



Universidad de Granada

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y
CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS
PACIENTES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD**

AUTORA

AURELIA ARENAS LÓPEZ

Granada, 2013

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autora: Aurelia Arenas López
ISBN: 978-84-9125-807-0
URI: <http://hdl.handle.net/10481/43608>

D^a María Castellano Arroyo, D^a M^a Teresa Miranda León y D^a Adoración Reche Molina,

Autorizan:

La presentación de la Tesis Doctoral Titulada “Estudio del grado de conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes por parte de los profesionales en Ciencias de la Salud”, Programa de Doctorado: Evolución Humana. Bases de la Antropología y realizada por la doctoranda D^a Aurelia Arenas López, ha sido desarrollada bajo nuestra dirección en el Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física de la Universidad de Granada. A lo largo del proceso de elaboración la doctoranda ha seguido las pautas de dirección en lo referente a recogida de datos, método y búsqueda bibliográfica; para llegar a los resultados y discusión que se exponen en la misma, correspondiéndose las conclusiones fielmente con lo obtenido.

Consideramos que el trabajo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser defendida públicamente en la Universidad de Granada para que su autora opte al Grado de Doctora.

Granada a 14 de enero de 2013

Directoras de la Tesis

Fdo.: M^a Castellano Arroyo M^a T. Miranda León Fdo.: Adoración Reche Molina



ESTUDIO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LOS
DERECHOS DE LOS PACIENTES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES EN
CIENCIAS DE LA SALUD

2013

A mi madre

A mi hermana Concha

Con un cariñoso y agradecido recuerdo a
mi padre y a mi hermana María Dolores



AGRADECIMIENTOS

A la Profesora María Castellano Arroyo, le agradezco la dedicación de tiempo y la confianza que ha depositado en mi saber hacer. De ella me ha asombrado su capacidad de trabajo y de saber dar a cada momento la importancia que requiere. Muchas gracias por haberme permitido formar parte de su interés durante estos años.

A la Profesora María Teresa Miranda, le agradezco el haber querido colaborar tan directamente en este trabajo y la paciencia y dedicación que ha derrochado conmigo.

Le agradezco a la Doctora Adoración Reche, especialmente el ánimo, estímulo el tiempo que ha empleado para ayudarme a que este trabajo saliera adelante.

Al Profesor Miguel Botella, Director del programa de Doctorado, que realicé gracias a su entusiasmo y capacidad para desvanecer los obstáculos.

Al Departamento de Enfermería, a su Directora y a cada uno de sus miembros, mis compañeros, por haberme estimulado a que acometiera esta tesis facilitándome siempre que han podido, todo lo que he necesitado.

Quiero agradecer al Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física, el haberme acogido durante estos años y en especial a Margarita.

A Marta López Quesada, en su momento Administrativa del Departamento de Bio-estadística de la Facultad de Medicina, por su inestimable ayuda en los comienzos de este trabajo.

Agradezco al Comité de Ética del Hospital Universitario San Cecilio, el haberme autorizado realizar esta investigación con el personal de esa Institución Sanitaria, sin su autorización este trabajo no hubiera sido posible.

Mi agradecimiento especial a cada uno de los profesionales que han dedicado su precioso tiempo a colaborar en este estudio y a todas las personas (secretarias, supervisoras, jefes de servicio) que me han facilitado el acceso a ellos.

A mi amiga María Dolores Jurado Chacón, profesora de esta Universidad, ella ha sido la impulsora de mi ánimo y esfuerzo en los momentos bajos, con la generosidad y constancia que la caracterizan.

A Eduardo Rodríguez, enfermero del Hospital Universitario San Cecilio, por la paciencia con que me ha ayudado en todo lo relativo a la informática, haciendo colaborar a su familia y en concreto a su hija Cristina.

A mi cuñado Juan García Villar, también profesor de esta Universidad, por la dedicación de su tiempo, de él he aprendido, durante este tiempo, a disfrutar con el trabajo que tenga entre manos y descubrir la belleza que contiene.

Y el más entrañable de mis agradecimientos a mis sobrinas Helia y Julia, ellas me han supuesto un fuerte estímulo con su interés por que termine la Tesis pronto.

De todo corazón, muchísimas gracias



III. OBJETIVOS	62
IV. MATERIAL Y MÉTODO	66
IV. 1. Tipo de estudio	68
IV.2. Población del estudio	68
IV.2.1. Criterios de exclusión	69
IV.2.2. Tamaño y características de la muestra	70
IV.2.3. Cuestionario	70
IV.2.4. Validación del cuestionario	72
IV.2.5. Recogida de datos	72
IV.2.6. Metodología estadística	72
IV.3. Revisión bibliográfica	75
V. RESULTADOS	76
V.1. Análisis Descriptivo	78
V.1.1. Características sociodemográficas de la muestra	78
V.1.2. Análisis descriptivo de las respuestas obtenidas en cada pregunta (Ítems) del cuestionario	81
V.2. Análisis Bivariante	89
V.2.1. Cruces sociodemográficos	89
V.2.2. Cruces de las diferentes variables	89



VI.	DISCUSIÓN	140
VI.1.	En relación a los Principios Generales	142
VI.2.	Derecho a la Información Sanitaria	146
VI.3.	Derecho a la intimidad	148
VI.4.	El respeto de la autonomía del paciente	149
VI.5.	La Historia Clínica	154
VI.6.	Formación	157
VII.	CONCLUSIONES	162
VIII.	BIBLIOGRAFIA	168
IX.	ANEXOS	186
1.	Consentimiento Informado	188
2.	Encuesta dirigida a los Profesionales de la Salud	190
3.	Ley 41/2002	200



2013

I. RESUMEN



Título: Estudio del grado de conocimiento y cumplimiento de los derechos de los pacientes por parte de los profesionales en Ciencias de la Salud.

Autora: Aurelia Arenas López

Directoras: María Castellano Arroyo, María Teresa Miranda León, Adoración Reche Molina.

Palabras clave: Autonomía del paciente. Derechos del paciente. Consentimiento informado. Historia clínica.

I. RESUMEN

Tradicionalmente los profesionales sanitarios se han regido por las exigencias ético-deontológicas del respeto a la dignidad de los pacientes. Poco a poco se ha ido tomando conciencia de la existencia de los derechos y deberes de los pacientes, derivados de su dignidad como personas. Ha sido en la segunda mitad de siglo XX y en lo que llevamos del siglo XXI, debido a los diferentes avances científicos y técnicos y a complejidad de la asistencia sanitaria actual, cuando los derechos de los pacientes y usuarios se han consolidado como un tema nuclear de la asistencia sanitaria, para lo que se han promulgado diferentes normas que garantizan esos derechos.

En España la Ley 15/1986 General de Sanidad en su artículo 10, contemplaba, por primera vez, una relación de los derechos de los pacientes, en los que incluía varios aspectos relacionados con la asistencia y diversas obligaciones que el médico debía cumplir respecto a ella. A nivel Europeo fue el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo) la norma de mayor importancia por ser el primer instrumento a nivel internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo ratifican. El valor de esta norma radica en establecer un marco común para esos países y en el que se proteja la dignidad humana al aplicar la tecnología sanitaria y trata de reconocer los derechos de los enfermos; en nuestro país entró en vigor en



enero del año 2000. A partir de aquí surge multitud de normas en las Comunidades Autónomas para regular los derechos y deberes de los pacientes. Resultado de todo lo anterior y de un largo periodo de trabajo se promulga la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley que desarrolla la ley General de Sanidad y tiene una gran trascendencia, al ser la primera Ley importante que afronta las cuestiones básicas relativas a la relación clínico-asistencial.

En la actualidad la asistencia sanitaria es muy compleja, son muchos los factores que intervienen o pueden llegar a intervenir en ella, ahora no sólo hablamos de la asistencia médica o de enfermería, sino también de equipos multidisciplinares, y aunque la relación que se establece entre profesionales y pacientes sigue siendo una relación personal e íntima, muy a menudo está organizada de forma tripartita, al intervenir una institución (sistema de salud, fundación, etc.), el paciente y el personal que le atiende dentro de esta.

Por este motivo hemos elegido la citada ley, después de transcurridos casi diez años desde su entrada en vigor, para ver el grado de conocimiento que tienen los profesionales de nuestro entorno de los derechos y deberes de los pacientes que esta Ley regula.

Para esto, elaboramos un cuestionario siguiendo el contenido de la Ley, que se distribuyó, de manera anónima y con consentimiento informado previo, entre los profesionales sanitarios (200 médicos y 236 enfermeros) de un Hospital Universitario de Granada, posteriormente se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, estudiando, previa comprobación de su fiabilidad, con los métodos estadísticos adecuados (prueba Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher etc), la asociación de las variables sociodemográficas (sexo, profesión, grupos de edad etc.) con las respuestas a los ítems.

Los resultados obtenidos manifiestan que los profesionales encuestados tienen buena formación respecto a los derechos de los pacientes regulados en la ley objeto de nuestro estudio. Al ser una norma tan amplia y con diversos matices en su aplicación, observamos que existen profesionales que desconocen algunos aspectos de esos derechos que podríamos considerar importantes. Sin embargo y como una de las



conclusiones consideramos que los profesionales de nuestro estudio conocen mejor los deberes éticos de comportamiento general que los aspectos legales concretos o regulaciones legales muy específicas. Esto va ligado a la preocupación de cuidar y proteger al paciente (actitud más benéfica que legal), tradicionalmente asociada a las profesiones sanitarias, pero que actualmente habría que complementar con una formación continuada muy discusiva, sobre conflictos o situaciones prácticas, para imbuir al profesional sanitario del deber legal de respeto a la autonomía de los pacientes y usuarios.



2013

II. INTRODUCCIÓN



II. 1. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA

En el siglo XXI los derechos de los pacientes y usuarios constituyen un tema nuclear de la asistencia sanitaria. Tradicionalmente los profesionales sanitarios se han regido por las exigencias ético-deontológicas del respeto a la dignidad de los pacientes, por lo que aún no existiendo normas legales específicas, la atención dispensada estaba acorde con la intimidad, la confidencialidad y otros aspectos personales de los pacientes, aunque se cuidara menos la participación del enfermo en la toma de decisiones. El concepto de autonomía ha cobrado tal importancia, que desde la administración de justicia se han producido numerosas sentencias condenatorias para los profesionales sanitarios por el hecho de incumplir los deberes legales recogidos en las sucesivas normas que se han ido generando (Consejo General del Poder Judicial-Ministerio de Sanidad, 1997).

Por ello hemos considerado de interés conocer en qué grado los profesionales sanitarios, dedicados a la asistencia hospitalaria, de nuestro entorno conocen sus deberes legales para con los pacientes, y en que medida los cumplen en la práctica asistencial.

El estudio tendrá el interés de que si detectamos deficiencias en el grado de conocimiento y/o en el de cumplimiento, será importante realizar propuestas de medidas que corrijan este déficit, lo que contribuiría a la prevención de denuncias y daños para pacientes y usuarios.

Para cumplir con el propósito de nuestro trabajo hemos seleccionado la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, popularmente denominada ley de Autonomía del paciente (LAP), como la más representativa de los derechos fundamentales en la relación asistencial.

Actualmente la asistencia sanitaria es muy compleja, son muchos los actores que intervienen o pueden llegar a intervenir en ella, ahora no sólo hablamos de la asistencia médica o de enfermería, sino también de equipos multidisciplinares, aunque la relación que se establece entre profesionales y pacientes es una relación personal e íntima, muy a menudo está organizada de forma tripartita, al intervenir una institución (sistema de salud, fundación, etc.) en el encuentro que después se produce ya de forma directa y personal, entre quién necesita la asistencia y quién se la presta.



Desde el Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA), en los últimos treinta años se han emitido multitud de normas intentando ordenar y organizar que la asistencia sanitaria no pierda su esencia deontológica, pero que al mismo tiempo conserve el carácter de contrato por el que se ponen unos medios al servicio de las necesidades de los pacientes y usuarios, cumpliendo con las exigencias de formación y competencia profesional que en cada momento sea adecuada.

En nuestra opinión con esta normativa, al velar por la relación paciente-profesional sanitario, se vela, también, por la calidad de la asistencia, lo que redundará en beneficio de todos y en progreso científico. De los diversos profesionales comprometidos con la atención a pacientes y usuarios, nosotros hemos elegido a los médicos y al personal de enfermería al tener éstos más responsabilidad respecto a los dos derechos básicos, la información y la necesidad de consentimiento para cualquier actuación.

II. 2. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL

II. 2. 1. MEDICINA CLÁSICA

Desde los tiempos más antiguos el cuidado de la salud se les ha encomendado a los médicos, en todas las culturas aparece la figura mítica, religiosa o filosófica del médico, para ir venciendo a la enfermedad, el envejecimiento e intentando retrasar la muerte, ya que a esta no se la puede eliminar, contribuyendo, de ese modo a restaurar el orden establecido en la naturaleza.

En la sociedad grecorromana, el valor de la vida humana dependía del lugar que ocupara en la sociedad, por lo que el modo de atender a los enfermos estaba vinculado al extracto social al que se pertenecía. Las personas de clase social más alta recibían asistencia desde el principio de su enfermedad por los médicos más destacados. Los de clase social media se trataban mediante tratamientos que hicieran efecto a corto plazo buscando su eficacia, pero también por la necesidad que tenían estos enfermos de trabajar. Los esclavos eran tratados por sanadores esclavos y su asistencia “queda reducida a una tosca veterinaria para hombres” (López Piñero, 2002).



En esta época, Hipócrates (460 – 377 AC) vio la enfermedad como algo natural, pensaba que intentar curar al enfermo era el principio, el medio y el fin de su actividad profesional; pero para tratar al enfermo según arte, debe proceder sabiendo porqué hace aquello que hace, por lo que realizaba un examen para conocer con verdad y precisión lo que le pasa al hombre que tiene ante él (Laín Entralgo, 1970).

Una de las aportaciones fundamentales de Hipócrates fue su idea sobre la relación médico-enfermo, en este tema se escuchó a sí mismo, escuchó a su intimidad; es decir el lugar interior donde puede encontrarse a sí mismo; esto lo había esbozado Aristóteles y lo desarrolla después San Agustín del que comenta Julián Marías, 2003 “... muestra algo característico, no sólo del cristianismo, sino de la época moderna: la intimidad”. Desde su interioridad, Hipócrates, pensó que la relación médico-enfermo era desigual, por un lado el enfermo al perder la salud, los dolores y la decadencia física le hacen perder seguridad en su capacidad de pensar, opinar y decidir, y por otro el médico representa la sabiduría, el conocimiento, la seguridad y el remedio para su enfermedad. Por esta asimetría de la relación, es por lo que propone para él y para sus discípulos unas normas que le lleven a ejercer la medicina en beneficio del enfermo. Estas normas se fueron concretando en el juramento Hipocrático, el cual ha sido aceptado como guía del ejercicio médico a lo largo de la historia y muchos de sus principios siguen vigentes hasta nuestros días (Castellano Arroyo, 2011).

II.2.2. LA PROFESIÓN MÉDICA EN LA ACTUALIDAD

La primera regulación de la medicina en España se encuentra en las Partidas de Alfonso X el sabio. Alfonso III de Aragón, antes que en otros países, reglamentó los estudios de Medicina exigiéndose suficiencia a quienes pretendieran ejercer la profesión. (Acosta Gallo, 2002).

El actuar del médico ha seguido desarrollándose asentado en las normas éticas del juramento hipocrático (Gonzalo Herranz, 2002). A medida que ha pasado el tiempo se fueron perfilando las normas morales y los deberes que deben ajustarse al ejercicio profesional del médico, dando lugar a la Deontología médica, ésta ha ido adaptándose a las nuevas situaciones de la medicina originadas por los continuos avances médicos, y las diferentes formas de ejercerla (pública y privada); estas normas, muy vinculadas



al derecho han constituido el derecho médico, parcela de la Medicina Legal, ampliándose desde aquí a las obligaciones ético-legales de todas las profesiones sanitarias, así como a otros temas de carácter jurídico como prestaciones sanitarias y su alcance, organización de la asistencia sanitaria, obligatoriedad de algunas prácticas sanitarias (vacunas), ... desarrollándose así el Derecho Médico. El derecho es instrumento de justicia, indicando la forma en que las personas tienen que comportarse entre sí, evitando el daño y el perjuicio; de forma que cuando se ocasiona este daño, se impone la obligación de responder y reparar. Desde la deontología se da por cumplido el deber legal, pero se pide al profesional sanitario que avance en su conducta hacia la exigencia personal para alcanzar la máxima calidad de la asistencia que presta, humanizando y dignificando la relación paciente-profesional sanitario. (Castellano Arroyo, 1998).

En la actualidad para ejercer la profesión de médico, es necesario haber realizado los estudios en vigor en la Facultad de Medicina y obtenido la especialidad de acuerdo al R.D.127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista., derogado por el R.D 183/2008, de 8 de febrero por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud (Documento que no se ciñe sólo a las especialidades médicas sino que contempla todas las profesiones que en la actualidad trabajan juntas en los centros sanitarios); en el mismo se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

La Organización Médica Colegial (OMC) es el organismo que tiene encomendada por la Constitución el control del ejercicio de la profesión y tiene autoridad disciplinaria y deontológica sobre los profesionales. Esta forma de control se perfila ya en la ley de Sanidad de 1885, constituyéndose los Colegios provinciales en 1988, estableciéndose entonces la obligatoriedad de la colegiación para poder ejercer la profesión. Desde ese momento ha sido regulada en diferentes ocasiones, siendo la última el RD 757/2006, de 16 de junio, por el que se aprueban los Estatutos Generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que deroga parte del R.D. 1018/1980, esta normativa unifica la colegiación no siendo necesario cambiar de colegio cuando el médico se traslada de ciudad. En el artículo 32.1 de este R.D, se desarrollan las competencias en materia deontológica, otorgando al Consejo General la autoridad para crear una comisión central de Deontología, Derecho médico y Visado



para asesorar al Consejo en los asuntos relacionados con la materia de su ámbito y la capacidad de elaborar un documento que recoja las normas de conducta ética por las que se regirán los colegiados, teniendo que ser aprobado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, con carácter de documento interno de la OMC, este documento es el Código Deontológico (CD), publicándose el primero en 1978 y el último en julio de 2011. Los diferentes CD promulgados por la OMC se exponen en el **Cuadro 1**.

En relación a esta atribución, el actual presidente de la OMC, Rodríguez Sendín (2012) decía a unos estudiantes de medicina en unas jornadas formativas "Todo lo que hacemos los médicos necesita regulación y control, y no hay nadie en la sociedad que lo pueda hacer mejor que la propia profesión", y añadió "el Código Deontológico que es una guía de ética médica y ahora cumple un año desde su publicación, presta una ayuda excepcional". Estas palabras, sin duda, expresan la defensa de la autonomía de la profesión y de la colegiación obligatoria, temas muy debatidos en la actualidad (Redacción Médica, 16.07.2012).

<i>Cuadro 1. CD promulgados por la OMC</i>	
<i>Código</i>	<i>Fecha</i>
<i>Código de Ética y Deontología Médica</i>	1978
<i>Actualización del Código de Ética y Deontología Médica</i>	1990
<i>Actualización Código de Ética y Deontología</i>	1999
<i>Código de Deontología Médica</i>	Julio 2011

Cuadro elaborado según preámbulo del Código de Deontología Médica de 2011



II.2.3. Evolución histórica de la Enfermería

La historia de la Enfermería es la historia de los cuidados en el campo de la salud, por lo que podemos decir que es tan antigua como la humanidad, puesto que el ser humano desde siempre y en distintas circunstancias ha debido de cuidar de otro ser humano o él mismo dejarse cuidar, pero la investigación histórica de los cuidados de enfermería ha sido eclipsada por la de la medicina, que además con frecuencia se ha centrado más en los avances de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en el cuidado (Gracia, 1996).

Desde el principio destacaron las matronas, al estar encomendada la asistencia al parto a mujeres expertas en este ámbito (parteras y matronas); a la historia pasaron.... Otro tipo de cuidados, en el campo de la salud, se fueron realizando a la sombra de la medicina, desarrollándose de forma autónoma e independiente, aunque coordinada con los médicos en los hospitales; por ello, el desarrollo de la enfermería se produjo paralelo al desarrollo de la asistencia hospitalaria. Los Hospitales, tuvieron su auge en la Edad Media y, en relación a rutas de peregrinación, siendo el prototipo los surgidos a lo largo del camino de Santiago; en ellos los peregrinos recibían cuidados, asistencia sanitaria y eran reconfortados de las fatigas y cansancio del camino. En la Edad Moderna los Reyes Católicos tenían una idea más centralizadora del hospital unificando varios hospitales más pequeños en uno mayor con la intención también de optimizar recursos (Nogales Espert, 1996); fruto de su política hospitalaria y asistencial fueron los Hospitales Reales de Granada, Santiago de Compostela y Toledo. El de Granada funcionaría como “hospital de locos” hasta mediados del siglo XX, y desde hace 30 años es sede del Rectorado y los órganos unipersonales de gobierno de la Universidad de Granada (Universidad de Granada, 2011). Es de reseñar que el primer hospital de cuidados para enfermos mentales fue el Maristán de Granada en la época nazarí, así como en Valencia el hospital creado por el Padre Jofré, precursor de las actuaciones llevadas a cabo en Granada por San Juan de Díos. (Kaplan, Freedman, Sadock, 1980).



En España consideramos precursor de la Enfermería a San Juan de Dios, según Ventosa Esquinaldo (1998) lo hizo “recordando y obligando a los poderosos a reconocer como sagrado el derecho a la salud, debido como justicia a cualquier hombre, pobre o rico”. En concreto, denunció en varias ocasiones el mal funcionamiento del Hospital Real, alegando que no se cumplían las constituciones dadas por los Reyes Católicos, hasta el punto de lograr que Felipe IV promulgue otras (Sánchez Bravo, 2012). En una ciudad como Granada, en la que había más de diez hospitales y diversas casas de acogida, pensó en construir un hospital diferente, contaba con la financiación de los bienhechores y limosnas, además siempre buscaba trabajadores y profesionales, personas de las que poder fiarse, que estuvieran remuneradas aunque para ello tuviera que empeñarse (Ventosa Esquinaldo, 2012).

Otro hito en el desarrollo profesional de la enfermería fue la fundación por San Vicente de Paul y Luisa de Marillac en el siglo XVII de las Hijas de la Caridad, con la finalidad de cuidar a los pobres y a los enfermos, estableciéndose en España en el XVIII. Entienden que su primera obligación es el cuidado de los enfermos, por lo que dan mucha importancia a la formación teórica y práctica en todo lo relacionado con esta actividad, de tal manera que si en 1915 se aprueban programas de formación para la carrera de enfermeras, en 1916 en la facultad de medicina hay constancia de la presencia de hermanas de la caridad en las primeras promociones, y en 1917 sale la primera edición de un manual de la carrera de enfermeras, que se ajusta al programa oficial de dichos estudios, para el uso de las Hijas de la Caridad (Pinar García, 1996).

Pero la profesionalización de la Enfermería vino de manos de Florence Nightingale de nacionalidad Británica, considerada madre de la Enfermería, contribuyó a la organización de la sanidad de su país, especialmente a partir de la guerra de Crimea 1853-1856. Para ella el principal deber de la enfermera es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar. Fundó la primera escuela civil, expandiéndose posteriormente por todo el mundo una red de escuelas que utilizaban su sistema de docencia. Entre sus escritos figura un juramento que lleva su nombre y que pensamos es una síntesis del juramento hipocrático, muy bien aplicado a la práctica de la enfermería. Después de ella y en la primera mitad del siglo XX surgieron las que se han dado en llamar teóricas de la Enfermería (Virginia Henderson, Dorotea Orem, Hildegarde Peplau, Martha Roges, Callista Roy), en la actualidad sus modelos de enfermería son estudiados en las Escuelas y han sido implantados como método de trabajo en los Hospitales de nuestro país (Urien Blázquez, 20011).



Es interesante saber que a finales del S.XIX y como consecuencia de la aparición en Europa del movimiento reivindicativo de la mujer y de la constitución en Londres del Consejo Internacional de la Mujer, surge a finales de 1899 el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), cuya finalidad era regular la enseñanza de la Enfermería y de la Ética profesional en todo el mundo. En la actualidad agrupa a más de 130 asociaciones nacionales de Enfermería, no más de una por país, por parte de España participa el Consejo Nacional de Enfermería.

Desde principios del siglo XX ha existido en España gran variedad en las forma de llamar a las personas que practican el cuidado (Enfermeras, Ministrantes, Practicantes, Matronas/ Parteras), dando lugar a diversas regulaciones de los estudios y de la profesión, todos esos estudios estaban vinculados a las facultades de medicina y el trabajo de estos profesionales era muy dependiente del trabajo del médico. (Martínez Martín y Chamorro Rebollo, 2011). La normativa más significativa que ha ido regulando la profesión de Enfermería queda reflejada en el **Cuadro 2**.

En la actualidad la enseñanza de Enfermería, como todas las Carreras Universitarias en nuestro país, está regulada por el R.D.1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias y por la Resolución 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación; en definitiva regulan los estudios de Grado en Enfermería.

Las Especialidades surgieron ya en los estudios de ATS (1953) que preparaban para ejercer la profesión en diferentes áreas de trabajo. Los estudios de matrona también quedaron englobados en una especialidad y posteriormente se reguló como tal fisioterapia y podología, especialidades que después se han convertido en carrera independiente.



Cuadro 2. Normativa más significativa que ha regulado las distintas figuras que han precedido a los estudios de Enfermería final del S. XIX y S. XX

Real Orden de 29 de junio de 1846, por las que se dictan disposiciones relativas al reglamento para ejercer de la cirugía menor o ministrante.

Real Decreto de 26 de abril de 1901, modificando la enseñanza de los cursos de Practicante en el sentido de ampliar la prescripciones del Real Decreto de 1988, a fin de obtener de estos estudios los resultados beneficiosos y positivos de la práctica.

Real Orden de 21 de mayo de 1915, aprobando el programa de conocimientos que son necesarios para habilitar de enfermeras a las que soliciten, pertenecientes o no a comunidades religiosas.

Real Orden de 28 de diciembre de 1929, por la que se establece la colegiación obligatoria a la clase de practicantes y se aprueba para el régimen de los Colegios los Estatutos que se insertan.

Orden de 21 de mayo de 1941, sobre condiciones y estudios necesarios para la obtención del título de Enfermera.

Orden del Ministerio de Educación Nacional del 21 de mayo de 1941, sobre competencia profesional de las enfermeras y ámbito en el que pueden desarrollar su función.

Decreto de 27 de junio de 1952, mediante el que se refunden los planes de estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas y por el que se crea la Comisión Central vinculación, dirección y función de las Escuelas y estudios de Enfermería.

Decreto de 4 de diciembre de 1953, sobre la unificación de los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas, regulando los estudios los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) y creando además, las especialidades de Enfermería y la creación de la Comisión Central.

Decreto de 26 de julio de 1957, por el que se establece la especialidad de fisioterapia.

Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería.

Orden de 31 de octubre de 1977, por la que se dictan directrices para la elaboración de planes de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Cuadro elaborado según datos de Martínez Martín y Chamorro Rebollo 2011



En 1848 se regula por primera vez en España las profesiones sanitarias que engloban medicina, farmacia y veterinaria, después se promulgaron diferentes normas que trataron de legalizar todas las profesiones que se dedicaban al arte de curar, sin llegar a regular las nuevas que van surgiendo y que tienen una íntima conexión entre sí, llenándose ese vacío legal con la ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. Posteriormente y como consecuencia de esta ley, el RD 450/2005 regula las Especialidades de Enfermería, teniendo en cuenta la recomendaciones de la Unión Europea.

El propio Consejo General de Enfermería 2012, a la hora de hablar de la creación de esta institución se refiere a un documento que el Rey Alfonso XIII envía a la Asamblea de Practicantes de España, con motivo de su Jura y Proclamación, aunque a partir de ahí, y dada la variedad de denominaciones por las que ha pasado la profesión, han sido varias las agrupaciones por las que se han unido los profesionales, hasta que con el Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio, se unifican y regulan mediante unos Estatutos Generales, las tres secciones existentes enfermeros, practicantes y matronas.

No fue hasta que por el RD. 1231/2001, de 8 noviembre, se Aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de La Actividad Profesional de Enfermería. Esto supuso todo un logro, ya que después de treinta y seis años en que los estudios de ATS se integraran en la Universidad pasando a ser Diplomados en Enfermería, se regulan los principios básicos del ejercicio profesional. Según la fuente citada anteriormente del Consejo General de Enfermería, *“En la actualidad, las funciones de ordenación, representación y defensa de la profesión de los Colegios Profesionales tienen una doble naturaleza:*

1.- Funciones públicas: establecimiento y regulación del orden profesional, deontología, funciones disciplinarias y representación en el ámbito administrativo, principalmente.

2.- Funciones privadas: dotación de servicios de diversa naturaleza, formativa, póliza de Responsabilidad Civil, asesoría jurídica, servicios informáticos, convenio con entidades aseguradoras y financieras, entre otras muchas”.



Dentro del ámbito profesional y deontológico, la Organización Colegial de Enfermería en 1989 publicó El Código Deontológico de la Enfermería Española, basado, según dice González Jurado en su introducción, “en una ética inspirada en el bienestar de las personas, para las que actuamos profesionalmente”. Hasta entonces la guía Deontológica había sido el Código elaborado por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1953, el cual se ha revisado y actualizado en varias ocasiones, la última en 2006 a cuya observancia se adhiere también la Organización Colegial de Enfermería Española por formar parte de la organización Internacional, este Código en su preámbulo dice *“Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal”*, y dice también que *“la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética”* y estos elementos son la enfermera y las personas a las que practica los cuidados, la enfermera y su responsabilidad en la práctica clínica, la enfermera y su profesión en relación al desempeño de sus competencias procurando estar al día en su formación, la enfermera y sus relaciones con los compañeros de trabajo. Estos códigos no hacen referencia expresa a la doctrina hipocrática, aunque algunos de sus preceptos nos la pueden recordar, no en vano hemos trabajado durante tanto tiempo en colaboración, a veces dependiente, con el médico teniendo el único fin de la salud y cuidado del paciente además, al ser internacionales son más amplios, por lo que creemos necesaria una actualización del Código Deontológico de Enfermería a nivel nacional.

II.2.4. NORMAS DEONTOLÓGICAS

Son muchas las normas deontológicas que se han promulgado desde la antigüedad y no queremos hacer una relación exhaustiva, sólo diremos que en el capítulo citado anteriormente de Castellano Arroyo (1998), señala “un periodo histórico en el que incluye el Código de Hammurabi (s.XVIII AC), el Juramento Hipocrático (s. IV y V AC), Código de Asaph, médico hebreo del siglo VI y en el siglo XII la oración de Maimónedes, médico judío cordobés. Un periodo moderno que comienza con el Código de Thomas de Percival publicado en el siglo XIX”, continúa la relación con diecinueve Declaraciones más, muchas de ellas han sido fruto de la Asociación Médica Mundial (AMM). Gisbert Calabuig et al (2004), cita veinticuatro Declaraciones, entre ellas la *Declaración de Oviedo, de 4 de abril de 1997, del Consejo de Europa, para la*



protección de los Derechos Humanos y la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. UNESCO (París), 29ª. Conferencia General del 11 de Noviembre de 1997. Estos autores también resaltan que los Códigos nacionales de ética de la mayor parte de los estados modernos, toman como referente a organismos como la Organización médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los estados de la Unión Europea a la Comisión Permanente de Médicos de la misma.

En este apartado no vamos a hablar de las normas Deontológicas surgidas en nuestro país porque lo hemos hecho al hablar de la evolución de las profesiones Médica y de Enfermería.

II.3. INTRODUCCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.

II.3.1. PRINCIPIOS DE BIOÉTICA.

En el siglo pasado a la luz de los descubrimientos y avances científicos que han dado al hombre poder sobre el propio hombre, de manera que este puede modificar las estructuras de la persona, considerada hasta el momento intocable. La ética tradicional, al parecer, no puede solucionar este problema y surge una nueva disciplina, la Bioética que es definida por la Enciclopedia of Bioethics, como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los principios morales” (Associació Catalana D'Estudis Bioètics, 2012). Esta ciencia para afrontar los problemas éticos que surgen, formula unos principios básicos que hacen operativas las bases antropológicas de la bioética.

Los principios aceptados universalmente son los de Beauchamps y Childress (2002) que son los siguientes:

Principio de beneficencia. Por el que la sociedad y el personal sanitario se comprometen a hacer el bien, ese compromiso no sólo es un deber sino que es un derecho, valorando las circunstancias científicas y personales. La puesta en práctica de este principio es siempre personal y se ejecuta ante una persona concreta y unas circunstancias concretas “ponerme en lugar del paciente y tratarlo como me gustaría que me trataran a mí si me encontrara en esa situación. Esta reflexión produce siempre una respuesta, sin embargo, esta quedará limitada por la aplicación, en el proceso de reflexión bioética del siguiente principio.



