

## Estudio de los conflictos de valores presentes en las decisiones clínicas de la práctica hospitalaria, y de las posibles repercusiones en la calidad asistencial percibida de una acción de mejora.

### Study of the conflicts of values in decision making in clinical practice, and the potential impact on perceived quality of care of an improvement intervention.

F. Javier Estebanz\*, María J. Molero\*\*, Manuel García-Blanca\*\*\*, J. Dolores Ruiz\*\*\*\*

\*Médico Inspector del Sistema Sanitario Andaluz, Magíster en Bioética, \*\*Enfermera de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga y Licenciada en Psicología, \*\*\*Licenciado en Estadística, contratado por la Fundación IMABIS, \*\*\*\*Doctora en Derecho, profesora titular de la Facultad de Filosofía del Derecho, Universidad de Granada.

#### Resumen

**Introducción.** Conocida la repercusión en la calidad de la práctica clínica del correcto abordaje de los conflictos de valores, este estudio tiene por objeto hacer un diagnóstico del problema en los hospitales de una ciudad del sur de España, definir posibles intervenciones y valorar su validez.

**Metodología.** Para el diagnóstico se han utilizado los siguientes instrumentos: un sencillo cuestionario a facultativos médicos; una revisión y análisis de reclamaciones escritas, de actas de las Comisiones de ética y de las encuestas de satisfacción; entrevistas a otros actores implicados. Obtenidos los primeros datos se ha realizado una intervención informativa y formativa, midiendo posteriormente su repercusión en registros normalizados.

**Resultados y Discusión.** La dimensión del problema objeto de análisis es algo mayor que la inicialmente aparente. Una sencilla pero intensa intervención modifica claramente, al menos en lo inmediato, la situación de partida.

**Palabras Clave.** Conflicto de valores. Decisiones Clínicas. Calidad. Intervención. Acción de Mejora

#### Abstract

**Introduction.** Known the impact in clinical practice quality of the correct approach to the value conflicts, this study attempts to diagnose the problem in hospitals of a city of southern Spain, to carry out one defined intervention and asses its validity.

**Methodology.** For the diagnosis were used the following instruments: a simple questionnaire to medical practitioners; a review and analysis of written complaints and of the minutes of the ethics committees; interviews with other agents involved in the care process. Then was made a briefing and training and after this we have measured its impact on standardized records.

**Results and Discussion.** The dimension of the problem under analysis is somewhat higher than initially apparent. A simple but intense intervention clearly changed, at least in the short term, the starting situation.

**Keywords.** Conflict of values. Clinical decision making. Quality. Briefing. Improvement actions.

## 1. Introducción

En la práctica diaria de un hospital se producen frecuentemente conflictos éticos cuyo correcto abordaje requiere siempre la incorporación del respeto de los valores de las personas en el proceso de toma de decisiones, de forma tal que las decisiones clínicas no se sustenten de forma única y exclusiva en los hechos, sino que incorporen también el ámbito de los valores de los pacientes. Estas situaciones requieren, pues, explorar este ámbito del paciente de la misma forma que se exploran el ámbito relacional o laboral cuando ello es necesario, y en no pocas ocasiones las situaciones generadas precisan de un adecuado asesoramiento y consejo de personas u órganos expertos a manera de interconsulta.

Las decisiones clínicas no son correctas si se sustentan única y exclusivamente en los hechos, sino que deben incorporar también el ámbito de los valores de los pacientes.

El correcto abordaje de los conflictos éticos en la práctica clínica se está consolidando hoy en día como una línea estratégica de trabajo en toda organización sanitaria que busque la

excelencia. De hecho, en los últimos años es bastante frecuente ver en revistas médicas de impacto trabajos relacionados con este tema, especialmente trabajos realizados en Servicios de Medicina Interna, Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Cuidados Paliativos, donde se concentran gran número de problemas de decisión en relación con el final de la vida y los procesos de agonía y muerte. La Revista Médica de Chile publicó en 2009 un excelente trabajo de análisis cuantitativo de estas situaciones en el Servicio de Medicina Interna de un gran Hospital Chileno, en el que ponía de manifiesto la necesidad de un abordaje reglado de estas situaciones (Leon, T. et al., 2009).

