín, FJ; Rodríguez Sánchez, MC; Nogales Espert, A.</i>	68
Sócrates un filósofo para la enfermería <i>Álvarez Andrés, G.</i>	69
Gestión de la confidencialidad en el paciente dependiente: deliberaciones éticas <i>Rodríguez Merino, JM.</i>	70
Día 20, Sala 3ª Planta: 11:30 a 13:00 horas	

Moderadora: Pilar Suárez	
De la ética de la sumisión hacia la ética de la responsabilidad. <i>Buisan Pelay, R; Hernández Gutiérrez, M; Ferrero Aldaz, M^aJ.</i>	73
Ventajas y desventajas del empleo de la historia de valores. Percepción de los ciudadanos en función de su actitud y de sus experiencias previas de participación. <i>Ruiz Navascués, R; Izaguerri Blázquez, M; Romero Galindo, M; Rodríguez Rodríguez, AO; Martín Cuesta, AI; Herguido García, F; de los Reyes Bermúdez, MT; Peñacoba Puente, C.</i>	74
Preservar la intimidad cuidando lo íntimo del paciente. <i>Buisan Pelay, R; Delgado Antolín. JC; Aguado Martínez, B</i>	75
La confidencialidad en el periodo de formación de los médicos residentes. <i>Hellín Sanz, T; Lizarraga Bonelli, E; López Cebrián, P</i>	76
Profesionalismo médico: ¿dónde empieza y dónde termina la ética médica? <i>Pose, C</i>	77
Opinión de los ciudadanos acerca del conocimiento de sus preferencias en la atención sanitaria: Validación cuantitativa de las categorías obtenidas en un estudio cualitativo sobre Historia de Valores. <i>Rodríguez Rodríguez, AOS; Ruiz Navascués, R; de los Reyes Bermúdez, MT; Martín Cuesta, AI; Izaguerri Blázquez, M; Romero Galindo, M; Herguido García, F; Peñacoba Puente, C.</i>	78

Responsabilidad disciplinaria de los profesionales sanitarios ante el examen de las denuncias tramitadas en la comisión deontológica durante el quinquenio 2002-2006, con especial referencia a la incidencia de cuestiones bioéticas. <i>Moya Pueyo, V; Lizarraga Bonelli, E.</i>	79
Encuesta sobre sedación terminal a profesionales sanitarios del Hospital de Cabueñes. <i>Lacort Fernández, M; Arce Garcia, C; de la Fuente García, B; Garcia González, G; Martin Sáez, JM; Gracia Marco, M; Saro Gismera, C.</i>	80
La bioética y el profesional sanitario frente a las terapias alternativas y complementarias. <i>Beauchamp Montalvo, M.</i>	81

COMITÉS DE ÉTICA

Experiencia desde los servicios sociales: proyecto para el desarrollo de la ética en Gorabide (asociación vizcaína en favor de las personas con discapacidad intelectual).

Hernández Zubizarreta, Porfirio; Goikoetxea Iturregui, M^a Jesús; Posada Laca, Gerardo

Dpto. Técnico de Gorabide (Vizcaya)

Gorabide somos una Asociación orientada a dar apoyo a las personas con discapacidad intelectual (DI) de Bizkaia y a sus familias. Pretendemos introducir la Ética trasladando las metodologías de la Bioética aplicada en el sector sanitario en los servicios sociales. Partiendo de nuestra misión y de nuestra experiencia y tradición en la defensa de los derechos de las personas con DI, y de acuerdo con los tiempos de pluralismo moral actuales -, con la introducción de nuevos paradigmas como los de calidad de vida de Schalock y Verdugo, la autodeterminación de Wehmeyer, ...; la aprobación del Código Ético de FEAPS; y la publicación de varios Decretos -, el abordaje de la ética se ha convertido en una necesidad para Gorabide.

Objetivos

- Lograr la integración de la ética en las decisiones de la organización
- Organizar las estrategias para el desarrollo de la Ética en Gorabide
- Facilitar la creación de un Comité de Ética, como órgano estable interno

Proceso, métodos y material: Fases:

1. Creación de un equipo Coordinador del Proyecto.
2. Sensibilización, mediante charlas de información básica a los usuarios, familias, profesionales y voluntarios.
3. Detección de personas que quieran seguir formándose y formación teórico-práctica.
4. Creación de un equipo promotor de la ética asistencial en Gorabide, encargado de la creación de un comité de ética y de elaborar protocolos de actuación.
5. Crear y acreditar un comité de ética.
6. Evaluación y transferencia de resultados. Se pretende introducir los principios y procedimientos de la bioética tomando como punto de partida el valor absoluto de toda persona y como referencia los cuatro principios de la bioética, aplicados desde una metodología deliberativa que considera los mismos como principios universales que admiten excepciones a la hora de ser aplicados a situaciones concretas.

Resultados y conclusiones: La evaluación de lo desarrollado hasta ahora ha sido altamente positiva. La creación de un comité de ética es algo novedoso en el campo de los Servicios Sociales, pero, más allá de esto, con la reflexión y la formación en torno a la ética se enriquece nuestra Asociación, y sobre todo beneficia a las personas usuarias, en muchos casos personas con autonomía limitada, en cuanto que persigue que las decisiones que se tomen velen por el respeto a su dignidad. Y ello con la vocación de proporcionar una atención correcta en sus procedimientos, con una justa distribución de los recursos, una orientación hacia la autonomía de los usuarios

que posibilite su máxima participación y en cualquier caso una protección de sus derechos y su dignidad.

Consideraciones éticas en la aplicación de la ley de dependencia en personas con trastorno mental severo.

Santander Cartagena, Fernando; Hernanz Manrique, Margarita Ma; Larreina Cerain, Marixa; Ubis, Aixiber; Balaga, Cristina.

CSM Gasteiz Centro

Objetivos: Abrir la discusión a los problemas que plantea la aplicación de la Ley 39/2006 LPAPAD a los pacientes con trastornos mentales severos (TMS) y señalar posibles vías de actuación. Para las personas con Trastorno Mental Severo (TMS) la Ley 39/2006 de Promoción de la Atención Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LPAPAD) representa un avance al considerar directamente la existencia de enfermedad mental y valorar tanto la capacidad física para realizar las tareas como la capacidad mental y/o iniciativa, es decir, la dificultad que presentan en la toma de decisiones cotidianas. También objetiva que apoyos y soportes requieren para promover un funcionamiento lo más autónomo y normalizado posible en los ámbitos social, familiar y laboral. Con esta Ley los enfermos mentales dejan de ser discapacitados para ser ciudadanos con plenos derechos. Desde los cuatro principios, queremos señalar los siguientes problemas: El TMS, no es inmutable, durante su desarrollo longitudinal puede modificar la discapacidad asociada tanto por la evolución crónica de la en-

fermedad, como por intervenciones rehabilitadoras, como en los momentos de crisis o reagudizaciones. El diseño de planes terapéuticos individualizados choca con la oferta generalizada de servicios. Pacientes con nivel 1 de dependencia pueden requerir alojamientos tutelados o programas laborales, ocupacionales específicos. Planteamos que en los casos de personas con TMS sería relevante requerir informes sobre la enfermedad psíquica que padecen y las discapacidades que presentan emitidos por los profesionales de Salud Mental que les atienden, indicando no sólo el diagnóstico, sino la estimación de la cronicidad, discapacidad específica, áreas afectadas, roles sociales, laborales y familiares perdidos y estimación de apoyos económicos, de alojamiento, relacionales, familiares, etc. que precisa. Así proponemos: Definición de las prestaciones y servicios según las necesidades y objetivos a alcanzar más que por niveles estáticos de discapacidad. Coordinación entre los responsables de planificar y proporcionar servicios por niveles de dependencia con los Servicios de Salud Mental que atienden al paciente.

Evolución de un comité asistencial en atención primaria de la comunidad de Madrid.

Manso Montoto, María Dolores; Alonso Redondo, MA.; Alzugaray García-Diego, M.T.; Casado Buendía, S.; Duarte Fernández, C.; Garrido Elustondo, S.; Jurado García, J.; Legaz Nieto, F.; Miguel Sánchez, C.; Moreno Carballo, S.; Pozuelo Martín ,C.; Reyes Espino, J.F.; Sabín Rodríguez, C.; Saiz Fernández, L.C.; Sánchez Martín, E.; Silva Junco, C.;Tapia López, M.A.; Torres Moya, P.A.

Área 7 de Atención Primaria CEAS.

Objetivos: Describir las actividades de un comité de ética asistencial (CEAS) en atención primaria en un área de salud, y analizar las dificultades con que se encuentra desde su constitución hasta el momento actual.

Métodos y materiales: El primer paso al que se enfrentó el CEAS fue su constitución; para ello se creó un grupo promotor que hubo de elegir a los futuros miembros para crear un grupo interdisciplinar con gran motivación. En la siguiente fase, o de CEAS \"junior\", se debió atender a la formación interna y a la cohesión del grupo, explorando las necesidades del área de salud y comenzando a impartir formación externa. Una vez acreditado por la comunidad autónoma, el CEAS \"senior\" ya empezó a responder consultas. En esta fase se redobla el esfuerzo formativo externo y se crean nuevos puentes con los centros de salud para canalizar inquietudes y necesidades formativas. La desmotivación del grupo es una amenaza en esta fase, dadas las dificultades de trabajo (inversión de horas y reuniones, preparación de documento y protocolos, diseño de

talleres y presentaciones..) y escasos incentivos y apoyos externos. Uno de los retos es la búsqueda de fondos y tiempo para incentivar la necesaria formación de los miembros del comité.

Resultados: Resolución real de casos, elaboración de protocolos, talleres sobre limitación del esfuerzo terapéutico, confidencialidad, consentimiento informado, violencia de género e instrucciones previas, emisión de hojas periódicas sobre temas de bioética, creación de blog donde se vierten artículos y opiniones en bioética, presentaciones filmográficas con posterior debate sobre cuestiones éticas....

Conclusiones: Los CEAS sin un apoyo necesario a la Atención Primaria para mejorar la visión bioética de los profesionales sanitarios y desarrollar una práctica asistencial de mayor calidad que incluya ingredientes de humanismo. Los miembros de los CEAS han de invertir mucho esfuerzo en la consecución de sus objetivos con poco reconocimiento institucional. En la Comunidad autónoma de Madrid, no parece existir mucha sensibilidad institucional hacia los CEAS. Sin embargo, para el desarrollo, mantenimiento y consecución de los objetivos de los comités es fundamental la implicación de las instituciones.

Encuesta al personal sanitario de dos hospitales terciarios sobre sus comités de ética asistencial.

Martínez, K; González, R; Bermejo, B

Hospital de Navarra

Objetivos. Conocer el grado de conocimiento y la valoración de dos Comités de Ética Asistencial (CEA) por el personal sanitario (PS) de dos hospitales terciarios.

A finales de 1998 se realizó una encuesta confidencial, al azar, al PS de dos hospitales terciarios sobre sus respectivos CEA que fueron creados en 1997 y han venido desarrollando las labores a ellos encomendadas por la normativa institucional, desde entonces. Ambos CEA disponen de un reglamento de funcionamiento propio y han sido acreditados por la institución sanitaria correspondiente.

Material y métodos. Siete años después se ha vuelto a pasar la misma encuesta a un número similar de trabajadores, 350 (de un total de 1824), de los cuales 130 son médicos y 220 personal de enfermería. Estudio estadístico, SPSS.

Resultados. El número de encuestas respondidas fue de 92, un 24,18% del total (47,95% en 1998). Responden 84 mujeres (91,3%) y 8 varones (8,7%), todos éstos médicos. Contestaron 30 médicos (23,07% de los médicos que recibieron la encuesta) y 62 enfermeros (28,18% de los enfermeros).

No se han encontrado diferencias significativas en los resultados entre hospitales excepto por que en uno de ellos la edad del personal que responde es menor ($36,50 \pm 8,21$ vs. $43,06 \pm 8,98$ años, $p=0,014$).

El 97,8% de las respuestas considera interesante la existencia del CEA aunque sólo 7 personas han consultado con el mismo (un 7,6% de los que responden).

Valoran el interés de las siguientes funciones del CEA: Ayuda en la toma de decisiones clínicas ante situaciones límite ($9,08 \pm 1,30$ sobre 10); Formación del PS en ética ($8,73 \pm 1,59$); Apoyo al PS ($8,28 \pm 1,86$); Juzgar las relaciones entre los PS ($6,62 \pm 2,81$); Recriminar las actuaciones de los PS ($6,56 \pm 2,94$) y de los pacientes ($6,47 \pm 3,02$).

El 89% de las respuestas considera que el CEA puede ayudar a resolver conflictos éticos y valora con un $8,97 \pm 1,60$ la ayuda en conflictos en situaciones límite, con un $8,34 \pm 2,02$ los de tipo terapéutico, con un $7,92 \pm 1,84$ los de relación médico-paciente, un $7,80 \pm 2,23$ los de tratamientos de diferentes profesionales, un $6,34 \pm 2,75$ los derivados de relación jerárquica, un $5,26 \pm 3,04$ los de tipo religioso y un $4,43 \pm 2,93$ los de tipo económico.

A reseñar la correlación negativa entre edad y valoración de todos los ítems, excepto para la ayuda en la resolución de conflictos de tipo terapéutico en que es casi nula.

Conclusiones. Destacan el escaso porcentaje de respuestas, la ausencia casi total de varones y el desconocimiento

de las funciones del CEA (itras 10 años de funcionamiento!) entre quienes responden.

Información y conflictos éticos.

Abáigar Martínez de Salinas, Alfonso (Presidente) y Miembros del Comité Ética Asistencial del Área de Cuenca

Comité Ética Asistencial del Área de Cuenca

Objetivos: "Los Comités de Ética Asistencial (CEAS) desarrollarán funciones de asesoramiento y ayuda en la toma de decisiones en aquellas situaciones en que se plantean conflictos éticos..." Caso presentado al CEAS del área de salud de Cuenca, a petición de la Unidad de Oncología Médica que presenta en informe el caso de una paciente con un Carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, inflamatorio cT4d cN1 M0. Estadio IIIB. Durante el proceso de ingreso para diagnóstico ha sufrido dos ICTUS. Se plantea el posible conflicto ético entre los servicios de oncología que, según reza dicho informe, "sería partidario de tratamiento quirúrgico", y el servicio de ginecología que, según siempre dicho informe, dice "que sería partidario de mantener a la paciente exclusivamente en observación".

