



Efectividad de las normas de ética en la práctica clínica habitual

Luis González de Paz



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0. Spain License.**



Efectividad de las normas de ética en la práctica clínica habitual.

Tesis presentada por

Luis González de Paz

Para obtener el título de doctor por la Universidad de Barcelona

Dirigida por:
Dr. Antoni Sisó i Almirall
Dra. Maria Dolores Navarro Rubio

Programa de doctorado en Medicina
Universidad de Barcelona

2014



“... las leyes morales requieren un discernimiento fortalecido por la experiencia, para discriminar por un lado en qué casos tienen aplicación, y por otro, procurarles acceso a la voluntad del hombre, así como firmeza para su ejecución”.

Immanuel Kant. Fundamentación para una metafísica de las costumbres.



Health Universitat de
Barcelona
Campus

B:KC Barcelona
Knowledge
Campus



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Tesis Doctoral.

**Efectividad de las normas de ética
en la práctica clínica habitual.**

Universidad de Barcelona.

Programa de Doctorado en Medicina.

**Luis González de Paz.
Barcelona, 2014.**

Los doctores Antonio Sisó Almirall, profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona, y la doctora. María Dolores Navarro Rubio, profesora titular del área de salud pública y epidemiología de la Universitat Internacional de Catalunya.

CERTIFICAN:

Que la presente tesis doctoral titulada “EFECTIVIDAD DE LAS NORMAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL” ha sido realizada por el LUIS GONZÁLEZ DE PAZ bajo su dirección en el Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y en el seno del “*Grup transversal d’investigació en Atenció Primària*”.

El trabajo reúne las condiciones necesarias para aspirar al grado de DOCTOR EN MEDICINA en el marco del programa de Doctorado “*Fisiopatologia de les Malalties Medicoquirúrgicas*” y está en condiciones de ser leída ante el tribunal correspondiente, lo que hace constar a los efectos oportunos.

En Barcelona a 14 de Mayo de 2014.

Dr. A. Sisó Almirall.

Dra. M.D. Navarro Rubio.

A la Atención de la comisión de Doctorado del Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona:

Los doctores Antonio Sisó Almirall, profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona, y la doctora. María Dolores Navarro Rubio, profesora titular del área de salud pública y epidemiología de la Universitat Internacional de Catalunya.

CERTIFICAN:

Que la presente tesis doctoral titulada “EFECTIVIDAD DE LAS NORMAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL” ha sido realizada por el LUIS GONZÁLEZ DE PAZ bajo su dirección en el Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

La presente tesis se ha realizado de acuerdo a la Normativa vigente de la Universidad siguiendo el modelo de Compendio de Publicaciones. A continuación se detallan las características de los artículos científicos publicados que conforman la tesis, incluyendo la categorización vigente y la participación del doctorando en los trabajos de co-autoría como primer firmante.

En Barcelona a 2 de Mayo de 2014.

Dr. A. Sisó Almirall.

Dra. M.D. Navarro Rubio.

Producción científica.

Artículos originales que constituyen la memoria de la Tesis Doctoral.

1. A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct.

González-de Paz L, Kostov B, Sisó-Almirall A, Zabalegui-Yárnoz A. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(19-20):2747-60.

Factor de impacto: 1,316 (2012).

ISI Journal Citation Reports®: Nursing, posición 25 de 106 (1^{er} cuartil).

2. A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: development, reliability and validity study.

González-de Paz L, Devant-Altimir M, Kostov B, Mitjavila-López J, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. *Family Practice*. 2013;30(6):724-33.

Factor de impacto: 1,828 (2012).

ISI Journal Citation Reports®: Primary Health Care, 5 de 18 (2^o cuartil).

3. Ethical behaviour in clinical practice: A multidimensional Rasch Analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain).

González-de Paz L, Kostov B, López-Pina JA, Zabalegui-Yárnoz A, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. *Quality of Life Research*. 2014 (*en premsa*). DOI: 10.1007/s11136-014-0720-x

Factor de impacto: 2,412 (2012). **ISI Journal Citation Reports®:** Health care sciences and services, 18 de 83 (1^{er} cuartil).

Artículos complementarios publicados en revistas indexadas.

1. Una bioética clínica para la atención primaria de salud.

González-de Paz L. *Semergen*. 2013;39(8):445-9.

Referencia PUBMED:

González-de Paz L. [Clinical bioethics for primary health care]. *Semergen*. 2013 Nov-Dec;39(8):445-9. doi: 10.1016/j.semereg.2013.02.002. PubMed ID: 23608158.

2. Conflictos de interés en investigación clínica en Atención Primaria.

González-de Paz L., Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. *Semergen*. 2014;40(2):104-8.

Referencia PUBMED:

González-de Paz L, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. [Conflicts of interests in clinical research in primary health care]. *Semergen*. 2014 Mar;40(2):104-8. doi: 10.1016/j.semereg.2013.07.004. PubMed ID: 24055589.

Ponencias.

1. “*Sensibilitat ética a infermeria*”.

González-de Paz L.

Jornada investigación en Enfermería. Auditorio del Centro Esther Koplowitz (CEK). Barcelona, 16 de noviembre de 2010.

Comunicación oral.

2. Desarrollo y validación de un cuestionario para medir la praxis ética en la consulta de atención primaria.

González-de Paz L, Devant-Altimir M, Kostov B, Mitjavila-López J, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A.

XXXIII Congreso Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Granada, 6-8 de junio de 2013. *Atención Primaria*. 2013; 167. ID 689.

Disponible en: *Atención Primaria*. 2013; 45(Suppl 2):167

Factor de impacto: 0,9 (2012).

ISI Journal Citation Reports®: Primary Health Care, 13 de 18 (3^{er} cuartil).

AGRADECIMIENTOS.

Los trabajos que se presentan en esta tesis doctoral no podría haberlos realizado sin la ayuda y colaboración de muchas personas, algunas de ellas me han acompañado desde el principio, otras han estado presentes en algún tramo del trayecto, a todas ellas van dirigidas estas palabras de gratitud.

A los **médicos, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes** que han permitido que pueda realizar este trabajo.

A todos los profesionales del Hospital Clínic de Barcelona, de los centros de atención primaria del Institut Català de la Salut, del Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample y del Centro de atención primaria Sardenya que me facilitaron poder realizar parte de los trabajos, especialmente: **Mertxe Liroz, Noemí Garcia, Rosa Segarra, Esther Blat, Jaume Sellarés, Albert Casasa, Laura Sebastián, Josep María Cots, Carmen Prieto, Sebastián Vignoli y Miquel Barbany**, entre muchos otros, que no por no mencionarlos dejan de ser importantes.

A todos los **miembros actuales y pasados del Comité de Bioética de Catalunya** que con su opinión orientaron de manera decisiva la construcción de los cuestionarios.

A **Pilar Solans** y **Jaume Benavent** por su inestimable ayuda para poder llegar a todos los coordinadores de los centros del Institut Català de la Salut de Barcelona.

A los profesores **Jhon M. Linacre, Everett V. Smith, David Andrich y Rita Bode**, sin el conocimiento y consejos que me transmitieron no podría haber realizado el análisis de la información que se presenta en esta tesis.

A todos los profesores del **Máster en Bioética del Institut Borja de Bioética**, bajo la dirección de **Nuria Terribas y Francesc Abel**, recibí una formación que va más allá de los conceptos y se adentra en el humanismo que ha inspirado esta tesis.

Las conversaciones de aquellos que con sus palabras me han hecho reflexionar y aprender **Begoña Román, Adela Zabalegui, Cristian Palazzi y Antoni Nello.**

A todos los compañeros de la facultad de medicina y ciencias de la Salud de la **Universitat Internacional de Catalunya**, su ánimo ha sido decisivo en los tramos finales del camino.

Esta tesis no sería la misma sin la ayuda que me han dado **David Buss** y mi hermano **Juan.**

A todas las colegas del CAP Les Corts que en algún momento me han animado a continuar este trabajo. Soy consciente que la dedicación laboral diaria es muy diferente a la tarea de investigación, por ello agradezco la comprensión especialmente a **Meritxell Devant, Montse Serrato, Belén de Pedro, Encarna García, Susana González, Mireia López y Maite Muntalà.**

Han sido imprescindibles el acompañamiento y ayuda de **Belchin Kostov.** Las largas conversaciones acerca de la metodología y el análisis de datos son un regalo. Esta tesis también es suya, y suya es mi amistad.

A mis dos tutores **Antoni Sisó y María Dolors Navarro.** No he podido tener nadie mejor que ellos para ayudarme y escucharme cuando lo he necesitado. Todo adjetivo que describa su ayuda es menor que la realidad.

A mis padres: en reconocimiento a su labor y amor durante los años en los que me educaron. A ellos les debo el descubrimiento del valor del estudio, de la perseverancia, de la valentía y de la honestidad. Sus valores ahora son también los míos.

A mi mujer **Susana**, ella ha estado presente en todo el trayecto, sería injusto no reconocer todas las horas que el trabajo nos ha sustraído. Ella y nuestro pequeño **Pol** han sido fuente de mi fuerza para continuar este trabajo.

ÍNDICE.

RESUMEN.	7
ESTRUCTURA DE LA TESIS.	11
INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL.	15
ÉTICA, MORAL Y BIOÉTICA.	17
LAS NORMAS ÉTICAS EN LOS TRATADOS HIPOCRÁTICOS.....	17
LA PRÁCTICA DE LA ÉTICA.	21
HERMENEÚTICA DIALÓGICA APLICADA A LA PRÁCTICA MORAL.	22
EMPIRISMO MORAL.	23
ENTRE LAS NORMAS ÉTICAS Y LA EFECTIVIDAD DE SU APLICACIÓN.	25
METODOLOGÍA.....	27
DISEÑO.....	29
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.....	29
VARIABLES.....	29
PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS (PRIMER Y SEGUNDO ARTÍCULO).	30
CRONOGRAMA DE INVESTIGACIÓN.	31
ASPECTOS ÉTICOS.....	31
REVISIÓN DE LITERATURA.....	33
OBJETIVOS.....	35
MÉTODOS.	35
RESULTADOS.....	37
INSTRUMENTOS CON EVIDENCIA DE VALIDEZ.	39
CONCLUSIONES.....	40
PRIMER ARTÍCULO.	41
SEGUNDO ARTÍCULO.....	59
TERCER ARTÍCULO.....	73
PRIMER ARTÍCULO COMPLEMENTARIO	89
SEGUNDO ARTÍCULO COMPLEMENTARIO.....	99
DISCUSIÓN.....	109
CONCLUSIONES.....	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	119
ANEXOS	125
ANEXO 1. REFERENCIAS ANALIZADAS EN LA REVISIÓN DE LITERATURA.	127
ANEXO 2. CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO DE ENFERMERAS DE BARCELONA.	135
ANEXO 3. HOJA RECOGIDA DE DATOS DEL PRIMER ARTÍCULO.	143

ANEXO 4 CENTROS DE RECOGIDA DE DATOS Y PARTICIPANTES EN EL PRIMER ARTÍCULO.	149
ANEXO 5. APROBACIÓN ESTUDIO POR LOS COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE REFERENCIA.	151
ANEXO 6. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS Y HOJAS INFORMACIÓN AL PACIENTE.	155
ANEXO 7. DERECHOS DE LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA SALUD Y LA ATENCIÓN SANITARIA.....	159
ANEXO 8. MATERIAL UTILIZADO PARA REALIZAR LOS GRUPOS FOCALES DE SEGUNDO ARTÍCULO.	163
ANEXO 9. HOJA RECOGIDA DE DATOS DEL SEGUNDO ARTÍCULO: PROFESIONALES.....	167
ANEXO 10. HOJA RECOGIDA DE DATOS DEL SEGUNDO ARTÍCULO: PACIENTES.....	175
ANEXO 11. CENTROS DE RECOGIDA DE DATOS Y PARTICIPANTES EN EL SEGUNDO Y TERCER ARTÍCULO	181

RESUMEN.

Resumen.

Introducción: Las normas éticas de las profesiones sanitarias se hallan habitualmente recogidas en los códigos de ética. En la literatura científica es frecuente el estudio de la importancia de estas normas. Sin embargo no es así el estudio de la percepción de aplicación –efectividad- de las mismas en la práctica clínica habitual.

Objetivo: Crear y estudiar la validez de tres nuevos instrumentos para medir la efectividad de las normas éticas entre los sanitarios y los pacientes.

Metodología: La construcción de los dos instrumentos de medición ha tenido como referencia el código de ética de las enfermeras de Barcelona y los derechos de la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. La validez interna de los ítems se ha estudiado mediante procedimientos habituales de la Teoría Clásica de Test y de los modelos de Rasch. El estudio de las puntuaciones se relacionó con otras variables, como el conocimiento de las normas éticas, la edad o la confianza en los profesionales.

Resultados: Se han validado tres nuevas escalas para estudiar la percepción de la efectividad de las normas éticas en la práctica clínica habitual. Los resultados en el colectivo de enfermeras indican que la sensibilidad ética está influida por el conocimiento de las normas del código, los años de práctica profesional y el ámbito de asistencia (hospital o atención primaria). El instrumento basado en los derechos de la carta de derechos de los ciudadanos corrobora estos resultados. Asimismo, se ha probado que existen diferencias en la percepción de cumplimiento entre colectivos de profesionales y centros de atención primaria. Las conductas relacionadas con la autonomía del paciente y su capacidad de decisión tuvieron menos calificación que otras conductas. En los pacientes, el estudio de validación ha demostrado que la confianza es una variable relevante en la percepción de práctica ética que realizan los profesionales.

Conclusiones: La efectividad de las normas éticas de práctica clínica está influenciada por factores como el conocimiento de las normas, la confianza en el profesional, el área asistencial o el centro de trabajo. Los trabajos presentados evidencian que es posible el estudio científico de la conducta moral de los profesionales con el objetivo de establecer un diálogo ético posterior.

Utilidad de resultados: Los instrumentos que han sido construidos presentan validez interna suficiente para utilizarse en posteriores estudios con el objetivo de examinar la percepción de práctica ética entre profesionales y la opinión que tienen los pacientes. La información de los estudios publicados ha contribuido a comprender el grado de compromiso que los médicos y enfermeras tienen con las normas teóricas que guían su práctica.

ESTRUCTURA DE LA TESIS.

ESTRUCTURA DE LA TESIS.

La tesis doctoral que se presenta recoge tres trabajos originales y dos disertaciones publicadas entre los años 2012 y 2014. La validez del contenido y metodología de los trabajos ha sido verificada por la doble revisión de expertos de los diferentes medios editoriales.

Previa a la realización de los trabajos se realizó una revisión de literatura cuyas conclusiones se explican en primer lugar. A continuación se presentan los artículos que componen la tesis doctoral en el formato de compendio de publicaciones, según las normas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Cada uno de los artículos se acompaña una breve reseña para facilitar su lectura. El trabajo titulado "*A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct*"; recoge los resultados de una muestra de enfermeras del ámbito asistencial del hospital y de atención primaria de salud en la que se estudió la percepción de adherencia a las conductas éticas. La originalidad del artículo reside en el análisis: se ha realizado aplicando un modelo de Rasch. Este modelo matemático, creado por el Dr. George Rasch en los años 60 permite transformar las categorías Likert en otras de escala de intervalo. El modelo ha permitido ubicar los ítems del cuestionario de menor a mayor cumplimiento en la práctica diaria, y ha permitido comparar el grado de dificultad de aplicación de cada conducta ética individualmente.

En segundo lugar, se presenta el artículo titulado "*A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: development, reliability and validity study*". Se trata de un estudio metodológico para crear dos nuevos cuestionarios –uno para profesionales y otro para pacientes. Se ha estudiado su validez psicométrica, y se ha comprobado que las medidas de las puntuaciones corresponden con la opinión de práctica ética que tienen los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) y pacientes de la atención primaria. La originalidad del estudio reside en que los ítems del instrumento identifican actitudes éticas que son específicas del ámbito de la atención primaria.

El tercer artículo original, titulado: “*Ethical behavior in clinical practice: A multidimensional Rasch Analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain)*”, es un trabajo en el que una muestra más extensa de profesionales completó el cuestionario validado en el estudio previo. El objetivo era analizar la información mediante un modelo similar al reportado en el primer estudio: un modelo multidimensional de Rasch. Este modelo –similar al que se aplica en el ámbito de la educación para comparar la habilidad de los estudiantes en diferentes materias y países– permitió estudiar los valores de percepción de práctica ética en cada conducta y también por dimensiones del cuestionario. Hasta la fecha no se ha realizado un estudio similar de estas características en nuestro medio.

Finalmente se adjuntan dos publicaciones complementarias realizadas durante el periodo de investigación. Se trata de dos artículos en formato de disertación publicados en una revista indexada que versan sobre los resultados obtenidos en los estudios previos. El artículo “*Una bioética para la atención primaria de salud*”, justifica la necesidad de analizar las normas éticas generales teniendo en cuenta las particularidades del ámbito asistencial de atención primaria. El artículo “*Conflictos de intereses en investigación clínica en el área de atención primaria de salud*”, afronta las controversias que acontecen en éste ámbito en relación a la investigación, asimismo propone algunas estrategias prácticas para evitar que la finalidad primera del sanitario no sea sustituida por el interés secundario que puede surgir al realizar la investigación clínica.

INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL.

INTRODUCCIÓN Y MARCO CONCEPTUAL.

Ética, moral y bioética.

La ética, en tanto filosofía moral, examina los valores y principios morales que guían el comportamiento de las personas¹. El objetivo de la ética es legitimar y validar el contenido de los hábitos y costumbres en los diferentes ámbitos de la vida. La ética elabora juicios y normas, y ubica a la persona ante lo que es correcto e incorrecto². El estudio de lo moral tiene diferentes ramas: la meta-ética, que se ocupa de naturaleza, estructura, componentes y principios de la moral, la ética normativa o deontológica, que estudia y da respuesta a la pregunta *¿Qué se debe hacer?*, y la ética aplicada, que busca dar respuestas a situaciones concretas de la moral, por ejemplo las que acontecen en las relaciones profesionales¹. En la actualidad, la ética aplicada se está extendiendo a todos los ámbitos, y se concede mayor importancia a la interpretación de las normas morales².

En el ámbito de las ciencias de la vida, en concreto en medicina, desde la década de 1960 se acuñó el término bioética para denominar la ética que estudia las situaciones morales entre profesionales, pacientes e instituciones sanitarias^{3,4}. La bioética contribuye con el análisis de los elementos morales de la práctica clínica y permite deliberar acerca de la idoneidad de las decisiones que médicos, enfermeras u otros profesionales sanitarios hubieran encontrado en la práctica clínica⁵.

Las normas éticas en los tratados hipocráticos.

Las normas de comportamiento ético en medicina fueron esbozadas por Hipócrates de Cos entre el Siglo V y el IV a.C⁶. La obra de éste médico quedó consignada en el llamado *Corpus Hipocrático*. El primer volumen describe los valores que deben guiar la práctica médica y contiene el antecedente más antiguo de la deontología médica: El Juramento Hipocrático (tabla 1). Hipócrates concibió la medicina como una profesión vocacional, que requería aprendizaje, dedicación y disciplina personal. Los valores del médico debían

ser la honestidad, la calma ante las situaciones de alerta, la empatía con el enfermo y la seriedad.

En la edad antigua, la ética de la medicina adoptó su forma definitiva de la mano de Galeno, un médico que ejerció la medicina en la Roma imperial en el siglo II d.C. Posteriormente, la deontología médica se mantuvo casi intacta durante 1500 años, hasta el Renacimiento, cuando el resurgir del pensamiento clásico grecorromano generalizó el uso del juramento en las escuelas médicas de la época. No fue hasta el siglo XVIII d.C, cuando el médico británico Sir Thomas Percival revisó la antigua deontología hipocrática prestando atención a las diferencias prácticas entre cirujanos, médicos y farmacéuticos⁷, e introdujo cambios que fueron el germen del primer código de ética de la Sociedad Americana de Medicina⁷.

El Siglo XIX vio nacer a la mayoría de las profesiones de la salud, éstas asumieron como propios los valores del texto de Percival. Prueba de ello fue el primer el primer código de ética de las enfermeras—el *Nightingale Pledge* (tabla 2). Este juramento redactado en 1893 se empezó a utilizar en las ceremonias de graduación de las enfermeras de la escuela Farrand de Detroit, EEUU, y rápidamente se popularizó hasta constituir la base del primer código de conducta de la Sociedad Americana de Enfermeras⁸.

<p><i>Juro por Apolo, médico, por Esculapio, Higia y Panacea, así como por los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo mi criterio al juramento y compromiso siguientes.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta;</i> <i>2. Considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato o compromiso;</i> <i>3. Hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica, pero de nadie más.</i> <i>4. Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré.</i> <i>5. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré vida y arte.</i> <i>6. No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan.</i> <i>7. Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.</i> <i>8. Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.</i> <i>9. Si soy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres.</i> <i>10. Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario.</i> 	<p>I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care.</p> <p><i>Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea llevar una vida digna y ejercer mi profesión honradamente. Me abstendré de todo cuanto sea nocivo o dañino, y no tomaré ni suministraré cualquier substancia o producto que sea perjudicial para la salud. Haré todo lo que este a mi alcance para elevar el nivel de la enfermería y consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares en mis pacientes. Seré una fiel asistente de los médicos y dedicaré mi vida al bienestar de las personas confiadas a mi cuidado.</i></p>
---	--

Tabla 1 y 2. Juramento hipocrático original⁷ y El juramento de Nightingale⁸ en la versión original de 1893 y su traducción al castellano.

El contenido e interpretación de la ética médica clásica y de las nuevas profesiones de la salud continuaron ancladas en valores personales hasta la sentencia de los juicios de Núremberg y de la convención de Ginebra de 1948, después del holocausto Nazi y de la Segunda Guerra Mundial. La interpretación de estos acontecimientos introdujo matices importantes en relación al valor de la autonomía de los pacientes^{9,10}. Sin embargo, no fue hasta la década de 1960, a consecuencia de la revisión de algunos hechos que afectaron la salud y vida de muchos pacientes sometidos a experimentación, y también fruto de la introducción de la tecnología en la medicina, que se diseñaron una serie de mecanismos que buscaban asegurar el cumplimiento de las normas éticas. En esa misma época las sociedades médicas, las instituciones sanitarias y las instituciones públicas aprobaron nuevos códigos de conducta que enfatizaban cuestiones prácticas de la deontología tradicional, El código de Helsinki o el informe Belmont son ejemplo de ello^{11,12}. La formulación de estas nuevas normas éticas superó el tradicional romanticismo del juramento hipocrático y llevó al doctor Louis Lasagna¹³ a actualizar el antiguo juramento hipocrático de Percival a una versión que sigue siendo, hoy en día, la más utilizada.

El mayor cambio conceptual introducido en las normas éticas de la medicina actual ha sido el principio de autonomía. El contenido del mismo fue esbozado con claridad en la sentencia de los juicios de Núremberg y perfilado en el informe Belmont, aprobado en Estados Unidos en 1979¹². Ambos documentos corresponden a la ética de la investigación, sin embargo su significado e implicaciones prácticas se trasladaron rápidamente a la ética de la práctica clínica con pacientes. El respeto del principio de Autonomía trata de asegurar que el paciente pueda decidir en las cuestiones relevantes del tratamiento médico que sigue teniendo la información necesaria⁶. En la práctica clínica este principio desautoriza el tradicional comportamiento autoritario y/o paternalista de los médicos con los pacientes. Prueba de la trascendencia social del Principio de Autonomía en la medicina moderna es el ingente número de sentencias judiciales que en los países industrializados condenaba a médicos y enfermeras que no habían informado con claridad a los pacientes acerca de

los tratamientos que iban a recibir, o no les habían dejado decidir acerca de cuestiones que atañían a su vida¹⁴. En los códigos de ética de los pacientes el Principio de Autonomía quedó reflejado por primera vez en la Carta de los derechos de los pacientes (*The Patient's Bill of Rights*), aprobada en Estados Unidos por la Unión de Hospitales¹⁵. Este tipo de documento se ha generalizado posteriormente; la importancia que tiene este tipo de normas para los profesionales reside en que los derechos de los pacientes son normas éticas que profesionales sanitarios e instituciones tienen que respetar.

En la actualidad los valores del antiguo juramento hipocrático han inspirado la mayoría de los códigos de ética y de las buenas prácticas profesionales en el área de la salud. Asimismo la lucha por los derechos civiles también ha sido una fuente de normas éticas para los profesionales, que se ha concretado en las cartas de derechos de los pacientes. El contenido ético de códigos y cartas de derechos orientan las prácticas profesionales y determinan la actitud personal ante cuestiones que requieren responsabilidad y conciencia moral en la práctica sanitaria.

La práctica de la ética.

La validez de las normas que contienen los códigos de ética de las diferentes profesiones sanitarias reside en que las normas de conducta que contienen buscan la responsabilidad de los profesionales ante las consecuencias que se pueden derivar para los pacientes de los actos que realizan^{14,16}. Tradicionalmente los códigos de ética se adscriben a una sola profesión, sin embargo, fruto de la necesaria colaboración entre cada una, cada vez son más frecuentes los códigos de ética institucionales, que contienen normas éticas y compromisos para todas las disciplinas⁷. Las normas de ética, no son tan inflexibles como otros tipos de normas, su aplicación requiere deliberación y tiempo. Esta circunstancia no está exenta de controversia.

En 1960 el médico Joseph Fletcher, uno de los primeros bioeticistas, resumía que las tensiones éticas en medicina se debían principalmente a los posicionamientos de aquellos que tomaban como punto de partida y de final las

normas deontológicas, frente a los que creían que toda solución a un problema de índole moral era resoluble mediante un pacto *ad-hoc*, esto es prescindiendo de las normas éticas^{17,18}. Éste cuestionamiento planteaba la necesidad que la ética metafísica tuviera continuidad en la práctica cotidiana de los médicos. Fletcher propuso dar solución a este problema de aplicación mediante la llamada *ética de la situación*⁷. Su propuesta partía de la observación que cuando el médico visita a los pacientes, éste clasifica enfermedades según afectaciones de los sistemas y de los órganos, sin embargo al aplicar los criterios sobre el paciente reconoce que las manifestaciones clínicas que observa en ese paciente no tienen por qué presentarse con exactitud. La clínica es una ciencia en la que cada enfermo se trata individualmente, y el tratamiento correspondiente se ajusta a las características de lo que es la norma general⁷. Análogamente, en la ética normativa en medicina, las normas a los problemas de índole moral de cada paciente necesitan de soluciones *ad-hoc* para caso. La ética de la situación de Fletcher planteaba un diálogo constante entre el contenido de la norma ética y la realidad práctica de cada caso de la misma manera que sucede entre la ciencia clínica y el caso de cada paciente.

Hermenéutica dialógica aplicada a la práctica moral.

El diálogo entre la práctica moral y la ética normativa es una propuesta que se halla en la hermenéutica. Gadamer en "*Wahrheit und methode*" propone que la ética de la interpretación debe explorar situaciones morales complejas en las que no se puede aplicar de manera categórica una determinada norma ética¹⁹. En la práctica el diálogo conlleva la interacción entre los profesionales – médicos y enfermeras- que tienen el dilema moral y los pacientes²⁰, los dos actores están llamados a aportar su perspectiva, asumiendo que tienen conocimiento de lo que se delibera. El intercambio de perspectivas comporta un aprendizaje continuo. Ambas ideas: *aprendizaje moral* y *diálogo* son necesarias para comprender y resolver el problema mutuo. La cuestión central que ocupa a la ética, según la hermenéutica, ya no es que es lo *que se debe hacer* -que correspondería exclusivamente a la metafísica y a la deontología-, sino *que se debe hacer en cada caso concreto y en ese contexto asistencia*²¹.

