



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



## Revista de Bioética y Derecho

### Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

#### ARTÍCULO

**Estressors ètics i atenció sanitària. Anàlisi d'estressors ètics en l'àmbit del CèAVOC (Comitè d'Ètica Assistencial del Vallès Oriental Central)**

**Ethical stressors and healthcare. Analysis of ethical stressors within the CèAVOC (Healthcare Ethics Committee from Vallès Oriental Central)**

**Estresores éticos y atención sanitaria. Análisis de estresores éticos en el ámbito del CèAVOC (Comité de Ética Asistencial del Vallés Oriental Central)**

**CARLES MONSÓ FERNÁNDEZ, PILAR SALES MORENO, PILAR LONCÁN VIDAL, ANNABEL MATEOS TORRES, M. LUZ TALAVERA PÉREZ, FRANCESCA ZAPATER TORRAS, M. JESÚS FERNÁNDEZ PEREGRINAÑ, ENRIC GRÀCIA JANÉ, SÒNIA CARRERAS MAYORDOMO, EULÀLIA CLADELLAS OLIVERAS, RAFEL VELASCO BATLLE, ASSUMPTA TRIAS JOVER, PEPE BEUNZA VÁZQUEZ \***

#### OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: [www.bioeticayderecho.ub.edu/master](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/master). En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

\* Carles Monsó Fernández. Metge de l'Equip d'Atenció Primària (EAP) Caldes de Montbui-Palau-solità i Plegamans, Institut Català de la Salut. E-mail: [cmonso.mn.ics@gencat.cat](mailto:cmonso.mn.ics@gencat.cat).

\* Pilar Sales Moreno. Treballadora social del Centre Sociosanitari (CSS) Albada, Sabadell.

\* Pilar Loncán Vidal. Metge CSS Fundació Residència Sta Susanna, Caldes de Montbui.

\* Annabel Mateos Torres. Treballadora social CSS Fundació Residència Sta Susanna, Caldes de Montbui.

\* M. Luz Talavera Pérez. Infermer Equip d'Atenció Primària (EAP) Caldes de Montbui-Palau-solità i Plegamans, Institut Català de la Salut.

\* Francesca Zapater Torras. Metge EAP Montornès-Montmeló, Institut Català de la Salut.

\* M. Jesús Fernández Peregrinañ. Infermera CSS Fundació Residència Sta Susanna, Caldes de Montbui.

\* Enric Gràcia Jané. Infermer CSS Fundació Residència Sta Susanna, Caldes de Montbui.

\* Sònia Carreras Mayordomo. Fisioterapeuta CSS Fundació Residència Sta Susanna, Caldes de Montbui.

\* Eulàlia Cladellas Oliveras. Metge de l'EAP Granollers Oest-Canovelles, Institut Català de la Salut.

\* Rafel Velasco Batlle. Metge de l'EAP Vall del Tenes, Institut Català de la Salut.

\* Assumpta Trias Jover. Infermer del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES), Institut Català de la Salut.

\* Pepe Beunza Vázquez. Representant de la ciutadania, actualment jubilat.

## Resum

La pràctica mèdica i l'atenció al pacient poden estar associades a conflictes d'índole diversa: personals, professionals, ètics.

Les polítiques d'austeritat derivades dels reajustaments econòmics arran de la crisi global han vingut a incrementar aquests conflictes. Amb intenció de detectar, definir i proposar solució a alguns d'ells, el CèAVOC va promoure un debat que va generar un treball de prospecció en l'entorn laboral dels seus membres, per esbrinar la realitat quotidiana i els principis ètics que aquesta vulnerava.

Es van identificar múltiples factors estressors ètics. De l'anàlisi d'ells se'n desprèn un increment de sensació de vulnerabilitat personal i social. Es fa necessària una major implicació dels professionals de la salut en la gestió sanitària des de la visió de servei a les persones.

**Paraules clau:** estressors ètics; professionals de la salut; burnout; crisi econòmica; austeritat.

## Abstract

Medical practices and patient's care activities may be associated with conflicts of different nature, such as personal, professional, or ethical.