Principio de Autonomía. Este principio asiste al paciente, cuando de forma consciente y libre decide lo que considera más favorable para sí mismo. Debe ser una decisión deliberada y requiere de unos requisitos de comprensión y libertad, y por parte de quienes ofrecen el cuidado, de la suficiente información para poder elegir. La autonomía será mayor en función del grado de información que el paciente posea, a mayor información habrá mayor posibilidad de deliberación y elección y como consecuencia mayor autonomía, para que el paciente pueda ejercer su derecho a tomar decisiones libres. La información la proporciona el profesional que presta el cuidado. En el proceso asistencial suele ser el médico el que está implicado en la información de forma continuada.

Principio de no Maledicencia. Dice que nunca debemos hacer el mal a otro, aunque este nos lo autorice o incluso lo solicite. Decreta el respeto a la vida, la salud, la integridad física y la evolución natural de las personas incluso en los casos en que estas den permiso para hacer lo contrario. Es un principio absoluto porque la no-maledicencia sólo depende del que ejecuta la acción y supone el reconocimiento de la libertad de conciencia del médico o del enfermero. El criterio para determinar el calificativo de malo, en este caso debe ser el de justicia, esta obliga a actuar con equidad, tratando a todas las personas igual, buscando que todas se beneficien, especialmente los más desfavorecidos (Gracia, 1990).

Principio de Justicia. Por el que todos los hombres tenemos igual dignidad y merecemos igual consideración y respeto. Va contra la discriminación de la dignidad humana por cualquier circunstancia (económica, social de salud, de raza, sexo, edad.etc). Se refiere a la colectividad y exige la distribución equitativa de unos recursos insuficientes. En nuestro país donde la sanidad es gratuita y la necesidad de recursos humanos y tecnológicos la encarecen sobremanera, corresponde al Principio de Justicia el valorar adecuadamente las necesidades y los recursos disponibles.

La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana; actualmente algunos autores han tratado de equilibrar en el análisis bioético los principios de autonomía con los de justicia y beneficencia, privilegiando de modo unilateral la autonomía del paciente. Se trata ahora de buscar una “beneficencia no paternalista” que dé lugar a un sistema de salud más humanizado y una medicina que no esté a la defensiva antes los derechos cada vez más conocidos y exigentes de los pacientes (León Correa, 2007).



II.3.2. DERECHOS DE LOS PACIENTES.

Al comenzar a hablar de los derechos de los pacientes no queremos hacerlo de forma reduccionista del juego derechos/deberes del paciente, sino más bien englobarlos en el marco de los derechos y deberes de la personalidad en el ámbito de la existencia humana (Osuna Carrillo de Albornoz y Luna Maldonado, 2004). En el siglo XVIII y motivado por los cambios de mentalidad en lo relativo a la concepción de la persona, se fue tomando conciencia de la dignidad humana, iniciándose un recorrido largo y costoso. Fueron necesarias dos guerras mundiales para que la ONU hiciera la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la segunda mitad del siglo XX ha tenido el máximo desarrollo de los derechos incluido el derecho a la salud.

A partir de estos, se produce el “descubrimiento” e incorporación de otros derechos humanos, en general, de contenidos, cada vez menos fundamentales o nucleares, no haciéndose esperar aquellos que afectaban a las personas enfermas, de manera particular.

Fue en California en 1957 cuando en el caso Salgo se utilizó, por primera vez, el término “consentimiento informado”, como expresión del derecho más importante de los pacientes, insistiendo la sentencia en la necesidad de información previa y completa a la obtención del consentimiento.

Así, en 1970 en EEUU la National Welfare Rights enunció un primer código de derechos de los pacientes con 26 peticiones que se discutieron, apareciendo ya el concepto de paciente como consumidor de servicios sanitarios.

El Consejo de Europa, en 1976 en un documento de la Comisión de Salud y Asuntos Sociales proponía a los estados miembros trabajar para establecer criterios sobre las nuevas situaciones asistenciales (la introducción de la nueva tecnología y las situaciones de prolongación de la vida, atención a moribundos, etc., etc.). Y los derechos de los pacientes.

Las primeras normas que en España regularon la necesidad de consentimiento fueron la Ley de Trasplantes de órganos, promulgada en 1979, en el caso de donante vivo, y tras la Ley 15/1986, General de Sanidad, la Ley sobre Técnicas de reproducción asistida (35/88), la Ley 42/88 sobre Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos, o la Ley 25/90 que también regula los Ensayos clínicos, indicándose en ellas la necesidad de consentimiento libre, consciente, expreso y por escrito.



La Ley 15/1986 General de Sanidad en su artículo 10, contemplaba, por primera vez, una relación de los derechos de los pacientes, en los que incluía varios aspectos relacionados con la asistencia y diversas obligaciones que el médico debía cumplir respecto a ella.

Aunque era una redacción escueta e incompleta, ya reconocía el derecho del paciente a ser informado y la necesidad de dar el consentimiento a la actuación médica, con algunas excepciones, comprensibles y justificadas.

De las diferentes normativas en favor de los derechos a la promoción de la salud, la de mayor importancia al ser el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo ratifican, el Convenio de Oviedo, su valor radica en establecer un marco común para dichos países para proteger la dignidad humana al aplicar la tecnología sanitaria y trata de reconocer los derechos de los enfermos, en concreto el derecho a la información, el derecho a la intimidad, la información relativa a la salud de las personas y el consentimiento informado (García Ortega et al, 2004). González Hernández (2009) desglosa los países que firmaron y ratificaron el convenio, trece, por lo que han consentido en obligarse al Tratado. Los que sólo lo firmaron pero no lo ratificaron, ocho, eso significa que no realizarán actos que sean contrarios al objetivo y fin del tratado, fueron seis los que ni firmaron ni ratificaron el Tratado, lo que no quiere decir que no tengan regulados estos derechos, de hecho para comparar la legislación de los países de la UE respecto a los derechos de los pacientes en relación al derecho a la intimidad, información y consentimiento, ha utilizado 163 normativas.

España promulgó el Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (1999), entrando en vigor en enero del 2000.

En España, el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 reconoce *el Derecho a la prevención de la salud* y que *compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.* A partir de aquí la Salud Pública se convierte en el objetivo primordial de los poderes administrativos el hacer efectivo el derecho de todos a la protección de la salud, cambiando la concepción anterior de prestaciones sanitarias privadas o de beneficencia. Esto hace que se introduzca otro actor en la atención, el Sistema



Sanitario, que puede llegar a despersonalizar las relaciones sanitarias, esto no sucederá si el personal que trabaja en esas instituciones cuida su relación con el paciente a nivel humano y profesional, resultándole de este modo más fácil cumplirlas a nivel jurídico con la institución y el propio paciente o usuario (García Blázquez y Castillo Calvín, 2011).

La normativa respecto a la información/consentimiento se inicia en España, como dijimos anteriormente, con la ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, para el donante vivo. Posteriormente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), cuyo objeto es *regular todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud*. Se fija básicamente en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde el punto de vista de la organización, y pretende humanizar los servicios sanitarios. Mantiene el máximo respeto a la dignidad y a la libertad de la persona, y dice que el sistema sanitario debe respetar la intimidad del paciente o usuario, garantizando la confidencialidad de la información.

En el artículo 9 habla de que *los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus derechos y deberes* respecto a esto ya en 1984 el INSALUD pone en marcha, en dos fases: octubre y diciembre, un plan de humanización de los hospitales, como consecuencia este Organismo publicó en prensa la Carta de Derechos y Deberes del paciente (1984).

El artículo 10, habla de los derechos del paciente y usuarios respecto de las administraciones públicas. El apartado primero se refiere *al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical*. En este punto se fundamentan todos los apartados de este artículo y, posteriormente desarrollará la ley 41/2002. Por último, el artículo 61 habla de integrar la información de cada paciente en una historia única al menos, dentro de cada institución asistencial, debiendo *estar a disposición de los enfermos y de los facultativos implicados en el diagnóstico y el tratamiento, así como a efectos de una inspección médica y con fines científicos*, garantizando siempre el derecho a la intimidad del paciente y la obligación de secreto por parte de las personas que tienen acceso a dicha documentación, no menciona que deba estar a disposición judicial.



Desde entonces, en los años 90, a nivel estatal y en algunas comunidades autónomas se elaboraron proyectos de ley o decretos sobre el contenido del artículo 10 de la LGS. En el País Vasco el Decreto 272/1986 de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los Centros hospitalarios y dos años más tarde el Decreto 45/1998 de 17 de marzo, sobre el mismo tema; Siguiendo en el País Vasco en 1989 se promulga el Decreto 175/1989 de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios; La Comunidad valenciana proclama el Decreto 56/1988 de 25 de abril, sobre la historia clínica.

A nivel nacional se publica la ley 5/1992, de regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de carácter personal (LORTAD) del 29 de octubre de 1992, normaliza la confidencialidad que deben guardar las instituciones en el manejo de datos personales, quedando incluidos los datos relacionados con la salud, esta norma queda derogada por la promulgación de la ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal (LOPD).

Con anterioridad a algunas de estas normas y en las que claramente influyó, el ya citado Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, en sus artículos 5 al 9 habla del consentimiento, tema íntimamente relacionado con la autonomía personal.

A la luz de este Convenio se promulgan otras normas autonómicas, en Cataluña la ley 21/2000 de 29 de diciembre sobre los derechos de los pacientes y las voluntades anticipadas, en Galicia la ley 3/2001 de 28 de mayo reguló el consentimiento informado, la historia clínica, y las voluntades anticipadas, la ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura reguló el consentimiento, la H.C y la expresión anticipada de voluntades y Madrid con la ley 12/2001 de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria se la Comunidad de Madrid normaliza todos los derechos de los pacientes.

Tuvieron que pasar más de diez años para que el Ministerio de Sanidad y Consumo, creara un grupo de trabajo y le encarga el estudio de los avances producidos en lo expresado en la Ley General de Sanidad, sobre todo en lo que se refiere a los derechos de los ciudadanos en materia de información y documentación clínica. El objetivo de este grupo era fijar criterios con un adecuado rango normativo que permitiera clarificar la situación jurídica, de los derechos y obligaciones de los médicos, pacientes y las propias instituciones sanitarias integradas en el Sistema Nacional de Salud.



II.4. LA LEY DE AUTONOMÍA DEL PACIENTE, DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

El resultado de los trabajos citados anteriormente fue la Ley 41/2002, de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica entrando en vigor en mayo de 2003. Es una ley de gran trascendencia, al ser la primera Ley importante que afronta las cuestiones básicas relativas a la relación clínico-asistencial.

Esta ley consta de 23 artículos, estructurados en seis capítulos. El capítulo I recoge los principios generales a los que dedica tres artículos. El primero de ellos trata del ámbito de aplicación: que son los derechos y deberes *en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica*, de las figuras que intervienen en el acto asistencial o de salud, que son por un lado las personas: los pacientes, usuarios y profesionales sanitarios y por otro las instituciones: los centros públicos y privados. Esto nos debe llevar a poner el acento, no en los “derechos”, sino en “los derechos y deberes de los pacientes/ usuarios”, sin olvidarnos de los “derechos y deberes de los profesionales, junto a los derechos y deberes de los centros públicos y privados.

El artículo dos habla de los principios básicos como la dignidad de la persona, la autonomía de la voluntad, el consentimiento previo a toda actuación sanitaria el derecho que tiene el paciente a decidir entre las opciones clínicas de las que se informe al paciente, el derecho a negarse a un tratamiento, obligación de aportar datos sobre la salud de forma leal, las obligaciones del profesional de cumplir con deberes de información, documentación clínica y respeto a las decisiones adoptadas libremente por el paciente (Oleaga Orue-Rementería, 2006). Estos principios una vez enumerados los va a desarrollar a lo largo del texto.

Nos resulta aclaratorio el artículo dedicado a las definiciones legales, ya que eran muy variados, utilizándolos a menudo con significados contradictorios, los términos que se empleaban en el ámbito sanitario, variedad debida, sin duda, a la diversidad de normativa autonómica, pero también a los americanismos introducidos *como consecuencia de la traducción de textos* y a los cambios en las relaciones médico-pacientes, basadas más en el respeto a la autonomía de éste, que en la autoridad y beneficencia de aquel. De entre todas las definiciones queremos destacar la de



paciente, en la cual no se menciona la enfermedad sino que es la persona *que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud*. La ley escoge, para definir y después utilizar, la palabra usuario, deja a un lado el término cliente, definiéndola como *la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria*, por lo que se deduce que los usuarios no tienen porqué tener alterada la salud ni estar enfermos. La definición de *Servicio sanitario como la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias*, nos resuelve las ambigüedades con las que en ocasiones utilizamos el término.

Después de definir al *Médico responsable*, el texto alude a sus funciones cinco veces, sin embargo, aunque especifica que *sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales*, puede extrañar que no se defina al enfermero responsable, cosa que habían hecho con anterioridad algunas leyes autonómicas. Domínguez Luelmo (2007), valora la importancia de los profesionales de la enfermería y añade que “en la práctica deberían quedar perfectamente delimitados los campos del profesional sanitario pues, en el fondo la figura principal es la del médico responsable, incluso a los efectos de la responsabilidad civil por no haber informado adecuadamente al paciente”.

II.4.1.DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

El capítulo segundo lo dedica al derecho a la información sanitaria, regulando en tres artículos el derecho a la información asistencial, el titular del derecho a esa información y el derecho a la información epidemiológica. Por otro lado nos resulta evidente que la información es *conditio sine qua non* para el ejercicio de la autonomía personal, porque los derechos de los enfermos son los mismos derechos fundamentales de la vida humana, un paciente informado es un colaborador activo en su proceso de recuperación, es más responsable con su enfermedad y tratamiento, lo que permite reducir los costes sanitarios de la administración y de las compañías aseguradoras (Vall Casas y Rodríguez Parada, 2011). Por su parte los profesionales sanitarios tienen el deber de informar al paciente de las pruebas diagnósticas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y alternativas.



La ley establece que los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible sobre cualquier actuación en el ámbito de su salud, debe ser *verbal dejando constancia por escrito en la historia clínica*. ¿Qué hay que transmitirle al paciente?, *La finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias*. La información debe ser *verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible a sus necesidades*. Estos preceptos legales, son normas éticas incluidas dentro del profesionalismo médico (Rivero Serrano y Durante Montiel, 2010) y de la responsabilidad en el actuar del profesional de enfermería, de las que el legislador debe asegurar su cumplimiento; pero este no puede abordar aspectos como es la empatía con el paciente, el saber escuchar y preguntar, comprender, dar malas noticias etc. Todo esto entra dentro del campo de la profesionalidad y de la ética del personal sanitario que le llevará a formarse en este campo y en el que las facultades, sociedades y colegios profesionales deben asumir la responsabilidad de impulsar esta iniciativa de formación (Delgado Marroquín et al, 2003), también Rogg (2009), concluye que muchos médicos muestran actitudes que podrían ocultar la información sobre el verdadero pronóstico de los pacientes, habitualmente relacionada con la falta de formación sobre como informar ante diagnósticos y pronósticos fatales o poco favorables, lo que obliga a actuar de manera individualizada y acorde con las circunstancias y las necesidades del paciente.

Como dijo Máximo González, Presidente del Consejo de Enfermería en el acto inaugural del XIX Congreso de Derecho Sanitario, (Madrid, octubre de 2012), citando a Pedrol Rius: el denominado actualmente “profesionalismo” como objetivo de excelencia profesional se define por las tres “C”: C de conocimientos, adecuados y actualizados; C de conciencia, conciencia moral que oriente nuestra conducta hacia lo mejor para el paciente; y la C de compromiso, con el paciente, con los propios compañeros para el adecuado y respetuoso trabajo en equipo, y con la sociedad.

En el artículo 4.1 referido a la información, dice *que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica*, de esta manera el paciente puede defenderse en caso de un procedimiento legal y el médico tiene la posibilidad de probar que ha informado al paciente pero, antes que para esto y a la vez, esta disposición facilita el conocimiento por parte del paciente de su estado de salud, su evolución y la toma de decisiones en las diferentes pruebas diagnósticas y en el tratamiento. Por su parte el profesional sanitario no debe limitarse sólo a informar, sino



que debe hacerlo de manera que estimule al paciente a preguntar, impulsando y facilitando en este la toma de decisiones (Jovell-Fernández y Navarro-Rubio, 2006; Tardáguila Lobato et al, 2008). También en las Hojas de Enfermería se dejan escritas las incidencias sobre preguntas del paciente a la enfermera, las respuestas, etc., etc.

La ley dice que el titular del derecho a la información es *el paciente*, incluyendo también a las personas vinculadas a él en la manera que *el paciente lo permita* expresa o tácitamente, reforzando de esta forma la capacidad de decidir del paciente; esta se verá limitada en favor de terceras personas cuando el paciente está incapacitado, debiendo ser informado, como dice el artículo 5.2, *de acuerdo a sus posibilidades de comprensión*, informando también a su representante legal (Aceña B, 2004). En caso de que el médico piense que existe una *necesidad terapéutica*, por la que el paciente no deba ser informado, la norma en su artículo 5.4 le capacita para actuar, dejando constancia y explicando los motivos en la historia clínica e informando a los familiares. Una vez pasadas esas circunstancias no hay inconveniente en informar del tratamiento que se aplicó.

Más adelante, en el capítulo VI, art.23, la ley establece que los profesionales sanitarios además de la información clínica tienen el deber de cumplimentar todos los protocolos, registros, informes, estadísticas y otra documentación asistencial o administrativa que guarde relación con los procesos en que intervienen y los que requieran los servicios o autoridades competentes y los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

II.4.2. DERECHO A LA INTIMIDAD

El Capítulo III de la ley que comentamos, está dedicado al derecho a la intimidad y lo desarrolla en el artículo 7, posteriormente le dedicará un extenso capítulo a la historia clínica, documento este muy vinculado a la intimidad del paciente, aún así el citado artículo, se limita, de manera implícita a este documento al decir que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de sus datos de salud y *a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley* y responsabiliza a los centros de que tomen las medidas oportunas para garantizar esto.



Hasta el reconocimiento y desarrollo de los derechos de los pacientes, el ahora admitido derecho a la intimidad, ha sido salvaguardado por el deber del médico a guardar secreto, recogido ya por Hipócrates 500 AC. “Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable”, formando parte esta obligación de la profesionalidad del médico. Para poder tratar al enfermo es necesario conocer los síntomas y los diferentes factores que pueden contribuir al progreso de la enfermedad, lo que conlleva el descubrimiento de su intimidad, el paciente descubre ante las personas que lo cuidan y atienden su cuerpo y su alma. La intimidad es el ámbito más profundo de la persona, está formada por los distintos sucesos que le han ocurrido y por su forma de afrontarlos, en esto tienen mucho que ver los valores y creencias que sustentan al individuo. A esa intimidad sólo se accede cuando la persona lo comunica libremente (Iraburu, 2006).

La intimidad, por tanto, es el fundamento moral del secreto que, a su vez sostiene la confianza del paciente en el médico para que este pueda ayudarle. Lo comunicado por el paciente sólo puede revelarse cuando es necesario proteger la salud del individuo y el bienestar del individuo o la sociedad. El fundamento legal del secreto médico se encuentra en el contrato que soporta y apoya la relación médico-paciente, con independencia de las características del mismo. Se trata de un hecho lícito y voluntario del que resultan obligados el médico y el enfermo, dando lugar a un compromiso recíproco entre los interesados; de una parte la obligación del médico de guardar secreto se refuerza al aceptar la asistencia de un paciente concreto y de otra, el enfermo por el hecho de acudir al médico y someterse a su tratamiento (Gisbert Calabuig, 1994). En España, los códigos penales de 1822 y 1848 tipificaban la revelación del secreto por parte del médico como delito, lo que fue derogado por el código de 1870, desde entonces hubo un vacío legal hasta la constitución de 1978 que en sus artículo 18 protege el derecho al honor, la intimidad personal, la familia y la propia imagen, diciendo que la ley limitará el uso de la informática para proteger estos derechos de los ciudadanos; en el art 21 resalta que la ley regulará el derecho a la clausula de conciencia y al secreto profesional y en el 24 también se dice que la ley regulará los casos en que, por razones de parentesco o secreto profesional no se está obligado a declarar sobre presuntos delitos. A partir de aquí han surgido las diferentes normas que al regular los derechos de los pacientes, han incidido en la intimidad del paciente y su protección; la más decisiva la ley General de Sanidad que en el artículo



10.3 recoge el derecho : *A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público*; artículo que no ha sido derogado por la LAP y que extiende el deber de confidencialidad, no sólo al personal médico y de enfermería, si no a todo el personal que atiende al paciente y como último responsable a la institución sanitaria en que se le prestan cuidados y servicios.

La revolución informática de los últimos años dio lugar a la ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, que recoge las medidas de rigurosa confidencialidad en la recogida y tratamiento de los datos y, consecutivamente en la custodia de todos los datos de carácter personal, y cómo no, y de forma especial los relativos a la salud, como datos especialmente sensibles, (Castellano Arroyo y Gisbert Calabuig, 2004). Los documentos que recogen todos estos datos constituyen la documentación clínica y de forma particular, historia clínica.

II.4.2.1. LA HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica surgió como un documento fundamental en el que el médico escribía todos los datos procedentes de la anamnesis o entrevista y exploración del paciente, para dejar constancia de los hallazgos clínicos y asegurar un seguimiento evolutivo, adecuado a las exigencias deontológicas de calidad en la relación médico-paciente.

El modo de realizar la historia clínica era enseñado, antes que las distintas patologías, en las aulas y recogido en los manuales de patología médica o medicina interna, en donde se decía que para hacer un buen diagnóstico es necesario recoger cuidadosamente la anamnesis o historia clínica del paciente (utilizan como sinónimo la palabra anamnesis e historia clínica y citaban las virtudes que el médico debía ejercitar a la hora de realizar esta parte de su tarea, entre ellas la paciencia y la confianza (Farreras Valentí ,1962). En la actualidad se desvincula la historia clínica de lo que son las habilidades clínicas: anamnesis, exploración física y estudios diagnósticos, centrándose más en lo que el médico debe buscar y observar que en las virtudes que debe ejercer; es en una fase posterior, cuando se propone a los profesionales sanitarios la forma más eficaz y provechosa de registro de datos clínicos (Harrison, 2009).



En los manuales de Enfermería médico quirúrgica, editados a partir de la entrada en vigor de los estudios de Diplomado en Enfermería, en 1977, la entrevista clínica se enmarcaba dentro del estudio del enfermo, como el aspecto de mayor importancia en la relación enfermera-paciente y con las mismas características de la historia médica (Brunner-Suddarth, 1978). Eran los primeros intentos de separar competencias de enfermería de competencias médicas, aunque se seguían modelos integrados y de cierta subordinación. En la actualidad, la forma en que debe proceder el personal de enfermería ante el paciente, denominado proceso enfermero, es objeto de una materia troncal impartida en el primer curso del grado, en donde se aprenden los diagnósticos de enfermería con sus correspondientes intervenciones (Heather Herdman, 2010; Bulechek et al. 2010). Estos conocimientos sirven de base y se aplican en las diferentes materias de Enfermería que se estudian en el grado, sin necesidad de tenerlos que repetir en cada una de ellas.

El desarrollo de la asistencia sanitaria, hospitalaria y de atención primaria, ha llevado a un cambio importante de la historia clínica, motivado por el aumento de los contenidos, debido al crecimiento exponencial experimentado por la solicitud de asistencia y, por tanto del número de consultas y al aumento de las pruebas complementarias que se realizan. Esto se acompaña del aumento de los documentos generados por los distintos médicos y personal que intervienen, incluyendo las interconsultas a especialidades de otros servicios a los que se les pide colaboración. El resultado, en el medio hospitalario, es una historia clínica extensa, diversa y compleja en cuanto a la elaboración, y de difícil conservación y acceso haciéndose necesaria una regulación por parte de la autoridad competente, para garantizar la conservación y custodia de la historia clínica y, al mismo tiempo la accesibilidad a la misma que la ley prevé.

La primera norma, sobre historia clínica, a nivel nacional fue la ley General de Sanidad que, en su artículo 61 determina que en cada área de Salud debe procurarse *la máxima integración de de la información del paciente, al menos en los límites de la propia institución, poniéndolos a disposición de los enfermos y facultativos implicados en el proceso, de la inspección médica o para fines científicos, garantizando el derecho a la intimidad personal y familiar del paciente;* durante unos quince años, no se desarrollaron disposiciones sobre como llevar a la práctica estos deberes y derechos respecto a la historia clínica. Las Comunidades Autónomas con transferencias en materia sanitaria fueron legislando al respecto. Esta normativa que ha sido exhaustivamente estudiada y recogida por Samprón López (2002).



La LAP, al redactarse y entrar en vigor con posterioridad a diversas normas autonómicas, procuró, como se expone en su preámbulo y en la exposición de motivos lo siguiente: *Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.*

Así, en el artículo tercero distingue entre Documentación Clínica (concepto que aparece 21 veces en el texto) definida como: *el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial;* e Historia Clínica (aparece referida 20 veces más una en que la llama historial clínico) *el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.* La historia se hace cuando el paciente o usuario requiera y solicite una intervención con fines diagnósticos, terapéuticos, preventivos o de investigación.

Con la historia clínica y mediante la coordinación de todos los profesionales que atienden al paciente, se consigue una asistencia sanitaria de calidad, y así lo especifica el artículo 14.1 a la definición inicial le añade que está integrada por el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente y en los que han debido identificarse los médicos y demás profesionales que los han realizado, *con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.*

Es también el centro el encargado de archivar las historias clínicas, dando igual formato y garantizando su seguridad, la perfecta conservación y la recuperación de la información (14.2). Son las administraciones sanitarias las encargadas de establecer los mecanismos para garantizar todo esto (14.3) y a las Comunidades Autónomas (14.4) les corresponde aprobar las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para lo dicho en el punto primero.

A este respecto la Junta de Andalucía reguló, mediante la resolución 184/2003, de 3 de marzo el procedimiento de ordenación y gestión de la documentación clínica en centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. En la primera resolución, segundo apartado, habla de la historia clínica única por paciente; más adelante incorpora el soporte técnico para el registro de la actividad asistencial y su posterior incorporación a la historia clínica la cual debe tener un soporte documental fácil de informatizar, si no lo está aún. Esta norma autonómica contempla la progresiva



informatización de los datos del paciente, pues las ventajas que las técnicas informáticas aportan son muchas, entre ellas la de implantar una historia única para el paciente, de manera que identificara al paciente dentro de la estructura organizativa de la sanidad a nivel nacional. Esta historia clínica única, informatizada eliminaría la pluralidad y variedad de documentos dependiendo del lugar donde el enfermo hubiera sido atendido y facilitaría al paciente el disponer de su documentación en caso de una segunda opción diagnóstica. Su uso también será útil en el campo de la docencia, investigación y gestión sanitaria (Criado del Río, Seoane Prado. 1999). En marzo de 2008 el diario el Mundo publicaba la siguiente noticia “En 2009 echará a rodar la historia clínica electrónica (HCDSNS) del sistema Nacional de Salud, en 10 comunidades autónomas: Andalucía, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Valencia, Extremadura, La Rioja y Murcia. Los usuarios podrán acceder a ella mediante una clave, a través de Internet, pudiendo transferir los datos a dispositivos de almacenamiento o imprimirlos, noticia basada en el proyecto de la historia digital editada por el Instituto de Información Sanitaria 2009, del Sistema Nacional de Salud (SNS) y que forma parte del conjunto de proyectos denominado Sanidad en Línea, enunciada en el Plan de Calidad para el SNS dentro de la estrategia 11, orientada a contribuir a la generalización del uso de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario para mejorar la atención a pacientes y ciudadanos. El proyecto fue definido por primera vez en 2006, de esta manera el ministerio de Sanidad y Consumo (MSC), hoy Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, llevaba a la práctica lo establecido en la disposición adicional segunda de la ley 41/2002 y en el artículo 56 de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, por la que el citado ministerio debía coordinar los mecanismos de intercambio electrónico de información clínica y salud individual, para permitir el acceso, tanto al usuario como a los profesionales, en los términos estrictamente necesarios para garantizar la calidad de la asistencia y la confidencialidad e integridad (Instituto de Información Sanitaria, 2009).

En Andalucía se está implantando un sistema de integración de gestión e información para la atención sanitaria (Diraya), con el que se pretende: 1º integrar toda la información de cada usuario, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genera en una única historia de salud disponible desde cualquier punto de la red sanitaria pública de Andalucía, 2º facilitar la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario, 3º lograr que toda la información relevante está estructurada. Este sistema se va incorporando poco a poco, cubriendo en enero de 2010 más del 94% de la población andaluza (Junta de Andalucía, 2010).



Esto justifica lo que se puede leer en la guía elaborada para orientar al personal de enfermería de nueva incorporación del Hospital Universitario San Cecilio (2011), el servicio de informática “os proporcionará las claves personales para entrar en la Web interna de nuestro hospital, así como en las diferentes aplicaciones informáticas que tenemos puestas en marcha (ARCHINET, ARINKA, ACQUIRO, DIRAYA), dependiendo del lugar donde se desarrolle tu labor como profesional de este centro”. De esta forma se demuestra el esfuerzo de medios y tiempo que se están necesitando para implantar en su totalidad la LAP. Esta informatización permite a los profesionales sanitarios acceder a la historia clínica de un paciente, a través de su clave personal, quedando registrado el acceso, así como cualquier cambio que realice en la historia clínica; con este procedimiento queda garantizada la intimidad, ya que se puede comprobar que sólo los profesionales comprometidos en la asistencia y atención a un paciente están legitimados para entrar y consultar el contenido de la historia clínica, de hecho ya se han producido Sentencias condenatorias por accesos no justificados.

El contenido de la historia clínica, regulado en el artículo 15, considera que se debe incluir todo lo realmente importante para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente en soporte papel o informático. Refleja como un derecho del paciente la necesidad de que se deje constancia de lo dicho anteriormente, tanto en los procesos asistenciales hospitalarios como en los de atención primaria. El objetivo de la HC es facilitar al paciente la asistencia sanitaria, por tanto los datos deben hacer posible un conocimiento veraz y actualizado de su estado de salud. Los documentos, mínimos, integrantes de la historia clínica quedan recogidos en el **cuadro 3**.

Cuadro 3 DOCUMENTOS INTEGRANTES DE LA HC

a) La documentación relativa a la hoja clínica estadística.	j) <i>El informe de anestesia (hosp).</i>
b) La autorización de ingreso (hosp) ¹ .	k) <i>El informe de quirófano o de registro del parto (hosp).</i>
c) El informe de urgencia (hosp) .	l) <i>El informe de anatomía patológica (hosp).</i>
d) La anamnesis y la exploración física.	m) <i>La evolución y planificación de cuidados de enfermería.</i>
e) La evolución.	n) <i>La aplicación terapéutica de enfermería.</i>
f) Las órdenes médicas.	ñ) <i>El gráfico de constantes (hosp).</i>
g) La hoja de interconsulta.	o) <i>El informe clínico de alta (hosp).</i>
h) Los informes de exploraciones complementarias.	
i) El consentimiento informado (hosp).	

¹ *En procesos de hospitalización*



Con anterioridad a esta ley se promulgaron diversas normas en las distintas Comunidades Autónomas, entre las que destacamos el País Vasco con el Decreto 45/98, por el que se establece el contenido de la Historia Clínica, y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los servicios de Urgencias y de las Historias Clínicas Hospitalarias. El artículo 5.12 trata de la Hoja de Evolución y Planificación de Cuidados de Enfermería como el documento en el que quedarán registradas las incidencias que se observen durante la asistencia al paciente, así como los resultados del plan de cuidados y las modificaciones de dicho plan debidamente razonadas, también los cuidados de enfermería, tanto los derivados de órdenes médicas como los administrados por la propia atención de enfermería. Todo deberá ir fechado y firmado por el ATS/ Diplomado de Enfermería a cuyo cuidado esté el paciente en ese momento.

A propósito de esta cuestión planteamos aquí una reflexión. Nos referimos al aspecto formal en que quede registrada en la historia la intervención de los profesionales de enfermería; tanto en las decisiones que le son propias, como en la aplicación de lo prescrito por otros profesionales; igualmente importante es el registro de su identidad. Algunos de estos aspectos se han resuelto con la informatización de la documentación clínica ya que en la aplicación del programa se registra automáticamente la identidad del profesional ante la necesidad de introducir la clave personal para acceder a la historia clínica. Respecto a las anotaciones, también suelen aparecer los diferentes apartados que hay que complementar, lo cual favorece una uniformidad de la historia clínica. No obstante, es preciso aclarar que esto no sucede de forma universal ni en la misma CA, ni entre CCAA; e igualmente entre los centros públicos y los centros privados y, desde luego entre la asistencia ambulatoria (centros de salud) y los pacientes hospitalizados.