La consecuencia derivada de la aplicación de la hermenéutica es que la aplicación de las normas éticas requiere del conocimiento del contexto clínico y de la información de los profesionales y los pacientes. Este proceso dialógico establece una relación continua y prolífica entre la teoría y la práctica, donde los datos y la información son aportados por los estudios de observación científicos.

Empirismo moral.

En las dos últimas décadas, la literatura científica que versa sobre problemas de práctica ética en el ámbito de la medicina ha aumentado progresivamente. En el gráfico de la gráfico 1 se puede observar cómo el número de artículos científicos que contienen el término “*Medical Ethics*” en el resumen se ha incrementado casi exponencialmente. El interés que despierta la ética en el terreno de las ciencias de la salud se debe a la integración de disciplinas como la sociología, la antropología, la enfermería, la medicina o la psicología²¹.

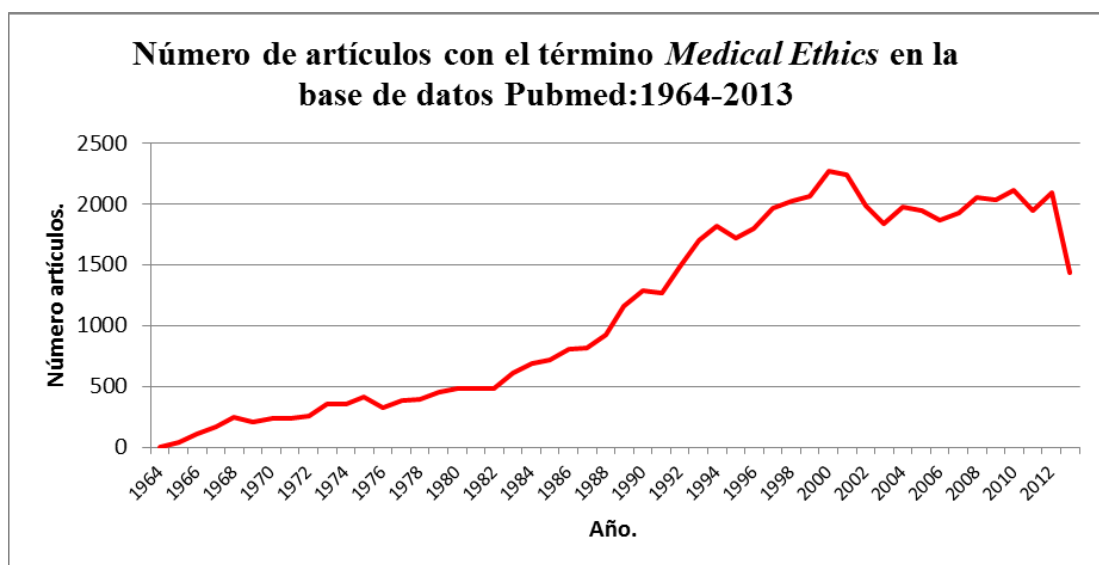


Gráfico 1.

A partir de los años 80 algunos autores comenzaron a denominar a los estudios que tenían el objetivo de establecer un puente entre la observación científica y los problemas que planteaba la práctica de la ética médica con el nombre de “*Empirical Ethics*”^{22,23}. Estos artículos se caracterizan por establecer en la

discusión un diálogo entre lo que se observa y las consecuencias en el plano de la ética²⁴. El estudio empírico busca *describir como es* una determinada situación, mientras que la ética normativa busca legitimar *como debe ser*². Sin embargo, es indisoluble la distancia que separa estas dos áreas: la de los hechos y la de los valores, que puede llevar a considerar a los estudios que emplea la observación científica de simples anécdotas.

El problema de la separación entre lo teórico y lo práctico, en la ética de la medicina, encuentra una posible respuesta en la hermenéutica²⁰. Molewijk propone un esquema mediante el que la razón práctica (*Critical Applied Ethics*) aporta la información sin que la ética normativa pierda la entidad que le corresponde²³. Para la razón práctica lo que acontece en la práctica sanitaria, en cada ámbito asistencial, es un desafío que requiere de los fundamentos de la ética. El primer paso para poder iniciar el diálogo es el acopio de información de la situación. Para ello, las ciencias sociales y la epidemiología tienen las herramientas metodológicas que permiten el estudio de las tendencias de manera precisa. Una vez acotada la dimensión del problema, se ubica en el contexto, y finalmente se establecen relaciones con las normas éticas. El diálogo filosófico sólo se puede emprender después de tener conocimiento de lo que acontece. En ese punto, la tarea de los científicos y la de los filósofos converge en clarificar cuál es la respuesta ética más adecuada.

Recientemente se ha propuesto un ciclo de cuatro pasos para el análisis de la conducta ética utilizando la información de los estudios empíricos y la posterior discusión en términos filosóficos²⁵. Estos pasos son:

1. Definir cuál es el problema.
2. Describir el problema: clarificar el *constructo* de conceptos y términos que agrupa y justificar la existencia de circunstancias que introducen matices.
3. Determinar las consecuencias de los efectos y de las alternativas. La información de los estudios permite introducir elementos críticos no examinados con anterioridad, y no por ser marginales dejan de ser menos

relevantes. La filosofía puede ayudar a especificar las consecuencias de los actos en el plano de lo moral, lo físico o lo social.

4. Establecer un diálogo franco entre las éticas de máximos y las éticas de mínimos. Se trata de ponderar si la norma se ajusta a la realidad, si requiere reformularse o expandir su contenido para una mejor comprensión de los agentes a los que va dirigida.

La investigación según el esquema anterior tiene un papel esencial. Se trata de un sistema por el que la información permite perfeccionar el discurso de la ética filosófica. Aun cuando la ética normativa es un elemento necesario para examinar la naturaleza de las consecuencias, la labor de los estudios empíricos y científicos, es imprescindible para clarificar los efectos de lo que hay en el plano moral real.

Entre las normas éticas y la efectividad de su aplicación.

El impacto que las normas éticas tienen en la práctica profesional de médicos y enfermeras, la efectividad, implica establecer un diálogo entre la realidad moral y la filosófica para corroborar que los profesionales dan cumplimiento a lo que dispone la ética normativa.

Una reciente revisión de la literatura desveló que para las enfermeras el significado y las funciones de los códigos de ética resultaba irrelevante en la práctica diaria²⁶. Los valores personales y familiares, así como las experiencias profesionales previas tenían un peso mayor en la práctica moral que cualquiera de las normas éticas de los códigos²⁷. Sin embargo, esta misma revisión concluyó que para el estudio de la efectividad de las normas éticas en la práctica diaria era necesario explorar otros puntos de vista, por ejemplo incorporar profesionales de otros ámbitos y crear instrumentos de medida con validez psicométrica suficiente.

En esta tesis doctoral se han creado tres nuevos cuestionarios para ser autoadministrados para medir el grado de cumplimiento de las normas de ética en la práctica clínica diaria entre los profesionales de la salud. Un cuestionario

se centra en el ámbito de la enfermería y explora el cumplimiento que las enfermeras tienen de los ítems que hay en su código de ética. Los otros dos cuestionarios tienen como objetivo clarificar cómo es el cumplimiento de las normas según lo que reportan los pacientes y el colectivo de profesionales sanitarios del ámbito de atención primaria: médicos de la especialidad de familia y comunitaria, enfermeras y trabajadores sociales. La validez de los instrumentos, y de las mediciones, la verificamos con diferentes métodos. Los resultados de los estudios permitieron aplicar el esquema de diálogo ético en el que los resultados aportan a la ética de motivos para la deliberación moral.

METODOLOGÍA.

METODOLOGÍA.

Diseño.

En la presente memoria se presentan cuatro estudios: el primero es una revisión bibliográfica, el segundo y el tercero explican la construcción de tres instrumentos –cuestionarios- para evaluar la sensibilidad ética de profesionales y la percepción que tienen los pacientes. En la tesis, los resultados del segundo y tercer estudio se presentan mediante las publicaciones en revistas científicas.

Descripción de la población estudiada.

En los estudios de construcción y validación psicométrica de los cuestionarios participaron pacientes y profesionales procedentes del ámbito asistencial del hospital y de centros de atención primaria. En el primer artículo los participantes fueron enfermeras en activo que trabajaban en hospitales y centros de atención primaria de salud del área de Barcelona, los centros en los que se desarrolló el estudio, así como el número de participantes están en el anexo 4. En el segundo y el tercer artículo los participantes fueron médicos de familia, enfermeras, trabajadoras sociales y pacientes del ámbito de atención primaria de la ciudad de Barcelona y su área metropolitana, el número de participantes y de los equipo de atención primaria están en el anexo 11.

Variables.

Principal.

Percepción de práctica ética. Dicha variable se estimó mediante los cuestionarios validados.

Secundarias.

Conocimiento de los participantes del código y/o carta de ética y Percepción que el participante tiene la aplicación de cada norma ética. Otras variables de referencia a la hora de estudiar subgrupos serán: el género, la edad, la profesión, los años de ejercicio profesional, y la profesión clínica.

Proceso de construcción de los cuestionarios (primer y segundo artículo).

La elaboración de los instrumentos de recogida de datos de los dos instrumentos ha seguido un proceso de validación interna. A continuación se describen genéricamente las fases de validación.

Análisis de la carta y/o código. Parte cualitativa.

El objetivo de esta fase fue transponer los elementos del código de enfermeras (primer artículo) y/o de la carta de derechos (segundo artículo) en actitudes concretas con la forma de ítems. Este proceso es necesario para reducir la distancia que hay entre la norma ética y la concreción que requiere el método de recogida de datos mediante cuestionarios. Una actitud es un acto moral, una acción particular. En el caso del código de enfermería se realizó una interpretación de los artículos del código mediante un lenguaje estandarizado validado. En el caso del estudio de la Carta de Derechos, se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante grupos focales.

Análisis validez del contenido experto.

En los dos estudios de validación un grupo de profesionales y expertos en bioética Clínica revisó conjuntamente los enunciados de los ítems iniciales propuestos en la fase anterior.

Validez aparente y formulación de los ítems.

El cuestionario inicial con los ítems que pasaron la validación por expertos y los ítems con las variables secundarias y sociodemográficos, fue administrado a una sub-muestra de pacientes y profesionales. Con cada uno de los participantes se realizó una entrevista que permitió refinar los ítems del cuestionario para adaptar su contenido.

Validez interna.

La validez interna de los dos cuestionarios fue comprobada con dos métodos. En el primer artículo y tercer artículo se utilizaron métodos procedentes de la Teoría de Respuesta al ítem (modelo matemático de Rasch).

En el segundo artículo la validación interna de los cuestionarios se realizó mediante métodos clásicos (Teoría Clásica de Test). Dichos métodos consistieron en la aplicación de test de consistencia interna y la exploración del constructo mediante análisis factorial.

Cronograma de investigación.

La recogida de datos del primer estudio se llevó a cabo entre los meses de octubre a noviembre de 2009, el análisis se realizó un año después (tras realizar un programa académico en análisis de Rasch). La recogida de datos del segundo y tercer estudio se llevó a cabo entre Octubre de 2011 y Abril de 2012.

Aspectos éticos.

Los comités de ética de los centros de salud autorizaron los procedimientos de los estudios (anexo 5). En todo momento respetamos los preceptos de la Declaración de Helsinki. Cuando la recogida de datos se realizó mediante cuestionarios se consideró que la aceptación para completar el cuestionario anónimamente implicaba el consentimiento de participación voluntaria. En los casos donde la obtención de la información implicaba conocimiento por parte del investigador de la identidad de los participantes, éstos fueron informados personalmente de los objetivos del estudio, recibieron un documento con la descripción de los procedimientos y firmaron el documento de consentimiento informado, en el análisis los datos fueron codificados y tratados confidencialmente (anexo 5). Todos los procedimientos utilizados están descritos en los estudios.

REVISIÓN DE LITERATURA.

REVISIÓN DE LITERATURA.

Objetivos.

Revisar el marco conceptual y metodológico que se ha utilizado para estudiar la efectividad de las normas de los códigos de ética en el contexto de las profesiones sanitarias y comprobar si existen instrumentos de medición con evidencia de validez psicométrica para valorar la adherencia al comportamiento ético.

Métodos.

Se diseñó una estrategia de búsqueda bibliográfica en los repositorios bibliográficos: Pubmed, Medline y Scopus. Para maximizar la recolección de los trabajos publicados se elaboró el siguiente algoritmo de búsqueda:

"Codes of Ethics" combinado con AND "Professional Practice" OR "Education" OR "Health Occupations" OR "Allied Health Occupations".

Los criterios de selección de las publicaciones fueron artículos científicos que reportaran estudios con profesionales sanitarios o pacientes como participantes, publicados entre 1980 y 2011. Se excluyeron trabajos teóricos, cartas al editor o editoriales, guías de práctica clínica, opiniones y estudios historiográficos.

La fiabilidad de la estrategia de búsqueda se comprobó llevando a cabo la recolección de los artículos por dos investigadores: el autor de la tesis y un experto documentalista; posteriormente se compararon los resultados obtenidos para comprobar que el número de artículos científicos era el mismo.

El análisis de la información incluyó dos apartados: un análisis del léxico de los resúmenes y la lectura de los artículos que se relacionaban la aplicación de las normas de ética en la práctica diaria.

El análisis cuantitativo del léxico es un conjunto de métodos estadísticos englobados en el análisis textual. Estas técnicas facilitan la categorización y la identificación de tendencias y/o grupos de temas en grandes bloques de texto. En este estudio se aplicaron dos métodos de análisis: La nube de palabras (*Wordcloud*) y el análisis de correspondencia.

La nube de palabras es una representación gráfica de las 100 palabras más frecuentes presentes en los resúmenes de los artículos que se incluyeron. El gráfico que se genera da una mayor importancia al léxico que aparece con más frecuencia en los resúmenes: cuanto mayor es la palabra en la nube, más común es en el conjunto de resúmenes. En la revisión la nube de palabras permitió una aproximación a los temas que caracterizan el estudio de las normas de práctica clínica en relación a los códigos de ética.

El análisis de correspondencia es una herramienta habitual en la organización de bases de datos documentales. Consiste en la codificación de las palabras que forman parte de los resúmenes en una matriz de filas y columnas. Las palabras se ubican en esta matriz de manera que la distancia entre las mismas tiene en cuenta su frecuencia y la distancia respecto a otras palabras que le son afines en los textos analizados. Éste análisis permitió identificar agrupaciones de palabras que identifican posibles temas que son del ámbito de estudio de las normas de práctica clínica en relación a los códigos de ética.

En ambos análisis se eludieron las palabras de los resúmenes con una frecuencia inferior 20 y también aquellas que no aportaban valor (artículos, pronombres o preposiciones). El análisis se realizó mediante el programa R para Windows²⁸.

Una vez realizado el análisis cuantitativo preliminar se realizó una lectura de todos los artículos con el objetivo de clasificar su contenido y seleccionar los instrumentos (cuestionarios) que reportaran validez psicométrica de los cuestionarios que habían utilizado.

Análisis de correspondencia.

La tabla 3 muestra el resultado del análisis de correspondencia. Las palabras se encuentran distribuidas en 20 dimensiones. Cada dimensión contiene un conjunto de conceptos y/o palabras agrupadas según su proximidad y frecuencia en los resúmenes. El análisis subjetivo de las palabras de cada una de las dimensiones sugiere que hay una agrupación de las profesiones: en 11 de las 20 dimensiones de la tabla hay un concepto que identifica una profesión y no dos: enfermería, medicina, odontología terapia ocupacional o cuestiones éticas referidas a los estudiantes. Se puede observar también que algunos temas en que las palabras se agrupan son la eutanasia (dimensiones 3.1 y 4.2), la medición de los indicadores de práctica según los pacientes (dimensión 7.2) y cuestiones referidas a la educación y las normas de ética.

		Dimensiones				
		1	2	3	4	5
Dimensiones	1	Content Medical Oath Schools Students	Academic Behaviors Learning Occupational Students Therapists	Attitudes Euthanasia Health	Oath Occupational Therapists Therapy	Behaviors Dental Ethical Guidelines Physicians Reported
	2	Nurses	Care Guidelines Nurses Oath Patients Physicians	Codes Educators Teaching	Euthanasia	Codes Educators Euthanasia
Dimensiones	1	Academic Behaviors Nurses Nursing	Behaviors Euthanasia Guidelines Nurse Research Standards	Graduate Guidelines Items Standards Values	Behaviors Guidelines Health Items Mental	Code Doctors Items Learning Medical Nurses
	2	Doctors Educators Ethics Euthanasia Teaching	Patient Scale Values	Academic Behaviors Doctors Patients	Code Dental Ethical Learning Moral	Nurse Oath

Tabla 3 Agrupación de palabras por dimensiones del análisis de correspondencia.

Clasificación de los artículos por temática y métodos.

La lectura de los artículos incluidos verificó el análisis textual previo. En la tabla 4 se describen, de manera esquemática, las principales temáticas de los artículos. Ninguno de los artículos analizados se refería a los códigos de ética locales: Barcelona, Cataluña o España. La mayoría de los estudios habían utilizado cuestionarios para recoger la información (n=127, 91,3%). Sólo se dos estudios reportaban los indicadores psicométricos de validez de los cuestionarios que habían empleado: consistencia interna, validez de contenido, validez de constructo y de estructura interna. En psicometría, la validez es un concepto que hace referencia a la capacidad del cuestionario para cuantificar adecuadamente el concepto que pretende identificar. En la medida que los investigadores evidencian que la interpretación de las puntuaciones es coherente con lo que se espera, los resultados podrán generalizarse y serán válidos.

Participantes.	Área de estudio.	N= 139
Profesionales	Aplicación normas éticas y percepción de la conducta.	76 (54,68%)
	Estructura de las competencias.	5 (3,60%)
	Intimación con los pacientes.	4 (2,88%)
Estudiantes	Instrucción y aprendizaje.	44 (31,65%)
	Plagio y comportamiento inmoral.	7 (5,04%)
Estudiantes/profesionales	Normas éticas en investigación.	3 (2,16%)

Tabla 4. Clasificación de los artículos por área temática.

Instrumentos con evidencia de validez.

Cuestionario de *Nurses Professional Values Scale* (NPVS-R).

Se trata de un cuestionario basado en el código de ética de las enfermeras de Norteamérica. Los 26 ítems de los que consta resumen los artículos del código. La validez del contenido se verificó mediante la revisión por expertos:

profesores de enfermería y miembros del panel de expertos que redactó la última actualización del código. En el estudio el cuestionario fue completado por 782 enfermeras y estudiantes de enfermería. El análisis de las propiedades psicométricas incluyó una exploración del constructo mediante análisis de componentes principales y de la consistencia interna, mediante el cálculo del alfa de Cronbach. Según los autores, el cuestionario permite el estudio del código de los valores de las enfermeras de acuerdo a la ética normativa²⁹.

Cuestionario de *Attitude toward patient advocacy*.

Se trata de un cuestionario destinado a identificar la capacidad de las enfermeras para representar a los pacientes a los que cuidan. El diseño del cuestionario se concretó en dos fases: en la primera se generaron los ítems y en la segunda se estudiaron sus propiedades psicométricas. Para generar los ítems se tuvo en cuenta el constructo del concepto tal como había sido descrito en un estudio anterior por los mismos autores. Los elementos de validez que los autores aportan son múltiples, validez de contenido, consistencia temporal y homogeneidad (test-retest y alfa de Cronbach). El constructo del cuestionario lo examinaron mediante técnicas exploratorias y confirmatorias basadas en análisis de factorial con componentes principales³⁰.

Conclusiones.

Los estudios empíricos que han examinado el comportamiento de los profesionales en la práctica clínica habitual en relación a las normas éticas, han utilizado una diversidad de métodos cualitativos y cuantitativos. Los estudios cualitativos se han realizado esencialmente en colectivos profesionales de enfermeras. En el ámbito de la metodología cuantitativa el uso de cuestionarios para recoger la información datos está generalizado, sin embargo sólo en dos estudios los autores reportan indicadores psicométricos de validez de los instrumentos.

No se han encontrado trabajos publicados en España que reporten el grado de aplicación de las normas éticas en el ámbito de las profesiones sanitarias.

PRIMER ARTÍCULO.

ARTICULO 1: “A RASCH ANALYSIS OF NURSES’ ETHICAL SENSITIVITY TO THE NORMS OF THE CODE OF CONDUCT.”

Referencia.

González-de Paz L, Kostov B, Sisó-Almirall A, Zabalegui-Yárnoz A. A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of Clinical Nursing*. 2012;21(19-20):2747-60.

Reseña.

Introducción: No existen instrumentos (cuestionarios) diseñados específicamente para medir el grado de cumplimiento de las normas de conducta del código de ética y la adherencia entre las enfermeras de diferentes áreas asistenciales.

Objetivo: Diseñar un cuestionario que identifique las normas del Código de ética y administrarlo a una muestra de enfermeras procedente del ámbito hospitalario y de atención primaria de salud.

Métodos: Se diseñó un cuestionario que resumía los artículos del código de ética de enfermeras de Barcelona. La validez de contenido de los ítems se probó utilizando un lenguaje de enfermería estándar. La validez aparente se verificó en una sub-muestra de enfermeras. La validez de constructo y coherencia interna de los ítems fueron verificados mediante un modelo de Rasch. El grado de cumplimiento de las normas y la adherencia de las enfermeras a las normas se estudió según el ámbito asistencial, el conocimiento del código y los años de trabajo como enfermera.

Principales resultados y conclusiones: Completaron el cuestionario 143 enfermeras. La coherencia de las escala finales fue verificada mediante el ajuste del modelo de Rasch. Las enfermeras mostraron una alta adherencia a las normas éticas y el cumplimiento de las mismas. Sin embargo, se observaron diferencias que indican que los años de práctica profesional, el ámbito de trabajo del hospital y el conocimiento del código influyen la percepción de cumplimiento de las normas éticas.

ORIGINAL ARTICLE

A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct

Luis González-de Paz, Belchin Kostov, Antoni Sisó-Almirall and Adela Zabalegui-Yárnoz

Aims and objectives. To develop an instrument to measure nurses' ethical sensitivity and, secondarily, to use this instrument to compare nurses' ethical sensitivity between groups.

Background. Professional codes of conduct are widely accepted guidelines. However, their efficacy in daily nursing practice and influence on ethical sensitivity is controversial.

Design. A descriptive cross-sectional study was conducted.

Participants. One hundred and forty-three registered nurses from Barcelona (Spain) participated in the study, of whom 45.83% were working in primary health care and 53.84% in hospital wards.

Methods. A specifically designed confidential, self-administered questionnaire assessing ethical sensitivity was developed. Knowledge of the nursing code and data on ethical sensitivity were summarised, with the quality of the questionnaire assessed using Rasch analysis.

Results. Item on knowledge of the code showed that one-third of nurses knew the contents of the code and two-thirds had limited knowledge. To fit the Rasch model, it was necessary to rescore the rating scale from five to three categories. Residual principal components analysis confirmed the unidimensionality of the scale. Three items of the questionnaire presented fit problems with the Rasch model. Although nurses generally have high ethical sensitivity to their code of conduct, differences were found according to years of professional practice, place of work and knowledge of the code ($p < 0.05$).

Conclusions. The questionnaire showed acceptable psychometric properties to achieve the proposed objective. Nurses' ethical sensitivity to the norms of the code was high. However, many factors might influence the degree of ethical sensitivity. Further research to measure ethical sensitivity using invariant measures such as Rasch units would be valuable.

Relevance to clinical practice. Other factors, such as assertiveness or courage, should be considered to improve ethical sensitivity to the code of conduct. Rigorous measurement studies and analysis in applied ethics are needed to assess ethical performance in practice.

Key words: code of conduct, ethical sensitivity, nurses, nursing practice, professional ethics, Rasch analysis

Accepted for publication: 12 February 2012

Introduction

Deontology and normative ethics deal with duty; professionally, normative ethics are associated with the capacity to

decide in each circumstance (Beauchamp & Childress 2009). The standards of behaviour all nurses should follow may be found in codes of conduct, which take the form of a system of norms and principles by which a professional group

Authors: *Luis González-de Paz*, MSc, RN, Community-based Family Nurse Practitioner, Les Corts Primary Health Care Centre, PHC Research Group-IDIBAPS, Barcelona; *Belchin Kostov*, MSc, Statistician, Les Corts Primary Health Care Centre, PHC Research Group-IDIBAPS, University of Barcelona, Barcelona; *Antoni Sisó-Almirall*, PhD, MD, Associate Professor, Les Corts Primary Health Care Centre, PHC Research Group-IDIBAPS, University of

Barcelona School of Medicine (Hospital Clinic), Barcelona; *Adela Zabalegui-Yárnoz*, MSc, PhD, RN, Nurse Director, Hospital Clinic of Barcelona, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence: Luis González-de Paz, Community-based Family Nurse Practitioner, Les Corts Primary Health Care Centre, C. Mejía Lequerica s.n. Pavelló Helios, 08028 Barcelona, Spain.

E-mail: gonzalezdepaz@hotmail.com

regulates the behaviour of its members and establishes the duties and responsibilities of the group in society (Bandman & Bandman 2002) and discerns between what ought to be done and what can be done (Curtin 2001). In nursing, the first code of conduct was the *Nightingale Pledge*, which dates from 1893 (McBurney & Filoromo 1994). In 1953, the first edition of the Code of conduct of the International Nursing Council was published (International Council of Nurses 2005), and since then many ethical codes have been published, reflecting differing views of nursing and care among healthcare institutions and nursing bodies (Cusveller 1998). The Code of Professional Conduct for nurses in Barcelona (Spain) was first published in 1986 (Collegi Infermeria de Barcelona 1987) and since then has been taught to all undergraduate nurses.

Codes of conduct may help nurses to deal with professional dilemmas. Nurses who know principles, values and norms within the code should show greater ethical sensitivity in solving professional controversies (Esterhuizen 1996). The concept of ethical sensitivity is increasingly used to describe how nurses solve moral dilemmas. The term is constructed from the theoretical point of view and concerns the most important intrinsic issues that affect nurses' ethical behaviour; Weaver defines the concept as 'that which enables professionals to recognise, interpret and respond appropriately to the concerns of those receiving professional services'. It is the capacity to decide in an uncertain care context and allows nurses to discern and choose the best option in the clinical context, after considering all the actors involved in professional tasks (Weaver *et al.* 2008).

The function of codes of conduct in daily care is controversial. Some studies maintain that the ethical attitude of healthcare workers is not influenced by codes of conduct (Culver *et al.* 1985), which have little impact on daily practice, even when there are conflicts or ethical dilemmas (Verpeet *et al.* 2005). Nurses perceive the content of codes as necessary, but of little use in daily practice (Tadd *et al.* 2006). Ideally, the contents of codes of conduct cover all areas of nursing and care, and all nurses working should comply with them. Thus, ethical sensitivity to the norms of the code is an important factor, which could model nurses' professional behaviour. As ethical sensitivity is a construct of many factors (Weaver *et al.* 2008), little is known about which of them influence the ethical performance of nurses. While evidence on nurses' knowledge of the code of conduct seems clear, other influencing factors such as nurses' workplace, years of professional practice and institutional support have not been fully explored (Numminen *et al.* 2009b).