Metodología: Recogida de información de primera mano en cada uno de los servicios. El servicio de oncología nos explica que dicha paciente si no se opera morirá consecuencia del cáncer ;en cambio, si se interviene quirúrgicamente, tiene posibilidades reales de vivir asegurando además, dentro de unos límites razonables dado su estado actual, cierta calidad de vida, al tiempo que asegura que la

intervención no supone en absoluto ningún encarnizamiento terapéutico debido a lo poco agresiva que es dicha intervención sin olvidar que cualquier intervención, por poco importante que sea, supone cierta agresividad al paciente. El servicio de Ginecología nos aporta su postura. El responsable de Ginecología informa disponibilidad de quirófano reservado para la paciente en próximas fechas, pero que está a expensas de cumplir el protocolo que acompaña a todo paciente que se someta a cualquier intervención, como es, en primer lugar, el consentimiento informado del paciente (que tanto la unidad de neurología como la psicóloga ven capaz de realizarlo por la paciente) y, en segundo lugar, el informe de la unidad de anestesia que debe garantizar la posibilidad de llevar a cabo una intervención. Hasta la fecha éste informe es negativo. Se insiste, en que, si se cumplen esas condiciones, ni él ni su equipo se opondrían a realizar dicha intervención a pesar de lo que pueda poner en el informe presentado por la unidad de Oncología. El CEA, según la información recogida, de acuerdo a su función y siguiendo los principios éticos: 1. El criterio de no maleficencia, es imperativo y guía en la actuación de todas las partes implicadas, 2. El criterio de beneficencia es cumplido. 3. El criterio de justicia queda a salvo en la intención de dar a la paciente la protección que le corresponde. 4. Se respeta la autonomía, que, partiendo del compromiso de dar una información objetiva, cercana, accesible y clara, dará lugar a la libre decisión de la paciente para dar su consentimiento.

Conclusiones: Así entonces, tomando todo lo anterior en cuenta, este CEAs decide no entrar en valoraciones éticas ni morales ya que no ve conflicto axiológico ninguno.

Consulta sobre retirada o no inicio de nutrición enteral al comité de ética asistencial por parte de familiares en ausencia de voluntades anticipadas.

Font Canals R, Sanahuja Mota J, Romaní Costa V*, Exposito López A* y Quintana Riera S, del Comité de Ética Asistencial (CEA) y *UFISS del Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Introducción: La Ley General de Sanidad de 1986 normatiza el Consentimiento Informado (CI), las excepciones a este requisito y la posibilidad legal de rechazar un tratamiento. La Ley Catalana 21/2000 y posteriormente la Estatal 41/2002 inciden sobre el CI e introducen legalmente el valor de las Voluntades Anticipadas (VA). Todo ello redunda en el máximo respeto al Principio de Autonomía. Hay un debate abierto sobre si la nutrición enteral (NE) es un tratamiento o un cuidado básico que se debe dar a todos los seres humanos.

Objetivo: Exponer dos casos presentados al CEA, ambos a iniciativa de la familia cuando los pacientes habían perdido poder decisorio y ambos sin VA.

Material y Método: Se transcriben datos de la Historia Clínica de ambos y elementos de la discusión en el CEA.

Resultados: 1er. Caso. Mujer de 35 años en Estado Vegetativo Persistente desde tres años antes, con múltiples episodios de infecciones respiratorias y urinarias. La familia unánimemente pidió retirar NE. El Comité emitió informe favorable a la retirada y la paciente falleció a los 10 días.

2º. Caso. Hombre de 59 años con pluripatología cardiovascular y gran afectación orgánica y funcional. Presentó nuevo Accidente Cerebral Vascular grave. El paciente escupía cuanto se le daba y se retiraba la SNG cada vez que se recolocaba. La familia solicitó que se respetaran los deseos manifestados de no vivir 'artificialmente'. El CEA informó favorablemente al no inicio de NE y el paciente falleció a los 5 días.

Discusión: Se tuvo en cuenta, la capacidad ética y legal de la familia para tomar este tipo de decisiones, el principio de autonomía 'por delegación, la adecuada interpretación del principio de beneficencia, y la falta de un documento de VA en los dos casos.

Conclusiones: El CEA no consideró ninguno de estos casos como de confrontación entre autonomía y beneficencia. La NE ha sido considerada un tratamiento médico que puede ser rechazada. Es posible que los CEA reciban más consultas de este tipo. También es posible que la práctica de retirar NE en determinadas circunstancias sea relativamente común por parte de los equipos asistenciales sin consultar al CEA. Conviene que los miembros del CEA y los profesionales estén correctamente formados para afrontar este tipo de situaciones.

Seguimiento de los ensayos clínicos desde el CEIC con la colaboración del CEA: factores relacionados con la inclusión de sujetos del estudio.

Quintana Riera S^(1,2), Fernández Cañabate E⁽¹⁾, Redondo Capafons S⁽¹⁾, Giménez Gómez N^(1,2), Monzó Gruart M⁽¹⁾, García Vicente JA⁽¹⁾, Pla Poblador R⁽¹⁾.

¹Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC), ²Comité de Ética Asistencial (CEA), Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona

Introducción: Los CEICs tienen por función evaluar los proyectos de investigación que se presentan y hacer un correcto seguimiento (Art. 10 del RD 223/2004). Suele haber falta de medios para cumplir adecuadamente esta función.

Objetivo: El CEIC del centro con apoyo del CEA se propuso evaluar el ajuste entre el número de sujetos previsto y el número finalmente reclutado en los ensayos clínicos (EC) presentados, y analizar los factores de discrepancia.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional que analiza el número de sujetos de investigación previstos de cada ensayo aprobado por el CEIC y el número final de sujetos reclutados, clasificándose según este criterio en estudios coincidentes (los previstos +/- 10%) y no coincidentes; y estos últimos, en no coincidentes por defecto o por exceso. Se han analizado los EC aprobados desde el año 2003 con período de reclutamiento finalizado. Se rela-

cionó esta información con distintos aspectos: fase y tipo de ensayo (unicéntrico *vs.* multicéntrico), financiación y tipo de promotor (industria *vs.* otros: sociedades científicas o sin financiación), duración del proyecto, tipo de sujeto (ingresado *vs.* ambulatorio), edad y sexo del investigador principal.

Resultados: Se dispuso de información de 113 EC presentados por 42 investigadores (28 hombres, 67%; edad media 48 años), rango de EC (1-24). Ochenta y tres (74%) reclutaron un número inferior, 12 (11%) se ajustaron y 17 (15%) reclutaron más sujetos de los previstos. El 80% se desarrollaron en ámbito ambulatorio, el 65% fueron promovidos y financiados por la industria, el 85% fueron multicéntricos, el 44% de fase 3, el 34% de fase 4 y el 20% de fase 2. La duración media de los EC fue de 24 meses y la cantidad media percibida en los ensayos financiados fue de 3000€. Los EC con más sujetos de los previstos fueron significativamente más largos que los que se ajustaron. Los investigadores con menor experiencia se ajustaron significativamente mejor al número de sujetos previstos. Las otras variables no se asociaron al ajuste entre el número de sujetos de investigación previstos y finalmente incluidos.

Conclusiones: La mayoría de EC no consiguen reclutar el número de sujetos previstos. No hemos encontrado asociación entre la inclusión y las variables analizadas, exceptuando duración del EC y experiencia del investigador. Conviendría seguir analizando el problema para identificar las variables que afectan al reclutamiento de sujetos de estu-

dio. El CEIC debería disponer de más medios para llevar a cabo las tareas encomendadas.

El desarrollo de la ética asistencial en servicios sociales: El CEIS de Bizkaia, un logro y un instrumento a su servicio.

Goikoetxea Marijé; Okina, Itziar; Calvete, Ester. Comité de Ética de Intervención Social (CEIS) Bizkaia

Justificación y objetivos: El desarrollo del sistema de servicios sociales en la última década plantea necesariamente la necesidad de desarrollar en su seno la ética asistencial. con el objetivo de salvaguardar la dignidad y promover el respeto de los derechos de los usuarios atendidos en sus servicios. Dicha necesidad se refleja: en el desarrollo legislativo sobre esta materia; dos paradigmáticos ejemplos de ello son el Decreto 64/2004 del G V de Derechos y Obligaciones en los Servicios Sociales de la CAPV y la Ley 39/2006 que regula la asistencia social como un derecho subjetivo de los ciudadanos y en la creación del espacio socio-sanitario en la CAPV en el año 2006.

En la comunicación pretendemos:

- Describir el proceso de desarrollo de la ética asistencial en servicios sociales en Bizkaia desde el año 2000 hasta la actualidad.
- Presentar nuestro Comité de Ética en Intervención Social acreditado en mayo del 2007, y el Decreto Foral 232/2006 del 27 de diciembre que regula la creación de otros comités de ética en este ámbito como resultado de este largo proceso.

- Compartir con otros profesionales nuestra experiencia dado su carácter pionero.

Proceso, materiales y método: El CEIS actual dependiente del Departamento de acción social es el resultado de un proceso iniciado en 1996 en dos ámbitos administrativamente diferentes: uno que surge en el ámbito sanitario y otro del Departamento de acción social. Tras distintas fases independientes, se unen en la creación de una única comisión promotora en el año 2003.

Desde 2003 comienza un proceso conjunto de cuatro fases: 1) cohesión del grupo; 2) formación y reflexión sobre las peculiaridades de la ética asistencial en servicios sociales 3) Formalización e Institucionalización 4) Funcionamiento como Comisión promotora cara al exterior. Durante todo el proceso han participado unas 600 personas en los diferentes cursos de formación y unas 70 en los dos grupos estables que dieron origen al CEIS actual. Se disponen de datos de evaluación del proceso por parte de sus participantes.

Resultados

- Presentación del Decreto Foral de Bizkaia 232/2006
- Presentación del CEIS: composición, ámbito de actuación, funciones, estructura, funcionamiento y trabajos desarrollados
- Descripción de otros efectos del proceso en el desarrollo de la ética asistencial: grupos de trabajo, seminarios, jornadas,...

Conclusiones. Las cuestiones abiertas a la reflexión desde la experiencia:

- ¿Es necesario incluir la solidaridad como principio en servicios sociales?
- ¿Es exigible la beneficencia como principio de primer nivel?
- ¿Hasta dónde llega el derecho subjetivo de asistencia social y quienes son sus destinatarios?
- ¿Cómo entender la justicia y la eficiencia en servicios sociales?

BIOTECNOLOGÍA

El significado de la utilización de la tecnología en la persona enferma.

Palacios Ceña, Domingo

Hospital Universitario De Fuenlabrada

Los avances tecnológicos y su utilización indiscriminada se han asociado a una progresiva deshumanización de la atención de las personas. La pérdida del significado y del sentido de su manejo junto a la incertidumbre del papel de la enfermera y del paciente respecto a estas nuevas tecnologías y máquinas ha provocado nuevos conflictos de tipo ético y moral a la hora de cuidar. Este trabajo tiene como objetivos: Mostrar el significado de la tecnología y la técnica en el entorno sanitario.

Método: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pub Med, Cuiden, Cinahl, entre los años 2000-2007, con las siguientes palabras claves en base de datos Cuiden; tecnología, ética, enfermería y tecnología biomédica. En pub med se siguió los descriptores registrados en el MeSH; Ethics, technology, nursing ethics and medical biotechnology, y en Cinhal por los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); Ethics, nursing, nursing ethics, technology, biomedical technology.

Conclusiones: - Se asocia a la tecnología como uno de los principales factores de deshumanización en los centros sanitarios, pero es el uso de esta tecnología por las personas es lo que determina la presencia de deshumanización. No la tecnología en si misma.

- Uno de los elementos de deshumanización detectados es la pérdida de identidad de las personas a las que se le aplica la tecnología. La despersonalización progresiva.
- Es necesario explicar el significado que tiene la aplicación de tecnología por los profesionales sanitarios, y describir la relación existente entre el profesional, la tecnología y la persona enferma.
- Esta relación esta basada en la orientación del uso de la tecnología por y para cubrir las necesidades de la persona y no del profesional. La concepción del uso de la tecnología para fomentar la autonomía del paciente y mantenerlo como sujeto activo y con capacidad de decisión y no meramente un elemento pasivo al que se le aplican procedimientos y técnicas es la clave para recuperar la identidad de la persona y evitar la perdida de contacto por la aplicación de tecnologías.

Un estudio exploratorio sobre la donación hipotética de embriones humanos en Perú.

Álvarez Díaz, Jorge Alberto

Universidad Complutense de Madrid

Objetivo: Explorar opiniones de pacientes que han acudido a técnicas de reproducción asistida (TRA) complejas, respecto a la donación de gametos y embriones, así como las razones para hacerlo o no. Pacientes y métodos: La sede fue una clínica privada en Lima, Perú; fueron 32 participantes (20 mujeres, 12 hombres), quienes habían acudido

por lo menos a una TRA compleja. Fue un estudio transversal de bioética descriptiva, con metodología cualitativa etnográfica mediante entrevista semiestructurada aplicando análisis del discurso al texto resultante.

Resultados: Respecto a la donación de embriones, 11 de los hombres los donarían con fines de terapia de fertilidad, 6 con fines de investigación, y solamente uno rechazó ambas posibilidades de donación; las mujeres por su parte, las 20 entrevistadas los donarían para terapia de fertilidad y 8 de ellas con fines de investigación. Participantes que han aceptado gametos donados no necesariamente piensan que donarían los propios en caso de poder hacerlo.

Discusión: Puede sugerirse que la donación de gametos es más comentada y generalmente aceptada; la donación de embriones es un tema menos discutido y más conflictivo al momento de pensar acerca de él, tanto para donar como para aceptar; la criopreservación es un tema complejo, comentado pero también conflictivo, cuya aceptación o no, así como el destino de los embriones probablemente criopreservados, depende de las concepciones que se tienen respecto al origen de la vida, la ética personal, etc.; se puede plantear que una hipótesis construida a partir de este estudio y por verificarse en estudios cuantitativos, es que la donación de embriones podría efectuarse, mayormente para terapia de fertilidad, y excepcionalmente con fines de investigación.

Cerebros muertos en cuerpos vivos: historia del concepto de muerte cerebral y sus implicaciones para la bioética.

García Capilla, Diego José; Zaragoza Bernal, Juan Manuel

Servicio de Urgencias de Atención Primaria. Murcia

El objetivo de la presente comunicación es mostrar cómo la coincidencia temporal y la convergencia de dos tecnologías biomédicas (la ventilación mecánica y el electroencefalograma) dio lugar a una nueva percepción del cuerpo, una nueva identidad, una nueva forma de estar en el mundo a partir de la demarcación del concepto de muerte encefálica. La coincidencia temporal de los artefactos planteó una serie de interrogantes de tipo moral que hicieron necesaria la aparición de una nueva disciplina en la que la ciencia y la filosofía se entrecruzan: la bioética. La metodología de trabajo es un estudio genealógico a partir de la historia de la medicina, mostrando cómo dos artefactos han tenido un papel capital en la adquisición de conocimiento al crear una nueva forma de ser en el mundo, una forma artificial que demanda una nueva valoración moral: la muerte encefálica. Adoptamos la perspectiva de que la bioética hay que entenderla, desde sus inicios, como una gestión de la responsabilidad individual y colectiva frente a un mundo de saberes y entornos tecnocientíficos. En nuestras conclusiones mostramos cómo la historia de la ciencia es un elemento útil para la reflexión filosófica en general, y bioética en particular. Con ella llegamos hasta al estado de muerte encefálica que depende ontológicamente de una intervención bio-

tecnológica, siendo una situación que no se da en la naturaleza. Se produce una convergencia del electrocardiógrafo y del respirador artificial para dar lugar al citado estado, a la vez, moralmente conflictivo y nuevo, demandando respuestas éticas e institucionales capaces de hacerse cargo del nuevo reto impuesto por el imperativo tecnológico. Con nuestra comunicación apoyamos la tesis de que el nacimiento de la bioética está íntimamente relacionado con el concepto ético de responsabilidad ante las nuevas tecnologías biomédicas. El electrocardiógrafo y el respirador artificial dieron lugar a un nuevo tipo de coma, planteando el problema ético del momento de parar el proceso de reanimación. El estudio genealógico que presentamos pone en evidencia cómo las nuevas tecnologías biomédicas introducen incertidumbre en la práctica clínica, tanto profesional como ética. Nos parece evidente que la relación entre la medicina y las nuevas tecnologías condiciona el futuro de la profesión médica. En el novedoso concepto de profesionalismo, entendido como un nuevo contrato entre la sociedad y la profesión médica, se exige de ésta una evaluación crítica de las nuevas tecnologías antes de incorporarlas a la práctica.

