

## **CALIDAD ETICA Y CALIDAD ASISTENCIAL EN EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, EXPERIENCIA DE UN ESTUDIO CLINICO**

**AUTORES:** ROMERO HOYUELA, A.; CANTERO GONZALEZ M.L\*.  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA. CARTAGENA\*  
(EXPONE: ROMERO HOYUELA, ANTONIO, Facultativo Especialista de Urología.  
Hospital Universitario Morales Meseguer. Avda Marques de los Velez s/n, Tlf: 968360900.  
Murcia, [romero\\_ant@coma.es](mailto:romero_ant@coma.es))

**PALABRAS CLAVE:** Etica Médica, Calidad, Consentimiento Informado.

### **INTRODUCCIÓN**

En toda relación médico-paciente existen una serie de obligaciones, por una parte es imprescindible ofrecer todo el conocimiento científico para beneficio y bienestar del paciente, por otra parte es necesario velar para que los principios éticos que deben estar presentes en toda relación presidan la toma de decisiones por parte del médico y del paciente, ya que el médico debe apoyar la dignidad de las personas de tal forma que los intereses de estas siempre deban promoverse sin importar las disposiciones financieras, el marco en que se suministra la atención médica ni las características del paciente, como su capacidad para tomar decisiones o su condición social y velar por su autonomía, pues a raíz de este principio de autonomía se derivan tanto las normas de veracidad como de calidad de la información y consentimiento informado.

Como consecuencia de esa relación el paciente tiene derecho a recibir información concreta y continuada, verbal y escrita, de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, tratamiento con sus riesgos, y el pronóstico. Este proceso de información debe ir más allá de la simple firma de un documento de autorización, supone una relación de confianza entre médico y paciente, además esta información debe ser facilitada en un lenguaje comprensible. En el caso de que el paciente no quiera o no pueda recibir la información, esta debe proporcionarse a las personas legítimamente responsables.

En España, la regulación existente se enmarca en un Derecho Constitucional y en la Ley General de Sanidad<sup>1</sup>. También el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial<sup>2</sup>, al que se hace referencia en numerosas resoluciones judiciales aun cuando no es una norma legal ni reglamentaria, señala en su artículo 11:

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad; y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas.
2. Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.

---

<sup>1</sup> Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. n° 102, de 29 de abril)

<sup>2</sup> Herranz Gonzalo, Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. 1993. EUNSA.

La reciente LEY 41/2002, de 14 de noviembre<sup>3</sup>, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica desarrolla la normativa en cuestión de información y documentación clínica

La información a los familiares es necesaria para conseguir la colaboración y participación activa en el tratamiento del paciente<sup>4</sup>. El objetivo es convertir a los familiares encargados del cuidado del paciente en colaboradores activos del tratamiento para lo cual deben conocer una serie de elementos y de informaciones del proceso que padece este<sup>5</sup>.

Por tanto el proceso de consentimiento informado debe incluir conceptos tales como voluntariedad, es decir, un proceso no coaccionado y no manipulado. La información tanto en cantidad como en calidad ha de ser suficiente, asumible, comprensible y adaptada a las peculiaridades socioculturales del paciente, evitando el lenguaje tecnicado, haciendo uso de lenguaje verbal y no verbal así como del lenguaje escrito que debe constituir una acción irrenunciable en el proceso del conocimiento informado. La competencia, es decir la capacidad de entender, por parte del paciente, la situación y sus alternativas para, después, tomar una decisión.

## **OBJETIVO**

La relación médico-paciente en la actualidad se basa fundamentalmente en el diagnóstico mediante las exploraciones complementarias más convenientes y en la búsqueda del mejor tratamiento, para ello son muchos los mecanismos que las organizaciones sanitarias tanto del sistema primario de salud como a nivel hospitalario ponen como objetivo prioritario para el mejor logro de la “calidad en los servicios de salud”<sup>6</sup>.