Quantitative studies and Rasch analysis

Since 1980, more than 50 studies have studied nurses' perceptions, attitudes and knowledge of their codes (Numminen *et al.* 2009b). Most previous studies were cross-sectional and used questionnaires with Likert scale items (Numminen *et al.* 2009a, Chau *et al.* 2010). The item scores (ordinal discrete variables) are treated as continuous variables for analysis, and therefore, the results are an aggregated measure formed by the mean sum of scores. Although widely used, this method of analysis poses problems. Measurement of an abstract variable (latent trait), such as ethical sensitivity, requires representation of the objects to be measured along a *continuum* of intervals which forms an authentic yardstick. Only in this way can relationships and logical comparisons be made. However, when using the values of the scores assigned by nurses to the items of a code of conduct, all that is obtained using statistical methods is inferences on subjective values: the results are not an interpretable scale of measurement of ethical sensitivity. This problem of constructing scales of measurement is at the core of Rasch analysis. The adjustment made by Rasch analysis of the objects measured (in this case, the items of the code of conduct) allows determination of whether the items to be measured can be fitted into the same scale of measurement (Andrich 1988).

Until now, no study has examined practicing nurses' perceptions of the code of conduct in Barcelona (Catalonia, Spain), and Rasch analysis has not been used with this aim. The purpose of this study was to develop an instrument (a questionnaire) to measure nurses' ethical sensitivity to the code and, secondarily, to use this measure to compare nurses' ethical sensitivity according to place of work, age, years of professional practice and degree of knowledge of the code. The study sought to confirm the results of qualitative studies (Tadd *et al.* 2006), theoretical discussions (Pattison 2001, Verpeet *et al.* 2003) and other studies which concluded that ethical sensitivity in daily practice is not influenced by knowledge of the code.

Method

Study design

A descriptive cross-sectional design was used to collect data. Field work was carried out between 2–20 November 2009.

Participants

Inclusion criteria were active, qualified (university degree in nursing) registered nurses who were members of the College

of Nurses of Barcelona and working in hospitals and primary healthcare centres [PHC] in a health region of Catalonia, Spain.

Participants were selected by the following method. Sixteen hospital wards and seven PHC from our healthcare area were selected from a data base. A research assistant was sought in each centre to act as a nexus with the lead investigator. The research assistant explained the nature and purpose of the study and the inclusion criteria to all potential participants and answered any questions, including how to obtain and fill in the questionnaire. Participants were advised that the questionnaire contained no names or other personal data and that the data would only be used in aggregate form. No data were collected from potential participants who did not agree to participate.

Variables and questionnaire design

A three-part questionnaire was designed specifically for the study.

The first part collected information on gender, age, years of nursing, area work (hospital or PHC) and main professional activity.

The second part asked nurses to choose one of five options to describe their knowledge of the code of conduct: categories and scores were 0 (*no knowledge*), 1 (*know what the code is but not its contents or utility*), 2 (*know the nature and utility but not the content*), 3 (*know the nature, utility and content*) and 4 (*expert knowledge*).

The third part contained questions on the degree of ethical sensitivity, which was measured by the following method. Briefly, the Code of conduct of the College of Nurses of Barcelona contains 70 items. Evaluation of the contents of the code was made by the first author and was then subjected to expert peer review and showed that these contain 155 moral norms or precepts (discrete instructions on behaviour). For example, code item 17 states: 'The nurse should realize that the patient is part of a family and community. Endeavour, as far as possible, to integrate the members closest to the patient in the care plan with prior consent'. Subjective evaluation determined that this contained two moral norms: consider that the patient is part of a community, and, with the patient's consent, provide integral care to the family.

Each of the resulting 155 moral norms was assigned to one of the items contained in the Nursing Interventions Classification (NIC), according to the language used and the type of activity described. The NIC taxonomy covers all interventions and practises carried out by nurses, including research, and ethical questions in practical language (Doch-

terman & Bulechek 2004) and has been validated theoretically and in practice (McCloskey & Bulechek 1995). In our study, NIC items were used to adapt the language of the code of conduct to a language easily understood by nurses. Only NIC items that were linked to the code of conduct were selected.

The subjective evaluation was critically reviewed by a university lecturer and a research assistant expert in bioethics and nurse taxonomy, respectively. They reviewed the language of the items and their concordance with the code of conduct. After incorporating their suggestions, a final list of 35 items was selected, which formed the questions on ethical sensitivity and summarised all the moral norms of the code of conduct. The degree of ethical sensitivity to each item was quantified by a Likert scale with a score ranging from 0 (I almost never consider the attitude), 1 (sometimes), 2 (normally), 3 (often) and 4 (I always consider the attitude).

The initial questionnaire was completed by a subsample of 16 nurses. Subsequent interviews with each nurse to validate the contents showed that some items were not adequately expressed and consequently not adequately understood by all participants. As a result, the questionnaire was revised. The modifications introduced in eight items were more user-friendly language, clarification and adaptation of the language, and emphasis on nurses' direct responsibility in the activity. The wording of items that synthesised the contents of the code is shown in Table 3.

Rasch analysis

Rasch is a measurement model based on item response theory that allows measurement of the description of performance of both person and items using the same metric (Andrich 1988). An item set that meets the Rasch model assumptions will array all items of a set from easier to more difficult to endorse and array persons according to the extent they possess the trait being measured. In this case, difficulty is the extent of nurses' ethical endorsement of an item and ability is the level of nurses' ethical sensitivity. Thus, Rasch analysis allows nurses with high to low ethical sensitivity to be arranged hierarchically and items rated by nurses as less or more feasible (endorsement of an item).

The Rasch model enables ordinal measures to be converted into meaningful interval measures. Our study used Rasch analysis to study the psychometric properties of a questionnaire designed to measure the variable *nurses' ethical sensitivity to the code of conduct*. Tests were performed to determine whether the data met the assumptions of the Rasch model. As Rasch analysis robustly supports missing data, no responses were replaced or altered in the ethical

sensitivity item set (Wright & Stone 1979). RUMM2030[®] software was used for this purpose (Rumm Laboratory Pty Ltd, Duncraig, WA, Australia).

Polytomous model

We applied the partial credit model (PCM) for polytomous responses. This was selected after testing it against the rating scale model (RSM) using the likelihood ratio statistic (Andrich 1988). RSM is the simplest Rasch model. In RSM, all items analysed share the same scale structure; however, when scoring structure differs from one item to another, the RSM is tested against the PCM, which is also an unrestricted model. The PCM considers each item individually and allows each to have its own scale structure (Wright & Masters 1982).

The PCM takes the general form of:

$$\Pr\{x_{vi} = x\} = \frac{e^{-\tau_{1i}-\tau_{2i}\dots-\tau_{1x}+x(\beta_v-\delta_i)}}{\sum_{x'=0}^{m_i} e^{-\tau_{1i}-\tau_{2i}\dots-\tau_{1x'}+x'(\beta_v-\delta_i)}}$$

where β_v is the location of person v and δ_i is the location of item i τ_{xi} ; $x = 1, 2, \dots, m_i$ are thresholds that partition the ethical sensibility continuum of each item i into $m_i + 1$ ordered categories. x is the score of the item.

Reliability and targeting

In Rasch measurement, reliability measures whether the questionnaire differentiates between individuals along the latent trait and was assessed using a person separation index (analogous to Cronbach's alpha). A minimum value of 0.7 was expected to continue subsequent evaluation. We also explored how well the scale was targeted to the sample using an item-person threshold map. Targeting shows whether the item set administered was of appropriate difficulty for the given sample. Poorly targeted measures often result in floor or ceiling effects (Pallant & Tennant 2007), and therefore, low targeting would result in erroneous interpretations regarding ethical sensitivity or ethical endorsement.

Category ordering

The thresholds between categories of each item are the point at which there is a probability of 50% of a response being in one or another adjacent category (Andrich 1996). To estimate the probability of each of the item categories, their thresholds should be ordered and distinguishable. Ordered thresholds imply that as one moves up the continuum, each

category in turn becomes the most probable response. Disordering can occur when too many category options have been presented or when a category has not been correctly labelled (Smith *et al.* 2003). To detect this, an analysis of frequencies, thresholds and item category curves (ICC) were made for each item (Andrich 1978). If necessary, rescaling of categories would be made according to the following guidelines (Linacre 2002): (1) Each category must have at least 10 observations. (2) Average measures should be ordered. (3) Thresholds should be ordered.

Item fit analysis

Item fit analysis was made using chi-square tests (Smith 2000). When an item misfit occurs, it means that item does not fit into the Rasch model. Person and item fit residuals should be within the range of -2.5 to $+2.5$. The chi-square for individual items should be non-significant (Bonferroni correction), showing no deviation from model expectation.

Local independence and unidimensionality

Local independence or item dependence is the assumption that responses to items are unrelated. This was examined by identifying positive correlations among the item residuals exceeding 0.3 (Smith 2002). Unidimensionality is the assumption that items are measuring a single latent trait. A paired *t*-test for the difference at the item level was made using two subsets of items identified by residual principal components analysis (PCA); only items with loading factors greater than ± 0.3 were used (Smith 2002, Lamoureux *et al.* 2006). The percentage of such tests outside the range of the 95% confidence interval was expected to not exceed 5%. The scale was accepted as unidimensional if no significance at item level was observed (Marais & Andrich 2008).

Differential item functioning

The hypothesis underlying differential item functioning (DIF) is that items may reflect the same theoretical construct but differ quantitatively in the way they work in different populations. DIF was assessed using graphical procedures and statistical analysis. Graphs were plotted to compare item location with respect to place of work (hospital or PHC), age (four age groups), years of professional practice (two groups) and knowledge of the code of conduct (two groups). Subsequent ANOVA tests were made for all items in each of the group analysed (Hagquist *et al.* 2009). This analysis is included routinely in the RUMM2030 software (Rumm Laboratory Pty Ltd). If there was a non-uniform DIF, it

was checked using a graphical observation and resolving the items into groups (*split test*) and was also checked by deleting the item affected to verify that location estimates were not affected by this non-uniform DIF (Teresi 2006, Brodersen *et al.* 2007).

Differential test performance

When no DIF was detected in the groups analysed, the next step was to analyse overall differences in ethical sensitivity between groups: knowledge of the code of conduct, age, years of professional practice and place of work. Differences were tested using an ANOVA test for the overall person mean location of each group. Significant mean group variation indicates different ethical sensitivity between groups.

Categorisation of variables

The variable *years of nursing* was divided into two categories: ≤ 28 years of professional experience and ≥ 29 years of experience. The cut-off point was established as the beginning of university training of nurses in Spain in 1977. This resulted in two groups of nurses: those with university training and those trained under the previous regime. For the variable *age*, the sample was divided into four age groups, each with approximately 25% of the participants. Finally, after data collection and using the information from the item referring to the knowledge of the code, the variable *knowledge of the code* was dichotomised to analyse nurses with and without real knowledge: partial or no knowledge (categories 0–2) and effective knowledge (categories 3 and 4).

Ethical considerations

The study protocol followed the Recommendations of the Declaration of Helsinki and participants' human rights were respected at all times. The study protocol was reviewed by the Institutional Review Board who confirmed that the study posed no physical, social or psychological risks, that data collection was anonymous, and that voluntary completion and submission of the questionnaire was guaranteed and implied consent to participate in the study.

Participant anonymity was guaranteed according to the following process: questionnaires were left in a designated area in each centre with an accompanying blank envelope to ensure participation was voluntary and anonymous. After completion, the questionnaires were left in the blank sealed envelope in the designated place and returned by each research assistant to the lead investigator, who was blinded to the name of participants.

Ethical approval

Ethical approval was obtained for this study by the appropriate review board. Implied informed consent was obtained from study participants who voluntarily returned the study instrument.

Results

Characteristics of participants and knowledge of the code

A total of 143 completed questionnaires were collected: 77 in five hospitals (including mother–baby unit, geriatrics, emergency department, cardiology, neurology, urology, internal medicine and trauma wards) and 66 in seven PHC. The results of the descriptive analysis are shown in Table 1. Forty-five (32.02%) participants knew at least the nature, utility and content of the code (effective knowledge), whereas 97 (67.8%) had partial or no knowledge. As almost all participants were practicing nurses, differences between groups were not analysed for this variable.

Table 1 Main results of the descriptive analysis

Variables	Total sample <i>n</i> = 144
Age (years)	
Mean (SD)	41.15 (11.85)
Years of nursing	
Mean (SD)	17.90 (12.02)
Years of nursing, groups (%)	
> 28 years	43 (29.86)
≤ 28 years	100 (69.44)
Gender (%)	
Male	7 (4.86)
Female	136 (95.13)
Main professional activity (%)	
Care	124 (86.7)
Direction/management	11 (7.7)
Research	2 (1.4)
Teaching	1 (0.7)
Others	5 (3.5)
Place of work (%)	
Hospital	66 (46.2)
Primary health care	77 (53.8)
Degree of knowledge of the ethical code (%)	
No knowledge	10 (7)
Know what the code is but not its contents or utility	13 (9.1)
Know the nature and utility but not the content	74 (51.7)
Know the nature, utility and content	45 (31.5)
Expert knowledge	1 (0.7)

Reliability and targeting of polytomous model

The likelihood ratio test was significant ($\chi^2 = 180.08$, p -value < 0.001), and therefore, the PCM was used. The value of the person separation index for the original set of 35 items with five response categories was 0.904, indicating that the scale separated the persons well. The frequency distribution of the items (Table 2) indicates that, across the set of items, nurses had high ethical sensitivity. This pattern was most pronounced for item 35 'Respecting the confidentiality of patient information at all times'. Eighty per cent of nurses attained the highest score on this item. There were also a high percentage of responses corresponding to categories with higher scores in items 27, 25 and 8. In contrast, items 3, 13, 22, 31 and 32 showed a high proportion of lower scores. Figure 1

Table 2 Item category frequencies (%). Item orders are the same as Table 3

	Never	Sometimes	Normally	Often	Always
Item 25	0	1	4	21	74
Item 35	0	1	2	12	85
Item 27	0	1	9	21	70
Item 23	1	0	8	24	68
Item 19	0	1	11	30	59
Item 2	0	0	11	28	61
Item 24	0	1	16	30	53
Item 8	0	1	7	22	70
Item 12	0	1	13	38	48
Item 10	0	1	8	27	63
Item 5	0	1	8	30	61
Item 6	1	1	8	43	47
Item 7	0	1	17	30	51
Item 18	0	0	15	41	44
Item 29	1	1	16	34	49
Item 20	1	1	12	36	49
Item 30	0	1	27	31	41
Item 33	0	4	11	26	60
Item 1	0	3	20	27	50
Item 14	0	4	9	35	52
Item 21	0	4	9	30	57
Item 16	0	5	13	28	53
Item 11	0	4	13	30	52
Item 17	2	4	22	24	48
Item 26	2	4	14	29	50
Item 28	2	6	23	28	42
Item 34	6	10	12	24	48
Item 9	7	11	17	22	44
Item 4	1	11	32	33	22
Item 15	4	12	34	23	26
Item 31	8	18	24	30	20
Item 3	11	16	29	29	16
Item 32	21	12	29	20	19
Item 22	8	22	28	28	14
Item 13	18	26	25	23	9

Items showing clearly different patterns are in bold.

shows the person–item threshold distribution for the original set of items. Overall, it confirms the skewed distribution indicated in the frequency table: there were no nurses with low ethical sensitivity (negative side of the table), and nurses showed high endorsement of almost all items.

Category ordering

Nineteen (45%) of items showed reversed thresholds, indicating problems with the categorisation. It was decided to collapse the first five categories to three: *almost never/sometimes*, *normally/often* and *always*. This improved the threshold order, and all 35 items showed an ordered set of responses. However, items 2 and 18 did not follow guideline 1. In these items, the lowest category had no observations ($n = 0$). Thus, categories in these two items were collapsed again to two categories. To compare patterns of probability in each category of items, a value of 0 was established at the point where the probability of ethical sensitivity location was 0.50 (thresholds centralised to 0), and the values of the two possible thresholds are shown with respect to the mean, and therefore, the values of different items can be compared more easily (Table 3).

Item fit analysis

Graphic analysis of all ICC showed that collapsing categories allowed monotonic ascending ogives. Figure 2 shows an example of an item (item 21: 'The possibility of occasionally making decisions on care outside established protocols based on your knowledge of the case') before and after this process.

Table 3 shows the item locations and threshold values for all 35 items with the reduced number of response categories. Three items (item 22: 'The possibility of occasionally making decisions on care outside established protocols based on your knowledge of the case', 26: 'Always put patient needs above your own' and 32: 'The possibility of exercising the right to conscientious objection in agreement with current regulations and ethical norms without the risk of being dismissed') showed fit residuals above +2.5, which may be considered critical values. Item 26 showed a chi-square test misfit with Bonferroni adjustment ($p < 0.000286$). The probability graph for these items showed a lack of adjustment to the Rasch model, with the class interval points not aligned to the probability curve (Fig. 3).

Local independence and unidimensionality

Examination of the item residual correlation matrix revealed a positive correlation exceeding 0.3 ($r = 0.359$) between items

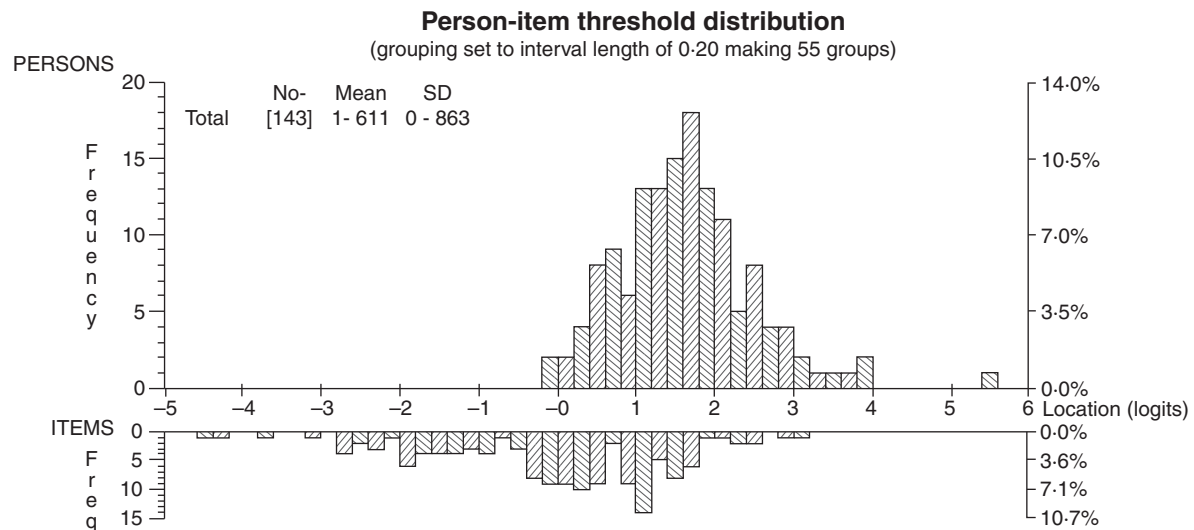


Figure 1 Person-item threshold distribution.

13 ('Encourage the health care facility to carry out research designed to improve care') and 15 ('Assisting members of a community to identify a community's health concerns, mobilize resources and implement solutions'), indicating some local dependence of these items. However, as there was no logical relationship between these items and other graphic analyses revealed no further misfits or violations within these items, it was assumed that this limited correlation did not infringe the overall item independence (Davidson 2009).

The PCA of the item residuals showed that the residuals loaded gradually in opposite directions on two subsets defined by positive and negative loadings on the first factor (Table 4). Most extreme negative and positive residual loadings defined two subsets: one subset comprised five items with positive loadings and the other subset comprised three with negative loadings. Content analysis of these items revealed no clear differentiating characteristic between these two groups. The proportion of statistically significant *t*-tests between these two groups of items was 2.8% (as the critical value of 5% was not exceeded, it indicates no signs of violation of the assumption of unidimensionality). The proportion of common variance between both groups of items was 0.753, which confirmed the value of the PSI and suggests overall unidimensionality.

Differential item functioning

No DIF for age, place of work or knowledge of the code of conduct was detected for any item. Item 16 ('Written and verbal reporting of any event in the process of patient care that is inconsistent with desired patient outcomes or routine

operations of the healthcare facility') showed a significant non-uniform DIF by class interval for years of professional practice with Bonferroni adjustment ($p < 0.000476$). Therefore, a split analysis was made by dividing this item into groups; the results showed no difference with previous analyses. In addition, the item deletion procedure confirmed that this non-uniform DIF was not affecting location estimates of the whole item set, and thus, the significant ANOVA found for item 16 showed no clear DIF to the overall 35 item set.

Differential test performance

The ANOVA test for the overall person mean location revealed significant differences for place of work ($p = 0.030$), and years of professional practice ($p = 0.022$) and almost a significant value for knowledge of the code of conduct ($p = 0.055$). This indicates that nurses who reported knowing the code had greater ethical sensitivity than those who did not (Table 5).

The final item set consisted of 33 items with three response categories and two items with two; all thresholds appeared in the right order. The PSI for this item set was 0.908, compared with 0.905 in the original item set with the disordered thresholds. The mean value of the person location was 1.666 compared with 1.611 in the original set of items. The item that presented the lowest ethical endorsement was item 13 ('Encourage the health care facility to carry out research designed to improve care'). Those items showing lower endorsement (25, 27 and 35) were related to patient confidentiality and the protection of privacy.

Table 3 Item location and fit residual values for all 35 items. Items are ordered from higher extent of ethical endorsement to lower

Item name	Location	SE	Fit resid	χ^2	Prob	Thresh. 1	Thresh. 2
25 Protecting the patient's privacy in all aspects of care	-1.452	0.206	-0.322	4.079	0.13	-3.158	0.254
35 Respecting the confidentiality of patient information at all times	-1.391	0.232	0.009	4.459	0.108	-2.21	-0.572
27 Maintaining the confidentiality of all medical and computer patient records	-1.294	0.198	-1.09	2.1	0.35	-3.144	0.555
23 Establish continuity of patient care and ensure all patient referrals are correct	-1.246	0.196	-1.704	5.735	0.057	-3.129	0.636
19 Providing all information required for the patient's care plan to other health professionals	-1.159	0.187	-1.643	4.013	0.134	-3.515	1.198
2 Providing information and support for a patient who is making a decision regarding health care	-1.091	0.302	-0.999	2.911	0.233	-1.091	
24 Protection of healthcare rights of a patient, especially a minor, incapacitated or incompetent patient unable to make decisions	-1.067	0.187	-0.995	1.382	0.501	-3.603	1.469
8 Facilitating entry of a patient into a healthcare facility. Identifying yourself and telling the patient what is going to happen	-0.936	0.191	-0.589	0.685	0.71	-2.45	0.578
12 Assuming responsibility for the training, preparation and maintenance of the skills and abilities necessary abilities for professional development	-0.846	0.184	-1.126	2.633	0.268	-3.433	1.74
10 Establishing a relationship of confidence and respect with the patient in which sincerity is essential for quality care	-0.841	0.184	-0.814	2.217	0.33	-2.637	0.955
5 Collaborating with physicians to provide quality patient care while respecting areas of competence	-0.787	0.183	-1.78	3.26	0.196	-2.593	1.02
6 Management and facilitation of efficient and effective use of resources	-0.593	0.182	-0.15	2.784	0.249	-2.992	1.807
7 Minimising the acquisition and transmission of infectious agents	-0.587	0.18	-1.546	2.789	0.248	-2.726	1.551
18 Assisting a patient to adapt to perceived stressors, changes or threats which interfere with meeting life demands and roles	-0.571	0.259	-0.534	0.472	0.79	-0.571	
29 Planning and evaluating patient care with health professionals from other disciplines	-0.513	0.181	-0.783	4.989	0.083	-2.703	1.677
20 Ensuring the acquisition and maintenance of all materials needed for patient care	-0.354	0.178	-1.92	5.133	0.077	-2.392	1.685
30 Clarify all responsibilities related to carrying out care plans in the context of the healthcare facility	-0.336	0.186	-0.2	2.795	0.247	-2.733	2.061
33 Encouraging professional, ethical nursing that facilitates quality care in the context of the healthcare facility	-0.282	0.172	-1.249	3.895	0.143	-1.624	1.06
1 Promotion of family values, interests and goals	-0.279	0.175	-0.583	1.416	0.493	-2.191	1.632
14 Facilitating participation of family members in the emotional and physical care of the patient	-0.21	0.173	-0.734	7.511	0.023	-1.96	1.54
21 Assisting and supporting learning experiences for a student	-0.1	0.166	-0.688	0.211	0.9	-1.368	1.168
16 Written and verbal reporting of any event in the process of patient care that is inconsistent with desired patient outcomes or routine operations of the healthcare facility	-0.001	0.165	-1.23	1.686	0.43	-1.426	1.424
11 Transfer of responsibility for the performance of patient care while retaining accountability for the outcome	0.005	0.166	-0.866	2.941	0.23	-1.462	1.472
17 When participating in research, make sure you know the protocol	0.198	0.164	-1.194	2.247	0.325	-1.295	1.69
26 Always put patient needs above your own	0.33	0.157	3.055	16.674	0.001	-0.809	1.47
28 When participating or collaborating in research, make sure that all ethical and legal norms are fulfilled	0.545	0.159	0.225	0.282	0.868	-0.84	1.93
34 Recording disagreements with doctors' orders after discussing it with the doctor and/or a supervisor	0.837	0.14	0.849	1.544	0.462	0.205	1.47

Table 3 (Continued)

Item name	Location	SE	Fit resid	χ^2	Prob	Thresh. 1	Thresh. 2
9 Provision of recorded sworn testimony for legal proceedings based upon knowledge of the case	0.953	0.142	1.037	3.383	0.184	0.268	1.639
4 Responsibility in the use of the economic resources to assure the development and continuation the programmes of cares	1.199	0.164	0.445	3.498	0.174	-0.548	2.946
15 Assisting members of a community to identify a community's health concerns, mobilise resources and implement solutions	1.321	0.15	1.905	9.897	0.007	-0.025	2.667
31 Surveillance and influence of government and organisation regulations, rules and standards that affect nursing systems and practices to ensure quality care of patients	1.835	0.153	0.543	1.458	0.482	0.494	3.177
3 Assisting the patient to feel balance and connection with a greater power. Facilitating participation in religious practices	1.916	0.152	0.828	2.411	0.3	0.534	3.298
32 The possibility of exercising the right to conscientious objection in agreement with current regulations and ethical norms without the risk of being dismissed	1.993	0.149	2.879	8.206	0.017	0.99	2.995
22 The possibility of occasionally making decisions on care outside established protocols based on your knowledge of the case	2.142	0.153	2.979	13.43	0.001	0.777	3.507
13 Encourage the healthcare facility to carry out research designed to improve care	2.661	0.157	1.81	6.163	0.046	1.355	3.966

Problematic fit residual (+2.5) and significant deviations are in bold.

