

Se publicarán en esta sección resúmenes de las sesiones de discusión celebradas en el seno de la Asociación de Bioética y Derecho de masters de la Universidad de Barcelona (ABD) que dirige la profesora María Casado González.

## Cuestiones en la relación médico-enfermo: encuesta al personal de un centro hospitalario

**Dr. Andreu García-Aznar**

*Máster en Bioética i Dret Universitat Barcelona  
Unidad de Asistencia Nefrológica. Centre Hospitalari  
Unitat Coronaria de Manresa. Fundació Privada.  
Manresa*

### Introducción

En los últimos años la relación médico-enfermo ha ido cambiando de un modelo paternalista en el que el médico, según su buen saber y entendimiento, decidía aquello que consideraba más adecuado para su paciente, y en la que este jugaba un papel pasivo, a un nuevo modelo en el que existe una mayor implicación del paciente en las cuestiones referentes a su salud y en el proceso de toma de decisiones. Ello ha sido fruto de los cambios que se han ido produciendo en nuestra sociedad, donde los individuos han dejado de ser súbditos para pasar a ser ciudadanos y, por tanto, poseedores de derechos y en la cual ya no existe un código único ni un solo esquema de valores lo que conforma una sociedad plural en la que la tolerancia y el respeto mutuo debiera ser la base de la convivencia. Una sociedad así lleva a reconocer al paciente como un ente autónomo con capacidad para decidir aquello que, según su esquema de valores, es lo más adecuado para él. Para ello es necesario un adecuado proceso de información en el cual el médico ha de proporcionar al paciente (de una forma verídica, discreta, comprensible, prudente y esperanzadora, tal y como refiere el Código de Deontología del Consell de Metges de Catalunya -CDCMC- en su apartado III) la información sobre aquellas cosas que le incumben, relativas a su enfermedad, tales como los procesos diagnósticos, el tratamiento, la evolución esperada, etc. entre otros. El paciente puede, una vez informado, aceptar seguir las indicaciones de su médico o puede negarse a las mismas alegando su derecho a rechazar un tratamiento lo que puede llevar a situaciones en las que entren en conflicto diferentes derechos o intereses. Se plantean además otras situaciones y así, y además del derecho del paciente a la información, se plantean otros derechos como el del paciente a no ser informado si así lo desea, la información a los familiares, el privilegio terapéutico o el derecho a rechazar tratamientos para prolongar la vida o diferentes creencias religiosas que pueden llevar a rechazar tratamientos no acordes

con las mismas o el derecho a la objeción de conciencia y la eutanasia.

### Objetivo

Conocer la opinión del personal de un Centro Hospitalario en relación al proceso de información y frente a determinadas situaciones en la relación médico-enfermo: rechazo/demanda/ retirada de un tratamiento, objeción de conciencia, documento de directrices anticipadas y eutanasia.

### Material y método

A inicios de 1998 y como trabajo de fin de curso para el Master de Bioética y Derecho se realizó una encuesta al personal de un hospital comarcal de 250 camas situado en la comarca del Bages (Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa).

La encuesta constaba de 17 preguntas de las cuales 3 eran concierntes a la filiación y el resto planteaba una cuestión y el encuestado marcaba una de las posibles soluciones señaladas. Se interrogó sobre la información (7 preguntas), el tratamiento (3 preguntas: rechazo, petición de retirada de un tratamiento, demanda de un tratamiento), la objeción de conciencia (2 preguntas), el documento de directrices anticipadas (1 pregunta) y la eutanasia (1 pregunta).

A fin de facilitar la comprensión de las preguntas éstas no se plantearon exponiendo el concepto a interrogar sino que se intentó dar una definición del mismo lo más simple y clara posible y se señalaron varias posibles respuestas (no se preguntó, por ejemplo, "está Ud. de acuerdo con el privilegio terapéutico" sino "se diagnóstica una enfermedad grave a una persona". El médico cree que darle toda la información puede agravar su estado y opta por decirle sólo una parte de la verdad. Considera que esto es: a. aceptable; b. aceptable si el médico tiene el propósito de dar toda la información si las condiciones cambian y c. rechazable).

