

La planificación anticipada de las decisiones y sus factores asociados

The advance care plannings and its associated factors

Resumen

Objetivo: Determinar el conocimiento y la planificación de la voluntad vital anticipada (VVA) en atención primaria e identificar factores asociados.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. *Población diana:* médicos y enfermeros adscritos a 15 Unidades de Gestión Clínica del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. *Muestreo:* Multietápico cuya N = 269. *Instrumento:* Cuestionario validado. *Análisis estadístico:* Descriptivo y multivariante de los datos obtenidos.

Resultados: Edad media de los profesionales de 51 años (DT: 8,2) siendo mujeres el 60,9%. El 55,8% fueron médicos y el 79,3% propietarios de la plaza. La puntuación media de años de servicio fue 23,5 (DT: 9,4). El 50,9% trabajaba en ámbito rural. La puntuación media del conocimiento fue de 5,1 (DT: 2,09). El 98,4% considera que la VVA está regulada en Andalucía. El 56,9% no ha leído su documento y el 78,1% no ha leído la guía de planificación. El 65,6% no ubica el registro de VVA. El 89,3% no planifica en el último año; quien planifica lo hace menos de tres 3 veces. El valor p de la planificación es 0,838 respecto del sexo; 0,521 para la edad; 0,841 para el ámbito de trabajo; 0,543 para categoría profesional; 0,934 para años de servicio; y 0,210 para tipo de contrato. Solo la categoría profesional se asocia de manera significativa ($p = 0,029$) con la planificación y la lectura de la guía para planificar la VVA.

Conclusiones: Pocos profesionales sanitarios planifican con el paciente la VVA, no identificándose factores independientes asociados al estudio.

Palabras clave: Conocimiento. Actitud. Planificación anticipada de las decisiones. Atención primaria.

Abstract

Objectives: Determine the knowledge and advance care planning in primary care and to identify associated factors.

Material and Methods: *Type of study:* Cross-sectional multicentric study. *Study population:* Physicians and nurses of 15 Clinical Management Units at Cordoba and Guadalquivir Health District. *Sampling:* Multistage with N = 269. *Tools:* Validated questionnaire. *Analysis:* Descriptive and multivariate statistical analyses were done.

Results: Mean age of 51 years professional (SD 8.2) and 60.9% of them were women. About 55.8% of participants were physicians and 79.3% had permanent posts. Mean working years was 23.5 (SD 9.4) and about 50.9% of participants worked at rural areas. Mean knowledge score was 5.1 (SD 2.09). 98.4% believe early vital will is regulated in Andalusia. About 56.9% have not read the regulatory document and 78.1% have not read the planning guidebook. More than 65% don't know the corresponding registry office. 89.3% do not plan in the last year; who planned did that <3 times. The p value of planning is: 0.838 about sex; 0.521 about age; 0.841 about scope of work; 0.543 about professional category; 0.934 about years of service; and 0.210 about type of contract. Only the professional category is significantly ($p=0.029$) associated with the planning and reading of the guidebook to plan the advance directives.

Conclusions: Few medical practitioners plan with the patient. No independent study identifies factors.

Key words: Knowledge. Attitude. Advanced care planning. Primary care.

JM. Jiménez Rodríguez

Servicio Andaluz de Salud.
Distrito Sanitario Córdoba y
Guadalquivir. Córdoba.

Correspondencia:
José Manuel Jiménez Rodríguez
E-mail:
jose.jimenez.rodriguez.sspa@
juntadeandalucia.es

Fecha de recepción:
21.OCTUBRE.2016

Fecha de aceptación:
05.JULIO.2017

Introducción

La voluntad vital anticipada (VVA) es el instrumento que hace posible programar las actuaciones clínicas previas a la muerte. Dicho instrumento permite dejar por escrito los deseos sanitarios del paciente. Así, estos serán tenidos en cuenta una vez el paciente se halle en situación de incapacidad de hecho^{1,2}. La VVA encuentra sus orígenes en la sentencia del Tribunal de Minnesota (1905) y la sentencia de Nueva York (1914). Ambas reconocen como derecho inherente al ser humano poder decidir respecto a qué hacer con el propio cuerpo en los momentos finales de la vida. Posteriormente, la VVA queda legitimada en la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de California (1957) con el caso “*Salgo*”, la sentencia del Tribunal Supremo de New Jersey (1976) con el caso de “*Quinlan*” y la sentencia del Tribunal Supremo de los Estados Unidos (1990) con el caso de “*Cruzan*”^{3,4}. En España, el derecho a la autodeterminación clínica se regula mediante la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta norma suscribe el derecho del paciente a formalizar sus deseos y preferencias sanitarias acerca del tipo de actuaciones clínicas que quiere que se apliquen en los momentos finales de la vida. Entre estas se encuentran los cuidados paliativos^{5,6}. El derecho a una muerte programada lejos de actos iatrogénicos hace de la VVA una alternativa reformista a los principios ortodoxos de la medicina clásica^{7,8}. En Andalucía, por mandato expreso de la Ley 5/2003, de declaración de voluntad vital anticipada, dicha práctica comienza a ser regulada e integrada en la cartera de servicios del sistema sanitario público. Desde este momento la VVA es contemplada como una prestación más a la que cualquier persona puede acogerse⁹⁻¹¹, quedando al amparo de los poderes públicos, la Administración sanitaria, el cuerpo facultativo y el propio paciente.

