

Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio

Salvador Ribas, Hortensia Aguado, Mercè Tella, Isabel Márquez, Paulina Viñas, Josep Jiménez y Gemma Asens

Comité de Ética Asistencial de Referencia para la Atención Sociosanitaria. Región Sanitaria Costa de Ponent. Servei Català de la Salut (CatSalut). L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correspondencia: Comité de Ética Asistencial de Referencia para la Atención Sociosanitaria. Región Sanitaria Costa de Ponent.

Servei Català de la Salut (CatSalut).

Avda. Gran Via de Les Corts Catalanes, 8-10, 5.ª planta. 08902 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Correo electrónico: cearascp@catsalut.net

Resumen

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es identificar y clasificar los conflictos éticos que más comúnmente se plantean y más preocupan a los profesionales de la atención sociosanitaria, tanto en la asistencia domiciliaria como en la asistencia institucionalizada.

Material y método: Se obtuvo la opinión de profesionales expertos mediante reuniones semiestructuradas y las opiniones recogidas mediante encuesta después de la sesión de presentación del comité en centros sociosanitarios. Se realizó un estudio exploratorio con un total de 4 grupos de discusión semiestructurados (grupos focales), con la participación de distintos perfiles profesionales de la asistencia domiciliaria e institucionalizada en la atención sociosanitaria con experiencia reconocida.

Resultados: Los conflictos más frecuentes y que más inquietud crean a los profesionales de la atención sociosanitaria, la mayoría de ellos comunes, entre los niveles institucional y de atención domiciliaria son la relación entre profesionales, la pertinencia de actividades terapéuticas, la relación con la familia, el respeto por las preferencias del paciente y las derivadas de la gestión de los recursos sociales y organizativos.

Conclusiones: La identificación de conflictos éticos mediante estudios exploratorios permite diferenciar los temas con potencial riesgo ético en una especialidad terapéutica como, por ejemplo, la atención sociosanitaria. Que se produzca un conflicto u otro depende, en última instancia, del tipo de asistencia prestada.

Palabras clave: Bioética. Comités de ética. Consulta ética. Investigación empírica. Ética clínica.

Introducción

El Comité de Ética Asistencial de Referencia para la Atención Sociosanitaria (CEARAS) es un grupo consultivo, multidisciplinario, acreditado por el Departamento de Salud de Cataluña¹, cuyo ámbito de actuación corresponde al territorio de la Región Sanitaria Costa de Ponent (RSCP) —una de las 8 regiones sanitarias catalanas que integran el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), con 1.253.858 habitantes, según el censo de 2002, de los que el 14,6% son mayores de 64 años de edad—, que tiene centros de larga estancia y de convalecencia, unidades de cuidados paliativos, hospitales de día y equipos de atención domiciliaria². Una de las

Abstract

Objective: The main objective of this study was to identify and classify the most common ethical conflicts faced by health professionals working in outpatient and inpatient services.

Material and method: a) Expert opinions gathered through semi-structured meetings; b) opinions gathered through a questionnaire distributed after a presentation by an ethics committee in health and social services' centers; and c) an exploratory study with 4 focus groups in which distinct professionals with recognized experience from home and hospital care services participated.

Results: The most frequent conflicts faced by health and social services professionals, most of which were common to outpatient and inpatient care, concerned the relationship among health professionals, the appropriateness of therapeutic activities, the relationship with the patient's family, respect for patients' preferences, and conflicts arising from the management of social resources and organizational issues.

Conclusions: Identifying ethical conflicts through exploratory studies allows topics likely to pose ethical dilemmas to be differentiated in a specific therapeutic area such as healthcare. The presence of one type of ethical conflict or another depends on the type of healthcare provided.

Key words: Bioethics. Ethics committees. Ethics consultations. Empirical research. Clinical ethics.

funciones del CEARAS es ayudar a profesionales de la salud, pacientes y familiares en el proceso de toma de decisiones en los casos en que se presente algún conflicto ético. En tales casos, el CEARAS emite una recomendación ética que bajo ningún concepto sustituye la decisión clínica de los profesionales.