EDUCACION EN BIOETICA

Bioética para enfermeras.

Busquets Alibes, Ester; Mir Tubau, Joan

Institut Borja De Bioètica

Objetivos: La elaboración de los cuadernos "Hacemos bioética" pretendía: - Acercar la bioética a las enfermeras a través de unos cuadernos breves, divulgativos, rigurosos e ideológicamente plurales. - Ayudar a las enfermeras en la reflexión de los principales temas de la bioética y la consiguiente toma de decisiones. - Promover el diálogo bioético entre las enfermeras. - Sugerir e incentivar, entre el colectivo, la publicación de nuevos cuadernos.

Material y métodos: Para conseguir los objetivos elaboramos un conjunto de seis cuadernos sobre distintas temáticas. El primer cuaderno contiene una introducción a la bioética, el segundo trata de los comités de ética y los siguientes abordan los derechos y deberes de los pacientes, el secreto profesional, la información y el consentimiento informado y, finalmente, los aspectos relacionados con el final de la vida. Con el fin de dar unidad al conjunto de los cuadernos todos comparten una estructura común. El "estado de la cuestión" donde se ofrecen los contenidos teóricos del tema estudiado. La "mirada hacia fuera" en la cual se presentan textos relevantes tanto del mundo anglosajón como del europeo-continental para complementar y ampliar el horizonte de estudio. El "contrapunto" pretende aportar una visión distinta u opuesta con el objetivo de contrastar opiniones. En los "textos de referencia" se citan recomendaciones y textos ético-jurídicos, de ámbito nacional, su-

pranacional e internacional relacionados con el tema estudiado. Con el "caso clínico" se pretende articular los contenidos teóricos con los prácticos para ejercitarse en la toma de decisiones. Para la resolución del caso se aportan distintas metodologías. Por último, hay una "bibliografía" actualizada que se complementa con artículos y páginas web de interés. Una vez elaborado el material se hizo una edición de doce mil ejemplares de cada número para distribuir gratuitamente entre las enfermeras a través de los distintos colegios oficiales de enfermería de Cataluña, Islas Baleares y Andorra.

Resultados y conclusiones: La edición de los cuadernos ha permitido: - Elaborar una base de datos sobre los profesionales de enfermería interesados en la bioética. - Mayor sensibilización de las enfermeras y las instituciones en el estudio de las cuestiones bioéticas. - Incrementar la demanda de formación bioética por parte de las enfermeras. - Potenciar la entrada de enfermeras en los comités de ética asistencial. Actualmente hay en marcha un proyecto para traducir todos los cuadernos al castellano.

Efecto de una intervención educativa en la mejora de la concordancia entre los deseos de cuidado y tratamiento de un sujeto y la estimación que sobre ellos hace su representante.

Martínez Rodríguez, Sagrario; Cámara Medina, Carmen; Cármona Rega, Inés; Barrio Cantalejo, Inés M^a

Objetivo: Estudiar si una intervención educativa mejora la concordancia entre las preferencias de cuidado y tratamiento de una persona y las que, en su lugar, estimaría su representante.

Participantes y método: Ensayo clínico sobre usuarios de 50 y más años de Centros de Salud del Distrito de Granada, aleatorizados con enmascaramiento simple en tres grupos experimentales: Grupo control, representante predijo las preferencias de cuidado y tratamiento del sujeto sin ayuda de documento alguno. Grupo de Intervención 1: el sujeto cumplimentó un documento de VVA que fue entregado a su representante como ayuda para predecir las preferencias de aquel. Grupo de Intervención 2, sujeto y representante asistieron a dos sesiones educativas sobre la toma de decisiones por representación. En los tres grupos experimentales se mide la concordancia en las preferencias con el Life support Preference Questionnaire (LSPQ)

Resultados: 114 pares (Control, 50; Intervención 1, 42; Intervención 2, 23). Edad media sujetos: 60, representantes: 52. Resultados en concordancia: Control, Concordancia de 3,02; Intervención 1, concordancia de 3,67 e Interven-

ción 2, concordancia de 5,59, con respecto a los 6 ítems del LSPQ.

Conclusión: Una intervención educativa mejora la concordancia entre los deseos de una persona y la estimación de su representante.

Propuesta de un método argumentativo para la comunicación en el consentimiento informado

Abad-Perotin, Reyes; Alfonso Galán, M^a Teresa

Universidad de Alcalá de Henares (Madrid)

Es cada vez más frecuente encontrar conflictos derivados de la relación médico paciente que en ocasiones llegan a generar denuncias tanto a en los colegios profesionales como en la vía judicial civil o penal. Es necesario aportar nuevos modelos de comunicación en la entrevista clínica para que de la información ofrecida al paciente se obtenga un consentimiento informado con garantía o válido y se adecue a los nuevos retos sociales que la relación médico-paciente presenta. Nuestra propuesta es que una teoría específicamente lingüística de la argumentación puede ser válida para el discurso científico así como para la comunicación en el marco de la relación clínica para ello presentamos un modelo argumentativo aplicado a la entrevista clínica. El objetivo es mejorar los procesos comunicativos entre los médicos y sus pacientes. Establecer una ayuda para que la entrevista clínica se estructure con el fin de que sea más efectiva y no queden lagunas que pueden tener consecuen-

cias no deseadas. Aportar una plataforma metodológica argumentativa en la que el profesional pueda apoyarse en el ámbito de la comunicación, entrevista y consulta con sus pacientes. Motivar al profesional ante la importancia que la argumentación y el discurso tiene en la relación con sus pacientes tanto para la óptima evolución clínica como en la resolución de conflictos sociales derivados de una deficiente comunicación.

Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente.

Sánchez Jacob M*, Riaño Galán I** y Martínez González C***.

C.S La Victoria. Valladolid*. H. San Agustín. Avilés**. C.S. Parla. Madrid***.

Objetivos. Conocer los conocimientos y actitudes de los médicos en la relación clínica con los adolescentes menores de edad en algunos aspectos relacionados con la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente (LBAP).

Material y metodos. Estudio multicéntrico, transversal mediante encuesta anónima dirigida a médicos de atención primaria y especializada de Castilla y León, Asturias y Madrid. La encuesta consta de 13 preguntas de una sola opción elegible, dirigidas a evaluar conocimientos, comportamientos y actitudes de los médicos en la relación clínica con adolescentes. El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico Epi Info 6 y Graphpad soofware

(Graphpad.com). Para comparar las proporciones se ha utilizado el test de chi cuadrado.

Resultados. La encuesta la responden 400 médicos (230 mujeres y 170 hombres). 195 pertenecen a Castilla y León, 106 a Asturias y 99 a Madrid. Los conocimientos acerca de la Ley 41/2002 en lo referente al menor son escasos: sólo un 25,3% de los encuestados refiere saber cual es la mayoría de edad sanitaria y tan solo el 9% conocen los supuestos clínicos que modifican dicha edad. La teoría del menor maduro la conocen en profundidad el 8,5% y saben precisar cual es la persona responsable de valorar la madurez del menor el 34%. En relación con estos temas existen diferencias significativas entre las tres comunidades. Solicitan la firma del menor en el consentimiento informado el 23,6% y para prescribir la píldora del día después a la adolescente un 20,5%. Solo un 15,5% conoce la obligación de comunicar a los padres la posibilidad de interrupción voluntaria del embarazo en una menor de edad. En cuanto a las actitudes de los médicos, el 25% afirma tener dificultad en la relación clínica con el menor, el 60,6% se siente inseguro o incómodo para mantener la confidencialidad con el menor y el 24,5% reconoce que no se encuentra capacitado para deliberar con el menor cuando existe un conflicto de intereses en materia sanitaria.

Conclusiones. 1. Existe un gran desconocimiento de la Ley 41/2002 en los supuestos relacionados con el menor, aunque hay diferencias entre las distintas comunidades. 2. La utilización de la firma del menor en el consentimiento informado es minoritaria. 3. Un porcentaje no despreciable

de médicos tienen dificultades en la relación clínica con el menor. 4. Las carencias formativas y las dificultades en la relación clínica con el adolescente hacen aconsejable generalizar la docencia en bioética.

***ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES SANI-
TARIAS***

Lectorabilidad comparada del código ético del hospital Valle del Nalón.

González, M^a Teresa, Espinosa Pérez, Joana; Fernández Muñiz, Pablo Ignacio

H. Valle del Nalón

Introducción: El Código de Ética de un Hospital es una declaración del conjunto de valores de referencia que deben presidir la conducta tanto de los trabajadores como de la institución. Tiene además una dimensión pública pues trasciende a la sociedad. Su contenido debe de ser aceptado respetado y asumido por todo el personal, sanitario y no sanitario. Debe ser redactado de una manera fácilmente legible y comprensible por todos, con independencia de su nivel de formación. El CEAS del Hospital Valle del Nalón (HVN) ha elaborado un borrador de Código Ético que será sometido al consenso, individual y anónimo, de todos los trabajadores. Como paso previo hemos querido evaluar su lectorabilidad que es la posibilidad de comprensión de un texto. Un buen nivel de lectorabilidad es indispensable para que la información escrita sea fácilmente comprensible por lectores de cualquier nivel.

Objetivos: Evaluar el nivel de lectorabilidad del borrador del Código Ético del Hospital Valle del Nalón antes de someterlo a consenso. Compararla con la de los Códigos Éticos de los Hospitales del SESPA y de otros Hospitales Españoles. Corregir en la medida de lo posible las deficiencias de lectorabilidad detectadas.

Material y métodos: Se evaluaron los índices de lectura-bilidad mediante la herramienta "Estadística y legibilidad" de Microsoft Word de Windows y a partir de ellos se calcularon los índice de Legibilidad integrada (LEGIN), SMOG y Flesch adaptado para el castellano, mediante excel. Los resultados se compararon con los de los Códigos Éticos existentes en los Hospitales del SESPA y con los de otros hospitales nacionales obtenidos de internet con el criterio de búsqueda "Código Ético Hospital".

Resultados: HVN, HUCA, H de Barcelona, H Medimar, Orden H. San Juan de Dios. Complejidad Oracional 24-9-43-29-5 Complejidad Vocabulario 79-14-80-80-2 Flesch - Castellano 67-69-67-67-68 LEGIN- Castellano 143-160-124-138-163 SMOG 18-11-18-16-7

Conclusiones: 1. La lecturabilidad, según el índice de Flesch-castellano, del Código Ético del Hospital Valle del Nalón puede considerarse de dificultad normal, al igual que la del resto de los códigos éticos analizados. 2. El código ético con más índices de fácil lectura corresponde a la orden de San Juan de Dios seguido del HUCA. 3. La legibilidad del borrador del código ético de nuestro hospital podría mejorarse empleando frases y palabras cortas y evitando los tecnicismos.

Ética de las organizaciones ¿ética de los gestores?

Fuentes Gil, Inés; De La Torre, Carmen

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Los movimientos migratorios (tanto de emigración como de inmigración) son inherentes a la condición humana. Razones culturales, sociales o políticas impelen a los individuos al cambio. No obstante ya desde el siglo XV aparecen las motivaciones de naturaleza económica como elemento propiciador del flujo de personas que anhelaban el bienestar y desarrollo económico que existente en otros países, era inalcanzable en su entorno nacional. En los últimos años de un lado, a la lumbre de los cambios en la composición de los estados miembros de la Unión Europea y de otro, alimentado por el mayor desarrollo económico y las recientes reformas legislativas emprendidas en España, nuestro país se ha convertido en "destino" para personas que anhelan mejorar sus condiciones de vida. Estos movimientos demográficos han impactado severamente en un sector, el sanitario, que, etiquetado como "servicio público", no cuenta con códigos éticos para la gestión y que conceptualmente tiene dificultades para conciliar la ética en la prestación de asistencia sanitaria (bien público que debe ser aprovechado y disfrutado por todos los seres humanos) con la ética del Hospital como empresa u organización de naturaleza pública (control, racionalización y reparto objetivo de los recursos económicos). En la presente comunicación, a partir de un caso concreto y real ocurrido en un Hospital (paciente

rumano desahuciado en su país, viaja a España donde reside su hijo para recibir la atención sanitaria que se le niega en su país), intentaremos reflexionar sobre si es posible adoptar decisiones prudentes, justas o equitativas en la gestión sanitaria cuando se conjugan:

- Normas reguladoras del derecho a la prestación de asistencia sanitaria gratuita.
- Necesidades humanas básicas.
- Normas reguladoras del libre tránsito de personas y normas relativas a la extranjería.
- Normas presupuestarias.
- Ética y necesidades de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Pretendemos que en un foro nacional orientado y basado en la bioética se reflexione sobre si es posible adoptar decisiones en el entorno sanitario que contribuyan a crear lo que Amartya Sen denominó una "sociedad decente" y sobre todo plantear que tales decisiones sean comunes al entorno organizativo, propias de la ética del Hospital como organización, y no dependan del mejor criterio de los directivos o gestores encargados de adoptarlas. En definitiva que vengán avaladas por instancias políticas, legislativas y sociales que empleando un mismo lenguaje sean capaces de llegar a un compromiso real, aplicable y exigible.

Justicia global distributiva e industria farmacéutica. Una mirada hacia la cooperación al desarrollo.

Tamarit López, Isabel; Costa Alcaraz, Ana M^a; Siurana Aparisi, Juan Carlos

Universidad de Valencia; IES Llombai.

El principal objetivo de la siguiente comunicación es presentar a la industria farmacéutica como un agente de justicia global distributiva, a partir de un replanteamiento de sus fines y actividades en el orden económico global. Esta propuesta nos obliga a revisar los modelos teóricos vigentes de justicia global distributiva en el panorama filosófico contemporáneo, tomando como principales referentes los trabajos de Amartya Sen y de Thomas Pogge. Del mismo modo se estudian y valoran las posibilidades de aplicación práctica de propuestas de este tipo para el caso de la industria farmacéutica, teniendo en cuenta la realidad actual y la problemática a la que nos enfrentamos. El contenido de la comunicación se enmarca en el desarrollo de una investigación cualitativa realizada en el seno del Grupo de Investigación de Bioética de la Universidad de Valencia. Los recursos bibliográficos constituyen la fuente principal de materiales empleados en su elaboración. En relación a la metodología, la investigación se ha desarrollado en cuatro fases: estudio de los modelos teóricos de justicia global distributiva; estudio del estado de la cuestión, teniendo en cuenta la perspectiva de los diversos actores implicados e identificando los problemas más acuciantes; consulta de informadores

clave; elaboración de propuestas. Los resultados a los que se ha llegado a partir de la investigación se centran principalmente en dos: 1.) La pobreza extrema y los niveles de desarrollo humano muy bajos son indicadores de violaciones de derechos humanos y situaciones de injusticia. La falta de acceso a medicamentos esenciales, por diversas razones, contribuye a la gravedad de esta situación. 2.) La industria farmacéutica se enfrenta a problemas con implicaciones de carácter ético y de justicia en relación a: rentabilidad investigación farmacéutica/ necesidad o urgencia de nuevos medicamentos (países desarrollados versus países en desarrollo); políticas de importación-exportación que niegan el reconocimiento igual a todos los agentes; problemas de salud global/ objetivos de la investigación y normas de comercialización (paciente/ consumidor y empresa; mercado/ salud como bien público). Las conclusiones a las que arribamos se resumen brevemente en:

- Existe la posibilidad de replantear los fines y actividad de la industria farmacéutica de manera que atienda a los principios de justicia global distributiva y se convierta en agente de justicia.
- Ello se concreta en aspectos relacionados con: los fines de la investigación; el modelo de mercado y política económica internacional; reconocimiento de las empresas y profesionales que asumen en su actividad el rol de agentes de justicia y no sólo de actores económicos; el concepto de salud y sus consecuencias en las expectativas de la población; contribuciones de la industria farmacéutica a la cooperación al desarrollo.