La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato.

Para la tabulación de datos los encuestados se agruparon en 4 grupos: Licenciados -"L"-, Diplomados en Enfermería -"D"-, Técnicos y Auxiliares Clínicos -"TyAC"- y Administrativos -"A"-.

### Resultados

#### Participantes y filiación

- Se repartieron 450 encuestas y se devolvieron 320 (71,1%) de las que fueron válidas 293 (65,11% de las repartidas y 91,56 de las devueltas)
- Contestaron la encuesta el 75,2% de los "L" (n:77, edad media  $41,2 \pm 6$ , sexo: 68,79% hombres y 31,21% mujeres), el 67,4% de los "D" (n:120, edad media  $36,3 \pm 8,2$ , sexo: 12,02 hombres y 89,98% mujeres), el 43,1% de los "TyAC" (n:63, edad media  $33,2 \pm 7,5$ , sexo: 17,84% hombres y 82,16% mujeres) y el 54,2% de "A" (n: 33, edad media:  $34 \pm 8,5$ , sexo: 15,16% hombres y 84,84% mujeres).

- c. El sexo femenino fue el predominante (n:210, 71,4%) en el conjunto de los encuestados y en todos los grupos excepto el de los "L".

### **Cuestiones relacionadas con la información**

- a. Un 96,8% de los encuestados considera adecuado la existencia de un documento de consentimiento informado para la realización de una intervención quirúrgica. El rango osciló entre el 100% de los "TyAC" y el 94,7% de los "L".
- b. Ante la cuestión de quién debe ser quien debe recibir la información se plantearon tres posibles respuestas: 1. paciente y familiares; 2. paciente (y familiares si este lo autoriza) y 3. familiares. Un 67,61% optó por la segunda opción, es decir que se debía informar al paciente y a los familiares si éste lo autorizaba. Esta opción tuvo un rango entre el 63,6% de los "L" y el 72,22% de los "TyAC". Un 32,05% optó por informar a paciente y familiares y sólo una persona consideró que el destinatario de la información debían ser los familiares.
- c. Se planteó la cuestión de si se debía aceptar la solicitud de los familiares de no informar de una enfermedad grave a un paciente que estaba en plenas facultades mentales. Un 30,69% aceptaría seguir la indicación de los familiares. Los más partidarios serían los "A" con un 42,3% de partidarios y los menos los "L" con un 22,06%.
- d. Otra situación planteada fue el hecho de respetar la petición de un paciente que manifiesta su deseo de no ser informado y se le diagnostica una enfermedad grave y que da libertad al médico para actuar según su mejor criterio. Un 21,1% consideran que se debería informar al paciente, siendo los más partidarios los "L" con un 22,36% y los menos los "A" con un 15,16%.
- e. Ante la posibilidad de recurrir al uso del privilegio terapéutico se consideró que era aceptable en un 69,6% de los casos. Se trataba, sin embargo, de una aceptación condicionada al hecho de que se debía informar si la situación cambiaba. Los más partidarios eran los "A" y los "L" con un 75,75% y un 75,35% respectivamente. Lo consideró aceptable, sin condiciones, el 23,52% y rechazable un 6,82%. El grupo que consideró rechazable en mayor proporción el recurso del privilegio terapéutico fueron los "D" en un 11,66% frente a los "L" en que fue rechazado por tan sólo una persona.
- f. Se planteó el hipotético caso de un paciente con una enfermedad grave, de carácter hereditario, para la cual no existe tratamiento y en la cual la evolución sería a la demencia y a la muerte en pocos años. Las opciones posibles eran: 1. dar toda la información; 2. informar que se trata de una enfermedad hereditaria y 3. informar solo de lo que el paciente pregunte y de que se trata de una enfermedad hereditaria. La mayoría de los encuestados, 57,4%, optó por dar toda la información con un rango que osciló entre el 69,69% de los "A" y el 51,99% de los "L".