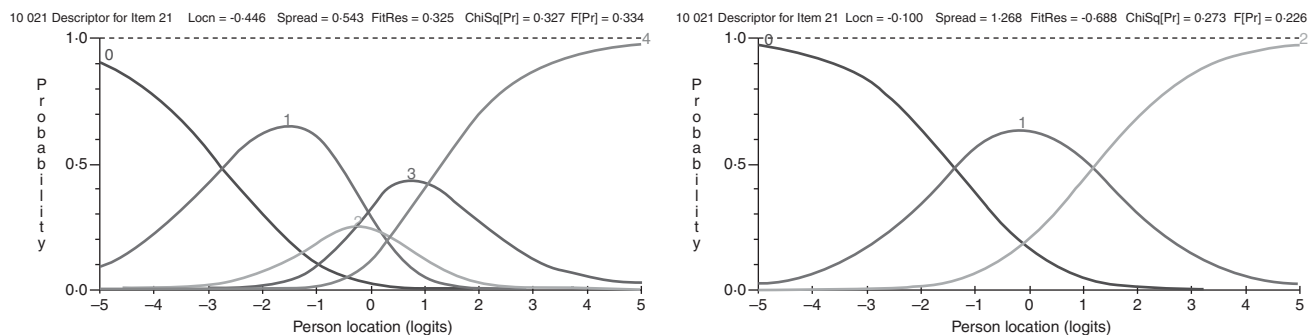


Figure 2 Item category curves (ICC) for item 21. On the left: disordered thresholds (before collapsing); on the right: ICC with ordered thresholds (after collapsing).

Discussion

The aim of this study was to measure nurses' ethical sensitivity to their professional code of conduct and its response stability with respect to age, years of professional practice, place of work and knowledge of the code of conduct. Rasch analysis was used to measure items and groups but not nurses individually. The latent trait was ethical sensitivity, while the underlying construct was the 35 items that represent the whole code.

No previous quantitative analytical study of normative ethics using a self-administered questionnaire to collect data has determined whether the variable to be measured complied with the condition of unidimensionality (Numminen *et al.* 2009a, Chau *et al.* 2010). In addition, the type of analysis used made direct statistical inferences using the

scores of participants as if they were measurements. For these reasons, the validity of these studies may be doubted (Bond & Fox 2007). We used Rasch analysis to assess internal construct validity. In consequence, the results are robust and provide meaningful details of nurses' ethical sensitivity. In addition, the study confirms the utility of Rasch analysis as a method of examining the relationship between theory, moral norms and nursing practice.

The high extent of nurse's ethical endorsement and the high level of ethical sensitivity suggest that nurses comply with the norms of the code and can carry out the tasks of the code without problems. Similar results were found in other studies and dissertations (Curtin 2001, Cusveller 2008, Numminen *et al.* 2009b). The items with high ethical endorsement were those related to confidentiality and patient privacy, and those with low endorsement were those related

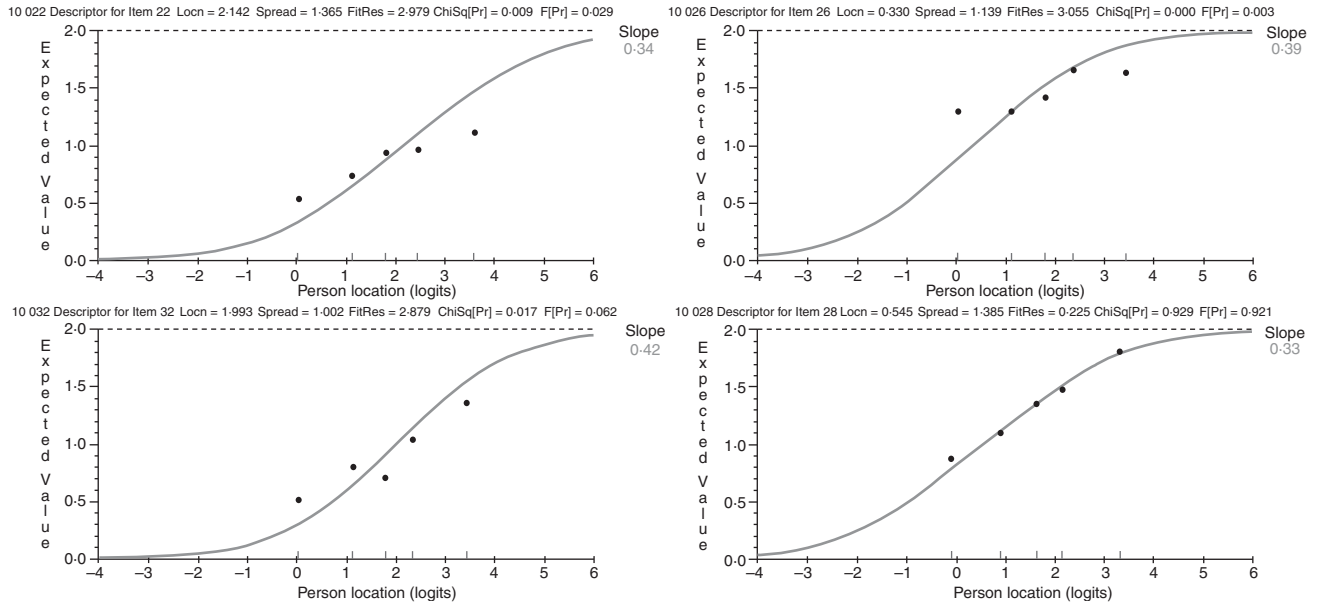


Figure 3 Probability curves for items which presented misfits: 22, 26 and 32 (upper right and left and lower left). In lower right side, it can be seen that item 28 had a good fit to the Rasch model line.

to carrying out research to improve care. This may be attributed to the characteristics of the participants, most of whom were practicing nurses. Therefore, it is understandable that they felt that research activities were not part of their routine daily practice.

Validity at the item level was studied by analysing item misfit to the Rasch model. As the 35 items synthesised the contents of the code, the item misfits found were interpreted as problematic in terms of nurses maintaining ethical sensitivity. Item 26 (‘Always put patient needs above your own’) had the worst fit figures. The meaning of this item is to protect the patient against possible bad ethical practises by nurses. However, the misfit score suggests that the language of the item could lead nurses to misinterpret it. Putting the needs of the patient above your own *in all circumstances* seems to measure something more than just ethical sensitivity, referring more to moral values than to specific professional behaviour. Nurses considered the content of this item as different to that of the other 34 items. This indicates that the scale that should be used to measure this item is different from that used for the other 34 items and therefore could be viewed as some degree of multidimensionality. The pattern of results for this item suggests that the wording of the code of conduct should be reviewed and possibly revised.

Item 22 (‘The possibility of occasionally making decisions on care outside established protocols based on your knowledge of the case’) and item 32 (‘The possibility of exercising the right to conscientious objection in agreement with current regulations and ethical norms without the risk of being

dismissed’) had an over-discriminating pattern (fit residual >2.5). Examination of the wording of both items might suggest the origin of the misfits. Previous studies reported that nurses’ ethical discomfort was mainly related to professional relationships with other agents such as colleagues and healthcare organisations, but not with patients (Snelgrove & Hughes 2000, Gaudine & Beaton 2002, Manojlovich 2010). The discrepancies observed in the pattern of responses were due to the fact that when confronted by this type of ethical question, nurses react with different behaviour rather than for reasons of multidimensionality.

ANOVA analysis showed that nurses with >28 years of professional practice had greater ethical sensitivity than those with <28 years. PHC nurses showed greater ethical sensitivity to the code than hospital nurses. An almost significant value ($p = 0.056$) was found in the degree of ethical sensitivity between nurses with different degrees of knowledge of the code of conduct. These findings may confirm Weaver’s view on ethical sensitivity: ethical aptitudes and critical reasoning increase with experience and are influenced by institutional support and knowledge of the code of conduct (Weaver *et al.* 2008). However, other studies have concluded that nurses’ knowledge of the code of conduct was ineffective at the practical level (Numminen *et al.* 2009b). As noted, the results of previous studies may have been negatively influenced by the statistical methods used to assess correlations between scores and measures. Differences in PHC and hospital nurses’ ethical sensitivity should be seen from the institutional point of view. Hospital

Table 4 Data show the first-factor loading of the principal components analysis residual analysis with two subsets (positive and negative loading items)

Item	PC1
Item 31	0.521
Item 32	0.487
Item 26	0.381
Item 13	0.335
Item 27	0.322
Item 34	0.296
Item 28	0.266
Item 33	0.252
Item 35	0.249
Item 30	0.249
Item 15	0.175
Item 09	0.072
Item 29	0.055
Item 04	0.038
Item 22	-0.01
Item 06	-0.072
Item 03	-0.089
Item 08	-0.156
Item 18	-0.168
Item 17	-0.17
Item 23	-0.205
Item 07	-0.234
Item 14	-0.248
Item 21	-0.256
Item 02	-0.26
Item 11	-0.261
Item 24	-0.272
Item 25	-0.284
Item 12	-0.285
Item 01	-0.292
Item 16	-0.292
Item 10	-0.295
Item 05	-0.351
Item 19	-0.38
Item 20	-0.432

Items with factor loadings >0.3 are in bold.

systems constrain professional decisions because of high-complexity care management, dependence on technology and overspecialisation (Rosenbloom & Jotkowitz 2010), while PHC services focus on patient-centred care (Toop 1998, Altisent 2010). Therefore, the PHC environment and staff management make it easier to follow ethical guidelines than in hospitals (Meert & Sarnaik 2010). Differences in ethical sensitivity between groups do not mean that there are large differences between nurses in ethical sensitivity endorsement. We found the ethical sensitivity of all nurses was well above the 0 logits mark, indicating a high extent of ethical endorsement to almost all items that summarised the code of conduct. The Wright map, which aligns person perfor-

Table 5 ANOVA analysis for person setting

Person setting	Groups	Mean person location (ethical sensitivity)	SD	F	p-value
Age	< 30	1.339	1.07	1.4303	0.237
	31–40	1.621	1.09		
	41–52	1.893	1.42		
	> 53	1.779	1.19		
Years of professional practice	< 28	1.531	1.28	5.3847	0.022
	> 28	2.053	1.04		
Place of work	PHC	1.868	1.16	4.8010	0.030
	Hospital	1.430	1.22		
Knowledge of code	No knowledge	1.528	1.04	3.7179	0.056
	Knowledge	1.942	1.46		

PHC, primary healthcare centre.

Significant values are given in bold and almost significant values in bold and italics.

mances and item performances on the same interval scale, reports these results visually. The logit ruler placed in the middle serves to compare nurses' ethical sensitivity (on the right side) against items' ethical sensitivity awkwardness (on the left side) (Wright & Masters 1982). This shows that nurses perceived themselves as having a high ethical sensitivity to the code of conduct, while paradoxically, they also recognise that they do not correctly know the contents of the code. Overall the ethical sensitivity found confirms that nurses act professionally with a deep sense of what it means to treat persons or patients and agree to the normative ethics.

The overall results of this study show that various factors influenced nurses' ethical attitudes. Healthcare organisations and nurses' professional relationships decisively affect professional ethical behaviour (Sundin-Huard & Fahy 1999). Although knowledge of the code of conduct was shown to influence ethical attitudes, only a minority of nurses reported real and effective knowledge of the code. Effective knowledge was considered to be knowledge of the nature, utility and content of the code; answers that did not contain all these factors were considered as partial or no knowledge. Therefore, other factors, such as ethical courage, might have an influence (Day 2007, Lindh *et al.* 2010). Consequently, professional bodies, including Colleges of Nursing, should adopt a more practical approach to teaching current codes of conduct.

Conclusions

We developed an ethical sensitivity scale to measure a set of items that summarised the code of conduct. The study confirmed that contents of the code are easy to uphold in

daily practice; therefore, Rasch analysis corroborated that nurses feel uncomfortable when facing with ethical problems that compromise their moral position with respect to the institution or to their colleagues. The results also suggest that nurses do not see norms that may affect their personal safety as ethically sensitive.

Differences between groups in ethical sensitivity suggest many extrinsic and intrinsic factors influence ethical behaviour. Ethical care requires a strategy that includes nurses, professional bodies, healthcare institutions and teaching institutions. Finally, our study shows that Rasch analysis can provide useful results in studies on ethics.

Limitations

Although the sample size used is similar to that used in other studies and is valid for this type of study, it is relatively small for a Rasch analysis and this may have affected the precision of the estimates of the Rasch model at person level. The method used to synthesise the 70 items of the code of conduct to 35 items of the final questionnaire could be criticised, although other studies have used similar procedures and all statements in the code of conduct were included in the final item set in understandable language.

References

Altisent R (2010) Bioethics beyond the dilemmas. *Atencion Primaria/Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria* 42, 412–414.

Andrich D (1978) A rating formulation for ordered response categories. *Psychometrika* 43, 561–574.

Andrich D (1988) *Rasch Models for Measurement*. Sage Publications, Newbury Park, CA.

Andrich D (1996) Category ordering and their utility. *Rasch Measurement Transactions* 9, 465–466.

Bandman EL & Bandman B (2002) *Nursing Ethics Through the Life Span*. Prentice Hall Pearson Education, Inc, Upper Saddle River, NJ.

Beauchamp TL & Childress JF (2009) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York, NY.

Bond TG & Fox CM (2007) *Applying the Rasch Model: Fundamental Measurement in the Human Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ.

Brodersen J, Meads D, Kreiner S, Thorsen H, Doward L & McKenna S (2007)

Methodological aspects of differential item functioning in the Rasch model. *Journal of Medical Economics* 10, 309–324.

Chau JP, Lam LW, Lui MH, Ip WY, Chien WT, Lee IF & Thompson DR (2010) A survey of registered nurses' perceptions of the code of professional conduct in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 19, 3527–3534.

Collegi Infermeria de Barcelona (1987) *Codi d'ètica d'infermeria: aprovat en Junta General Extraordinària del Col·legi Oficial d'Ajudants Tècnics Sanitaris i Diplomats en Infermeria de Barcelona*. 29 d'octubre de 1986. Col·legi Infermeria de Barcelona, Barcelona.

Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A, Kopelman L, Lynn J, Siegler M & Wikler D (1985) Basic curricular goals in medical ethics. *The New England Journal of Medicine* 312, 253–256.

Curtin L (2001) The ICN code of ethics for nurses: shared values in a troubled world. *International Nursing Review* 48, 1–2.

Cusveller B (1998) Cut from the right wood: spiritual and ethical pluralism in professional nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 28, 266.

Davidson M (2009) Rasch analysis of 24-, 18- and 11-item versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 18, 473–481.

Day L (2007) Courage as a virtue necessary to good nursing practice. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses* 16, 613–616.

Dochterman JM & Bulechek GM (2004) *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Mosby, St. Louis, MO.

Esterhuizen P (1996) Is the professional code still the cornerstone of clinical nursing practice? *Journal of Advanced Nursing* 23, 25.

Gaudine AP & Beaton MR (2002) Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Revue*

Acknowledgements

We thank the valuable collaboration of all nurses who completed the questionnaire. We acknowledge the assistance of Dra. Laura Sebastián, general manager from Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample (CAPSE) and Esther Blat, Noemí Garcia and Rosa Segarra (CAPSE), nurse supervisors from the Hospital Clinic de Barcelona and Primary health care centers of the Institut Català de la Salut. Dr. Josep Maria Vilaseca and David Buss for their technical assistance and Dr. Rita Bode from Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, for all crucial comments she sent.

Contributions

Study design: LGDP, BK; data collection and analysis: LGDP, BK, ASA, AZY and manuscript preparation: LGDP, BK, ASA.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

- canadienne de recherche en sciences infirmières (*The Canadian Journal of Nursing Research*) 34, 17–34.
- Hagquist C, Bruce M & Gustavsson JP (2009) Using the Rasch model in nursing research: an introduction and illustrative example. *International Journal of Nursing Studies* 46, 380–393.
- International Council of Nurses (2005) *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses, Geneva. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf (accessed 14 March 2012).
- Lamoureux EL, Pallant JF, Pesudovs K, Hassell JB & Keeffe JE (2006) The Impact of Vision Impairment Questionnaire: an evaluation of its measurement properties using Rasch analysis. *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 47, 4732–4741.
- Linacre JM (2002) Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement* 3, 85–106.
- Lindh IB, Barbosa da Silva A, Berg A & Severinsson E (2010) Courage and nursing practice: a theoretical analysis. *Nursing Ethics* 17, 551–565.
- Manojlovich M (2010) Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *The Journal of Nursing Administration* 40, S45–S51.
- Marais I & Andrich D (2008) Formalizing dimension and response violations of local independence in the unidimensional Rasch model. *Journal of Applied Measurement* 9, 200–215.
- McBurney BH & Filoromo T (1994) The Nightingale pledge: 100 years later. *Nursing Management* 25, 72.
- McCloskey J & Bulechek G (1995) Validation and coding of the NIC taxonomy structure. Iowa Intervention Project. Nursing Interventions Classification. *The Journal of Nursing Scholarship* 27, 43–49.
- Meert KL & Sarnaik AP (2010) Choosing between death at home or in the hospital: respecting the principle of autonomy. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies* 11, 438–439.
- Numminen O, van der Arend A & Leino-Kilpi H (2009a) Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nursing Ethics* 16, 69–82.
- Numminen O, van der Arend A & Leino-Kilpi H (2009b) Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23, 380–394.
- Pallant JF & Tennant A (2007) An introduction to the Rasch measurement model: an example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology* 46, 1–18.
- Pattison S (2001) Are nursing codes of practice ethical? *Nursing Ethics* 8, 5.
- Rosenbloom AH & Jotkowitz A (2010) The ethics of the hospitalist model. *Journal of Hospital Medicine: An Official Publication of the Society of Hospital Medicine* 5, 183–188.
- Smith RM (2000) Fit analysis in latent trait measurement models. *Journal of Applied Measurement* 1, 199–218.
- Smith EV Jr (2002) Detecting and evaluating the impact of multidimensionality using item fit statistics and principal component analysis of residuals. *Journal of Applied Measurement* 3, 205–231.
- Smith EV Jr, Wakely MB, De Kruijff REL & Swartz CW (2003) Optimizing rating scales for self-efficacy (and other) research. *Educational and Psychological Measurement* 63, 369–391.
- Snelgrove S & Hughes D (2000) Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing* 31, 661–667.
- Sundin-Huard D & Fahy K (1999) Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *International Journal of Nursing Practice* 5, 8–13.
- Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, Zalewski Z, Bialecka A, van der Arend A & Heymans R (2006) The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nursing Ethics* 13, 376–393.
- Teresi JA (2006) Different approaches to differential item functioning in health applications. Advantages, disadvantages and some neglected topics. *Medical Care* 44, S152–S170.
- Toop L (1998) Primary care: core values. Patient centred primary care. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 316, 1882–1883.
- Verpeet E, Meulenbergs T & Gastmans C (2003) Professional values and norms for nurses in Belgium. *Nursing Ethics* 10, 654–665.
- Verpeet E, Dierckx de Casterle B, Van der Arend A & Gastmans CA (2005) Nurses' views on ethical codes: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing* 51, 188–195.
- Weaver K, Morse J & Mitcham C (2008) Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 62, 607–618.
- Wright BD & Masters GN (1982) *Rating Scale Analysis*. Mesa Press, Chicago, IL.
- Wright BD & Stone MH (1979) *Best Test Design*. Mesa Press, Chicago, IL.

The Journal of Clinical Nursing (JCN) is an international, peer reviewed journal that aims to promote a high standard of clinically related scholarship which supports the practice and discipline of nursing.

For further information and full author guidelines, please visit JCN on the Wiley Online Library website: <http://wileyonlinelibrary.com/journal/jocn>

Reasons to submit your paper to JCN:

High-impact forum: one of the world's most cited nursing journals and with an impact factor of 1.228 – ranked 23 of 85 within Thomson Reuters Journal Citation Report (Social Science – Nursing) in 2009.

One of the most read nursing journals in the world: over 1 million articles downloaded online per year and accessible in over 7000 libraries worldwide (including over 4000 in developing countries with free or low cost access).

Fast and easy online submission: online submission at <http://mc.manuscriptcentral.com/jcnur>.

Early View: rapid online publication (with doi for referencing) for accepted articles in final form, and fully citable.

Positive publishing experience: rapid double-blind peer review with constructive feedback.

Online Open: the option to make your article freely and openly accessible to non-subscribers upon publication in Wiley Online Library, as well as the option to deposit the article in your preferred archive.

SEGUNDO ARTÍCULO.

ARTICULO: “A NEW QUESTIONNAIRE TO ASSESS ENDORSEMENT OF NORMATIVE ETHICS IN PRIMARY HEALTH CARE: DEVELOPMENT, RELIABILITY AND VALIDITY STUDY.

Referencia bibliográfica.

González-de Paz L, Devant-Altimir M, Kostov B, Mitjavila-López J, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: development, reliability and validity study. *Family Practice*. 2013 Dec;30(6):724-33.

Reseña.

Introducción: El respeto de los derechos de los pacientes es una cuestión que atañe a todos los profesionales sanitarios independientemente de su profesión. Desde la perspectiva de la deontología profesional estos derechos forman parte de la ética normativa.

Objetivo: Diseñar y construir dos nuevos cuestionarios –uno para pacientes y otro para profesionales sanitarios- para medir la adherencia a los derechos de los pacientes, específicos de la atención primaria de Salud.

Métodos: Mediante grupos focales de pacientes y profesionales (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) se generaron una serie de conductas relacionadas con los derechos de los pacientes. Un panel de expertos seleccionó las conductas más representativas. Se estudió la validez psicométrica y el constructo final con un análisis de componentes principales. Finalmente se realizó un nuevo análisis con variables suplementarias para demostrar la utilidad de los cuestionarios validados.

Principales resultados y conclusiones: El cuestionario de los pacientes agrupa 17 ítems generales y 11 adicionales que describen situaciones específicas. El cuestionario de los profesionales contiene 24 ítems generales y 9 específicos. Las puntuaciones más altas de los pacientes y de los profesionales se asocian a una mejor opinión de la calidad asistencial y una mayor confianza en los profesionales sanitarios. En los profesionales, las puntuaciones más altas se asociaron al conocimiento efectivo del código.

A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: development, reliability and validity study

Luis González-de Paz^{a,*}, Meritxell Devant-Altimir^b, Belchin Kostov^a,
Joan Mitjavila-López^b, M. Dolors Navarro-Rubio^c and Antoni Sisó-Almirall^{a,d}

^aLes Corts Primary Health Care Centre, Transverse group for research in primary care–IDIBAPS, Barcelona, ^bLes Corts Primary Health Care Centre, Health care team, Barcelona, ^cSchool of Medicine and Health Sciences, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona and ^dSchool of Medicine (Hospital Clinic), University of Barcelona, Barcelona, Spain.

*Correspondence to Luis González-de Paz, Les Corts Primary Health Care Centre, C. Mejia Lequerica s/n. Pavelló Helios, 08028 Barcelona, Spain; E-mail: gonzalezdepaz@hotmail.com

Received 19 April 2013; Revised 18 June 2013; Accepted 18 July 2013.

Background. Assessing ethical endorsement is crucial to the study of professional performance and moral conduct. There are no specific instruments that verify patients and professional experiences of ethical practice in the specific area of primary health care (PHC).

Objective. To study the psychometric properties of two questionnaires to identify professional and patient endorsement of normative ethics.

Methods. A methodological study conducted in PHC centres from an urban area (Barcelona). A group of items from an ethical code were generated using a qualitative study with focus groups. Items underwent expert validation, item refinement and test–retest reliability. Two groups of items for PHC professionals and patients were validated. The structure of the constructs and the internal consistency were studied after participants completed the questionnaires. Principal component analysis with supplementary variables showed the utility of the validated questionnaires.

Results. The patients' questionnaire consisted of 17 general items plus 11 additional items on specific conditions, and the health professional's contained 24 general and 9 specific items. The construct of the questionnaires comprised a three-factor solution for patients and a five-factor solution for professionals. Principal component analysis with supplementary variables showed that patients with higher scores on ethical perception were associated with better opinions on health care quality and more confidence in professionals. In PHC professionals, higher scores were associated with effective knowledge of the code.

Conclusions. Both questionnaires showed good psychometric properties and are valid to screen ethical attitudes. The instrument warrants further testing and use with culturally diverse patients and PHC professionals.

Keywords. Codes of ethics, ethics, primary health care, survey, reliability and validity, validation studies.

Introduction

Normative ethics describe the effective rules of conduct within clinical ethics. Historically, standards of professional conduct are enshrined in codes of conduct. These moral frameworks comprise common moral values and are assumed collectively by each health care profession¹; at present, ethical policies are moving beyond single professional groups and may affect all health care professionals. The role of codes of conduct in daily clinical practice is under debate and study. Some studies have reported that health care professionals'

ethical attitudes are not influenced by these norms,² and their utility in resolving conflicts or ethical dilemmas is less than is claimed. Moral conduct in clinical practice and the effectiveness of codes are influenced by many factors: the institutional environment, the health care setting, professional experience, ethical education and accepted social values have all been shown to predispose professional attitudes.^{3,4} However, the doubts about whether the codes are useful do not mean that professionals do not perceive them as necessary.⁵

Primary health care (PHC) has traditionally been concerned with personal, holistic health provision.⁶ The

commitment of PHC professionals is to the person or community, not to the disease or organic system.⁷ PHC professionals seek closeness to the patient through continuity in relationships and easy accessibility to health services.⁸ Therefore, interactions with multiple disciplines, agencies and community organizations or groups are intrinsic characteristics of PHC not always found in other health care settings.⁸ This framework has raised the problem of measuring the ethical endorsement of PHC professionals and patients within the particular scope of PHC, and not only the general principles of normative ethics or the specific scope of a single professional group.⁹

As there is a lack of specific instruments to identify how PHC professionals perceive their ethical conduct in clinical practice and how patients view this behaviour in their health care professionals, this study aimed to develop and validate a questionnaire to assess moral attitudes in daily practice.

Methods

Study design and setting

This paper reports the first stage of the *Ethical Attitudes in PHC Study*. This study aims to assess the endorsement of normative ethics by PHC professionals in daily practice. We carried out a validation study using specially designed self-administered questionnaires for PHC professionals and patients.

Item generation

The instruments were based on the *Charter of citizens' rights and obligations in relation to health and health care services*,¹⁰ which is similar to patient charters in other countries. The charter was approved by the Department of Health of the Government of Catalonia (Spain) with the support of the Bioethics Advisory Committee in 2001 and has become a reference for ethics committees and health care institutions throughout Catalonia. The code is composed of 10 rights and 10 duties; as this study aimed to assess the endorsement of normative ethics, we focused only on the 10 rights.

A qualitative study with focus groups was conducted to develop an initial list of items to generate the most recognizable ethical attitudes. There were two similarly organized groups: PHC professionals and patients. The PHC professionals focus group included family physicians, nurse practitioners and social workers from four PHC located in different districts of Barcelona. To obtain a wide range of data from the professional thoughts, study collaborators from each PHC asked professionals to participate voluntarily according to their communication skills, age, gender and profession.

Participants in the patient groups were recruited from two PHC clinics according to subjective views of the

communication skills of each candidate and included patients with a variety of ages and socioeconomic status of both sexes.

The focus groups were lead by a researcher and an expert in qualitative methodology and took place in a room suitable for group sessions within a PHC centre. Briefly, participants (patients or professionals) were informed of the aim and purpose of the study and of the focus group to obtain a set of specific behaviours that identified PHC clinical practice. The text of each of the 10 rights were then consecutively screened and read out by the researcher. The researcher then asked the participants which specific behaviour identified each right. The discussions were recorded and stored on digital file. This audio file was reviewed independently by the same two researchers who lead the groups; they individually transcribed the ethical attitudes. Subsequently, the concordance between the two lists was checked; if there was no agreement, the audio file was listened to again until there was agreement. The number of groups was established according to the data saturation point, meaning that if additional groups were organized no relevant information would be collected. Once the saturation point was reached, all ethical behaviours from all groups were merged in one list, and those considered redundant were removed. The wording was adapted to an item form by four authors after review, without changing the meaning substantially.