Desde la puesta en marcha del comité³, los casos tratados en el servicio de consulta ética han sido de diversa índole, entre ellos aspectos clínicos, pero también sociales, 2 rasgos esenciales de la atención sociosanitaria. En todos los casos presentados al comité, se ha contemplado el diagnóstico del paciente, sus preferencias y los aspectos socioeconómicos, entre otros. Sin embargo, y tras la deliberación de los

casos, aparecían otros temas de interés y habituales entre los profesionales de la atención sociosanitaria, tales como la sospecha de maltratos y los conflictos en las relaciones entre profesionales de distintos niveles asistenciales. Ante esta situación, el comité consideró necesario disponer de un mapa de los conflictos éticos que se plantean más frecuentemente en la atención sociosanitaria desde la perspectiva de profesionales, pacientes y familiares.

Una de las ventajas que la existencia de un comité de ética en los centros hospitalarios supone es la posibilidad de disponer de un servicio de consulta ética que ayude a identificar y clarificar los temas con potencial conflictividad ética y sensibilizar a los profesionales en la detección de esos conflictos⁴⁻⁶.

Si partimos del supuesto de que, por un lado, en los hospitales existen áreas de riesgo ético, es decir, unidades de servicios de salud en las que se dan problemas éticos con mayor frecuencia e intensidad (p. ej., las unidades de cuidados intensivos⁷), y por otro, que la frecuencia y los tipos de conflictos éticos dependen de la atención sanitaria prestada^{5,8,9}, los conflictos éticos en la atención sociosanitaria pueden ser de distinta índole según ésta se preste en el domicilio o en el centro hospitalario.

Por ejemplo, en las unidades de emergencia, el consentimiento informado puede dar lugar a un conflicto ético por la falta de tiempo; sin embargo, en otras áreas asistenciales el mismo tema nunca conlleva conflictos, pues se dispone de más tiempo para informar al paciente y obtener el consentimiento. De este modo, un mismo tema bioético puede tener riesgo ético, o sea, puede suponer un conflicto ético o no dependiendo de la unidad o área asistencial.

El objetivo de este estudio ha sido identificar y definir los asuntos de riesgo ético, es decir, los que pueden conllevar conflictos éticos para los profesionales de la atención sociosanitaria, tanto en la asistencia domiciliaria como en la institucionalizada.

Material y método

El estudio se realizó en el ámbito territorial de la RSCP del CatSalut en el período entre septiembre de 2002 y junio de 2003 y se desarrolló en 2 fases. En la primera, se realizaron 3 reuniones semiestructuradas, con la participación de 51 profesionales expertos con responsabilidad clínica y/o de gestión en la atención sociosanitaria, utilizando la técnica *brainstorming*¹⁰ con una duración no superior a 90 min cada una.

La primera de las reuniones semiestructuradas contó con la participación de los componentes del CEARAS, 12 en total, mientras que para las 2 restantes se invitó a participar a distintos profesionales de la atención sociosanitaria tras manifestar que tenían interés por los temas de bioética: para un grupo, se incluyó a profesionales de la atención domiciliaria y, para otro, a profesionales de la atención institucionalizada.

Esta primera fase coincidió con la presentación del CEARAS a los profesionales de los centros sociosanitarios de la RSCP, a los que tras presentación se aplicó un cuestionario en el que se les preguntaba, entre otras cosas, cuáles eran los conflictos éticos con los que más a menudo se encuentran en la práctica diaria, y se les pedía que los priorizaran y añadieran sus opciones en una parte abierta. En la tabla 1 se

Tabla 1. Cuestionario distribuido en las sesiones de presentación del CEARAS

	Sí	No
1. ¿Cree usted que la ética es importante en su práctica asistencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En el centro asistencial, ¿se le presentan dilemas éticos en su trabajo diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Alguna vez ha pedido consejo a un/a compañero/a de trabajo ante una situación que le planteara algún conflicto ético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cree usted que le sería de ayuda disponer de un espacio (comité, expertos, etc.) donde consultar los conflictos éticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Sabe qué es un comité de ética asistencial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cree que los comités de ética asistencial son de ayuda para el profesional sanitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Indique qué dilemas éticos se le plantean más a menudo, de mayor a menor frecuencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. _____		
b. _____		
c. _____		
8. ¿Tiene usted formación específica en ética o bioética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cree usted necesaria una formación específica en ética o bioética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Comentarios y/o sugerencias:		

muestra el cuestionario que se distribuyó durante las sesiones de presentación del comité.