- g. Ante el caso de una joven de 17 años embarazada, que se está planteando abortar, y que solicita al médico que la atiende que no informe a sus padres de tal circunstancia un 78,86% consideró que no se debía atender su solicitud con un rango entre el 70,08% de los "L" y el 85,69% de los "TyAC". Una subpregunta interrogaba sobre los motivos por los cuales se tomaba tal decisión. Los más señalados eran que se trataba de una menor de edad y que el informar a los padres sería beneficioso para ella.

### **Cuestiones relacionadas con el tratamiento (rechazo/petición de retirada/demanda de un tratamiento)**

- a. Ante un paciente que afirma que debido a sus creencias religiosas acepta cualquier tratamiento excepto una transfusión, aunque con ello corra peligro la vida, un 57% de los encuestados (rango entre el 64,9% de los "L" y 53,95% de los "A") cree que se le debería transfundir si estuviera en peligro la vida.
- b. Un 84,9% aceptaría la petición de un paciente, con una esperanza de vida inferior a tres meses, que conoce su estado y que razona y argumenta su postura, de retirar un tratamiento aunque ello le comportara la muerte en pocas horas (los más partidarios de tal medida serían los "A" en un 93,92% y los menos los "L" en un 84,3%).
- c. Un 33,4% (entre un 22,06% de los "L" y un 46,02% de los "A") seguiría con un tratamiento que se demostrara no eficaz si un paciente en estado grave lo solicitase alegando que él lo considera beneficioso.

### **Objección de conciencia**

Un 94% (rango entre el 96,5% de los "L" y el 93,29% de los "D") opina que el médico no puede negarse a informar a un paciente alegando objeción de conciencia. La negativa a tratar alegando objeción de conciencia sólo es aceptada mayoritariamente en el grupo de los "L" con un porcentaje del 64,5% (el resto se manifiestan en contra con unos valores que oscilan entre el 53,51% de los "D" y el 72,72% de los "A").

### **El documento de directrices anticipadas**

Entre un 62,37% de los "L" y un 79,96% de los "D", media global del 73,4%, aceptaría las indicaciones de un documento de directrices anticipadas.

### **La eutanasia**

Después de valorar diferentes preguntas posibles, la cuestión que se planteó a los encuestados fue la siguiente: ¿Cree que debería existir una ley que regulase la eutanasia y en la cual se dijera en qué casos y qué requisitos y condiciones son necesarios?

Un 93,98% se manifestó a favor con un porcentaje que osciló entre el 90,86% de los "L" y el 96,96% de los "A".

## Discusión

### *Cuestiones relacionadas con la información*

El derecho a la información se recoge en el artículo 20 de la Constitución Española (CE) y en el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad (LGS) se indica que el paciente y familiares o personas próximas tienen derecho a que se les dé de forma comprensible información completa, continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. El CDCMC se manifiesta en términos parecidos matizando que el paciente debe dar su autorización para informar a los familiares (art.24) y el Convenio de Biomedicina del Consejo de Europa (CBCE) también lo recoge en su art. 10.

En una sociedad que reconoce que los individuos son autónomos para tomar decisiones y en la que el paciente ya no es un incapacitado moral y físico como se deducía de la visión aristotélica el tributario de la información es el paciente. No debemos olvidar, sin embargo, que en nuestra sociedad tiene amplia relevancia la familia en todo el proceso de relación médico-enfermo pero, y así se ha manifestado la mayoría de los encuestados (67,61%), ésta debería ser informada con la autorización del paciente para ello. Esto implica, no obstante, una adaptación por parte de pacientes, familiares y médicos a la nueva situación ya que hasta ahora lo habitual, en casos graves preferentemente, era que el que recibía la mayor información era la familia, que sigue teniendo gran importancia en nuestro entorno en todo el proceso asistencial por lo que no deja de ser bueno, y prudente, recabar su colaboración.