## 2. Tipo de estudio y objetivos

Estudio cuasi-experimental dividido en dos partes, una primera diseñada como un estudio transversal, cuyo objetivo era el de hacer un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la presencia de conflictos éticos en la práctica clínica hospitalaria, y una segunda parte en la que, tras una intervención, se pretendía medir las variaciones inducidas por esta intervención en la frecuencia de estos problemas y en la resolución de los mismos. Adicionalmente se quería también conocer qué porcentaje real de las situaciones detectadas son objeto de consulta al Comité de Ética Asistencial y qué porcentaje de las reclamaciones planteadas por los usuarios están directamente relacionadas con estas situaciones.

## 3. Material y método

El estudio se ha llevado a cabo en los dos grandes hospitales públicos de la Ciudad de Málaga, seleccionando una muestra de facultativos cuyo cálculo se ha hecho en base a estudios previos que consideran en torno a un 30% la frecuencia de estos conflictos y con el objeto de tener una precisión del 6% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal al 95% bilateral, obteniendo así una muestra de 220 facultativos médicos. La muestra no incluye facultativos internos y residentes puesto que el proceso de toma de decisiones no está, en última estancia, entre sus responsabilidades. También se

excluyen facultativos médicos de Servicios Centrales como Radiología, Laboratorio o Farmacología, por ejemplo, por estimarse que la problemática objeto del estudio tiene una baja incidencia a este nivel y por que además su actuación esta normalmente ligada a la actuación finalista que implica otros facultativos que sí se incluyen en el estudio (Lo et al., 1981).

Para hacer el diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la presencia de estos conflictos en la práctica clínica, objetivo primero del estudio, hemos utilizado cinco procedimientos. El primero de ellos consistió en preguntar directamente a través de un sencillo cuestionario a dos muestras de facultativos médicos aleatoriamente escogidos con los criterios de inclusión y exclusión ya referidos; la primera muestra recogía el 40% de los facultativos intensivistas de ambos Centros, un total de 17, y la segunda el 25% de los restantes facultativos médicos incluidos, un total de 209. El encabezado del cuestionario acotaba el supuesto de conflicto ético al marco de la decisión clínica y circunscribía la pregunta al periodo anual más próximo al inicio del estudio, es decir, el año 2010. Varios estudios previos, entre los que destaca por la larga serie objeto de análisis el estudio retrospectivo publicado por E. B. Tapper, C. J. Vercler, D. Cruze y W. Saxson (Tapper et al., 1981), muestran que los problemas son mucho más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos y las Consultas a Comités también. Esta es la razón que nos ha llevado a separar las muestras.

El correcto abordaje de los conflictos éticos en la práctica clínica se está consolidando hoy en día como una línea estratégica de trabajo en toda organización sanitaria que busque la excelencia.

El segundo procedimiento empleado ha sido el de revisar todas las reclamaciones escritas presentadas en ambos Centros durante el primer trimestre del 2011, seleccionando entre ellas las que tenían como causa un conflicto ético.

En tercer y cuarto lugar se ha recabado mediante entrevista la opinión y estimación de todos los trabajadores sociales y enfermeras gestoras de casos de ambos Centros y de representantes de las asociaciones de pacientes que sabíamos que tienen conexión con uno o ambos Centros, con objeto de afinar la información ya recogida y también de detectar casos que no hayan sido percibidos por los médicos.

Por último, se ha hecho un análisis de la encuesta de satisfacción y de las sugerencias de usuarios, por si ello añadía algún dato relevante, aunque este análisis se reveló, una vez hecho, nada útil.

La revisión de las actas de los Comités éticos de ambos hospitales, correspondientes al año 2010 y primera mitad del 2011, nos ha permitido saber qué porcentaje de casos se consultan a estos comités.

Los conflictos de valores recogidos se han enmarcado en los siguientes epígrafes:

1. Problemas relacionados con el final de la vida y el intervencionismo en pacientes terminales.
2. Problemas relacionados con los cuidados paliativos, el sufrimiento y el dolor.
3. Problemas relacionados con el uso de recursos, disponibilidad, acceso y abuso de utilización.

4. Problemas relacionados con el principio de la vida, IVE, anticoncepción, embarazos no deseados.
5. Problemas relacionados con la intimidad y la confidencialidad.
6. Problemas relacionados con la representatividad, información y trato a personas especialmente vulnerables.
7. Problemas relacionados con el rechazo a tratamientos o indicaciones médicas.
8. Otros.