Clásicamente ha sido habitual que la identificación de los profesionales de enfermería en los documentos de su competencia, la llamada “firma enfermera” apareciera en la historia clínica en los documentos que le son propios. Era habitual que esta firma o identificación, apareciera sólo el nombre propio e incluso con los diminutivos familiares como seña de identidad (Aurora, Encarnita, Rosana....) asociado a los términos TN (turno de noche), TM (turno de mañana) y TT (turno de tarde).



Desde que el personal de enfermería trata de buscar su propio espacio y un reconocimiento profesional adecuado a su nivel académico, consideramos importante hacer hincapié en que este registro se realice de forma “seria” paralela a como lo hacen otros profesionales sanitarios (médicos). Esto coincide, así mismo con la cuota de responsabilidad profesional que los propios tribunales están asignando a los profesionales de enfermería en temas de malpraxis personal o en equipo.

Todo lo anterior significa que el registro debe ser preciso en el contenido y en las formas, letra legible, constancia de todo lo realizado que tenga relevancia, indicación horaria, indicación de lo observado y lo referido por familiares, etc., etc. y, desde luego la identificación del profesional que realiza las anotaciones, así como la fecha y la hora en que se realiza el registro (Casado Blanco, 2011). Diferentes trabajos de revisión sobre deficiencias en estos aspectos, al objeto de proponer protocolos de actuación, concluyen que en las historias clínicas estudiadas se ven deficiencias en los registros de enfermería debido a desconocimiento de los requisitos mínimos indispensables para la elaboración de estos registros (Jiménez Fernández, Cerrillo Martín, 2010 y Ramos-Silva et al. 2011).

Nosotros damos un paso más en este sentido, ya que proponemos además, que el trabajo de enfermería en la historia clínica y la asunción de responsabilidades por parte de este personal, se haga desde una constatación más seria y rigurosa dejando reflejada la identidad de forma acorde con el nivel profesional, lo cual significaría desterrar la aparición exclusiva del nombre propio o los diminutivos familiares, para sustituirlos por la inicial y el apellido o el nombre propio y el apellido, con rúbrica o no, siendo también valorable el nº de colegiación.

Todo lo dicho anteriormente es especialmente aplicable a las historias clínicas manuscritas, más propias de pacientes hospitalizados y en los centros privados.

En Galicia la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la Historia Clínica de los pacientes, establece en el artículo 16 como obligatorio la presencia de la hoja de evolución y planificación de enfermería y en Valencia la Orden de 14 de septiembre de 2001 por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación; el artículo 4 recoge, de manera exhaustiva los documentos que debe contener la historia clínica y en el punto 39 recoge la hoja de observaciones y cuidados desglosando su contenido (González Pastrana et al, 2003).



A la regulación del acceso a la HC dedica la ley el artículo 16, y establece que es competencia de los centros facilitar el acceso a la HC a los profesionales que atienden al paciente a la que esta pertenece. Otros fines de la HC como su utilización con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública y de investigación, deben regirse por lo establecido en la LOPD y en la LGS, que para esos casos obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos; la excepción la marca la investigación de la HC por parte de la autoridad judicial, en cuyo caso es preciso conocer la identidad de la persona a la que pertenecen los datos clínicos; en este caso suele ser el paciente el interesado en aportar dichos datos, lo que releva del mantenimiento del secreto al respecto.

Este artículo pormenoriza quiénes pueden tener acceso a las HH.CC, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios correspondientes, el personal sanitario debidamente acreditado en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad asistencial y en el punto 6 obliga a todo el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones al deber de secreto. El último punto de este artículo deja a las CCAA el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía reguló este artículo, junto al 17 y 18 de la ley que nos ocupa, en la Resolución, citada con anterioridad, 184/2003, de 3 de marzo.

La conservación de la Documentación Clínica la regula en el artículo 17, en 6 puntos establece: la obligatoriedad de los Centros a guardarla, al menos *cinco años después de la fecha de alta de cada proceso asistencial*. Con anterioridad a la publicación de la ley el País Vasco promulgó el Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de actividades clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de la Historias clínicas Hospitalarias, este fue un documento de gran importancia, por ser el primero en todo el Estado de características tan completas. En él se regulan los tiempos mínimos que debían guardarse diversos documentos (dos, cinco... años), y los que deben permanecer de manera indefinida. La ley 21 /2000 de Cataluña de derechos de información concernientes a la Salud y autonomía del paciente y documentación clínica, expone, igualmente, distintos plazos y llevaba hasta



20 años el plazo mínimo de conservación de la historia después del fallecimiento del paciente. Por su parte, la ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes, de Galicia, dedica el artículo 20 a la conservación de la historia clínica especificando los documentos que deben conservarse indefinidamente.

Estas normas autonómicas, al igual que la normativa estatal recogen que el soporte en que se guardan las Historias clínicas no tiene necesariamente que ser el original, aunque todas exigen que la HC pueda ser reproducida o recuperada en todo momento.

En cuanto a los derechos de acceso a la historia clínica (art 18) se cita al paciente en primer lugar y a los representantes debidamente acreditados con derecho a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que hay en ella. Este derecho tiene dos excepciones: el derecho de terceras personas que constan en ella por interés terapéutico del paciente, a la intimidad de sus datos y el derecho, de los profesionales que intervienen en su elaboración, a realizar anotaciones subjetivas, que quedarían preservadas del acceso legítimo, ya comentado. El acceso a la historia clínica es uno de los derechos más ejercitados de los pacientes, que según De Lorenzo (2008) "supone que una de las reclamaciones que más se presentan en la Agencia Española de Protección de Datos sean las reclamaciones de tutela por denegación del derecho de acceso, ya que en ocasiones el Centro Sanitario u Hospital no sabe cómo actuar o dónde están los límites del referido derecho". El párrafo 3 del artículo 18, fue regulado en Andalucía por la Resolución 111/2003 que, modifica la resolución 23/2001, de 4 de junio, del Servicio Andaluz de Salud sobre instrucciones de acceso de usuarios a la documentación clínica.

Con estas regulaciones se cumple lo indicado en el art 19 respecto a *que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de la historia clínica, es decir, que la historia esté accesible y que esto sucede sin dilación de tiempo para quién tiene derecho a ello.*



II.4.3 EL RESPETO A LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

El principio ético o moral de reconocimiento de la autonomía, por un paciente o usuario de la sanidad, ha sido acaparado por las leyes que han entrado a su reconocimiento y protección de manera profunda y detallada. No obstante, en la práctica, el ámbito ético-moral quedará siempre preservado por la individualidad y personalización de cada acto asistencial, ya que la riqueza y variedad del actuar humano es tal que resulta imposible encorsetarlo en la rigidez de las normas jurídicas. .

En la exposición de motivos de la ley objeto de nuestro estudio se dice: *refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresado con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado.* De tal modo que a la regulación de la autonomía le dedica el capítulo IV en el que trata el consentimiento informado, las instrucciones previas, el derecho a la información en el Sistema Nacional de Salud y el derecho a la elección de médico y centro.

II.4.3.1. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toda actuación médica tanto diagnóstica como terapéutica, puede suponer el riesgo de incurrir en la vulneración de algún bien jurídicamente protegido, como puede ser la integridad física, la libertad, la intimidad o la manipulación de su dignidad. El Estado debe defender este bien jurídico respetando la libre determinación de las personas, lo que no fue siempre así, ya que ha costado mucho tiempo que el Estado fuera cediendo ese derecho a favor de que el paciente ganara en autonomía consolidándose con la Constitución de 1978.

En el artículo 10.6 de la LGS, se dice que el enfermo tiene derecho *“a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención,* exceptuando algunos casos. El consentimiento informado se considera pieza clave en la relación médico-enfermo y es consecuencia del derecho que el paciente tiene a elegir, después de ser informado, el tratamiento que se le ofrece entre varias alternativas y rechazar las que no estime oportunas y de la obligación del médico de informar al paciente de las circunstancias relativas a su enfermedad y de



las posibilidades diagnósticas y terapéuticas para que el paciente pueda elegir libremente (Villanueva Cañadas, 2004).

El citado artículo 10.6 ha sido aclarado por la ley 41/2002, que en su art. 3 define el *Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.*

Siguiendo lo establecido en la Disposición adicional primera, en la que se dice que la presente ley tiene carácter de básica y que el Estado y las Comunidades Autónomas deben adoptar, en su ámbito competencial, las medidas necesarias para hacer efectiva esta ley, han sido muchas las Autonomías que, al legislar sobre esta ley han incidido en la regulación del consentimiento informado. **En el cuadro 4** se exponen la normativa de las CCAA que regula las situaciones ante las que debe obtenerse el consentimiento (algunas de las expuestas son anteriores a la norma estatal).

CUADRO 4. Situaciones Ante Las Que Debe Obtenerse El Consentimiento

Ante toda actuación en el ámbito de la salud	<ul style="list-style-type: none">- Ley extremeña 3/2005- Ley gallega 8/2008- Ley castellano-manchega 5/2010
Ante cualquier intervención asistencial	<ul style="list-style-type: none">- Ley murciana 3/2009- Ley andaluza 2/1998- Ley catalana 21/2000- Ley aragonesa 6/2002- Ley navarra 29/2003- Ley valenciana 1/2003- Ley balear 5/2003- Ley castellano-leones 8/2003
Para la realización de procedimientos	<ul style="list-style-type: none">- Ley madrileña 12/2001- Ley riojana 2/2002- Ley cántabra 7/2002- Ley canaria 11/1994

Cuadro realizado según tabla nº 1 de González Hernández 2012.



II.4.3.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL CONSENTIMIENTO (ART.8)

El consentimiento debe ser libre y voluntario, y se expresará en los términos que también regula la ley en el artículo 4. Así la forma, por regla general, será verbal, por escrito en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasores y la aplicación de procedimientos que suponen riesgos *de notoria y previsible repercusión negativa para la salud*, realizándose uno para cada una de estas actuaciones terapéuticas, así como en otras circunstancias en las que al paciente se le debe informar cuando sus datos, pronósticos, diagnósticos o terapéuticos sean útiles para la docencia o la investigación y el paciente podrá revocar el consentimiento en cualquier momento.

En Andalucía se cuenta desde octubre de 2009 con un modelo de consentimiento informado de aplicación obligatoria para todos los Centros que dependen del Servicio Andaluz de Salud. Entre las novedades del formulario está la sugerencia a los facultativos de que sean lo más explícitos posible para ayudar a entender lo que se les explica y que su consentimiento sea más consciente (González Hernández y Castellano Arroyo, 2012).

II.4.3.1.3. LOS LÍMITES DEL CONSENTIMIENTO Y EL CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN

El paciente puede renunciar a recibir la información previa a la obtención de su consentimiento para la correspondiente intervención, estando limitada por la salud del propio paciente, de terceros y de la colectividad y de las exigencias terapéuticas indispensables en los casos de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley, cuando existe riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible obtener su consentimiento, después, cuando las circunstancias lo permitan, se consultará a sus familiares o personas vinculadas a él de hecho (art.9.1).

Los médicos podrán llevar a cabo actuaciones clínicas indispensables a favor de los pacientes en caso de riesgo para su salud (art.9.2): 1º riesgo para la salud pública, cuando existe este, el derecho a la protección de la salud colectiva al derecho individual del paciente, por lo que se puede obligar al paciente a seguir un tratamiento en contra de su voluntad, es lógico que un bien individual no se anteponga a un bien



colectivo, más cuando el tratamiento también beneficia al enfermo. Esta circunstancia se reguló para que la medida vulnerara lo menos posible los derechos del paciente, por lo que el proceso se somete al control judicial que verifica la realidad del riesgo colectivo y la indicación de tratamiento, controlando que la imposición se mantenga sólo el tiempo necesario para la curación y control del riesgo (Castellano Arroyo, 2009-2010).

2º. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no hay tiempo para informar y obtener el consentimiento, por lo que se antepone la salud del paciente y se informará a los familiares cuando las circunstancias lo permitan. En estas situaciones, el médico o profesional sanitario tiene el deber hacia el paciente de actuar lo más rápidamente posible, en aras de la seguridad del paciente; será después cuando informará al propio paciente –si es posible- y a los familiares de todo lo relativo a la actuación realizada; igualmente, se dejará constancia escrita en la HC de las circunstancias que obligaron a actuar sin consentimiento, así como las circunstancias de la actuación. se podría entender que no existe la obligación de que el consentimiento informado no conste en la historia clínica por no haberse cumplimentado, sin embargo esto sería excepcional, ya que aún en intervenciones urgentes, se anotará en su historia la información que se ha transmitido al paciente o a sus familiares (Navarro Paule, 2010).

El consentimiento por representación (art.9.3) se otorgará cuando el paciente, a juicio del médico responsable, no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo, si el paciente no tiene representante legal, otorgarán el consentimiento las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; en caso de que el paciente esté incapacitado legalmente; en el caso de los menores de edad que no sean capaces de comprender el alcance de la intervención; aquí consentimiento lo dará el representante legal del menor aunque si este tiene 12 años cumplidos se escuchará su opinión. Los menores no incapaces ni incapacitados, si están emancipados o tienen 16 años son ellos los que dan el consentimiento, aunque en caso de presentarse una actuación de grave riesgo, los padres serán informados teniendo en cuenta su opinión a la hora de decidir. En ocasiones no está documentada la edad del menor, como puede ser el caso de algunos inmigrantes, por lo que para tomar decisiones sobre el mismo es preciso establecer con el mayor rigor científico posible (Gisbert Grifo, 2003)



La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación (art.9.4). El primero de los casos ha sido regulado en Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en su artículo 13, apartado cuarto, en caso de la interrupción involuntaria del embarazo en *mujeres de 16 y 17 años*, se les debe aplicar el mismo *régimen general que a las mujeres mayores de edad*. En el siguiente párrafo dice que al menos uno de los representantes legales, de las mujeres comprendidas en esas edades, debe ser informado y termina diciendo: *Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar....*

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a la toma de decisiones a lo largo de todo el proceso sanitario (art.10.9). La información básica que el médico tiene que dar al paciente antes de recabar el consentimiento debe comprender las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y por último las consecuencias. El médico responsable deberá sopesar cada caso, sabiendo que cuanto más dudoso sea el resultado de la intervención más necesario resulta el consentimiento previo por parte del paciente.

II.4.3.2. LAS INSTRUCCIONES PREVIAS (ART.11).

El documento por el que *una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que esta se cumpla, en el caso en que se presenten ocasiones en que no sea capaz de expresarlas personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar un representante, que llegado el momento, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.*



Cada servicio de salud (2) regulará el procedimiento adecuado para que cuando sea necesario se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, las cuales deberán hacerse siempre por escrito. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía las instrucciones previas están reguladas por la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada. Se establece esta declaración como el cauce para que la persona ejerza su derecho de decidir sobre las actuaciones sanitarias sobre las que pueda decidir y, que llegado el momento no tuviera capacidad para decidir por sí misma. En su artículo 9 se crea el Registro de voluntades anticipadas que es regulado por el Decreto 238/2004, por el que se crea el Registro de Voluntades anticipadas. La, también andaluza Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, hace algunas modificaciones sobre la ley anterior, por lo que es necesario modificar lo regulado para la creación del Registro de Voluntades Anticipadas que se hace mediante el Decreto 59/2012, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Anticipadas de Andalucía, en el que en se deroga el Decreto 238/2004. Ya en 2007 aparecía en la página Web de la Junta de Andalucía información para los Usuarios y Profesionales sobre esta normativa, en la que también se incluye el Registro de Voluntades Anticipadas. En la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se puede encontrar información sobre la normativa, preguntas más frecuentes y una relación de los Registros Autonómicos de Instrucciones previas.

No se aplicarán las instrucciones previas (3) contrarias al ordenamiento jurídico, a la “, lex artis” ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho previsto por el interesado en el momento en que la manifestó. En la historia clínica del interesado debe quedar constancia razonada de las anotaciones relacionadas con la previsión de instrucciones previas. Podrán revocarse libremente (4) en cualquier momento, dejando constancia por escrito. Lo establecido en el apartado 5 sobre la creación a nivel Nacional del Registro de Instrucciones previas fue regulado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero *por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, en el que se recogerán las inscripciones practicadas en los registros autonómicos, conforme a lo previsto en el artículo 11.5 de la Ley 41/2002.* De esta forma se posibilita eficazmente el conocimiento *en todo el territorio nacional* de las instrucciones previas otorgadas por



los ciudadanos según lo dispuesto en la legislación de las CCAA. En este Decreto también se dice: *el Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante orden ministerial, creará el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro nacional de instrucciones previas, con arreglo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. Dicho fichero se creó en septiembre de 2007 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con la Orden SCO/2823/207, de 14 de septiembre.

Otro aspecto de la autonomía del paciente es la información sobre el Sistema Nacional de Salud, la cual se regula en el artículo 12 dejando claro que *los pacientes y usuarios tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y el modo de poder acceder a ellos (1)*. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y participaciones (2). Es cada servicio de salud el encargado de que se cumpla lo previsto en este artículo (3). Los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud, (art.13) los de atención primaria como especializada podrán elegir médico y centro, habiendo recibido antes la correspondiente información y según las condiciones establecidas por el Servicio de Salud competente.

II.4.4. INFORME DE ALTA Y OTRA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

El Capítulo VI, artículo 20 regula la emisión del Informe de Alta médica, definido en el artículo tercero *como el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*. A dicho informe tiene derecho el paciente, familiares y personas vinculadas a él, siendo las Administraciones sanitarias autonómicas las que deben regular los requisitos de este. Hasta que no se desarrolle legalmente el presente artículo (disposición transitoria única) el informe se *regirá por lo dispuesto del Ministerio de Sanidad de 6 de septiembre de 1984*. En septiembre de 2010 entró en vigor el Real Decreto 1093/2010, por el que se aprueba el conjunto



mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud; de esta manera se trata de unificar los diferentes modelos que las CCAA, en el ejercicio de sus competencias, han ido implantando. Unificación que se hace teniendo en cuenta que en los centros y servicios del Sistema nacional de Salud se está sustituyendo la tradicional historia en papel por el formato electrónico, formato que en breve periodo de tiempo estará implantado en todo el territorio nacional.

En los pacientes sometidos a tratamientos quirúrgicos, el Informe de Alta médica puede acompañarse de un documento de Informe de Enfermería al Alta, en el que se indique al paciente los cuidados de enfermería que debe seguir en el domicilio (curas, cambios posturales, etc., etc.); no se deben producir incongruencias o indicaciones contradictorias entre ambos documentos.

En caso de que el paciente se niegue a aceptar el tratamiento debe proponérsele firmar el alta voluntaria (art.21.1): *Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.* Cuando el enfermo se niega a recibir un tratamiento se le propondrán otros alternativos, de no existir esa posibilidad y, si éste siguiera en su empeño de no recibir el tratamiento en ese caso se le propondría firmar el alta voluntaria, quedando todas esas circunstancias por escrito esa posibilidad. El enfermo puede negarse a recibir un tratamiento, no se le propondrá firmar el alta voluntaria si existen tratamientos alternativos. Todas estas circunstancias deben quedar por escrito. Cuando el paciente se niega a recibir el alta (art.21.2), será la dirección del Centro, conocido el informe clínico correspondiente y oído al paciente, si este persiste en su negativa tendrá que ponerlo en conocimiento del juez, tratándose, entonces el tema como un desahucio en términos civiles. El artículo 22 habla del derecho de los pacientes a que se le emita un certificado médico, que será gratuito si lo dispone una reglamentación legal.

En la segunda disposición, de aplicación supletoria, en lo relativo a *la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, técnicas de reproducción asistida y en los casos carentes de regulación concreta.*



En la Disposición adicional cuarta se introduce un aspecto novedoso en la normativa anterior al regular que *el Estado y las Comunidades Autónomas dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales asociadas a la discapacidad* los derechos regulados en esta ley. En la Disposición adicional quinta se habla de la información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios se regularán por su normativa específica sin perjuicio de lo establecido en la ley. Esta normativa era la ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, derogada por Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que está teniendo sucesivas actualizaciones.

La disposición sexta establece que las infracciones de lo dispuesto en la presente ley sobre el régimen sancionador para las personas que incumplan la LGS sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.



III. OBJETIVOS



Revisada la bibliografía existente en torno a los derechos de los pacientes normalizados en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y viendo la variedad de normas que han surgido en las diferentes CCAA, nos damos cuenta de que es necesario que pase un periodo de tiempo para que se implante en su totalidad una ley básica. Sabiendo esto, pensamos que el conocimiento de los profesionales sanitarios no cubre las expectativas de los esfuerzos realizados por parte de las instituciones, asociaciones y los profesionales; para lo que nos propusimos detectar si el móvil de las actuaciones sanitarias son las obligaciones legales o la responsabilidad ética. Para lo que nos propusimos los siguientes Objetivos.

1º. Percibir el conocimiento que los profesionales sanitarios tienen sobre la ley 41/2002.

2º. Investigar en la medida que los profesionales de la salud conocen, estiman y respetan los derechos de los pacientes.

3º. Detectar la disposición de los profesionales para actuar ética o legalmente.

4º. Sugerir propuestas que favorezcan la calidad asistencial a través del respeto a los preceptos de la ley sobre los derechos de los pacientes y usuarios.



IV. MATERIAL Y METODO



Nuestro trabajo necesitaba la participación del personal sanitario del Hospital Universitario San Cecilio, colaboradores necesarios para la realización de las encuestas. Para ello solicitamos la autorización preceptiva de la Comisión de Investigación del Hospital, cuya respuesta afirmativa fue el 10 de febrero de 2010.

El propio hospital nos proporcionó los datos numéricos, debidamente protegidos del nombre y apellidos.

IV. 1. TIPO DE ESTUDIO

Nuestro estudio es de tipo observacional, descriptivo y transversal.

IV.2. POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Forman parte del estudio todos los médicos y enfermeras, incluyendo dentro de estas a fisioterapeutas y matronas, del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.

El grupo de médicos asciende a 639, distribuidos de la siguiente manera:

Plantilla: 322

Eventuales: 73

En formación (residentes): 203

Vinculados: 41.

El personal de Enfermería suma 718 personas, distribuidos:

ATS/DUE de plantilla: 653

Fisioterapeutas: 13

Matronas: 28

ATS/DUE eventuales: 23 (Ayudante Técnico Sanitario/ Diplomado Universitario en Enfermería)

Entre las matronas y fisioterapeutas no hay contratados eventuales.



Dividimos la población por el tipo de contrato, porque pensamos que la experiencia profesional, la formación continua y la formación recibida durante la diplomatura o licenciatura y durante la preparación del examen MIR influyen en el conocimiento que tengan los profesionales de la Norma legal que sometemos a valoración y estudio.

Para los médicos en formación recogidos en la muestra no especificamos en el año de especialización que se encuentran, estos van desde los recién incorporados al periodo hasta los que agotan su último el año de formación especializada.

El grupo formado por médicos que ocupan plaza vinculada es importante por su número y por las características de su plaza, ya que son profesores permanentes con reconocimiento académico y responsabilidad docente en la Universidad, al tiempo que desarrollan tareas asistenciales, lo que como hipótesis les obliga a un nivel de conocimientos elevado.

Los profesionales en situación eventual los hemos elegido porque es un contrato más estable que los que están en una situación de sustitución y a la vez estos profesionales tienen menos años trabajados que los del contrato de plantilla, obligándoles también a estar en continua formación.

IV.2.1. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal sanitario que trabaja en la sanidad privada.
- Personal sanitario que trabaja en Atención Primaria, porque alargaría mucho el estudio, además es un campo mas investigado a nivel nacional pero creemos que sería interesante ver el grado de conocimiento de esta normativa en los profesionales de los Centros de Salud de Granada.
- Profesores universitarios que no tienen vinculada su labor Docente a un puesto asistencial.
- Profesionales que trabajan en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Pensamos que las características de este personal son similares a las del Hospital Universitario San Cecilio, de hecho ambos hospitales, en el momento de pasar los cuestionarios estaban en trámites de integración.



IV.2.2. TAMAÑO Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El cálculo de la muestra lo hemos hecho para el 95% de confianza y un error máximo del 4%, aplicando la corrección por población finita (en total hay 1.357 profesionales). La cifra obtenida ha sido de 436 entre médicos y enfermeras, que se han repartido en de la siguiente forma: médicos (200), personal de enfermería (236).

IV.2.3. CUESTIONARIO

El cuestionario ha sido elaborado por nosotros, las preguntas las hemos numerado del 1 al 50. Es anónimo, se acompañaba del consentimiento informado (CI) (Anexo I), en él se exponían quienes eran los autores del estudio, características de este y el tratamiento confidencial de los datos; a su vez el encuestado afirmaba haber recibido toda la información necesaria sobre el estudio y su participación voluntaria, pudiéndose retirar de la investigación en cualquier momento.

Introduce el documento una breve explicación del motivo de la encuesta. Para la elaboración de las preguntas utilizamos como documento la ley 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. A través de esas cuestiones pretendemos ver el grado de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre los derechos y deberes de los pacientes y las obligaciones respecto a la información y documentación clínica y la forma en que esta norma se aplica en la práctica clínica, con el fin de conocer el grado de su cumplimiento. Las últimas cinco preguntas del cuestionario son sobre la formación ética de los profesionales y la repercusión de la ética en la práctica profesional.

El cuestionario lo adjuntamos en el Anexo II, por lo que las preguntas las ponemos textuales al mostrar los resultados.

En los cuadros nº 5 y 6 mostramos las preguntas del cuestionario que tenían una respuesta libre. Redactamos estas preguntas porque pensamos que podían aportar datos interesantes sobre el conocimiento de la ley que tenían los profesionales encuestados, aunque, una vez visto que los resultados no eran muy relevantes, no incluimos su valoración; esto fue así porque las respuestas fueron muy personales y, por tanto muy variadas, lo que no permitió su tratamiento estadístico y su valoración matemática.



CUADRO 5. Preguntas Con Respuestas Libres

<p>¿Qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos? Enfermo Paciente Otros ¿Cuál?</p>
<p>¿Consideraría adecuada la desaparición, en el ámbito asistencial, de la palabra enfermo? Si No N/C ¿Por qué?</p>
<p>¿Conoce si alguna norma española, a nivel estatal, trataba este tema en el siglo XX? Si No Si la respuesta es afirmativa, indíquela</p>
<p>¿Y en el siglo XXI? Si No Si la respuesta es afirmativa, indíquela</p>
<p>¿Cree que la información clínica siempre debe ser? Verdadera Podrá falsearse para no perjudicar al paciente ¿Porqué?</p>
<p>¿Considera que la información clínica se transmite para? Para librarnos de la responsabilidad. Para que el paciente pueda tomar decisiones con su propia y libre voluntad. Para otros fines ¿Cuáles?</p>

CUADRO 6. Preguntas Con Respuestas Libres

<p>¿Considera que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su estado de salud? Si No Si, con reservas ¿Cuáles?</p>
<p>¿Tiene el paciente o usuario derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar sus datos diagnósticos y terapéuticos, para la docencia e investigación? Si No ¿Porqué?</p>
<p>¿Cree que hay circunstancias en las que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento? Si No ¿Conoce alguna?</p>
<p>¿Considera que en la historia clínica deben incluirse documentos que reflejen el trabajo de enfermería? Si No En caso afirmativo ¿cuáles son esos documentos?</p>
<p>¿Considera que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, ¿se rige por alguna normativa concreta? Si No En caso afirmativo indíquela</p>



IV.2.4. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO

Para la validación entregamos personalmente el cuestionario a 100 profesionales (médicos y personal de enfermería), cumplimentándolo en dos ocasiones con un intervalo entre 15 y 20 días, obteniendo coeficientes de concordancia kappa y correlaciones entre una y otra respuesta altamente significativas. Como medida de fiabilidad (consistencia interna) se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach de 0,763, habiéndose realizado un análisis factorial previo para reducir la dimensionalidad.

IV.2.5. RECOGIDA DE DATOS

El resto de la recogida de datos, 336 encuestas, la hicimos de manera similar a la que utilizamos para validar el cuestionario. Los distribuimos por los diferentes servicios, de manera proporcional al número de profesionales que hay en cada uno.

La distribución la hicimos en mano, la recogida también aunque a veces se la dejábamos a la supervisora o a la secretaria, los no contestados los sustituíamos pasándoselos a otros profesionales.

IV. 2.6. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA

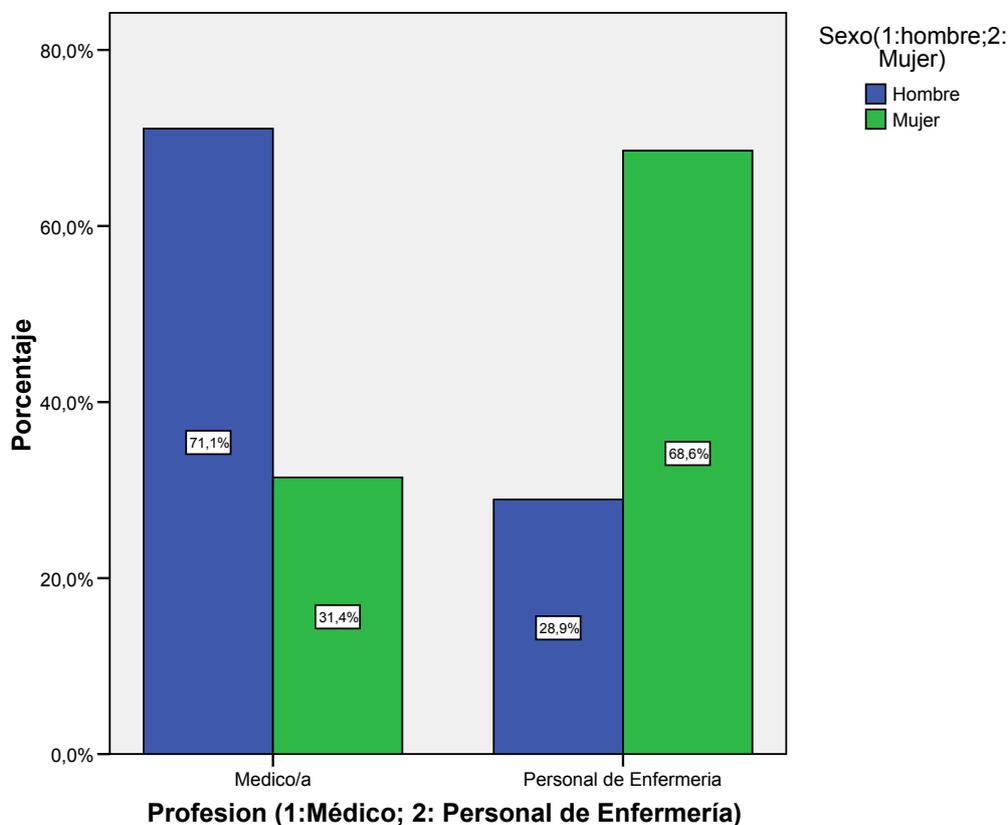
El tratamiento estadístico de los datos se ha realizado con el Paquete de Programas SPSS v. 15.0. Para estudiar la fiabilidad del cuestionario se seleccionó una muestra al azar de 100 profesionales a los que se pasó la encuesta en dos ocasiones para comprobar la repetibilidad en las respuestas y la concordancia entre las mismas una vez realizado un análisis factorial con objeto de reducir la dimensionalidad, a las cuestiones finales se realizó como medida de consistencia interna el Alfa de Cronbach. Para el estudio estadístico de los resultados, en primer lugar se ha hecho un estudio descriptivo de los datos, utilizando el módulo frecuencias para la obtención de tablas de frecuencias, y porcentajes para las variables categóricas y los parámetros descriptivos fundamentales: media, desviación estándar, valores mínimos y máximo etc. para las variables cuantitativas. También se han realizado los correspondientes Gráficos de Diagramas de barras tanto simples como agrupados. Algunas de las variables de identificación como edad, años de ejercicio, profesión etc. han sido convenientemente recodificadas para los cruces posteriores con las respuestas del Cuestionario.



Para estudiar la posible relación entre las variables de identificación: profesión, grupos de edad, tipo de contrato etc. y las respuestas a cada pregunta del cuestionario se ha aplicado la metodología de las Tablas de Contingencia realizando el Test Chi-Cuadrado o el Test exacto de Fisher, en caso de no cumplimiento de las condiciones de aplicación del primero, que son: ninguna casilla puede tener frecuencia esperada menor que uno y no más del 20% de las casillas pueden tener frecuencias esperadas menores o iguales que cinco.