Sin embargo pocas veces nos proponemos como prioridad el cumplimiento de los “objetivos éticos” dentro de la actividad diaria en la relación con el paciente, causa de esto podría ser la deficiente formación que los futuros profesionales de la sanidad obtienen en escuelas y facultades así como la poca voluntad que a veces tenemos los profesionales de la sanidad en la formación en temas éticos tanto como en la formación de los últimos avances tecnológicos en el tratamiento de la enfermedad más compleja de la especialidad. Tal vez cuando dispongamos de un medidor de la calidad ética que damos a nuestros pacientes podamos sugerir a los gestores y administradores de la sanidad que la formación en ética y bioética de sus profesionales también vale la pena. Este pensamiento fue el que motivó la realización de este trabajo, partiendo de la convicción de que, las personas son seres racionales autónomos, capaces de tomar decisiones en todo lo relativo a su salud, su enfermedad, a su vida y a su muerte. Por tanto si logramos asociar la mejora de la calidad en el cumplimiento del desarrollo del consentimiento informado al objetivo también de la defensa de los valores éticos del paciente en su autonomía de decisión, tal vez mejoremos también la “calidad ética” que estamos ofreciendo a nuestros pacientes, de tal forma que el

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Simón Lorda P; El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Medifam 1995; 5: 264-71.

<sup>5</sup> Gonzalez Baron M: La atención del paciente terminal. En Fundación Ciencias de la Salud(ed): Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida. Ed. Doce calles. 1996 Madrid 54-70.

<sup>6</sup> Galan Cortes, JC: El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Ed. Colex. Madrid. 1997.

consentimiento informado pasaría a ser algo más que un mero requisito legal, y pasaría a constituir la columna vertebral del comportamiento ético en cuanto a la defensa de la autonomía del paciente de todo profesional sanitario tanto de atención primaria como del profesional hospitalario. El consentimiento informado no es pues una cuestión potestativa, sino un derecho del enfermo, y por tanto una obligación ético-jurídica central en la definición de la Medicina como profesión y un parámetro fundamental de medida de la calidad asistencial.

Por tanto detectado un déficit en el grado de cumplimiento del DCI durante la entrevista médico-paciente en la consulta de urología de nuestro centro hospitalario, procedimos a analizar este problema como una oportunidad de mejora, introduciendo las modificaciones pertinentes, evaluando el resultado y objetivando el grado de mejora obtenido, todo ello basándonos en la metodología propuesta por el programa EMCA (Estudios para la Mejora de la Calidad Asistencial) de la Región de Murcia<sup>7</sup>.

## **MATERIAL Y METODO**

El objetivo ha sido valorar el grado de cumplimiento del Documento del Consentimiento Informado (DCI) durante la entrevista médico-paciente en la consulta de urología de nuestro centro hospitalario y por tanto proponer un motivo de mejora en la relación con el paciente y en la toma de decisiones en el ámbito del principio de autonomía. Decidimos objetivar el problema evaluando de forma retrospectiva el grado de cumplimiento del DCI en pacientes a los que se les practicó una intervención quirúrgica de forma programada en el Servicio de Urología de nuestro centro hospitalario, para lo cual se desarrollaron una serie de criterios (Cuadro I) en los que solo existía la posibilidad de cumplimiento o no cumplimiento para dicho criterio. Para el estudio fueron incluidos solamente paciente intervenidos quirúrgicamente de forma programada en nuestro servicio de urología.

El método consistió en la revisión retrospectiva de 100 historias clínicas de pacientes que cumplieran el criterio de inclusión de haber sido intervenidos quirúrgicamente de forma programada. Se analizaron dos periodos de estudio comprobando el cumplimiento o no de los criterios establecidos. La primera parte del estudio consistió en revisar las historias clínicas de paciente intervenidos, comprobando si se cumplieran los criterios propuestos para dicho estudio, es decir se en las historias clínicas existía el DCI, si estaba correctamente cumplimentado, etc. El segundo periodo de estudio fue realizado tras la puesta en marcha de las medidas correctoras en cuanto a la cumplimentación del documento de consentimiento así como la correcta información al paciente sobre su enfermedad y alternativas terapéuticas. El primer periodo comprendió de Julio a Octubre 2005 (previo a la instauración de los objetivos de mejora) y el segundo periodo de estudio de Noviembre 2005 a Febrero 1006 (una vez instaurados los objetivos de mejora).

Tras la obtención de resultados de la primera evaluación estos se expusieron al resto del equipo asistencial, haciendo especial énfasis en la necesidad de correcto cumplimiento de dicho documento, así como de la información sobre el proceso patológico y de la intervención que se propone en aras de una mejor calidad asistencial y en defensa de

---

<sup>7</sup>Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública 1995. 69:163-175.

la autonomía del paciente como valor ético que tiene que presidir toda relación medico-paciente. Posteriormente y tras un plazo de tiempo de cuatro meses en los que se pusieron en marcha las medidas correctoras, se realizó una nueva evaluación de las historias clínicas y DCI de pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma programada. Durante todo el estudio se preservaron las normas de confidencialidad en la información según las normas de ética y deontología médica.