La VVA y el proceso de muerte forman parte de una decisión personal y madurada, reemplazada cuando la capacidad decisoria merma^{12,13}. Los profesionales sanitarios de atención primaria (AP) tienen un papel importante en el desarrollo de la VVA. Dicho desarrollo puede quedar subordinado por factores como el conocimiento y la implicación de estos profesionales¹⁴⁻¹⁷. Haber transcurrido más de una década desde la puesta marcha de la VVA invita a reflexionar acerca de los posicionamientos que puedan tener los profesionales sanitarios respecto de la misma, así como a considerar qué elementos pueden estar influyendo en la planifi-

cación de la VVA¹⁸. Cumpliendo con el objeto de estudio, se hace necesario un análisis riguroso sobre el grado de conocimiento y el nivel de planificación anticipada de las decisiones (PAD) por parte de estos profesionales, así como profundizar sobre aquellas otras variables que, sirviendo como indicador comparativo, pueden generar diferencias en el desarrollo de dicha práctica sanitaria desde el marco de la AP^{19,20}.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo transversal de tipo multicéntrico. La población de estudio quedó acotada al cuerpo de profesionales sanitarios: médicos y enfermeros de AP adscritos al Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir de la provincia de Córdoba. Se tomaron como referencia 15 de las 20 Unidades de Gestión Clínica (UGC) adheridas a dicho Distrito Sanitario. Se realizó un muestreo de tipo multietápico (estratificado y sistemático, en cuanto al ámbito de actuación y categoría profesional se refiere) cuya N fue de 269 individuos. Se consideró como criterio de inclusión encontrarse activo y con más de un año de servicio en el sistema sanitario de Andalucía durante el periodo de recogida de datos (2014). Se administró un cuestionario previamente validado que dio respuesta a los objetivos del estudio²¹. Las variables independientes fueron el sexo, la edad, la UGC de pertenencia, la categoría profesional, el tipo de contrato y los años de servicio. Las dos variables dependientes (conocimiento y nivel de planificación) se midieron de acuerdo con los 17 ítems que conforman el cuestionario con escala numérica (0-10), así como con respuestas dicotómicas (sí/no, no sabe/no contesta). Para la interpretación de los resultados se hizo un análisis sociodescriptivo mediante distribución de frecuencias, porcentaje, máximos y mínimos, media y desviación típica (DT), con un intervalo de confianza del 95%. Para asumir los supuestos de normalidad se utilizaron las pruebas estadísticas *t* de Student y Mann-Whitney. Para las variables independientes con tres o más respuestas se utilizó la prueba estadística ANOVA (F-Snedecor o Welch y Kruskal-Wallis). Asimismo, se realizó un análisis multivariante de las variables sociodegráficas y de las variables independientes por asociación a las variables sociomográficas (modelo de regresión multinomial logístico mixto). Aquí se aplicaron la prueba estadística Levene y el test de Shapiro-Wilk. Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el software SPSS versión 19.

Resultados

Se obtuvieron 269 cuestionarios cumplimentados de los 388 entregados. La media de edad de estos profesionales fue de 51 años (rango: 25-63; DT: 8,22). El 60,9% de los participantes fueron mujeres. La categoría profesional predominante fue la de médico, con un 55,8%. El 79,3% era propietario de la plaza y el 50,9% trabajaba en el ámbito rural. La media de años de servicio fue de 23,5 (DT: 9,47). La puntuación media del conocimiento fue de 5,1 (DT: 2,09). El 98,4% de estos profesionales consideró que la VVA está regulada en Andalucía. El 56,9% no había leído el documento y el 78,1% no había leído la guía de apoyo a los profesionales para la PAD. El 65,6% no ubicó el