Al planificar este estudio pensamos, como hemos visto más arriba, en encuestar a médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas y matronas, así lo hemos hecho al confeccionar y distribuir las encuestas. Dado que en los dos últimos grupos había pocos profesionales y que tienen el mismo nivel de titulación, tipo de formación y actividad, para el tratamiento estadístico, los hemos recodificado a todos como personal de enfermería. **(Gráfico 1).**

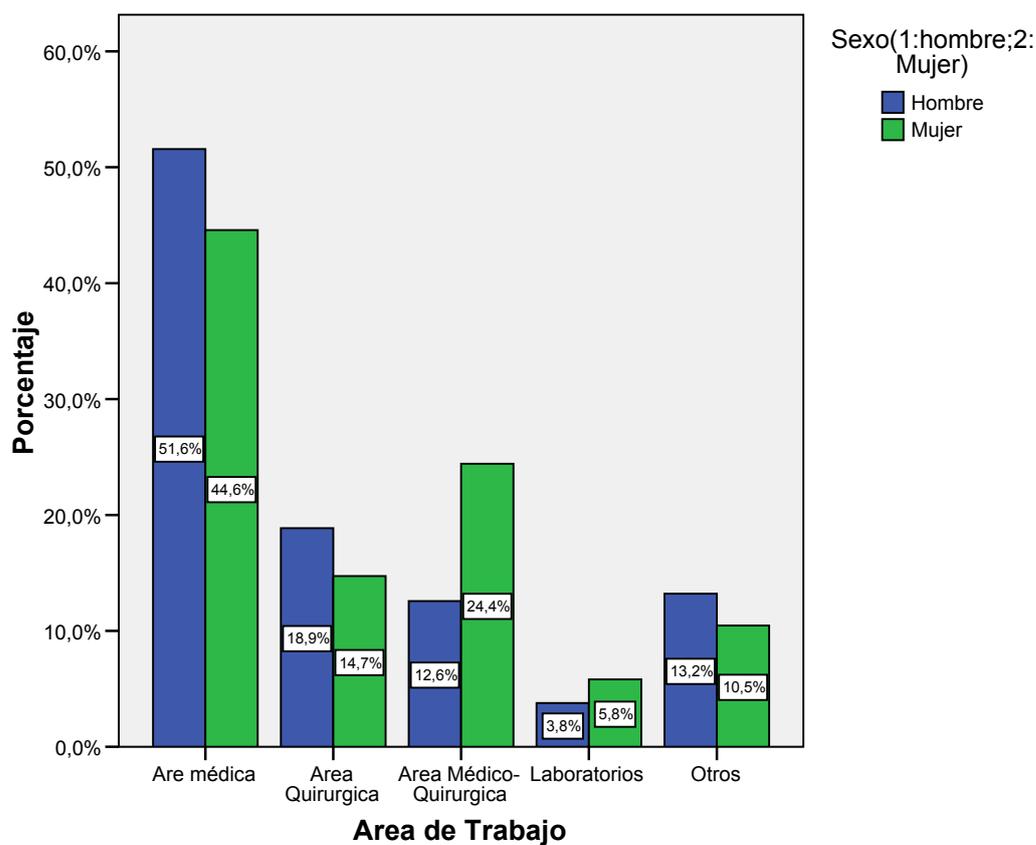
Gráfico 1





Las áreas de trabajo que aparecían en el cuestionario eran 9, también las hemos recodificado para el tratamiento estadístico en las grandes áreas que engloban esos servicios, de manera que han quedado reducidas a las cinco que mostramos en el **Gráfico 2**.

Gráfico 2





IV.3. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Al comenzar a trabajar en nuestro proyecto de tesis, realizamos una búsqueda bibliográfica en TESEO, para ver las tesis realizadas con las palabras clave: autonomía del paciente, ley 41/202 de Autonomía del Paciente, obteniendo pocos resultados, algunas de ellas al estar publicadas en otra universidad española y al haberse realizado dentro del Área de medicina legal, se pidieron directamente.

Una vez conocidos los trabajos que había sobre el tema elegido por nosotros buscamos bibliografía en español sobre estadística y metodología de elaboración de cuestionarios y validación de encuestas, la cual nos sirvió para nuestra propia formación en el tema.

Realizamos también una búsqueda bibliográfica, para ver los libros publicados sobre la LAP, en la biblioteca de la universidad de Granada, encontrando 12 libros, en papel y en formato electrónico, distribuidos en las bibliotecas de la universidad la mayoría en derecho y medicina. En 2012 hemos realizado otra búsqueda en los mismos términos y encontramos 22 libros. Además realizamos diferentes búsquedas para la bibliografía general utilizada en nuestro trabajo.

Las leyes las hemos buscado teniendo como referencia la legislación utilizada en la Ley General de Sanidad, en la Ley estudiada (LAP) y en la tesis doctoral de González Hernández (2009), en el BOE y en los boletines oficiales de las diferentes provincias, para las búsquedas y consultas relacionadas con el derecho hemos utilizado la base de datos "la ley digital".

También al principio realizamos un Medline con los términos de búsqueda "patient autonomy AND information, desde 2001 a 2008, con un total de 870 resultados de los que seleccionamos 61 y otra en los mismos términos en español (IME) de biomedicina, de la que seleccionamos 58 artículos. En 2011 volvimos a realizar otro Medline desde 2008 con 11.096 resultados de los que seleccionamos 140, algunos coincidían con los de la búsqueda anterior, por lo que no los seleccionamos. Durante la elaboración del trabajo hemos ido revisando las últimas publicaciones y noticias relacionadas con nuestra investigación.



V. RESULTADOS



V.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

V.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Como se observa en la Figura 1, la edad de las personas encuestadas se distribuye entre los 20 y los 66 años (Media = 46,21; DE = 11,12 años). Las edades más frecuentes que aparecen son las comprendidas entre los 26 y 28 años, correspondientes fundamentalmente a médicos residentes y matronas en formación; el otro grupo es el de los profesionales cuyas edades están entre los 50 y los 60 años. El percentil 25 se establece en los 39 años, el 50 en los 48 y el percentil 75 en los 55 años.

La media de los años de ejercicio profesional está en 22,08, con una DE de 11.51. El tiempo mínimo de ejercicio es de 0,0 años, correspondiendo a los recién incorporados a la especialidad, algunos de los cuales llevaban sólo unos días de trabajo; mientras que el máximo está en 42 años, estando éstos próximos a la jubilación. Los percentiles son los siguientes: el percentil 25 está en 14,75 años, el percentil 50 en 25 años de experiencia profesional y el percentil 75 en 32 años; Éste último grupo comprende a todos los profesionales de más de 55 años. (Figura 2).

En nuestra muestra hubo mayor proporción de mujeres (62,4%).

La Tabla 1.1 recoge todas las características de la muestra analizada.



Figura 1. Distribución de la edad de la muestra

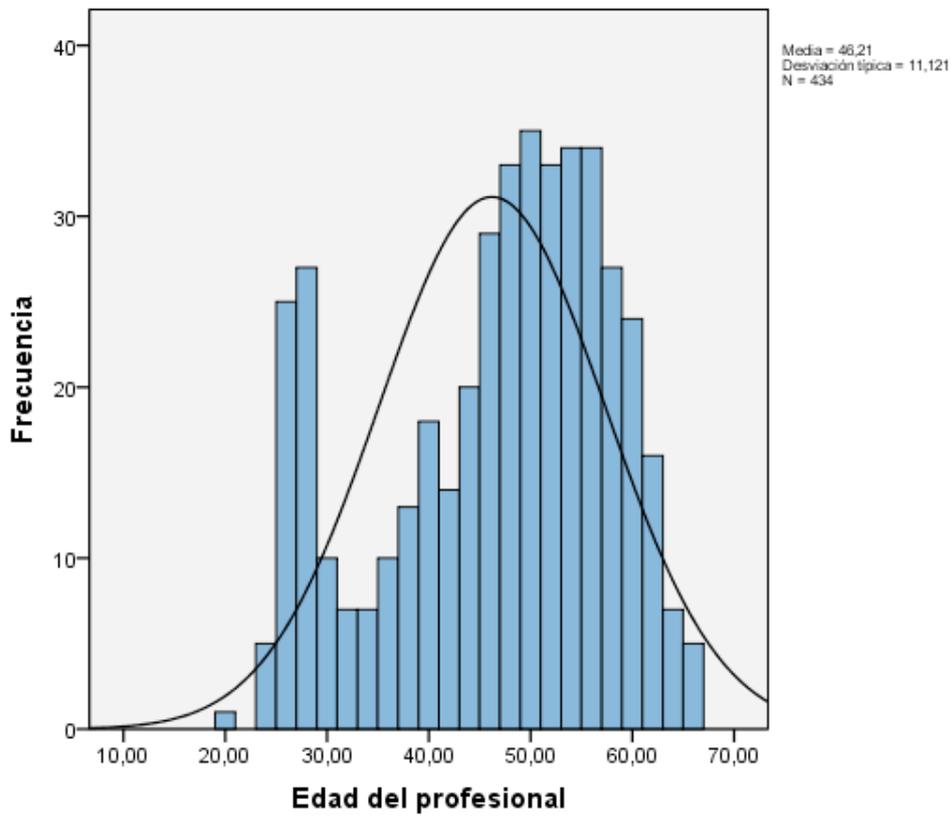


Figura 2. Distribución de los años de ejercicio profesional de la muestra

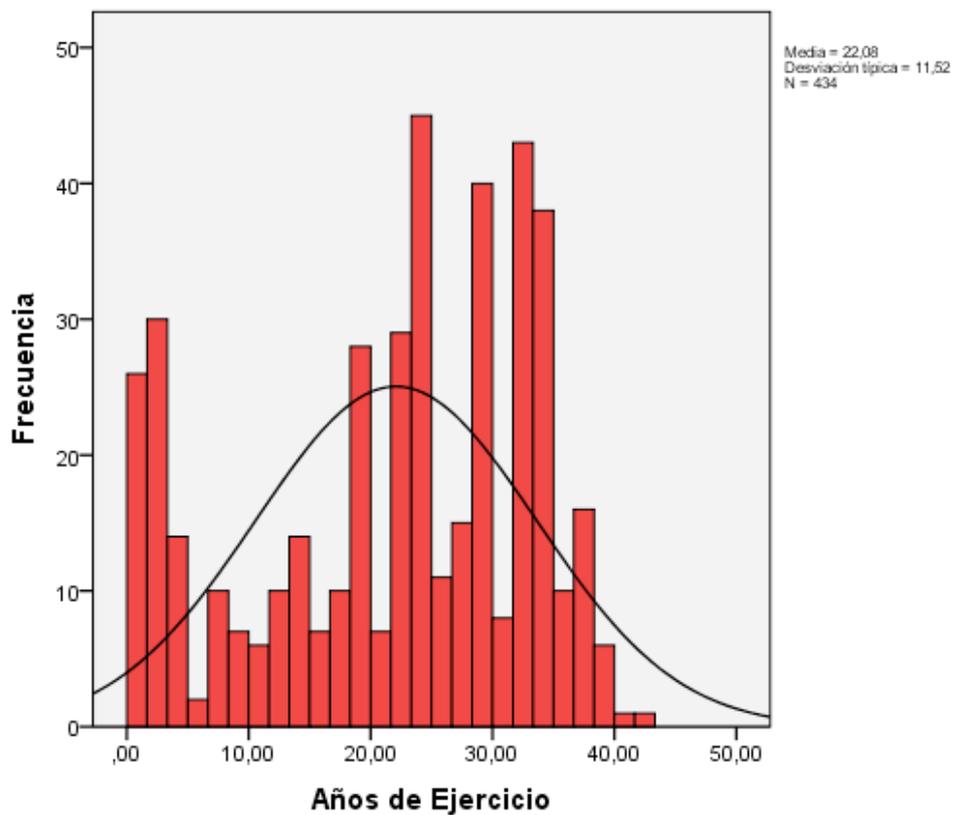




Tabla 1.1. Características sociodemográficas de los 436 profesionales de la salud

Variables	N	%
Sexo		
Hombre	159	37,6
Mujer	264	62,4
Edad		
< 39	111	25,6
39 a 48	108	25,0
49 a 55	118	27,2
> 55	97	22,4
Profesión		
Médico	200	45,9
Enfermería	236	54,1
Años de ejercicio		
< 15	108	24,9
15 a 25	137	31,6
26 a 32	88	20,3
> 32	101	23,3
Tipo de contrato		
Plantilla	302	69,7
Vinculados	15	3,5
Residentes	62	14,3
Otros*	54	12,5
Área de trabajo		
Médica	202	47,0
Quirúrgica	72	16,7
Médico-Quirúrgica	86	20,0
Laboratorios	21	4,9
Otros**	49	11,4

*Otros: incluye sustitutos eventuales e interinos

**Otros: incluye radiodiagnóstico y medicina nuclear



V.1.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS EN CADA PREGUNTA (ÍTEMS) DEL CUESTIONARIO

La pregunta número 23 estaba mal formulada al tener como opciones de respuesta “siempre” y “no”, pensamos que no podíamos interpretar los primeros 100 cuestionarios de igual manera que los restantes aunque estos estuvieran corregidos, por lo que consideramos más correcto excluirla del estudio.

En las siguientes tablas aparecen las respuestas dadas por los 436 profesionales encuestados, respecto a los derechos de los pacientes planteados en las diferentes preguntas del cuestionario. Exponemos los resultados atendiendo a su frecuencia (N) y al porcentaje que representa, siguiendo el orden en que aparecen en el cuestionario.

Tabla 1. 2. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario

Preguntas	N	%
1. ¿Cree que la palabra usuario está legalmente reconocida en la normativa española?		
Sí	319	73,2
No	37	8,5
NS/NC	80	18,3
2. ¿Considera adecuada la utilización del término usuario aplicado a las relaciones sanitarias asistenciales?		
Sí		
No	221	50,7
NS/NC	213	48,9
	2	0,5
3. ¿Qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos?		
Enfermo	62	14,5
Paciente	349	81,5
Otros	17	4,0
4. ¿Consideraría adecuada la desaparición, en el ámbito asistencial, de la palabra enfermo?		
Sí	177	40,7
No	223	51,3
NS/NC	35	8,0
5. ¿Cree que la ley establece que el paciente tiene derecho a un médico responsable de coordinar la asistencia sanitaria que se le preste?		
Sí	338	77,5
No	44	10,1
NS/NC	54	12,4



Tabla 1.3. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
6. ¿Considera que los pacientes tienen reconocidos legalmente derechos y deberes?		
Sí	411	94,3
No	17	3,9
NS/NC	8	1,8
7. ¿Conoce si alguna norma española, a nivel estatal, trataba este tema en el siglo XX?		
Sí	169	38,8
No	258	59,2
NS/NC	9	2,1
8. ¿Y en el siglo XXI?		
Sí	208	47,8
No	203	46,7
NS/NC	24	5,5
9. ¿Sabe si las Comunidades Autónomas han legislado sobre los derechos/ deberes de los pacientes, para su territorio?		
Sí	346	79,4
No	90	20,6
10. ¿Conoce si a nivel del Consejo de Europa (CE) hay normativas sobre derechos y deberes de los pacientes?		
Sí	269	61,7
No	163	37,4
NS/NC	4	0,9
11. En la relación asistencial ¿opina que la información es un derecho del paciente?		
Sí	435	99,8
No	1	0,2
12. Indique cual de los siguientes extremos hay que transmitir al paciente sobre el acto asistencial que se presta		
Finalidad y Naturaleza	4	0,9
Naturaleza, finalidad y riesgos	22	5,1
Naturaleza, finalidad, riesgos y consecuencias	407	94,0



Tabla 1.4. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
13. ¿Cree que la información clínica siempre debe ser?		
Verdadera	386	90,6
Podrá falsearse	39	9,2
NS/NC	1	0,2
14. ¿Considera que la información clínica se transmite para?		
Librarnos de responsabilidad	14	3,4
El paciente tome decisiones libres	387	94,4
Para otros fines	9	2,2
15. ¿Considera que la información clínica hay que proporcionarla al paciente sólo cuando hay riesgos para su salud?		
Sí	12	2,8
No	422	97,2
16. ¿Cree que la información, como regla general hay que transmitirla?		
Sólo verbalmente	6	1,4
Verbalmente y en historia clínica	406	95,1
Sólo por escrito	15	3,5
17. ¿Considera que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su estado de salud?		
Sí	364	84,1
No	2	0,5
Sí, con reservas	67	15,5
18. ¿A quien cree que le corresponde adoptar los medios oportunos para garantizar la confidencialidad de los datos?		
Centros sanitarios	111	29,1
Servicios Sanitarios	50	13,1
Sistema Nacional de Salud	191	50,0
NS/NC	30	7,9



Tabla 1.5. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
19. ¿Tiene el paciente o usuario derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar sus datos diagnósticos y terapéuticos, para la docencia e investigación?		
Sí	404	93,7
No	27	6,3
20. ¿Considera que cuando el paciente participa en un ensayo clínico requiere un protocolo especial para la información y el consentimiento?		
Sí	408	94,0
No	15	3,5
NS/NC	11	2,5
21. ¿Cree que el paciente puede revocar el consentimiento, ya prestado, en cualquier momento?		
Sí	417	96,5
No	12	2,8
NS/NC	3	0,7
22. ¿Considera que cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado, se debe respetar su voluntad?		
Sí	405	93,3
No	16	3,7
NS/NC	13	3,0
24. ¿Considera que se puede otorgar el consentimiento a través de la representación de otra persona?		
Sí	132	31,1
No	10	2,4
Sí, en determinados supuestos	282	66,5



Tabla 1.6. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
25. ¿Cree que los pacientes menores, entre 16 y 18 años con madurez emocional e intelectual, pueden dar el consentimiento para la asistencia médica?		
Sí	126	31,6
No	84	21,1
En caso de riesgo los padres deben ser informados	189	47,4
26. ¿Cree que la información que el facultativo proporciona al paciente, para recabar el consentimiento por escrito, debe atenderse a unas características precisas?		
Sí		
No	371	85,3
NS/NC	30	6,9
	34	7,8
27. ¿Cree que la ley regula la posibilidad de dejar escritas instrucciones previas sobre el tratamiento médico que queremos en el futuro?		
Sí	316	72,6
No	35	8,0
NS/NC	84	19,3
28. ¿Quién cree que regula el procedimiento adecuado para que se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas que haya dejado escritas una persona?		
Centros Sanitarios		
Servicio de Salud	74	18,2
Sistema Nacional de salud	127	31,2
	205	50,4
29. ¿Considera que las instrucciones previas podrán revocarse, o una vez escritas son definitivas?		
No	50	11,7
Sólo si se hace libremente dejando constancia escrita	321	75,0
NS/NC	57	13,3
30. ¿Cree que el Registro nacional de instrucciones previas lo crea?		
Cada hospital	22	5,6
Ministerio de Sanidad	157	40,1
Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma	211	53,8
NS/NC	2	0,5



Tabla 1.7. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
31. ¿Cree que los usuarios y pacientes tienen derecho a elegir médico y centro asistencial?		
Sí	409	94,0
No	14	3,2
NS/NC	12	2,8
32. ¿Considera que en la historia clínica deben incluirse documentos que reflejen el trabajo de enfermería?		
Sí	414	95,8
No	17	3,9
NS/NC	1	0,2
33. ¿Considera necesario el informe de alta de Enfermería?		
Sí	362	84,4
No	67	15,6
34. ¿Considera que existen disposiciones legales sobre el contenido mínimo de la historia clínica?		
Sí	336	80,6
No	79	18,9
NS/NC	2	0,5
35. ¿Sabe quien establece las normas que facilitan el acceso a la historia clínica del paciente por los profesionales que lo asisten?		
Cada Centro	202	48,0
Los Servicios Sanitarios	212	50,4
El médico responsable	6	1,4
NS/NC	1	0,2
36. ¿Considera que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, ¿se rige por alguna normativa concreta?		
Sí	291	71,3
No	115	28,2
NS/NC	2	0,5
37. ¿Cree que existen normas legales que regulen el deber de secreto, por parte del personal que accede a la historia clínica en el ejercicio de sus funciones?		
Sí	370	87,7
No	33	7,8
No porque es un problema ético	19	4,5



Tabla 1.8. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Preguntas	N	%
38. ¿Considera que los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de la historia clínica?		
Sí	412	95,8
No	3	0,7
NS/NC	15	3,5
39. La custodia de las HC es responsabilidad de		
El Centro Sanitario	328	81,6
El Servicio Sanitario	70	17,4
El médico responsable	4	1,0
40. En el caso de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad de manera individual, ¿quién cree que es el responsable de la gestión y custodia de la documentación asistencial?		
Ellos mismos	338	80,1
El Colegio de Médicos	16	3,8
El Servicio de Salud	68	16,1
41. ¿Considera que el paciente tiene derecho a la documentación que forma parte de su historia clínica?		
Sí	404	94,6
No	23	5,4
42. De existir este derecho ¿lo podría ejercer?		
Siempre	285	68,3
Nunca	4	1,0
Sí, excepto en algunos supuestos	128	30,7
43. ¿Considera que existe alguna circunstancia en la que los profesionales puedan limitar el acceso a la Historia clínica?		
Sí, a todo lo que haya escrito	33	8,0
Sólo a las anotaciones subjetivas	143	34,7
No, nunca	234	56,8
NS/NC	2	0,5
44. ¿Quién determina reglamentariamente las características, requisitos y condiciones del informe de alta?		
Los Centros	170	41,8
Los Servicios Sanitarios	107	26,3
Las Administraciones Sanitarias Autonómicas	130	31,9



Tabla 1.9. Distribución de las respuestas dadas por los 436 profesionales a las diferentes preguntas del cuestionario (cont.)

Variables	N	%
45. ¿Considera que la no aceptación, por parte del paciente del tratamiento es motivo de proponerle el alta voluntaria?		
Sí		
No	208	49,5
NS/NC	211	50,2
	1	0,2
46. ¿Considera, que si se da el alta a un paciente y no quiere dejar el Hospital se puede recurrir a la Administración de justicia para que lo haga?		
Sí		
No	347	83,8
NS/NC	65	15,7
	2	0,5
47. ¿Durante sus estudios académicos recibió usted alguna formación ética y legal?		
Sólo ética	141	33,1
Sólo legal	68	16,0
Ética y legal	177	41,5
Ninguna	40	9,4
48. ¿Esas materias tenían carácter?		
Obligatorio	287	70,7
Optativo	116	28,6
NS/NC	3	0,7
49. ¿Considera que la formación ética facilita el cumplimiento de la norma legal?		
Sí	366	85,1
No	64	14,9
50. ¿Cree que la abundancia de normativa en el campo de la salud?		
Facilita actuar con responsabilidad	323	79,6
Le descarga de responsabilidad	14	3,4
Le facilita ejercer la profesión a la defensiva	69	17,0



V.2. ANÁLISIS BIVARIANTES

V.2.1. CRUCES SOCIODEMOGRÁFICOS.

En la tabla 2 mostramos los las asociaciones entre los datos sociodemográficos.

Tabla 2. Cruces de los datos socio demográficos entre sí.

		EDAD								x ²	g.l	P	E.F	P
		<39		39-48		49-55		>55						
		N	%	N	%	N	%	N	%					
Sexo	Hombre	39	36,8	27	26,0	39	33,9	54	55,7	20,182	3	<0,001	19,834	<0,001
	Mujer	67	63,2	77	74,0	76	66,1	43	44,3					
Profesión	Médico	87	78,4	31	28,7	31	26,3	50	51,5	79,580	3	<0,001	82,196	<0,001
	Enfermería	24	21,6	77	71,3	87	73,7	47	48,5					
T.Contrato	Plantilla	14	12,6	91	84,3	114	96,6	83	86,5	290,757	9	<0,001	288,509	<0,001
	Vinculado	5	4,5	0	0	1	0,8	9	9,4					
	Residente	60	54,1	2	1,9	0	0,0	0	0,0					
	Otros*	32	28,8	15	13,9	3	2,5	4	4,2					
A.Trabajo	Médica	67	60,9	34	32,1	48	41,7	53	54,6	41,051	12	<0,001	40,702	<0,001
	Qca	9	8,2	26	24,5	23	20,0	14	14,4					
	Mco-Qca	21	19,1	30	28,3	21	18,3	12	12,4					
	Laboratorio	4	3,6	1	0,9	6	5,2	10	10,3					
	Otros**	9	8,2	15	14,2	17	14,8	8	8,2					

*Otros: incluye sustitutos eventuales e interinos

**Otros: incluye radiodiagnóstico y medicina nuclear

V.2.2 CRUCES DE LAS DIFERENTES VARIABLES

En las siguientes tablas mostramos los datos resultantes de los cruces de las variables sociodemográficas con las respuestas a los diferentes ítems, recogiendo en ellas la respuesta que es adecuada al contenido de la ley.



Tabla 3.1. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa a la pregunta *¿la palabra usuario está legalmente reconocida?*

Variables	N	%	χ^2 / T.F	GI	P
Edad (años)			7,003	6	0,321
<39	83	74,8			
39-48	74	68,5			
49-55	92	78,0			
> 55	69	71,1			
Años de ejercicio			7,063	6	0,315
<15	79	73,1			
15-25	99	72,3			
26-32	70	79,5			
> 32	70	69,3			
Sexo			3,471	2	0,176
Hombre	110	69,2			
Mujer	199	75,4			
Profesión			8,585	2	0,014
Médico	133	66,5			
Enfermería	186	78,8			
Tipo de contrato			2,908		0,819 ^a
Plantilla	222	73,5			
Vinculados	10	66,7			
Residentes	47	75,8			
Otros	38	70,4			
Área de trabajo			9,934	8	0,270
Médica	150	74,3			
Quirúrgica	54	75,0			
Médico-Quirúrgica	58	67,4			
Laboratorios	14	66,7			
Otros	38	77,6			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.2. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa a la pregunta *¿considera adecuada la utilización del término usuario aplicado a las relaciones sanitarias asistenciales?*

Variables	N	%	$\chi^2/$ TF	GI	P
Edad (años)			26,232		<0,001^a
< 39	47	42,3			
39-48	63	58,3			
49-55	76	64,4			
> 55	34	35,1			
Años de ejercicio			28,258		<0,001^a
<15	42	38,9			
15-25	84	63,1			
26-32	56	63,6			
> 32	38	37,6			
Sexo			18,392		< 0,001^a
Hombre	60	37,7			
Mujer	154	58,3			
Profesión			55,763		< 0,001^a
Médico	63	31,5			
Enfermería	158	66,9			
Tipo de contrato			18,536		0,003^a
Plantilla	170	56,3			
Vinculados	2	13,3			
Residentes	26	41,9			
Otros	22	40,7			
Área de trabajo			11,880		0,107 ^a
Médica	90	44,6			
Quirúrgica	44	61,1			
Médico-Quirúrgica	45	52,3			
Laboratorios	11	52,4			
Otros	27	55,1			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.3. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos (sexo y tipo de contrato) asociados con las diferentes respuestas que aparecen en la tabla, a la pregunta *¿qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos?*

Variables	N	%	χ^2 /TF	GI	P
Edad (años)			16,543		0,008^a
< 39					
Enfermo	10	9,0			
Paciente	101	91,0			
Otros	0	0,0			
39-48					
Enfermo	18	17,1			
Paciente	79	75,2			
Otros	8	7,6			
49-55					
Enfermo	17	14,9			
Paciente	90	78,9			
Otros	7	6,1			
> 55					
Enfermo	17	17,7			
Paciente	77	80,2			
Otros	2	2,1			
Años de ejercicio			22,045		0,001^a
< 15					
Enfermo	8	7,5			
Paciente	99	92,5			
Otros	0	0,0			
15-25					
Enfermo	21	15,7			
Paciente	102	76,1			
Otros	11	8,2			
26-32					
Enfermo	16	19,0			
Paciente	63	75,0			
Otros	5	6,0			
> 32					
Enfermo	17	16,8			
Paciente	83	82,2			
Otros	1	1,0			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.3. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos (edad y años de ejercicio) con las diferentes respuestas a la pregunta *¿qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos?* (cont.)

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Sexo			2,106	2	0,349
Hombre					
Enfermo	26	16,7			
Paciente	126	80,8			
Otros	4	2,6			
Mujer					
Enfermo	35	13,5			
Paciente	212	81,5			
Otros	13	5,0			
Tipo de contrato			11,894		0,44^a
Plantilla					
Enfermo	51	17,3			
Paciente	228	77,6			
Otros	15	5,1			
Vinculados					
Enfermo	0	0,0			
Paciente	15	100,0			
Otros	0	0,0			
Residentes					
Enfermo	4	6,5			
Paciente	58	93,5			
Otros	0	0,0			
Otros					
Enfermo	7	13,0			
Paciente	45	83,3			
Otros	2	3,7			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.3. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos (profesión y área de trabajo) asociados con las diferentes respuestas expuestas en la tabla, a la pregunta *¿qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos?* (cont.)

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Profesión			13,478	2	0,001
Médico					
Enfermo	19	9,7			
Paciente	174	88,8			
Otros	3	1,5			
Enfermería					
Enfermo	43	18,5			
Paciente	175	75,4			
Otros	14	6,0			
Área de trabajo			4,205		0,840 ^a
Médica					
Enfermo	32	16,1			
Paciente	161	80,9			
Otros	6	3,0			
Quirúrgica					
Enfermo	10	14,3			
Paciente	56	80,0			
Otros	4	5,7			
Médico-Quirúrgica					
Enfermo	10	11,9			
Paciente	71	84,5			
Otros	3	3,6			
Laboratorios					
Enfermo	2	9,5			
Paciente	17	81,0			
Otros	2	9,5			
Otros					
Enfermo	7	14,6			
Paciente	39	81,3			
Otros	2	4,2			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.4. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa con la pregunta *¿consideraría adecuada la desaparición, en el ámbito asistencial, de la palabra enfermo?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			13,372	6	0,037
<39	40	36,0			
39-48	50	46,3			
49-55	57	48,3			
> 55	29	30,2			
Años de ejercicio			15,211	6	0,019
<15	34	31,5			
15-25	66	48,2			
26-32	39	44,3			
> 32	37	37,0			
Sexo			9,141	2	0,010
Hombre	52	32,7			
Mujer	121	46,0			
Profesión			19,377	2	<0,001
Médico	59	29,5			
Enfermería	118	50,2			
Tipo de contrato			6,306	6	0,390
Plantilla	129	42,9			
Vinculados	8	53,3			
Residentes	20	32,3			
Otros	19	35,2			
Área de trabajo			19,356	8	0,013
Médica	70	34,8			
Quirúrgica	39	54,2			
Médico-Quirúrgica	37	43,0			
Laboratorios	7	33,3			
Otros	24	49,0			



Tabla 3.5 Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa con la pregunta **¿cree que la ley establece que el paciente tiene derecho a un médico responsable de coordinar la asistencia sanitaria que se le preste?**

Variables	N	%	$\chi^2/$ TF	GI	P
Edad (años)			4,955	6	0,550
< 39	86	77,5			
39-48	89	82,4			
49-55	92	78,0			
> 55	69	71,1			
Años de ejercicio			9,394	6	0,153
<15	86	79,6			
15-25	113	82,5			
26-32	67	76,1			
> 32	70	69,3			
Sexo			0,914	2	0,633
Médico	123	77,4			
Enfermero	204	77,3			
Profesión			0,007	2	0,996
Médico	155	77,5			
Enfermería	183	77,5			
Tipo de contrato			7,722	6	0,259
Plantilla	231	76,5			
Vinculados	10	66,7			
Residentes	53	85,5			
Otros	41	75,9			
Área de trabajo			7,896	8	0,444
Médica	160	79,2			
Quirúrgica	56	77,8			
Médico-Quirúrgica	61	70,9			
Laboratorios	14	66,7			
Otros	41	83,7			



Tabla 3.6. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa con la pregunta *¿Considera que los pacientes tienen reconocidos legalmente derechos y deberes?*

Variables	N	%	$\chi^2/$ TF	GI	P
Edad (años)			2,763		0,862 ^a
< 39	106	95,5			
39-48	103	95,4			
49-55	108	91,5			
> 55	92	94,8			
Años de ejercicio			5,388		0,477 ^a
<15	104	96,3			
15-25	129	94,2			
26-32	79	89,8			
> 32	97	96,0			
Sexo			2,479		0,293 ^a
Hombre	153	96,2			
Mujer	245	92,8			
Profesión			3,610		0,169
Médico	192	96,0			
Enfermería	219	92,8			
Tipo de contrato			7,346		0,201 ^a
Plantilla	283	93,7			
Vinculados	12	80,0			
Residentes	60	96,8			
Otros	53	98,1			
Área de trabajo			9,146		0,231 ^a
Médica	193	95,5			
Quirúrgica	67	93,1			
Médico-Quirúrgica	80	93,0			
Laboratorios	20	95,2			
Otros	45	91,8			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.7. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa a la pregunta *¿conoce si alguna norma española, a nivel estatal, trataba este tema en el siglo XX?*

Variables	N	%	χ^2 /TF	GI	P
Edad (años)			14,126		0,017^a
< 39	28	25,2			
39-48	47	43,5			
49-55	46	39,0			
> 55	47	48,5			
Años de ejercicio			14,738		0,013^a
<15	27	25,0			
15-25	62	45,3			
26-32	32	36,4			
> 32	47	46,5			
Sexo			2,827		0,225 ^a
Hombre	68	42,8			
Mujer	95	36,0			
Profesión			2,393		0,295
Médico	75	37,5			
Enfermería	94	39,8			
Tipo de contrato			7,976		0,192
Plantilla	128	42,4			
Vinculados	6	40,0			
Residentes	16	25,8			
Otros	18	33,3			
Área de trabajo			7,822		0,395 ^a
Médica	74	36,6			
Quirúrgica	28	38,9			
Médico-Quirúrgica	29	33,7			
Laboratorios	8	38,1			
Otros	27	55,1			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.8. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa, a la pregunta ¿y en el siglo XXI?