These conflicts, furthermore, may have even increased due to the arrival of austerity policies devised to deal with the effects of the global economic crisis. With the purpose of detecting, defining and proposing solutions to some of these conflicts, CèAVOC encouraged a debate, which afterwards resulted in exploring its staffs' work environment, in examining their daily realities as well as the ethical principles that affected them. Multiple ethical stressor factors were identified, one of which reflected higher awareness of their personal and social vulnerability. It seems necessary that health professionals are deeper involved in the management of health by adopting a patient service approach.

**Keywords:** ethical stressors; health professionals; burnout; economic crisis; austerity.

## Resumen

La práctica médica y la atención al paciente pueden estar asociadas a conflictos de distinta índole: personales, profesionales, éticos.

Las políticas de austeridad derivadas de los reajustes económicos a raíz de la crisis global han incrementado estos conflictos. Con intención detectar, definir y proponer solución a algunos de ellos, el CèAVOC promovió un debate que generó un trabajo de prospección en el entorno laboral de sus miembros, para averiguar la realidad cotidiana y los principios éticos que ésta vulneraba.

Se identificaron múltiples factores estresores éticos. De su análisis se desprende un incremento de sensación de vulnerabilidad personal y social. Se hace necesaria una mayor implicación de los profesionales de la salud en la gestión sanitaria des de la visión de servicio a las personas.

**Palabras clave:** estresores éticos; profesionales de la salud; burnout; crisis económica; austeridad.

## 1. Introducció

Ètica i praxi han estat des de sempre íntimament lligades. Un concepte implica l'altre, i no es podrien entendre sense una complementarietat.

Segons R. Altisent et al<sup>2</sup>, l'ètica mèdica té un doble significat: com a dimensió humana essencial que el metge aplica en la seva pràctica professional a partir d'un coneixement ètic espontani, i com a ciència moral racional que analitza metòdicament i críticament els comportaments i decisions de la pràctica mèdica.

Així explicitat, l'equilibri radica entre humanitat i ciència, entre allò que fem o no fem segons creences individuals o col·lectives, i allò que se'ns diu que hem de fer o no fer segons les evidències i experiències d'altres, basades en estudis, experimentació, consensos.

Avui en dia en els nostres centres sanitaris, on cada cop hi ha més mitjans tècnics i on la investigació cada dia aporta nous resultats, on la gestió economicista cada dia té més valor i allò que preval és l'impacte social, els professionals de la salut han de ser conscients del repte que tenen al davant per a conjugar i establir un equilibri entre tot això i una assistència sanitària més humanitzadora on es respectin els desitjos i valors del malalt<sup>3</sup>. Els hospitals —cada cop més— s'estan equiparant en la seva gestió a les empreses comercials que han de sotmetre's al criteri del profit econòmic. L'assistència sanitària proporcionada ha esdevingut un producte, i el pacient un client, i la qualitat del producte ha de ser generada amb el menor cost i ha de ser d'allò més eficient possible. A la pràctica això es tradueix en retallades pressupostàries i de personal, augment del volum de pacients-clients, omissió de procediments diagnòstics o terapèutics costosos; en suma, una ominosa deshumanització de l'assistència sanitària<sup>4, 5</sup>. Tot aquest clima ens arrossega a un estat de vulnerabilitat i impulsa el personal sanitari a treballar sota la continua pressió de l'ansietat, la incertesa... Això condueix a la pràctica d'una medicina defensiva que fuig de tot tipus de proximitat o de compromís afectiu envers el pacient<sup>6</sup>.