La dimensión estudiada ha sido la calidad científico-técnica, así como la ética en la relación medico-paciente en el cumplimiento del consentimiento informado. La fuente de datos fue la evaluación de las historias clínicas de pacientes programados para intervención quirúrgica urológica, para ello se evaluó de forma retrospectiva el grado de cumplimiento de los criterios descritos y se realizó una reevaluación de los mismos criterios tras la puesta en marcha de un ciclo de mejora.

Tamaño de la muestra: revisión de 100 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente en ambas evaluaciones (grado de confianza 95%, precisión 0.1).

Método de muestreo: Aleatorio simple. Para el análisis estadístico se empleó el valor z, realizándose un diagrama de Pareto (antes-después) para priorizar las oportunidades de mejora

## RESULTADOS

La descripción de los criterios evaluados se muestra en el Cuadro 1.

Los resultados de la primera evaluación (Tabla 1) previa a la puesta en marcha de las acciones de mejora fueron los siguientes: el criterio C2: “el DCI debe estar correctamente cumplimentado, es decir: fecha, nombre del paciente, número de historia clínica, nombre del médico, número de colegiado etc, se cumplió en el 20% de los consentimientos informados revisados, con un IC (intervalo de confianza) de 7,8. El segundo criterio que más incumplimientos obtuvo fué el C4: “la naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad” ya que solo se cumplió en el 57% de los casos, (IC 9,7). El criterio C3: “el DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención”, se cumplió en el 76% de las historias evaluadas.

El criterio C1: “La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado”, se cumplió en el 86% (IC 6,8). El criterio que mas cumplimientos obtuvo fue el C5: “El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica”, con un 93% de cumplimientos.

<b>Cuadro 1. Descripción de los criterios evaluados.</b>
C1: La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)
C2: El DCI debe estar correctamente cumplimentado.
C3: El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención.
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.

**Tabla 1. Cumplimiento de los criterios (primera evaluación).**

	<b>Fcia absoluta</b>	<b>%</b>	<b>IC(95%)</b>
--	----------------------	----------	----------------

	cumplimientos	cumplimientos	
C1: La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)	86	86%	±6.8
C2: El DCI debe estar correctamente cumplimentado.	20	20%	±7.8
C3: El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención.	76	76%	±8.4
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.	57	57%	±9.7
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.	93	93%	±5.0

El análisis de los defectos de calidad y priorización de los mecanismos de intervención se muestra en la Tabla 2, donde se establece la relación entre el total de los incumplimientos de criterios y la frecuencia relativa de los mismos. Estos mismos datos se presentan de forma gráfica en el diagrama de Pareto, donde se señala el número absoluto de incumplimientos de criterios y su relación con el porcentaje acumulado de los mismos. El criterio C2 presentó una frecuencia relativa mas alta de incumplimientos con 47,61%, siendo el total de incumplimientos de 168.

**Tabla 2. Resultados de la revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos. Incumplimiento de los criterios.**

<b>Criterio</b>	<b>Fcia absoluta de incumplimientos</b>	<b>Fcia relativa incumplimientos</b>	<b>Fcia relativa acumulada de incumplimientos</b>
C2. El DCI debe estar correctamente cumplimentado.	80	47.61% 80/168	47.61%
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.	43	25.59% 43/168	73.20%
C3: El DCI debe estar cumplimentado como	24	14.28% 24/168	87.48%

mínimo 48 h antes de la intervención			
C1 La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)	14	8.33% 14/168	95.81%
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.	7	4.16% 7/168	100%
	Tot incump:168	Tot: 100%	

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la evaluación de los criterios tras la puesta en marcha, por parte de los miembros del servicio, de los objetivos de mejora para el cumplimiento y la correcta elaboración formal del DCI así como velar por la correcta información sobre el proceso patológico y tratamiento propuesto.

Todos los criterios que fueron valorados en la segunda evaluación obtuvieron un mayor grado de cumplimiento. En el Grafico1 se presenta comparativamente el grado de cumplimiento de los criterios en la primera y segunda evaluación, así como en la Tabla 4 en la que se muestra los resultados comparativos en ambas evaluaciones y la estimación de la mejora conseguida.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento del criterio 2 “el DCI debe estar correctamente cumplimentado” respecto a la primera evaluación ( $p < 0,001$ ) lo cual ha representado una mejora relativa del 50%.

El criterio 4 “la naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad” obtuvo una mejoría relativa respecto a la primera evaluación del 37,2% siendo esta una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ).