Salud pública vs libertades individuales. Criterios éticos para las medidas de aislamiento.

Ortiz Otero, Mercedes; Rivas Flores, Francisco Javier

Hospital Universitario de Fuenlabrada

Algunas epidemias acontecidas en los últimos años han puesto en evidencia las medidas universales de aislamiento y cuarentena para controlar las enfermedades infecciosas mediante su mecanismo de transmisión. Estas medidas habitualmente conllevan restricciones personales y pérdida de libertad personal.

Objetivo: estudiar los requisitos éticos que deben reunir las medidas de aislamiento y cuarentena que se aplican en salud pública cuando se detecta un brote epidémico.

Materiales: Se analizan los brotes epidémicos con repercusión mundial como el SRAS y los casos de tuberculosis multirresistente y los criterios médicos y éticos que se han seguido para el aislamiento de los pacientes.

Conclusiones: las medidas de aislamiento derivan de la obligación moral general de prevenir el daño a otros. Incluso aunque suponga una limitación de las libertades civiles, dado que supone una restricción de la autonomía personal, puede justificarse ampliamente si se delimitan ciertos criterios: a) Principio del daño medible y claro a otros. Supone conocimiento del mecanismo de transmisión, especialmente para las enfermedades más novedosas (principio de no maleficencia) b) Principio de proporcionalidad: utilizar las

medidas menos restrictivas. c) Procurar la reciprocidad de manera que si la sociedad pide a algunos individuos restringir sus libertades por el bien de otros, existe la obligación recíproca de ayudarles. d) Principio de transparencia. Especialmente en el caso de aislamiento de individuos aislados. En este punto es crucial que la información y la comunicación sean completas y asequibles a los ciudadanos. Parece necesario que los servicios de salud pública conozcan criterios éticos a la hora de recomendar medidas de salud pública que provoquen restricción de la libertad personal.

La asistencia espiritual y religiosa en centros hospitalarios públicos: una realidad, un derecho, una necesidad.

Pravos Martín, José Ángel; Fernández Muñiz, Pablo Ignacio; González Martínez, M^a Teresa; García García, Carmen; Espinosa Pérez, Joana

CEAS Área VIII. Sama de Langreo

Introducción: La pluralidad ética, espiritual y religiosa que se da en los pacientes del hospital y la experiencia de la enfermedad que les hace más sensibles a esta dimensión espiritual, nos remite a la atención integral del enfermo, a la ética del cuidar y al acompañamiento espiritual y religioso. Esta pluralidad religiosa, amparada por el marco legal, tiene sus implicaciones en los centros hospitalarios públicos.

Objetivos: 1. Profundizar en las implicaciones que conlleva la pluralidad religiosa de los pacientes en los centros hospitalarios públicos. 2. Recopilar la legislación existente al respecto, Estatal y del Principado. 3. Conocer el estado actual de la atención espiritual a los pacientes en los hospitales públicos.

Método: Hemos revisado la legislación existente en el BOE, BOPA y el Plan de Salud para Asturias 2004-07. Hemos accedido al listado de las Entidades Religiosas inscritas en el Principado a través de la página Web del Ministerio de Justicia. Hemos contactado con 8 hospitales del SESPA para conocer su "Guía del Paciente" y la regulación de asistencia espiritual y religiosa.

Resultados: BOE: Ley Orgánica 7/1980 de libertad religiosa y Acuerdos de Cooperación con algunas entidades religiosas: católicos (Orden de 20 de diciembre de 1985); evangélicos (Ley 24/1992); israelitas (Ley 25/1992); islámicos (Ley 26/1992). El BOPA y el Plan de Salud hablan de la dimensión integral y humanizadora, pero no explicitan la espiritual y religiosa. En el Principado, además de los católicos, sólo están registradas comunidades evangélicas e islámicas. En las Guías del paciente de los hospitales del SESPA se oferta la asistencia espiritual para todas las confesiones, pero sólo está regulada para los católicos.

Conclusiones: 1. Existe legislación estatal pero, a nivel del SESPA, no se han desarrollado infraestructuras para canalizar la atención a la pluralidad religiosa. 2. En los hospitales públicos del Principado se debe tener más presente la di-

menión espiritual y religiosa dentro de la atención integral del enfermo y tomar más conciencia de la importancia que tiene para él ver que se respetan sus convicciones. 3. Desde los CEAS se debe informar a las instituciones sobre la necesidad de elaborar protocolos que posibiliten la atención a la dimensión espiritual y religiosa de los pacientes cuyas comunidades estén inscritas en el Registro de Entidades Religiosas. 4. Creemos necesario en el Principado una "Guía para el respeto y atención a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario".

ÉTICA DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Documento de indicaciones médicas anticipadas: utilidad en la atención sociosanitaria.

Sanahuja J* **, Crusat M**, Benet I**, Sorribas G* **, Marcos E**, Sirvent R**, Quintana S*.

*CEA del Hospital Mútua de Terrassa, **Sociosanitari Vallparadís. Grup Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Introducción: La atención sociosanitaria con muchos pacientes geriátricos, a menudo afectos de patología neurodegenerativa o neoplásica, invita a los profesionales a plantear al propio paciente o, más frecuentemente, a los familiares, la actitud terapéutica a seguir ante la situación de la enfermedad de base y su evolución, para evitar el encarnizamiento terapéutico.

Se utiliza un documento redactado con la finalidad de estipular la limitación de determinados tratamientos.

El objetivo de esta comunicación es analizar el uso de este documento así como el grado de satisfacción de los familiares.

Material y Método: El documento recoge diagnóstico, variables demográficas, diversas limitaciones a pactar (recuperación cardiopulmonar, derivación a hospital de agudos, antibióticos, sonda nasogástrica, hidratación intravenosa y nutrición enteral), un apartado de firmas y la posibilidad de replantear la actitud terapéutica. Se aporta descriptiva de la utilización de este documento y los resultados de una encuesta de satisfacción realizada al firmante del documento a los 15 días.

Resultados: Se analizaron 62 documentos, 58% mujeres, edad media 81 años (36-99), ingresados en diferentes unidades asistenciales: Convalecencia 31%, Larga Estancia 45% y Residencial 24%. Predominio claro de las enfermedades neurodegenerativas: 56,3%, la más frecuente la demencia (Alzheimer, Vascular o Mixta) con el 48%. El 81% de los pacientes falleció, el 6% fue dado de alta por otros motivos y el 13% permanecía ingresado en el momento del estudio. El periodo entre la firma del documento y el alta fue de 28 días de mediana. Las limitaciones terapéuticas pactadas: 98% no realizar maniobras de reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria; el 100% no derivación a hospital de agudos en caso de complicación médica; 26% no inicio de antibióticos para infección; 61% no introducción de SNG; 32% no hidratación intravenosa y el 52% no inicio de nutrición enteral.

En la encuesta de satisfacción: la persona firmante siempre es un familiar directo (72% hijo; 19% cónyuge; 2% hermanos; 2% padres y 4% sobrinos. Sexo femenino en el 65%, edad media 57 años (32-90) , nivel de estudios de BUP o inferior en el 67%. El 100% de los firmantes está muy de acuerdo o de acuerdo en la utilidad del documento.

Conclusiones: Unanimidad en no iniciar maniobras de reanimación o traslado a hospital de agudos, menor consenso para otras medidas de limitación. Percepción de utilidad y satisfacción en la asistencia diaria sociosanitaria tanto para la familia como para los profesionales, para llegar a consenso y evitar conflictos.

Protocolo de sedación paliativa del servicio de oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias.

Jiménez Fonseca, Paula; Menéndez Prieto, María Dolores; Llorente Ayala, Beatriz; Berros Fonbella, José Pablo

Hospital Universitario Central de Asturias

Introducción y objetivos: Los avances en el tratamiento del cáncer no han podido aún evitar que muchos pacientes evolucionen hacia una fase terminal y mueran en una planta de hospitalización. En la "Declaración sobre la atención al final de la vida" de la SECPAL se considera buena práctica médica "la sedación en situaciones que la requieran, concretamente en el tratamiento de problemas refractarios, generalmente en fase agónica" (1). Los objetivos del protocolo de sedación son: –aliviar el sufrimiento innecesario de pacientes oncológicos en fase terminal con síntomas refractarios –reducir la variabilidad y aumentar la calidad de la asistencia –prevenir la maleficiencia respetando: las indicaciones y requisitos de la sedación, un circuito y el registro en la historia clínica de los puntos clave –respetar el principio de autonomía del paciente.

Métodos y material: Para iniciar la sedación paliativa, en un paciente terminal, es imprescindible el cumplimiento de determinadas indicaciones, requisitos y circuito, y el registro en la historia clínica. Indicaciones de sedación: síntomas refractarios. Requisitos: 1. Precisión diagnóstica y análisis detallado del pronóstico: valoración clínica exhaustiva y

confirmar que se trata de un paciente en situación de enfermedad avanzada, con un proceso irreversible y en el que la muerte se prevé en un corto espacio de tiempo. La dificultad que entraña la valoración pronóstica obliga a: – discusión de otras alternativas terapéuticas entre el médico que presta la asistencia y el oncólogo de referencia habitual del paciente –registro detallado en la historia clínica de la indicación clara y contrastada 2. Existencia de un síntoma refractario: –debe distinguirse de un síntoma de difícil control –no debe existir ningún tratamiento alternativo 3. El objetivo debe ser únicamente el alivio del sufrimiento del paciente frente a un síntoma. Se intenta mitigar el sufrimiento del enfermo asumiendo, por el principio del doble efecto, que se puede acelerar la muerte. Dicha muerte será una consecuencia inexorable de la evolución de la enfermedad y/o sus complicaciones. Circuito: 1. Valorar que estamos ante un enfermo terminal con síntomas refractarios. 2. Informar al paciente de riesgos y beneficios de la sedación. 3. Informar a las personas vinculadas al paciente de la decisión tomada. 4. En caso de que el paciente no sea capaz (a criterio del médico) podrá delegarse la toma de decisión en la familia. 5. El médico puede decidir por el paciente sólo en casos de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, siempre que no haya sido posible conseguir previamente la autorización del paciente y/o la familia. 6. Una vez lograda la sedación no debe incrementarse la dosis de medicación si existe control clínico. Los puntos clave que se deben registrar en la historia clínica: Síntoma/s refractario/s–Enfermedad avanzada con pre-

visión de muerte cercana – Comentado el caso con su oncólogo de referencia e informado el resto del equipo– Explicación al paciente y/o–Ausencia de tratamiento alternativo –asistencial Consentimiento informado y dificultades encontradas–personas vinculadas.

Resultados: El resultado es un algoritmo que incluye los pasos a seguir en la sedación paliativa.

Conclusiones: La OMS y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa han subrayado el derecho de todos los enfermos, en fase terminal, a unos cuidados paliativos integrales y la urgente necesidad de su generalización e implementación.

En nuestro país, dada la elevada demanda asistencial de cuidados paliativos, es imprescindible la implicación de todos los niveles sanitarios, para garantizar la accesibilidad, la equidad y el principio ético de justicia.

El Servicio de Oncología médica de HUCA ha elaborado el presente protocolo, para aliviar el sufrimiento de los pacientes en fase terminal, desde el respeto a la autonomía, en prevención de la maleficencia y para mejorar la calidad asistencial, reduciendo la variabilidad.

La atención a la dependencia en España.

Alcázar Verde, María Jesús; Sanjuán Larín, Casilda; Sánchez González, Sonsoles; Sánchez de Andrés, María Jesús

CEP Vicente Soldevilla. Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria Área 1 CAM

Introducción: La atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia hace, que por su especial vulnerabilidad, requieran apoyos para poder ejercer sus derechos, acceder a los bienes sociales y desarrollar las actividades esenciales en la vida diaria. En este contexto surge la Ley De Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante Ley 39/2006).

Objetivos: Analizar los contenidos de dicha Ley, Dar a conocer a los profesionales sanitarios de nuestra Área las características mas destacadas de la misma. Plantear las implicaciones éticas que la acompañan.

Metodología: Estudio y análisis de la Ley 39/2006. Deliberación ética en torno a los principios y criterios sobre los que se basa. Resultados: La Ley 39/2006 se fundamenta en el Principio de Igualdad y se articula en torno a su carácter público, el acceso universal para todas las personas dependientes y la atención integral y personalizada; con criterios de equidad, sostenibilidad y accesibilidad. Todo lo anterior contando con la opinión del interesado o sus representantes, primando la ayuda de tipo asistencial y de aplicación progresiva comenzando por las personas dependientes de

mayor grado y necesidad. La valoración del grado de dependencia se hará teniendo en cuenta los informes de salud, realizados por los médicos responsables del proceso que padece, y del entorno de la persona.

Conclusiones: La Ley 39/2006 supone un paso más en la humanización de la sociedad al garantizar a las personas dependientes la atención personalizada que prescribe promoviendo su autonomía para desarrollar su proyecto vital. Consideramos imprescindible, no obstante, la aspiración ética, porque a la hora de evaluar el grado de dependencia un juicio acertado requiere deliberación personal e interpretación ajustada de las normas. Sin interpretación no hay justicia y, por consiguiente, la aplicación literal de una norma no nos garantiza una decisión justa. La igualdad de oportunidades propias del nivel de lo público exige no sólo no lesionar, sino actuar positivamente para que las desigualdades e injusticias se eviten en lo posible, la consigna por tanto debería ser: respeto y diligencia. Como señala Adela Cortina: "No hay justicia sin compasión por lo débil, ni hay solidaridad si no es sobre las bases de la justicia".

Ética de los cuidados de enfermería: importancia de los factores psicoafectivos ilusión y simpatía.

Nogales Espert, Amparo; Hernández Martín, Francisca; Llorca Marquez, Emilia; Guerrero Bonmatty, Rafael.

Universidad Rey Juan Carlos. Facultad De Ciencias De La Salud

Objetivos: La enfermería es una profesión enormemente compleja dedicada a salvar de la muerte al ser humano y ayudarle a conservar la vida. Ello supone un contacto permanente con el sufrimiento y el dolor y un coste sobre la personalidad de la enfermera como ser humano, para lo que esta debe prepararse construyendo el genuino sentido de su profesión, para lo que puede ayudarse con los siguientes objetivos:

1. Buscar materiales de apoyo a la enfermera para comprender mejor los entresijos de la relación interpersonal, de manera que en sus encuentros con los pacientes sepa combinar tacto e intuición con un experimentado conocimiento.
2. Tomar la ilusión como cualidad que puede dar a la enfermera un nuevo sentido a la relación personal con los pacientes en su trabajo diario.
3. Buscar en la simpatía una cualidad humana facilitadora de la relación personal y ayuda en las experiencias positivas de encuentros con pacientes y familiares.