registro provincial de las VVA (Tabla 1). Por su parte, el 89,3% no planificó en el último año la VVA, y quien sí la planificó lo hace menos de tres veces. En relación con el análisis que se realizó entre la planificación y las variables independientes, no se encontraron diferencias significativas. En la distribución de respuesta se pudo comprobar para el sexo una $p = 0,838$ ($\chi^2 = 0,069$); para la edad, $p = 0,521$ ($\chi^2 = 1,474$); para el ámbito de trabajo, $p = 0,841$ ($\chi^2 = 0,061$); para la categoría profesional, $p = 0,543$ ($\chi^2 = 0,484$); para los años de servicio, $p = 0,934$ ($\chi^2 = 0,196$); y para el tipo de contrato, $p = 0,210$ ($\chi^2 = 3,310$) (Tabla 2). Del análisis multivariante se observó que solo la variable categoría profesional se asoció de manera significativa con la planificación y la lectura de la guía para planifi-

¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre la VVA?		N	Media	DT	IC para media al 95%			Prueba estadística
					Err. típ.	L.I.	L.S.	
Sexo	Hombre	105	5,22	2,09	0,20	4,81	5,62	T = 0,298; g.l. = 266; p = 0,766
	Mujer	163	5,14	2,09	0,16	4,82	5,46	
Edad	Menores 45	56	5,18	1,88	0,25	4,68	5,68	F = 0,012; g.l. = 2; g.l. = 247; p = 0,988
	Entre 46 y 55	109	5,21	2,22	0,21	4,79	5,63	
	Mayores 56	85	5,16	2,16	0,23	4,70	5,63	
Ámbito	Rural	136	5,38	1,96	0,17	5,04	5,71	T = 1,623; g.l. = 266; p = 0,106
	Urbano	132	4,96	2,20	0,19	4,58	5,34	
Categoría profesional	Médico	150	4,95	2,12	0,17	4,61	5,29	T = -1,940; g.l. = 266; p = 0,053
	Enfermero	118	5,45	2,03	0,19	5,08	5,82	
Tipo contrato	Propietario	210	5,14	2,16	0,15	4,84	5,43	F = 0,416; g.l. = 2; g.l. = 262; p = 0,660
	Interino	23	5,52	1,50	0,31	4,87	6,17	
	Eventual	32	5,03	1,96	0,35	4,32	5,74	
Años trabajados	<19	79	5,15	1,99	0,22	4,71	5,60	F = 0,096; g.l. = 2; g.l. = 253; p = 0,909
	20-29	102	5,28	2,28	0,23	4,84	5,73	
	>30	75	5,19	2,04	0,24	4,72	5,66	

Tabla 1.
Análisis del conocimiento de la voluntad vital anticipada según variables independientes.

Planifica con sus pacientes (previa y en consulta) la VVA														
Sexo (%)		Edad (%)			Ámbito (%)		Categoría profesión (%)		Tipo contrato (%)			Años servicio (%)		
Hombre	Mujer	<45	46-55	>56	Rural	Urbano	MAP	ATS	Pro.	Int.	Eve.	-19	20-29	+30
N = 90	N = 88,9	N = 90,2	N = 85,9	N = 91,3	N = 89,8	N = 88,9	N = 88,2	N = 90,9	N = 89	N = 100	N = 85,1	N = 87,6	N = 88,8	N = 90
$\chi^2 = 0,069$; g.l. = 1; p = 0,838		$\chi^2 = 1,474$; g.l. = 2; p = 0,521			$\chi^2 = 0,061$; g.l. = 1; p = 0,841		$\chi^2 = 0,484$; g.l. = 1; p = 0,543		$\chi^2 = 3,310$; g.l. = 2; p = 0,210			$\chi^2 = 0,196$; g.l. = 2; p = 0,934		

Tabla 2.
La planificación de la voluntad vital anticipada desde el conocimiento: análisis de variables.

Tabla 3.
Resultados de las pruebas estadísticas correspondientes al análisis multivariante aplicado con las variables sociodemográficas.

Efecto	Pruebas del modelo de regresión multinomial mixto aplicado a las variables sociodemográficas			
	F	Prueba estadística		p
		g.l. 1	g.l. 2	
Constante	1,134	12	207	0,334
Edad	0,736	2	207	0,480
Tiempo de servicio	1,512	2	207	0,223
Sexo	0,948	2	207	0,389
Categoría profesional	3,617	2	207	0,029
Tipo de contrato	1,428	2	207	0,242
Ámbito laboral	0,126	2	207	0,882

Tabla 4.
Resultados estadísticos por asociación a la variable independiente ajustados por las características sociodemográficas y obtenidos del modelo de regresión multinomial logístico mixto.