Instrument validation

Fifty-four of the original authors and co-authors of the Charter of Rights were contacted. Each expert assessed the suitability of each ethical attitude by scoring them on a scale from 1 to 5 (1: *the item does not correspond to this general norm at all*, 5: *the item corresponds perfectly to the general norm*). Attitudes with a high level of consensus were selected and compacted in a single list.

Face validity and item refinement were made by interviews with a subsample of PHC professionals ($n = 9$) and patients ($n = 11$) that showed the two groups required differing arrangements in wording. Therefore, there were two subsets of items: a group of ethical attitudes present in all cases and a group of items that could have occurred or not. The process ended when all major wording problems were detected and addressed. At this stage, the set of items for PHC professionals and patients differed in appearance; there were divergences in item wording, and the group of general and specific items differed; for this reason, two different instruments for PHC professionals and patients were validated.

Test-retest was used to assess the reliability of the scores over the time the two questionnaires were re-completed by a subsample of PHC professionals ($n = 20$) and PHC patients ($n = 21$) over a 2-week period. The intraclass correlation coefficient was considered at item level; items in which the score change was not reliable were discarded.

Internal consistency and construct structure

After sample administration, the internal consistency was determined using Cronbach's alpha and a split half test. Factor analysis with principal component analysis (PCA) with varimax rotation was used to identify and describe the underlying latent construct of the questionnaires. As PCA analysis requires data completeness, only the items of the general part of each questionnaire were analyzed, leaving aside the specific part.

Once administered, the scores were analyzed using PCA with the variables forming the first part of the questionnaire as supplementary variables.

Pilot test

A pilot test was carried out in two subsamples of professionals and patients ($N = 40$) to ensure that both professionals and patients could fill in the questionnaire in 10–15 minutes.

Questionnaire design and sampling

The final questionnaire had three parts. For PHC professionals, the first part collected information on gender, age, profession, years of professional experience and a question to choose one of four options to describe knowledge of the Charter of citizens' rights: from *no knowledge* to *know the whole content*. The second and third parts consisted of a set of items with general and specific ethical attitudes. Professionals were asked to score their perception of endorsement of each of the items on a 0–5 rating scale ranging (from “*I almost never consider this attitude*” to “*I always consider the attitude*”). The questionnaire for PHC patients had the same parts, but additional information was collected: gender, age, opinion of quality of health care given by PHC professionals and confidence in PHC professionals. The heading of the second and third parts of the questionnaire was *How often do you think that family physicians and nurses of the Primary Care Center take into account the following attitudes?* Patients were asked by the researcher to score their perceptions of the PHC professionals from whom they directly received care. The rating scale again ranged from 0 to 5 (from *I think the healthcare professionals in this PHC never consider this attitude to they always consider this attitude*).

The questionnaire was sent to a convenience sample of professionals from 43 PHC centres. We planned to collect a similar number of questionnaires from patients of three of the 43 PHC centres.

The questionnaire for PHC professionals was designed to be completed online in order to facilitate participation. Website forms were generated for each of the 43 PHC centres included. Professionals who agreed to participate accessed the web form and completed the questionnaire. Incomplete responses were only accepted for the specific ethical attitude items. For the patient's questionnaire, the instrument was in written form. Patients waiting for medical

attention were informed of the aims and procedures of the study. Patients were excluded if they stated that they did not regularly attend the PHC in question. All questionnaires were administered anonymously. The data collection of the study took place between the 2nd and 18th March 2012.

Analysis

A consensus statistic was used to select items that the majority of experts scored as in the highest category or close.^{11,12} We selected items with a high level of consensus (>80%). The other items were considered not valid.

The time reliability of each item was tested between two similar assessments using the intraclass correlation coefficient ($ICC_{2,1}$).

The reliability of the general items of ethical attitudes was calculated using Cronbach's alpha, which was considered acceptable if the value was >0.8. In addition, a split half test was performed to detect any incongruence.

The structure and subscales of the general items were analysed using PCA followed by varimax rotation. To determine the number of factors in the PCA solution, only factors with an eigenvalue of ≥ 1 were retained. A minimum factor loading of 0.40 was used as the criterion for each retained item and a difference of ≥ 0.15 between the primary loading and any secondary loading for an item; items without this difference were assigned to the named factors with the most theoretical sense.

Data from sociodemographic variables were introduced separately in each PCA as supplementary variables. A value from a test based on normal distribution was used to identify factors that significantly influenced ethical perception.

Missing data analysis

PHC patients' questionnaires with one to three blank items on the ethical attitude items were completed using a multiple imputation approach to impute missing data. This problem did not arise in PHC professionals' questionnaires as the web form system did not allow for blank answers. All analyses were conducted using the R version 2.14.2 for Windows statistical software package with repositories.

Results

Item generation

Data saturation point was observed after conducting six focus groups with a total of 26 professionals and 24 patients. The age in the patients group ranged between 19 and 82 years. After removing redundant information, we obtained a list of 100 ethical attitudes (PHC patients = 44 and professionals = 56).

Validation

Fifteen of the 54 authors and co-authors (27.78%) of the *Charter of citizens' rights* agreed to participate in the expert validation process by assessing the suitability of the ethical attitudes. All were members of the Bioethics Advisory Committee of Catalonia, which includes professors of medicine, philosophy, education, economy, pharmacology and sociology and health care directors and is supported by the Catalanian government.

The experts reached a consensus of >80% in 51 (51%) ethical attitudes, of which 14 were redundant as they concerned the same attitude and were unified to form a single attitude. As a result, there were 37 validated attitudes, of which four only applied to professionals (e.g. *carrying out regular continuing education or conflicts of interest in research*).

Table 1 shows the ICC_{2,1} for the rejected ethical attitudes without time consistency: four items from the general section for professionals and five for patients were not sufficiently consistent and were excluded. The final questionnaire was therefore composed of 28 and 33 items for PHC patients and professionals, respectively. Figure 1 shows a flow chart from the initial ethical list to the final set of items that formed the two questionnaires. The final set of items are on the Appendix, note that these are not the validated form as the original are in Spanish.

A total of 273 completed questionnaires were received from professionals of 43 PHC centres. The results of the descriptive analysis are shown in Table 2. One hundred nine (39.90%) professionals answered *Don't know the Charter of Rights* or *Know but not its contents*, meaning that they had no effective knowledge, whereas 164 (60.10%) had effective knowledge (*Know contents partially* or *Know contents totally*). Of the professionals who participated, 266 (97.50%) were family physicians or nurses.

For patients, a total of 291 questionnaires in three PHC were collected, and 262 (90.03%) were valid for analysis, with 35 (13.35%) requiring missing data

management. The results of the descriptive analysis are shown in Table 2. Two hundred and twenty-two (85.05%) participants had no effective knowledge of the content of the 10 general norms, whereas 39 (14.94%) had effective knowledge. Of patients, 160 (61.30%) scored good or above on the item of opinion on quality of health care given by PHC professionals and nearly half had a great amount of confidence in PHC professionals.

In the PCA analysis, the values of the communalities were >0.4 for all items. Table 3 shows the retained factors in the two questionnaires. In PHC patients, as there were three factors with an eigenvalue of ≥ 1 , the items from the general part were reduced to a three-factor solution that explained 59.35% of the total variance. The rotated solution revealed a simple structure, with each of the three factors showing a number of strong loadings and most variables loading substantially. Each factor was labelled after content analysis of each item within its factors. Factor 1 related to 'professional identification and adequate atmosphere when visiting', Factor 2 to 'information and communication between professional and patients' and Factor 3 to 'healthcare equity'.

In PHC professionals, the 24 general items were represented by five factors that explained 54.80% of the total variance. After content analysis, each of the rotated five factors was labelled. Factor 1 relates to 'commitment to patients according to their healthcare needs', Factor 2 to 'communication between professionals and patients and professional protection', Factor 3 to 'use of information technology tools, continuing training and use of computerized healthcare records', Factor 4 to 'self-identification of healthcare professional to patients' and Factor 5 to 'patient decisions after professional communication'.

Cronbach's alpha for the second part of the questionnaire (general ethical attitudes) was 0.91 and 0.90 in the questionnaires of patients and professionals, respectively, signifying high internal consistency. Split half test reliability showed a correlation of 0.81 and 0.83 in the patients'

TABLE 1 ICC_{2,1} for ethical attitudes that did not show time stability and failed the test-retest at 0.05 significance level

	ICC _{2,1}	P-value
PHC professionals		
Adapt the language of communication to improve patient understanding of the information given	0.207	0.174
Let the patient decide freely which extra-professionals or relatives wish to be in the consultation	0.123	0.296
Offer patients the possibility of writing a living will as appropriate	0.196	0.198
When patient and professional meet for the first time, make sure the patient knows the name and profession of the clinician	0.325	0.074
PHC patients		
Adapt the language of communication to improve patient's understanding of the information given	-0.178	0.755
Let the patient decide freely which extra-professionals or relatives want to be in the consultation	0.294	0.121
Be aware of clinical information given to patient's relatives	-0.197	0.769
Inform patients of the possible consequences when choosing therapy	0.247	0.173
Offer patients the possibility of making contact using different media (e-mail, Internet, etc.)	0.275	0.146

$P > 0.05$ indicates no time reliability between two similar assessments (no correlation), and therefore these items were discharged from the questionnaire.

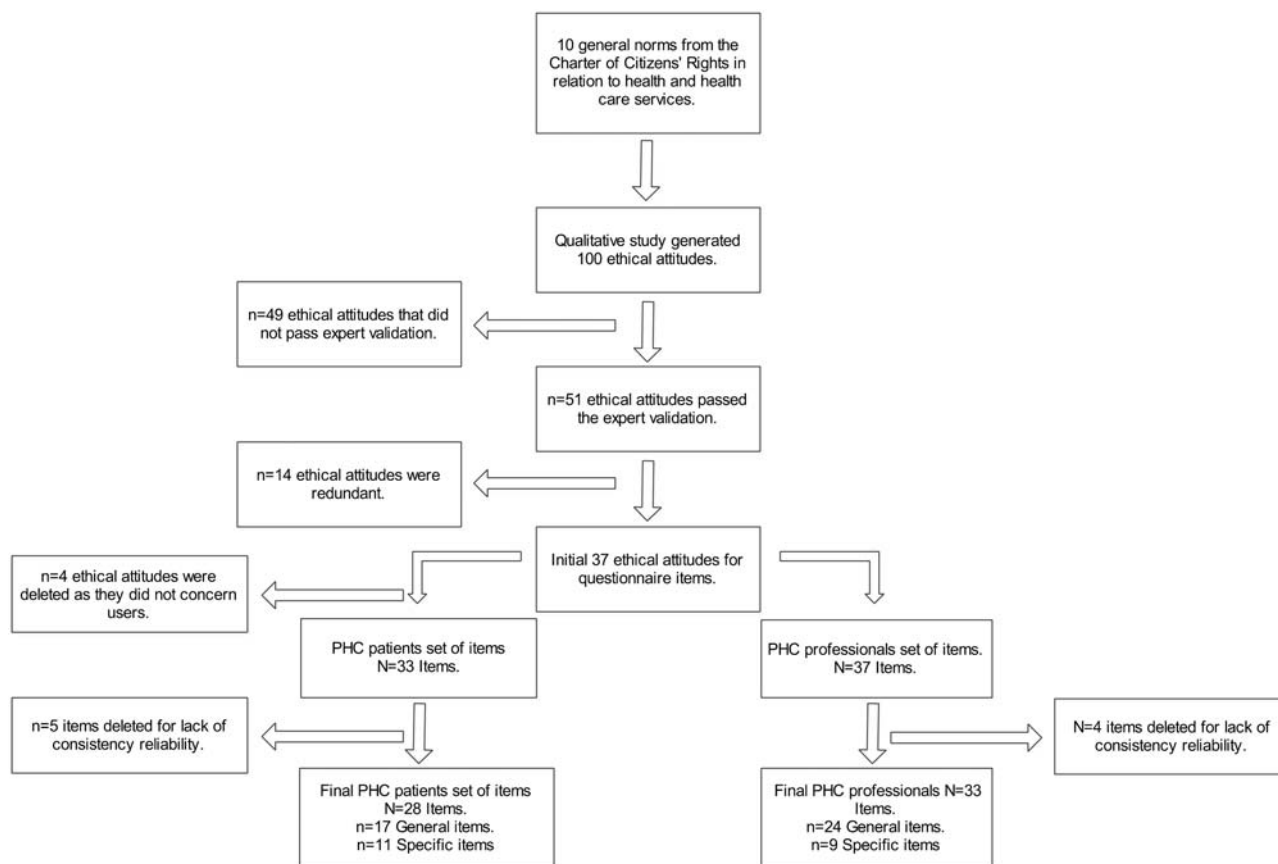


FIGURE 1 Flow chart with item selection from the validation of ethical attitudes to the item selection for PHC patients and professional's final questionnaires

and professionals' questionnaires, respectively, and therefore the questionnaires could be considered reliable.

Analysis of supplementary variables

Figure 2 shows that the first common factor of the PCA opposes subjects with lower and higher scores in the general items of the second part of the questionnaire. This showed the categories from the variables of the first part of the questionnaire (descriptive analysis) were associated with higher or lower scores in the second part. Patients who scored higher on ethical attitude items were associated with a better opinion of health care quality and more confidence in PHC professionals. In PHC professionals, those who had effective knowledge of the Charter of Rights scored higher on items; PHC nurses had higher scores compared with family physicians, and differences between PHC centres were observed: PHC numbered as 26 and 9 had lower scores, while 13 and 31 had higher scores.

Discussion

This validation study refined and tested two instruments designed to identify perceptions of ethical attitudes in daily PHC practice. Currently validated questionnaires

measuring ethical practice focus on patient advocacy or ethical sensitivity.^{13,14} Nevertheless, they are designed to be applied to a single professional group and are not specific for PHC.

The consensus statistics used in the expert validation showed that experts viewed as valid only half the attitudes proposed directly by PHC patients and professionals. This revealed a high level of difference between professionals, patients and the experts who wrote the norms. This distance between the interpretation of the wording of the norm and the intended meaning that experts originally gave them should be a concern when adapting codes to real-life practice. Methodologically, the consensus agreement statistic used here ensured that only those items that the experts scored as in the highest rank or close were selected. It has been reported that commonly used inter-rater agreement statistics that categorize ranges of agreement are almost inappropriate as they maximize or minimize the agreement^{15,16} and do not assume dispersion from the targeted score.¹⁷

Test-retest revealed that time was an influencing factor on opinion in some items. PHC professionals and patients had in common two of the rejected items. In practice, this could mean that assessment of these ethical attitudes with an item form would fall short and

TABLE 2 Descriptive results from the sample of PHC patients and professional

PHC professionals	Sample, <i>n</i> = 273
Age (years)	
Mean (<i>SD</i>)	46.20 (9.66)
Years of professional experience	
Mean (<i>SD</i>)	21.21 (9.97)
Gender	
Male	55 (20.15%)
Female	218 (79.85%)
Professional activity	
Nursing	129 (47.25%)
Family physician	137 (50.18%)
Social worker	7 (2.56%)
Degree of knowledge of the Charter of citizens' Rights	
No knowledge	34 (12.45%)
Know but not its contents	75 (27.47%)
Know contents partially	125 (45.79%)
Know contents totally	39 (14.29%)
PHC patients group	Sample, <i>n</i> = 262
Age (years)	
Mean (<i>SD</i>)	47.13 (16.48)
Gender (<i>n</i> = 259)	
Male	105 (40.54%)
Female	154 (59.46%)
Opinion on quality of health care given by PHC professionals (<i>n</i> = 261)	
Very poor	10 (3.83%)
Poor	31 (11.88%)
Reasonable	60 (22.99%)
Good	111 (42.53%)
Very good	49 (18.77%)
Confidence in PHC professionals (<i>n</i> = 262)	
None	8 (3.05%)
Little	34 (12.98%)
Reasonable	95 (36.26%)
Quite a lot	90 (34.35%)
A lot	35 (13.36%)
Degree of knowledge of the Charter of the citizens' rights (<i>n</i> = 261)	
No knowledge	165 (63.22%)
Know but not its contents	57 (21.84%)
Know contents partially	32 (12.26%)
Know totally	7 (2.68%)

require other methods. However, most items showed sufficient reliability to ensure the time reliability of the two instruments.

The number of factors in the subscales differed between PHC professionals and patients. According to the PCA analysis, three factors were obtained for PHC patients and five for PHC professionals. This may be due to the number of general items, which had seven items more for PHC professionals than patients. Nevertheless, it may be suggested that professionals can separate attitudes in detail, while patients constrict their view to questions surrounding their autonomy and health care service.

TABLE 3 Factor loadings >0.4 for each item in PHC professionals' and patients' questionnaires

PHC professionals						PHC patients		
Factors						Factors		
Item number	1	2	3	4	5	1	2	3
1	0.638	–	–	–	–	–	–	0.850
2	0.659	–	–	–	–	–	–	0.716
3	0.613	–	–	–	–	–	0.700	–
4	0.458	0.572	–	–	–	0.501	0.521	–
5	–	0.656	–	–	–	0.474	0.441	–
6	–	0.601	–	–	–	0.587	–	–
7	0.597	–	–	–	–	0.599	–	–
8	0.612	–	–	–	–	–	0.655	–
9	0.554	–	–	–	–	–	0.467	–
10	0.438	0.421	–	–	–	0.591	0.526	–
11	–	0.640	–	–	–	0.767	–	–
12	–	0.517	–	–	–	0.878	–	–
13	–	–	0.437	–	–	0.815	–	–
14	–	0.459	–	–	0.442	–	0.707	–
15	–	–	–	–	0.703	0.597	–	–
16	0.476	–	–	–	0.568	0.743	–	–
17	–	–	–	–	0.749	0.649	–	–
18	–	–	–	–	0.595	–	–	–
19	–	–	–	0.695	–	–	–	–
20	–	–	–	0.663	–	–	–	–
21	–	–	0.458	0.469	–	–	–	–
22	–	0.471	0.632	–	–	–	–	–
23	–	–	0.684	–	–	–	–	–
24	–	–	0.707	–	–	–	–	–

In bold, items corresponding to factor in columns. When an item loaded >0.4 in more than one factor, a difference of 0.15 was used to label; in items where there was not sufficient difference, they were assigned to factors with the most theoretical sense. For factor names see the text.

The utility of the validated set of items was shown by analysing the results using PCA with supplementary variables. On the one hand, PHC professionals with lower scores on ethical attitudes were more likely to be family physicians and have no knowledge of the ethical code. On the other hand, PHC nurses and physicians who reported knowing the code were associated with higher scores. These findings support previous studies that recommend continuing professional education on professional ethical duties.^{18,19} The results show the usefulness of comparing the perceptions of ethical endorsement between differing groups. In the patients' questionnaire, higher scores (perception of ethical endorsement) were associated with patients who had greater confidence in professionals and more favourable opinions on quality. These differences suggest that the validated instrument can identify greater or lesser ethical practice between groups. Although this analysis would need further study, this initial testing suggests that the scores may be used in future studies to explore ethical practice. Having two questionnaires with the same construction and based on the same code allows

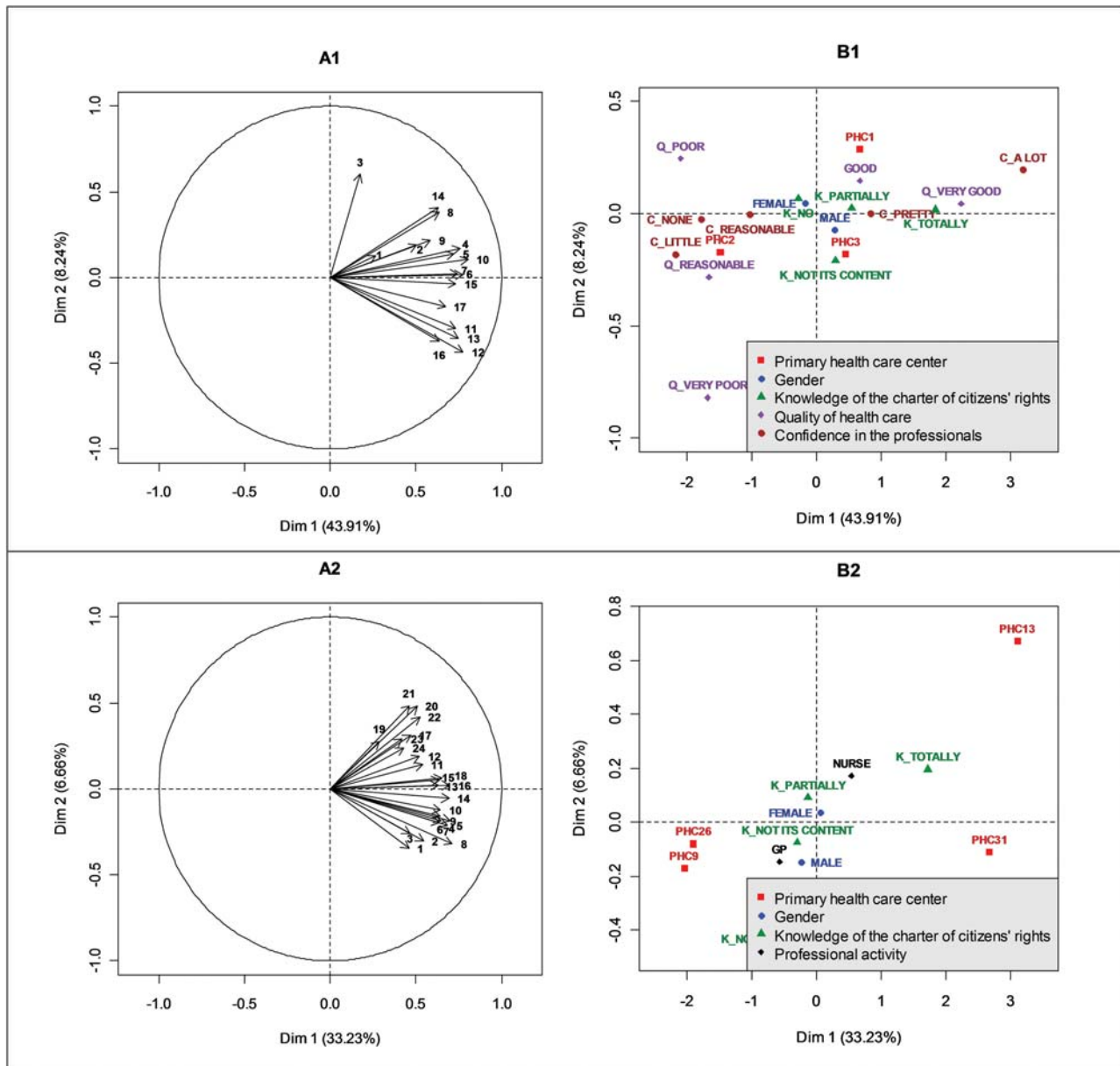


FIGURE 2 A1 (PHC patients) and A2 (PHC professionals): the first common factor of the PCA opposes subjects with lower and higher scores. B1 and B2 identify factors where scores were higher and lower

direct comparison of professional perceptions of ethical practice and the corresponding opinions of patients.

The final analysis showed that the scores of the general part were associated with greater ethical endorsement in PHC professionals and a greater perception of ethical practice in patients. Although establishing a hierarchy for each ethical attitude was beyond the scope of this study, this step seems necessary to determine how each item is regarded to others and could provide information on the endorsement of each ethical norm. This point will be addressed in future studies using other approaches to test theory, such as the item response theory.

The validation study has some limitations. First, only the general items were fully validated, while the specific items underwent expert review and face validity,

but were not included in the test–retest or PCA analysis, as there was nearly 70% of missing data per item. This group of items described circumstances not always present in PHC practice, and construct analysis would require other kinds of analysis, which might be useful to other researchers. Finally, while the sample size was not calculated beforehand, for both questionnaires the values of the communalities in the PCA analysis indicated that the sample included was adequate.²⁰

Conclusions

In summary, the results of testing the two groups of items showed that they are valid to screen the ethical

attitudes of PHC professionals and patients perception of ethical endorsement. Ethical endorsement of the code consisted of a multidimensional construct with five factors for professionals and three for patients.

Validation, item refinement and reliability analysis showed that the instruments for PHC professionals and patients required different item wording and that the general and specific items differed. However, the two instruments refer to the same construct and could be used to compare overall results using other types of analysis.

The instruments warrant further testing and use with culturally diverse patients and PHC professionals. They could be used to screen and evaluate professional ethical endorsement and patient's perceptions and to assess professional values over time. This may be a potentially useful instrument for researchers and administrators. The importance of determining which factors influence ethical behaviour and the degree of validity of the same ethical standards lies in the commitment of professionals, health institutions and academics to promote ethical behaviour and good clinical practice. The final questionnaires, in their original language, are available from the first author on request.

Acknowledgements

We thank all patients and professionals, including the PHC clinical supervisors, who participated in the study. We acknowledge the members of the Bioethics Advisory Committee of Catalonia who gave their opinions in the expert validation stage. We thank Dr Pilar Solans and Dr Jaume Benavent, Director and Deputy director, Primary Health Care of Barcelona, Catalan Institute of Health; Laura Sebastián, General Manager, Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample; Dr Jaume Sellarés and Dr Albert Casasa, General Manager and Teaching Coordinator, Sardenya Primary Healthcare Center, Barcelona; Dr Josep Maria Cots, Catalan Institute of Health and David Buss and Juan González for their technical assistance.

Declaration

Funding: none.

Ethical approval: the study protocol was approved by the relevant PHC ethics committees of participating centres (Reference numbers: 6263, 6359 and P11/21 P11/17). Written informed consent was obtained from participants in cases where data collection was not anonymous (focus groups, item refinement and test-retest); completion of the anonymous questionnaires

for professionals and patients was considered as implicit consent.

Conflict of interest: none.