La realització personal dins del treball depèn de l'equilibri de múltiples factors com ho són la necessitat d'estima i el respecte i reconeixement de la tasca pròpia (tant per part dels pacients, com per part dels superiors i de la comunitat), a més de cert marge d'autonomia que afavoreixi un clima de participació en la presa de decisions i obertura a les iniciatives creatives, una justa retribució monetària i tenir en compte altres aspiracions de tipus professional com la de la promoció jeràrquica (carrera professional). Aquest equilibri, fràgil per definició, genera —quan es trenca— estrès en els professionals de la salut. L'estrès, en general, es una situació ben tolerada que, ben reconduïda, optimitza el rendiment de les persones; però una excessiva pressió assistencial de gran intensitat amb un elevat volum de treball (gran número de pacients,

escassetat de temps, escàs marge d'error), condicions inadequades de treball (polivalència), manca de mitjans i escassa seguretat ocupacional..., afavoreixen la despersonalització de l'atenció mèdica. D'altra banda, l'excessiva burocratització dels sistemes sanitaris provoca que el personal faci servir part substancial del seu temps en activitats burocràtiques, en detriment de les assistencials o promocionals. Tots aquests factors poden donar lloc a un estat que s'ha descrit com a "síndrome de desgast professional" o de "burn out"<sup>7</sup>. Així, un estrès mantingut, o intens, o sense possibilitats de canalització, porta a la ruptura de l'equilibri emocional i físic de les persones. Això queda palès en la definició que de *estrès* dona la Real Academia de la Lengua: "adaptació de l'anglicisme *stress*. Situació d'un individu, o d'algun dels seus òrgans o aparells que, per exigir d'ells un rendiment superior al normal, els posa en risc pròxim d'emmalaltir"<sup>8</sup>.

Si ja la pràctica clínica en condicions ideals genera estrès als professionals de la salut, aquest s'ha vist incrementat arran de la crisi econòmica global per aspectes que deriven de les polítiques i mesures d'austeritat que l'administració sanitària aplica<sup>9,10</sup>, amb retirada de finançament públic de fàrmacs d'ús generalitzat argumentant baixa evidència científica en els seus efectes<sup>11,12</sup>, i amb la implantació de noves guies clíniques més restrictives<sup>13</sup>, darrerament molt qüestionades per deixar-se entreveure en algunes d'elles una possible influència d'interessos econòmics que les fan tendencioses i sense criteris d'imparcialitat, tal i com ha intentat demostrar A.Sitges-Serra en un recent i extens article de revisió<sup>14</sup>. La manipulació a que poden estar sotmesos els professionals de la medicina queda palesa a l'article que el grup Evalmed-GRADE va presentar a les Jornades sobre els Conflictes d'Interès en la Salut (Pontevedra, XI-2013), on es ressenya una cita de l'escriptor nordamericà Upton Sinclair (1878-1968), qui diu "és difícil fer que un home entengui quelcom quan el seu salari depèn de que no ho entengui"<sup>15</sup>.

Així, els professionals de la salut s'han d'enfrontar en l'actualitat a una situació desconeguda fins el moment, que ve a agreujar conflictes (personals, humans, ètics...) preexistents, incrementant els nivells d'estrès inherents a la pràctica clínica habitual.

## 2. Objectius

Els objectius d'aquest estudi realitzat entre els anys 2013 i 2014 van ser els de:

1. Identificar en el nostre entorn els diferents factors de caire ètic, les diverses situacions que poden entrar en conflicte amb els principis bàsics de justícia, equitat, beneficència, no maleficència, autonomia..., que puguin ser causa d'estrès per als professionals<sup>16,17,18</sup>.
2. Classificar les situacions segons l'àmbit d'influència.

3. Descriure les situacions que sobre els professionals de la salut provoquen els diferents conflictes ètics.
4. Fer propostes de reflexió per modificar el llindar de l'estrès ètic.