El documento de consentimiento informado viene a trasladar en papel la información que se considera relevante y su uso se va instaurando progresivamente en los diferentes centros para la realización de intervenciones quirúrgicas y ante determinadas exploraciones. La realización del mismo no puede, ni debe, sustituir la información oral y no debería limitarse a un mero trámite. La realización del mismo tampoco asegura que la información haya sido dada de forma adecuada. En la muestra estudiada más del 90% de los encuestados consideró adecuada su realización antes de una intervención quirúrgica.

Puede ser que el paciente no desee ser informado y tal actitud debe ser respetada y así se recoge en el 10.2 del CBCE. Un 77,84% de los encuestados así lo entendieron pero un 21,14% manifestaron que el paciente debería ser informado. Si el paciente tiene familiares o personas de confianza éstas podrían ser designadas como interlocutores y colaborar en el proceso asistencial.

La limitación de información al paciente puede venir por petición de los familiares o bien por parte del médico porque considere que en aquella situación concreta de su paciente según qué informaciones le sean dadas puede ser perjudicial para su estado o para una correcta evolución de su proceso. La familia suele conocer al paciente y suele ser beneficiosa su colaboración pero en ocasiones la petición de que no se le informe viene determinada más por un deseo protector (paternalismo familiar) que no porque el hacerlo pueda comportar un prejuicio para el mismo. El médico también puede no informar, no porque considere que perjudica sino porque sigue una actitud que hasta ahora venía siendo la más generalizada o por miedo:

miedo a causar dolor, a ser portador de malas noticias... ("Com donar les males notícies" Buckman, 1998, Ed. Eumo). La información es un proceso que debe adaptarse a la realidad y al tempo del paciente a fin de convertirla en un hecho favorecedor de la relación y no en un simple aporte de datos. Albert Fina ("Conviure amb el càncer" Ed. Columna, 1996) y Rojas Marcos ("Juan es cáncer", *El País Semanal* 1.2.98) entre otros, consideran que es bueno conocer la enfermedad y que ello mejora la relación con el médico y entre el paciente y sus familiares. Existen ocasiones que puede ser adecuado no dar toda la información al paciente si bien ello debería ser la excepción. Es necesario anotar y razonar en la historia clínica tal actitud tal y como indica la "Guía de recomanacions sobre consentiment informat" del año 1997 del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya. La mayoría de encuestados consideró que no se deberían seguir las indicaciones de la familia de no informar a un paciente y aceptó el privilegio terapéutico siempre y cuando hubiera la intención de informar si la situación se modificaba.

Otra cuestión es la cantidad de información a dar. El CDCMC (art. 23) considera que debe informarse al paciente aunque se trate de enfermedades de pronóstico grave y "el médico ha de plantearse en consciencia como conseguir que tanto la misma información como la forma de darla no le perjudiquen". Se trataría de dar lo que se ha llamado una información adecuada, es decir, adaptada a las características y a las circunstancias del paciente. Al igual que no hay enfermedades sino enfermos, no hay una sola información sino pacientes que deben ser informados de acuerdo con su idiosincrasia personal.

La última cuestión era la petición de una menor de no informar a sus padres de su embarazo. El art. 13 del CDCMC apunta que "en caso de un menor el médico ha de respetar su voluntad si tiene capacidad para comprender aquello que decide aunque el padre, la madre o el representante legal disientan". Cada vez más los menores tienen acceso a diferentes facetas de la vida y van exigiendo mayor autonomía. Las posibilidades de relaciones sexuales en jóvenes son mayores en la actualidad que hace años y ello puede comportar embarazos no deseados. *El País* de 17 octubre de 1997 publicó unos datos del Instituto Nacional de Estadística, según el cual 6.812 jóvenes entre 15 y 19 años se habían sometido a un aborto en el año 1995 lo que suponía un 13,8% del total y que en relación con estudios previos aumentaba el número de abortos en la franja de menores de 20 años. Según Javier Sánchez Caro (Jornadas de debate sobre Bioética, 1995) "... no vale trazar una raya límite y decir ya partir de aquí una persona lo puede hacer todo y a partir de aquí no puede hacer nada! eso no vale en los derechos de la personalidad [...] un muchacho o muchacha de 17 años puede tener convicciones al margen de sus padres, por muy lícito que sea que sus padres la eduquen de una determinada manera ...". En la encuesta realizada más del 70% de todos los grupos consideró que se debía informar a los padres.