La segunda fase consistió en un estudio exploratorio con la realización de un total de 4 grupos de discusión semiestructurados¹¹ con profesionales sanitarios de atención domiciliaria e institucionalizada seleccionados. Los criterios para la inclusión de participantes en los grupos fueron 2: disponer de una experiencia reconocida de más de 2 años en el ámbito sociosanitario y responder a alguno de los perfiles profesionales que integran la atención sociosanitaria. Dado que la participación era voluntaria, se condicionó la aceptación de candidatos a que su perfil representara a los profesionales del entorno sociosanitario (profesión, sexo, edad, tipo de atención prestada y centro de trabajo).

Una vez constituidos los grupos, se grabó las reuniones, que fueron conducidas por un moderador, mientras 2 observadores anotaban las expresiones no verbales u otros aspectos importantes que pudieran aparecer en el transcurso de la discusión. La duración de cada reunión fue de aproximadamente 2 h, y el moderador se ayudó de una guía de entrevista con la utilización de transparencias donde se reflejaron las preguntas y los temas que discutir en los grupos. La guía para la discusión de cada grupo se diseñó sobre la base de los resultados obtenidos en la primera fase, en la que se identificaron las principales áreas de riesgo ético de la atención sociosanitaria. Las preguntas siguieron una secuencia lógica, de las más generales a las más concretas, y la transcripción de los datos siguió un orden secuencial; se asignó un código a cada interlocutor para identificar el sexo y el perfil profesional preservando la confidencialidad.

Se analizaron las transcripciones y grabaciones de las discusiones de cada grupo focal de modo secuencial y se identificaron los conflictos éticos sobre la base de las expresiones descriptivas utilizadas por los participantes para, después, agruparlos en temas que de por sí pueden suscitar conflictos concretos o situaciones en las que se plantean dilemas morales. Una vez identificados los temas, se clasificaron en cada una de las áreas de riesgo ético ya definidas en la primera fase. Además, y para cada área, se diferenciaron los temas de riesgo ético con relación a la atención domiciliaria y a la institucionalizada.

Por último, y para cada uno de los temas de riesgo ético, se analizó su relevancia, el grado de evidencia y la consistencia interna de cada conflicto ético. La relevancia de los temas de riesgo ético se obtuvo analizando la frecuencia con la que se enunciaron los conflictos que tenían relación con un mismo tema. La evidencia de cada conflicto ético se obtuvo mediante la frecuencia y la descripción de los ejemplos que los participantes expusieron para los conflictos éticos, de manera que los conflictos que se apoyaban en relatos reales recibieron un grado de evidencia mayor que los que eran mencionados sin más. Por último, la consistencia de las afirmaciones de cada participante se evaluó analizando las anotaciones de las expresiones no verbales anotadas en la transcripción de los grupos focales junto a las aseveraciones de los participantes. Ello también permitió averiguar el grado de consenso entre los participantes en el momento de enunciar un conflicto ético.

Resultados

En las reuniones semiestructuradas realizadas en la primera fase del estudio, además de la realizada por el mismo comité, aceptaron participar 5 profesionales del ámbito de la atención domiciliaria (1 auxiliar de clínica, 2 técnicos sanitarios, 1 médico y 2 enfermeros) y 7 de la atención institucionalizada (2 médicos, 3 diplomados en enfermería y 2 técnicos sanitarios). Con relación al cuestionario distribuido durante las sesiones de presentación del comité, se recogió un total de 51 encuestas respondidas por distintos profesionales, entre los que había médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares de clínica, psicogeriatras, gerentes y personal de administración, terapeutas ocupacionales y psiquiatras. A la cuestión abierta, incluida en la encuesta, que se les planteó acerca de qué conflictos con los que se encontraban eran los más frecuentes, respondieron en total 47 profesionales, con lo que se alcanzó una tasa de respuesta de más del 90%.