El resto de los criterios evaluados presentaron un mayor grado de cumplimiento respecto a la primera evaluación, el criterio 3, “el DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención”, y el criterio 1, “la historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)” obtuvieron una mejora relativa de 37,5 y 35,7% respectivamente.

El criterio 5, “el DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica”, si bien no es un acto directamente relacionado con el servicio medico objeto de este estudio, se ha considerado estudiar la presencia o no de dicho documento en la historia clínica como un indicador mas dentro del proceso de información al paciente.

Gráfico 1. Comparación de cumplimiento de criterios en las dos evaluaciones

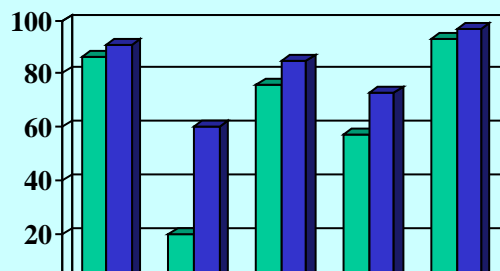


Tabla 3. Resultados de la segunda evaluación de historias clínicas de pacientes intervenidos. Cumplimiento e incumplimiento de los criterios.

	<b>cumplimiento</b>	<b>incumplimiento</b>
C1: La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)	91	9
C2: El DCI debe estar correctamente cumplimentado.	60	40
C3: El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención.	85	15
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.	73	27
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.	97	3

Tabla 4. Comparativa de ambas evaluaciones y estimación de la mejora conseguida.

	<b>1ª Eval (%cump)</b>	<b>2ª Eval. (%cump)</b>	<b>Mejora abs.</b>	<b>Mejora rel.%</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Significación</b>
<b>Criterio</b>	<b>P1(IC95%)</b>	<b>P2(IC95%)</b>	<b>P2-P1</b>	<b>P2- P1/1-</b>		<b>p</b>

				P1		
C2: El DCI debe estar correctamente cumplimentado.	20+/-7.8	60+/-9.6	40.0	50.0	0	p< 0.001
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.	57+/-9.7	73+/-8.7	16.0	37.2	0.008846	p< 0.01
C3: El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención.	76+/-8.4	85+/-7.0	9.0	37.5	0.05411	No sig.
C1: La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)	86+/-6.8	91+/-5.6	5.0	35.7	0.1339	No sig.
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.	93+/-5.0	97+/-3.3	4.0	57,1	0.1656	No sig.

P1 cumplimiento 1ª evaluación  
 P2 cumplimiento 2ª evaluación  
 p>0.05 no hay diferencias significativas  
 N= 100 en las dos evaluaciones

En la Tabla 5 se presentan de una forma comparativa la frecuencia absoluta y relativa de incumplimiento de criterios de la primera y segunda evaluación, presentando los defectos de calidad de forma cuantitativa.

Tabla 5. Comparativa de ambas evaluaciones y presentación de los defectos de calidad.



Criterio	1ª EVALUACION		2ª EVALUACION	
	F.A. Incump	F.R.Incump	F.A. Incump	F.R.Incump F.AC.Incump
C1: La historia clínica debe contener el documento de consentimiento informado (DCI)	14 8.33%	8.33%	9 9.5%	9.5%
C2: El DCI debe estar correctamente cumplimentado.	80 47.61%	55.94%	40 42.5%	52%
C3: El DCI debe estar cumplimentado como mínimo 48 h antes de la intervención.	24 14.28%	70.22%	15 15.9%	67.9%
C4: La naturaleza del DCI y la intervención practicada deben coincidir en su totalidad.	43 25.59%	95.81%	27 28.7%	96.6%
C5: El DCI del servicio de anestesia debe estar presente en la historia clínica.	7 4.16%	100%	3 3.1%	99.7%
Total	168	100%	94 100%	