Una vez recogidos y procesados los datos de la primera fase concluida en junio de 2011, se ha llevado a cabo la intervención que ha seguido el guión previsto en el protocolo del proyecto, completándose al 80% y que concretamente ha consistido en lo siguiente:

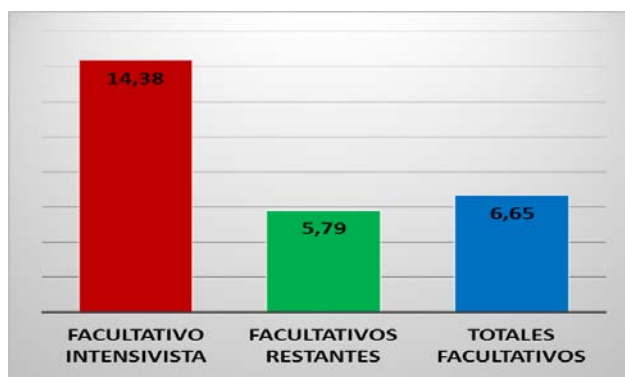
- A. Presentación del Comité Ética Asistencial en la sesión clínica de los servicios finalistas de ambos hospitales, en el que además se ha ofertado su servicio de consultoría, explicando funciones y método de trabajo, que en el caso de estos hospitales es el método deliberativo que describe el Profesor Gracia Guillen en su artículo "La deliberación moral: el método de la ética clínica" (Gracia, 2001). Esta intervención, realizada en 2011, se ha hecho en el 90% de los Servicios del Hospital 1 y en el 30% del Hospital 2.
- B. Organización de una jornada de bioética para ambos hospitales dirigida por un profesor universitario de ética, profesor de conocida trayectoria y objetivado prestigio, quien ha realizado dos talleres participativos sobre conflictos éticos en la práctica clínica, el primero de ellos con los Comités de Ética Asistencial de ambos hospitales y con una participación del 90% de sus miembros, y el segundo, de similar contenido, con los Jefes de Servicio, los Directores de Unidades Clínicas y los enfermeros jefes de bloque de ambos hospitales con una participación del 75%. La jornada celebrada el 12 de Enero de 2012 culminó con una conferencia del mismo profesor a la que asistieron entre 280 y 290 profesionales también de ambos Centros.

Los problemas éticos son más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que lleva a que sean éstos los que acaben con más frecuencia en las consultas de los Comités de Ética Asistencial.
- C. Cincuenta entrevistas personales de los investigadores implicados en este proyecto con mandos intermedios médicos y de enfermería de ambos Centros, para promover y facilitar la participación en el proyecto e iniciar una estrategia de sensibilización ante los conflictos éticos de la práctica clínica, entrevistas realizadas a lo largo de 2011.

#### 4. Resultados y discusión

- A.- Del cuestionario utilizado con facultativos médicos como primer procedimiento del estudio transversal para el diagnóstico cuantitativo y cualitativo de estos conflictos éticos, se ha obtenido que un 14,4 % de los casos atendidos por médicos intensivistas en el periodo de estudio presentaban un conflicto de valores, siendo este porcentaje de apenas un 6% para el total de la segunda muestra, es decir, facultativos médicos no intensivistas incluidos en el estudio,

si bien al desagregar este segundo grupo por especialidades, la variabilidad ha resultado ser muy grande, siendo los especialistas en traumatología y cirugía ortopédica, los cirujanos plásticos, los internistas y los psiquiatras los que referían una frecuencia superior al 10% de los casos. La figura 1 muestra estos resultados.



**Figura 1.** Porcentaje de casos donde se produjeron Conflictos de tipo ético en cada estrato

En cuanto a la tipificación cualitativa de los conflictos señalados por los facultativos, la tabla nº 1 la recoge diferenciándola por cada una de las dos muestras

Tabla nº 1

<b>Tipo de Conflicto Ético</b>	Facultativos Médicos intensivistas	Resto de Facultativos Médicos
Relacionados con final de la vida e intervención en pacientes terminales	17,2%	17,4%
Cuidados paliativos, dolor, sufrimiento, sedación	41,45%	11,72%
Principio de la vida, IVE, Anticoncepción, Embarazos no deseados	0,04%	4,84%*
Confidencialidad, Intimidad	11,23%	9,46%
Recursos, disponibilidad expectativas de utilización	15,87%	32,45%
Consentimiento Informado y representatividad	8,48%	12,53%
Rechazo a tratamientos	5,58%	7,83%
Otros	0,13%	3,77%

\* El 90% de este 4,84% se concentra en ginecología y obstetricia.