Material y método: Hemos utilizado las obras de dos pensadores del siglo XX: Julián Marías y su obra "Breve tratado de la ilusión" y Max Scheler en su trabajo "Esencia y formas de la simpatía", para extraer de ellas aquellos aspectos más aplicables a la filosofía de la enfermería y facilitadores de su actuación profesional. Se trata de un trabajo más extenso, del que esta comunicación constituye una parte.

Conclusiones: Cuidar significa entrar en la existencia de otro ser humano al que se puede ayudar y al mismo tiempo recibir de él grandes estímulos. La enfermería se realiza especialmente en la ayuda a los demás en el momento en que la vida presenta un fallo y el espíritu se encuentra sufriendo y angustiado. La enfermería avanza cuando toma conciencia de su verdadera sustancia, como soporte del ser humano en circunstancias adversas, a través de una relación de cuidados afectivos.

Problemas éticos en las relaciones asistenciales indirectas.

Dongil Garrafón, Margarita

Hospital Universitario de Fuenlabrada

En las últimas décadas se ha hablado mucho en materia relativa al desarrollo de las nuevas tecnologías dentro del ámbito de la salud, así como el avance que esto ha supuesto para el estudio y tratamiento de las patologías. Hecho que ha venido abriendo los debates y estudio desde la bioética en materias relacionadas con aspectos tales como la información, consentimiento, accesos a documentación clínica, personas que representan o ejercen los derechos, etc.

Al mismo tiempo estamos asistiendo a un cambio en el escenario social, debido a múltiples factores de los cabe reseñar: cambios poblacionales, diferencias culturales, aumento del nivel de exigencia de los ciudadanos en materia sanitaria, politización de las instituciones, la presión que ejercen los medios de comunicación, desarrollo de políticas de protección al ciudadano, implicación directa de los menores, transferencia de responsabilidad entre distintas instituciones, y otros. Este cambio, afecta de manera directa al desarrollo de la actividad asistencial, que además de provocar una sobrecarga en lo relativo a las decisiones clínicas, está inmersa en un marco normativo en el que se mezclan otras disciplinas como por ejemplo el derecho.

Hace algunos años, se consideró la necesidad de crear los Servicios de Atención al Paciente, cuyo objeto consistía en canalizar las opiniones y necesidades que presentaban los ciudadanos, así como garantizar el cumplimiento de los derechos de los mismos por las Instituciones Sanitarias, en lo referido al ejercicio de la actividad asistencial.

Estos Servicios, no han sido considerados nunca como asistenciales, por lo que tampoco las relaciones que se han establecido en los mismos, es decir, entre usuarios y profesionales que en ellos trabajan, han tenido tal carácter, más bien han tenido un desarrollo de actividad administrativa. Sin embargo, es en este punto, en el que trataré de reflexionar con ésta comunicación, ya que a través del estudio tanto cualitativo como cuantitativo de las reclamaciones se puede determinar la influencia directa que éstas ejercen en las intervenciones de los profesionales sanitarios.

Conviene detenerse en algunos aspectos en los que el respeto a la autonomía del paciente puede verse mermado por el desarrollo de Normativas, falta de coordinación interprofesional, falta de apoyo entre Instituciones.

Se ha realizado un estudio cualitativo de algunas intervenciones (reclamaciones, intervenciones sociales, solicitudes de acceso a la documentación clínica, etc.) llevadas a cabo por el Servicio de Atención al Paciente del E. P. Hospital de Fuenlabrada identificando los problemas éticos que han podido surgir en las mismas.

Dilemas éticos de la asistencia sanitaria a pacientes de sida en los hospitales rurales del Congo (África).

Núñez-Cubero, Maria Pilar; Kapambalisa, Natalie

Universidad Ramón Llull

Objetivos: Mejorar el diagnóstico de los pacientes con SIDA, y ayudar a tomar unas decisiones éticas. En los últimos años de la década de los 70 y primeros de la década de los 80, comenzábamos a ver en nuestros hospitales de la región del Norte del Kivu, una serie de procesos infecciosos “no etiquetados” que revestían una gran complejidad y que acababan poniendo fin a la vida de esos pacientes. Entre los años 1981-1983, asistimos a un aumento considerable de pacientes con angiosarcoma de Kaposi, siendo el número de casos en esos dos años, muy superior al número de casos asistidos en los 20 años precedentes. Descubiertos los retrovirus: HIV-1 y HIV-2 pasarían estos procesos a considerarse como “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida”, SIDA. Unas veces se presentan portadores asintomáticos, y otras con el síndrome típico de la enfermedad, generalmente abocado a un óbito. Hoy, el control de la “carga viral” y del número de linfocitos T-4 y los fármacos antiretrovirales, han roto el carácter letal de esta enfermedad, para convertirla en enfermedad crónica.

Método y material: Estadísticas de la Zona de Santé Rurale de Kyondo (Congo). Área de influencia: 250.000 habi-

tantes. En los países en desarrollo, la enfermedad declarada sigue siendo mortal, y todo lo que se puede ofrecer es un depistaje voluntario, en el marco de la Consulta Prenatal para administrar a estas mujeres un inhibidor de la transcriptasa inversa, y tratar a sus bebés después del parto con el mismo fármaco, en las 72 horas que siguen al nacimiento. La provisión en antibióticos para el tratamiento de las infecciones oportunistas es muy reducido, y solamente disponemos de la Nevirapine, como antiretroviral. Los DILEMAS ÉTICOS hacen referencia a la Información: ¿se debe informar cuando no hay nada que hacer?. Muchos no lo desean, ya que les producirá una estigmatización y una discriminación o rechazo de parte de los suyos. La confidencialidad ¿no entra en conflicto con la protección a terceros? ¿Se pueden mantener estos enfermos en el hospital, solo para tratamiento de las infecciones intercurrentes, con riesgo para los profesionales de la salud? Y a la luz del principio de justicia ¿se les puede mantener en el hospital, absorbiendo recursos que otros necesitarían para su curación? Y si se les abandona a su suerte: ¿no es una denegación de auxilio? ¿qué hacer cuando prácticamente nada se puede hacer?

Conclusiones: El diagnóstico precoz es muy limitado. Los recursos muy escasos. Afrontamos los Dilemas éticos intentando vivir una filosofía del cuidado, de forma interdisciplinar, con el único objetivo de aportar, en ausencia de un tratamiento curativo o de mantenimiento, un apoyo físico y psicosocial que permita, mínimamente, mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.

Prescripción enfermera. Enfoque práctico y legal de la situación actual.

Martínez Millán, Silvia; Torralba Madrid, M^a José; Martínez Millán, Javier; Gras Gómez, Cristina; García Capilla, Diego José

Introducción: Ante la creciente demanda asistencial y la escasez de recursos humanos que encontramos en la actualidad en las profesiones sanitarias, en muchas consultas de Atención Primaria el personal médico se ve desbordado por gran cantidad de pacientes que acuden a la consulta para que le sean prescritos fármacos que toman de forma crónica, que ya están tomando por haberles sido prescritos en centros de urgencias o para que le sean recetados otros productos sanitarios que precisan para los cuidados diarios (pañales, pomadas, material de curas,...) Este tipo de pacientes ocupa el horario de consulta, ocasionando listas de espera para el médico de cabecera de varios días o incluso semanas para pacientes que precisan ser diagnosticados o acuden con urgencias médicas. Sin embargo, si se autorizase al cuerpo de enfermería a prescribir cierto tipo de medicamentos y/o material sanitario que precisa de receta médica, se podrían descongestionar las consultas médicas para que puedan atender a los pacientes que realmente lo necesitan, evitando la demora en la atención por su médico de familia y cabecera.

Objetivos: Evaluar la situación actual de la enfermería en la prescripción de medicamentos - Valorar la necesidad de la prescripción enfermera en determinados servicios sanita-

rios - Recoger la opinión de los profesionales del cuerpo médico y de enfermería - Analizar el marco ético y legal y proponer modificaciones necesarias para llevar a cabo la prescripción enfermera.

Material y Método: Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de publicaciones en relación a la prescripción enfermera, marco ético y legal de la enfermería, competencias enfermeras y ley del medicamento. Además, se ha elaborado una encuesta para recoger la opinión del personal sanitario, tanto médico como de enfermería en diversos servicios sanitarios de Atención Primaria y especializada de la Región de Murcia. Esta encuesta se ha sometido a análisis estadístico (programa estadístico SPSS)

Resultados y discusión: Las encuestas están siendo procesadas estadísticamente.

Conclusiones: En elaboración

La correlación derecho/deber entre médico-paciente relativa a la salud.

Amaya Rico, Víctor

UNED

Se trata de establecer una correlación Derecho/Deber entre el médico y el paciente desde el marco del principio de autonomía de la persona, la libertad, como medio para entablar una colaboración activa y eficaz a fin de proteger la salud. Como un derecho inherente a la propia persona que constituye una manifestación de la dignidad de la persona

en cuanto realidad unitaria. En el caso del paciente/usuario, el atributo de su libre albedrío en cuanto poder conferido por una norma superior, la cual regula su actuación, estableciendo también cargas y limitaciones, derecho/deber, con la finalidad de autodeterminarse en el problema de salud que le afecta, como el único legitimado para decidir que riesgos asume o a que bienes esenciales renuncia en relación con su vida e integridad. Para el médico, en cuanto persona con los mismos derechos para autodeterminarse en libertad pero con el deber de proteger el derecho a la intimidad del paciente mediante el secreto profesional y la confidencialidad junto al cumplimiento de su deber de información, consentimiento informado. Correlación derecho/deber que concierne a ambas partes tanto en la limitación de los derechos como en el reforzamiento de los deberes en base al interés general o público. El objetivo de este trabajo, es el de armonizar desde una perspectiva jurídica que parte del principio de autonomía de la persona como un derecho fundamental, unos conceptos básicos relativos al consentimiento informado, la capacidad de obrar y el derecho a la intimidad, todo ello, con adecuación en la legislación vigente. Dado que nos encontramos ante un problema cultural, el paso de una relación médico paciente paternalista a otra basada en la autonomía de la persona, se precisa el paso del tiempo con la ayuda de un diálogo basado en la deliberación, la buena fe, la delicadeza para general confianza entre el médico y paciente, para conseguir seguridad jurídica y una mayor calidad en la prestación sanitaria.

Comparación del grado de satisfacción percibido por los pacientes procedentes de ingresos programados o a través del servicio de urgencias durante su estancia en el centro sanitario.

Naves Díaz, Manuel; Fernández Fernández, Berta; Simó Martínez, Rosa María

Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Hospital Universitario Central De Asturias. Oviedo

Introducción: En los Servicios de Urgencias de los hospitales, los usuarios suelen quejarse fundamentalmente de la larga espera para ser atendidos. A priori podría deducirse que aquellos pacientes que ingresan en un hospital a través del Servicio de Urgencias perciben una peor atención sanitaria que los que lo hacen a través de ingresos programados, pero para poder confirmarlo deberían llevarse a cabo encuestas postales anónimas que no condicionen la respuesta objetiva del paciente. Desde el Comité de Ética del hospital llevamos varios años recabando de los pacientes ingresados su grado de satisfacción con la atención recibida en su estancia hospitalaria, sin embargo la falta de anonimato en la realización de las encuestas podría estar condicionando las respuestas obtenidas.

Objetivo: Valorar y comparar el grado de satisfacción del paciente en su estancia en el hospital de aquellos pacientes procedentes del Servicio de Urgencias o a través de ingre-

sos programados por medio de la realización de una encuesta postal anónima.

Métodos: Se seleccionaron de forma aleatoria 1.000 personas ingresadas en el HUCA a lo largo del año 2006, 500 provenientes del Servicio de Urgencias y 500 procedentes de ingresos programados. Las preguntas que se realizaron hacían referencia a la información recibida durante el proceso y en caso afirmativo a la satisfacción con la información proporcionada. También se preguntó sobre el respeto a la confidencialidad y a la intimidad. Se dejaba finalmente un espacio para observaciones con objeto de que el paciente que lo deseara pudiera expresar lo que considerase oportuno.

Resultados: Un total de 318 personas (51% hombres y 49% mujeres) con edad media de 58 ± 22 años respondieron al cuestionario, lo que representa un 31,8% del total de la muestra seleccionada. El porcentaje de respuesta fue ligeramente superior en aquellos procedentes de los ingresos programados (34,2% respecto a 29,4%). El 97,7% y 95,2% de los pacientes ingresados a través de ingresos programados y del Servicio de Urgencias respondió haber sido informado de su proceso, estando el 93,6% de los primeros y el 91,7% de los segundos satisfechos con la información recibida. El respeto a la confidencialidad y a la intimidad también fue positivamente valorado en un 94,7% y 95,9% respectivamente en aquellos procedentes de ingresos programados y un 93,8% y 94,5% respectivamente en aquellos que provenían del Servicio de Urgencias. De las observaciones que se dejaban para que el paciente expre-

sara lo que considerase oportuno, se contabilizaron solo aquellas que hacían referencia a la atención sanitaria en su conjunto. El porcentaje de pacientes ingresados de forma programada que consideró la atención sanitaria buena o muy buena fue del 60,7%, siendo este porcentaje sensiblemente inferior en los ingresados directamente a través del Servicio de Urgencias (56,3%). El porcentaje de pacientes que consideró la atención sanitaria mala o muy mala en los pacientes procedentes de ingresos programados fue del 15,7%, inferior a los que ingresaron a través del Servicio de Urgencias (25,1%), aunque sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La satisfacción por la información recibida y por el respeto a la confidencialidad e intimidad superó el 90% tanto en aquellos ingresos programados como los que derivaron del Servicio de Urgencias, sin haber distinción entre ambos grupos. Sin embargo, al categorizar las observaciones expresadas por los encuestados en lo relativo a la atención sanitaria recibida en su conjunto, destaca el alto porcentaje de pacientes que consideró la misma mala o muy mala (entre un 15 y un 25%), siendo peor dicha percepción entre aquellos que ingresaron directamente a través del Servicio de Urgencias. El alto porcentaje de pacientes que expresan una deficiente atención médica nos hace plantear futuros análisis que traten de descifrar las causas de los mismos, así como implementar soluciones que mejoren la percepción de la atención recibida por el paciente.

Valoración del apoyo emocional al final de la vida por los familiares de los pacientes fallecidos.

Martínez, Koldo; Osés, Inés; Díaz, Ana; Barado, Julio; Roldán, José.

Hospital de Navarra

Objetivos: Evaluar la calidad del apoyo emocional dado por los profesionales sanitarios de un hospital a las familias de los pacientes moribundos.

Material y métodos: Se entrevistó telefónicamente al ser más querido de los pacientes fallecidos a lo largo de un año en el Hospital. Para ello se utilizó la encuesta TOOLKIT de la profesora Joan Teno, previamente validada. Se hicieron un máximo de tres llamadas, entre tres y seis meses después del fallecimiento del enfermo. Fueron precedidas de una carta en la que se explicaba el objeto del estudio y se indicaba el nombre y teléfono del investigador principal. La primera parte de la entrevista va dirigida a informar del objeto del estudio y se solicita consentimiento informado.