References

- 1 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edn. New York: Oxford University Press, 2009, p. 417.
- 2 Antiel RM, Curlin FA, Hook CC, Tilburt JC. The impact of medical school oaths and other professional codes of ethics: results of a national physician survey. *Arch Intern Med* 2011; **171**: 469–71.
- 3 Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs* 2008; **62**: 607–18.
- 4 Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality. *Am J Bioeth* 2006; **6**: 65–71.
- 5 Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H. Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scand J Caring Sci* 2009; **23**: 380–94.
- 6 McWhinney IR. Primary care: core values. Core values in a changing world. *BMJ* 1998; **316**: 1807–9.
- 7 World Health Organization. *The World Health Report 2008—Primary Health Care* (now more than ever). Geneva: World Health Organization, 2008. <http://www.who.int/whr/2008/en/> (accessed on 15 June 2006).
- 8 Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008; **372**: 865–6.
- 9 Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009; **338**: b1242.
- 10 Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en Relació amb la Salut i l'Atenció Sanitària*. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris, 2002. http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_ass.pdf (accessed on 15 June 2013).
- 11 Tastle WJ, Wierman MJ. Agreement, agreement distributions, and distance. In: *Proceedings of the Annual Meeting of the North American Fuzzy Information Processing Society*, May 19–22, 2008, pp. 1–4. NAFIPS, New York. <http://ieeexplore.ieee.org/stamp/stamp.jsp?tp=&arnumber=4531271&isnumber=4531194> (accessed on 14 June 2013).
- 12 Tastle JM, Tastle WJ. Extending the consensus measure: analyzing ordinal data with respect to extrema. *IS Ed J* 2006; **4**: 3–7. <http://www.isedj.org/4/72/ISEDJ.4%2872%29.Tastle.pdf> (accessed on 8 August 2013).
- 13 Sirin SR, Brabeck MM, Satiani A, Rogers-Serin L. Validation of a measure of ethical sensitivity and examination of the effects of previous multicultural and ethics courses on ethical sensitivity. *Ethics Behav* 2003; **13**: 221–35.
- 14 González-de Paz L, Kostov B, Sisó-Almirall A, Zabalegui-Yáñez A. A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *J Clin Nurs* 2012; **21**: 2747–60.
- 15 Brenner H, Kliebsch U. Dependence of weighted kappa coefficients on the number of categories. *Epidemiology* 1996; **7**: 199–202.
- 16 Warrens MJ. Some paradoxical results for the quadratically weighted kappa. *Psychometrika* 2012; **77**: 315–23.
- 17 Elzinga C, Wang H, Lin Z, Kumar Y. Concordance and consensus. *Inf Sci* 2011; **181**: 2529–49.
- 18 Fawzi MM. Medical ethics educational improvement, is it needed or not?! Survey for the assessment of the needed form, methods and topics of medical ethics teaching course amongst the final years medical students Faculty of Medicine Ain Shams University (ASU), Cairo, Egypt 2010. *J Forensic Leg Med* 2011; **18**: 204–7.
- 19 Turban J. Teaching ethics: are students getting the answers? *Med Educ* 2012; **46**: 526.
- 20 MacCallum RC. Sample size in factor analysis: the role of model error. *Multivariate Behav Res* 2001; **36**: 611–37.

Appendix

Ethical attitude questionnaire for PHC professionals

General ethical attitude items

- 1 Provide more time to patients who need more health care
- 2 Record social issues that may relate to diseases in the medical record
- 3 Avoid prejudices in professional practice (particularly with minority or ethnic groups)
- 4 Ensure that the patient understands the health information given
- 5 Listen and be attentive to patients' emotional expressions
- 6 Provide an environment for children that lets them express themselves freely in a relaxed way
- 7 Provide holistic health care and not only medical care to patients at the end of their lives
- 8 Provide clinical information in such a way that lets the patient choose as freely as possible
- 9 Whenever there are two valid options, explain them to the patient and let them express their opinion
- 10 Be careful about the clinical information given to patient's relatives
- 11 In the surgery, use the features designed to protect patient privacy (e.g. curtains, door latches or red lights)
- 12 Avoid interruptions in the surgery (phone calls or unplanned interruptions from other professionals)
- 13 Collect the reasons that lead patients to reject recommended preventive measures (e.g. stopping smoking, recommended vaccinations) in the medical record
- 14 Encourage patients to express all their worries about the disease process (proactive communication)
- 15 Ask patients if they require more information about their disease
- 16 Inform patients of the possible consequences when choosing therapy
- 17 When doubts arise, support patient's request for a second opinion
- 18 Determine whether patients can access prescribed or recommended treatments
- 19 Make sure you are correctly identified in the workplace
- 20 Encourage patients to make suggestions or complaints in writing
- 21 Offer patients the possibility of making contact using different media (e-mail, Internet, ...)
- 22 Explain to patients who their reference professionals are (family physician and nurse)
- 23 Carry out regular continuing education and training programs
- 24 Use the shared databases of medical health records when necessary

Specific ethical attitude items (only to score if have occurred)

- 25 Explain the consequences of carrying out a genetic analysis
- 26 Ensure confidentiality when giving a patient the results of a genetic analysis
- 27 Explain clearly the inherent uncertainties of patient participation in research or clinical trials
- 28 Ensure that the patient's trust in the professional does not affect their acceptance to participate in research or clinical trials
- 29 Allow patients to express concerns about participation in clinical trials
- 30 Offer the patient the opportunity of abandoning a research study or clinical trial when they wish
- 31 Ensure that all research or clinical studies have been evaluated by the appropriate research ethics committees
- 32 When participating as a researcher in a clinical study, ensure you have received training in standards of good clinical practice in research
- 33 Avoid conflicts of interest in a research or clinical study, which threaten patient trust

Ethical attitude questionnaire for PHC patients

Items on general ethical attitudes

- 1 Provide more time to patients who need more health care
- 2 Record social issues that may relate to diseases in the medical record
- 3 Avoid prejudices in professional practice (particularly with minority and ethnic groups ...)
- 4 Ensure that the patient understands the health information given
- 5 Listen and be attentive to patients' emotional expressions
- 6 Provide clinical information in such a way that lets the patient choose as freely as possible
- 7 Whenever there are two valid options, explain them to the patient and let them express their opinion
- 8 In the surgery, use the features designed to protect patient privacy (e.g. curtains, door latches or red lights)
- 9 Avoid interruptions in the surgery (phone calls or unplanned interruptions from other professionals)
- 10 Encourage patients to express all their worries about the disease process (proactive communication)
- 11 Ask patients if they require more information about their disease
- 12 When doubts arise, facilitate to patients requesting a second opinion
- 13 Determine whether patients can access prescribed or recommended treatments
- 14 Make sure the health professional is correctly identified in the workplace

- 15 At the first visit, explain the name and profession of the professional
 - 16 Encourage patients to make suggestions or complaints in writing
 - 17 You know who are the professionals of reference (nurse and family physician) and where you can meet them in the PHC
- Specific ethical attitude items (only to score if have occurred)**
- 18 Provide an environment for children that lets them express themselves freely in a relaxed way
 - 19 Provide holistic health care and not only medical care to patients at the end of their lives
 - 20 Offer patients the possibility of writing a living will as appropriate
 - 21 Explain the consequences of carrying out a genetic analysis
 - 22 Ensure confidentiality when giving a patient the results of a genetic analysis
 - 23 Collect the reasons that lead patients to reject recommended preventive measures (e.g. stopping smoking, recommended vaccinations) in the medical record
 - 24 Explain clearly the inherent uncertainties of patient participation in research or clinical trials
 - 25 Avoid conflicts of interest in a research or clinical study, which threaten patient trust
 - 26 Allow patients to express concerns about participation in clinical trials
 - 27 Offer patient the opportunity to abandon the clinical trial when they wish
 - 28 Acknowledge the purpose of a research project

TERCER ARTÍCULO.

ARTICULO: “ETHICAL BEHAVIOUR IN CLINICAL PRACTICE: A MULTIDIMENSIONAL RASCH ANALYSIS FROM A SURVEY OF PRIMARY HEALTH CARE PROFESSIONALS OF BARCELONA (CATALONIA, SPAIN)”.

Referencia bibliográfica.

González-de Paz L, Kostov B, López-Pina JA, Zabalegui-Yárnoz A, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. Ethical behaviour in clinical practice: A multidimensional Rasch Analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain). *Quality of Life Research*. 2014 (*en prensa*). DOI:10.1007/s11136-014-0720-x

Reseña.

Introducción: La evaluación de la práctica de las normas de ética por los profesionales requiere examinar las conductas específicas relacionadas con cada norma.

Objetivo: Evaluar que percepción de práctica de las conductas éticas tienen los profesionales sanitarios de la atención primaria de salud.

Métodos: Estudio transversal en una muestra de profesionales de atención primaria del área urbana de Barcelona (Cataluña, España). Los datos fueron recogidos con un instrumento (cuestionario) multidimensional previamente validado y basado en la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria. Se examinó la percepción de cumplimiento ético de las conductas y su grado de realización con un modelo multidimensional de Rasch; posteriormente se analizaron diferencias entre grupos de profesionales según la percepción de práctica en función del sexo, la profesión, el conocimiento de la carta y la edad.

Principales resultados y conclusiones: Participaron 452 profesionales de 56 centros de atención primaria. El cumplimiento ético fue menor en las dimensiones relacionadas con el respeto a la autonomía de los pacientes. Se observaron diferencias en la percepción de cumplimiento ético entre las enfermeras respecto a la de los médicos de familia ($p < 0.01$) y en los profesionales con un conocimiento efectivo de la carta ética ($P < 0.05$). La menor puntuación las conductas relacionadas con la autonomía del paciente y su capacidad de decisión ante opciones terapéuticas, sugiere que todavía persiste

en los profesionales de la atención primaria de salud actitudes paternalistas con los pacientes. Asimismo, la sensibilidad ética en los equipos de salud podría mejorar con una atención multidisciplinar.

Ethical behaviour in clinical practice: a multidimensional Rasch analysis from a survey of primary health care professionals of Barcelona (Catalonia, Spain)

Luis González-de Paz · Belchin Kostov ·
Jose A. López-Pina · Adelaida Zabalegui-Yárnoz ·
M. Dolores Navarro-Rubio · Antoni Sisó-Almirall

Accepted: 13 May 2014
© Springer International Publishing Switzerland 2014

Abstract

Purpose Normative ethics includes ethical behaviour health care professionals should uphold in daily practice. This study assessed the degree to which primary health care (PHC) professionals endorse a set of ethical standards from these norms.

Methods Health care professionals from an urban area participated in a cross-sectional study. Data were collected using an anonymous, self-administered questionnaire. We examined the level of ethical endorsement of the items and the ethical performance of health care professionals using a Rasch multidimensional model. We analysed differences in ethical performance between groups according to sex, profession and knowledge of ethical norms.

Results A total of 452 Professionals from 56 PHC centres participated. The level of ethical performance was lower in items related to patient autonomy and respecting patient

choices. The item estimate across all dimensions showed that professionals found it most difficult to endorse avoiding interruptions when seeing patients. We found significant differences in two groups: nurses had greater ethical performance than family physicians ($p < 0.05$), and professionals who reported having effective knowledge of ethical norms had a higher level of ethical performance ($p < 0.01$).

Conclusions Paternalistic behaviour persists in PHC. Lesser endorsement of items suggests that patient-centred care and patient autonomy are not fully considered by professionals. Ethical sensitivity could improve if patients are cared for by multidisciplinary teams.

Keywords Primary health care · Professional ethics · Codes of ethics · Rasch analysis

L. González-de Paz (✉) · B. Kostov · A. Sisó-Almirall
Les Corts Primary Health Care Centre, Transverse Group for
Research in Primary Care-IDIBAPS, Barcelona, Spain
e-mail: gonzalezdepaz@hotmail.com

L. González-de Paz · M. D. Navarro-Rubio
School of Medicine and Health Sciences, Universitat
Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Spain

J. A. López-Pina
Department of Basic Psychology and Methodology, University
of Murcia, Murcia, Spain

A. Zabalegui-Yárnoz
Hospital Clinic of Barcelona, University of Barcelona,
Barcelona, Spain

A. Sisó-Almirall
University of Barcelona School of Medicine (Hospital Clinic),
Barcelona, Spain

Introduction

Normative ethics in health care attempts to describe how professionals ought to behave when treating patients [1, 2]. In health care professions, the source of ethical norms has historically been enshrined in codes of ethics [3]. While the ethical norms of the various health care professions refer to almost the same values and commitments to patients, they also characterize the ethical sensitivity of each profession [4].

Since the 1950s, health care normative ethics has progressively incorporated the principle of autonomy to avoid paternalistic and unethical authoritarian behaviour among health care professionals. The patients' will became crucial when the first charter of patients' rights was approved [5], and subsequent ethical statements strengthened the importance of respecting patients' decision-making. These

ethical precepts also affected health care policies, directives and professionals' behaviour. Research into professional behaviour has distinguished between primary outpatient care and secondary or acute hospital care [6–8]. In many countries, the primary health care (PHC) is characterized by the multidisciplinary involvement of health care teams, including family physicians, nurses and social workers. PHC is often the first place at which patients present with an illness, and without referral from another physician [9, 10]. The PHC centres provide an easily accessible route to care. PHC professionals deal with a wide range of physical, psychological and social problems, rather than specialists in any particular disease area. This commitment to patient-centred care has meant that studies of behaviour have focused on issues such as communication with patients or dealing with social inequalities [6, 11]. Despite the theoretical importance of ethical norms, some studies have reported that their relevance to professional behaviour is minimal, and other sources of morality, such as social, individual and organizational values, have a greater influence on professionals' attitudes [12, 13].

Self-reported questionnaires are the most widely used quantitative method of studying ethical behaviour. The sum of each individual item is normally used to provide an aggregate score [14–16]. However, this means that information from a specific item may be lost and ordinal variables from the items are transformed into a continuous variable [17, 18].

The aim of this study was to examine PHC professionals' ethical behaviour in daily practice using a reliable set of items [19]. We used a robust method [20] that allowed rigorous measurements to examine differences between groups of health care professionals to be assessed.

Methods

Design

We carried out a cross-sectional study using a set of items from a questionnaire which was previously studied and internally validated [19].

Participants and data collection

The study was carried out in 56 PHC centres located in the urban area of Barcelona (Catalonia, Spain), with an assigned population of 1,377,352 in 2012 [21]. Family physicians, MD residents, nurses and social workers were invited to participate. The questionnaire was designed to be completed online. Briefly, the data collection method was that website forms were generated for each PHC centre

included in the study. The supervisors of each PHC centre sent an email to PHC professionals with the study information sheet and a web link to the questionnaire attached. Professionals who agreed to participate accessed the web form and completed the questionnaire. Incomplete responses were not accepted by the web form system, ensuring that no missing data were found during the analysis.

Questionnaire

The questionnaire was based on the charter of citizens' rights and obligations in relation to health and health care services [22], which is similar to patient charters in other countries, and has become a reference for health care institutions throughout Catalonia. It had 24 general items, each addressing a specific particular ethical action within the professional–patient relationship. The structure of the construction of this set of items was studied and reported previously [19]; it comprised five dimensions: “commitment to users according to their health care needs” (1), “communication between professionals and users and professional protection” (2), “use of information technology tools, continuing training and use of computerized health care records” (3), “self-identification of health care professionals to users” (4) and “patients' decisions after professional communication” (5). Participants were asked to score each item on a five-point scale (*never, rarely, sometimes, very often and always*). The set of items is shown in Table 1.

Variables

Sociodemographic characteristics (sex, age) and professional category (family physician, nurse or social worker) were collected. A question to choose one of four options to describe knowledge of the charter of citizens' rights was added: *No knowledge, Know the charter but not its contents, Know the contents partially, Know the contents totally*. In the analysis, this variable was dichotomized to show whether participants knew the contents of the charter or not: categories one and two were represented as “*no effective knowledge*” and categories three and four as “*effective knowledge*”.

Analysis

Rasch analysis

The family of Rasch models transforms the ordinal data from each item into continuous units (logits) [18]. In this study, Rasch analysis provided two values: an estimate of the endorsement of each item of all professionals and an

Table 1 Ethical attitudes questionnaire for PHC professionals

Ethical attitudes items
1. Provide more time to patients who need more health care
2. Record social issues that may relate to diseases in the medical record
3. Avoid prejudices in professional practice (particularly with minority or ethnic groups)
4. Ensure that the patient understands the health information given
5. Listen and be attentive to patients' emotional expressions
6. Provide an environment for children that lets them express themselves freely in a relaxed way
7. Provide holistic health care and not only medical care to patients at the end of their lives
8. Provide clinical information in such a way that lets the patient choose as freely as possible
9. Whenever there are two valid options, explain them to the patient and let them express their opinion
10. Be careful about the clinical information given to patients' relatives
11. When seeing patients, use the features designed to protect patient privacy (e.g. curtains, door latches or red lights)
12. Avoid interruptions when seeing patients. (phone calls or unplanned interruptions from other professionals)
13. Collect the reasons that lead patients to reject recommended preventive measures (e.g. stopping smoking, recommended vaccinations) in the medical record
14. Encourage patients to express all their worries about the disease process (proactive communication)
15. Ask patients whether they require more information about their disease
16. Inform patients of the possible consequences when choosing therapy
17. When doubts arise, support patients' request for a second opinion
18. Determine whether patients can access prescribed or recommended treatments
19. Make sure you are correctly identified in the workplace
20. Encourage patients to make suggestions or complaints in writing
21. Offer patients the possibility of making contact using different media (e-mail, internet...)
22. Explain to patients who their reference professionals are (family physician and nurse)
23. Carry out regular continuing education and training programs
24. Use the shared databases of medical health records when necessary

estimate of the self-reported ethical performance of each professional—how well each participant adheres to ethical behaviour. Rasch analysis first requires choosing the appropriate Rasch model and secondly testing the data goodness-of-fit to the model by assessment of: category ordering, item fit, reliability and differential item functioning (DIF) between groups. We used ConQuest[®] version

Table 2 Characteristics of participants

Characteristics of participants	<i>N</i> = 452
Age (years)	
Mean (<i>SD</i>)	44.98 (9.80)
Range	22–65
Length of health care work (years)	
Mean (<i>SD</i>)	21.21 (13.63)
Gender	
Male	92 (20.36 %)
Female	360 (79.64 %)
Professional category	
Nurse	200 (44.25 %)
Family physician	237 (52.43 %)
Social worker	15 (3.32 %)
Degree of knowledge of the charter of citizens' rights and obligations in relation to health and health care services	
No knowledge	58 (12.83 %)
Know but not its contents	125 (27.66 %)
Know its contents partially	212 (46.90 %)
Know its contents totally	57 (12.61 %)

3 software [23] to compute the Rasch analysis, and R version 3.0.1 software [24] for the subsequent statistical analysis.

The Rasch models

As we used a questionnaire with items with a five-point scale, we tested the data fit to Rasch models for polytomous responses. We used the multidimensional random coefficients multinomial logit model (MRCML) [25, 26], which is considered more appropriate if the questionnaires comprise more than one dimension, the number of items in each dimension is small, and the expected correlations between the dimension are high [27]. A detailed description of the Rasch models is in “Appendix 1”.

Model fit

The data fit to a Rasch model can be tested against other Rasch models because they are hierarchically related [27]. We assessed our hypothesized five-dimensional structure versus the alternative of a one-dimensional structure. Data fit was assessed by examining the difference between the deviance (G^2) [28], which follows a chi-square distribution with degrees of freedom equal to the difference in the number of parameters estimated. We also examined indexes of goodness-of-fit, Akaike's Information Criterion (AIC) and Bayesian Information Criteria (BIC) [29], with smaller numbers indicating better adjustment.

Table 3 Fit comparison between different Rasch models

Number of dimensions	Rasch model	G^2	Change in the deviance	p value	Parameters estimated	AIC	BIC
1	Rating Scale model	25,454.66		<0.001	28	25,510.66	25,625.85
	Partial Credit model	24,705.59	749.07	<0.001	92	24,889.59	25,268.05
5	Rating Scale model	25,077.73	376.94	<0.001	42	25,161.73	25,334.50
	Partial Credit model	24,284.33	1,170.33	<0.001	106	24,496.33	24,932.38

Table 4 Item category frequencies (%)

Dimension	Item	Never	Sometimes	Normally	Often	Always
1 Commitment to patients according to their health care needs	1	1 (0.22 %)	4 (0.88 %)	74 (16.37 %)	239 (52.88 %)	134 (29.65 %)
	2	3 (0.66 %)	43 (9.51 %)	122 (26.99 %)	188 (41.59 %)	96 (21.24 %)
	3	12 (2.65 %)	9 (1.99 %)	76 (16.81 %)	203 (44.91 %)	152 (33.63 %)
	7	1 (0.22 %)	21 (4.65 %)	85 (18.81 %)	212 (46.9 %)	133 (29.42 %)
	8	0 (0 %)	7 (1.55 %)	101 (22.35 %)	214 (47.35 %)	130 (28.76 %)
	9	1 (0.22 %)	32 (7.08 %)	113 (25 %)	202 (44.69 %)	104 (23.01 %)
2 Communication between professionals and patients and professional protection	16	5 (1.11 %)	35 (7.74 %)	124 (27.43 %)	189 (41.81 %)	99 (21.9 %)
	4	0 (0 %)	5 (1.11 %)	67 (14.82 %)	223 (49.34 %)	157 (34.73 %)
	5	0 (0 %)	2 (0.44 %)	66 (14.6 %)	220 (48.67 %)	164 (36.28 %)
	6	2 (0.44 %)	13 (2.88 %)	102 (22.57 %)	205 (45.35 %)	130 (28.76 %)
	10	0 (0 %)	6 (1.33 %)	97 (21.46 %)	208 (46.02 %)	141 (31.19 %)
	11	1 (0.22 %)	8 (1.77 %)	67 (14.86 %)	168 (37.25 %)	207 (45.9 %)
3 Use of information technology tools, continuing training and use of computerized health care records	12	27 (5.97 %)	126 (27.88 %)	170 (37.61 %)	116 (25.66 %)	13 (2.88 %)
	14	0 (0 %)	10 (2.21 %)	116 (25.66 %)	227 (50.22 %)	99 (21.9 %)
	13	4 (0.88 %)	20 (4.42 %)	85 (18.81 %)	177 (39.16 %)	166 (36.73 %)
	21	26 (5.75 %)	98 (21.68 %)	116 (25.66 %)	140 (30.97 %)	72 (15.93 %)
	22	3 (0.66 %)	20 (4.42 %)	89 (19.69 %)	159 (35.18 %)	181 (40.04 %)
4 Self-identification of health care professional to patients	23	2 (0.44 %)	34 (7.52 %)	128 (28.32 %)	167 (36.95 %)	121 (26.77 %)
	24	6 (1.33 %)	19 (4.2 %)	65 (14.38 %)	177 (39.16 %)	185 (40.93 %)
	19	43 (9.51 %)	60 (13.27 %)	56 (12.39 %)	70 (15.49 %)	223 (49.34 %)
5 Patient decisions after professional communication	20	56 (12.39 %)	117 (25.88 %)	111 (24.56 %)	101 (22.35 %)	67 (14.82 %)
	15	19 (4.2 %)	131 (28.98 %)	144 (31.86 %)	127 (28.1 %)	31 (6.86 %)
	17	35 (7.74 %)	153 (33.85 %)	128 (28.32 %)	102 (22.57 %)	34 (7.52 %)
	18	24 (5.31 %)	89 (19.69 %)	178 (39.38 %)	114 (25.22 %)	47 (10.4 %)

Category ordering

We studied the number of responses in each category and the order of thresholds for each item [30] to assess the effectiveness of the rating scale. If necessary, categories were recoded according to the following criteria: (1) each category of each item must be observed, (2) thresholds of the categories—the point at which there is a probability of 50 % of a response being in one or another adjacent category—should be ordered and advance monotonically by category.

Evaluation of item fit

In Rasch models, analysis of the item fit shows the discrepancies between the data and the model [20] and serves to detect measurement disturbances. We assessed the item fit using the *infit* and *outfit* mean-square-error statistics outside a range of 0.6–1.4 [31]. *Infit* gives more importance to discrepancies when professionals had an ethical performance closer to the parameter of item endorsement. *Outfit* provides data on unexpected responses of professionals with high ethical performance, but low endorsement of easy-to-endorse items, or vice versa.

Table 5 Item location and fit statistics values for all 24 items

Dimension	Average ethical performance per dimension (SD)	Item Num	Ethical endorsement of items	Professionals who attained ethical endorsement	Error	Outfit	Infit	τ_1	τ_2	τ_3
1 Commitment to patients according to their health care needs	0.998 (0.06)	1	-0.671	421 (93.14 %)	0.05	1.1	1.09	-3.25	-0.75	1.99
		2	0.544	283 (62.61 %)	0.05	1.17	1.15	-1.18	0.4	2.42
		3	-0.155	384 (84.96 %)	0.05	1.15	1.09	-1.81	-0.39	1.73
		7	-0.042	364 (80.53 %)	0.06	1.01	1.01	-1.81	-0.28	1.96
		8	-0.47	410 (90.71 %)	0.06	0.78	0.8	-3.1	-0.31	2
		9	0.325	312 (69.03 %)	0.05	0.97	0.96	-1.51	0.16	2.32
2 Communication between professionals and patients and professional protection	1.143 (0.06)	16	<i>0.469</i>	289 (63.94 %)	0.05	0.92	0.93	-1.35	0.36	2.39
		4	-0.635	419 (92.70 %)	0.05	0.86	0.87	-3.04	-0.74	1.87
		5	-0.886	425 (94.03 %)	0.05	0.83	0.84	-3.63	-0.81	1.79
		6	-0.025	373 (82.52 %)	0.06	0.92	0.92	-2.19	-0.05	2.17
		10	-0.415	408 (90.27 %)	0.06	0.96	0.98	-3.03	-0.25	2.04
		11	-0.587	417 (92.26 %)	0.05	1.24	1.11	-2.46	-0.56	1.26
3 Use of information technology tools, continuing training and use of computerized health care records	0.642 (0.04)	12	2.517	57 (12.61 %)	0.05	1.37	1.31	0.39	2.14	5.02
		14	<i>0.03</i>	367 (81.19 %)	0.14	0.88	0.89	-2.57	0.03	2.63
		13	-0.287	388 (85.84 %)	0.05	0.91	0.93	-1.63	-0.36	1.12
		21	0.897	166 (36.73 %)	0.12	1.07	1.08	-0.17	0.72	2.11
		22	-0.343	393 (86.95 %)	0.05	0.9	0.92	-1.69	-0.3	0.96
		23	0.079	323 (71.46 %)	0.06	1.05	1.03	-1.44	0.14	1.55
4 Self-identification of health care professional to patients	-0.001 (0.04)	24	-0.345	393 (86.95 %)	0.04	1.07	1.06	-1.49	-0.52	0.96
		19	-0.446	327 (72.35 %)	0.04	1.3	1.15	-0.83	-0.45	-0.06
		20	<i>0.446</i>	132 (29.20 %)	0.04	0.92	0.92	-0.37	0.38	1.31
5 Patient decisions after professional communication	-0.762 (0.05)	15	0.053	103 (22.79 %)	0.04	1.01	1.01	-1.46	-0.18	1.79
		17	0.202	77 (17.04 %)	0.04	1.18	1.09	-1.06	0.03	1.63
		18	-0.255	152 (33.63 %)	0.09	0.87	0.86	-1.91	-0.17	1.31

A parameter estimate in italics indicates that it is constrained for model identification

Differential item functioning

DIF occurs when respondents from different groups have different probabilities of rating an item. If there is DIF, the probability of a between-group response differs and the overall estimate might be biased [32]. We assessed DIF in groups according to: sex, type of profession and level of knowledge of the charter of rights. An item was considered to exhibit DIF if there was a difference of ≥ 0.5 logits (equal to an odds ratio of 1.65) between groups [33].

Reliability/correlations/discrepancies

Reliability was viewed as an index of the accuracy of the measures produced by the Rasch model [34]. Values with a minimum of 0.7 in each of the dimensions were expected to consider reliability as sufficient.

The degree of the relationships between the dimensions was verified using the correlations-covariance matrix [27]. To illustrate the extent of variation of ethical performance

across all dimensions, we applied a discrepancy index (DI) to the ethical performance values of each participant. The threshold for a discrepant case was set at $DI = 0.5$ [27]. A detail of the formula is shown in “Appendix 1”.