Los procedimientos elegidos por los facultativos médicos para resolver estas situaciones de conflicto los hemos podido clasificar en cuatro grupos a tenor de las respuestas recogidas. La tabla nº 2 recoge la distribución porcentual de cada uno de estos cuatro procedimientos para cada una de las dos muestras. Un 87,8 % de los Médicos intensivistas y un 83% del resto de Médicos participantes en el estudio consideraban que estos conflictos se resolvían satisfactoriamente.

La falta de detección de muchas situaciones conflictivas y la no utilización de los recursos de apoyo existentes para mejorar el abordaje y resultados de las situaciones especialmente complicadas, indican que queda aún un largo camino para una incorporación efectiva de los procedimientos de la bioética a la práctica clínica.

Tabla nº 2

<b>Procedimiento elegido</b>	Médicos Intensivistas	Resto de Médicos
Diálogo personal con paciente y/o familiares	<b>55,8%</b>	<b>62,6%</b>
Discusión previa al dialogo en sesión clínica	<b>43%</b>	<b>29,9%</b>
Traslado del problema a ámbitos decisionales superiores, Jefe de servicio, Dirección	<b>1,2%</b>	<b>6,1%</b>
Consulta al Comité Ético	<b>0%</b>	<b>0,2%</b>

B.- Del análisis de reclamaciones como segundo procedimiento de medida de este estudio transversal, se han obtenido los siguientes datos, sobre el total de 996 reclamaciones analizadas y que corresponden a la suma de todas las reclamaciones presentadas en ambos Centros durante el periodo objeto de análisis (primer trimestre de 2011).

Un 30,4% de ellas estaban directamente relacionadas con problemas éticos, el 26% en el hospital 1 y el 35% en el hospital 2. De este 30,4% de reclamaciones vinculadas a problemas éticos, un 24% tenían que ver con el trato personal recibido por el paciente en su proceso asistencial, trato no respetuoso, no comprensivo ni atento u otros tratos no adecuados, otro 24% se relacionaba con carencias de información, información insuficiente, parcial, no facilitada en tiempo adecuado, errónea o no comprensible, y, en tercer lugar, algo más de un 10% de estas reclamaciones se debían a desacuerdo o no aprobación por el paciente de algún acto u omisión en el diagnóstico o tratamiento.

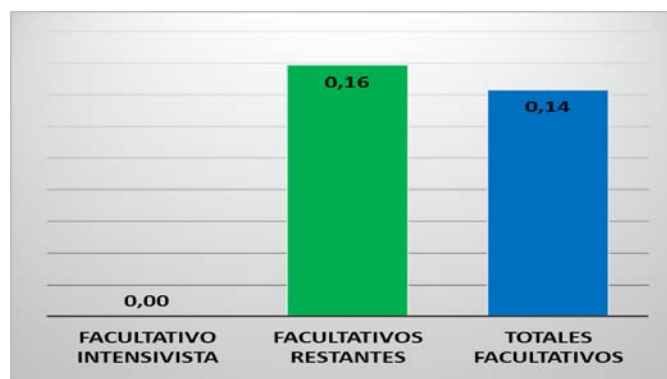
C.- Los datos de opinión recogidos mediante entrevistas grabadas a otros profesionales intervinientes en el proceso de atención al paciente o de representantes de asociaciones de pacientes revelan que, por la experiencia de los trabajadores sociales de ambos centros, en algo menos de un 10% de los casos que ellos atienden, unos 300 por mes, detectan un conflicto de valores, porcentaje

que en el caso de enfermeras gestoras de casos se sitúa cerca del 50% y en el caso de los profesionales responsables de los departamentos de atención al ciudadano que cada uno de ambos hospitales tiene se sitúa incluso por encima del 60% de los pacientes que ellos reciben, unos 100 por mes.

Para los responsables de asociaciones de pacientes registradas, este porcentaje se sitúa en torno al 40% de los pacientes atendidos.

D.- Los datos recogidos de la encuesta de satisfacción y del análisis de sugerencias se desecharon por falta de significación y problemas de validez.