Variables	N	%	χ^2 /TF	GI	P
Edad (años)			20,809	6	0,002
< 39	36	32,4			
39-48	61	56,5			
49-55	57	48,7			
> 55	53	54,6			
Años de ejercicio			27,504	6	<0,001
<15	32	29,6			
15-25	79	57,7			
26-32	42	48,3			
> 32	54	53,5			
Sexo			1,452	2	0,484
Hombre	70	44,3			
Mujer	131	49,6			
Profesión			7,484	2	0,024
Médico	83	47,1			
Enfermería	125	53,0			
Tipo de contrato			14,905		0,015^a
Plantilla	158	52,5			
Vinculados	7	46,7			
Residentes	21	33,9			
Otros	21	38,9			
Área de trabajo			9,130		0,302 ^a
Médica	93	46,3			
Quirúrgica	36	50,0			
Médico-Quirúrgica	39	45,3			
Laboratorios	7	33,3			
Otros	30	61,2			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.9 Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa, a la pregunta *¿sabe si las Comunidades Autónomas han legislado sobre derechos/deberes de los pacientes para sus territorios?*

VARIABLES	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			12,764	3	0,005
<39	75	67,6			
39-48	90	83,3			
49-55	100	84,7			
> 55	79	81,4			
Años de ejercicio			12,060	3	0,007
<15	73	67,6			
15-25	115	83,9			
26-32	72	81,8			
> 32	84	83,2			
Sexo			0,201	1	0,654
Hombre	127	79,9			
Mujer	206	78,0			
Profesión			0,166	1	0,684
Médico	157	78,5			
Enfermería	189	80,1			
Tipo de contrato			6,867	3	0,076
Plantilla	248	82,1			
Vinculados	11	73,3			
Residentes	42	67,7			
Otros	43	79,6			
Área de trabajo			2,703	4	0,609
Médica	156	77,2			
Quirúrgica	62	86,1			
Médico-Quirúrgica	67	77,9			
Laboratorios	17	81,0			
Otros	39	79,6			



Tabla 3.10. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la pregunta *¿conoce si a nivel del Consejo de Europa hay normativas sobre derechos y deberes de los pacientes?*

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			11,667		0,036^a
< 39	58	52,3			
39-48	68	63,0			
49-55	79	66,9			
> 55	63	64,9			
Años de ejercicio			17,449	6	0,008
<15	59	54,6			
15-25	86	62,8			
26-32	59	67,0			
> 32	64	63,4			
Sexo			0,558		0,774 ^a
Hombre	95	59,7			
Mujer	164	62,1			
Profesión			1,023		0,637
Médico	127	63,5			
Enfermería	142	60,2			
Tipo de contrato			5,828		0,394 ^a
Plantilla	188	62,3			
Vinculados	10	66,7			
Residentes	40	64,5			
Otros	30	55,6			
Área de trabajo			3,587		0,902 ^a
Médica	123	60,9			
Quirúrgica	44	61,1			
Médico-Quirúrgica	50	58,1			
Laboratorios	14	66,7			
Otros	33	67,3			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.11. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta afirmativa a la pregunta: **En la relación asistencial ¿opina que la información es un derecho del paciente?**

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			2,775		0,726 ^a
< 39	110	99,1			
39-48	108	100,0			
49-55	118	100,0			
> 55	97	100,0			
Años de ejercicio			2,873		0,680 ^a
<15	107	99,1			
15-25	137	100,0			
26-32	88	100,0			
> 32	101	100,0			
Sexo					0,376 ^a
Hombre	158	99,4			
Mujer	264	100,0			
Profesión					0,459 ^a
Médico	199	99,5			
Enfermería	236	100,0			
Tipo de contrato			6,129		0,302 ^a
Plantilla	302	100,0			
Vinculados	15	100,0			
Residentes	61	98,4			
Otros	54	100,0			
Área de trabajo			3,512		1,000
Médica	201	99,5			
Quirúrgica	72	100,0			
Médico-Quirúrgica	86	100,0			
Laboratorios	21	100,0			
Otros	49	100,0			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.12. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta “Naturaleza, finalidad, riesgos y consecuencias”, a la respuesta: **indique cual de los siguientes extremos hay que transmitir al paciente sobre el acto asistencial que se presta.**

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			6,040		0,345 ^a
< 39	104	94,5			
39-48	104	96,3			
49-55	111	94,9			
> 55	86	89,6			
Años de ejercicio			5,372		0,445 ^a
<15	102	95,3			
15-25	131	95,6			
26-32	81	92,0			
> 32	91	91,9			
Sexo			3,922		0,125 ^a
Hombre	144	91,1			
Mujer	250	95,4			
Profesión			0,180		1,000 ^a
Médico	187	94,0			
Enfermería	220	94,0			
Tipo de contrato			4,498		0,533 ^a
Plantilla	280	93,3			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	58	95,1			
Otros	52	96,3			
Área de trabajo			4,631		0,769 ^a
Médica	186	92,5			
Quirúrgica	69	95,8			
Médico-Quirúrgica	80	94,1			
Laboratorios	19	95,0			
Otros	47	95,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.13. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta “verdadera”, a: ¿cree que la información clínica siempre debe ser?

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)	98	89,1	5,862		0,382
< 39	98	93,3			
39-48	108	93,1			
49-55	81	87,1			
> 55					
Años de ejercicio			5,783		0,399 ^a
<15	95	88,8			
15-25	124	93,2			
26-32	80	92,0			
> 32	86	88,7			
Sexo			0,808		0,828 ^a
Hombre	139	89,7			
Mujer	234	90,7			
Profesión			0,878		0,929
Médico	178	43,6			
Enfermería	208	53,9			
Tipo de contrato			8,629		0,235 ^a
Plantilla	269	91,8			
Vinculados	11	73,3			
Residentes	56	91,8			
Otros	48	88,9			
Área de trabajo			12,458		0,097 ^a
Médica	178	88,6			
Quirúrgica	59	85,5			
Médico-Quirúrgica	82	97,6			
Laboratorios	19	95,0			
Otros	43	93,5			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.14. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta “para que el paciente tome decisiones con su propia y libre voluntad”, a: *¿considera que la información clínica se transmite para?*

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			8,857		0,140 ^a
< 39	100	95,2			
39-48	93	92,1			
49-55	106	93,8			
> 55	86	96,6			
Años de ejercicio			3,951		0,696 ^a
<15	96	95,0			
15-25	120	93,0			
26-32	80	95,2			
> 32	89	94,7			
Sexo			1,088	2	0,580
Hombre	137	93,2			
Mujer	237	94,8			
Profesión			1,886		0,425 ^a
Médico	174	95,1			
Enfermería	213	93,8			
Tipo de contrato			1,937		0,893 ^a
Plantilla	266	93,7			
Vinculados	14	100,0			
Residentes	57	96,6			
Otros	47	94,0			
Área de trabajo			4,516		0,772 ^a
Médica	184	94,8			
Quirúrgica	61	92,4			
Médico-Quirúrgica	72	91,1			
Laboratorios	18	100,0			
Otros	46	97,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.15. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta negativa a: *¿considera que la información clínica hay que proporcionarla al paciente sólo cuando hay riesgo para su salud?*

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			5,033		0,159 ^a
<39	107	97,3			
39-48	107	99,1			
49-55	115	98,3			
> 55	91	93,8			
Años de ejercicio			4,262		0,215 ^a
<15	104	97,2			
15-25	135	99,3			
26-32	85	96,6			
> 32	96	95,0			
Sexo					0,379
Hombre	152	96,2			
Mujer	257	97,7			
Profesión			0,087	1	0,768
Médico	194	97,5			
Enfermería	228	97,0			
Tipo de contrato			2,082		0,471 ^a
Plantilla	293	97,3			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	60	98,4			
Otros	52	96,3			
Área de trabajo			1,369		0,863 ^a
Médica	196	97,5			
Quirúrgica	70	97,2			
Médico-Quirúrgica	82	96,5			
Laboratorios	20	95,2			
Otros	48	98,0			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.16. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta “verbalmente dejando constancia en la historia clínica” a: ¿cree que la información, como regla general hay que transmitirla?

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			5,416		0,455 ^a
< 39	106	98,1			
39-48	101	95,3			
49-55	109	94,0			
> 55	88	92,6			
Años de ejercicio			8,228		0,152 ^a
<15	102	98,1			
15-25	129	96,3			
26-32	82	94,3			
> 32	91	91,0			
Sexo			2,217		0,365 ^a
Hombre	145	92,9			
Mujer	248	96,1			
Profesión			1,945		0,419 ^a
Médico	187	95,4			
Enfermería	219	94,8			
Tipo de contrato			6,671		0,252 ^a
Plantilla	280	94,6			
Vinculados	13	86,7			
Residentes	59	96,7			
Otros	51	98,1			
Área de trabajo			13,624		0,033 ^a
Médica	192	96,5			
Quirúrgica	65	91,5			
Médico-Quirúrgica	81	96,4			
Laboratorios	19	95,0			
Otros	44	91,7			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.17. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿la persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de sus datos de salud?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			13,577		0,012^a
< 39	82	74,5			
39-48	92	85,2			
49-55	106	91,4			
> 55	83	85,6			
Años de ejercicio			14,558		0,007^a
<15	82	76,6			
15-25	112	83,0			
26-32	83	94,3			
> 32	86	85,1			
Sexo			0,502		0,951 ^a
Hombre	131	82,9			
Mujer	220	84,0			
Profesión			11,413		0,002^a
Médico	154	77,8			
Enfermería	210	89,4			
Tipo de contrato			17,566		0,004^a
Plantilla	264	88,0			
Vinculados	13	86,7			
Residentes	43	70,5			
Otros	43	79,6			
Área de trabajo			7,707		0,434 ^a
Médica	162	81,0			
Quirúrgica	64	88,9			
Médico-Quirúrgica	74	87,1			
Laboratorios	20	95,2			
Otros	40	81,6			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.18. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con a “los Centros Sanitarios”, a: *¿a quien corresponde garantizar la confidencialidad de los datos?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			13,205	9	0,154
< 39	28	28,3			
39-48	28	29,8			
49-55	25	25,5			
> 55	29	32,6			
Años de ejercicio			12,786	9	0,173
≤15	30	31,9			
15-25	33	27,5			
26-32	15	19,7			
> 32	32	35,6			
Sexo			0,077	3	0,855
Hombre	38	26,4			
Mujer	68	30,1			
Profesión			6,157	3	0,104
Médico	57	32,9			
Enfermería	54	25,8			
Tipo de contrato			9,372		0,372
Plantilla	77	29,2			
Vinculados	1	7,7			
Residentes	17	30,9			
Otros	15	31,9			
Área de trabajo			13,295		0,321 ^a
Médica	47	24,9			
Quirúrgica	15	24,2			
Médico-Quirúrgica	28	38,9			
Laboratorios	3	20,0			
Otros	15	37,5			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.19. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo, a la pregunta: *¿Tiene el paciente o usuario derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar sus datos diagnósticos y terapéuticos, para la docencia e investigación?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			4,932	3	0,177
<39	101	92,7			
39-48	106	98,1			
49-55	108	92,3			
> 55	87	91,6			
Años de ejercicio			5,363	3	0,147
<15	98	92,5			
15-25	132	97,1			
26-32	83	94,3			
> 32	89	89,9			
Sexo			3,871	1	0,049
Hombre	143	90,5			
Mujer	248	95,4			
Profesión			6,787	1	0,009
Médico	180	90,5			
Enfermería	224	96,6			
Tipo de contrato			1,580		0,629 ^a
Plantilla	282	94,3			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	57	93,4			
Otros	48	90,6			
Área de trabajo			6,639		0,127 ^a
Médica	186	93,0			
Quirúrgica	70	98,6			
Médico-Quirúrgica	77	90,6			
Laboratorios	19	90,5			
Otros	47	97,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.20. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo, a la pregunta: *¿necesita el paciente que participa en un ensayo clínico un protocolo especial para la información y el consentimiento?*

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			6,458		0,353 ^a
< 39	102	92,7			
39-48	103	95,4			
49-55	114	97,4			
> 55	87	89,7			
Años de ejercicio			3,859		0,704 ^a
<15	99	92,5			
15-25	131	96,3			
26-32	84	95,5			
> 32	92	91,1			
Sexo			1,331	2	0,514
Hombre	151	95,6			
Mujer	244	92,8			
Profesión			0,411	2	0,814
Médico	188	94,5			
Enfermería	220	93,6			
Tipo de contrato			4,731		0,478 ^a
Plantilla	285	94,7			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	55	90,2			
Otros	52	96,3			
Área de trabajo			5,884		0,596 ^a
Médica	189	94,0			
Quirúrgica	69	95,8			
Médico-Quirúrgica	78	91,8			
Laboratorios	20	95,2			
Otros	46	93,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.21. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿Cree que el paciente puede revocar el consentimiento, ya prestado, en cualquier momento?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			8,394		0,109 ^a
< 39	102	92,7			
39-48	103	96,3			
49-55	115	98,3			
> 55	95	99,0			
Años de ejercicio			5,904		0,336 ^a
<15	100	93,5			
15-25	130	96,3			
26-32	85	97,7			
> 32	100	99,0			
Sexo			1,026		0,728 ^a
Hombre	151	95,6			
Mujer	253	96,9			
Profesión			1,035		0,671 ^a
Médico	191	96,0			
Enfermería	226	97,0			
Tipo de contrato			10,359		0,072 ^a
Plantilla	292	97,7			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	56	91,8			
Otros	52	96,3			
Área de trabajo			17,482		0,005^a
Médica	197	98,0			
Quirúrgica	68	94,4			
Médico-Quirúrgica	81	97,6			
Laboratorios	18	85,7			
Otros	47	95,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.22. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: *¿Considera que cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado, se debe respetar su voluntad?*

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			4,198		0,655 ^a
< 39	100	90,9			
39-48	102	94,4			
49-55	112	94,9			
> 55	89	92,7			
Años de ejercicio			5,288		0,496 ^a
<15	97	90,7			
15-25	130	94,9			
26-32	85	96,6			
> 32	91	91,0			
Sexo			0,522	2	0,770
Hombre	146	93,0			
Mujer	246	93,2			
Profesión			8,997	2	0,011
Médico	178	89,9			
Enfermería	227	96,2			
Tipo de contrato			8,133		0,149 ^a
Plantilla	282	93,7			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	56	91,8			
Otros	50	92,6			
Área de trabajo			11,798		0,095 ^a
Médica	191	95,5			
Quirúrgica	66	91,7			
Médico-Quirúrgica	77	89,5			
Laboratorios	17	81,0			
Otros	48	98,0			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.24 Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “sí, en determinados supuestos”, a: *¿se puede otorgar el consentimiento a través de la representación de otra persona?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			9,102		0,140 ^a
< 39	77	72,0			
39-48	70	66,0			
49-55	70	60,9			
> 55	64	68,1			
Años de ejercicio			12,562		0,035^a
<15	79	76,0			
15-25	80	59,7			
26-32	56	64,4			
> 32	66	68,0			
Sexo			2,564	2	0,277
Hombre	100	64,5			
Mujer	175	68,4			
Profesión			1,851	2	0,396
Médico	135	69,2			
Enfermería	147	64,2			
Tipo de contrato			8,114		0,180 ^a
Plantilla	186	63,1			
Vinculados	12	85,7			
Residentes	47	79,7			
Otros	35	66,0			
Área de trabajo			6,570		0,540 ^a
Médica	67	34,0			
Quirúrgica	20	28,2			
Médico-Quirúrgica	23	28,4			
Laboratorios	9	42,9			
Otros	12	25,0			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.25. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “sí, en caso de riesgo los padres deben estar informados” a: ¿cree que los menores, entre 16 y 18 años con madurez intelectual pueden dar su consentimiento para la asistencia?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			5,860	6	0,439
< 39	51	46,8			
39-48	43	45,3			
49-55	47	43,9			
> 55	47	54,7			
Años de ejercicio			10,169	6	0,118
<15	52	50,5			
15-25	49	38,9			
26-32	36	47,4			
> 32	51	55,4			
Sexo			10,449	2	0,005
Hombre	53	37,1			
Mujer	131	53,9			
Profesión			7,084	2	0,029
Médico	88	47,8			
Enfermería	101	47,0			
Tipo de contrato			4,044	6	0,671
Plantilla	126	46,3			
Vinculados	8	57,1			
Residentes	30	49,2			
Otros	23	46,9			
Área de trabajo			10,978	8	0,203
Médica	92	49,2			
Quirúrgica	25	42,4			
Médico-Quirúrgica	34	41,0			
Laboratorios	15	75,0			
Otros	20	44,4			



Tabla 3.26. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿cree que la información que da el facultativo debe atenderse a unas características precisas?

Variables	N	%	χ^2 / TF	GI	P
Edad (años)			3,515	6	0,742
< 39	94	85,5			
39-48	91	84,3			
49-55	102	86,4			
> 55	83	85,6			
Años de ejercicio			4,346	6	0,630
<15					
15-25	91	85,0			
26-32	117	85,4			
> 32	76	86,4			
	86	85,1			
Sexo			10,758	2	0,005
Hombre	146	92,4			
Mujer	213	80,7			
Profesión			6,832	2	0,033
Médico	179	89,9			
Enfermería	192	81,4			
Tipo de contrato			2,428		0,868 ^a
Plantilla	257	85,1			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	53	86,9			
Otros	46	85,2			
Área de trabajo			8,820		0,322 ^a
Médica	177	88,1			
Quirúrgica	61	84,7			
Médico-Quirúrgica	69	80,2			
Laboratorios	17	81,0			
Otros	42	85,7			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.27. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿cree que la ley regula la posibilidad de dejar escritas instrucciones previas sobre el tratamiento médico en el futuro?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			16,126	6	0,013
< 39	80	72,7			
39-48	86	79,6			
49-55	87	73,7			
> 55	61	62,9			
Años de ejercicio			18,954	6	0,004
<15	76	71,0			
15-25	110	80,3			
26-32	65	73,9			
> 32	63	62,4			
Sexo			0,800	2	0,670
Hombre	118	74,7			
Mujer	187	70,8			
Profesión			14,741	2	0,001
Médico	143	71,9			
Enfermería	173	73,9			
Tipo de contrato			5,376		0,473 ^a
Plantilla	121	73,2			
Vinculados	9	60,0			
Residentes	42	68,9			
Otros	42	77,8			
Área de trabajo			18,452	8	0,018
Médica	146	72,6			
Quirúrgica	56	77,8			
Médico-Quirúrgica	59	68,6			
Laboratorios	11	52,4			
Otros	40	81,6			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.28. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “Servicio de Salud”
a: ¿quien cree que regula el procedimiento adecuado que garantice el
cumplimiento de las instrucciones dejadas por una persona?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			19,565		0,010^a
< 39	26	24,8			
39-48	34	33,7			
49-55	37	33,6			
> 55	29	32,6			
Años de ejercicio			17,149		0,026^a
<15	29	28,7			
15-25	41	31,8			
26-32	26	30,6			
> 32	30	33,3			
Sexo			1,193	3	0,835 ^a
Hombre	50	41,0			
Mujer	72	59,0			
Profesión			2,207		0,538 ^a
Médico	62	33,7			
Enfermería	65	29,1			
Tipo de contrato			10,246		0,415 ^a
Plantilla	95	33,9			
Vinculados	5	35,7			
Residentes	11	18,3			
Otros	15	30,0			
Área de trabajo			9,819		0,749 ^a
Médica	62	32,3			
Quirúrgica	20	30,3			
Médico-Quirúrgica	22	27,5			
Laboratorios	2	11,8			
Otros	19	40,4			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.29. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “sólo si se hace libremente dejando constancia por escrito” a ¿considera que las instrucciones previas pueden revocarse o son definitivas?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			8,818	6	0,184
< 39	74	67,9			
39-48	86	81,9			
49-55	89	75,4			
> 55	70	74,5			
Años de ejercicio			9,625	6	0,141
<15	73	69,5			
15-25	106	78,5			
26-32	71	80,7			
> 32	69	70,4			
Sexo			3,437	2	0,179
Hombre	121	78,1			
Mujer	191	73,2			
Profesión			0,866	2	0,648
Médico	150	76,9			
Enfermería	171	73,4			
Tipo de contrato			12,944	2	0,044
Plantilla	234	78,8			
Vinculados	9	60,0			
Residentes	42	68,9			
Otros	34	65,4			
Área de trabajo			10,033	8	0,263
Médica	152	76,4			
Quirúrgica	50	71,4			
Médico-Quirúrgica	61	71,8			
Laboratorios	15	75,0			
Otros	38	79,2			



Tabla 3.30. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con "Ministerio de Sanidad" a: ¿cree que el registro nacional de instrucciones previas lo crea?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			7,961		0,487 ^a
<39	47	45,2			
39-48	40	40,4			
49-55	40	37,4			
> 55	30	37,5			
Años de ejercicio			7,556		0,537 ^a
≤15	44	44,0			
15-25	51	40,2			
26-32	29	36,3			
> 32	6	39,8			
Sexo			4,124		0,223
Hombre	49	34,5			
Mujer	103	43,3			
Profesión			2,135		0,601 ^a
Médico	70	39,8			
Enfermería	87	41,0			
Tipo de contrato			17,562		0,032^a
Plantilla	104	38,4			
Vinculados	5	45,5			
Residentes	31	53,4			
Otros	17	34,0			
Área de trabajo			15,964		0,146 ^a
Médica	72	38,5			
Quirúrgica	21	34,4			
Médico-Quirúrgica	29	39,2			
Laboratorios	12	75,0			
Otros	20	41,7			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.31. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a:
¿cree que los pacientes y usuarios tienen derecho a elegir médico y centro?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			11,924		0,042^a
< 39	98	89,1			
39-48	107	99,1			
49-55	113	95,8			
>55	89	91,8			
Años de ejercicio			15,003		0,010^a
<15	95	88,8			
15-25	136	99,3			
26-32	83	94,3			
>32	93	92,1			
Sexo			4,595	2	0,101
Hombre	144	91,1			
Mujer	252	95,5			
Profesión			13,965	2	0,001
Médico	178	89,4			
Enfermería	231	97,9			
Tipo de contrato			15,044		0,007^a
Plantilla	289	95,7			
Vinculados	13	86,7			
Residentes	51	83,6			
Otros	53	98,1			
Área de trabajo			5,401		0,656 ^a
Médica	184	91,5			
Quirúrgica	70	97,2			
Médico-Quirúrgica	83	96,5			
Laboratorios	18	90,5			
Otros	47	95,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.32. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿considera que en la historia clínica deben incluirse documentos del trabajo de enfermería?

VARIABLES	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			11,538		0,025^a
< 39	101	91,8			
39-48	106	98,1			
49-55	116	99,1			
>55	89	93,7			
Años de ejercicio			11,373		0,026^a
<15	98	91,6			
15-25	135	98,5			
26-32	87	98,9			
>32	92	93,9			
Sexo	144	91,7	11,462		0,001^a
Hombre	257	98,1			
Mujer					
Profesión			14,601		<0,001^a
Médico	181	91,9			
Enfermería	233	99,1			
Tipo de contrato			9,725		0,145 ^a
Plantilla	290	97,0			
Vinculados	14	93,3			
Residentes	56	91,8			
Otros	51	94,4			
Área de trabajo			13,262		0,058 ^a
Médica	191	95,5			
Quirúrgica	70	98,6			
Médico-Quirúrgica	85	98,8			
Laboratorios	17	85,0			
Otros	45	91,8			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.33. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: *¿considera necesario el informe de alta enfermería?*

VARIABLES	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			14,165	3	0,003
<39	87	79,1			
39-48	98	91,6			
49-55	103	89,6			
> 55	72	75,8			
Años de ejercicio			15,012	3	0,002
<15	82	77,4			
15-25	126	92,6			
26-32	76	87,4			
>32	76	77,6			
Sexo			14,613	1	<0,001
Hombre	117	75,0			
Mujer	232	89,2			
Profesión			30,114	1	<0,001
Médico	144	73,8			
Enfermería	218	93,2			
Tipo de contrato			3,753	3	0,289
Plantilla	253	85,2			
Vinculados	11	73,3			
Residentes	48	78,7			
Otros	47	88,7			
Área de trabajo			17,770	4	0,001
Médica	168	84,4			
Quirúrgica	65	92,9			
Médico-Quirúrgica	74	86,0			
Laboratorios	11	55,0			
Otros	39	79,6			



Tabla 3.34. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿considera que existen disposiciones legales sobre el contenido mínimo de la historia clínica?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			13,173		0,015^a
< 39	78	73,6			
39-48	95	89,6			
49-55	87	77,0			
>55	75	83,3			
Años de ejercicio			11,326		0,031^a
≤15	78	75,7			
15-25	117	87,3			
26-32	61	74,4			
> 32	79	82,3			
Sexo			1,266		0,518 ^a
Hombre	126	82,4			
Mujer	199	79,0			
Profesión			1,381		0,658 ^a
Médico	157	80,9			
Enfermería	179	80,3			
Tipo de contrato			4,429		0,663 ^a
Plantilla	237	81,4			
Vinculados	12	85,7			
Residentes	44	73,3			
Otros	42	84,0			
Área de trabajo			12,259		0,092 ^a
Médica	161	83,4			
Quirúrgica	54	81,8			
Médico-Quirúrgica	63	75,9			
Laboratorios	12	60,0			
Otros	42	85,7			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.35. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con la respuesta “cada centro”: ¿sabe quien establece las normas que facilitan el acceso a la historia clínica del paciente por los profesionales que lo asisten?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			23,166		0,001^a
< 39	41	37,6			
39-48	40	37,4			
49-55	66	57,9			
> 55	53	59,6			
Años de ejercicio			20,674		0,003^a
<15	37	35,2			
15-25	60	44,1			
26-32	43	50,6			
> 32	60	64,5			
Sexo			1,216		0,827 ^a
Hombre	70	46,4			
Mujer	123	47,9			
Profesión			9,931		0,009^a
Médico	77	40,1			
Enfermería	125	54,6			
Tipo de contrato			8,585		0,557 ^a
Plantilla	148	50,9			
Vinculados	5	35,7			
Residentes	23	38,3			
Otros	23	43,4			
Área de trabajo			7,832		0,907 ^a
Médica	86	44,1			
Quirúrgica	35	50,0			
Médico-Quirúrgica	45	53,6			
Laboratorios	8	44,4			
Otros	25	52,1			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.36. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de investigación, docencia etc. se rige por alguna normativa?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			4,004		0,678 ^a
< 39	75	69,4			
39-48	78	75,7			
49-55	77	70,6			
>55	60	69,8			
Años de ejercicio			6,903		0,233 ^a
<15	74	71,2			
15-25	102	76,7			
26-32	50	62,5			
>32	64	71,9			
Sexo			0,826		0,800 ^a
Hombre	105	70,9			
Mujer	175	70,9			
Profesión			1,861		0,471 ^a
Médico	140	73,3			
Enfermería	151	69,6			
Tipo de contrato			5,375		0,508 ^a
Plantilla	199	77,1			
Vinculados	12	92,3			
Residentes	44	74,6			
Otros	35	66,0			
Área de trabajo			5,152		0,777 ^a
Médica	135	72,2			
Quirúrgica	46	68,7			
Médico-Quirúrgica	56	69,1			
Laboratorios	12	63,2			
Otros	38	79,2			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.37 Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: *¿existen normas legales que regulen el deber de secreto por parte del personal que accede a la historia clínica?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			8,717		0,183 ^a
<39	98	89,1			
39-48	101	93,5			
49-55	92	83,6			
>55	78	84,8			
Años de ejercicio			7,230		0,288 ^a
<15	97	90,7			
15-25	122	89,7			
26-32	69	87,3			
>32	81	82,7			
Sexo			0,897	2	0,639
Hombre	132	86,3			
Mujer	228	89,1			
Profesión			1,627	2	0,443
Médico	169	87,1			
Enfermería	201	88,2			
Tipo de contrato			6,723		0,287 ^a
Plantilla	250	86,5			
Vinculados	13	86,7			
Residentes	56	91,8			
Otros	50	92,6			
Área de trabajo			16,676		0,019^a
Médica	181	92,8			
Quirúrgica	61	87,1			
Médico-Quirúrgica	66	78,6			
Laboratorios	13	72,2			
Otros	45	91,8			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.38. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿considera que los profesionales sanitarios deben cooperar en la creación y mantenimiento de la historia clínica?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			7,361		0,191 ^a
<39	107	97,3			
39-48	105	97,2			
49-55	110	94,8			
>55	88	93,6			
Años de ejercicio			9,730		0,060 ^a
<15	104	97,2			
15-25	134	97,8			
26-32	79	94,0			
>32	93	93,0			
Sexo			0,261		1,000 ^a
Hombre	150	96,2			
Mujer	249	95,4			
Profesión			1,216		0,568 ^a
Médico	191	97,0			
Enfermería	221	94,8			
Tipo de contrato			3,456		0,707 ^a
Plantilla	283	95,3			
Vinculados	15	100,0			
Residentes	58	95,1			
Otros	54	100,0			
Área de trabajo			18,666		0,003^a
Médica	196	98,0			
Quirúrgica	67	95,7			
Médico-Quirúrgica	79	92,9			
Laboratorios	17	85,0			
Otros	47	95,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.39. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “centro sanitario” a: ¿la custodia de las historias clínicas es responsabilidad de?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			8,977		0,116 ^a
<39	76	73,1			
39-48	84	83,2			
49-55	94	85,5			
>55	72	84,7			
Años de ejercicio			10,141		0,069 ^a
≤15	72	72,7			
15-25	110	83,3			
26-32	65	82,3			
>32	79	87,8			
Sexo			0,786		0,652 ^a
Hombre	116	79,5			
Mujer	199	81,9			
Profesión			2,362		0,293 ^a
Médico	143	79,0			
Enfermería	185	83,7			
Tipo de contrato			17,684		0,005^a
Plantilla	237	84,9			
Vinculados	7	58,3			
Residentes	40	71,4			
Otros	41	78,8			
Área de trabajo			10,912		0,142 ^a
Médica	146	76,8			
Quirúrgica	52	81,3			
Médico-Quirúrgica	70	92,1			
Laboratorios	16	84,2			
Otros	41	85,4			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.40. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “ellos mismos” a: en el caso de los profesionales que ejercen su profesión de manera privada ¿quien cree que es el responsable de la gestión y custodia de la documentación clínica?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			13,456		0,033^a
<39	79	72,5			
39-48	84	80,0			
49-55	94	82,5			
>55	79	85,9			
Años de ejercicio			17,539		0,005^a
<15	77	73,3			
15-25	106	78,5			
26-32	65	79,3			
>32	88	89,8			
Sexo			4,628	2	0,099
Hombre	126	81,3			
Mujer	200	78,7			
Profesión			3,542	2	0,170
Médico	159	81,5			
Enfermería	179	78,9			
Tipo de contrato			20,196		0,001^a
Plantilla	243	83,2			
Vinculados	11	78,6			
Residentes	44	72,1			
Otros	37	71,2			
Área de trabajo			5,200		0,713 ^a
Médica	162	82,2			
Quirúrgica	50	73,5			
Médico-Quirúrgica	67	79,8			
Laboratorios	16	88,9			
Otros	38	77,6			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.41. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: *¿considera que el paciente tiene derecho a la documentación que forma parte de su historia clínica?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			3,626	3	0,305
< 39	103	93,6			
39-48	106	98,1			
49-55	107	93,0			
>55	86	93,5			
Años de ejercicio			1,474	3	0,688
<15	101	94,4			
15-25	132	96,4			
26-32	78	94,0			
>32	91	92,9			
Sexo			2,257	1	0,133
Hombre	143	92,3			
Mujer	248	95,8			
Profesión			1,154	1	0,283
Médico	182	93,3			
Enfermería	222	95,7			
Tipo de contrato			1,409		0,645 ^a
Plantilla	280	94,9			
Vinculados	15	100,0			
Residentes	56	91,8			
Otros	51	94,4			
Área de trabajo			1,173		0,908 ^a
Médica	187	94,0			
Quirúrgica	67	97,1			
Médico-Quirúrgica	80	94,1			
Laboratorios	18	94,7			
Otros	47	95,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.42. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “debe ejercerse, excepto en algunos supuestos” a: **de existir este derecho, ¿lo podría ejercer?**