Ethical performance of professionals and ethical endorsement of items

Once the data were shown to fit the Rasch model, professionals’ ethical performance was assessed using a Wright map [20]. The left side of the map shows professionals’ self-reported ethical performance level, from less, at the bottom to more, at the top. The right side displays the items from the least difficult to endorse, at the bottom, to the most difficult, at the top. If professionals and items have the same position, we expect that they would achieve the behaviour of the item. Finally, we examined the mean ethical endorsement per each dimension with the percentage of professionals who attained it.

Differences between groups

Differences between ethical performance across all dimensions and groups of participants according to sex, age (we categorized four groups according to quartiles), professional category (*family physician* or *nurse*) and knowledge of the charter of rights (“no effective knowledge” and “effective knowledge”) were examined with a MANOVA test for comparing the averages of each dimension using a set of plausible values of professionals’ ethical performance [35].

Ethical considerations

The appropriate ethics committees of the study centres reviewed the study protocol (Reference numbers: 6263 and P11/21). Ethical directives of the Helsinki Statement and local laws were respected. Data collection was anonymous. Voluntary completion and submission of the questionnaire was guaranteed and implied consent to participate in the study.

Results

Participants

Of the 1,941 potential participants from 56 PHC centres, we received a total of 452 (23.28 %) completed questionnaires. The results of the descriptive analysis are shown in Table 2: 183 (40.49 %) professionals reported having no effective knowledge of the charter of rights and 269 (59.51 %) reported having effective knowledge. Of the participants, 360 (79.64 %) were females, 200 (44.25 %) were nurses, and 237 (52.43 %) PHC physicians.

Model selection and category ordering

Table 3 shows the data-to-model fit. On the basis of a comparison of G^2 , AIC and BIC, the data best fitted into the five-dimension PCM than other models, and therefore, this model was selected.

The frequency distribution of the responses (Table 4) showed that the lowest category (*never*) was not observed in five items, and seven items of the adjacent category (*sometimes*) had <10 observations. To avoid imprecision in the step calibrations, we collapsed the lower categories (*never/sometimes*) into one in all items, without affecting the meaning of the original rating scale.

Table 6 Conditional covariance/correlation matrix

Dimension	1	2	3	4	5
1. Commitment to patients according to their health care needs		1.360	0.771	0.501	1.019
2. Communication between professionals and patients and professional protection	0.900		0.883	0.649	1.181
3. Use of information technology tools, continuing training and use of computerized health care records	0.747	0.808		0.524	0.717
4. Self-identification of health care professional to patients	0.525	0.642	0.757		0.565
5. Patient decisions after professional communication	0.767	0.840	0.746	0.635	
Variance	1.428	1.599	0.747	0.640	1.235
Reliability	0.857	0.872	0.774	0.652	0.788

Values below the diagonal are correlations and values above are covariances

Item fit and DIF analysis

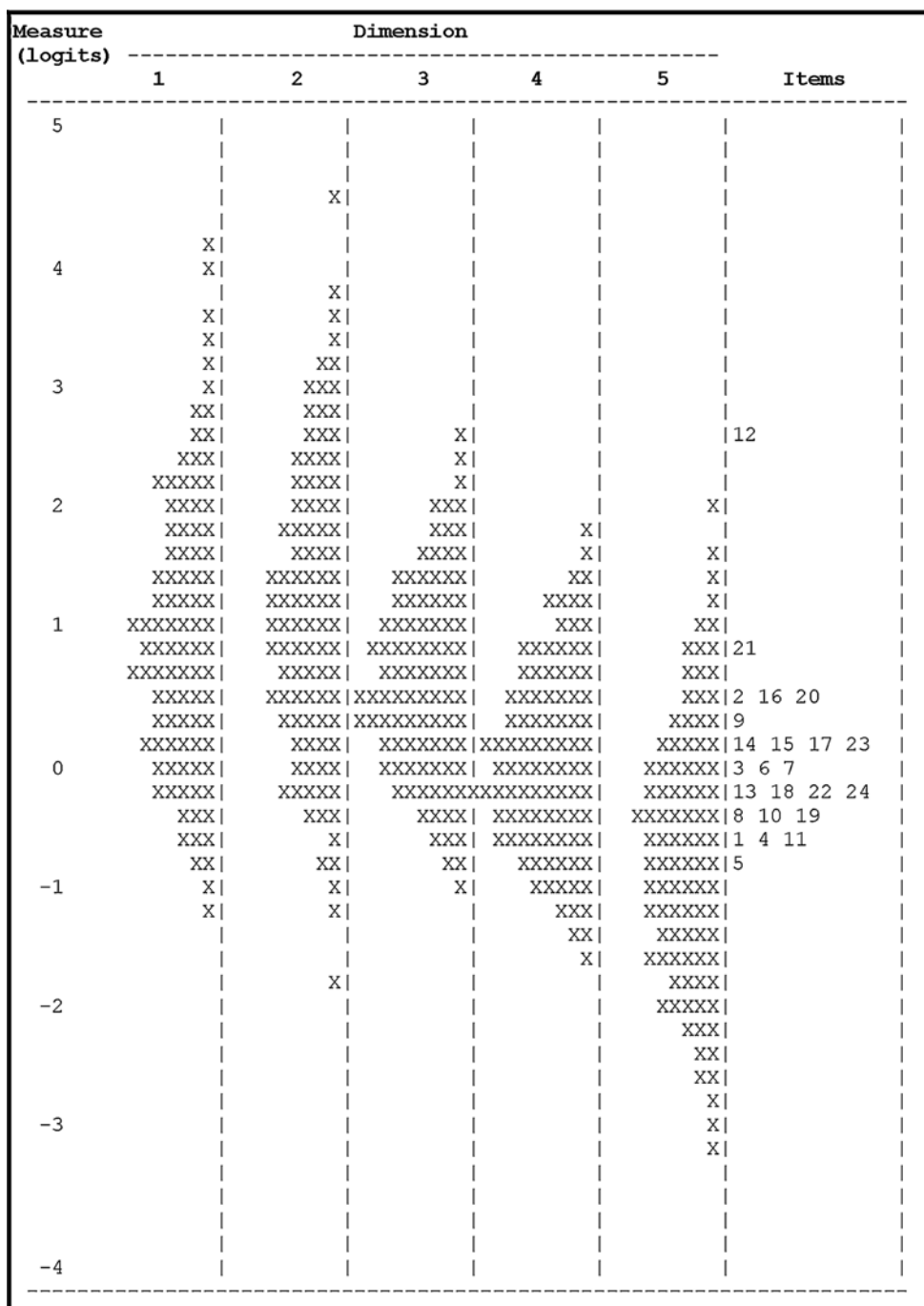
Table 5 shows the ethical endorsement of each item and fit indices. Item 12 was the most difficult to endorse (2.517 logits), and all other items were close to zero logits. The range of *infit* and *outfit* indices was between 0.78 and 1.37, indicating that there were no unexpected deviations from the model. The threshold values (represented by letter τ in Table 5) were ordered and increased monotonically by category. In the DIF study, the subgroup of social workers was not considered due to the low sample size ($n = 15$). There were no significant differences between groups (>0.5 logits) and therefore no significant DIF for any item. These indicators showed that the data fitted the selected Rasch model well.

Reliability/correlations/discrepancies

The reliability of each dimension ranged from 0.652 to 0.872 (Table 6) and was considered sufficient for effective measurement. The correlation values were moderate-to-strong (0.52–0.90) and showed that the five-dimension model gave more precise estimates than a one-dimension model. The correlations were higher between dimension one and two (0.90), which shared 81 % of the variance.

The percentage of discrepant cases between dimensions (DI) was 67.03 %. This indicated that each dimension was providing slightly different information and therefore applying a model with only one dimension would lead to a loss of information.

Fig. 1 Multidimensional Wright map. Each “X” represents 4.6 cases. Dimensions: 1 commitment to patients according to their health care needs. 2 communication between professionals and patients and professional protection. 3 use of information technology tools, continuing training and use of computerized health care records. 4 self-identification of health care professional to patients. 5 patient decisions after professional communication



Professionals’ ethical performance and endorsement of items

The Wright map (Fig. 1) showed a relatively higher position of the first three dimensions compared to the fourth and fifth, suggesting that professionals had a different level of ethical performance according to the dimension. Endorsement to items across all dimensions was relatively

concentrated around the zero logits mark, except for a few items, indicating that most items had a similar level of endorsement. The most difficult to endorse item was item 12 (“Avoid interruptions when seeing patients ...”), where <20 % of professionals had sufficient endorsement (12.61 %). In addition, items 15, 17, 18, 20 and 21 had a low level of ethical performance compared to the mean endorsement for each dimension.

Table 7 Mean ethical performance differences by sub-group of professionals across the multivariate distribution of all five dimensions

Group and sub-group	MANOVA test					<i>p</i> value
	Mean level and standard deviation of ethical performance on each dimension					
	<i>D1</i> (SD)	<i>D2</i> (SD)	<i>D3</i> (SD)	<i>D4</i> (SD)	<i>D5</i> (SD)	
Gender						
Female (<i>n</i> = 360)	0.974 (<i>1.18</i>)	1.123 (<i>1.25</i>)	0.645 (<i>0.84</i>)	0.038 (<i>0.76</i>)	−0.782 (<i>1.08</i>)	0.287
Male (<i>n</i> = 92)	0.975 (<i>1.09</i>)	1.043 (<i>1.23</i>)	0.548 (<i>0.87</i>)	−0.072 (<i>0.80</i>)	−0.736 (<i>1.03</i>)	
Age						
22–36 (<i>n</i> = 112)	0.905 (<i>1.21</i>)	1.056 (<i>1.26</i>)	0.603 (<i>0.89</i>)	0.024 (<i>0.78</i>)	−0.804 (<i>1.05</i>)	0.623
37–43 (<i>n</i> = 109)	1.115 (<i>1.14</i>)	1.217 (<i>1.22</i>)	0.705 (<i>0.82</i>)	0.024 (<i>0.77</i>)	−0.683 (<i>1.02</i>)	
44–52 (<i>n</i> = 106)	0.942 (<i>1.11</i>)	0.985 (<i>1.21</i>)	0.593 (<i>0.84</i>)	−0.051 (<i>0.74</i>)	−0.901 (<i>1.08</i>)	
53–65 (<i>n</i> = 125)	0.942 (<i>1.19</i>)	1.159 (<i>1.28</i>)	0.604 (<i>0.85</i>)	0.057 (<i>0.78</i>)	−0.715 (<i>1.11</i>)	
Profession						
Family physician (<i>n</i> = 237)	0.764 (<i>1.06</i>)	0.846 (<i>1.17</i>)	0.500 (<i>0.83</i>)	−0.075 (<i>0.77</i>)	−0.950 (<i>1.03</i>)	0.004
Nurse (<i>n</i> = 200)	1.177 (<i>1.25</i>)	1.364 (<i>1.28</i>)	0.748 (<i>0.86</i>)	0.108 (<i>0.78</i>)	−0.607 (<i>1.09</i>)	
Level of knowledge						
No knowledge (<i>n</i> = 183)	0.804 (<i>1.16</i>)	0.885 (<i>1.21</i>)	0.462 (<i>0.79</i>)	−0.114 (<i>0.77</i>)	−0.987 (<i>1.02</i>)	0.014
Knowledge (<i>n</i> = 269)	1.090 (<i>1.16</i>)	1.257 (<i>1.25</i>)	0.736 (<i>0.87</i>)	0.104 (<i>0.75</i>)	−0.627 (<i>1.08</i>)	

Significant values of the Wilk's test statistic are shown in italics

Differences between groups

The subgroup of social workers (*n* = 15) was excluded due to the small sample size. According to our results on Table 7, self-reported ethical performance of PHC nurses was higher than that of PHC physicians ($p < 0.01$), and professionals who reported knowing the norms of The charter had greater endorsement than those who did not ($p < 0.05$).

Discussion

Our results showed that professionals had less ethical endorsement of behaviours related to adopting new strategies in clinical management and to patients' wishes, providing a viewpoint of professionals' understanding of the principle of autonomy. Likewise, we found that knowledge of The charter of citizens influenced the self-reports of ethical performance of professionals and that there were differences in ethical endorsement between professions: nurses and family physicians. The results provided evidence of the substantive and structural validity of the self-administered questionnaire used [36].

Ethical endorsement was acceptable in items related to more socially accepted and historically established behaviours. Professionals reported that they respected behaviours related to commitment to the patients' health care needs: listening, providing holistic care from the

clinical point of view and comforting patients did not present major moral conflicts. In contrast, ethical endorsement was lower in dimensions with items reflecting non-traditional health care relationships. Our results showed that PHC professionals viewed themselves as low performers of behaviours such as facilitating a second opinion or allowing patients making suggestions and complaints. This finding suggests that paternalism persists in PHC professionals and therefore contradicts the evidence that reports the opposite [6, 37, 38]. In PHC, empowering, moving towards professional–patient partnerships and rejecting paternalistic, old-fashioned behaviours are essential to adequate patient health care [39–42]. We believe that these results show the real status of the professionals' level of practice with respect to act according the ethical norms and patients' wishes.

The item most difficult to endorse, with more responses at lower categories of the scale, was related to interruptions when seeing patients. As professionals who participated were not working in emergency departments, ordinarily these interruptions in PHC are caused by interference in consultations, such as inter-professional consultations or phone calls. These interruptions dramatically hinder the professional–patient relationship and cause ethical distress, mistakes and loss of patient adherence to treatment [43]. Specific policies to reduce this interference and ensure the patient consultation is put before other professional tasks would require more self-ethical instruction and follow-up at the institutional level [44, 45].

The higher level of ethical performance of professionals who reported effective knowledge of the charter of rights is line with previous findings [19, 46, 47]. As the prestige of the health care professions is grounded in the commitment to their normative ethics [48], the lack of methods to assess respect for these standards in everyday clinical practice is somewhat paradoxical.

The differences found between nurses and PHC physicians in this study might constitute empirical evidence of the theoretical differences between the two professions. According to Weaver [4], the ethical sensitivity of nurses is focused mainly on patient relationships, and therefore, the nurses would have felt more comfortable with these items than family physicians. The greater ethical performance of nurses compared to physicians might support the idea that multidisciplinary PHC teams provide effective, integrated health care with greater ethical sensitivity towards patients [49–52].

Limitations

As we assessed the opinion of the ethical behaviour in a sample of professionals of Barcelona (Catalonia, Spain), additional social, cultural and legal factors might influence the professional's opinion. Therefore, part of the conclusions of this study may not be generalizable; results suggest further studies with an international population sample using reliable questionnaires in different languages using similar methods. As the study was voluntary, we cannot determine why professionals declined to participate. However, while the low response rate was important, the size of the sample suggests the results are reliable. Ethical performance was self-reported, and the clinical reality could only be provided by third party observers, which would not be feasible given the issues we examined. We did not assess the data fit to a within-item multidimensional model—where items would share more than one dimension, which was the case of items from the first and second dimensions where items shared a high amount of variance. This analysis would require further studies. We believe that the estimates obtained in the analysis are robust and present a reliable picture of ethical behaviour in practice.

Conclusions

Professionals showed a high level of ethical performance with respect to issues such as listening, compassion and protecting the patient. However, other issues, such as promoting patients' wishes and patient self-management, suggest that paternalism persists in health care

professionals. Ethical performance could improve if professionals acknowledge ethical norms and if care were provided by a multidisciplinary team. The methods used in the study were effective and consistent. Future studies to assess specific interventions and clarify how ethical behaviour might be improved in daily practice are warranted.

Acknowledgments We thank all professionals who participated in the study. We would like to express our appreciation to Dr. Everett Smith, Jr., professor at Department of Educational Psychology, University of Illinois at Chicago, USA. We acknowledge Dr. Pilar Solans Deputy director, Primary Health Care of Barcelona, Catalan Institute of Health; Dr. Laura Sebastián and Dr. Jaume Benavent, Consorci d'Atenció Primària de Salut l'Eixample (CAPSE), Dr. Jaume Sellarés and Dr. Albert Casasa, General Manager and Teaching Coordinator, Sardanya Primary Health care Center, Barcelona, Miquel Barbany, Gloria Jodar, Dr. Carmen Prieto, Dr. Sebastian Vignoli and all PHC clinical supervisors and teaching coordinators for hosting this research. We thank David Buss and Juan González for their technical assistance.

Appendix 1: Rasch models formulae

The Rating Scale Model (RSM)

$$\pi_{nix} = \frac{\exp \sum_{j=0}^x [\theta_n - \delta_i - \tau_j]}{\sum_{k=0}^m \exp \sum_{j=0}^k [\theta_n - \delta_i - \tau_j]}$$

On ethical behaviour latent trait continuum, π_{nix} is the probability of professional n to score category x of item i ; θ_n is professionals ethicality, and δ_i represents the extent of professional's ethical endorsement for item i . Categories are ordered from 0 to m , and the τ_j are the rating scale structure parameters (e.g. thresholds) and represent the points on the continuum of behaviour in clinical practice, where adjacent categories are equally probable [23].

The Partial Credit Model (PCM)

$$\pi_{nix} = \frac{\exp \sum_{j=0}^x [\theta_n - \delta_{ij}]}{\sum_{k=0}^m \exp \sum_{j=0}^k [\theta_n - \delta_{ij}]}$$

π_{nix} is the probability of professional n to score category x of item i ; θ_n is ethicality of professional n , and δ_{ij} represents the extent of professional's ethical endorsement for item i with a j particular thresholds from item categories. Thus, the PCM allows each item to vary its number of categories an estimate the probability of the threshold for each item instead that all entirely [28].

Multidimensional Random Coefficients Multinomial Logit Model (MRCML)

$$P(X_n; \delta | \theta_n) = \frac{\exp[x'_n(B\theta_n - A\delta)]}{\sum_{z \in \Omega} \exp[z'_n(B\theta_n - A\delta)]}$$

The MRCML assumes that a set of dimensions determines ethical endorsement. In the formula, the position of the professionals n in each dimension is described by the $D \times 1$ column vector $\theta_n = (\theta_{n1}, \theta_{n2}, \dots, \theta_{nD})$, δ is the vector of ethical endorsement corresponding to each dimension, and Ω is the set of all possible response vectors. Z denotes a vector coming from the full set of response vectors, while x_n denotes the vector of interest. Matrices A and B are known as the design and scoring matrices, respectively. Scoring matrix B allows the description of the score that is assigned to each response category k on each of the D component ethical behaviour latent traits. Design matrix A is used to specify the linear combinations of the D component parameters δ to describe the ethical performance to each item [27].

The discrepancy index (DI) formulation

$$DI_n = \sum_{d=1}^D (\bar{\theta} - \theta_d)^2$$

where D is the number of dimensions, n the number of professionals, $\bar{\theta}$ the endorsement of each item in a given dimension and θ the mean estimate of endorsement across all dimensions. The percentage of PHC professionals showing discrepant measures between dimensions would show how each dimension was providing differing information on ethical performance [27].

References

- Pellegrino, E. D. (2000). Bioethics at century's turn: Can normative ethics be retrieved? *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(6), 655–675.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela.
- Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 607–618.
- American Hospital Association. (1992). *A patient's bill of rights*. http://www.patientstalk.info/AHA-Patient_Bill_of_Rights.htm.
- Papanikitas, A., & Toon, P. (2011). Primary care ethics: A body of literature and a community of scholars? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(3), 94–96.
- Martin, R. (2004). Rethinking primary health care ethics: Ethics in contemporary primary health care in the United Kingdom. *Primary Health Care Research & Development*, 5(04), 317.
- Gonzalez-de Paz, L. (2013). Clinical bioethics for primary health care. *Semergen*, 39(8), 445–449.
- Schuetz, B., Mann, E., & Everett, W. (2010). Educating health professionals collaboratively for team-based primary care. *Health Affairs*, 29(8), 1476–1480.
- World Health Organization. (2008). *The World Health Report 2008—primary health care (now more than ever)*. http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- Furler, J., & Palmer, V. (2010). The ethics of everyday practice in primary medical care: Responding to social health inequities. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5, 6.
- Antiel, R. M., Curlin, F. A., Hook, C. C., & Tilburt, J. C. (2011). The impact of medical school oaths and other professional codes of ethics: Results of a national physician survey. *Archives of Internal Medicine*, 171(5), 469–471.
- Numminen, O., van der Arend, A., & Leino-Kilpi, H. (2009). Nurses' codes of ethics in practice and education: A review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 380–394.
- Ramsay, J., Campbell, J. L., Schroter, S., Green, J., & Roland, M. (2000). The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. *Family Practice*, 17(5), 372–379.
- Bjertnaes, O. A., Lyngstad, I., Malterud, K., & Garratt, A. (2011). The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: Data quality, reliability and construct validity. *Family Practice*, 28(3), 342–349.
- Safran, D., Kosinski, M., Tarlov, A., Rogers, W., Taira, D., Lieberman, N., et al. (1998). The Primary Care Assessment Survey: Tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, 36(5), 728–739.
- Merbitz, C., Morris, J., & Grip, J. C. (1989). Ordinal scales and foundations of misinference. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70(4), 308–312.
- Wright, B. D., & Linacre, J. M. (1989). Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70(12), 857–860.
- Gonzalez-de Paz, L., Devant-Altimir, M., Kostov, B., Mitjavila-Lopez, J., Navarro-Rubio, M. D., & Siso-Almirall, A. (2013). A new questionnaire to assess endorsement of normative ethics in primary health care: Development, reliability and validity study. *Family Practice*, 30(6), 724–733.
- Wright, B. D., & Masters, G. N. (1982). *Rating scale analysis*. Chicago: Mesa Press.
- Departament de Governació. Open Public Data of the Government of Catalonia: Primary care indicators in Catalonia. (2012). *Generalitat de Catalunya. Departament de Governació*. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Taula_indica_dorsCdR_InformeAP_2012.xls.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2002). *Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciutadania/Drets_i_deures/Normativa/enllasos/carta_drets_deures.pdf.
- Adams, R. J., Wu, M. L., & Wilson, M. R. (2012). ConQuest. ACER, 3.0.
- R Core Team. (2013). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, 3, 1.
- Adams, R., Wilson, M., & Wang, W. (1997). The multidimensional random coefficients multinomial logit model. *Applied Psychological Measurement*, 21(1), 1–23.
- Wang, W. (1995). Implementation and application of the multidimensional random coefficients multinomial logit model. Dissertation abstracts international. *The Sciences and Engineering*, 55(9-B), 4166.
- Briggs, D., & Wilson, M. (2003). An introduction to multidimensional measurement using Rasch models. *Journal of Applied Measurement*, 4(1), 87–100.

28. Andrich, D. (1988). *Rasch models for measurement*. Newbury Park: Sage Publications.
29. Vrieze, S. (2012). Model selection and psychological theory: A discussion of the differences between the Akaike information criterion (AIC) and the Bayesian information criterion (BIC). *Psychological Methods, 17*(2), 228–243.
30. Andrich, D. (1996). Category ordering and their utility. *Rasch Measurement Transactions, 9*, 465–466.
31. Wright, B., Linacre, J., Gustafson, J., & Martin-Lof, P. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions, 8*, 370.
32. Bezruczko, N. (2005). *Rasch measurement in health sciences*. Maple Grove: JAM Press.
33. Wang, W. (2008). Assessment of differential item functioning. *Journal of Applied Measurement, 9*(4), 387.
34. Mislevy, R., Beaton, A., Kaplan, B., & Sheehan, K. (1992). Estimating population characteristics from sparse matrix samples of item responses. *Journal of Educational Measurement, 29*(2), 133–161.
35. Beaton, A. E. (1987). Implementing the new design: The NAEP 1983–84 technical report. Report No. 15-TR-20.
36. Wolfe, E. W., & Smith, E. V, Jr. (2007). Instrument development tools and activities for measure validation using Rasch models: Part II-validation activities. *Journal of Applied Measurement, 8*(2), 204–234.
37. Rosenbloom, A. H., & Jotkowitz, A. (2010). The ethics of the hospitalist model. *Journal of Hospital Medicine, 5*(3), 183–188.
38. Pantilat, S. Z., Alpers, A., & Wachter, R. M. (1999). A new doctor in the house: Ethical issues in hospitalist systems. *Journal of the American Medical Association, 282*(2), 171.
39. McWhinney, I. R. (1998). Primary care: Core values Core values in a changing world. *British Medical Journal, 316*(7147), 1807–1809.
40. Ciccone, M. M. (2010). Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vascular Health and Risk Management, 6*(1), 297–305.
41. Stewart, M. J. (2001). Fostering partnerships between peers and professionals. *The Canadian Journal of Nursing Research, 33*(1), 97–116.
42. Thille, P. H. (2010). Giving patients responsibility or fostering mutual response-ability: Family physicians' constructions of effective chronic illness management. *Qualitative Health Research, 20*(10), 1343–1352.
43. Rivera Rodriguez, A. J., & Karsh, B. (2010). Interruptions and distractions in healthcare: Review and reappraisal. *Quality Safety in Health Care, 19*(4), 304.
44. Connolly, M., Perryman, J., McKenna, Y., Orford, J., Thomson, L., Shuttleworth, J., et al. (2010). SAGE THYME (TM): A model for training health and social care professionals in patient-focussed support. *Patient Education and Counseling, 79*(1), 87–93.
45. Lin, Y., Lee, W., Kuo, L., Cheng, Y., Lin, C., Lin, H., et al. (2013). Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: A quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics, 14*(1), 8.
46. González-de Paz, L., Kostov, B., Sisó-Almirall, A., & Zabalegui-Yárnaz, A. (2012). A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of Clinical Nursing, 21*(19–20), 2747–2760.
47. Jha, V., Bekker, H. L., Duffy, S. R., & Roberts, T. E. (2007). A systematic review of studies assessing and facilitating attitudes towards professionalism in medicine. *Medical Education, 41*(8), 822–829.
48. Pellegrino, E. D. (2006). Toward a reconstruction of medical morality. *The American Journal of Bioethics: American Journal of Bioethics, 6*(2), 65–71.
49. Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (2010). Working together—Primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(1), 78–85.
50. Soklaridis, S., Oandasan, I., & Kimpton, S. (2007). Family health teams: Can health professionals learn to work together? *Canadian Family Physician, 53*(7), 1198–1199.
51. Chadi, N. (2011). Breaking the scope-of-practice Taboo: Where multidisciplinary rhymes with cost-efficiency. *McGill Journal of Medicine, 13*(2), 44.
52. Marsteller, J. A., Hsu, Y. J., Reider, L., Frey, K., Wolff, J., Boyd, C., et al. (2010). Physician satisfaction with chronic care processes: A cluster-randomized trial of guided care. *Annals of Family Medicine, 8*(4), 308–315.

PRIMER ARTÍCULO COMPLEMENTARIO.

ARTICULO COMPLEMENTARIO: “UNA BIOÉTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”.

Referencia.

González-de Paz L. Una bioética para la atención primaria de salud. *Semergen*. 2013; 39(8):445-9.

Reseña.

Objetivo. Analizar el marco asistencial de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la ética, y comparar las características de éste ámbito en las relaciones de los profesionales con los pacientes.

Conclusiones. Las particularidades de la atención primaria de salud han de tenerse en cuenta para realizar análisis éticos que valoren la relación de los profesionales sanitarios con los ciudadanos. El método de deliberación y la toma de decisiones que se propone se ubican en el marco conceptual de la democracia participativa. Este método de deliberación puede contribuir a esclarecer los interrogantes que se presentan a médicos y enfermeras en su práctica asistencial diaria.