E.- La figura número 2 muestra el porcentaje de problemas éticos surgidos en la práctica clínica diaria de ambos hospitales que se consultan al Comité de Ética y que en el año 2010 apenas han supuesto 9 consultas, cifra que ni siquiera alcanza el 1% de los casos detectados por el menos favorable de los registros.

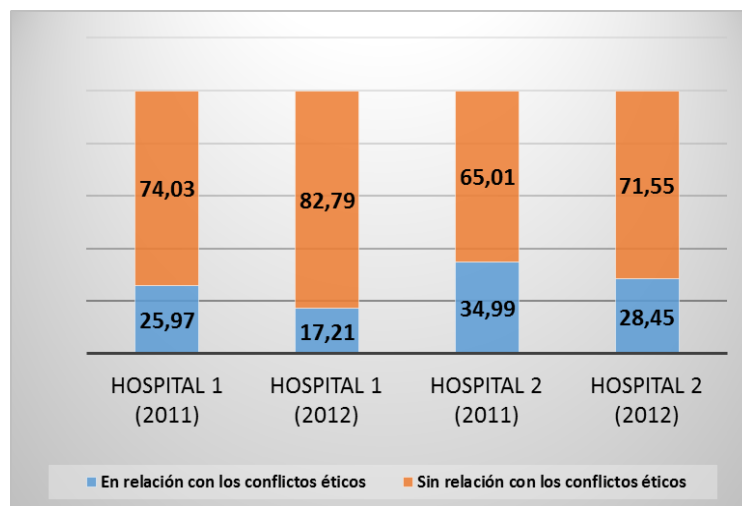


**Figura 2.** Porcentaje de casos consultados al Comité de Ética

Un 14,4% de las decisiones tomadas en las Unidades de Cuidados Intensivos, y un 6% de las que se toman fuera de ellas, plantean problemas éticos a sus médicos responsables, y un 30,4% de las reclamaciones de los pacientes en los hospitales estudiados están vinculadas a problemas éticos.

Una vez finalizadas las intervenciones descritas en material y método, procedimos de nuevo a un análisis de las reclamaciones. Se analizaron todas las reclamaciones presentadas en ambos Centros durante el primer trimestre de 2012 y con los mismos criterios que se hiciera en 2011, con objeto de obtener una máxima comparabilidad. En este caso el número total de reclamaciones presentadas era de 707, sensiblemente inferior al del mismo periodo de 2011, pero tan sólo un 22,63% de las mismas estaba directamente relacionadas con problemas éticos, en lugar del 30,4% obtenido un año antes, un 17,2% en el caso del Hospital 1 y un 28,45 en el caso del hospital 2. Un descenso porcentual mucho mayor en el hospital 1 donde la intervención fue más intensa como ya se ha descrito. La distribución en base a motivos recoge como tres epígrafes principales, los mismos que se detectaron en el análisis previo a la intervención pero con frecuencias muy distintas.

Los problemas relacionados con la información deficiente, parcial, no facilitada a tiempo, errónea o no comprensible pasaron del primer lugar al tercero con poco más de un 10%, situándose en segundo lugar con un 21% las vinculadas a desacuerdos con actuaciones diagnósticas o terapéuticas durante el proceso asistencial y en primer puesto las relacionadas con un trato inadecuado por parte de los profesionales sanitarios. La figura número 3 recoge estos datos (Hernando, 2006). Sin duda es uno de los problemas prioritarios a resolver.



**Figura 3.** Distribución de las reclamaciones analizadas por año y por hospital

## Conclusiones

Aunque existe una identificación clara por parte de los facultativos médicos de que una parte no despreciable de sus decisiones clínicas conllevan una situación de conflicto de valores, la realidad obtenida con los datos procedentes de otras fuentes

El porcentaje de casos o conflictos que llegan a los Comités de Ética Asistencial de ambos hospitales no llega, en el mejor de los casos, al 1% de los facultativos médicos la disciplina de la bioética

muestra que estas situaciones son bastante más frecuentes que las que identifican los facultativos médicos. Obviamente, las no identificadas no estarán entre las bien resueltas, que los médicos cifran por encima del 80%, lo que explica el importante número de reclamaciones que estas

situaciones de conflicto ético generan.