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			19,283		0,001^a
< 39	50	47,2			
39-48	30	28,0			
49-55	30	26,5			
> 55	18	20,2			
Años de ejercicio			22,640		< 0,001^a
<15	48	46,6			
15-25	43	31,9			
26-32	13	16,0			
> 32	24	25,0			
Sexo			7,668		0,015^a
Hombre	36	24,0			
Mujer	90	35,4			
Profesión			0,805		0,700 ^a
Médico	62	32,6			
Enfermería	66	29,1			
Tipo de contrato			17,184		0,007^a
Plantilla	74	25,5			
Vinculados	4	26,7			
Residentes	29	50,0			
Otros	21	40,4			
Área de trabajo			6,313		0,560 ^a
Médica	64	33,2			
Quirúrgica	22	17,7			
Médico-Quirúrgica	25	29,8			
Laboratorios	3	16,7			
Otros	10	20,4			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.43. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “sólo a las anotaciones subjetivas” a: ¿cree que hay alguna circunstancia en la que el profesional puede limitar el acceso a la historia clínica?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			8,514		0,452 ^a
< 39	46	42,6			
39-48	33	30,8			
49-55	37	33,9			
> 55	27	31,4			
Años de ejercicio			14,813		0,055 ^a
<15	47	44,8			
15-25	42	30,9			
26-32	19	24,7			
>32	35	38,0			
Sexo			1,570		0,676 ^a
Hombre	49	32,7			
Mujer	88	35,2			
Profesión			18,560		<0,001 ^a
Médico	86	45,3			
Enfermería	57	25,7			
Tipo de contrato			14,709		0,083 ^a
Plantilla	85	30,2			
Vinculados	6	40,0			
Residentes	26	43,3			
Otros	25	47,2			
Área de trabajo			26,847		0,005 ^a
Médica	76	39,8			
Quirúrgica	10	14,9			
Médico-Quirúrgica	27	32,9			
Laboratorios	6	33,3			
Otros	22	45,8			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.44. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con “las Administraciones Sanitarias Autonómicas” a: *¿quién determina las características, requisitos y condiciones del informe de alta?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			2,955	6	0,814
< 39	35	33,7			
39-48	29	28,7			
49-55	40	35,7			
>55	26	29,5			
Años de ejercicio			2,701	6	0,845
<15	34	33,3			
15-25	40	31,0			
26-32	27	32,5			
> 32	29	31,9			
Sexo			3,788	2	0,150
Hombre	57	38,3			
Mujer	72	29,3			
Profesión			2,971	2	0,226
Médico	62	33,5			
Enfermería	68	30,6			
Tipo de contrato			4,296	6	0,637
Plantilla	88	31,3			
Vinculados	5	35,7			
Residentes	22	37,3			
Otros	15	30,0			
Área de trabajo			8,888	8	0,352
Médica	65	33,7			
Quirúrgica	23	34,8			
Médico-Quirúrgica	19	24,7			
Laboratorios	3	18,8			
Otros	19	38,8			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.45. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿considera que la no aceptación, por parte del paciente del tratamiento es motivo de proponer el alta voluntaria?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			3,847		0,797 ^a
< 39	55	50,5			
39-48	46	45,1			
49-55	57	50,4			
>55	49	52,1			
Años de ejercicio			5,401		0,469 ^a
<15	51	48,6			
15-25	60	45,5			
26-32	47	56,0			
>32	49	50,5			
Sexo			3,853		0,99 ^a
Hombre	86	55,5			
Mujer	116	46,0			
Profesión			0,833		0,957 ^a
Médico	96	49,2			
Enfermería	112	49,8			
Tipo de contrato			5,086		0,690 ^a
Plantilla	149	51,4			
Vinculados	8	53,3			
Residentes	26	42,6			
Otros	23	45,1			
Área de trabajo			13,924		0,065 ^a
Médica	95	48,2			
Quirúrgica	38	55,1			
Médico-Quirúrgica	35	43,8			
Laboratorios	15	78,9			
Otros	23	46,9			

^aP de Test exacto de Fisher



Tabla 3.46. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: *¿considera que si se da de alta a un paciente y no quiere dejar el hospital se puede recurrir a la Administración de justicia?*

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			5,091		0,467 ^a
< 39	93	88,6			
39-48	84	81,6			
49-55	96	84,2			
>55	72	80,0			
Años de ejercicio			5,659		0,382
≤15	89	89,0			
15-25	109	81,3			
26-32	69	81,2			
>32	78	83,9			
Sexo			6,696		0,021^a
Hombre	135	89,4			
Mujer	199	79,6			
Profesión			7,988		0,011^a
Médico	167	89,3			
Enfermería	180	79,3			
Tipo de contrato			4,766		0,600 ^a
Plantilla	236	81,3			
Vinculados	13	92,9			
Residentes	53	89,8			
Otros	43	87,8			
Área de trabajo			3,142		0,982 ^a
Médica	161	83,0			
Quirúrgica	56	84,8			
Médico-Quirúrgica	66	81,5			
Laboratorios	17	89,5			
Otros	41	85,4			

^aP de Test exacto de Fisher

En las siguientes tablas sólo ponemos los cruces con los factores sociodemográficos de edad, sexo y profesión, estimamos que son los que expresan los datos que nos interesan conocer sobre estos aspectos.



Tabla 3.47. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con las diferentes respuestas que aparecen en la tabla, a la pregunta *¿durante sus estudios académicos recibió usted alguna formación ética y legal?*

Variables	Ética		Legal		Ética Legal		Ninguna		χ^2/TF	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Edad (años)									66,752	< 0,001
< 39	14	12,7	27	24,5	64	58,2	5	4,5		
39-48	51	47,7	10	9,3	38	35,5	8	7,5		
49-55	53	46,5	10	8,8	32	28,1	19	16,7		
> 55	22	23,7	21	22,6	42	45,2	8	8,6		
Sexo									18,388	< 0,001
Hombre	35	22,3	37	23,6	68	43,3	17	10,8		
Mujer	101	39,5	29	11,3	103	40,2	23	9,0		
Profesión									185,57	< 0,001
Médico	6	3,0	67	34,0	103	52,3	21	10,7		
Enfermería	135	59,0	1	0,4	74	32,3	19	8,3		

Tabla 3.48. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con las diferentes respuestas que aparecen en la tabla, a la pregunta *¿esas materias tenían carácter?*

Variables	Obligatorio		Optativo		NS/NC		χ^2/TF	P
	N	%	N	%	N	%		
Edad (años)							38,299	< 0,001
< 39	91	85,0	16	15,0	0	0,0		
39-48	52	51,0	50	49,0	0	0,0		
49-55	70	66,0	34	32,1	2	1,9		
> 55	72	80,9	16	18,0	1	1,1		
Sexo							4,893	0,075 ^a
Hombre	114	77,0	34	23,0	0	0,0		
Mujer	165	67,3	77	31,4	3	1,2		
Profesión							74,453	< 0,001 ^a
Médico	168	91,3	16	8,7	0	0,0		
Enfermería	119	53,6	100	45,0	3	1,4		



Tabla 3.49 .Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con estar de acuerdo a: ¿considera que la formación ética facilita el cumplimiento de la norma legal?

Variables	N	%	χ^2/TF	GI	P
Edad (años)			1,275	3	0,735
< 39	96	87,3			
39-48	90	84,1			
49-55	97	82,9			
>55	82	87,2			
Sexo			0,570	1	0,450
Hombre	131	83,4			
Mujer	224	86,2			
Profesión			6,226	1	0,013
Médico	176	89,8			
Enfermería	190	81,2			

Tabla 3.50. Análisis del cruce de los factores sociodemográficos con las diferentes respuestas que aparecen en la tabla, a la pregunta ¿Cree que la abundancia de normativa en el campo de la salud?

Variables	Facilita al personal actuar con responsabilidad		Le descarga de la responsabilidad		Le facilita el ejercer a la defensiva		$\chi^2/E.F$	P
	N	%	N	%	N	%		
Edad (años)							17,033	0,006^a
< 39	78	74,3	3	2,9	24	22,9		
39-48	91	91,0	3	3,0	6	6,0		
49-55	88	81,5	4	3,7	16	14,8		
> 55	65	71,4	4	4,4	22	24,2		
Sexo							8,191	0,017
Hombre	105	72,4	5	3,4	35	24,1		
Mujer	207	83,5	9	3,6	32	12,9		
Profesión							12,149	0,002
Médico	138	75,0	3	1,6	43	23,4		
Enfermería	185	83,3	11	5,0	26	11,7		



2013

VI. DISCUSIÓN



La discusión se acomoda al esquema de la Ley 41/2002, tomando de la misma incluso los epígrafes de sus apartados.

En esta parte del trabajo hemos seleccionado aquellos resultados que han sido significativos estadísticamente, los cuales hemos podido comentarlos de forma comparativa con los obtenidos por otros autores que han realizado estudios similares; también hemos realizado algunos comentarios respecto a algún resultado que, sin ser significativo, invita a la reflexión para estudios futuros con muestras más amplias.

Hemos procurado una búsqueda bibliográfica lo más amplia posible, a sabiendas de que al ser un tema general y diverso, es muy difícil una recogida exhaustiva. Se da además la circunstancia de que al estar en la base del estudio una normativa legal española, la comparación con publicaciones extranjeras tiene que quedarse a nivel general y sin entrar en exigencias específicas en el cumplimiento de la norma.

VI.1 EN RELACIÓN A LOS PRINCIPIOS GENERALES

Ya dijimos que la Ley 41/2002 recoge por primera vez la definición legal de paciente y usuario. Al preguntar si **la palabra usuario está legalmente reconocida en la normativa española, comprobamos que** la mayoría de los encuestados respondía afirmativamente, lo que sería interpretado como satisfactorio e indicativo del conocimiento de la ley; sin embargo, es muy importante señalar que un 26,8%, de los profesionales reconocieron desconocer este extremo u optaron por el “no sabe/no contesta”.

Son los médicos los que más ignoran la definición legal de la palabra “usuario” ($P=0,014$), lo que sería explicable dado que los profesionales encuestados se dedican a la asistencia y, al ser requeridos sus cuidados profesionales, se encuentran con una situación que se corresponde más con el concepto de paciente que con el de usuario. (LAP. art.3). Es preciso recordar que el término usuario (aunque sin definir) ya aparecía en la LGS, en relación a prestaciones meramente de información y preventivas, lo que quedaba más alejado a profesionales directamente asistenciales; se daba, además, la circunstancia de que eran muchos los médicos que manifestaban rechazo a este término al asociarlo a una relación materialista y mercantilista de la



actividad curativa. En Andalucía tuvimos más oportunidad de asimilar este concepto dado que esta Comunidad elaboró su propia Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes en 1998, con repetida aparición, en ella, de esta palabra, estando expuesta dicha carta en habitaciones y pasillos de los hospitales andaluces.

Cuando la pregunta es más personal: **¿Considera adecuada la utilización del término usuario?**, vemos que prácticamente la mitad no considera adecuada la utilización de esta palabra en el ámbito asistencial. Son los profesionales mayores de 55 años los que han respondido negativamente, en mayor proporción, seguidos de los menores de 39 años. Esto lo podemos explicar porque los profesionales comprendidos en estas franjas de edad ($P < 0,001$) y en las correspondientes a años de ejercicio ($P < 0,001$) han vivido menos en primera línea el proceso de modernización del Sistema Sanitario.

De las mujeres la mayoría ha respondido que sí, mientras que son más los hombres ($P < 0,001$) que no están de acuerdo con la utilización del término usuario.

Cuando comparamos esta respuesta con la profesión encontramos que son los enfermeros los que en mayor número consideran adecuada la utilización de esta palabra, frente a la baja frecuencia de los médicos ($P < 0,001$). Esto lo explicamos al darse la circunstancia de que en enfermería hay más mujeres que hombres, lo que, atendiendo al resultado de la pregunta anterior nos confirma la relación de la respuesta afirmativa con el mayor número de mujeres en el grupo de enfermería. En esto pueden influir lo siguiente, una mentalidad más abierta en las mujeres a aceptar estos cambios, por otra parte, el hecho de que desde enfermería se proporcionan muchos cuidados de tipo preventivo más propios de las necesidades del usuario; otra circunstancia a señalar es la continuada actualización del personal de enfermería en estos temas lo que hace pensar que los profesionales de enfermería, en este campo concreto, conocen mejor estos cambios y están más abiertos a ellos que los médicos; en la práctica vemos que con mucha frecuencia incluyen en sus programas formativos el tema de derechos de los pacientes y usuarios, lo que también han comprobado otros autores (Méndez Pérez L et al., 2007).

Según el tipo de contrato ($P = 0,003$), son los profesionales docentes vinculados a un puesto asistencial (el 86,7%) los que en menor número consideran adecuada la utilización del término usuario.



Con respecto a la pregunta sobre el **término que consideran más adecuado** para la persona que necesita cuidados médicos la mayoría de los encuestados opina que es “paciente” (81,5%); mientras que “enfermo” lo considera más apropiado el 14,5%.

La asociación con la profesión ($P=0,001$) muestra un resultado significativo al optar los médicos por el término “paciente” mayoritariamente (respecto a la frecuencia esperada), y prácticamente nada por “otros” (1,5%).

En relación con la edad, los que con mayor frecuencia eligen el término “enfermo” son los del grupo entre 39 y 48 años y los mayores de 55 ($p= 0,008$); destacando el bajo número de los de menos de 39 años, para los que el término enfermo suena arcaico.

El 92,5% de los que llevan ejerciendo la profesión 15 o menos años optan por el término de “paciente”; seguidos de los que llevan más de 32 años, dato que se aparta de lo esperado. Esto puede deberse a que piensen ante todo, que los pacientes son personas que padecen una enfermedad (enfermo), antes que pensar en la definición legal del término paciente; de hecho cuando la ley se refiere a la *persona que padece una enfermedad* (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española y Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina (2011) es cuando utiliza la palabra *enfermo* (LGS: art.20, 20.3, 67.3 y 94.2; LAP: art 9.2, b).

El término paciente va más ligado al concepto de la asistencia sanitaria moderna, con mayor igualdad y relación proporcional, viéndose el de enfermo más ligado a la actitud clásica de paternalismo. Lo que explica las diferencias respecto a la edad y años de ejercicio.

A pesar de que la mayoría de los encuestados ha considerado más apropiado el término paciente, al preguntar su opinión sobre **la desaparición de la palabra enfermo el 51,3 %** no está de acuerdo en que la palabra desaparezca.

La asociación entre la pregunta y la profesión ($P < 0,001$) nos revela que son los médicos quienes en menor número de lo esperado consideran que debe desaparecer esta palabra. La respuesta afirmativa es menor entre los más jóvenes y menos años trabajados y entre los mayores y con más años de ejercicio. Cabría esperar que los más jóvenes hayan incorporado el lenguaje médico moderno en la asistencia sanitaria;



no encontramos explicación para el grupo de los de mayor edad, pero este dato no ha sido estudiado o, al menos reflejado en la bibliografía consultada por lo que lo dejamos para futuras reflexiones.

Con respecto al conocimiento de los encuestado sobre la existencia de una norma a **nivel estatal promulgada en el siglo XX** (LGS), la mayoría la desconoce (59,2%). Son los más jóvenes ($P= 0,017$) y con menos años de ejercicio profesional ($P= 0,013$) quienes más la desconocen. Son más los que dicen saber de la existencia de la LAP, (47,8%) **promulgada en el siglo XXI**, aquí también son los más jóvenes ($P=0,002$) y los que tienen menos años trabajados ($P<0,001$) los que menos saben de la existencia de esta norma. Estos datos nos sugieren que los conocimientos surgidos de la formación continuada y de la experiencia profesional son mejor asimilados que los recibidos en las fases más teóricas de la formación. De los médicos ($P=0,024$) son menos los que dicen conocerla y atendiendo al tipo de contrato, los residentes y el grupo de “otros”.

Al preguntar **si las Comunidades Autónomas han legislado sobre los derechos/ deberes de los pacientes**, son también los más jóvenes y los que llevan menos años de ejercicio profesional los que dicen desconocer esta normativa. Esto es lógico porque en el periodo legislativo entre ambas leyes es cuando las autonomías decidieron ejercer su derecho a legislar, ampliando aspectos del artículo 10 de la LGS, dando lugar a un exceso de normativa.

A la vista de estos resultados y aún once años después, estamos de acuerdo con Delgado Marroquín et al (2003) en que nos sigue faltando “asimilación, formación y compromiso”, para que esta norma sea el instrumento de regulación que pretende ser. También llama la atención que el 37,4% de los encuestados desconocen la existencia del Convenio de Oviedo, considerando las mismas características en la significación estadística, en cuanto a los de menor edad y menos tiempo trabajado.

Sobre estos datos tan concretos no hemos encontrado estudios con los que comparar nuestros resultados, pensamos que es suficiente compararlos con la bibliografía y legislación referida en la introducción sobre los derechos de los pacientes, y que tienen como referencia inmediata el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo), la ley General de Sanidad y, posteriormente, la ley da Autonomía del Paciente.



VI.2. DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

En relación a **la información asistencial** no son muchos los trabajos que contrastan las opiniones de los médicos y enfermeros, la mayoría tienen en cuenta el criterio del médico y del paciente. (Guix Oliver et al., 2006) señalan la autonomía y la información como derechos más valorados por pacientes y enfermeros; los médicos valoran la autonomía y la opinión de los pacientes; sin embargo, los profesionales de nuestro estudio reconocen la mayor importancia a la información al paciente, considerándola como un derecho.

Junto a esto sorprende que el 37,4% de los encuestados no reconoce la existencia de la normativa europea al respecto, por lo que deducimos que sus actuaciones no se corresponden sólo con sus conocimientos teóricos (más escasos), sino que se consolidan con una práctica de respeto y consideración al paciente, lo que en parte coincide con otros autores (Mira et al., 2010).

Otro estudio manifiesta que los médicos de familia sitúan el derecho a la información en tercer lugar, poniendo en primer y segundo lugar el derecho a la asistencia humanizada y a la intimidad. Estas diferencias de opinión explican algunas condenas por falta de información y ausencia de consentimiento informado.

Aunque es una minoría (9,2%) la que considera que la **información puede falsearse** para no perjudicar al paciente, nos parece importante conocer que esto debe ser la excepción; es preciso insistir en que la exigencia deontológica impone, como dice (Osuna Carrillo de Albornoz, 2006) dosificar la información y transmitirla gradualmente en la medida en que el paciente pueda asimilarla; aquí interviene el “arte” implicado siempre en la asistencia sanitaria en cualquiera de sus facetas.

Respecto a **la finalidad de la información**, los que responden que se proporciona para librarse de la responsabilidad son el 3,4%. Esta cifra no se asocia significativamente con nuestras variables. Titia van Kleffens et al., 2010, recoge que la información debe proporcionarse al paciente de manera que le permita decidir en libertad, siendo la principal responsabilidad del profesional que comprenda lo que está decidiendo; lo cual compartimos plenamente.



Pérez Castanedo et al. (2004) consideran que **la información hay que darla** por escrito, aunque, recogen que en el centro donde han realizado su estudio se proporciona, sobre todo, de forma verbal. Nosotros en este estudio, comprobamos que el 95,1% de los profesionales optan por la respuesta “informar verbalmente, dejando constancia en la historia clínica” y al relacionar la respuesta con el área de trabajo ($P=0,033$), esta respuesta se da más en los profesionales que trabajan en el área médica y médico-quirúrgica.

Sólo el 6,0% de los encuestados ignoran que **para el ensayo clínico** es preciso un protocolo específico de información y consentimiento. Aunque no hemos encontrado significación, es importante destacar que un tema de tanta trascendencia legal y ética sea desconocido por numerosos profesionales, sobre todo médicos. Consideramos que todo profesional debe conocer este supuesto pues los experimentos con pacientes abusando de su déficit mental, de su raza o situación, fueron los detonantes del informe Belmont y del Convenio Europeo de Bioética, y de toda la revolución bioética en torno a la autonomía de los pacientes.

Respecto al **derecho a no ser informado**, la mayoría de los encuestados (93,3%) conocen que la ley eleva a la categoría de derecho tanto el recibir información, como el deseo de no recibirla. La asociación de las respuestas con la profesión es estadísticamente muy significativa, siendo la profesión de enfermería la que está más de acuerdo en que se debe respetar la voluntad del paciente en uno u otro sentido; esto coincidiría con lo que sostienen Guix Oliver et al., (2006) al afirmar que los enfermeros son como los abogados de los pacientes, lo que implica una actitud de defensa de éstos y un espíritu proteccionista motivado quizá por el mayor contacto personal de la enfermera con el paciente. En la relación médico-paciente hay una asimetría insalvable. El enfermo por lo general no es un experto en medicina y por tanto, aunque la información sea completa, más importante es aún que sea clara y a su nivel de comprensión, sólo esto le permitirá tomar la decisión.

El porcentaje de profesionales, que opinan que no son necesarias unas **características precisas** para recabar el consentimiento por escrito, es alto; la interpretación puede deberse al desconocimiento de las normas sobre la precisión y extensión que debe tener el consentimiento informado. Esta respuesta se asocia muy significativamente con el sexo ($P=0,005$), pues es el personal de enfermería ($P=0,033$), en cuyo grupo hay más mujeres, el que responde negativamente, dándose también la circunstancia de que en la práctica tienen menos competencias de información.



Todo lo expuesto arriba sobre la información asistencial ha sido objeto de un artículo publicado por Arenas López et al. (2012).

Respecto a si **el paciente o usuario tiene derecho a que se le advierta sobre la posibilidad de utilizar sus datos para la docencia e investigación**, la mayoría responde que sí, más las mujeres y sorprendentemente de nuevo son las enfermeras las más sensibilizadas con estos temas, posiblemente por su paulatina incorporación a la investigación y su interés por la formación continuada que se lleva a la práctica en los colegios profesionales.

VI.3. DERECHO A LA INTIMIDAD

En general todos los sujetos de nuestro estudio están de acuerdo en que la persona tiene derecho a que se respete **la confidencialidad de los datos**, mostrando un resultado significativo estadísticamente en cuanto a la profesión ($P=0,002$). Llama la atención que los médicos, a pesar de su tradicional formación ética en lo relativo a la guarda del secreto profesional, son quienes en menor proporción responden afirmativamente; esto puede deberse a que piensen, sobre el secreto, que “sí pero con reservas”, como sería en el caso de enfermedades infecto contagiosas en las que el secreto se trasmite a profesionales de medicina y se defiende por tanto el interés colectivo frente al individual; no olvidemos que el médico estudia de forma particular las ocasiones en que está obligado a revelar el secreto como sucede con el Parte de Lesiones (asistencia a un lesionado), o la comunicación de riesgos para la población. Es de señalar que en el primer caso, no es revelar un secreto ya que se trata de la obligada colaboración para el esclarecimiento de posibles delitos (daños a las personas). En el segundo caso, se trata de la ampliación del secreto a otros profesionales que intervienen en la protección de la salud del propio interesado y de la salud pública; por ello, y dentro de cumplir estos fines, quedan obligados por el deber de confidencialidad y de secreto que, en este caso se llama secreto ampliado o compartido y no con un secreto divulgado. No obstante el derecho a la intimidad personal ha sido probablemente el más repetidamente ignorado en el ámbito hospitalario quizá como practica irreflexiva sobre la escasa valoración que en nuestra sociedad se hace de la intimidad de las personas (Romeo Casabona y Castellano Arroyo, 1993). El personal de enfermería nos ha demostrado que respeta esta confidencialidad, aunque no hay mucha literatura sobre el tema, debemos reconocer que la privacidad es un concepto a considerar para obtener una mayor comprensión del término secreto y de sus implicaciones en la práctica clínica (Mc Parland J et al., 2000).



VI.4. EL RESPETO DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

En las búsquedas bibliográficas realizadas al proyectar nuestro trabajo nos encontramos con mucha frecuencia la palabra autonomía como sinónimo de consentimiento informado o, al menos, a este, como una forma de expresión de la misma. No hemos querido ahondar mucho más en el tema, pero sí quisimos introducir en los cuestionarios algunos de los puntos que la LAP aborda sobre el CI.

A la pregunta de si **una vez dado el consentimiento se puede revocar**, los resultados muestran que en la asociación entre la respuesta y el área de trabajo de los profesionales encuestados ($P=0,005$), los que han optado en mayor proporción por la respuesta afirmativa, son los que trabajan en el área médica (98,0%), y los que lo hacen en menor medida es el personal que trabaja en laboratorio (85,7%); el área quirúrgica da una frecuencia algo menor de lo esperado (68 encuestados, el 94,4%) pero los profesionales que trabajan en esta área, aún siguen respondiendo a su larga tradición de informar y obtener consentimiento antes de las intervenciones quirúrgicas. Los profesionales englobados en el área “otros” (radiodiagnóstico y radioterapia) responden afirmativamente en un 95,9% y, aunque tienen una relación menos continuada con los pacientes, conocen muy bien los derechos y deberes que tienen estos en relación al CI, al realizar pruebas diagnósticas que ocasionan molestias o tienen riesgos específicos que, aunque poco frecuentes, pueden ser importantes; esto coincide con lo que dice Castellano Arroyo (1994) “ debe ser cada uno de los especialistas que realicen exploraciones específicas o pruebas complementarias que entrañen riesgos potenciales, los que deben proporcionarle (al paciente) la información correspondiente a su actuación médica y obtener así el consentimiento preceptivo para realizarla”. Esto coincide con el conocimiento personal de un documento de consentimiento informado del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza de 1980, (Marín Gorriz, 1924-2004) en el que se explica, en caso de arteriografía, la técnica que se le va a practicar, el motivo, en qué consiste la exploración , el tiempo de permanencia en el hospital, los riesgos que conlleva y la aceptación por parte del paciente o de un familiar directo; todo ello expresado de forma sencilla y clara; esto llama la atención porque en 1980 el concepto de consentimiento informado no era conocido en estos ámbitos asistenciales. Ahora bien, es cierto que en EEUU ya se estaban produciendo demandas importantes hacia estos profesionales lo que indica que en este Servicio se conocía este riesgo.



En cuanto a la cuestión sobre si los **menores, entre 16 y 18 años con madurez emocional e intelectual, pueden dar el consentimiento para la asistencia médica**, la mayoría de los encuestados responde que en caso de riesgo vital, “los padres deben de ser informados”, pero cabe destacar el 31,6% que ha optado por el “sí” lo que indica que el consentimiento del menor, por sí mismo es válido; y el nada despreciable 21% que ha optado por el “no”, indicando un reconocimiento pleno al valor de la decisión del menor.

Las respuestas anteriores son estadísticamente significativas en relación al sexo ($P=0,005$), siendo mayor el número de mujeres que responde conforme a lo recogido en la ley (“los padres deben ser informados”). La inclinación hacia esta respuesta por parte de las mujeres puede ser expresión de maternalismo protector y deseo de aconsejar al hijo en sus decisiones. También aparece asociación, aunque en menor medida con la profesión ($P=0,029$), lo cual nos habla de la complejidad del tema y de la importancia que tiene que el menor, al dar su consentimiento lo haga no solo en relación a temas menores, sino también a decisiones sobre su vida. No olvidemos la importancia de otros temas como la solicitud de tratamiento hormonal tras relaciones sexuales (PAC), tan frecuente entre mujeres adolescentes y cuya evaluación sobre su salud no es definitiva (Castellano Arroyo, 2011).

Conviene saber que la ley reconoce que la evolución psicobiológica de los menores se acompaña de una progresiva capacidad de comprensión y del responsable ejercicio de su libertad, reconocimiento que se concreta en que: a los 12 años deben ser oídos en temas de separación matrimonial y otros que le afecten directamente, con 14 años pueden otorgar testamento y, con dispensa judicial pueden contraer matrimonio, con 16 años se puede emancipar, así como obtener, judicialmente, el beneficio de la mayor edad (que es una situación similar a la emancipación), luego si el menor puede estar capacitado para asumir estas responsabilidades es aceptable que también pueda decidir respecto a su salud (Villanueva Cañadas y Castellano Arroyo, 2001). El matiz está, en que reciba información y decida, pero no en un proceso solitario, sino con el “paraguas protector” de la opinión de los familiares que le inspiren confianza y con los que habitualmente conviva.



Por ello y para que dicho consentimiento sea respetuoso con la dignidad del joven es necesario que esté capacitado para entender y comprender las implicaciones previstas, por tanto es preciso valorar bien su madurez, porque es tan reprochable éticamente privar a una persona de su derecho a decidir por sí mismo cuando dispone de esa capacidad, como no reconocer cuando el sujeto no está en condiciones de ejercer ese derecho porque no se han valorado correctamente sus capacidades (Tomás y Garrido, 2011).

Otros autores ponen el acento en quién tiene las competencias para determinar la madurez del menor distinguiendo entre la capacidad de obrar de hecho, es decir son capaces de reconocer a las personas en determinados momentos, tienen suficiente inteligencia y voluntad para realizar un acto jurídico concreto o para ejercer un derecho, capacidad que puede ser valorada por el personal sanitario, y capacidad legal que sólo tienen potestad para valorarla los jueces. Por lo tanto la evaluación de la capacidad de un menor para decidir, es un proceso deliberativo y de prudencia que incumbe a todos los miembros que lo atienden, aunque es el pediatra o el médico de familia el encargado de llevar a cabo la decisión del menor (Ogando Díaz y García Pérez, 2007).

Dejando al margen el tema legal y desde la ética, se debe valorar la auténtica capacidad del menor ya desde los 14 años; en caso de que se considere maduro, y con posibilidad de dar el CI válido. León C (2012) opina que cuando esté entre los 14 y 18 años, debe firmar el consentimiento el propio menor y, en lo posible, uno de sus padres o tutores legales o los dos, y en caso de conflicto debe predominar la opinión del menor. Nuestra opinión la hemos expresado más arriba y guarda relación con los riesgos inherentes a cada prestación. Del Rio Sánchez (2010) habla de la complejidad para valorar la madurez del menor y contempla situaciones conflictivas para el menor sin plena capacidad para prestar consentimiento por sí mismo.

En la pregunta sobre si **es posible dejar escritas instrucciones previas sobre el tratamiento futuro**, las respuestas dan un valor altamente significativo en relación con la profesión ($P=0,001$), demostrando que el protagonismo en esta materia lo ha tenido hasta ahora el médico (Sí=71,9%), debido a que en ocasiones tiene que adoptar tratamientos vitales de manera urgente, pero el personal de enfermería (73,3%) se van posicionando en este campo, llegando a ser motivo para éstos, de trabajos en publicaciones científicas (Barrio IM et al., 2004).



Desde la posición del personal de enfermería, consideramos que la intervención de estos profesionales en el proceso de favorecer que se hagan instrucciones previas o voluntades anticipadas, es importante; esta decisión debe tomarse antes de que el paciente se enfrente a la situación vital o urgente; por tanto, en fases previas al agravamiento o aparición de enfermedades serias, las enfermeras pueden, por su proximidad al paciente realizar una actuación educativa-formativa-informativa a los pacientes sobre este derecho, antes de que tengan necesidad de disfrutarlo.

También encontramos en esta pregunta significación en mayor o menor grado respecto a la edad, años de ejercicio y área de trabajo.

En relación a esta última vemos lógico que exista más interés por conocer las últimas voluntades del paciente en los servicios como cirugía, oncología (G. Chvetzoff et al., 2006), urgencias o unidades de cuidados intensivos (Saralegui Reta et al., 2004; Gutiérrez KM, 2012), lugares en los que antes de que el enfermo pierda la capacidad de decidir por sí mismo conviene conocer la voluntad de este para, llegado el caso de tener que resolver sobre determinados tratamientos, hacerlo teniendo en cuenta su decisión.

Los datos de nuestro estudio en cuanto al área de trabajo también reflejan un mayor acuerdo en conocer la voluntad del paciente respecto a un futuro, pero las respuestas no son tan elevadas como era de esperar, en concreto el área médico-quirúrgica, que engloba servicios como los cuidados intensivos y urgencias, sólo el 68,6% ha respondido que sí, por el contrario vemos que en el apartado "otros" (medicina nuclear y radiodiagnóstico) se ha dado el porcentaje de síes más elevado (81,6%), esto podría estar motivado porque este personal, sobre todo el que trabaja en medicina nuclear, puede ser más consciente de la agresividad y repercusiones de los tratamientos que aplican.