Resultados: El número de personas entrevistadas fue 327. De los 712 fallecidos en el Hospital que cumplían los requisitos, no pudieron ser localizados 320 y otros 65 se negaron a ser entrevistados. El porcentaje de cuestionarios completado fue de 46% y el de respuesta de 83%.

El 97% de los familiares afirma haber hablado con el médico durante la última semana de ingreso del fallecido. Sin embargo, el 64,8% dice que nadie les habló sobre sus creencias religiosas o espirituales. De los que sí mantuvieron estas conversaciones el 96,3% dice que fueron mantenidas con sensibilidad, aunque el 43% dice haber recibido menos apoyo del necesario para enfrentarse a sus sentimientos sobre la muerte de su familiar.

A pesar de que la anticipación, la preparación y el tratamiento del duelo son fases constitutivas de un paliativismo de calidad, un 85,7% dice que nadie habló con ellos para anticipar sus sentimientos tras el fallecimiento del paciente, aunque el 68,9% afirma que tampoco lo hubiese querido.

El 91,2% contesta que nadie les sugirió el nombre de alguna persona a quien recurrir en caso de que se sintieran estresados tras el fallecimiento de su familiar.

La puntuación que recibe la ayuda emocional para los familiares es baja, $6,08 \pm 3,16$ sobre 10 (la más baja de todos los ítems estudiados), comparada con la valoración global de la atención general al paciente que es de $7,91 \pm 2,01$.

Conclusiones: A pesar de que la atención al paciente moribundo es valorada como aceptable (con muchos campos en los que mejorar), el apoyo emocional a la familia es una tarea fundamental pendiente en nuestro hospital.

Asistencia sanitaria, tabaquismo, hábitos tóxicos y prácticas de riesgo: evolución de la opinión del personal sanitario.

Marín Fernández I¹, Sáez Ferrer J², Diestre Ortín G³, Armengol Sáez S⁴, Aznar López M², Quintana Riera S¹

¹Hospital Mútua de Terrassa, ²Consorsí Sanitari de Terrassa, ³Corporación Sanitaria Parc Taulí, ⁴Hospital General de Granollers. Terrassa, Sabadell y Granollers. Barcelona.

Introducción: Hace diez años se encuestó a personal sanitario de un centro sobre asistencia médica a la patología relacionada con el tabaco y se comparaba con la atención que se debía dar a otras patologías relacionadas con otros hábitos tóxicos o práctica de deportes de riesgo. Actualmente ha entrado en vigor la "Ley antitabaco" 28/2005 y la mayoría de hospitales han sido declarados "Hospitales Sin Humo", por este motivo se ha repetido la misma encuesta al personal sanitario del mismo centro y a otros tres centros de la zona así como a los Centros de Atención Primaria dependientes.

Objetivos: Comparar opiniones de los profesionales entre los dos periodos.

Material y método: La misma encuesta utilizada hace diez años fue repartida entre el personal sanitario de los cuatro centros mencionados. Se preguntaba sobre atención sanitaria al paciente que fuma, que bebe, con otros hábitos tóxicos o que practica deportes de riesgo. Análisis estadísti-

co descriptivo y comparaciones con Ji cuadrada, t de Student.

Resultados: En el primer periodo se encuestó a 183 profesionales y en el segundo a 1171. La edad del segundo grupo es 39 años y de 35 en el primero. El porcentaje de mujeres ha subido del 64% en el primero al 74% en el segundo. Los fumadores han pasado del 31% al 24% del primero al segundo periodo. El 90% aproximadamente opina que se deben tratar igual los pacientes fumadores que los no fumadores en ambos periodos. Similar resultado se consiguió con la atención a patología relacionada con el alcohol. La patología generada por los deportes de riesgo merecía un trato similar para un 70% de los profesionales en el primer periodo y no debía atenderse igual según el 54% en el segundo periodo. La patología ligada a la adicción a drogas es un caso similar al del tabaco o el alcohol para el 55 y el 66% de los encuestados en el primer y segundo periodo respectivamente.

Conclusiones: Se detectó una alta tolerancia para la atención a patología relacionada con el tabaco y el alcohol en el primer periodo, esta alta tolerancia se mantuvo en el segundo periodo. La opinión sobre la atención a patología asociada a drogas se mantiene en niveles similares aunque menores que con el tabaco. La patología ligada a la práctica de de riesgo merece un trato distinto que la ligada a hábitos tóxicos, de manera más acentuada en el segundo periodo.

FUNDAMENTACIÓN BIOÉTICA

La crisis del paternalismo médico. Nuevas perspectivas desde la analítica del poder.

García Capilla, Diego José; Zaragoza Bernal, Juan Manuel; Torralba Madrid, María José; Martínez Millá, Silvia

Universidad de Murcia

El objetivo de la comunicación es mostrar las aportaciones de la analítica del poder del filósofo francés Michel Foucault específicamente relacionadas con el paternalismo médico. Su análisis aporta distintos modelos y tecnologías, explicando desde diferentes perspectivas, complementarias y no excluyentes, el poder del médico en la historia de occidente y la crisis acaecida en las últimas décadas. Existe un modelo jurídico de dominación, de la que se deriva un poder soberano del médico sobre el enfermo, ejercido en la secular relación clínica, similar a las monarquías absolutas; este ha sido la forma habitual del paternalismo médico desde sus orígenes griegos. Pero, además, se describen otras formas de poder en el ámbito de la medicina, irreductibles a la categoría jurídica, que aparecen en occidente a partir del siglo XVII en forma de control disciplinario de los cuerpos y de regulación biopolítica de las poblaciones. Foucault concede en sus estudios una importancia decisiva a la medicina porque se trata de una disciplina que ha ejercido las tres formas de poder descritas. Las nuevas formas disciplinaria y biopolítica lo son de un poder más silencioso que se materializa en la práctica de la medicina, aunque ya no centrada de manera exclusiva en la enfermedad del paciente, extendiéndose a múltiples ámbitos de la sociedad, cuya

estrategia es la normalización impuesta por los médicos a través de la competencia profesional. Es otra faz del poder médico, en la que ya no es sólo el médico individualmente, sino la medicina de forma institucional, la que utiliza otras tecnologías de poder (que no son incompatibles con la soberanía en la relación clínica), pretendiendo imponer unos valores determinados en relación con la gestión del cuerpo, utilizando el poder que se deriva de la verdad de la norma, aplicando terapias correctoras o normalizadoras cuando se producen desviaciones o incumplimientos. Se citan algunos ejemplos, como la imposición del reconocimiento médico para un contrato laboral, un seguro médico o el diagnóstico y tratamiento de enfermedades en la población sin la demanda del enfermo. La medicina aparece dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo. La emergencia de un nuevo poder derivado de la autonomía del enfermo, condicionó la crisis del paternalismo médico, tanto en la relación clínica en la que se expresó como autoridad soberana, como en su extensión social y normalizadora más allá de la enfermedad.

Imagen Corporal: Una visión hacia dentro.

Araujo Yaselli, Marian

Universidad de Alicante

Objetivo: Reflexionar sobre el papel de la imagen corporal como expresión de la interioridad humana y sus aplicaciones según el contexto social e histórico.

Material y método: Revisión bibliográfica de libros y artículos de diferentes áreas: filosofía, psicología, comunicación, educación, salud, gerencia, arte y religión.

Resultados: Se define la imagen como un fenómeno perceptivo visual con profundas e inconscientes valoraciones subjetivas. Considerando la comunicación como una necesidad del espíritu, tratamos de derivar hacia alguna parte material, corpórea, ese nexo o vínculo con nuestro entorno. Con la imagen se nace pero también se hace. En general, el amplio mundo empresarial exige a sus empleados una presencia física acorde con el perfil de imagen corporativa previamente definido según intereses económicos. La publicidad logra sus objetivos, en gran medida, a través del uso y abuso de la imagen. En el contexto educativo, la imagen corporal puede transformarse en herramienta útil para el modelaje que ejerce el educador sobre el educando.

Conclusión: El tema estudiado invita a comprender la imagen corporal desde perspectivas más sutiles que tienen que ver con lo que entendemos sobre imagen, cuerpo, persona, personalidad, proyección o carisma, comunicación,

liderazgo y publicidad; todas finamente sujetas a la condición de dignidad humana.

¿Técnica del cuidado o ética del cuidado? Por una ética del cuidado responsable.

Pose, Carlos

Instituto De Ciencias Religiosas, Universidad De Santiago De Compostela

En esta comunicación vamos a intentar, en primer lugar, identificar lo que son acciones técnicas y acciones éticas para poder diferenciarlas. Veremos una sucesión de notas distintivas. En segundo lugar, vamos a aplicar algunas de esas diferencias al tema del cuidado. No es lo mismo la técnica del cuidado que la ética del cuidado. Pero este “no ser lo mismo”, no significa que las acciones no sean “las mismas”. Habrá que aclararlo. En tercer lugar, veremos cómo efectivamente las acciones técnicas siempre tienen una doble cara, pues vistas de un lado son sólo técnicas, mientras que vistas del otro lado son además éticas; esto las carga con valores distintos, en un caso con “valor de medio”, en el otro con “valor de fin”, y por tanto es lo que convierte la técnica del cuidado en una ética del cuidado responsable. En cuarto lugar, llamaremos la atención sobre el hecho de que también las acciones éticas tienen un procedimiento técnico, sobre todo en aquellos casos en que la toma de decisiones supone un problema.

Fundamentos bioéticos para la “inDependencia”.

Romañach Cabrero, Javier

Foro de Vida Independiente

Objetivo: La relación entre la bioética y la vida de las personas que viven en situación de “inDependencia” no ha sido analizada ahora desde el punto de vista de aquellas personas que viven diariamente esa realidad. El objetivo de este texto es, en primer lugar, analizar esta realidad humana con la que convive un número cada vez mayor de personas y, en segundo lugar, estudiar su relación con la bioética y poner de relieve la influencia que los diferentes temas bioéticos tienen dicha realidad diaria de estas personas, basándose en el análisis que hacen las personas que conviven a diario con esta tan temida realidad. De este análisis se pretende deducir nuevos fundamentos bioéticos, basados en los Derechos Humanos de las personas que viven en situación de “inDependencia”, de manera que se piense en ellas como sujetos de derechos cuyas vidas tienen el mismo valor, en lugar de la tradicional visión que las trata como enfermos.

Métodos y material: Para desarrollar este análisis se utilizarán las fuentes bioéticas del colectivo de las personas con diversidad funcional, algunas de las cuales viven en situación de “inDependencia” y se entresacarán aquellos temas bioéticos que les afectan. Se utilizará además la recientemente aprobada Convención sobre los derechos de las per-

sonas con discapacidad de las Naciones Unidas y el sistema de Derechos Humanos.

Resultados: El resultado será una nueva visión de la “inDependencia” basada en los nuevos avances del sistema de Derechos Humanos y un análisis de los temas bioéticos que afectan a las personas que viven en situación de “inDependencia”, analizado desde su punto de vista.

Conclusiones: La bioética, en lo que afecta a situaciones de “inDependencia”, debe incorporar la visión de las personas que viven esa realidad diariamente y debe alinearse con los avances que tienen lugar en los sistemas de Derechos Humanos, para poder contribuir a la construcción de una sociedad en la que todas las personas sean valoradas como iguales.

La relación interprofesional en el ámbito sanitario: una perspectiva ética.

Miranda Serrano, Pilar

Hospital Universitario de Fuenlabrada

El contenido de este trabajo es fundamentalmente el fruto de una reflexión y una experiencia profesional de contrastada y completada con una revisión de la literatura actual.

Objetivos.- Realizar un análisis de la situación actual de las relaciones interprofesionales de los facultativos en el entorno sanitario de nuestro país, fundamentalmente en la

Sanidad Pública, y en todos los niveles asistenciales posibles desde una perspectiva ética.

Material y metodo. Se realiza una revisión de la literatura en lengua castellana e inglesa, así como la legislación vigente que hace referencia a las profesiones sanitarias: Ley 41/2002 y Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias (2003).

Resultados: se constata que las profesiones sanitarias han asistido a una serie de transiciones que las han llevado al momento actual (Demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica, laboral, mediática, judicial, política y Ética) que han influido en el desarrollo de las profesiones en este milenio.

Conclusiones:1.- El profesional Médico del siglo XXI se enfrenta a una nueva forma de ejercicio profesional que determina fundamentalmente sus relaciones con el paciente y con la sociedad. 2.-Este nuevo profesional tiene una serie de derechos que debe ejercer así deberes y responsabilidades que cumplir. 3.-Todas estas circunstancias influyen en el tipo de relaciones profesionales que, desde una perspectiva ética, ha de mantener con "sus pares" independientemente del nivel asistencial o jerárquico de los mismos. 4.- Hay valores morales que hemos considerado comunes para todas las etapas o niveles del ejercicio profesional y otros específicos o de "rol". 5.-Nos enfrentamos a la necesidad de recuperar algunos de ellos diríamos en "peligro de extinción\" y de ser capaces de transmitírselos a las futuras generaciones. 6.- Todos los autores coinciden prácticamente

en el "Perfil Moral" deseable para el profesional de este siglo: Respetuoso con el Paciente y sus Colegas Competente Profesionalmente. Que realiza práctica Clínica basada en Evidencia Científica y según Protocolos. Capaz de Transmitir valores a la par que habilidades y conocimientos. Comprometido con la Sociedad. Consciente y comprometido con la Justa y Adecuada Utilización de Recursos. Dispuesto a trabajar en equipo y a compartir responsabilidades. Comprometido con la Gestión. Preocupado por la "Seguridad Clínica". Consciente de la necesidad de formación continuada. Dispuesto a ser evaluado periódicamente. Disponible y flexible. "Vocacional "con todo lo que este vocablo tiene de positivo y de recuperación de Valores Profesionales 7.-Solo así será posible salir de la encrucijada en la que se encuentra la profesión, solo así será posible situarnos en el camino que nos posibilite la aspiración a la excelencia afán que ha caracterizado el quehacer médico desde el Juramento Hipocrático y la Oración de Maimónides hasta nuestros días.

La Muerte Voluntaria

Delgado Antolín, Juan Carlos

C.S. Griñón

Al comienzo de su libro "El mito de Sísifo", el gran escritor francés Albert Camus formula una reflexión difícil de contestar: "No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía". Desde esta afirmación podemos estudiar

la muerte solamente bajo dos puntos de vista de la persona como ente autónomo: La muerte involuntaria y por tanto ajena a su deseo de morir y la muerte voluntaria o elegida libremente por el individuo.

Análisis: Cuando un a persona decide quitarse la vida los sanitarios debemos hacernos tres preguntas: ¿Nos encontramos ante una mente trastornada o enferma? ¿Nos encontramos ante una situación de indignidad y sufrimiento máximo? ¿Nos encontramos ante un deseo autónomo, lúcido y real de morir del sujeto que lo solicita? Por otra parte, ante el deseo de quitarse la vida, también nos encontramos con tres maneras de llevarla a cabo: Suicidio: Es autónomo y está capacitado para quitarse él mismo la vida y lleva la acción a su término. Suicidio asistido: Es autónomo, pide a alguien ayuda ya sea técnica o material para llevar a cabo su propósito, pero la acción de quitarse la vida la realiza él mismo. Eutanasia: Es autónomo y pide a otra persona que lleve a cabo la acción de quitarse la vida, bien por incapacidad física u otro impedimento. El tercer supuesto sólo es justificable éticamente desde la ética de la perfección, es decir, desde la autonomía del paciente y desde la beneficencia del sanitario.