### 3. Material i mètode

Donada la complexitat de la situació plantejada a estudi, es va decidir implementar una estratègia d'estructuració de procés de comunicació grupal mitjançant tècnica d'opinió de grup d'experts, aplicant les directrius marcades pel mètode d'investigació Delphi.<sup>19</sup>

Seguint les directrius d'aplicació del mètode Delphi, es va procedir a diferents fases seqüencials:

#### 1a. Definició d'objectius

Els objectius son els expressats en l'apartat anterior, i poden resumir-se en:

- ◆ Analitzar els diferents factors que els treballadors sanitaris identifiquen en la seva activitat professional habitual, i que perceben com a situacions generadores d'estrès.
- ◆ Ponderar el paper de la situació socioeconòmica actual (precarietat, crisi...) en la generació d'estrès personal i/o professional, o en com s'ha modificat la percepció i vivència de diferents factors estressors en relació a aquesta situació socioeconòmica.

#### 2a. Selecció d'experts

- ◆ En el si del CèAVOC es va fer la proposta de recollir les opinions dels diferents membres sobre el tema a debat. La multidisciplinarietat del CèAVOC va permetre tenir una àmplia visió del tema des de diferents perspectives, ja que els membres integrants representen diferents estaments de la major part dels nivells assistencials, i de la societat civil.
- ◆ El CèAVOC es va constituir l'any 2008 i està acreditat des de juliol de 2010<sup>1</sup>, i en ell es veuen representats la medicina d'Atenció Primària i d'Atenció Sociosanitària, la infermeria d'Atenció Primària y d'Atenció Sociosanitària, Treball Social, Rehabilitació i Societat Civil. Hi ha —també— un membre jurista, que actua com a consultor. El seu àmbit és la comarca del Vallès Oriental, a la província de Barcelona.

- ◆ Es va constituir un grup promotor format per 4 persones, 2 de l'àmbit d'Atenció Primària, i 2 de l'àmbit de l'Atenció Sociosanitària.
- ◆ El problema es va plantejar a l'hora de constituir un grup d'experts, donat que el tema a debatre (estressors ètics) comporta el hàndicap de que no existeix la estresologia com a ciència, ni experts estresòlegs. Plantejat, doncs, des de la vessant més ètica, el grup d'experts a debatre es va formar a partir de la totalitat de membres del CèAVOC, els quals van fer una prospecció en els diferents llocs de treball dels que professionalment eren representants.

### 3a. Qüestionaris

El grup promotor va dissenyar una taula amb els apartats:

- ◆ Factor estressor identificat
- ◆ Detall de la situació concreta
- ◆ Conflicte ètic plantejat
- ◆ Reflexió/proposta

Els diferents professionals van rebre via e-mail el qüestionari dissenyat. Aquests, mitjançant entrevista personal van identificar a entre 5 i 8 integrants de la plantilla dels seus centres de treball habitual disposats a expressar la seva opinió, i aquesta es va recollir mitjançant text lliure que els diferents participants van poder plasmar de manera estructurada en els qüestionaris enviats des del grup promotor.

### 4a. Explotació de resultats

- ◆ A través de l'e-mail, els components del CèAVOC van retornar la informació recollida en els seus centres, de manera centralitzada al grup promotor.
- ◆ El grup promotor va fer un cribratge de les dades remeses, agrupant-les per similitud, i va generar una taula de recollida global d'opinions, que es va enviar via e-mail de nou als membres del CèAVOC per, posteriorment i en una reunió conjunta, ser objecte de debat previ al consens, i fer una edició definitiva.

## 4. Resultats

Es van rebre 84 qüestionaris complimentats. Els resultats identificats i recollits pels diferents membres, cribrats i sotmesos a debat en sessió del CèAVOC, es van dividir (en funció de l'àmbit d'abastament) en:

- ◆ Factors d'àmbit **macro**localitzat (aspectes socials i polítics).
- ◆ Factors d'àmbit **meso**localitzat (entorns institucionals i organitzatius).
- ◆ Factors d'àmbit **micro**localitzat (aspectes quotidians, personals...).