Es importante destacar que el tema de las instrucciones previas tendría que ser ya bien conocido por los profesionales sanitarios, ya que además de estar en el artículo 11 de la Ley 41/2002, todas las comunidades autónomas de España han legislado sobre esto de forma específica, figurando en las páginas web de sus Consejería de Sanidad los documentos a cumplimentar y la forma de registrarlas, como refleja Casado Blanco (2009-2010). A pesar de esto, muchos de los participantes de nuestro estudio (31,2%), fundamentalmente los más jóvenes ($P=0,010$) y los que tienen menos



años de ejercicio profesional ($P=0,026$) no conocen que son los **Servicios de Salud quienes regulan el procedimiento que garantice el cumplimiento de las instrucciones previas dejadas por una persona.**

A la cuestión de si las Instrucciones previas **podrían revocarse** son muchos los que responden no, o no sabe/no contesta (25,0%) y son los docentes con un contrato vinculado a un puesto asistencial ($P=0,044$) los que en mayor proporción desconocen que las instrucciones previas pueden revocarse libremente, dejando constancia por escrito (LAP, art. 11.4)

El 94,0% de las personas encuestadas dicen que **los usuarios y pacientes tienen derecho a elegir el médico y el centro sanitario** al que acudir. Al relacionar esta cuestión con la profesión ($P=0,001$), son los médicos quienes en menor frecuencia de lo esperado han respondido afirmativamente. Aquí podría parecer que son los médicos los más interesados en que en los pacientes ejerzan el derecho de elegir médico y centro. Destaca que el personal de enfermería, a pesar de que, con frecuencia pierde su individualidad dentro de la estructura del Centro Sanitario, opinan afirmativamente, en mayor número aún que los médicos.

En relación a los años de ejercicio ($P=0,010$) los que dan su respuesta afirmativa en menor número son los profesionales comprendidos entre 26 y 32 años trabajados, al igual que los médicos en formación.

El recurrir a la administración de justicia cuando, tras el alta el enfermo se niega a dejar el hospital, lo eligen fundamentalmente los médicos y en relación al sexo los hombres, esto se corresponde con la realidad de que el alta médica la dan los médicos. Pensamos que en una época de exaltación del derecho de autonomía llama la atención la posibilidad o necesidad de recurrir a la administración de justicia, para que obligue al paciente a abandonar el hospital, lo que equipara esta situación a la de un desalojo o desahucio; no obstante, es evidente que cuando han finalizado los motivos por los que el paciente se ingresó éste debe aceptar el alta hospitalaria, sin perjuicio de que desde el área de Servicios Sociales se le busque el lugar en el que continuar su evolución.



VI.5. LA HISTORIA CLÍNICA

Con respecto a este apartado hemos de hacer constar que, aunque la bibliografía sobre historia clínica es muy amplia, no hemos encontrado estudios específicos sobre aspectos concretos sobre los que nosotros hemos interrogado a los profesionales participantes en nuestro estudio, lo que no nos permite la discusión de nuestros resultados con los de otros autores.

Los profesionales de nuestro estudio están mayoritariamente de acuerdo en que los **documentos que reflejan el trabajo de enfermería** deben estar incluidos en la historia clínica.

Las asociaciones con la profesión y el sexo son muy significativas respectivamente. Consideramos que esto es consecuencia del esfuerzo que realiza el personal de enfermería para profesionalizar su tarea diaria, repercutiendo en la satisfacción del paciente y en la calidad asistencial (García Juárez et al, 2011), originando esto que la historia clínica sea una herramienta de trabajo en equipo (García Pérez y Ogando Díaz, 2004) y demostrando, lo que para León Molina et al. (2010) debe ser obligación en el ejercicio de la Enfermería, que los profesionales conozcan la legislación vigente en lo relacionado con este campo.

Respecto a la cuestión sobre **considerar necesario el informe de alta de Enfermería**, hay un nada despreciable 15,6% de encuestados que no lo considera necesario. Los que se inclinan por esta respuesta son los médicos mayores de 55 años y con más de 32 años de ejercicio, seguidos de los más jóvenes y menos años trabajados. En este sentido consideramos falta de formación en el aspecto que debe contener el informe de alta de enfermería (o informe de enfermería al alta), ya que es frecuente que en numerosos pacientes sean imprescindibles recomendaciones de cuidados en alimentación, aseo, cuidado de heridas, etc.; para que esto se realice con eficacia y eficiencia se ha creado la figura de “enfermero/a de enlace” entre el hospital y el centro de salud que sigue supervisando estos cuidados. Sin embargo las mujeres y el personal de enfermería ($P < 0,001$) consideran más necesario este informe, dándole una mayor importancia.

En la literatura hemos encontrado muchos trabajos de enfermería que abordan científicamente la necesidad del informe de alta para la continuidad de los cuidados de enfermería (Navarro Arnedo et al., 2005; García Ramírez et al., 2007; Sierra Talamante



et al., 2007). En el trabajo realizado por Medina-Valverde (2010), alguno de los participantes en su estudio opina que debe existir «solo un programa informático para todos los pacientes y que exista un informe único que se llamaría “informe de alta de continuidad asistencial” y que incluya el alta médica y el alta de enfermería, de esa manera habría una historia clínica única para especializada y primaria», en este estudio, como positivo y en general se considera que la base de datos estudiada “es útil, una buena base de datos y que favorece la continuidad del cuidado”, opinión que nosotros también compartimos como propuesta útil. Lo que sí es preciso tener en cuenta es que si se emiten por separado el Informe de Alta médica y el Informe al Alta de enfermería para la continuidad de los cuidados, en ningún caso se producirán contradicciones entre ambos, ya que aunque se tratara de aspectos secundarios, la confusión para el paciente o los familiares puede cobrar mucha importancia y siempre daría impresión de descoordinación y motivo de desconfianza.

Los más jóvenes y los comprendidos entre los 26 y 32 años de ejercicio profesional tienen un menor conocimiento de la existencia **de disposiciones legales sobre el contenido mínimo de la HC.**

Son los mayores y con más años de ejercicio profesional, quienes conocen que **son los centros sanitarios los que facilitan el acceso a la HC del paciente a los profesionales que lo asisten**, curiosamente el profesional de enfermería conoce mejor este aspecto que los médicos ($P= 0,009$), probablemente porque los médicos se encuentran ya preparada la historia clínica (cuando está manuscrita) cuando visita a un paciente.

En relación a la cuestión sobre a **quién le compete la custodia de la HC**, la asociación con el tipo de contrato ($P=0,005$) nos manifiesta que son los profesionales con plaza vinculada los que responden en menor proporción “el centro sanitario” (58%) respuesta adecuada a la norma. Esto puede deberse a que, en cierta medida, este personal al ser primariamente docente desconoce en mayor proporción la rutina o sistemática de funcionamiento hospitalario en aspectos “burocráticos” como podría considerarse este.

Cuando la misma pregunta se hace respecto al deber de custodia en el ámbito de quienes ejercen **su profesión de manera privada** encontramos asociación en relación a la edad ($P=0,033$) y son los más jóvenes los que, en menor proporción, optan por la respuesta “ellos mismos” (la correcta). La asociación con los años de



ejercicio profesional ($P=0,005$), se inclina por esta misma respuesta en los profesionales que tienen menos años de ejercicio, aunque en menor proporción. Es posible que esto se deba a que al ser más jóvenes no se hayan establecido con consulta privada permaneciendo aún en ámbitos hospitalarios.

En relación al tipo de contrato la respuesta es muy significativa estadísticamente ($P=0,001$), siendo aquí los que figuran como contrato “otros” (71,2%) y “residentes” (72,1%), quienes, igualmente, optan, en menor proporción por la respuesta adecuada. De esta forma son coincidentes las tres respuestas, al coincidir el contrato de “otra” menor estabilidad laboral y el de residentes (aún en periodo de formación), con profesionales más jóvenes y con menos años de ejercicio.

Con estos datos y en este caso podemos observar que el conocimiento de la norma está más relacionado con la práctica asistencial que con los conocimientos teóricos, probablemente porque la práctica asistencial plantea conflictos o interrogantes que se resuelvan buscando la información adecuada; este aspecto confirma que la práctica y la doctrina reverberan y se nutren mutuamente.

La mayoría de los encuestados (94,6%) opina que el paciente tiene derecho **a la documentación que forma parte de su historia clínica**. No encontramos significación cuando realizamos otras asociaciones.

Cuando preguntamos: **de existir ese derecho, ¿lo podría ejercer?**, responden que: “debe ejercerse, excepto en algunos supuestos” (respuesta conforme a la norma) los más jóvenes (47,2%), los que tienen menos años trabajados (46,6%), residentes (50%) y los que tienen otros contratos menos estables (40,4%); es de destacar que en esta pregunta son los más jóvenes los que mejor conocen este derecho del paciente; esto va asociado a la situación laboral de los profesionales más jóvenes. Respecto al sexo, el 35,4% de las mujeres responde adecuadamente, frente al 24,0% de los hombres.

Esto puede ser consecuencia de una mayor formación teórica y/o de la experiencia que tienen los profesionales sobre el modo en que los pacientes reivindican sus derechos cuando en ocasiones les han sido denegados (reclamaciones ante la Agencia Nacional de Protección de Datos por denegación de su HC). Por otra parte existen trabajos que nos prevén para un futuro próximo la existencia de la HC informatizada a la que los pacientes podrán acceder desde internet siendo el mismo



paciente quien autorice y controle quien debe acceder a ella, con el tope de que la información disponible sería limitada (Aleixandre-Benavent et al., 2010); esto podría hacerse si la propia HC estuviera en un chip en la tarjeta sanitaria de cada persona.

En cuanto a si **¿considera que existe alguna circunstancia en la que los profesionales puedan limitar el acceso a la historia clínica?** la mayoría opina que “no, nunca”. Esto va seguido de la respuesta: “la reserva de las anotaciones subjetivas”, respecto a la que son los médicos los que más han optado por esta respuesta; consideramos que esto puede deberse a que son los médicos los que, tradicionalmente, han escrito en la HC de los pacientes anotaciones personales, pensando, siempre que no serían leídas por éstos o sus familiares. La ley contempla esta reserva por parte de los profesionales pero no precisa como hacerlo en el aspecto formal ni en el contenido, por lo que no existe unanimidad en como llevarlo a la práctica. Lo que si debe estar claro es que están escritas en Hojas diferentes (color, formato, etc.) de forma que se puedan separar del resto de la HC cuando esta es solicitada por el paciente. No cabe duda de que son un derecho del médico y se deben quitar de la historia cuando el enfermo la solicita (Moreno Madrid et al, 2010).

Respecto al área de trabajo son los profesionales que trabajan en radiodiagnóstico y medicina nuclear, los más partidarios de que los pacientes puedan no tener acceso a las anotaciones subjetivas.

VI. 6. FORMACIÓN

Gran parte de nuestros encuestados (177; 41,5%), reconocen haber recibido formación ética y legal durante el periodo de sus estudios.

Si comparamos esto según los grupos de edad, observamos que es altamente significativo estadísticamente ($P < 0,001$) debido a que los menores de 39 años dan una frecuencia (64; 58,2%) muy por encima de la esperada, seguidos aunque no con tanta diferencia, por los mayores de 55 años, quedando en el 35,5% y en el 28,1% para los grupos de edad de entre 39-48 años y 49-55 años, lo que corresponde a una frecuencia menor de la esperada. Con respecto a los que han estudiado sólo Ética, encontramos mayor número y concentración en las franjas de edad de entre 39-48 años (51; 47,7%) y entre 49-55 (53; 46,5%). Mientras que los encuestados que han estudiado sólo Legal vuelven a ser más, con diferencia de lo esperado, en los menores de 39 años (27; 24,5%) y en los mayores de 55 años (21; 22,6%).



Conocemos también, que entre los que han optado por la respuesta de haber estudiado “ética y legal”, hay más hombres que mujeres ($P < 0,001$), y licenciados en medicina ($P < 0,001$). Esto puede chocar un poco, dado que los planes de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, hasta 2002 contemplaban un Programa sólo para Medicina Legal. Este comprendía un número importante de horas (entre 90-75) lo cual permitía desarrollar con profundidad los aspectos legales de la relación médico-enfermo y más aun los aspectos ético-deontológicos, como ponen de manifiesto los textos de la época, López Gómez y Gisbert Calabuig (1970) y Gisbert Calabuig (1991) por la amplitud de sus capítulos sobre estos temas. Nuestro resultado contrasta con trabajos realizados en otras CCAA en los que los médicos manifiestan tener conocimientos muy elementales (sin estudios específicos) en estas materias. Así Rubio Gil (2010) encontró que la mayoría de los médicos que respondían que “han recibido formación en medicina legal y/o bioética durante la carrera”, eran mayores de 36 años, mientras que en el grupo que responde “no” (no ha estudiado legal ni ética), la mayoría son mayores de 45 años. Esto se corresponde con Facultades más modernas, en las que no se cubrió la cátedra de Medicina Legal hasta los años 80-90, quedando sin dar esta materia.

Antes que los mayores, son los más jóvenes quienes aparecen como bien ilustrados en Medicina Legal y Ética; en estos casos puede deberse a que aunque han bajado el número de clases de Medicina Legal, ha aparecido la Ética como asignatura independiente y aunque optativa, por su atractivo la han venido cursando la mayoría de los estudiantes de medicina que han cursado sus estudios en Granada.

En Enfermería, el Plan de Estudios de 1994 contenía la asignatura “Legislación y Ética profesional” y se consideraba dentro de las materias Troncales (Resolución 19.10.1994), siendo así hasta la implantación de los Estudios de Grado, donde sigue apareciendo esta materia.

Han optado por la respuesta de haber estudiado “ética” más mujeres ($P < 0,001$) y en su gran mayoría enfermeras ($P < 0,001$). Esto, junto a las franjas de edad en que se dan mayores frecuencias y que hemos visto más arriba, se corresponde con el Plan de Estudios de Diplomado en Enfermería de 1979, en que la materia impartida se denominaba “Ética Profesional” (Orden de 30.05.1979), tenía carácter optativo para los alumnos y la Escuela la obligación de proponerla.



Los profesionales que, en tercer lugar han optado por la respuesta de haber estudiado únicamente “**legal**”, son bastantes más hombres que mujeres ($P < 0,001$) y con respecto a la profesión medicina, dando enfermería una frecuencia (1; 1,5%) mucho menor de lo esperado

Los encuestados que optan por la respuesta de “**ninguna**” son más hombres de lo esperado ($P < 0,001$), médicos (21, 10,7%) y con edades comprendidas entre los 49 y 55 ($P < 0,001$), datos que en cierta medida coinciden con los del estudio anteriormente citado. Esto puede deberse a la existencia, entre los encuestados, de profesionales que no realizaran sus estudios en la Universidad de Granada, ya que después de 1977 las Facultades tuvieron cierto grado de autonomía para elaborar los planes de estudios, lo que, sin duda introdujo diferencias importantes (Infante Díaz, 2010), lo cierto es que no todos los planes de la mismas titulaciones eran iguales.

La mayoría (70,7%) de los profesionales manifiesta que los estudios realizados en las materias que venimos comentando, tenían carácter **obligatorio**, mientras que **optativo** lo tenían las materias que han cursado el 28,6% de los profesionales encuestados. La asociación con la edad es altamente significativa debido a que los menores de **39** años y los mayores de **55** son los que en mayor número han manifestado que las materias cursadas tenían carácter obligatorio y los comprendidos entre 39 y 48 decían que tenían carácter optativo; respecto a la profesión ($P < 0,001$) la obligatoriedad, con mucha diferencia respecto a la optatividad es para medicina, mientras que en enfermería las respuestas están más equilibradas, aunque han optado por obligatorio el 53,6% de este personal (menos de lo esperado) y optativo el 45,0% (más de lo esperado). Todo esto se corresponde con los planes de estudios vigentes según las edades en que los encuestados cursaron sus estudios.

Respecto a si **la formación ética facilita cumplir mejor la norma legal**, los profesionales encuestados opinan afirmativamente la mayoría (85,1%). Cuando comparamos este resultado con las variables de edad y sexo, no hay diferencias significativas.

Sí es significativa ($P = 0,013$) la asociación con la profesión, son más los médicos que optan por el “sí”, respecto al personal de enfermería; consideramos que esto se debe fundamentalmente, a que los médicos experimentan con más frecuencia la necesidad de aplicar normas legales en decisiones profesionales y en su reflexión acuden a la ética y les resulta útil. También hay que tener en cuenta que son más los médicos que optaron por la respuesta de haber adquirido formación mixta ética-legal.



Como observamos en los resultados, al preguntar sobre la repercusión de la **abundancia de normativa en el campo de la salud**, la mayoría (79,6%) opina que facilita actuar con responsabilidad, pero el 17% de los profesionales estiman que mayor número de normas legales tiene el riesgo de **facilitar una actuación profesional a la defensiva**.

No obstante, merece la pena poner atención a que, son en mayor número, los menores de 39 años (con un 22,9%) y los mayores de 55 (con un 24,2%) los que consideran que el aumento de normas favorece la medicina defensiva. Esto puede guardar relación con la inseguridad por falta de experiencia del grupo más joven y con experiencias negativas (judicialización de la medicina) del grupo de más edad. Al peligro de esta actitud, se refería recientemente el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty en comparecencia pública. En el estudio realizado por Chavarria-Islas y González-Rodríguez (2008) en un servicio de urgencias concluyen también que el nivel de la práctica defensiva en medicina es bajo, pero importante en cuanto a las acciones diagnósticas y terapéuticas, dándose estas más frecuentemente en médicos no especialistas en servicios de urgencias que en los que lo son.

Respecto a la asociación con el sexo de los encuestados ($P = 0,017$), observamos que en el grupo de mujeres son mayoría (83,5%) las que optan por la respuesta de mayor responsabilidad a más número de normas, frente al de los hombres (72,4%). Con respecto a la profesión ($P = 0,002$) son los médicos (75,0%), los que en menor frecuencia de lo esperado optan por la respuesta de que la abundancia de normativa facilita actuar con responsabilidad, mientras que en el grupo de enfermería son mayoría (83,3%) los que eligen esta opción.



2013

VII. CONCLUSIONES

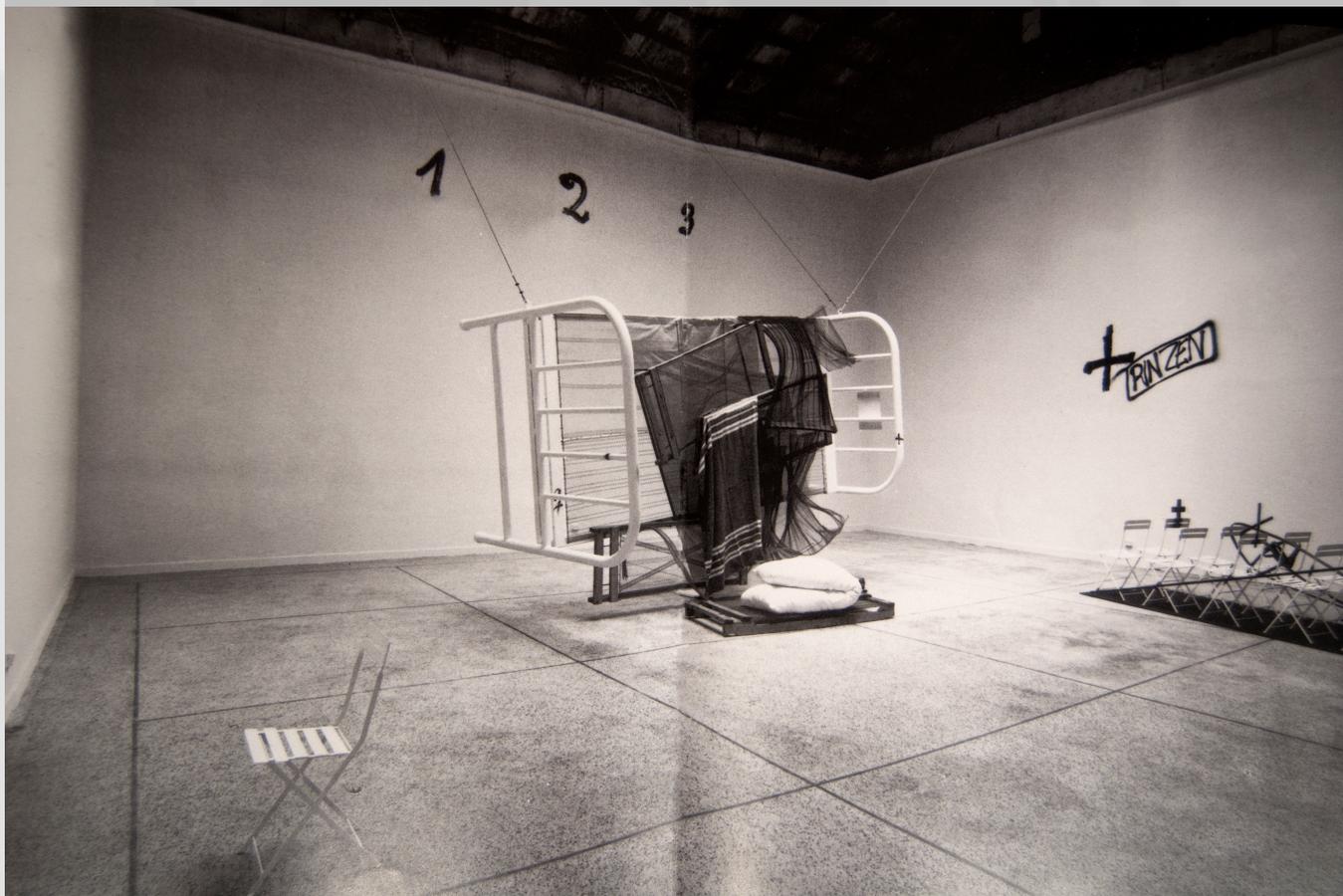


Ilustración del Capítulo VII. CONCLUSIONES

Instalación de Rinzen en la XLV Bienal de Venecia 1993.
Catálogo con motivo de la Exposición Tàpies. Retrospectiva.
Presentada en el MACBA entre el 18 de Febrero y 9 de Mayo de 2004.

Catálogo referencia:
TÀPIES. En perspectiva. MACBA, Museu d'Art Contemporani de Barcelona.
Págs 46-47.



Primera. Nuestro estudio pone de manifiesto que los profesionales sanitarios tienen una formación bastante completa en relación a los derechos de los pacientes (a recibir información, a la intimidad, a ejercer su autonomía, a la salvaguarda de su intimidad y a poder acceder a su documentación clínica). Sin embargo, es de destacar por su importancia los siguientes datos:

- El 3,9% de los profesionales encuestados señalan que los pacientes no tienen reconocidos derechos y deberes y el 1,6% (NS/NC).
- El 9,2% responde que la información clínica podrá falsearse
- El 3,4% responde que la información clínica se transmite para librarnos de la responsabilidad.
- El 3,5% señala que no es necesario un protocolo especial de consentimiento para participar en un ensayo clínico y el 2,5% (NS/NC).
- El 7,3% señala que cuando el paciente manifieste que no quiere ser informado, no se le debe respetar su voluntad, o bien (NS/NC).
- El 6,9% responde que la información no debe tener unas características precisas y el 7.8% (NS/NC).
- El 19,3% opta por (NS/NC), y el 8,0% opta por el no cuando se pregunta si está regulada por ley la posibilidad de dejar instrucciones previas sobre futuros tratamientos médicos.
- El 13,3% responde (NS/NC) sobre, si una vez escritas las instrucciones previas se pueden revocar y el 11,7% opina que no.
- El 7,8% dice que no está regulado el deber de secreto para el personal que accede a la historia clínica y un 4,5% dice que no está regulado porque es un problema ético.



Segunda. Los profesionales de nuestro estudio conocen mejor los deberes éticos de comportamiento general que los aspectos legales concretos o regulaciones legales muy específicas. Consideramos que esto va ligado a la preocupación de cuidar y proteger al paciente (actitud más benéfica que legal), tradicionalmente asociada a las profesiones sanitarias, pero que actualmente habría que complementar con una formación continuada muy discursiva, sobre conflictos o situaciones prácticas, para imbuir al profesional sanitario del deber legal de respeto a la autonomía de los pacientes y usuarios.

Tercera. El 50,3% de las mujeres (frente al 30,3% de los hombres) responden, de acuerdo con lo que dice la ley, que en caso de riesgo los padres deben ser informados; respuesta ofrecida a la pregunta sobre si los menores, entre 16 y 18 años, maduros emocional e intelectualmente pueden dar el consentimiento para su asistencia. Esto nos hace concluir que el posible “espíritu protector” de la mujer coincide con el deber del legislador de proteger a los más débiles.

Cuarta. En la mayoría de las asociaciones respecto a profesión y sexo, se observa relación con el sexo en la medida en que en esa profesión, en concreto, haya más mujeres que hombres o viceversa, correspondiéndose los resultados con las competencias e intereses profesionales de cada uno de ellos. Esto lo observamos en cuestiones como:

- La información que da el facultativo debe tener unas características precisas (más los hombres y médicos)
- ¿En la historia clínica deben incluirse documentos de enfermería? (mas mujeres y enfermeras).
- ¿Considera necesario el informe de alta de enfermería? (mas mujeres y enfermeras);
- ¿Considera que si se da el alta a un paciente y este no quiere dejar el hospital se puede recurrir a la Administración de Justicia? (más hombres y médicos).



Quinta. La inclusión en la historia clínica de los documentos que recogen la asistencia por parte de enfermería, ha supuesto un avance en el reconocimiento de las competencias de esta profesión en la asistencia sanitaria. La respuesta debe ser que este personal traslade a la historia su participación de forma muy profesional, tanto en el contenido como en lo formal.

A lo ya establecido, nosotros añadimos las propuestas que siguen a estas conclusiones

PROPUESTAS

En relación a la primera conclusión proponemos la necesidad de fomentar la formación continuada en el ámbito legal y en el ético-deontológico, por parte de las asociaciones y colegios profesionales y desde el ámbito profesional estimular y acoger las iniciativas, en el campo de la propia formación, que tengan los profesionales, quitando trabas y aunando esfuerzos.

Seguir trabajando en el hecho de que el trabajo de enfermería quede reflejado en la historia clínica y la asunción de responsabilidades por parte de este personal, se haga desde una constatación más seria y rigurosa dejando reflejada la identidad de forma acorde con el nivel profesional, lo cual significaría desterrar la aparición exclusiva del nombre propio o los diminutivos familiares, para sustituirlos por la inicial y el apellido o el nombre propio y el apellido, con rúbrica o no, siendo también valorable el nº de colegiación. Esto ayudará a esta profesión a consolidar su independencia de otras profesiones y, a la vez, la importancia de esta profesión dentro de la sanidad.



VIII. BIBLIOGRAFÍA



Acea B. El proceso informativo en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la ley básica reguladora de la autonomía del paciente. *Cir Esp.* 2005; 77(2): 60-4.

Acosta Gallo P. Salud, Profesiones Sanitarias y Constitución Española. El concepto de profesión sanitaria desde el Derecho Penal y la libertad profesional. Editorial MAPFRE. Madrid, 2002.

Aleixandre-Benavent R, Ferrer-Sapena A, Peset F. Informatización de la historia clínica en España. *El profesional de la información*, 2010; 19 (3): 231-239.

Arenas López A, Castellano Arroyo M, Miranda León MT, Reche Molina A. Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica. *Rev. Esp Med Legal.* 2012; 38:11-6.

Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos humanos [consultado el 29.07.2012]: Disponible en: http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf.

Associació Catalana D' Estudis Bioètics. Bioètica [consultado 20.06.12]: Disponible en: <http://www.ceb.org/bioet.htm>.

Barrio IM, Simón P, Pascau MJ. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enferm. Clin.* 2004; 14(4):235-41.

Beauchamp Tom L, Childress James F. Principios de ética biomédica. Masson. Barcelona, 2002.

Brunner-Suddarth. Enfermería Médico-Quirúrgica. 2ª ed. Interamericana, 1978.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier. Madrid, 2010.

Cabello Morales, E. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?, *Rev. Med Hered.* 2001; 12(3): 96-99.

Casado Blanco Aspectos éticos y legales de las instrucciones previas. *Ciencia forense.* CFOR, 9-10/ 2009-2010.



Casado Blanco, M. Historia Clínica (Adaptada a la Legislación de la Comunidad Autónoma de Extremadura). Ed. Fuedesalud. Cáceres 2011.

Castellano Arroyo M, Gisbert Calabuig JA. El secreto médico. Historia clínica. confidencialidad y otros problemas médico-legales de la documentación clínica. En: Gisbert Calabuig JA, Medicina legal y toxicología. Villanueva Cañadas E, editor. 6ª edición. Masson .Barcelona, 2004.

Castellano Arroyo M. De la relación Médico-Enfermo a la relación Médico-Paciente – Usuario. Las denuncias y la violencia contra los médicos ¿signo de alarma social? Discurso pronunciado en el acto de apertura del curso académico 2011-2012. Universidad de Granada, 2011.

Castellano Arroyo M. Derecho biomédico y bioética. En: Romeo Casanova CM, coordinador. Derecho Biomédico y Bioética. Comares. Granada, 1998.

Castellano Arroyo M. El consentimiento informado de los pacientes. En: Polaino-Lorente A, editor. Manual de Bioética General. 2ª edición. Rialp. Madrid, 1994

Castellano Arroyo M. El menor de edad y la relación médico-paciente. Instituto de España. Anales de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Conferencias y Comunicaciones. Zaragoza 31 de diciembre 2011. Vol. XCVI: 449-63.

Castellano Arroyo M. La Obtención del consentimiento informado en España: la asistencia urgente como excepción, doctrina del tribunal constitucional. CFOR núm. 9-10/2009-2010.

Chavarría Islas R, González Rodríguez B. Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos. CONAMED. 2008; 13(4): 20-28.

Chvetzoff G, Krakowsk I, Rodríguez-Arias D, Herve C. Directives anticipées, testament de vie, personne de confiance: définitions et revue de la littérature. Oncologie 2006; 8: HS106–HS112.

Colegio Oficial de Enfermería de Toledo. Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio, de aprobación de los Estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios [consultado 25.08.12]: Disponible en: http://www.coento.com/uploads/media/Estatuos_Generales_antiguos_1978_texto_vigente_01.pdf.



Comentario de Rodríguez Sedín [consultado 29.07.2012]: Disponible en: <https://www.cgcom.es/>.

Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Historia de la Organización [consultado 25.08.2012]: Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1106230324618&pagename=SteCGE%2FPAGE%2FTplPageGenerica&p=1102684712453>.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Código de Deontología Médica. Guía de Ética médica [consultado 21.08.2012]: Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf.

Consejo General del Poder Judicial. Ministerio de Sanidad y Consumo. Seminario conjunto sobre Información y Documentación Clínica. Tomo: Jurisprudencia. Madrid, 22 y 23 de septiembre de 1997.

Consejo Internacional de Enfermeras Código. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Ginebra. 2006 [consultado 25.08.12]: Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_spanish.pdf.

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311. 29/12/1978.

Criado del Rio MT, Seoane P. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Colex. Madrid, 1999.

De Lorenzo R. Es el derecho de acceso a la historia clínica derecho de acceso a una copia literal. Redacción Médica núm. 877. Año IV. 30 .10.2008.

Decreto 175/1989 de 18 de julio, por el que se aprueba la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud. Boletín Oficial del País Vasco núm. 149. 04/08/1989.

Decreto 272/1986 de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica en los Centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco núm. 242. 06/12/1986.

Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de



Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias. Boletín Oficial del País Vasco núm. 67. 8/4/1998.

Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana núm. 817. 04/05/1998.

Del Río Sánchez C. El consentimiento informado en menores y adolescentes: Contexto ético-legal y algunas cuestiones problemáticas. Información Psicológica 2010; 100:60-67.

Delgado Marroquín MT, Simón Lorda P, Sanz Pozo B. "Ley de autonomía del paciente". Aten Primaria 2003; 32(5):265-7.

Diario ABC. Carta de Derechos y Deberes del paciente. 25.11.1984 [consultado el 17.07.2012]: Disponible en: <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1984/11/25/031.html>.

Diccionario de términos médicos / Real Academia Nacional de Medicina. Panamericana. Madrid, 2011.

Dirección de Enfermería. Hospital Universitario San Cecilio. Guía de acogida para profesionales de nueva incorporación. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud [consultado 3.10.12]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hsc/web/images/stories/guiasAcogida/Guia%20acogida%20enfermeria.%20Julio%202011.pdf>.

Domínguez Luelmo A. Derecho sanitario y responsabilidad médica, comentarios a la Ley 42/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica. 2ª edición. Lex Nova.Valladolid, 2007.

El Mundo. Salud. Historia clínica electrónica .Año XVIII, núm 785. 03.01.2009.

Farreras Valentí P. Concepto y práctica de la Medicina Interna .En: Domarus A v. Medicina Interna. Compendio Práctico de Patología Médica. Marín. Barcelona, 1962.



Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Joseph Loscalzo J. La práctica de la medicina clínica. En: Harrison de medicina interna Eds: los mismos. McGraw-Hill Interamericana. 2009 [consultado 01.10.12]. En: <http://www.harrisonmedicina.com/content.aspx?aid=3710001>.

Fernández-Lasquetty J. XIX Congreso de Derecho Sanitario. Redacción Médica núm. 1771 Año VIII. 19.10.2012 [consultado 19.10.2012]. Disponible en: https://webmail.ugr.es/?_task=mail&_action=show&_uid=63644&_mbox=INBOX&_safe=1.

García Blázquez M, Castillo Calvín JM. Manual Práctico de responsabilidad de la profesión Médica, aspectos jurídicos y médico-forenses. Comares. Granada, 2011.

García Juárez MR, López Alonso SR, Orozco Cózar MJ, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego MJ, et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. Gac Sanit. 2011; 25(6):474-482.

García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La Autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 469-479

García Pérez C, Ogando Díaz B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. Enferm Científ.2004; 270-27: 39-43.

García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación.2007; 28: mayo-junio.

García Sánchez MJ. Evaluación de los derechos de los pacientes reconocidos en la ley 41/2002. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Murcia, 2006.

Gisbert Calabuig JA, Verdú Pascual F, Luna Maldonado A. Moral, Ética y Deontología médicas. Organización médica colegial. En Villanueva Cañadas E, editor. Medicina legal y toxicología. 6º edición. Masson. Barcelona, 2004.

Gisbert Calabuig JA. El secreto médico. En: Polaino-Lorente A, editor. Manual de Bioética General.2ª edición. Rialp. Madrid, 1994

Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y Toxicología. 4ª edición. Salvat. Barcelona, 1991.



Gisbert Grifo MS. Determinación de la edad en menores. Aspectos médico-legales. Estudios jurídicos. Ministerio fiscal .2003; 2: 677-696.

González Hernández E, Castellano Arroyo M. Estudio comparado de la regulación del derecho a la información en las Comunidades Autónomas españolas. Actual Med. 2010; 95:27-31.

González Hernández E. La protección de los derechos de los pacientes en la Unión Europea: Legislación comparada. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2009.

González Hernández ME, Castellano Arroyo M. El consentimiento en las actuaciones médicas en las Comunidades Autónomas españolas: regulación actual. Rev. Esp Med Legal.2012; 38:100-6.

González Jurado. Acto inaugural del XIX Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Madrid 18 a 20 de octubre. 2012.

González Pastrana M^aJ, Olmo Ferrer JM. La Historia Clínica de Enfermería. En: Moro Aguado J, Tejedor Muñoz J, editor, Acta Histórico – Médica Vallisoletana: La historia clínica, contenidos y requerimientos en las Comunidades Autónomas. Ediciones del seminario de Historia de la Medicina, Valladolid, 2003.

Gracia D. Prólogo. En: Hernández Martín F, coordinador Historia de la Enfermería en España. Síntesis. Madrid, 1996.

Gracia Guillén D. Primum non nocere. El Principio de No-Maleficencia como fundamento de la Ética Médica. Discurso de recepción como Académico Electo. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1990.

Guix Oliver J, Fernández Ballart J, Sala Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. Gac Sanit. 2006; 20:465-72.

Gutierrez KM. Advance directives in an intensive care unit: experiences and recommendations of critical care nurses and physicians. Crit Care Nurs Q. 2012; 35(4): 396-409.



Heather Herdman T. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier. Barcelona, 2009.

Herranz, G .Escuela hipocrática (S. V a de C). Lengua original griego. Traducción castellana 2002. [Consultado 24.02.2012]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/>.

Hipócrates. Juramento hipocrático. 500 a C [consultado 29.09.12]. Disponible en: http://medicina.udd.cl/centro-bioética/files/2010/10/juramento_hipocratico.pdf.

Infante Díaz J. La reforma de los planes de estudio universitarios de la España democrática (1977-2000). Revista de Educación. 2010;351: 259-82. Disponible en: <http://www.revistaeducacion.educacion.es/re351.htm>.

Instituto de Información Sanitaria. Sistema Nacional de Salud. El sistema de historia clínica digital del SNS. Nipo en línea. 2009 [consultado 3.10.2012] Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf.

Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado núm. 251. 20/10/1999.

Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(3): 49-59.

Jiménez Fernández JC, Cerrillo Martín D. Registros de enfermería: un espejo del trabajo asistencial. Metas de Enfermería. 2010; 13(6):8-11.

Jovell-Fernández AJ, Navarro- Rubio MD. El paciente existe, luego no lo ignores. Form Med Contin Aten Prim. 2006; 13 (2):73-7.

Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de información. Med Clin (Barc) 2002; 118(1): 18-37.

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Información Usuarios, profesionales, normativa [consultado e impreso 20.02.2007]



Junta de Andalucía. Dyraya. Sistema integrado de gestión e información para la asistencia Sanitaria [consultado 08.08.2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/diraya/DossierDiraya2010_Es.pdf.

Kaplan H, Freedman AM, Sadock BJ. Comprehensive testbook of psychiatry/III. Tird Edition. Wuilliams and Wikins. Baltimore-London, 1980.

Laín Entralgo P. La medicina Hipocrática. Revista de Occidente. Madrid, 1970.

Laín Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente, Ediciones Castilla, SA. Madrid, 1964.

León C FJ. Información y consentimiento informado de menores de edad en Chile.Rev Chil Pediatr. 2012; 83(2):113-116.

León Correa FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. Nro1.3.2007 [consultado 5.10.12].Disponible en: [www.fmv-uba.org.ar/antropologia/Nro1Marzo2007/León\[1\].2.pdf](http://www.fmv-uba.org.ar/antropologia/Nro1Marzo2007/León[1].2.pdf).

León Molina J, Manzanera Saura JT, López Martínez P, González Nieto L. Dudas de Enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. Enferm. Glob. 2010; 9 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331>.

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Documento Oficial de Extremadura núm.76.3/07/2001.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado núm. 55. 5/03/2002.

Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm. 102. 29/04/1986.

Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 29. 02 /02/2001.



Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Boletín Oficial del Estado núm. 306. 22/12/1990.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm. 178. 27/07/2006 [consultado 10.10 .12]. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-13554>

Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. Boletín Oficial del Estado núm.266. 8/11/1979.

Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. Boletín Oficial del Estado núm. 266. 6/11/1979.

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274. 15/11/2002.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado núm. 280. 26 /11/2003.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad anticipada. Boletín Oficial Junta de Andalucía. Boletín Oficial Junta de Andalucía núm.210. 31/10/2003.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad anticipada. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía núm.210. 31/10/2003.

Ley de 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado, y de la historia clínica de los Pacientes. Boletín Oficial del Estado núm. 158. 3/07/2001.

Ley gallega 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Boletín Oficial del Estado núm. 158. 03/07/2010.

Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado núm. 298.14/12/1999.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado. núm. 55.4/3/ 2010.



Lopera Uribe GE, Albar Marín MJ, García Ramírez M, Fernández Garrido C. Factores explicativos de la aplicación de la ley de Autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica. *Gac Sanit.* 2022; 25:461-7.

López Gómez L, Gisbert Calabuig JA. *Tratado de Medicina Legal.* 3ª Ed. Valencia: Saber, 1970.

López Piñero JM. *La medicina en la Historia. La esfera de los libros.* Madrid 2002.

Marías J. *Historia de la filosofía.* Alanza editorial. Madrid, 2003.

Marín Gorriz FJ (1924-2004). *Consentimiento Informado.* Servicio de Radiodiagnóstico. Departamento de Radiología y Fisioterapia. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero.* 2ª edición. Elsevier. Barcelona, 2011.

Mc Parland J, Scott PA, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. *Autonomy and clinical practice 2: Patient privacy and nursing practice.* *Br J Nurs.* 2000; 11-24; 9(9):566-9.

Medina-Valverde MJ, Rodríguez-Borrego MA, Luque-Alcaraz O, de la Torre-Barbero MJ, Parra-Perea J, Moros-Molina MP. *Estudio evaluativo sobre una herramienta informática de gestión enfermera en el periodo 2005-2010.* *Enferm Clin.* 2012; 22:3-10.

Méndez Pérez L, Fernández Garrido C, Lagoa Elías C, Otero Espiga A, Gallardo Abril Mª G. *Profesionales, pacientes y usuarios al amparo de los mismos derechos y obligaciones.* Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla [consultado 08.01.2013]. Disponible en: <http://www.menycep.com/congresos/XXIEnfermeria/comunicaciones/eminencia2/09.pdf>.

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad. *Normativa: Orden SCO/2823/207, de 14 de septiembre, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado Registro Nacional de Instrucciones previas* [consultado 14.10.2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/rnip/home.htm>.



Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit.* 2010; 24:247-50.

Moreno Madrid F, Molina Carvallo A, Herrmann F, Tesse R, Girón Caro F, Muñoz Hoyos A. Anotaciones subjetivas en la historia clínica. Divergencias entre el Derecho y la Medicina. *Bol. SPAO.* 2010; 4 (3).

Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, Haro Marín S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enfermería Intensiva* 2005, 16 (2): 62-72.

Navarro Arnedo JM, Orgiler Uranga PE, Haro Martín S. Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos. *Metas Enfermería.* 2004; 7(4): 6-10.

Navarro Paule MP. Aspectos médico-legales de la patología otorrinolaringológica atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante el año 2007. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.2010.

Nogales Espert A. Los hospitales del camino de Santiago, gremios y cofradías, los nuevos pasos en la asistencia a domicilio. En: Hernández Martín F, coordinador. *Historia de la Enfermería en España. Síntesis.* Madrid, 1996.

Ogando Díaz B, García Pérez C. Consentimiento informado y capacidad de decidir del menor maduro. *Pediatr Integral* 2007; XI (10):877-833.

Oleaga Orue-Rementeria A. La ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El consentimiento informado. *Revista Jurídica de Canarias.* 2006; 3:17-32.

Orden de 14 de septiembre de 2001 por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación. *Diario Oficial de la Comunitat Valenciana* núm. 4111. 22/10/2001.

Orden de 30 de mayo de 1979, por la que se aprueba el plan de Estudios de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Granada. *Boletín Oficial del Estado* núm.175.23/07/1979.



Organización Colegial de Enfermería Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Sucesores de Rivadeneyra. Madrid, 1989.

Osuna Carrillo de Albornoz E, Luna Maldonado A. Derechos del enfermo. En: Villanueva Cañadas E, editor. Medicina legal y toxicología. 6ª edición. Masson. Barcelona, 2004.

Osuna Carrillo de Albornoz E. El Derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002. Cuad Bidet.2006; 17:27-42.

Pérez Castanedo J, Hernando Robles P, Cañellas Arsegol M, Barrena Vilá, Font Renom J, Gonzalez Álvarez I. Información sobre los riesgos operatorios: opinión de los médicos implicados y de los pacientes. Rev Esp Anestesiología Reanim, 2004; 51: 20-7.

Pinar García P. De la caridad asistencial a la enfermería profesional. En: Hernández Martín F, coordinadora. Historia de la Enfermería en España. Síntesis. Madrid, 1996.

Plan de Estudios de Medicina Universidad de Granada. Facultad de Medicina [consultado 23.10.2012]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~facmed/historico-plan74.php>.

Plan de Estudios de Medicina Universidad de Granada. Facultad de Medicina [consultado 23.10.2012]. Disponible en: <http://www.ugr.es/~facmed/plan2002.php#SEXTO>.

Prat EH. El principio de autonomía: una nueva perspectiva. Conferencia de clausura del Master en Bioética. Pamplona, 23-V-2009.

Ramos-Silva E, Nava-Galán MG, San -Juan D. Percepciones de la adecuada cumplimentación de los registros de enfermería en un centro de tercer nivel. Enferm Clin. 2011; 21:151-8.

Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Boletín Oficial del Estado núm. 128. 28 /05/1980.



Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 225. 16/09/2010.

Real Decreto 1231/2001, de 8 noviembre, por el que se aprueban los estatutos generales de la Organización Colegial de enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la Actividad Profesional de Enfermería. Redacción modificada por Sentencias del Tribunal Supremo de 4 de Febrero de 2.004 [consultado 24.08.2012]: Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1119268225262&pagename=SiteCGE%2FPage%2FTplPageGenerica&c=page>.

Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado núm.40. 15/02/2007.

Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. Boletín Oficial del Estado núm. 26. 31/01/1984.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado núm. 45. 21/02/2008.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 108.06 /05/2005.

Real Decreto 757/2006, de 16 de junio, por el que se aprueban los Estatutos generales del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Boletín Oficial del Estado núm. 144. 17/06/2006.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Boletín Oficial del Estado núm. 260.30/10/2007.

Redacción Médica. El Gobierno desea respetar la colegiación sanitaria obligatoria. 16/07/2012 [consultado 28.08.12]: Disponible en: <http://www.redaccionmedica.es/noticia/las-profesiones-sanitarias-y-juridicas-seguiran-reguladas-9848>.



Registro Nacional de Instrucciones Previas. Normativa [consultado 10.10.12].
Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/rnip/home.htm>.

Resolución 111/203 de 17 de febrero por la que se modifica la Resolución 23/2001, de 4 de julio, sobre procedimiento de acceso de usuarios a la documentación clínica y sobre procedimiento para garantizar la continuidad documental. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Resolución 184/2003, de 3 de marzo, instrucciones sobre el procedimiento de ordenación y gestión de la documentación clínica en centros asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. Dirección – Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación por la que se da publicidad al acuerdo de ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberían adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 50. 27/02/2008.

Resolución de 19 de octubre de 1994, de la Universidad de Granada, por la que se hace público el plan de estudios de Diplomado en Enfermería que se impartirá en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Granada, dependiente de esta Universidad. Boletín Oficial del Estado núm. 264. 4/11/1994.

Rivero Serrano O, Durante Montiel I. El profesionalismo en la medicina actual. Rev Fac Med UNAM. 2010; 53: 1 [consultado 20.09.12]: Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un101g.pdf>.

Rogg L, Loge JH, Aasland OG, Graugaard PK. Physicians' attitudes towards disclosure of prognostic information: a survey among a representative cross-section of 1605 Norwegian physicians. Patient Educ Couns. 2009; 77(2):242-7.

Romeo Casabona C M, Castellano Arroyo M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. DS. 1993; 1(1):4-19.

Rubio Gil E, Del paternalismo al principio de autonomía: un viaje inacabado. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. Murcia, 2010.



Samprón López D. Los derechos del paciente a través de la información y la historia clínica. Edisofer. Madrid, 2002.

Sánchez Bravo J. Presentación. En: Pensamiento de San Juan de Dios y la Orden Hospitalaria y su relación con la Enfermería. Autor: Ventosa Esquinaldo, F. Archivo Museo San Juan de Dios, Casa de los Pisa. Granada, 2012.

Saralegui Reta I, Monzón Marín JL, Martín MC. Instrucciones previas en medicina intensiva. Med Intensiva. 2004; 28(5):256-61.

Sec. TC. Sala 2ª. Sentencia 37/2011, de 28 de marzo de 2011. Boletín Oficial del Estado núm. 101. 28/4/2011.

Servicio andaluz de Salud. Deberes y derechos de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía. A partir de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, publicada en BOJA núm. 74, de 4/07/1998 [consultado 27.08.12]: Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/general/derechos/SAS_DyD_ES.pdf.

Sierra Talamante C, Saya Chuliá V, Famoso Poveda MJ, Muñoz Izquierdo A, Peiró Andrés A, Garrigós Hernández E, et al. Continuidad de cuidados: alta de enfermería. Enferm Cardiol. 2007; 14(41):35-40.

Tardáguila Lobato MP, Méndez Pérez CL, Torres Vélez JC, Méndez García T, Benito Martín B, López de Castro F. La Información al Paciente y su participación en la toma de decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. Rev Clín Med Fam. 2008; 2 (4): 145-148.

Tomás y Garrido G M. Los límites del consentimiento informado: el ejercicio de la patria potestad sobre el menor maduro. 5/11/2011[consultado el 28.08.2012]: Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4865/776/>.

Universidad de Granada. Agenda 2011-2012 .V centenario del Hospital Real, 30 años sede del Rectorado. Granada 2011.

Urien Blázquez T. Enfermería: Historia desde 1987. Visión libros. Madrid, 2011.



Vall Casas A, Rodríguez Parada C. El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *Bid.* 2008; 21 [consultado 14.12.2011] Disponible en <http://www.ub.edu/bid/21/vall2.htm>.

Van Keffens T, van Baarsen B, van Leeuwen E. The medical practice of patient autonomy and cancer treatment refusals: a patient and physicians perspective. *Soc Sci Med.* 2004; 58:2325-36.

Ventosa Esquinaldo F. Historia de la Enfermería en España. Ciencia 3. Madrid, 1984.

Ventosa Esquinaldo F. Pensamiento de San Juan de Dios y la orden hospitalaria y su relación con la Enfermería. Archivo Museo San Juan de Dios, "Casa de los Pisa". Granada 2012.

Villanueva Cañadas E, Castellano Arroyo M. Derecho Sanitario al uso del pediatra. El consentimiento informado en pediatría. *Ergòn.* Madrid, 2001.

Villanueva Cañadas E. El Consentimiento. En: Gisbert Calabuig JA, Medicina legal y toxicología. Villanueva Cañadas E, editor. 6ª edición. Masson. Barcelona, 2004.



IX. ANEXOS



ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, presto mi consentimiento para participar, mediante una encuesta anónima, en el estudio que tiene por objetivo:

- Valorar el grado de conocimiento de los derechos de los pacientes, entre los profesionales sanitarios.
- Grado de implantación en la práctica asistencial de estos derechos.

Este estudio será realizado por

Doña. Aurelia Arenas López, Enfermera, Profesora titular de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, con la dirección de Doña. María Castellano Arroyo, Catedrática de la Universidad de Granada del Departamento de Medicina Legal y Doña. Adoración Reche Molina, Doctora por la Universidad de Granada. Enfermera del HUSC- Medicina Interna.

La encuesta es totalmente anónima y los datos obtenidos se anotarán y se conservarán en una base de datos, de acuerdo con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal y con las normas éticas relativas al secreto profesional médico y de enfermería. Por tanto, entiendo que la información recogida en este estudio es confidencial, y los datos serán tratados con fines estadísticos o de estudio e investigación científica, con absoluta reserva de mi identidad.

He sido informado de este estudio a mi completa satisfacción y se me ha respondido suficientemente a las preguntas que he considerado oportuno hacer. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

Fecha:

Firma:



ANEXO II

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Se le plantean a continuación una serie de preguntas, el objetivo es valorar la implantación que hasta ahora ha tenido la normativa sobre los derechos y deberes de los pacientes y usuarios entre nosotros.

Si lo estima oportuno puede escribir algún comentario a las preguntas.

Datos personales

Médico/a

Enfermero/a

Matrona

Fisioterapeuta

Edad:

Sexo: Hombre Mujer

Años de ejercicio profesional:

Lugar de trabajo:

Hospital U. San Cecilio

Atención primaria

Tipo de contrato:

Plantilla Eventual Vinculado Residente Otros

Área de trabajo:

Médica Quirúrgica Médico-Quirúrgica Laboratorios Pediatría

Gine y Obstetricia Radiodiagnóstico Med. Nuclear Otros



Encuesta

1. ¿Cree que la palabra usuario está legalmente reconocida en la normativa española?

Si No N/C

2. ¿Considera adecuada la utilización del término usuario aplicado a las relaciones sanitarias asistenciales?

Si No

3. ¿Qué término considera más apropiado para la persona que necesita cuidados médicos?

Enfermo Paciente Otros ¿Cuál?

4. ¿Consideraría adecuada la desaparición, en el ámbito asistencial, de la palabra enfermo?

Si No N/C ¿Por qué?

5. ¿Cree que la ley establece que el paciente tiene derecho a un médico responsable de coordinar la asistencia sanitaria que se le preste?

Si No N/C

6. ¿Considera que los pacientes tienen reconocidos legalmente derechos y deberes?

Si No N/C

7. ¿Conoce si alguna norma española, a nivel estatal, trataba este tema en el siglo XX?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, indíquela



8. ¿Y en el siglo XXI?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, indíquela

9. ¿Sabe si las Comunidades Autónomas han legislado sobre los derechos/ deberes de los pacientes, para su territorio?

Si No

10. ¿Conoce si a nivel del Consejo de Europa (CE) hay normativas sobre derechos y deberes de los pacientes?

Si No

11. En la relación asistencial ¿opina que la información es un derecho del paciente?

Si No

12. Indique cual de los siguientes extremos considera que hay que transmitir al paciente sobre el acto asistencial que se presta

Naturaleza Finalidad y naturaleza Naturaleza, finalidad y riesgos

Naturaleza, finalidad, riesgos y consecuencias

13. ¿Cree que la información clínica siempre debe ser?

Verdadera

Podrá falsearse para no perjudicar al paciente

¿Por que?



14. ¿Considera que la información clínica se transmite para?

Para librarnos de la responsabilidad

Para que el paciente pueda tomar decisiones con su propia y libre voluntad

Para otros fines

¿Cuáles?

15. ¿Considera que la información clínica hay que proporcionarla al paciente sólo cuando hay riesgos para su salud?

Si

No

16. ¿Cree que la información, como regla general hay que transmitirla?:

Sólo verbalmente

Verbalmente, dejando constancia en la historia clínica

Sólo por escrito

17. ¿Considera que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su estado de salud?

Si

No

Si, con reservas

¿Cuáles?

18. ¿A quien cree que le corresponde adoptar los medios oportunos para garantizar la confidencialidad de los datos?

A los centros sanitarios

A los servicios sanitarios

Al Sistema Nacional de Salud

N/C

19. ¿Tiene el paciente o usuario derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar sus datos diagnósticos y terapéuticos, para la docencia e investigación?

Si

No

¿Por que?



20. ¿Considera que cuando el paciente participa en un ensayo clínico requiere un protocolo especial para la información y el consentimiento?

Si No N/C

21. ¿Cree que el paciente puede revocar el consentimiento, ya prestado, en cualquier momento?

Si No

22. ¿Considera que cuando el paciente expresa el deseo de no ser informado, se debe respetar su voluntad?

Si No N/C

23. ¿Cree que hay circunstancias en las que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento?

Si No ¿Conoce alguna?

24. ¿Considera que se puede otorgar el consentimiento a través de la representación de otra persona?

Si No Si, en determinados supuestos

25. ¿Cree que los pacientes menores, entre 16 y 18 años con madurez emocional e intelectual, pueden dar el consentimiento para la asistencia médica?

Si

No

Si, pero en caso de actuación de grave riesgo los padres deben ser informados



26. ¿Cree que la información que el facultativo proporciona al paciente, para recabar el consentimiento por escrito, debe atenerse a unas características precisas?

Si No N/C

27. ¿Cree que la ley regula la posibilidad de dejar escritas instrucciones previas sobre el tratamiento médico que queremos en el futuro?

Si No N/C

28. ¿Quién cree que regula el procedimiento adecuado para que se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas que haya dejado escritas una persona?

El Centro Sanitario

El Servicio de Salud

El Sistema Nacional de Salud

29. ¿Considera que las instrucciones previas podrán revocarse, o una vez escritas son definitivas?

No

Sólo si se hace libremente dejando constancia por escrito

N/C

30. ¿Cree que el Registro nacional de instrucciones previas lo crea?

Cada hospital

El Ministerio de Sanidad

El Servicio de Salud de la CA

31. ¿Cree que los usuarios y pacientes tienen derecho a elegir médico y centro asistencial?

Si No N/C



32. ¿Considera que en la historia clínica deben incluirse documentos que reflejen el trabajo de enfermería?

Si No

En caso afirmativo ¿cuales son esos documentos?

33. ¿Considera necesario el informe de alta de Enfermería?

Si No

34. ¿Considera que existen disposiciones legales sobre el contenido mínimo de la historia clínica?

Si No

35. ¿Sabe quien establece las normas que facilitan el acceso a la historia clínica del paciente por los profesionales que lo asisten?

Cada centro

Los servicios sanitarios

El médico responsable

36. ¿Considera que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia, ¿se rige por alguna normativa concreta?

Si No

En caso afirmativo indíquela

37. ¿Cree que existen normas legales que regulen el deber de secreto, por parte del personal que accede a la historia clínica en el ejercicio de sus funciones?

Si

No

No, porque es un problema ético



38. ¿Considera que los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de la historia clínica?

Si No N/C

39. La custodia de las historias clínicas es responsabilidad de

El Centro Sanitario

El Servicio Sanitario

El Médico Responsable

40. En el caso de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad de manera individual, ¿quién cree que es el responsable de la gestión y custodia de la documentación asistencial?

Ellos mismos

El Colegio de médicos

El Servicio de Salud

41. ¿Considera que el paciente tiene derecho a la documentación que forma parte de su historia clínica?

Si No

42. De existir este derecho ¿lo podría ejercer?

Siempre

Nunca

Debe ejercerse, excepto en algunos supuestos



43. ¿Considera que existe alguna circunstancia en la que los profesionales puedan limitar el acceso a la Historia clínica?

- Sí a todo lo que este haya escrito
- Sólo a las anotaciones subjetivas
- No, nunca

44. ¿Quién determina reglamentariamente las características, requisitos y condiciones del informe de alta?

- Los Centros
- Los Servicios Sanitarios
- Las Administraciones Sanitarias Autonómicas

45. ¿Considera que la no aceptación, por parte del paciente del tratamiento es motivo de proponerle el alta voluntaria?

- Si
- No
- ¿Porque?

46. ¿Considera, que si se da el alta a un paciente y no quiere dejar el Hospital se puede recurrir a la Administración de justicia para que lo haga?

- Si No

47. ¿Durante sus estudios académicos recibió usted alguna formación ética y legal?

- Sólo ética
- Sólo legal
- Ética y legal
- Ninguna



48. ¿Esas materias tenían carácter?

Obligatorio

Optativo

49. ¿Considera que la formación ética facilita el cumplimiento de la norma legal?

Si

No

50. ¿Cree que la abundancia de normativa en el campo de la salud?

Facilita al personal sanitario actuar con responsabilidad

Le descarga de la responsabilidad

Le facilita el ejercer la profesión a la defensiva

Muchas gracias por su colaboración



ANEXO III

40126

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

22188 *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones.

Ultimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en

el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de esta Ley.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos 9, 10 y 61. Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión. Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros



agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada. En esta línea, el Consejo de Europa, en su Recomendación de 13 de febrero de 1997, relativa a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

CAPÍTULO I

Principios generales

Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Artículo 2. *Principios básicos.*

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Artículo 3. *Las definiciones legales.*

A efectos de esta Ley se entiende por:

Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza acti-

vidades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.

Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

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

Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

Médico responsable: el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

CAPÍTULO II

El derecho de información sanitaria

Artículo 4. *Derecho a la información asistencial.*

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará



al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Artículo 6. Derecho a la información epidemiológica.

Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley.

CAPÍTULO III

Derecho a la intimidad

Artículo 7. El derecho a la intimidad.

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

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

CAPÍTULO IV

El respeto de la autonomía del paciente

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información pre-

vista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documental, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.



4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Artículo 11. Instrucciones previas.

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

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

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

4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.

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

Artículo 12. Información en el Sistema Nacional de Salud.

1. Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema

Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2. Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3. Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo.

Artículo 13. Derecho a la información para la elección de médico y de centro.

Los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes.

CAPÍTULO V

La historia clínica

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

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

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

3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

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

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:



40130

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que interviene en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

Artículo 16. Usos de la historia clínica.

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

2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

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

5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en

relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

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

7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

Artículo 17. La conservación de la documentación clínica.

1. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

2. La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

3. Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

4. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica.

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia



clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica.

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

CAPÍTULO VI

Informe de alta y otra documentación clínica

Artículo 20. Informe de alta.

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Artículo 21. El alta del paciente.

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oír al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

Artículo 22. Emisión de certificados médicos.

Todo paciente o usuario tiene derecho a que se le faciliten los certificados acreditativos de su estado de salud. Éstos serán gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria.

Artículo 23. Obligaciones profesionales de información técnica, estadística y administrativa.

Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran

los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

Disposición adicional primera. Carácter de legislación básica.

Esta Ley tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.^a y 16.^a de la Constitución.

El Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

Disposición adicional segunda. Aplicación supletoria.

Las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

Disposición adicional tercera. Coordinación de las historias clínicas.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Disposición adicional cuarta. Necesidades asociadas a la discapacidad.

El Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, dictarán las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes o usuarios con necesidades especiales, asociadas a la discapacidad, los derechos en materia de autonomía, información y documentación clínica regulados en esta Ley.

Disposición adicional quinta. Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios.

La información, la documentación y la publicidad relativas a los medicamentos y productos sanitarios, así como el régimen de las recetas y de las órdenes de prescripción correspondientes, se regularán por su normativa específica, sin perjuicio de la aplicación de las reglas establecidas en esta Ley en cuanto a la prescripción y uso de medicamentos o productos sanitarios durante los procesos asistenciales.

Disposición adicional sexta. Régimen sancionador.

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del Título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal y de la responsabilidad profesional o estatutaria procedentes en derecho.



40132

Viernes 15 noviembre 2002

BOE núm. 274

Disposición transitoria única. *Informe de alta.*

El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.

Disposición derogatoria única. *Derogación general y de preceptos concretos.*

Quedan derogadas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley y, concretamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor en el plazo de seis meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,
Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley.

Madrid, 14 de noviembre de 2002.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSÉ MARÍA AZNAR LÓPEZ

22189 LEY 42/2002, de 14 de noviembre, de creación del Colegio de Prácticos de Puerto.

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La promulgación de la Ley 27/1992, de 24 de noviembre, de Puertos del Estado y de la Marina Mercante, ha supuesto un cambio radical en lo referente a la estructura del practicaaje, configurándolo como un servicio portuario cuya titularidad corresponde a las autoridades portuarias, al tiempo que se residencian en la Administración marítima competencias sobre su regulación por razones de seguridad marítima.

Los prácticos de puerto constituyen en la actualidad un conjunto de profesionales con suficientes señas de identidad propias e intereses comunes cuyas legítimas aspiraciones de agrupamiento corporativo merecen ser atendidas por medio del correspondiente cauce legal. En este sentido, la Federación de Prácticos de Puerto de España ha solicitado la creación de un Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto adscrito al Ministerio de Fomento.

Por otra parte, no faltan razones de interés público que justifiquen la creación del Colegio Oficial de Prácticos de Puerto, ya que puede coadyuvar muy eficazmente a la mejor prestación del servicio de practicaaje y servir como órgano cualificado para participar en los

procedimientos de elaboración de normas susceptibles de afectar a dicho servicio con carácter general.

En consecuencia, parece pertinente la creación de un Colegio Oficial de ámbito nacional que, sin perjuicio de las competencias que en esta materia tienen constitucionalmente reconocidas las Comunidades Autónomas, atienda los fines anteriormente referidos y venga a llenar un vacío largamente sentido en el ejercicio de la profesión.

Artículo 1.

Se crea el Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto, que tendrá personalidad jurídica y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines con sujeción a la Ley.

Artículo 2.

1. El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto agrupará a todos los profesionales con nombramiento de práctico expedido por las autoridades competentes. Asimismo, integrará a aquellos prácticos que estén en posesión del título de Práctico de Número de Puerto y Práctico de Puerto de España y a todos los prácticos de atraques otorgados en concesión.

2. Para ejercer legalmente la profesión, será requisito indispensable estar incorporado al Colegio y cumplir los requisitos legales y estatutarios exigidos por la Ley de Colegios Profesionales y demás normativa que, como prácticos profesionales, les fuere de aplicación.

Artículo 3.

El Colegio Oficial Nacional de Prácticos de Puerto se relacionará con la Administración General del Estado a través del Ministerio de Fomento y, en lo sucesivo, con aquel que tenga atribuidas las competencias en la materia.

Dicho Ministerio ostentará la capacidad de convocar al Colegio Profesional para participar en los Consejos u organismos consultivos de la Administración que considere oportunos.

Disposición transitoria primera.

El Ministro de Fomento, a propuesta de la Federación de Prácticos de Puerto de España, aprobará los Estatutos provisionales del Colegio, que regularán, conforme a la Ley, los requisitos para la adquisición de la condición de colegiado que permita participar en las elecciones de los órganos de gobierno, el procedimiento y plazo de convocatoria de las mencionadas elecciones, así como la constitución de los órganos de gobierno.

Disposición transitoria segunda.

Constituidos los órganos de gobierno colegiales, según lo establecido en la disposición precedente, aquéllos remitirán al Ministerio de Fomento, en el plazo de seis meses, los Estatutos a que se refiere la legislación vigente sobre Colegios Profesionales. El citado Ministerio someterá a la aprobación del Gobierno los mencionados Estatutos. La citada aprobación dejará sin efecto dichos Estatutos provisionales.

Disposición final primera.

Se faculta al Ministro de Fomento para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución de la presente Ley.