### *Cuestiones relacionadas con el tratamiento*

El médico ha de respetar el derecho de un paciente a rechazar la asistencia siempre y cuando comprenda las consecuencias de su decisión y no perjudique a terceros (CDCMC art.14) y debe respetar también sus convicciones religiosas

(CDCMC art.10). El derecho a la libertad religiosa viene también contemplado en el art. 16.1 de la C.E. El CDCMC también recoge en su artículo 57 que toda persona tiene derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte y que tiene derecho a rechazar un tratamiento para prolongar la vida. En la encuesta realizada un 43% de los encuestados (un 35,1% de los "L") considera que se debería respetar la petición de un paciente de no ser transfundido y que manifiesta tal petición en base a sus creencias religiosas. Un porcentaje mayor (84,9%) aceptaría la petición de retirada de tratamiento de un paciente con una enfermedad terminal y una esperanza de vida inferior a tres meses aunque ello le comportara la muerte en pocas horas.

Otra cuestión planteada era la demanda de seguir un tratamiento, por parte de un paciente con una enfermedad grave, que se demostraba no eficaz pero que éste consideraba que sí lo era. El médico no debe emplear medicamentos que no estén basados en la eficacia clínica (art. 43 CDCMC). En el caso expuesto no se demuestra una eficacia del tratamiento pero existe una sensación subjetiva por parte del paciente de que sí lo es. Un 76,4% consideró que que no se debería seguir el tratamiento.

### **La objeción de conciencia**

En ocasiones pueden entrar en conflicto los valores del médico con los de su paciente. El CDCMC recoge en su artículo 6 que ningún médico puede ser discriminado o rechazado cuando por fidelidad a su conciencia se niega a emplear un determinado medio terapéutico o diagnóstico si antes lo ha advertido personalmente a su paciente.

En la muestra estudiada más del 90% consideró que el médico no se podía negar a informar a un paciente alegando objeción de conciencia. Los "L" fueron el único grupo que consideró de forma mayoritaria (64,5%) que un médico podía negarse a tratar alegando el derecho a la objeción de conciencia.

### **El documento de directrices anticipadas**

Su origen se remonta al año 1967 en que Luis Kutner, abogado de Chicago, tuvo la idea de realizar un documento en el que se recogiera como desearía ser uno tratado si llegara el momento en que una enfermedad le impidiera manifestar su opinión.

El documento de directrices anticipadas se incluiría en el marco de la fidelidad que el médico debe guardar a su paciente cuando él ya no es capaz de manifestar sus deseos. El respeto a un documento de directrices anticipadas, realizado libremente y en un momento en que el sujeto está en condiciones de capacidad para ello, es un imperativo para la sociedad como muestra del debido respeto a la autonomía de los individuos ("La ética ante la muerte y el derecho a morir", Baudoin y Blondeau, 1995, Ed. Herder). Un 73,4% de los encuestados se manifestó partidario de respetar las indicaciones de un documento de directrices anticipadas.

### **La eutanasia**

En el momento de realizar la encuesta estaba en la palestra de los medios de comunicación el caso Ramón Sampederro. Los conceptos de derecho a la vida y dignidad de la persona

eran utilizados por partidarios y detractores de la misma tal y como se puede comprobar en las hemerotecas.