Los resultados obtenidos en esta primera fase permitieron clasificar cada uno de los enunciados de los grupos de discusión que hacían referencia a un conflicto ético en las principales áreas de riesgo ético identificadas. En el análisis de las respuestas obtenidas tanto de las reuniones como de la encuesta, se diferenciaron 4 áreas: *a)* el área humana y profesional; *b)* el área clínica-asistencial; *c)* el área social, y *d)* el área organizativa y de gestión de recursos.

En la segunda fase con grupos focales, participó en el primero de ellos un total de 7 profesionales del ámbito de la atención institucionalizada, con edades comprendidas entre 30 y 51 años. Entre los participantes había 2 diplomadas en enfermería, 3 trabajadoras sociales, 1 médico y 1 auxiliar de clínica, todos ellos mujeres. Tras el análisis de los resultados de este primer grupo de discusión, se identificaron 2 sesgos destacables: la tipología de los pacientes atendidos (convalecencia y cuidados paliativos) y que la mayoría (4) de los profesionales que participaron en este primer grupo pertenecían a una misma organización, aunque de centros distintos. Por este motivo, se decidió desechar la información y reunir otros 2 grupos de atención institucionalizada, ya que esta modalidad en la atención sociosanitaria es mayor que la domiciliaria y sus recursos son distintos. Para estos 2 nuevos grupos focales se contó con la participación de 12 profesionales de centros ubicados en zonas rurales y recursos medios y 7 profesionales pertenecientes a centros de zonas urbanas con recursos altos. En ambos grupos los participantes tenían edades comprendidas entre 30 y 50 años.

Con relación a la atención domiciliaria, en el grupo de discusión participó un total de 9 personas (3 trabajadores sociales, 4 diplomados en enfermería y 2 médicos) con edades entre 28 y 52 años. La media de la experiencia acumulada de los profesionales que participaron en los 3 grupos de discusión en la atención sociosanitaria fue de 10 años.

Tras agrupar los conflictos éticos manifestados por los participantes en los distintos grupos, se identificó un total de 11 temas de riesgo ético: la relación entre profesionales del mismo equipo; la relación entre profesionales de distintos niveles asistenciales; la relación con la familia y/o el cuidador;

las preferencias de los pacientes; los recursos sociales; los recursos económicos de que se dispone; la sospecha de maltrato; la actividad terapéutica; los ingresos y altas de los pacientes; la información y confidencialidad relativa al tratamiento y al pronóstico, y la relación con la organización y la gestión de los recursos de la institución sanitaria.

En la tabla 2 se muestra la distribución de los temas de riesgo ético en sus respectivas áreas y en la tabla 3 mostramos algunos de los enunciados de los conflictos éticos que aparecieron en los grupos focales agrupados por temas.

Sólo 5 de los 11 temas de riesgo identificados son comunes a la atención domiciliaria y la institucionalizada: la relación que hay entre los profesionales de un mismo equipo, la relación con los familiares, los recursos sociales destinados al cuidado de los pacientes, la información y confidencialidad durante el proceso asistencial, y la organización y la gestión del centro. Los temas que tuvieron mayor frecuencia en la atención institucionalizada fueron los conflictos relacionados con la actividad terapéutica y el ingreso o el alta de un paciente, mientras que la relación entre profesionales de distintos niveles asistenciales y las sospechas de maltrato, ya sea de tipo físico, psicológico, económico o de otra índole, fueron los más recurrentes en la atención domiciliaria.

Discusión

Se debe considerar los resultados obtenidos como una primera aproximación de los temas que suponen un mayor riesgo ético en la atención sociosanitaria, sin embargo no podemos considerarlos representativos para toda la atención sociosanitaria. En esta ocasión, la investigación se ha realizado tan sólo desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Para confirmar los resultados, será indispensable contar con la opinión de pacientes y familiares en un posterior estudio.