Conclusiones: En estos temas siempre es difícil llegar a un mínimo de acuerdos válidos, incluso para los profesionales de la Bioética, pues al analizar un problema ético cada persona posee unos determinados valores, normalmente de carácter moral, que representan sus verdades. Pero esas verdades son privadas y no sirven para nada a nivel público. Para llegar a acuerdos en el ámbito de los derechos, las

verdades aquí deben pasar de lo subjetivo (privado) a lo intersubjetivo (público), donde se pongan en claro y de forma reflexiva y razonada verdades definidas con carácter universal. Ese es y debe ser el punto de vista de la Ética.

Desde la historia: los problemas de la autonomía frente a la sujeción de los pacientes.

Hernández Martín, Francisca Juliana; Rodríguez Sánchez, M^a Carmen; Nogales Espert, Amparo.

La Historia, a decir de Cicerón, es "maestra de la vida". Si esto es cierto nuestro proceder actual debería ser envidiado por nuestros antepasados si pudieran verlo, pero ... también se suele afirmar que el hombre es el único animal que tropieza dos veces en la misma piedra. El refranero tiene respuestas para todo. Dejando esto al margen, nuestro estudio se centra en una realidad antigua y actual, ya que los enfermos con trastornos mentales, los ancianos, etc., con los problemas propios de cada situación, necesitan ser cuidados y a pesar de los avances en el conocimiento de la enfermedad, de la farmacología y de la conducta humana, estos pacientes requieren, a veces, del cuidado de la sujeción que desde antiguo se utilizó. Analizamos en la comunicación un texto del siglo XVII de uno de los primeros manuales de enfermería en el que se describen las razones de por qué es necesaria la sujeción en algunas situaciones determinadas y donde aparecen conflictos éticos y morales. Si bien la sociedad ha tomado conciencia de lo que es y significa ser hombre, de su dignidad y también de sus derechos, este problema, aún siendo el mismo, postula otras

formas de planteamiento y de respuesta. En la actualidad, no sólo se requiere saber hacerlo; sino además se deben exigir las razones del por qué, del cómo, cuándo y para qué, pero ante todo de contar con el paciente y tener en cuenta las consecuencias. Por tanto, nuestro objetivo es, partiendo del análisis de las razones que se dan en texto como ejes que vertebran la práctica en un momento determinado, descubrir las lagunas del presente. ¿Es más ético el cuidado actual, aunque tengamos en cuenta la autonomía del paciente, sabiendo que esa carga se la echamos en muchos casos a la familia, a la sociedad que se siente no sólo incapaz, sino amenazada en ciertas situaciones por el propio paciente?. He aquí un tema para la reflexión y el análisis. Un problema y una tarea en la que la enfermería tiene algo que decir para una búsqueda de soluciones a corto, medio y largo plazo porque vive estas situaciones en las Instituciones, en el domicilio, en las consultas, etc. En el trabajo aportamos algunas pistas que creemos pueden ayudar a dar una mejor respuesta a algunas realidades donde los conflictos éticos, la dignidad, las cargas ... y donde la sociedad se vea implicada.

Sócrates un filósofo para la enfermería.

Álvarez Andrés, Gracia

C.S. Jose Aguado

Objetivo: Desde un ejercicio responsable de la profesión de enfermería nos planteamos conocer si el diálogo socrático puede impregnar el conjunto de actividades que realizan las enfermeras. Diagnóstico enfermero es un "juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, o a procesos vitales, que proporciona la base en la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable". Las actividades de enfermería se centran en que la persona encuentre la mejor respuesta posible a esos cambios que se producen desde el nacimiento hasta la muerte. La variabilidad de las respuestas es grande y la búsqueda de respuestas que la persona hace en si misma es insustituible a la hora de adaptarse a cualquier cambio... Por ello nos planteamos: "que el diálogo socrático puede muy bien impregnar las actividades que realizamos las enfermeras." Pensando en el "bien interno de la profesión", en su "telos", o en lo que las enfermeras aportamos específicamente a la salud de las personas; Sócrates viene a nuestra mente con esa idea de ayudar a que otros encuentren sus respuestas, desde su especificidad, desde la pluralidad como característica de la condición humana que propone Hanna Arendt.

Material y método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la que se introdujeron los términos cuidado, enfermería y ética con Sócrates y mayéutica. Se ha encontra-

do un artículo que asocia el diálogo socrático con el ejercicio de la enfermería. "A Socratic Dialogue on the Question 'What is Love in Nursing?'" Les Fitzgerald and Stan van Hooft en *Nursing Ethics*... Hemos utilizado textos sobre el cuidado y la relación de cuidado de autoras como Ann Davis., y "La ética del cuidar y la Atención de enfermería", María Gasull. Y otros como "El ser y el otro en la ética contemporánea", Seyla Benhabib; "Como arqueros al blanco", Diego Gracia; el aforismo I de los Tratados Hipocráticos recogido en el *Primum non nocere*". El principio de la no-maleficencia como fundamento de la ética médica, Discurso para la recepción publica del Académico electo, Diego Gracia; "Bioética para clínicos", Cuceiro; A. "La relación médico paciente"; Jinich H.

Resultados: Hemos logrado establecer un hilo conductor desde el aforismo hipocrático que señala tres puntos para tener éxito en el logro de la salud de las personas, la diferencia entre medicina y enfermería que establece Nithingale, el concepto de cuidado que propone Collière, en "Promover la vida" y la definición de diagnóstico de enfermería propuesto por la North American Nursing Diagnosis Association, en un intento de homogeneizar el lenguaje enfermero para nombrar aquello que hacemos las enfermeras. Todo ello teniendo presente que el ser humano es un sistema complejo y que una de sus características es que no puede no comunicar. "La Teoría de la comunicación humana" de Watzlawick.

Gestión de la confidencialidad en el paciente dependiente: deliberaciones éticas.

Rodríguez Merino, José M^a

HC CRUZ ROJA

Objetivos: 1. Aprender a gestionar el valor confidencialidad como derecho del paciente y deber de secreto del profesional en situación de dependencia. 2. Saber dónde están los límites y cuando se deben utilizar las excepciones.

Material y método: Fudamentación: El estudio de D. Gracia (2004) en el que plantea la complejidad de guardar los datos "sensibles" y el proyecto de JM^a Rodríguez (2000) que basa la gestión del paciente no sólo por los bienes y por los conocimientos sino también por los valores. Aplicaciones clínicas: El trabajo de J. Júdez (2002) en el que hace un análisis de la confidencialidad en la H^aC, sin olvidar las Guías sobre la confidencialidad de la Organización Médica Colegial (OMC). Entre los métodos utilizados están: a) Deliberativo: por el se ponderan los pros y los contras de la confidencialidad en el paciente dependiente. b) Comprensivo: en el se considera al paciente como una persona integralmente asistida.

Resultados: 1. Hacia la asistencia integral del dependiente y del cuidador: La Ley de Dependencia (39/2006) es necesaria pero no suficiente para abordar la atención integral del dependiente. Esta carece de aspectos como el sanitario y el de los valores. La confianza entre médico, paciente y cuidador posibilita el afloramiento de factores no contem-

plados como la depresión, la ansiedad, el estrés emocional, la soledad, la incomunicación. Problemas que sufren tanto los enfermos como los cuidadores hasta tal punto de que en múltiples casos éstos se hacen codependientes. 2. La gestión de la dependencia debe ser no sólo por los bienes sino también por los valores: La atención integral al dependiente debe incluir a bienes, conocimientos y valores, en el caso de la confidencialidad la tarea es compleja por las excepciones. 3. Papel de los CEAS en la formación y la salvaguarda de la confidencialidad.

Conclusiones: 1. El derecho de la persona dependiente a la confidencialidad es un valor que debe ser gestionado por el profesional y el cuidador de modo discreto y responsable. 2. La confidencialidad, por ser un valor curativo en la práctica médica, constituye un problema más ético que técnico, y debe integrarse en los parámetros de calidad asistencial y en la atención integral al paciente. 3. Los CEAS deben formar a sus miembros en el valor confidencialidad, impulsar recomendaciones, revisar guías, salvaguardar los datos de la H^aC y deliberar sobre casos complejos que planteen excepción o ruptura.

RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

De la ética de la sumisión hacia la ética de la responsabilidad.

Buisán Pelay, Raquel; Ferrero Aldaz, M^ªJ; Hernández Gutiérrez, M
C.E. Federica Montseny

Introducción: La ética tradicional del cuidado estaba basada en un conjunto de virtudes reales ó imaginarias, como la obediencia, la confianza, la fe, la esperanza, el amor y sobre todo la obediencia a la autoridad. De las cuidadoras se esperaban buenos sentimientos, pero no excesiva inteligencia. No ha sido una ética autónoma, sino heterónoma; la persona que detentaba la autoridad, el jefe o responsable, era el único con capacidad de pensar y decidir, y la obligación de las cuidadoras era obedecer con fe, esperanza y amor. Este paradigma ha sido el más frecuente entre los grupos y equipos clásicamente vinculados a la asistencia sanitaria y por tanto a los cuidados, las congregaciones religiosas femeninas, las mujeres, los soldados y las enfermeras (D. Gracia). La ética basada en la sumisión y en la obediencia es la antítesis de la ética de la responsabilidad; reduce la autonomía y promueve la heteronomía. Este es el modelo que ha sido paradigmático en las áreas del cuidado, aplicable a las teorías clásicas sobre la ética femenina, la ética de enfermería y la ética del cuidado.

Objetivos: Reflexionar a través del análisis de la practica enfermera cual ha sido la ética aplicada a los cuidados, dentro y fuera de nuestro entorno, en los últimos cuarenta años. Proponer los postulados de la Ética de la Responsabi-

lidad, como medio para lograr un cuidado integral en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

Metodología: Análisis cronológico y teórico del trayecto desde la ética de la sumisión a la ética de la convicción y desde esta hacia la ética de la responsabilidad. Relato experiencial de cuarenta años de profesión enfermera en nuestro entorno. El conocimiento como medio hacia la Ética de la Responsabilidad: Programa de Ulceras por Presión (U.P.P.) Reflexionando sobre la búsqueda de una aproximación a la ética desde cuidado enfermero: conocimientos, habilidades y actitudes. Reflexión/ Propuesta: Basada en casi cuarenta años de búsqueda de una identidad ética enfermera, puede resumirse en: "cuidado como trato humano al que se le incorporan conocimientos y habilidades; cuidado como imperativo ético responsable; cuidado como afecto y cuidado como atención integral a la persona, en el marco de equipos inter disciplinares que garanticen el equilibrio entre los principios éticos, valores personales, emociones y circunstancias, resultados y consecuencias" en dos palabras: cuidado y responsabilidad"

Ventajas y desventajas del empleo de la historia de valores. Percepción de los ciudadanos en función de su actitud y de sus experiencias previas de participación.

Ruiz Navascués, Rafael; Cecilia Peñacoba Puente; Maria Teresa de los Reyes Bermúdez; Fernando Herguido García; Ana Isabel Martín Cuesta, Ana Olga Rodríguez Rodríguez, Marisol Romero Galindo, Mayte Izaguerri Blázquez.

CS Presentación Sabio-Área 8 AP (Móstoles-Madrid)

Objetivo: Analizar la opinión de los usuarios sobre las Historias de Valores (HV) y su disposición a participar en el proceso, explorando diferencias según variables actitudinales y experiencias previas de participación en decisiones sanitarias.

Material/métodos: Estudio descriptivo/transversal mediante una encuesta domiciliaria, polietápica/estratificada y presencial, sobre la HV, realizada a 401 sujetos de Móstoles (Madrid) mayores de 15 años.

Resultados/discusión: Sólo al 26.4% le preguntaron su opinión ante una decisión médica, mientras al 88.5%, le gustaría que los sanitarios les preguntasen sobre sus preferencias y valores, y el 81.3% lo considera necesario. Un 91%, contestarían preguntas de este tipo, pero sólo el 82%, desearían participar en las decisiones. La actitud positiva hacia la HV se refleja en la valoración de sus "ventajas", "dificultades", y la importancia que conceden a determinados aspectos del sistema sanitario. Todas las ventajas propuestas obtienen puntuaciones medias >4 (escala Likert 0-5), destacándose: "contribución a que el paciente exprese su opinión" (4.44), "mayor

conocimiento del paciente por los sanitarios" (4.24), "mejora de la relación médico-paciente" (4.20). Ninguna "dificultad" planteada alcanza esta valoración; por tanto, no parecerían especialmente insalvables: "no querer pensar en problemas o enfermedades futuras" (3.28), "sobrecargar al profesional" (3.08), y "no poder prever preferencias hasta vivir la situación" (3.07). Igualmente, elementos clave para la implantación de HV, como "mejorar la comunicación con los pacientes" o "estabilidad de los profesionales que llevan el seguimiento" (con 4.62), se consideran tan prioritarios para el sistema sanitario como "ampliar las coberturas de la asistencia sanitaria y farmacéutica" (4.60), o "reducir las listas de espera" (4.64). Existen numerosas diferencias significativas en función de las actitudes (no así por la participación) que marcan puntuaciones más elevadas para las ventajas, y más bajas para las desventajas, respecto a las actitudes positivas a participar, a contestar tales preguntas, o a la percepción de la necesidad de implantarlas. Sin embargo, respecto a la experiencia previa de participación, sólo se encuentran diferencias significativas en el ítem "No lo veo útil; no creo que respeten mis opiniones", (si=2.38; no=2.80) ($t=-2.12$, $p=0.03$).

Conclusiones: Los ciudadanos, en general, manifiestan una actitud positiva hacia la HV, que, sin embargo, no se ve reforzada por oportunidades prácticas de participación, hacia lo cual, además, existe menos disposición que hacia una comunicación sanitario-paciente más informal. Esto sugiere revisar aspectos prácticos de la coparticipación en las decisiones sanitarias para la implementación de la HV, y para el efectivo desarrollo de la Autonomía del paciente.

Preservar la intimidad cuidando lo íntimo del paciente.

Buisán Pelay, Raquel; Delgado Antolín. J.C.; Aguado Martinez, B
C. E. Federica Montseny

Introducción: En los Comités de Ética de los Hospitales se plantean problemas de decisiones graves, de vida o muerte y es muy importante que se haga, pero ¿y las pequeñas decisiones del día a día, que no se ven tanto, ni salen en los diarios, ni en las actas, pero que si pueden vulnerar la intimidad, puede hacer que el anciano sufra más si cabe, sobre todo cuando uno es indefenso, depende de los otros para sobrevivir, temeroso de represalias si protesta? "¿cómo hacemos realidad el respeto a la intimidad en el cuidado cotidiano a los pacientes? Es este escenario de la Ética de lo Cotidiano, donde hemos centrado la exposición, porque consideramos que es en este medio donde se desarrolla el cuidado a los pacientes, ya sea en Centro Socio Sanitario, Hospital, Centro ambulatorio y/o Atención Domiciliaria, proponiendo el acercamiento a la Ética de la Responsabilidad, como medio de resolución de conflictos con ponderación, prudencia y buen juicio.