Una de las cuestiones que se citaban en contra de la eutanasia era lo que se ha dado en llamar la pendiente deslizante y en la que personas ancianas o molestas podrían ser sometidas a eutanasia en contra su voluntad (aunque esto no podría ser considerado eutanasia ya que se entiende que ésta ha de ser voluntaria y solicitada expresamente por el paciente). En Holanda Pijenberg, *et al.* (The Lancet, ed. esp., vol.23, n.4, 1993:234-237) constataron acciones encaminadas a acabar con la vida del paciente, sin su autorización previa, en un 0,8% de los casos y como causa de ello apuntan tres posibles explicaciones: a. un médico mata a una persona que ha quedado indefensa, b. que se trata de una respuesta a una injusticia de que un paciente incapaz de hacer una demanda tenga que sufrir hasta el fin y c. que hay que tener valor, una mentalidad abierta y tiempo para afrontar el problema.

Las diferentes sociedades no han entendido la vida como un valor absoluto y la realidad es que a pesar de haber proclamado el derecho a la vida y su santidad y de haberlo escrito en catecismos, constituciones, declaraciones y documentos de buenas intenciones al final hemos sido muy poco respetuosos con ella.

Es conocido que durante años se ha considerado como algo bueno el dar la vida en nombre de Dios, el Estado, la Justicia o la Patria. Algunas personas lo siguen considerando así y aceptarían morir por esos valores mientras que otras consideran que no vale la pena morir por esos motivos. Es decir, mientras unas personas piensan que el valor Dios, Estado, Justicia o Patria es más importante que el valor vida otras personas piensan lo contrario.

Aún hemos ido más lejos y se ha justificado (y, desgraciadamente, aún hay quien lo justifica) la facultad del estado para quitar la vida a una persona (como es el caso de la pena de muerte) o que alguien pueda matar a otra persona por ser de diferente ideología, raza o religión o cualquier otra diferencia. El respeto a los derechos humanos nos obliga a rechazar estas situaciones.

El derecho a la vida puede ser interpretado como una obligación a vivirla a toda costa o puede ser interpretado como un derecho a que no nos la quiten y a que nos la dejen vivir de acuerdo con nuestras creencias y valores siempre y cuando ello no limite ni dañe los derechos y libertades de otras personas. No es extraño, pues, que en una sociedad plural de valores algunas personas puedan considerar que deben emplearse todos los medios necesarios para mantener la vida, su vida, y otras puedan tener otra escala de valores en la cual una vida, su vida, en determinadas ocasiones no merezca ser vivida.

En el momento de realizar la encuesta se valoraron varias preguntas. Una persona podría no estar de acuerdo con la eutanasia por sus creencias pero considerar que debería existir pues otras personas pueden tener creencias diferentes, o no desear que exista de ningún modo, o estar plenamente de acuerdo, o estar de acuerdo pero no desear tener que realizarla. Se optó finalmente por preguntar si se consideraba que debiera existir una ley que la regulara y en la cual se dijera en qué casos y qué requisitos y condiciones son necesarios. Más del 90% de los encuestados consideró que debería haber una ley que regulase la eutanasia.

Cuestiones como ésta han de ser objeto de un debate público riguroso en el que se tengan en cuenta las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas a fin de dar una respuesta adecuada a las diferentes sensibilidades.

## Conclusiones

1. Los encuestados se manifiestan de forma mayoritaria a favor del derecho del paciente a ser informado. Se acepta el recurso del privilegio terapéutico, condicionado a informar si la situación cambia, y el derecho del paciente a no ser informado si así lo manifiesta.
2. La mayoría de los encuestados no aceptaría la petición de una menor de no informar de su embarazo a sus padres.
3. En el grupo estudiado se acepta más fácilmente la petición de retirada de un tratamiento, o el seguir las indicaciones de un documento de directrices anticipadas, en un paciente en fase terminal que no acepta medidas para prolongar su vida, que el aceptar el rechazo a un tratamiento, en nuestro caso una transfusión, en un paciente el que pelagra su vida y que basa su petición en base a sus creencias religiosas.
4. La mayoría de los encuestados consideró que no se debería seguir con un tratamiento que se demostrara no eficaz a pesar de ser solicitado por el paciente
5. No se considera aceptable alegar el derecho a la objeción de conciencia para no informar a un paciente. Excepto los licenciados, que están de acuerdo en un 64,5%, el resto de los grupos considera de forma mayo-

ritaria que el médico no puede negarse a tratar alegando objeción de conciencia.