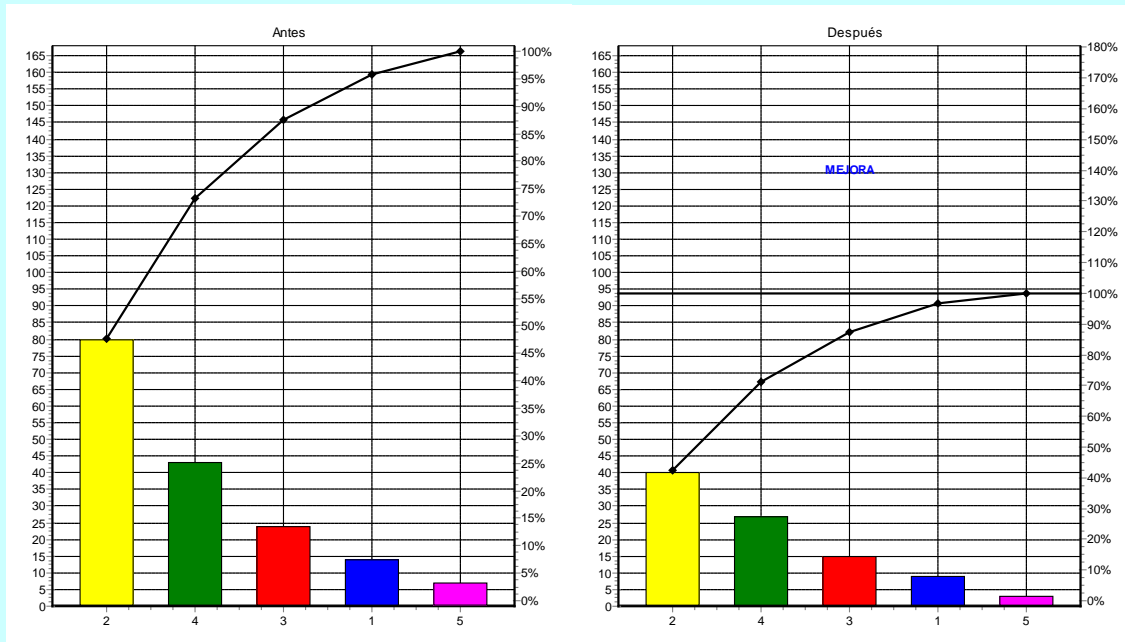
F.A.incump= frecuencia absoluta

F.R.incump=frecuencia relativa

F.AC.incump=frecuencia relativa acumulada

En el Diagrama de Pareto (Gráfico 2) se muestra comparativamente los incumplimientos de criterios antes y después de la puesta en marcha de los objetivos de mejora, asimismo se evidencia la magnitud de la mejora global conseguida.

Gráfico 2. Diagrama de Pareto antes-después. Se muestra gráficamente los incumplimientos de criterio así como el porcentaje de mejora obtenido



## DISCUSIÓN

De la lectura de los resultados obtenidos podemos concluir que el grado de cumplimiento del Documento de Consentimiento Informado (DCI), en nuestro ámbito de estudio, no se realiza con total corrección y como consecuencia de esto queda en entredicho la buena práctica y defensa del principio de autonomía de los pacientes, así como un bajo conocimiento de los principios de ética médica por parte del personal implicado en el estudio.

Cabe destacar que el criterio que hacía referencia al correcto cumplimiento del DCI (C2) solamente obtuvo un 20% de éxito, cifra que evidencia la falta de celo en la correcta elaboración de dicho documento. Evidentemente no podemos relacionar este déficit en la cumplimentación del documento con una mala información ofertada al paciente, sin embargo sí supone un defecto de calidad en la atención y relación médico-paciente y desde luego un objetivo a cumplir: “velar por el correcto cumplimiento de la normativa vigente”.

En general la actitud de los profesionales respecto a la búsqueda de información en temas de ética y conocimiento de la legislación es deficiente. En nuestro país no hay demasiados estudios al respecto, en otros países como en Méjico se publicó un estudio

realizado sobre 75 médicos mejicanos<sup>8</sup>, de los cuales tan solo un 34% reconocían ser respetuosos con las decisiones de los usuarios referidas a su propia asistencia sanitaria, mientras que un 34% admitían no serlo, y un 32% subrogaban las decisiones a terceras personas, a pesar de reconocer el 73% de los mismos el derecho de los usuarios a decidir por si mismos previa información. 23% no admitían este derecho, y existe una corriente de opinión, entre algunos profesionales, de que la información detallada a los pacientes, puede ser contraproducente, al generar miedo y confusión<sup>9</sup>.