La falta de detección de muchas de estas situaciones y la no utilización de los recursos de apoyo existentes para mejorar el abordaje y resultados de las situaciones especialmente complicadas, indican que queda aún un largo camino para una incorporación efectiva de los procedimientos de la bioética a la práctica clínica.

Sin duda los actuales Comités de Ética deben volcar su actividad en la creación de esta cultura y prodigar actuaciones con y para las Unidades Clínicas, destinadas a enseñar habilidades y recursos para abordar los problemas éticos que se generan en la práctica asistencial. “Esta ha de ser una de las líneas básicas de trabajo contempladas en la estrategia de bioética de un hospital” (Aulisio et al., 2009) . Una



vez conseguida esta cultura los Comités éticos deben promover un modelo deliberativo que implique a los actores como procedimiento de resolución y también como procedimiento de trabajo interno de los comités para dar respuesta a las consultas como señalan P. M. Adams, y W. J. Winslade (Adams et al., 2001).

La Intervención que se ha realizado en este proyecto muestra la sensibilidad y receptividad del terreno a estas actuaciones. El hecho de que las reclamaciones relacionadas con problemas éticos vinculados a la información proporcionada sean las que más han descendido nos muestra, como es lógico, que lo primero que mejora es lo procedimentalmente más fácil de resolver, pero también que intervenciones definidas y concretas por muy intensas que sean no son suficientes si no tienen una continuidad y no se establece como sugieren Schlairet, Kiser y Norris, un soporte permanente de apoyo ético a los profesionales (Schlairet et al., 2012).

Resulta imprescindible incorporar, de forma normalizada, a los programas de formación pre- y postgrado de facultativos médicos la disciplina de bioética.

Resulta imprescindible incorporar, de forma normalizada, a los programas de formación pre- y postgrado de facultativos médicos la disciplina de bioética. "Health care organizations should emphasize ethics educational activities to prepare physicians for handling ethical dilemmas" (Duval et al., 2004).

## Bibliografía

- Adams, P. M. y Winslade, W. J. (2011). Consensus clinical decision making and unsettled cases. *J Clin Ethics 1 Winter*, 22(4), 310-27.
- Aulisio M. P.; Moore, J.; Blanchard, M.; Bailey, M. y Smith, D. (2009). Clinical ethics consultation and ethics integration in an urban public hospital. *Camb Q Health Ethics*, 18 (4), 371-83.
- Duval, G.; Clarridge, B.; Gensler, G. y Danis, M. (2004). A national survey of US Internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation". *Journal of General Internal Medicine*. 19(3), 251-8.
- Gracia Guillén, D. (2001). La Deliberación Moral: El Método de la Ética Clínica. *Medicina Clínica*, 117(1), 18-23.
- Hernando, P. (2006). Method of analysing ethical conflicts in care practice. *Anales*, vol. 29, Suplemento 3.
- Leon, T.; Bedregal, P. y Shand, B. (2009). Ethical problems in medical services from the patients' point of view. *Revista Medica De Chile*, 137(6), 759-65.
- Lo, B. y Schroeder, S. A. (1981). Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Archives of Internal Medicine*, 141(8), 1062-4.
- Tapper, E. B.; Vercler, C. J.; Cruze, D. y Saxson, W. (2010). Ethics Consultation at a large Urban Public Teaching Hospital. *Clinic Proc*, 85(5), 433-8
- Schlairet, M. C.; Kiser, K. y Norris, S. (2012). Clinical Ethics support services: an evolving model. *Nurs Outlook*, 60(5), 309-15.

## Agradecimientos

Al Profesor Dr. Gracia Guillen, por haberse prestado a dirigir parte de la Intervención. A la Junta de Andalucía, Consejería de Salud y Bienestar Social, que ha financiado en convocatoria pública competitiva (BOJA 114 de 11 de junio de 2010) este proyecto de referencia PI 0567.

## Financiación, conflicto de intereses.

Este proyecto ha sido financiado en convocatoria pública competitiva (BOJA 114 de 11 de Junio de 2010) con 14.112,99 Euros.

Los resultados de este trabajo deben aportar información útil para mejorar las estrategias de calidad hospitalarias, no tienen aplicación comercial ni generan beneficio de favor hacia ninguno de sus autores, los cuales son todos ellos profesionales del sector público, salvo Manuel García Blanca una vez finalizado su trabajo específico en el proyecto. Por ello no existe conflicto de interés alguno.