6. La mayoría de los encuestados considera que debería haber una ley que regulase la eutanasia

En una sociedad como la nuestra, que reconoce la pluralidad y el respeto a la misma como un valor, la relación médico-enfermo debe ir aproximándose a un modelo que no presuponga que el paciente no desea saber y en el que se facilite la información adecuada para ayudarle a tomar parte activa en el proceso de toma de decisiones y en el que se respeten los diferentes valores que pueden entrar en juego en un marco de tolerancia y respeto mutuo y en el contexto de un mínimo ético común cual podría ser el respeto y promoción de los derechos humanos. Los pacientes no esperan de nosotros sólo que seamos buenos técnicos sino también médicos sensibles con sus inquietudes y con su forma de ser.

## Agradecimiento

A la Dra. M. Casado y resto de profesores del Máster en Bioética y Derecho por sus enseñanzas; a J. Serrahima y A. Estiarte, Director Gerente y Director Médico, respectivamente, del Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa por las facilidades dadas para la realización de la misma; a X. Puig (Jefe del Departamento de Medicina), J. Soler Amigó (Jefe de la Unidad de Asistencia Nefrológica) y M.C. Barcons Verges (Diplomada en Enfermería) por sus sugerencias a la hora de elaborar la encuesta y que la mejoraron sin lugar a dudas y a mis compañeros del Centre Hospitalari i Cardiològic de Manresa por su amplia participación en la misma y sin cuya colaboración no hubiera sido posible.

## Encuesta

La encuesta forma parte de un trabajo sobre la relación médico-paciente y la libertad de tratamiento y va dirigida al personal que trabaja en un Centro Hospitalario.

Es importante su opinión, independientemente de la situación legal de la cuestión que se plantea.

Las respuestas son confidenciales.

Marque con una cruz la respuesta que es más cercana a su opinión.

Sólo se puede marcar una respuesta en cada pregunta

Una vez rellenada, introdúzcala en el sobre adjunto y ciérrelo.

Lo puede entregar:

- a la supervisora de su planta
- a la secretaria del departamento

Muy agradecidos por su colaboración.

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

- ☐ Hombre  
☐ Mujer

3. Profesión:

- ☐ Administrativo/a  
☐ Auxiliar de enfermería  
☐ Técnico/a sanitario/a (laboratorio, radiología,...)  
☐ Diplomado/a en enfermería  
☐ Otros diplomados/as  
☐ Licenciado/a en Medicina  
☐ Otros licenciados/as

4. Una persona ingresa en un Centro Hospitalario para ser intervenida quirúrgicamente. Considera adecuada la existencia de un documento, que firmarán médico y paciente, que explique el tipo de intervención, las posibles complicaciones, los tratamientos alternativos y el resultado esperado.