Ello permitirá averiguar si hay o no consenso entre profesionales y pacientes a la hora de identificar si un tema puede ser un conflicto ético o no y, por lo tanto, se podrá conocer qué temas son los que generan más preocupación, tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes.

A pesar de las limitaciones comentadas, los resultados obtenidos confirman que los conflictos éticos que puedan aparecer en la práctica de la medicina en una especialidad terapéutica como la atención sociosanitaria dependen, en última instancia, del tipo de la asistencia prestada. En efecto, a pesar de que según la opinión de los profesionales existen temas de riesgo ético comunes, se observan también otros distintos según se trate de atención domiciliaria o institucionalizada.

Por otro lado, la propuesta de identificar los temas de riesgo ético, clasificados por el tipo de asistencia prestada, indica la complejidad de la conflictividad ética de cada servicio. Como diría Jonsen¹², son los tópicos a los que habría que añadir las circunstancias particulares de cada caso. Disponer de esos tópicos es un elemento importante que permite una mayor eficiencia en la deliberación de los casos en un comité de ética.

Los estudios empíricos para identificar y clarificar los temas con potencial riesgo ético deberían realizarse también en otras especialidades y servicios sanitarios, como por ejemplo en las unidades de emergencia y cuidados intensivos. A pesar de que algunos conflictos son obvios según el tipo de servicio y nivel asistencial, un estudio más exhaustivo confirmaría las diferencias y permitiría disponer de más evidencias para elaborar propuestas a favor de una mayor responsabilidad de todos los implicados. Por otro lado, también sería recomendable elaborar un mapa de los conflictos éticos existentes en todo el territorio español, con el objetivo de identificar diferencias entre zonas geográficas y poder comparar los conflictos, su tipología y su frecuencia con estudios realizados en otros países.

Tabla 2. Áreas y temas de riesgo ético

Áreas de riesgo ético			
Humano y personal	Clínico-asistencial	Social	Organizativo y de gestión sanitaria
AD y AI	AD y AI	AD y AI	AD y AI
Relación entre profesionales de un mismo equipo	Información y confidencialidad relativa al tratamiento y el pronóstico	Recursos sociales	Organizativos y de gestión
Relación con la familia o el cuidador			
Preferencias de los pacientes			
AD	AD	AD	
Relación entre profesionales de distintos niveles asistenciales	Actividad terapéutica (sedación)	Sospecha de maltrato	
		Recursos económicos	
	AI		
	Actividad terapéutica (sonda nasogástrica)		
	Ingresos y altas		

AD: atención domiciliaria; AI: atención institucionalizada.

Tabla 3. Relación de los temas de riesgo ético y los enunciados de conflictos declarados en los grupos focales