Objetivo: Conceptuar el término de "INTIMIDAD" y "INTIMO" dentro del marco de la ética, no tanto en el aspecto teórico, sino dentro de la llamada "ética de la cotidianidad. Proponer los postulados de la Ética de la Responsabilidad como medio para lograr que el respeto a lo Intimo del anciano sea la piedra angular del cuidado cotidiano.

Metodología: Proponemos el análisis del binomio “intimidad del cuidado y cuidado de lo íntimo” que suponen el constructo en el que se apoya parte de la misión de las enfermeras. Recorrido por los campos de la antropología, la historia, la psicología, la política, la ética y la filosofía, sobre la importancia de la Intimidad. Revisión de los cinco constructos que determinan la relación necesaria para que surja la intimidad de cuidado: la compasión, la competencia, la confianza, la conciencia y el compromiso. Exposición y análisis de los componentes de lo íntimo: los valores, las creencias, los sentimientos, las emociones, ...

Propuestas / Conclusiones: Se han elaborado en base al análisis pormenorizado de las dificultades en el cuidado cotidiano de la Intimidad y lo Íntimo: Estructuras físicas, Procesos, Formación Pregrado y postgrado, Responsabilidad moral Exigencias éticas respecto a la Intimidad del Cuidado Ética de la responsabilidad: “cuidado-proximidad-confianza” / “justicia –equidad/ derechos-obligaciones”.

La confidencialidad en el periodo de formación de los médicos residentes.

Hellín Sanz, Teresa; Lizarraga Bonelli, Emilio; López Cebrián, Pilar

Hospital Ramón y Cajal, Colegio Oficial De Médicos De la Comunidad Autónoma de Madrid y Ministerio De Hacienda

Objetivos: Poner de manifiesto la necesidad de regular la presencia de médicos residentes en las consultas y protocolizar las actuaciones a seguir en caso de negativa del paciente a la presencia de este en la consulta. Método y material: Análisis de la reclamación presentada por paciente alegando vulneración de la Ley 41/2002., por atentar contra su dignidad, considerando necesario su consentimiento para la permanencia del residente en la consulta ya que en caso contrario considera que se están vulnerando derechos fundamentales de los pacientes en nombre del conocimiento y el aprendizaje. Revisión de la legislación y Códigos Éticos y Deontológico aplicables a la confidencialidad del paciente y a la formación del médico.

Resultado: Posible conflicto de derechos.

Conclusiones: Propuesta de guía de actuación en las que participen todas las partes implicadas para conciliar el derecho a la confidencialidad del paciente y el derecho a la formación médica adecuada

Profesionalismo médico: ¿dónde empieza y dónde termina la ética médica?

Pose, Carlos

Instituto De Ciencias Religiosas. Universidad de Santiago de Compostela.

A veces se ha hecho necesario distinguir entre "moral común" y "moral especial" para caracterizar estrictamente la "ética médica". Y sea o no cierto que la ética médica es una ética especial, de lo que no cabe ninguna duda es de que a los médicos siempre se les ha exigido y siempre se ha esperado de ellos una actitud "especialmente moral". El problema, también desde siempre, pero planteado ahora desde nuestra situación concreta, es el de intentar decir qué significa hoy ser especialmente moral. Una primera respuesta, antigua y actual, es ésta: tener, además de un buen conocimiento técnico, un buen comportamiento moral, o como entre nosotros decimos, ser una persona virtuosa (en ambos sentidos, técnico y moral). La ética de la virtud tiene para nosotros una enorme tradición, y nos es bien conocida. Hasta hace poco era la única que nos interesaba, la única que parecía nacer de nosotros, de los de la orilla mediterránea. Frente a ésta, estaba la otra u otras, la ética de deber, del derecho, la ética de principios, de las consecuencias, etc., una/s ética/s que nunca entendimos ni creímos adecuada a nuestro modo de pensar y de vivir. Sin embargo, hoy se levanta con fuerza ante nuestra mirada una nueva respuesta moral, nueva al menos en el mundo de la medicina, sin duda exigida por el nacimiento de nue-

vos problemas biomédicos, tecnológicos y morales. Nos referimos a la ética de los valores. Desde este nuevo punto de vista, ser especialmente moral significa incluir los valores en la toma de decisiones clínica. Como es obvio, esta nueva respuesta nace también de una nueva actitud ética, típica del siglo XX: la ética de la responsabilidad. En esta comunicación intentaremos mostrar cómo la realización de la vida moral es un proceso que posee distintos estratos, que además de sucesivos son inclusivos, y que sólo cuando se alcanza el último de ellos podemos hablar de una moral especial o de una actitud especialmente moral. A estos estratos vamos a llamar "vida moral", "vida social" y "vida profesional".

Opinión de los ciudadanos acerca del conocimiento de sus preferencias en la atención sanitaria: Validación cuantitativa de las categorías obtenidas en un estudio cualitativo sobre Historia de Valores.

Rodríguez Rodríguez, Ana Olga Sara; Ruiz Navascués, Rafael; de los Reyes Bermúdez, María Teresa; Martín Cuesta, Ana Isabel; Izaguerri Blázquez, Mayte; Romero Galindo, Marisol; Herguido García, Fernando; Peñacoba Puente, Cecilia.

CS "Isabel II" (Parla). Área 10 de AP (Madrid)

Objetivo: Conocer la distribución en la población diana de las principales opiniones (extraídas de una fase cualitativa previa del Proyecto), sobre la conveniencia de que sus valores y preferencias acerca de la salud/enfermedad, sean recogidos en la asistencia sanitaria para ser tenidos en cuenta en la planificación y desarrollo de la misma.

Material/métodos: Estudio descriptivo/transversal mediante encuestas presenciales, domiciliarias, a población mayor de 15 años residente en Móstoles (Madrid), con un muestreo polietápico/estratificado (IC= 95%; n= 401). El cuestionario deriva de un listado de opiniones sobre la Historia de Valores (HV), extraído en una primera fase del Proyecto con grupos de discusión.

Resultados: Al 73.6% nunca les habían pedido opinión sobre una decisión médica que les afectara. Sólo el 10.1% de quienes sí se la pidieron, tomaron decisiones por familiares que no podían expresarse. En cambio, al 82% les gustaría participar en tales decisiones. Muchas de las opiniones evalua-

das sobre la HV obtuvieron medias >4 (escala Likert 0-5): "contribuiría al derecho del paciente a expresar su opinión" (4.44), "mejoraría la relación médico-paciente" (4.20), "quiero que se me informe de las opciones disponibles, para decidir" (4.62), o porque "es un derecho del paciente" (4.47). Elementos clave para estas cuestiones, como "mejorar la comunicación con los pacientes" o la "estabilidad de los profesionales que llevan el seguimiento", alcanzan similares valoraciones (4.62). Y en cuanto al contenido, sobresale la designación de un "representante" (4.24) sobre las "instrucciones previas" (4.17) o la aceptación/rechazo de medidas determinadas (4.15). Prevalen, así, sobre una confianza ciega en los sanitarios, porque crean "que buscan lo mejor" (3.68), o porque sean "quienes saben" (3.47), sobre una previsible "sobrecarga del profesional" (3.08), o preferir "no pensar en enfermedades futuras" (3.28), ni prever las preferencias "hasta vivir la situación" (3.07). Con preguntas multirespuesta proponen que estas cuestiones se recojan preferentemente mediante entrevista personal (56.2%) o preguntas incluidas en la historia clínica (48.2%); y como profesional idóneo señalan al médico de cabecera (72.2%) o "el especialista habitual" (52.1%). Pero esta información debería ser accesible para todo profesional que la necesite para decidir (60.3%), y debe entenderse "como una orientación, no algo inflexible" (44.4%).

Conclusiones: Existe una actitud positiva, en general, respecto a la HV y hacia comunicar opiniones informales/orientativas, más que a dejar "Instrucciones Previas" escritas, o a una estricta participación en decisiones sanitarias. Esto sugiere posibilitar mecanismos flexibles y ágiles para fa-

vorecer otras formas de coparticipación y de “Planificación Anticipada”.

Responsabilidad disciplinaria de los profesionales sanitarios ante el examen de las denuncias tramitadas en la comisión deontológica durante el quinquenio 2002-2006, con especial referencia a la incidencia de cuestiones bioéticas.

Moya Pueyo, Vicente; Lizarraga Bonelli, Emilio

Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid

Se analiza en la comunicación, la responsabilidad disciplinaria colegial de los médicos inscritos en el Colegio, haciendo una comparativa de la evolución que ha presentado la misma durante 5 años de funcionamiento de la Comisión Deontológica del Colegio. Los objetivos perseguidos con la comunicación son determinar qué actuación o actuaciones son más denunciables desde el punto de vista ético/deontológico. Para ello se ha contado con material y métodos fundamentalmente los que resultan de las memorias del Departamento de Comisión Deontológica y datos estadísticos comprendidos en las mismas correspondientes a los ejercicios 2002-2006, y fundamentalmente de los que resultan de un nomenclator de asuntos recogidos en cada una de las memorias que responden o pretenden englobar el contenido genérico de las denuncias formuladas. Los resultados obtenidos demuestran un incremento exponencial en los años analizados de las denuncias interpuestas contra los profesionales por razón de la atención médica

prestada, de la mal praxis efectuada y últimamente de las relaciones de los médicos entre sí, con independencia de un mantenimiento casi constante de las peticiones de información a la Comisión sobre cuestiones ético deontológicas relacionadas con su profesión, máxime teniendo presente la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, ley en donde se recogen principios éticos y deontológicos de obligado cumplimiento. Como conclusiones puede anticiparse que en la actualidad los tres principales aspectos que inciden en el ejercicio de la profesión médica, desde el punto de vista ético y deontológico:

1. Calidad de la asistencia prestada, entendiendo ésta dentro de la relación de confianza entre médico y paciente.
2. Incidencia bioética sobre grandes cuestiones (inicio/final de la vida, consentimiento informado, actuación respecto a menores de edad, reproducción humana, etc.).
3. Relaciones de los médicos entre sí con especial incidencia en la relación de jerarquía dentro de un equipo asistencial.

Encuesta sobre sedación terminal a profesionales sanitarios del Hospital de Cabueñes.

Lacort Fernandez, Mariano; Arce Garcia, Clavel; de la Fuente García, Belén; García Gonzalez, Gerardo; Martin Sáez, Jose M; Gracia Marco, Manuel; Saro Gismera, Cristina.

Hospital Cabueñes

Objetivos Conocer mediante una encuesta realizada a los profesionales sanitarios del hospital, la forma en que nuestros pacientes fallecen, aspectos relacionados con el cuidado y sedación de los pacientes terminales, y opciones para mejorar estos procesos.

Material y método Encuesta de opinión, anónima y voluntaria, en septiembre-2006. Análisis con programa estadístico SPSS.

Resultados 1204 encuestas remitidas. Responden 317(25%), 27,7% de los médicos, 21,1% de los enfermeros y 15,9% de los auxiliares clínicos. Tiempo medio de profesión >16 años, 80% con experiencia profesional en el cuidado de estos enfermos y 68.2% con experiencia personal. El 70% piensan que hay sanitarios contrarios a la sedación. El 100% está de acuerdo con sedar al paciente con sufrimiento físico inevitable. Si el sufrimiento es psíquico, el 77% está de acuerdo con la sedación, sin diferencias significativas al analizar variables de sexo, profesión o edad. Para el 91% se producen muertes con sufrimiento evitable, frecuentemente (enfermeros-auxiliares), o algunas veces (médicos) ($p=.001$). Causas: 49% Miedo (jurídico, ético, religioso), 38% falta de conocimientos o formación, 34%

reduccionismo sanitario (no aceptación de la muerte o desinterés por la agonía), 32% complejidad de situaciones y 13,3% dificultad en la toma de decisiones de sustitución ante la muerte. La sedación es solicitada antes por la familia que por los profesionales, y por el paciente en último término. Se informa al paciente (20%), a sus familiares (87%) y al equipo asistencial (80%). Desconocemos cómo afecta esta decisión al enfermo (70% no responden), estimando que bien el 50% y mal 6,3%. El 60% opina que es mejorable la necesidad de intimidad, acceso de la familia y dignidad. Sugerencias de mejora: habitaciones adecuadas, formación en habilidades de comunicación y respeto de la autonomía, elaboración de un protocolo de sedación, apoyo de paliativistas, psicólogos ó especialistas del dolor. La atención de estos enfermos es responsabilidad del Hospital (96.21%), compartida con servicios de cuidados paliativos hospitalarios (68.8%) y domiciliarios (84.54%)

Conclusiones Menos respuestas de las esperadas para una cuestión tan importante, aunque la antigüedad y experiencia de los que responden, nos permite presumir su valor. Es imperativo mejorar el proceso de la muerte en nuestro hospital, con formación y conocimientos éticos y jurídicos de la sedación terminal. El paciente es el gran olvidado en su situación de máxima vulnerabilidad. Necesitamos cambios estructurales y de formación del personal, así como un protocolo específico.

La bioética y el profesional sanitario frente a las terapias alternativas y complementarias.

Beauchamp Montalvo, Michele

RIN HEALTH CARE, INC.

En España y alrededor del mundo las Terapias Alternativas están teniendo un crecimiento rápido y estable. Dentro de España en este momento Comunidades Autónomas como Barcelona, Andalucía, Asturias y Madrid están llevando a cabo legalizaciones de los estudios de aquellos profesionales no sanitarios que practican algún tipo de Medicina Alternativa o Complementaria. Cada año aumenta más los pacientes que buscan y reciben tratamientos fuera de la Medicina Convencional. Estos pacientes reciben tratamientos invasivos y farmacológicos, muchas veces no probados ni con vigilancia de ningún tipo y sin saber los efectos secundarios e interacción con otros tratamientos que éstos pueden producir. También nos enfrentamos con el desconocimiento de estas medicinas por parte de los profesionales sanitarios, los cuales no están capacitados para brindar orientación al paciente. Esto nos lleva a enfrentarnos con la necesidad de que el Bioeticista se enfrente a las preguntas claves tales como: - ¿Cómo podemos respetar las decisiones y deseos de los pacientes mientras respetamos y confiamos en la importancia de la ciencia? - ¿Cómo sabemos que estas terapias son suficientemente beneficiosas para utilizarlas en personas? - ¿Se puede descartar una terapia porque no la entendemos científicamente? - ¿Qué hacemos cuando no entendemos una terapia científicamente, pero en el campo

de la utilización se obtienen pruebas de la eficacia del tratamiento en los pacientes? - ¿Cómo ayudamos a los encargados sanitarios a evaluar objetivamente los estudios en estas prácticas? - ¿Cómo podemos advertir a los pacientes de los efectos secundarios de medicinas consideradas como neutrales o hierbas si no se les reconoce como un fármaco? - ¿Cómo juzgamos a alguien que aplica erróneamente una terapia y causa daño a un paciente cuando consideramos ésta como no funcional o igual al placebo? Es tiempo de acoger estas tendencias y dedicarles un apartado individual en la Bioética, ya que podemos ver que nos enfrentamos a un reto diferente al de la medicina convencional donde el método científico y la relación médico paciente se ve afectada por una nueva visión de lo que es útil, funcional y beneficioso.