	F	g.l. 1	g.l. 2	p
¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	16.441	2	223	0,000
¿Has leído usted el documento de VVA de Andalucía?	16.805	2	217	0,000
¿Conoce dónde se encuentra el Registro provincial de las VVA?	14.682	2	218	0,000

Tabla 5.
Resultados estadísticos por asociación a las variables independientes ajustados por las características sociodemográficas y obtenidas del modelo de regresión multinomial logístico mixto reducido.

¿Ha leído la guía de apoyo para profesionales sanitarios sobre planificación anticipada de las decisiones? ¿Planifica con sus pacientes (previamente y en consulta) la VVA?		Intervalo de confianza 95% Exp. (B)							
		β	Et.	T	g.l	p	Exp- β	L.I.	L.S.
Planifica (habiendo o no leído la guía)	Constante	-6,724	2,219						
	Edad	-0,010	0,035	-0,275	1	0,783	0,991	0,925	1,061
	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	0,870	0,203	4,285	1	0,000	2,386	1,599	3,560
	Varón vs. mujer	-0,155	0,500	-0,310	1	0,757	0,857	0,320	2,296
	Médico vs. enfermero	0,554	0,528	1,048	1	0,296	1,740	0,614	4,931
	¿Ha leído usted el documento de VVA de Andalucía?	-0,359	0,577	-0,622	1	0,534	0,698	0,224	2,178
	No vs. sí								

car la VVA ($p = 0,029$). Las variables independientes edad y sexo no resultaron significativas ($p = 0,48$ y $p = 0,38$, respectivamente) (Tabla 3). Finalmente, los modelos independientes mostraron cuáles de las variables consideradas se asociaron significativamente con la probabilidad de planificación y conocimiento

de la guía. La valoración del conocimiento se asoció significativamente ($p \leq 0,001$) con la planificación y lectura de la guía para realizar la PAD. También se apreció una asociación en el conocimiento de dónde se encuentra el registro provincial de la VVA ($p \leq 0,001$) (Tablas 4 y 5).

Discusión

La VVA y los procesos de muerte digna son prioridad y controversia de las políticas sanitarias. Ofertada en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud, la VVA se convierte en una prestación al alcance de cualquier persona interesada en solicitarla. La AP es un contexto idóneo desde el que gestionar dicha prestación. Es aquí donde se establece un apropiado clima de empatía entre el profesional y el paciente, condición necesaria para garantizar la PAD^{22,23}. Esto lleva implícito un conocimiento mínimo sobre la VVA y todas las cuestiones que la rodean. Los sujetos que se investigan en este estudio puntúan su conocimiento sobre la VVA con una media de 5,1 (DT: 2,09). Esta cifra difiere poco de los resultados que se extraen de estudios semejantes²⁴. Solo el 21,9% ha leído la guía de apoyo a los profesionales sanitarios para la PAD (publicada en Andalucía en el año 2013), planificando la VVA (previamente y en consulta) durante el último año un 10,7% de los mismos. Este hecho hace pensar en la falta de habilidad de estos profesionales para poder hacer frente a dicha cuestión²⁵, motivo que justificaría el bajo número de VVA planificadas desde AP. Esto, unido al desconocimiento que los profesionales tienen sobre los puntos de registro de la VVA, impide realizar derivaciones; hecho que contrarrestaría las carencias provocadas por el desconocimiento del documento y la guía para desarrollar la PAD. La asociación que existe entre el conocimiento de la guía para planificar la VVA y su registro, junto al hecho de planificar en sí, hacen poner el acento sobre la formación de estos profesionales. Una mayor información y una mejor formación, y un aumento en el nivel de concienciación, garantizarían la expansión de la planificación de la VVA²⁶. Para ello, el sistema sanitario debe llevar a cabo medidas formativas y de sensibilización que avalen el impulso y el éxito de una prestación implantada desde hace más de un decenio^{27,28}.

Conclusiones

Desde la incorporación de la VVA en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía la situación no ha cambiado demasiado. Pese al paulatino aumento en el número de declaraciones de VVA registradas en Andalucía, estas son insuficientes si se comparan con otras comunidades autónomas. Para el caso concreto del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, son pocos los profesionales sanitarios que planifican con el paciente la VVA. En general, la falta de conocimiento de los profesionales sanitarios sobre algunas cuestiones relativas a la VVA se traducen en un déficit en la asistencia prestada; motivo este por el que se restringe el proceso de la PAD. Esta situación puede converger en un incumplimiento de los derechos sanitarios del paciente, salvaguardados por la legislación vigente. Es competencia de los poderes públicos y de las distintas Administraciones sanitarias desarrollar estrategias formativas y de información, dirigidas tanto a los profesionales sanitarios como a la ciudadanía; estrategias que promuevan el derecho del paciente a decidir bajo consenso y con la orientación de quienes conocen los diferentes procedimientos asistenciales en salud.