- ☐ Sí  
☐ No

**Continúa**

**Encuesta (continuación)**

5. En general, la información ha de ser dada
- ☐ Al paciente (y a los familiares si el paciente está de acuerdo)
  - ☐ Al paciente y a los familiares
  - ☐ A los familiares
6. Una chica de 17 años acude a urgencias, acompañada de sus padres, por náuseas y vómitos. Durante la visita los padres esperan fuera, la chica dice al médico que está embarazada y que piensa abortar y le pide al médico que no informe a sus padres por que estos no están al corriente. El médico informa a la paciente y responde a sus preguntas.
- ☐ Se debería informar a los padres
  - ☐ No se debería decir nada a los padres
- 6a. Si ha contestado que se debería informar a los padres que motivo le parece más importante:
- ☐ Es una menor de edad
  - ☐ No está de acuerdo con el aborto
  - ☐ Considera que es más beneficioso para la chica
  - ☐ Otros: \_\_\_\_\_
- 6b. Si ha contestado que no se debería informar a los padres qué motivo le parece más importante:
- ☐ La paciente es la joven y no los padres
  - ☐ Está de acuerdo con el aborto
  - ☐ Considera que es más beneficioso para la chica
  - ☐ Otros: \_\_\_\_\_
7. Ante una persona que necesita una transfusión de sangre y que manifiesta que, debido a sus creencias, acepta cualquier tratamiento excepto las transfusiones
- ☐ Se debe respetar su opinión aunque pueda morir
  - ☐ Se ha de transfundir si médicamente está indicado y está en peligro la vida
8. Una persona, en plenas facultades mentales, ingresa en un hospital. En el momento del ingreso los familiares dicen al médico que en caso de que se le diagnostique una enfermedad grave no se informe al interesado
- ☐ Cree que se debería respetar la opinión de los familiares
  - ☐ El médico debería informar al paciente
9. Una persona es diagnosticada, a los 25 años, de una enfermedad grave, para la cual no se dispone de tratamiento curativo y que le producirá, en el curso de unos años, una demencia y posteriormente la muerte. Esta enfermedad se puede transmitir a la descendencia. ¿Qué información cree que se le debería dar?
- ☐ Toda la información
  - ☐ La información que el paciente pida
  - ☐ La información que el paciente pida y que tiene trascendencia hereditaria
10. Una persona con una enfermedad grave acude una vez por semana a un hospital para recibir un tratamiento. Se demuestra que no es eficaz. Se le dice que ha de dejar el tratamiento. El paciente se niega por que el cree que es beneficioso.
- ☐ Se ha de respetar su opinión y seguir la medicación
  - ☐ Se le dice que sólo se le administrará si el abona los gastos
  - ☐ Se ha de abandonar el tratamiento
11. Una persona (en previsión de enfermedades que la capacidad de actuar de forma autónoma y que le podrían impedir manifestar su opinión) acude a un notario y redacta un documento en el cual manifiesta que el caso de padecer un deterioro severo de su estado general, una demencia o un estado avanzado de una enfermedad grave no desea ser sometido a medidas extraordinarias (Ejemplo: reanimación cardiopulmonar, diálisis, intubación y respirador artificial...)
- ☐ Se ha de respetar, independientemente del resultado terapéutico
  - ☐ Se ha de respetar sólo si esto no comporta la muerte del paciente
  - ☐ El médico ha de actuar de la forma que considere más adecuada de acuerdo con la enfermedad del paciente
12. Una persona sigue un tratamiento y se llega a la conclusión razonada, que el tratamiento que está realizando no es eficaz para curarla pero que puede mantenerla en vida no más allá de tres meses. Si se retira morirá en pocas horas. El paciente lo sabe, razona y argumenta su postura y solicita que se retire la medicación.
- ☐ Se ha de retirar el tratamiento
  - ☐ Se ha de retirar el tratamiento sólo si los familiares están de acuerdo
  - ☐ No se ha de retirar el tratamiento
13. Se diagnostica una enfermedad grave a una persona. El médico cree que darle toda la información puede agravar su estado y opta por decirle sólo una parte de la verdad. Considera que esto es:
- ☐ Aceptable
  - ☐ Aceptable sólo si el médico tiene el propósito de dar toda la información si las condiciones cambian
  - ☐ Rechazable
14. ¿Cree que debería haber una ley que regulase la eutanasia (en la cual se dijera en qué casos y qué requisitos y condiciones son necesarios)?
- ☐ Sí
  - ☐ No
15. ¿Cree que un médico se puede negar, alegando el derecho a la objeción de conciencia, a informar a un paciente de la existencia de una determinada exploración o tratamiento?
- ☐ Sí
  - ☐ No
16. ¿Cree que un médico se puede negar, alegando el derecho a la objeción de conciencia, a realizar un determinado tratamiento?
- ☐ Sí
  - ☐ No
17. Una persona ingresa en un Centro Hospitalario. Le dice al médico que no desea ser informada si se le diagnostica una enfermedad grave y le da libertad para actuar según su mejor criterio.
- ☐ No se ha de informar al paciente
  - ☐ Se ha de informar al paciente