### 4.1 Factors macro

Factor estressor	Situació concreta	Conflicte ètic	Reflexió / Proposta
1. Incertesa al món	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situació social i política canviant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allò que era segur ja no ho és, i s'incrementa la percepció de vulnerabilitat personal i social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Participar en els grups professionals i socials</b> per a generar noves condicions</li> <li>▪ <b>Posar en valor</b> el nostre treball</li> </ul>
2. Conflicte de valors	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El sentit de la professió</li> <li>▪ El valor de l'activitat del sistema sanitari</li> <li>▪ Disposicions polítiques en las quals la persona és al servei de les estructures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las professions de servei perden prestigi social, també existeix el risc de veure els professionals com a privilegiats sobretot quan l'Organització prioritza aspectes aliens a l'assistencial</li> </ul>	
3. Missatges contradictoris	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disminució dels pressupostos econòmics per als serveis (sanitaris, educació, socials...)</li> <li>▪ Dificultats de les institucions per a aconseguir crèdits</li> <li>▪ Mesures de protecció a institucions especulatives (bancs, complexes d'oci, àrees de joc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es crea un sentiment de desconfiança, i la percepció de que els temes considerats bàsics en una societat tenen poc pes específic</li> </ul>	

## 4.2 Factors meso

Factor estressor	Situació concreta	Conflicte ètic	Reflexió / Proposta
1. Dificultats per a garantir el continuum dels recursos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dissonància entre els diferents sistemes socials i sanitaris en una xarxa assistencial molt diversa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vulneren els principis de justícia i beneficència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciar <b>actituds crítiques amb ànim col·laboratiu</b></li> </ul>
2. Necessitat de compaginar activitat pública/privada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gran part de les institucions de caràcter assistencial, davant la reducció dels seus pressupostos per a fer sostenibles les seves estructures, han obert la possibilitat de donar atenció privada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflicte d'interessos entre allò públic, i allò privat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Establir elements per a garantir la <b>transparència</b></li> </ul>
3. Nous mètodes de compra d'activitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rigidesa de paràmetres</li> <li>Complexitat per a objectivar les necessitats sanitàries</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posen en tensió els principis d'equitat, beneficència i autonomia de les persones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fer <b>propostes</b> fruit de la nostra experiència</li> </ul>

## 4.3 Factors micro

Factor estressor	Situació concreta	Conflicte ètic	Reflexió / Proposta
1. Relacionats amb la pèrdua de cobertura sanitària de les persones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacients que consulten sense tenir tarja sanitària</li> <li>Pacients que no recorren al sistema perquè ja saben que n'estan exclosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflicte amb el deure moral d'atendre a tot aquell que ho necessiti, i les traves administratives que obliguen a cobrar (facturar) l'atenció. Problema d'equitat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar el principi de <b>deure d'assistència</b> a les persones, por damunt dels imperatius administratius</li> </ul>
2. Relacionats amb problemes d'accés i ús del sistema sanitari públic	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alguns pacients acuden a l'atenció privada, davant les llistes d'espera de la pública</li> <li>Pacients atesos en serveis privats que sol·liciten a la sanitat pública que es faci càrrec dels fàrmacs prescrits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflicte amb el dret constitucional d'accés a l'atenció sanitària, i amb les conviccions personals</li> <li>No compartir la indicació del fàrmac, o que existeixi altre de millor relació cost-efectivitat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respectar les guies clíniques i terapèutiques, i explicar-ho bé al pacient</li> <li>Proposar a l'administració sanitària que exigeixi els mateixos estàndards de qualitat a la medicina privada que a la pública</li> </ul>
3. Relacionats amb la disminució de pressupostos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exigència per part de l'empresa o institució de no sobrepassar els pressupostos establerts de forma unilateral</li> <li>Retard diagnòstic i terapèutic, empitjorament de la salut, més pagament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conflicte de lleialtat envers el pacient, anteposant la lleialtat envers la institució en què es treballa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obligació per part del professional d'una <b>òptima utilització dels recursos</b>. Sempre ha estat necessari, però ara es precisa ser més curosos</li> </ul>