Temas de riesgo ético	Conflictos éticos
Actividad terapéutica Relación con la familia o el cuidador	<p>“Para mí un conflicto ético es el tratamiento. Depende de si es un paciente en fase terminal, si has de colocar una sonda nasogástrica y la familia no la colocaría” (AI)</p> <p>“Hay familias que dicen que les pongamos, otras que no, que por poco que coman que no les pongamos ningún tubo. Cuesta afinar. Yo aviso diciendo que esto puede durar mucho, que se puede alargar, que no se piensen que morirá antes” (AI)</p> <p>“En demencias severas crea un conflicto el antibiótico, las sondas nasogástricas” (AI)</p> <p>“Al final, la familia decide” (AI)</p>
Relación con la familia o cuidador Recursos sociales Recursos económicos	<p>“El equipo piensa que debería quedarse más tiempo y la familia quiere el alta, tiene sus motivos, como un interés económico, la pensión... y esto genera conflicto porque ves que aquel anciano recibe cariño de sus nietos aun sabiendo que sus hijos se van a quedar con el dinero” (AI)</p> <p>“El más complejo es el que tienen los médicos cuando la familia está en desacuerdo. Y desde el punto de vista social, cuando ves que la familia tiene intereses económicos. También desde el punto de vista institucionalizado, genera conflictos de alimentación, si el paciente es vegetariano, las normas del centro, si se ha de cumplir todas, si ha de haber excepciones o no” (AI)</p>
Preferencias de los pacientes Sospecha de maltrato	<p>“Si, por ejemplo, un señor con deterioro leve cada día 25 el hijo lo va buscar y se lo lleva para comer, también de paso van al banco a sacar todo el dinero que le han ingresado de la pensión. ¿Qué valoramos más, el placer de ese día del paciente y dejar que el hijo le saque todo el dinero o bien entramos en problemas legales y el disgusto del paciente?” (AI)</p> <p>“Lo que más me angustia con enfermos de casi maltrato o negligencia, asegurar unos mínimos de higiene. Tú lo ves de un modo y ellos, de otro” (AD)</p>
Información y confidencialidad relativa al tratamiento y el pronóstico	<p>“¿Cómo le dices para ingresar, que no quiere y no quiere, y quiere morir en casa!” (AD)</p> <p>“Me crea un conflicto el pronóstico. Siempre nos equivocamos. Queremos dar una respuesta y no podemos. Deberíamos hablar de un cambio de actitudes” (AI)</p>
Preferencias de los pacientes. Relación con la familia o el cuidador	<p>“Nos preocupa el domicilio del enfermo. Al principio la autonomía se respeta muy poco. A veces, la opinión de las familias y los cuidadores se tiene más en cuenta que el enfermo. Esto a mí... Se respeta más la opinión de la familia que la del enfermo, no sé por qué” (AD)</p>
Relación entre profesionales de distintos niveles asistenciales	<p>“El médico de cabecera o de urgencias piensa de otro modo que tú y todo el trabajo se va por tierra” (AD)</p> <p>“Trabajamos mucho con enfermos oncológicos y terminales. Nos preocupa la información que se da al enfermo que, pobre, es el que menos sabe” (AD)</p>
Relación entre profesionales de un mismo equipo	<p>“A mí me preocupa más personalmente la diferencia de criterios entre profesionales del mismo equipo” (AD)</p> <p>“Cuando se crea un equipo, cuando hay gente joven, también hay un conflicto en los tratamientos” (AI)</p>
Ingresos y altas	<p>“Cuando ingresa un paciente, buscas a la persona responsable, pero ¿y si no está?” (AI)</p>

AD: atención domiciliaria; AI: atención institucionalizada.

Bibliografía

1. Ordre de 14 de desembre de 1993 d'acreditació dels comitès d'ètica assistencial. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya n.º 1836, de 24-12-1993. p. 8401.
2. Regió Sanitària Costa de Ponent. Memòria 2002. L'Hospitalet de Llobregat: Regió Sanitària Costa de Ponent; 2003.
3. Tella M, Ribas S. El comité de ética asistencial para la atención sociosanitaria. SEASUS Atención al usuario. 2002;2:18-20.
4. La Puma J, Stocking CB. A perinatal ethics committee on abortion: process and outcomes in thirty-one cases. J Clin Ethics. 1992;3:196-203.
5. Lo B, Schroeder SA. Frequency of ethical dilemmas in medical in-patient service. Arch Intern Med. 1981;141:1062-4.
6. Perkins HS, Saathoff BS. Impact of medical ethics consultation on physicians: an exploratory study. Am J Med. 1988;85:761-5.
7. Siegler M. Ethics committees: decisions by bureaucracy. Hastings Cent Rep. 1986;16:22-3.
8. Glasser G, Zweibel NR, Cassel CK. The ethics committee in the nursing home: results of a national survey. J Am Geriatr Soc. 1988;36:150-6.
9. Edens MJ, Eyles FD, Wagner JT, Eitzman DV. Neonatal ethics: development of a consultative group. Pediatrics. 1990;86:944-9.
10. Avellana E, Davins J, Marquet R. La calidad en atención primaria de salud: nuevas perspectivas III. La mejora de la calidad. FMC. 1994;1:24-41.
11. Kreuger RA. El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide; 1999.
12. Jonsen AR. Casuistry: an alternative or complement to principles? Kennedy Inst Ethics J. 1995;5:237-51.