Agradecimientos

A la gerencia del Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir de la provincia de Córdoba y la dirección médica de las diferentes UGC adscritas al mismo, por la oportunidad brindada para la puesta en marcha y el desarrollo de la investigación planteada. Asimismo, se agradece la colaboración de todos los profesionales sanitarios adheridos a dichas UGC, por su participación y tiempo dedicado a la investigación.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Angora F. Voluntades anticipadas versus instrucciones previas en atención primaria. *Salud 2000. Política Sanitaria*. 2008;116:14-8.
- Antolín A, Sánchez M, Miró O. Temporal trend in understanding of and attitudes to advance directives in patient with chronic diseases. *Gac Sanit*. 2011;25(5):412-8.
- Requero JL. El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. *Ciclo de ética y humanidades médicas*. ICOMZ. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza; 14 de mayo de 2002.
- Seoane JA. Derecho y planificación anticipada de la atención: panorama jurídico de las instrucciones previas en España. *Derecho y Salud*. 2006;14:285-95.
- Antolín A, Sánchez M, Miró O. Documentos de voluntades anticipadas: mucho camino por recorrer para alcanzar una autonomía plena del paciente. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):409-10.
- 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. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
- Casado M. Nuevos materiales de bioética y derecho. México: Fontamara; 2007.
- Casado M, De Lecuona I, Royes A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013;39(1):26-31.
- Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2002. p. 41231-34.
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. BOJA núm. 59, de 26 de marzo de 2012. p. 40-52.
- Angora F. Voluntades anticipadas versus instrucciones previas en atención primaria. *Salud 2000. Pol San*. 2008;(116):14-8.
- Junta de Andalucía. Guía para hacer la voluntad vital anticipada. (Consultado el 21/6/2015.) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_2_c_8_voluntad_vital_anticipada/guia
- Nebot C, Ortega B, Mira JJ, Ortiz L. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gac Sanit*. 2010;24(6):437-45.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOE núm. 127, de 25 de mayo de 2010. p. 45646-62.
- Junta de Andalucía. Planificación anticipada de las decisiones. Guía de apoyo para profesionales. (Consultado el 21/6/2015.) Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_20_planificacion_anticipada_decisiones/planificacion_anticipada_decisiones?=org
- Jiménez JM, Huertas F, Gómez A, Fajardo C, Valverde FJ. Diferencias en la percepción de conocimientos y actitudes de profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Med Fam And Atención Primaria*. 2013;(45):233.
- Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(10):448-51.
- Fajardo C, Valverde FJ, Jiménez JM, Gómez A, Huertas F. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el documento de voluntades anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semerger*. 2015;41(3):139-48.
- Valverde FJ, Jiménez JM, González V, Huertas F, Gómez A, Fajardo C. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre los documentos de voluntades anticipadas. *Med Fam And*. 2012;13(1):84.
- Leal M, Rivas JA, Martínez F, Lozano M. Papel del médico de familia en el cumplimiento y registro del documento de instrucciones previas. *Semerger*. 2015;41(3):164-7.
- Jiménez JM. El cuestionario "Conocimiento, actitud y planificación ante la voluntad vital anticipada": una perspectiva metodológica desde trabajo social sanitario. *Trab Soc y Salud (Zarag)*. 2015;80(2):24-34.
- Santos de Unamuno C. Documentos de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*. 2003;32:1-8.
- Álvarez S, Argüelles L, Álvarez M, Fernández T, Blanco ML, Castillo F. Conocimiento y actitudes de las enfermeras de atención primaria sobre las voluntades anticipadas. *Enfermería Comunitaria. RqR*. 2015;3(1):66-77.
- Fajardo C, Valverde FJ, Jiménez JM, Gómez A, Huertas F. Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *SAMFyC Córdoba*. 2011;12(2):259.
- Jiménez JM. Planificación anticipada de las decisiones en el Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, España. *Acta Bioethica*. 2017;23(1):9-14.
- Altisent R. Planificación anticipada de la asistencia. Se necesita una revolución educativa. *Aten Primaria*. 2013;45(8):402-3.
- Atienza E, Armaza EJ, Beriain IM. Aspectos bioéticos-jurídicos de las instrucciones previas o testamento vital en el contexto normativo español. *Acta Bioethica*. 2015;21(2):163-72.
- Jiménez JM. Knowledge to advance planning decisions: the role of primary care medical staff. *Eur J Health Research*. 2016;2(1):15-23.