<p>4. Relacionats amb el més gran malestar social i psicològic de la població</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relacionats amb la manca de recursos econòmics d'algunes persones/famílies</li> <li>▪ Pacients amb procés de malaltia que no consulten, o bé consulten amb malaltia evolucionada, per no faltar a la feina</li> <li>▪ Pacients que no poden adquirir els fàrmacs prescrits, per manca de recursos econòmics</li> <li>▪ Pacients en què, per motius de salut, està indicada una baixa laboral i no l'accepten</li> <li>▪ Es reben demandes que no són de naturalesa mèdica, però que produeixen símptomes físics i psíquics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risc per a la beneficència i la equitat</li> <li>▪ Renúncia a certificar un dret del treballador (baixa laboral)</li> <li>▪ Perill de mediatització innecessària (exploracions complementàries, fàrmacs...) amb resultat de maleficència</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estar <b>atents a detectar les situacions i buscar alternatives</b>: dirigir a serveis socials, banc de medicaments, associacions d'ajut...</li> <li>▪ <b>Manifestar la nostra opinió</b> davant l'administració, el pacient, els companys i la societat</li> </ul>
<p>5. Increment de la càrrega assistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mecanització de les visites</li> <li>▪ Canvi de model relacional entre pacients, famílies i professionals (deliberatiu/contractual...)</li> <li>▪ Ecosistema assistencial canviant</li> <li>▪ Absentisme, baixes laborals de companys no substituïdes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es pot posar en perill el principi de no maleficència</li> <li>▪ Dificultats per a trobar el model més adient a les situacions i a les persones</li> <li>▪ Problemes de qualitat i de seguretat<sup>(20)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reforçar les actituds correctes</li> <li>▪ Promocionar la importància d'establir <b>vincles terapèutics en les relacions clíniques</b></li> <li>▪ Prioritzar adequadament</li> </ul>
<p>6. Decisions dels professionals condicionades per actituds agressives</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Increment d'actituds agressives per part dels usuaris o familiars</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risc d'abandonament, o de conductes defensives per part dels professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potenciar eines per a que els professionals puguin disminuir les possibilitats d'enfrontament</li> </ul>
<p>7. Incerteses derivades del nivell de competència per a prendre decisions en relació a les persones que atenem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dificultats relacionades amb la presa de decisions sobre ubicació, ingressos, disponibilitat de bens...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Situacions amb conflictes d'interessos entre cuidadors/institucions, i la preservació dels interessos del pacient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Treball col·laboratiu entre les diferents disciplines</b></li> </ul>
<p>8. Confidencialitat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Història clínica compartida<sup>21</sup> de l'Institut Català de la Salut, de Catalunya (HC3)...</li> <li>▪ Informes de derivació (internet/fax), resistències dels administratius i personal sanitari, accessibilitat...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La manca d'informació que tenen els usuaris sobre el tema, i les dificultats que genera a les institucions i als professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establir circuits segurs per a la informació</li> <li>▪ Potenciar actituds per a vèncer les resistències</li> <li>▪ Facilitar l'accessibilitat</li> </ul>

## 5. Discussió

Podríem dir que, d'alguna manera, comencem a morir d'èxit en el camp de la medicina; quanta més capacitat científica i tecnològica tenim per a combatre les malalties, més evident es fa la necessitat de prioritzar uns recursos sanitaris que no poden ser il·limitats. A més, en els darrers temps, el dret a la protecció de la salut s'ha posat en dubte des de diferents visions i discursos polítics, que provenen de concepcions propietaristes de la justícia, del triumfalisme del mercat o de la idea de que la responsabilitat dels malalts per la seva salut eximeix de la responsabilitat social sobre la protecció de la mateixa<sup>22</sup>.

La motivació i la implicació dels professionals en una atenció de qualitat, rentabilitza els recursos dispensats augmentant la qualitat —humana i tècnica— de l'atenció, disminuint l'absentisme laboral i millorant la satisfacció de l'usuari. La humanització requereix de temps, personal i mitjans suficients. És també evident que el compromís institucional amb la humanització de l'atenció obliga a contemplar la planificació de recursos, allò contrari acabarà generant insatisfacció en el professional i, amb el temps, una atenció deficitària<sup>23</sup>. En aquest context de canvi continu, hi cap col·laborar per a poder identificar els factors mínims necessaris a partir dels quals es puguin reduir les causes de conflictes ètics.