El presente trabajo pretende demostrar, con sus limitaciones, que la búsqueda y mejora de los criterios de calidad asistencial por parte de los profesionales sanitarios no está en contraposición en desarrollar los criterios para la defensa y cumplimiento de los derechos del paciente en especial el de autonomía en cuanto a la información y consentimiento informado. Existen escasas referencias de estudios similares al nuestro, uno de ellos es el realizado por Elola<sup>10</sup>, referido a una encuesta del C.I.S por INSALUD, ha puesto de relieve el bajo conocimiento de los usuarios sobre sus derechos respecto de la atención sanitaria, solamente un 7% de los encuestados conocían los contenidos de la Carta de Derechos y Deberes, y el 78% de los entrevistados desconocían totalmente su existencia y sus contenidos. Sainz y cols.<sup>11</sup>, en un estudio realizado sobre cinco hospitales de INSALUD, el 78% de los pacientes incluidos en el estudio referían haber firmado el documento de consentimiento informado, sin embargo solo el 57% consideraron que pudieron preguntar todo lo que desearon sobre su enfermedad. Destaquemos que el mencionado estudio se realizo sobre pacientes programados, a los que se les practicaba una broncoscopia o una endoscopia digestiva, y que nuestro estudio se refiere a intervenciones quirúrgicas mayores programadas.

En España hemos asistido en los últimos años a un aumento de la leyes tanto estatales como en el ámbito de las Comunidades Autónomas sobre derecho de los pacientes, necesarias por otra parte pues pretenden mejorar la relación médico paciente en cuanto a la defensa de los derechos de estos a la hora de la toma de decisiones de diagnostico y tratamiento que a veces son difíciles y controvertidas sobre todo para le paciente que se encuentra en un estado de debilidad en el plano físico y del conocimiento. Sin embargo no solo es necesario una legislación eficaz y clara en el campo de la defensa de los intereses de los pacientes, es necesario profundizar un poco mas en cuanto a los derechos de los pacientes y derecho a la vida, referencia en la normativa del derecho a la

---

<sup>8</sup> López de la Peña X. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev Invest Clin 1995;47:5-12.

<sup>9</sup> Sainz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Martín D, Suárez T, Martín T. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultado de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. Rev Calidad Asistencial 1997; 12:100-16.

<sup>10</sup> Elola J. " Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid :FISS; 1991.

<sup>11</sup> Sainz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Martín D, Suárez T, Martín T. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultado de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. Rev Calidad Asistencial 1997; 12:100-16.

libertad religiosa, derecho a la intimidad que debe ir mas allá que de la pura confidencialidad. Por tanto seria deseable desarrollar y crear unas condiciones de comunicación en las que el paciente reciba el apoyo necesario para tomar decisiones autónomas. También existe un déficit en la formación ética de los profesionales de la Sanidad que se remonta a la falta de formación de estos temas de ética y bioética en las Escuelas de Formación Sanitarias en general y Facultades de Medicina en particular, así como durante la formación postgrado en la que los temas de ética y bioética han pasado a un segundo plano en beneficio del estudio de técnicas de diagnóstico y tratamiento, algunas veces novedosas, y desde luego también necesarias para la formación del profesional de la sanidad.

Es muy posible que nuestro sistema sanitario encuentre en un futuro próximo graves problemas que tendrán que ver fundamentalmente con el principio de justicia como puede ocurrir con el trato de pacientes en diferentes comunidades autónomas, calidad asistencial, quebrantando uno de los pilares básicos de la asistencia sanitaria<sup>12</sup>, Por tanto, valores como la universalidad de la asistencia, la accesibilidad a la calidad científico-técnica, el trato humano, será preciso tomar conciencia de ello si queremos una asistencia de calidad ética para los pacientes<sup>13</sup>.

Si bien la calidad asistencial busca la excelencia, la ética buscará cumplir los mejores valores y principios<sup>14</sup>. Por tanto a nivel organizacional debe existir una ética que guíe el sistema de salud y su política en su empeño de prestar asistencia sanitaria a la sociedad según se recoge en los derechos constitucionales<sup>15</sup>,

Cuidar la formación en ética y bioética de los miembros de la organización así como fomentar el desarrollo de un debate ético serán funciones que dotaran de valor añadido dicha organización<sup>16</sup> y aumentara la calidad en distintos ámbitos al mejorar el sistema desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

---

<sup>12</sup>Osakidetza. La información y el consentimiento informado. Principios y pautas de actuación en la relación clínica. Bilbao: Osakidetza. Gobierno Vasco;1997

<sup>13</sup> Rodríguez JA. Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Madrid: Tecnos; 1987.

<sup>14</sup> Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre Consentimiento Informado. Adoptado en la Sesión Plenaria de 6 de noviembre de 1995.

<sup>15</sup> Puigpelat Martí F. Bioética y valores constitucionales. En: María Casado: Bioética, derecho y sociedad. Valladolid. Trotta; 1998

<sup>16</sup> Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública 1995. 69:163-175.