Els treballadors de la sanitat mostren sense excepció una preocupació creixent per l'escenari creat en el context de la crisi econòmica global, que ha vingut a castigar especialment els àmbits de la salut i de l'educació, amén de la vivenda, l'economia de les famílies, etc... Les reaccions davant aquesta problemàtica (ira, resignació, ansietat, agressivitat, claudicació...) venen a repercutir en l'equilibri emocional dels professionals i en la seva percepció subjectiva de desemparament i abandonament per part de l'administració i de les institucions, éssent el context global —de manera genèrica— en moltes ocasions objecte de confrontació entre els professionals de la salut i la població que sol·licita atenció sanitària, per ser metges, infermeres i demés personal sanitari, dins l'àmbit microlocalitzat, els més propers i accessibles a la població en general.

Si bé els professionals de la salut mostren preocupació, actitud crítica, i escepticisme davant la situació actual global, són els factors de més proximitat els que generen més conflictes ètics, per ser els que més directament incideixen sobre l'activitat laboral i la vida diària tant de professionals com de pacients. Els factors derivats d'aspectes socials, polítics, institucionals... es viuen com a quelcom llunyà, d'elevada complexitat, quelcom sobre el que s'ha d'opinar i proposar, però que s'escapa del control individual i corporatiu.

Els factors més propers al col·lectiu sanitari, aquells que afecten directament les situacions d'accessibilitat dels pacients, a la bona praxi, als conflictes laborals i personals..., son els que

generen més tensió, estrès i claudicació en els professionals de la salut (increment de càrrega assistencial, disminució de recursos, conflicte amb els pacients en un intent d'establir mecanismes d'equitat de recursos, implementació de noves tecnologies en la gestió de l'historial clínic dels pacients...), éssent —pel contrari— els factors sobre els quals més fàcilment es pot intervenir, per ser més propers i per no dependre, en moltes ocasions, d'estructures de gestió ni de colors polítics.

Els professionals de la sanitat, més que mai, hem d'implicar-nos en l'evolució dels fets des de l'experiència, amb honestedat i amb veu crítica.

Es fa necessari afavorir accions que donin sentit a les institucions de servei i generin confiança, i també gestionar les organitzacions sanitàries des de la visió de servei a les persones.

## Bibliografia

1. CèAVOC. *Comitè d'Ètica Assistencial del Vallès Oriental Central*. <http://www.fundaciosta.susanna.cat/catala/serveis/ceavoc/> [consulta 1/6/2015].
2. ALTISENT, R., MARTÍN, M<sup>a</sup>N., SERRAT, D. "Ètica y Medicina de Familia". *Manual Martín Zurro, Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. Elsevier. 5a edició, 2003, vol I, cap 17, pp. 285-306.
3. HOSPITAL IBÁÑEZ, ML. "Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida". *Index de Enfermería*, vol. 13, n<sup>o</sup> 46, 2004. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000200010&script=sci_arttext) [consulta 1/6/2015].
4. PASCHE, DF et al. "Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública". *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n<sup>o</sup> 16, 2011, pp. 4541-4548.
5. DELGADO-GALLEGO, ME, VÁZQUEZ-NAVARRETE, ML, MORAES-VANDELEY, L. "Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil". *Revista Salud Pública*, vol. 4, n<sup>o</sup> 12, 2010, pp. 533-545.
6. SANTOS HERNÁNDEZ, AM. "Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas". *Cuadernos de Bioética*, n<sup>o</sup> 14, 2003, pp. 39-60.
7. ARREDONDO-GONZÁLEZ, CP., SILES-GONZÁLEZ, J. "Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales". *Index de Enfermería*, vol. 18, n<sup>o</sup> 1, 2009.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962009000100007&script=sci_arttext)  
[consulta 1/6/2015].

8. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA DE LA LENGUA. *Diccionario de la Lengua Española* Espasa-Calpe. Vigésima primera edición 1992, impresión julio 1994, p. 649.
9. BERNARDINI-ZAMBRINI, A. "Cuando el árbol tapa el bosque". *Revista Atención Primaria*, vol 44, núm 12, diciembre 2012. Doi: 10.1016/j.aprim.2012.07.005.
10. PEIRÓ, S. "Sostenibilidad y recortes: ¿salvar los muebles?" *Revista Atención Primaria*, vol 44, núm 12, diciembre 2012. Doi 10.1016/j.aprim.2012.08.001.
11. BUITRAGO, F., PÉREZ, F.L. "Medicamentos retirados de la financiación pública". *Revista Atención Primaria*, vol 45, núm 01, enero 2013. Doi 10.1016/j.aprim.2012.08.002.
12. LAPORTE, J.R., BOSCH, M. "Crisis y política de medicamentos". *Revista Atención Primaria*, vol 44, núm 06, juny 2012.
13. ALLEPUZ, A., GALLARDO, C., PERONA, M.. "Coordinación entre niveles asistenciales, ¿qué priorizan los profesionales?" *Revista Atención Primaria*, vol 44, núm 09, setembre 2012. Doi 10.1016/j.aprim.2012.05.006.
14. SITGES-TERRA, A. "Juicio a las guías de práctica clínica". Web nogracias.eu. <http://www.nogracias.eu/2014/04/20/juicio-a-las-guias-de-practica-clinica/#more-3535> [consulta 1/6/2015].
15. GRUPO EVALMED-GRADE. "Sesgos cognitivos tendentes al conflicto de (entre) intereses". Web evalmed.es. <http://evalmedicamento.weebly.com/2/post/2013/12/sesgos-cognitivos-tendientes-al-conflicto-de-entre-intereses.html> [consulta 1/6/2015].
16. BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J.F. *Principios de ética biomédica*. Editorial Masson S.A. Barcelona. 1999.
17. ENGELHARDT, H.T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona. Editorial Paidós.1995.
18. THOMPSON, J. "Los principios de Ética Biomédica". Master en Ética Biomédica por la Universidad del Bosque, Colombia. [http://www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5\\_vin\\_4/15-34.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5_vin_4/15-34.pdf) [consulta 1/6/2015].
19. VARELA RUIZ, M., DÍAZ BRAVO, L., GARCÍA DURÁN, R. "Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud". *Revista Investigación en Educación Médica*, vol 01, núm 02, junio 2012.  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90122899&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=343&ty=85&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=343v01n02a90122899pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90122899&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=343&ty=85&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=343v01n02a90122899pdf001.pdf) [consulta 1/6/2015].

20. CABRÉ, L., MARTÍN, M.C. "Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente". *Revista de Bioética y Derecho (online)*. 2009, nº 15, p. 6-14. Universidad de Barcelona.  
[http://www.ub.es/fildt/revista/pdf/RByD15\\_ArtMartin&Cabre.pdf](http://www.ub.es/fildt/revista/pdf/RByD15_ArtMartin&Cabre.pdf) [consulta 1/6/2015].
21. GENERALITAT DE CATALUNYA. "Història Clínica Compartida a Catalunya (HC3). Les Tic i la salut". *Canal Salut, Generalitat de Catalunya*.  
<http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.f55d9e579614ed576f51ec10b0c0e1a0/?vgnextoid=c0f7a46b90be3310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&> [consulta 1/6/2015].
22. COMITÈ DE BIOÈTICA DE CATALUNYA. El principi de justícia en el sistema sanitari. Juny 2013.  
<http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2014/03/el-principi-de-justt%C3%ADcia-en-el-sistema-sanitari.pdf> [consulta 1/6/2015].
23. RUBIO RICO, L. et al. "Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos". *Enfermería Intensiva*, vol. 4, nº. 17, 2006, pp. 141-153.

**Fecha de recepción: 16 de marzo de 2017**

**Fecha de aceptación: 15 de abril de 2017**