EN TORNO AL PACIENTE

Una bioética clínica para la atención primaria de salud

L. González-de Paz

Enfermería Comunitaria, Centro de Atención Primaria Les Corts, Grupo Transversal en Investigación en Atención Primaria-IDIBAPS, Barcelona, España

Recibido el 18 de octubre de 2012; aceptado el 6 de febrero de 2013
Disponible en Internet el 20 de abril de 2013

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Ética profesional;
Comunicación
interprofesional;
Proceso de toma
de decisiones;
Responsabilidad
social

KEYWORDS

Primary healthcare;
Ethics;
Interdisciplinary
communication;
Decision making;
Social responsibility

Resumen El modelo de toma de decisiones éticas en el área de atención primaria difiere de otras áreas asistenciales. Desde la perspectiva ética es relevante incorporar estas particularidades al método de deliberación. El presente artículo justifica la necesidad de un procedimiento de deliberación ética propio para la atención primaria y realiza una propuesta metodológica. Este proceso de flexibilidad requiere un sistema de salud participativo. Esta propuesta tiene la finalidad de facilitar la adquisición de responsabilidad sobre la salud personal y colectiva, e implica a profesionales y ciudadanos de igual manera.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Clinical bioethics for primary health care

Abstract The clinical decision making process with ethical implications in the area of primary healthcare differs from other healthcare areas. From the ethical perspective it is important to include these issues in the decision making model. This dissertation explains the need for a process of bioethical deliberation for Primary Healthcare, as well as proposing a method for doing so. The decision process method, adapted to this healthcare area, is flexible and requires a more participative Healthcare System. This proposal involves professionals and the patient population equally, is intended to facilitate the acquisition of responsibility for personal and community health.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La bioética clínica es el estudio interdisciplinario orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos¹. Como ética aplicada se centra en los actos de las personas que tienen el objetivo de

Correos electrónicos: gonzalezdepaz@hotmail.com,
gonzalez@clinic.ub.es

curar o guarecer. Desde una perspectiva profesional busca esclarecer las consecuencias de las acciones que ocurren en la interacción entre pacientes, profesionales y el sistema sanitario. Desde su aparición en los años sesenta la bioética clínica ha contribuido a aproximar los principios y normas generales de la ética a la realidad de las consultas. Para estudiar las decisiones se analiza cada caso, se tiene en cuenta el sistema moral en el que acontece el problema y se utiliza el razonamiento argumentativo². A modo de resumen en la [tabla 1](#) se encuentran definidos algunos de los conceptos más relevantes.

Una de las características que define a los sistemas sanitarios actuales es la diversidad de marcos asistenciales. Son ejemplos el hospital, la atención primaria o los servicios sociosanitarios. Aunque los principios y las normas de la ética biomédica son generales, cada marco asistencial tiene unas características propias que caracterizan las relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes. Asimismo cada uno tiene unos objetivos asistenciales que determinan la intervención sanitaria se realiza³. Por este motivo, el análisis pormenorizado es necesario para establecer qué actitudes éticas son las más adecuadas en los profesionales y en los pacientes.

Tradicionalmente el marco asistencial que ha contribuido con más ejemplos a la bioética clínica ha sido el hospital⁴. En este marco se ha descrito que el enfermo se halla en un medio despersonalizado, toma contacto con muchos profesionales y se le practican pruebas técnicamente complejas⁵. El modelo hospitalario tiende a crear departamentos de especialidades médicas centradas en una sola enfermedad o proceso. Es habitual que las fuentes de dilemas éticos se circunscriban a conflictos que comprometen los principios de autonomía y beneficencia⁶. Históricamente la contribución de la bioética clínica en este entorno ha enfatizado el valor de la dignidad de la persona enferma.

Un marco asistencial que habitualmente se ha diferenciado del hospital es la atención primaria de salud (AP). La actividad asistencial en la AP es muy amplia, no circunscrita a una sola enfermedad o sistema orgánico, y se caracteriza por el seguimiento de la salud del paciente en un sentido general. Los pacientes que se visitan en los centros de AP habitualmente poseen una autonomía muy elevada y su *continuum vital de salud* no se halla interrumpido de manera abrupta, tal como pasa tras un ingreso en el hospital⁴. Se ha descrito que en AP los profesionales tienen una mejor predisposición a evitar el reduccionismo del tratamiento por enfermedad⁷. En particular, el valor que se concede a las cuestiones relacionadas con la justicia social, el derecho a la asistencia universal o a la participación de la comunidad en la salud, es mayor que otros contextos asistenciales⁸. El enfoque de la salud comunitaria que posee la AP busca mejorar la salud de las personas mediante actividades de promoción de la salud llevadas a cabo dentro y fuera de los centros sanitarios⁹. La prevención de la enfermedad y la mejora de la salud se concreta en actividades, como la promoción del cambio de hábitos relacionados con el estilo de vida¹⁰. Otra característica única en AP es la voluntariedad con la que los ciudadanos pueden acudir a los servicios, las propuestas de seguimiento y prevención no dejan de ser una cuestión de elección para el paciente.

La singularidad del marco asistencial de AP ha sido referida en diversas ocasiones^{3,4,11}, sin embargo, el análisis diferenciado desde la bioética clínica no ha sido ampliamente elaborado. El presente artículo examina la definición y el modelo de salud de la AP en relación con las características de la AP. El objetivo es hacer una propuesta dialógica que facilite el debate bioético y ayude a interpretar la realidad desde la particularidad de este marco asistencial.

Tabla 1 Definiciones de conceptos éticos

Concepto/término	Definiciones de conceptos éticos
Ética	Reflexión crítica y racional acerca de la moral establecida. En el ámbito sanitario la práctica ética es la que ha sido sometida a deliberación previa y se puede fundamentar o justificar el porqué de la actitud
Moral	Conjunto de prácticas, actitudes y valores que caracterizan a una persona, colectivo o comunidad
Dilema ético	Conjetura moral que surge cuando una persona, grupo o colectivo con diferente moral se plantea si la práctica habitual (la moral) es válida en ese caso
Deliberación ética	Según D. Gracia es un proceso para la toma de decisiones que pondera los factores que intervienen en una situación concreta, a fin de buscar su solución óptima y menos lesiva
Deontología profesional	Parte de la ética moral que trata de los deberes. También se le denomina ética normativa. Es conocida por los códigos de ética profesionales (o deontológicos)
Conciencia moral	Conocimiento reflexivo de la moral de uno mismo o de la comunidad a la que pertenece. El grado de conciencia moral de un marco asistencial determina su capacidad dialógica. La conciencia moral es la reserva de la ética una vez ha finalizado la deliberación ética
Democracia participativa	Ética cívica que tiene por objetivo facilitar que ciudadanos, profesiones e instituciones sanitarias puedan llegar a consensos importantes en la resolución de problemas de salud que les atañen
Marco asistencial	Ámbito o área de la asistencia sanitaria que posee una manera particular de abordar los problemas de salud, de enmarcar la relación interpersonal entre pacientes y profesionales y un modelo de vinculación a la comunidad

Equidad e igualdad en atención primaria

Los conceptos de equidad, igualdad y justicia social son sustantivos en la definición de AP⁷. Algunas de las formas que toman en la práctica estos atributos son el derecho a la prestación sanitaria y la implicación de los agentes sanitarios en la comunidad. El objetivo que persiguen es disminuir las diferencias sociales relacionadas con la salud⁸. En la práctica, el resultado se puede apreciar en los indicadores de bienestar: los países que han implementado sistemas de AP han logrado reducir la marginación y mejorar la situación de los colectivos más desfavorecidos^{12,13}. Cualquier estrategia de cambio que pueda comprometer las anteriores premisas puede poner en riesgo la razón de ser del mismo marco asistencial. Un ejemplo que pone de relieve la magnitud de estos valores es la tensión que se genera en los países con sistemas de AP desarrollados el cambio de las estrategias políticas de la gestión de la AP o establecer cuotas de pago por el uso de los servicios sanitarios característicos de la AP¹⁴.

En la práctica diaria el profesional se encuentra con frecuencia en situaciones relacionadas con el principio de justicia: la demanda de acceso a servicios, a tratamientos o la necesidad de continuidad en la asistencia. En las situaciones que implican la equidad y la igualdad, el profesional ha de calibrar rápidamente las necesidades y las consecuencias, y contrastarlas con la eficiencia de la intervención^{10,14}. Encontrar respuesta a estas cuestiones requiere aproximarse a la persona que consulta teniendo en cuenta todos estos condicionantes sociales de la salud.

Si bien es cierto que la justicia es un principio igualmente exigible a todos y cada uno de los marcos asistenciales, en AP la continuidad en la relación y la vinculación de los profesionales con la comunidad para la que trabajan el contenido de este valor es mayor y más rico en matices particulares. Por este motivo obviar la dimensión de la Justicia social pone en riesgo el valor intrínseco del marco asistencial.

Multidisciplinariedad y participación

La transversalidad del objetivo de salud en AP lleva a una mayor necesidad de colaboración entre cada una de las profesiones sanitarias¹⁵. Las propuestas que abordan el modelo de colaboración entre los profesionales coinciden en evitar sistemas de gestión excesivamente jerarquizados (como sucede en el hospital) o con una marcada división entre los diferentes estamentos profesionales (médicos de familia, enfermeras, trabajo social, etc.). Una estrategia de gestión acorde con la visión asistencial puede ser establecer puentes de diálogo entre los profesionales. El objetivo es incrementar la participación de cada profesión sanitaria sin caer en el relativismo profesional^{6,10}. Lejos de impedir liderazgos, la participación implica a los profesionales en una dinámica común.

Por coherencia, esta estrategia debería extenderse también a los ciudadanos: buscando sistemas para incrementar la participación de la comunidad en las cuestiones que atañen a la salud y así incrementar la responsabilidad por el cuidado de la salud.

Relación interpersonal en atención primaria

En AP la relación interpersonal se caracteriza por la continuidad de la relación profesional-paciente a lo largo del tiempo¹¹. Se ha señalado que los pacientes viven esta relación como de *amistad* más que de ayuda. Este sentimiento de igualdad y reciprocidad indica la alta percepción de autonomía que tienen los pacientes que utilizan estos servicios. Cuando el profesional de AP trata a una persona se ve obligado a modular el grado de acompañamiento que cada paciente requiere a lo largo de su *continuum vital*, según los problemas de salud que vaya teniendo. Un matiz que ya proponen algunas cartas éticas es sustituir el término paciente por el de ciudadano¹⁶. Este concepto no es excluyente, implica la igualdad, la equidad, la solidaridad y el ejercicio de responsabilidad del paciente con su salud y con el servicio que utiliza.

Deliberación ética en el marco asistencial de atención primaria

Las características señaladas anteriormente, resumidas en la [tabla 2](#), sugieren que es necesario esbozar un modelo dialógico particular para el área de AP. Puesto que en la deliberación ética de este contexto las cuestiones relacionadas con la justicia social implican a muchos actores, puede ser válido el modelo basado en la democracia deliberativa¹⁷. La deliberación es una propiedad de la reflexión ética. Se caracteriza por la prudencia, indaga antes de asumir cualquier premisa y mantiene una distancia prudencial entre las partes y el problema. En la deliberación ética el esclarecimiento debe realizarse de manera unánime y por consenso¹⁸. Este método de diálogo no oculta las responsabilidades de ningún agente y evita los relativismos morales. El resultado esperado después de llevar a cabo este proceso es la toma de conciencia y cambios en la actitud personal. La integración del método deliberativo en el proyecto de democracia participativa pone en valor la responsabilidad del cuidado de la salud y desestima la actitud paternalista. El efecto pretendido es la transición de una cultura sanitaria basada en lo moral a una asentada en la reflexión ética y de excelencia.

El modelo de debate bioético en AP puede integrar elementos utilizados habitualmente en el debate bioético. Entre otros, los 4 principios bioéticos enunciados por Beauchamp y Childress¹⁹. Aunque su utilización de los principios es habitual en la bioética clínica, en AP para la resolución de dilemas su papel es complementario. Uno de los inconvenientes que presentan es la poca concreción a la que se llega cuando se trata de discernir la mejor decisión para la comunidad. En respuesta a este problema algunos autores han sugerido que la ética en el marco de AP ha de ser de corte utilitarista. Este tipo de ética promueve maximizar el bien común mediante acciones que beneficien al máximo número de personas²⁰. Sin embargo, para el profesional de AP tener una ética para las decisiones en consulta y otra para las decisiones colectivas puede llevar al conflicto moral: la doble normativa afecta la integridad moral y es una forma de dualismo incoherente²¹.

Entre las normas válidas que pueden integrarse en el modelo de diálogo se hallan los códigos y cartas éticas de cada profesión. Estas directivas forman parte

Tabla 2 Ideas clave

Ideas clave

Los principios de la ética biomédica son válidos siempre que exista una relación terapéutica entre un profesional y un paciente, sin embargo la interpretación de estos puede diferir según el marco asistencial

El proceso de deliberación ética en atención primaria requiere tener en cuenta las características de este ámbito: la multidisciplinariedad, la relación de los profesionales con las personas que se visitan, la vinculación con la comunidad y el valor de la justicia social

La toma de decisiones éticas en atención primaria ha de tener en cuenta a todos los agentes a los que pueden afectar las decisiones, tanto cuando se dan en la relación profesional-paciente, como cuando repercuten en el funcionamiento de la comunidad

Un método para la deliberación útil en atención primaria es la propuesta de democracia participativa aplicada al ámbito de la salud

Es importante conocer la ética que guía las acciones para poder implicar a profesionales y a pacientes en una dinámica común que conduzca al consenso

de la ética normativa o deontológica. El valor que aportan es delimitar la responsabilidad de los profesionales y su aportación a la sociedad. Sin embargo, en un contexto de deliberación colectiva y multidisciplinaria, su carácter uniprofesional merma la utilidad. En AP los profesionales han de alinearse dentro de un mismo esquema normativo, superando las fronteras establecidas por el esquema de estamentos profesionales.

La propuesta dialógica en AP puede recurrir a todas las éticas válidas con la condición de no recurrir a los principios y al modelo de salud que la AP promueve. Ante el conflicto, la comprensión del significado del marco de AP es fundamental para aportar coherencia a las decisiones.

Conclusiones

En AP las características de los pacientes que se visitan y la gran accesibilidad de la población al servicio requieren un análisis ético propio acorde con esta realidad clínica. El contenido ético de la deliberación ética ha de considerar la aproximación social y comunitaria. Adoptar esta visión conlleva asumir decisiones que tienen que ver con el principio de justicia social. Para ello, se ha de tener en cuenta que una actitud implica de igual manera el derecho a la asistencia y la exigencia del cuidado de la salud propia. Por este motivo, cualquier decisión requiere la participación ciudadana y de la proactividad de los profesionales. El método de deliberación y la toma de decisiones en un sistema de democracia participativa se ajusta a los valores y visión que tiene la AP. Asimismo es aconsejable no prescindir del conjunto de métodos válidos.

Concretar y profundizar en las particularidades de la AP puede ser de ayuda para esclarecer los interrogantes que se presentan a los profesionales en práctica asistencial diaria.

Conflicto de intereses

El autor declara que este trabajo no ha recibido ninguna fuente de financiación externa.

Agradecimientos

Al Dr. Francesc Abel i Fabre S.J. (1933-2011), fundador del Instituto Borja de Bioética, por los conocimientos enseñados, al Dr. Antoni Sisó i Almirall, del Centro de Atención Primaria de les Corts (Barcelona) y a la Dra. M. Dolors Navarro Rubio, de la Universitat Internacional de Catalunya, por su ayuda para generar nuevas maneras de comprender la AP en el contexto del sistema sanitario. Finalmente, a la Dra. Eva Peguero, del Institut Català de la Salut, por colaborar en la revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Abel F. *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid: Instituto Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina; 2001.
2. Couceiro A, Abel i Fabre F. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999.
3. Papanikitas A, Toon P. Primary care ethics: a body of literature and a community of scholars? *J R Soc Med*. 2011;104:94-6.
4. Martin R. Rethinking primary health care ethics: ethics in contemporary primary health care in the United Kingdom. *Prima Health Care Res Develop*. 2004;5:317.
5. Badger JM, Ladd RE, Adler P. Respecting patient autonomy versus protecting the patient's health: a dilemma for healthcare providers. *JONAS Healthc Law Ethics Regul*. 2009;11:120-4.
6. Rosenbloom AH, Jotkowitz A. The ethics of the hospitalist model. *J Hosp Med*. 2010;5:183-8.
7. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet*. 2008;372:865-6.
8. World Health Organization. *The World Health Report 2008 - primary health care (now more than ever)*. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> [consultado 10 Mar 2013].
9. European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice. *Policy statement on prevention and health promotion in primary care*. Cancún, WONCA Europe council, mayo 2010. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA EUROPE POLICY STATEMENT ON PREVENTION.pdf> [consultado 9 Mar 2013].
10. McWhinney IR. Primary care: core values. *Core values in a changing world*. *BMJ*. 1998;316:1807-9.
11. Atien R. Bioética más allá de los dilemas. *Aten Primaria*. 2010;42:412-4.
12. Fiscella K. Health care reform and equity: promise, pitfalls, and prescriptions. *Ann Fam Med*. 2011;9:78-84.

13. [Cunningham PJ. Chronic burdens: the persistently high out-of-pocket health care expenses faced by many Americans with chronic conditions. Issue Brief \(Commonw Fund\). 2009;63: 1-14.](#)
14. World Health Organization. The World Health Report 2010 - health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible on line en: <http://www.who.int/whr/2010/whr10.en.pdf> [consultado 10 Mar 2013].
15. [Borrell Carrió F. Equipos de salud: ¿un problema o una solución? Aten Primaria. 2009;41:73-5.](#)
16. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Barcelona: Generalitat de Catalunya; marzo 2002. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home_Canal_Salut/Ciudadania/Drets_i_deures/Normativa/enllacos/carta_drets_deures.pdf [consultado 10 Mar 2013].
17. [Cortina A. Ética sin moral. Madrid: Tecnos; 1990.](#)
18. [Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin \(Barc\). 2001;117:18-23.](#)
19. [Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.](#)
20. [Mill JS. El utilitarismo. Madrid: Alianza Editorial; 1984.](#)
21. [Nordhaug M, Nortvedt P. Justice and proximity: problems for an ethics of care. Health Care Analysis: HCA. Journal Of Health Philosophy And Policy \[serial on the Internet\]. 2011;19:3-14.](#)

Semergen 5

SEGUNDO ARTÍCULO COMPLEMENTARIO.

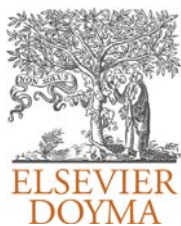
ARTICULO COMPLEMENTARIO: “CONFLICTOS DE INTERESES EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD”.

Referencia.

González-de Paz L, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. Conflictos de interés en investigación clínica en el área de atención primaria de salud. *Semergen*. 2014 Mar;40(2):104-8.

Reseña.

La investigación clínica con personas, cuando es realizada por médicos y/o enfermeras de confianza puede presentar un problema ético. Las normas éticas vigentes no clarifican si los investigadores deben explicar a los pacientes-participantes todos los motivos por los que les es propuesto participar. En el artículo los conflictos de intereses en investigación se analizan en el contexto de atención primaria. Se sugieren algunas estrategias para facilitar a los participantes y los profesionales tomar decisiones de manera que la voluntariedad y el principio de autonomía del paciente conserven la máxima integridad.



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EN TORNO AL PACIENTE

Conflictos de intereses en investigación clínica en el área de atención primaria de salud

L. González-de Paz^{a,b,*}, M.D. Navarro-Rubio^b y A. Sisó-Almirall^a

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Les Corts, Grupo Transversal en Investigación en Atención Primaria-IDIBAPS, Barcelona, España*

^b *Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Internacional de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España*

Recibido el 12 de junio de 2013; aceptado el 22 de julio de 2013

Disponible en Internet el 20 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Ética profesional;
Investigación clínica;
Conflicto de intereses

KEYWORDS

Primary healthcare;
Ethics;
Clinical research;
Conflict of interests

Resumen En investigación biomédica los conflictos de intereses entre profesionales y pacientes pueden ser un problema ético. Ninguna de las normas legales vigentes en España menciona si el investigador debe clarificar a los participantes de un estudio clínico todos los motivos por los que le es propuesto participar. En este artículo, los conflictos de intereses en investigación se analizan en el contexto de atención primaria y se clarifica la importancia de tenerlos en cuenta. En esta área clínica los conflictos de intereses pueden afectar a la confianza terapéutica y alterar la función social que tiene. Finalmente, se sugieren algunas estrategias de carácter práctico que pueden facilitar a los participantes tomar la decisión de participar en un estudio clínico con mayor voluntariedad y autonomía.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conflicts of interests in clinical research in primary health care

Abstract Conflicts of interests between professionals and patients in biomedical research, is an ethical problem. None of the laws in Spain mention whether the clinical researcher has to clarify to participants the reasons why it proposes them to participate in a clinical trial. In this article, conflicts of interests in research are discussed in the context of primary healthcare. In this area conflicts of interests might alter the confidence between patients and healthcare professionals. Finally, we suggest some practical strategies that can help participants make the decision to participate in a clinical trial more willingly and freely.

© 2013 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzalezdepaz@hotmail.com (L. González-de Paz).

beneficios de la investigación⁴. En el momento de la propuesta, los investigadores deben evitar influir en la decisión del candidato, eludiendo la persuasión, la manipulación y/o coerción en el proceso comunicativo²³. De estas tres actitudes, la persuasión y la manipulación se caracterizan por ser difíciles de evitar por parte de los investigadores que tienen una relación terapéutica intensa con los pacientes. Se ha demostrado que después de una larga relación terapéutica, como sucede en AP, los pacientes sienten la necesidad de corresponder al médico que le ha tratado. Ante la propuesta de investigación el paciente puede encontrar la dificultad moral de expresar la negativa a participar a su médico habitual²⁴.

La confianza del paciente en el profesional de AP está en relación con la vinculación de este área a la cuestión social²⁵. Las áreas asistenciales donde hay compromiso con la comunidad, el grado de altruismo que tienen los pacientes es muy elevado. Este sentimiento les conduce a aceptar la participación sin la necesaria reflexión. La consecuencia es que los pacientes pueden subestimar los riesgos de las pruebas o datos que son requeridos para el estudio^{3,25}. La obligación ética del investigador es permitir a los pacientes decidan de manera autónoma y reflexiva los riesgos que asumen al participar en la investigación que se le propone. De todo ello se deduce que en el contexto de una relación terapéutica de confianza, el grado de voluntariedad y libertad para aceptar participar en un estudio pueden ser muy limitadas.

Proceso de consentimiento informado

Cómo garantizar el proceso de consentimiento informado lo más garantizado posible y que no eluda mencionar los posibles CI de los profesionales es una cuestión no resuelta en las declaraciones de bioética^{6,7,18}. En la [tabla 1](#) se muestra un resumen de lo que mencionan al respecto algunas de las normas vigentes. Mientras que en algunas se explicita que se ha de declarar cualquier CI al paciente, en otras ni se menciona. En general, persiste la idea de que lo importante en investigación es la protección de la integridad física, dejando las cuestiones morales de los CI en un segundo término. En la [tabla 2](#) se muestra una lista de las cuestiones que debe contener el proceso de información. Es una adaptación de las normas de la Conferencia de Harmonización. En lo que respecta a los CI, «*conocer la naturaleza del estudio*» se refiere a los motivos por los que se propone al paciente la participación²⁶. Habitualmente se ha interpretado esta cuestión como informar al paciente de las características que tiene acorde a los criterios de inclusión del protocolo de la investigación. Sin embargo, una interpretación más amplia podría incluir los motivos personales por los que el profesional lleva a cabo la investigación. Este ejercicio de transparencia no es descabellado, sigue la norma no escrita de cuando una cuestión no se puede explicar es que es probable que sea una cuestión de poco correcta. Cuando el paciente no conoce la amplitud de la naturaleza del estudio, ni las motivaciones no comunicadas del investigador, es cuando emergen los problemas relacionados con los CI.

Tabla 1 Conflictos de intereses en las normas éticas de investigación biomédica

<i>Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM)</i> ⁶
Art. 24. En la investigación médica con seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir informaciones adecuadas acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiación, posibles conflictos de intereses, pertenencia institucional del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación
<i>Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina</i> ⁷
Art. 5. Una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias
<i>Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica. En seres humanos (CIOMS)</i> ³²
Art. 22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflicto de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento

Tabla 2 Contenido básico del consentimiento informado en lo que atañe a la participación en el estudio (según el diseño y la finalidad del estudio podrían requerirse también otras cuestiones: pagos por participación, póliza de seguro, entre otras)

Se explica que el estudio es investigación clínica
Se explica la finalidad y propósito de la investigación (<i>naturaleza del estudio</i>)
Duración prevista
Se explica la responsabilidad del participante
Descripción de los procedimientos que se seguirán y se identifican los que se someten a investigación
Riesgos razonablemente previsibles o molestias
Beneficios razonables de lo que se puede esperar para el participante y/o para otros
Descripción de elementos que se utilizarán para proteger la identidad
Señas del investigador para contactar en caso de dudas, quejas o problemas relacionados con el estudio
Una declaración de que la participación es voluntaria
Una declaración de que la negativa a participar no implicará ninguna pérdida de la atención sanitaria
Una declaración de que se puede interrumpir la participación en cualquier momento

Tipos de conflictos de intereses

Los estudios de investigación que se realizan en AP habitualmente tienen pocos riesgos para la salud de los pacientes, asimismo los posibles CI no tienen las implicaciones graves que pueden tener en otras áreas²⁷. Sin embargo, ello no sustrae que cuando el investigador tenga algún CI, este deba comunicarse al paciente durante el proceso de consentimiento informado. Se han descrito 2 tipos de CI⁴: los financieros y los no financieros.

Conflictos de intereses financieros

Este tipo de CI se puede dar cuando el clínico recibe una contraprestación económica, o en especie, al colaborar o dirigir una investigación. Esta situación de contraprestación económica implica, al menos, dos principios biomédicos: Justicia y Autonomía^{28,29}.

El promotor de la investigación (por ejemplo, una compañía farmacéutica), tiene una finalidad enteramente lucrativa: una vez aprobado el fármaco podrá comercializarlo. Los profesionales que colaboran como investigadores, les supone una fuente de ingresos. Finalmente, la comunidad en la que se lleva a cabo el estudio podrá acceder a estos nuevos medicamentos en el futuro. El único agente que no obtiene ningún beneficio directo, pero que asume riesgos relacionados con su salud, es el participante que es incluido en el estudio voluntariamente. Lo que aquí se considera es que el paciente al que su clínico habitual le propone la investigación desconozca el probable lucro directo y/o indirecto que va a desvelar a todos menos a él²⁶. Es por este motivo que desvelar los CI es una medida de transparencia que incrementa el compromiso del clínico con el paciente y protege el principio de autonomía.

Conflictos de intereses no financieros

En AP se llevan a cabo muchos estudios de investigación que no implican beneficios financieros para los investigadores. Los motivos personales que llevan a los investigadores a plantear a sus pacientes estos estudios es diverso: La obligación ética de evidenciar científicamente la práctica habitual, el prestigio al realizar una investigación, la colaboración con otros colegas, o finalizar un trabajo académico³⁰. Toda la información que ayude al paciente a formarse una idea de los motivos por los que se le propone participar en un proyecto de investigación no es menor, por lo que este tipo de motivos también tienen la misma consideración que los financieros: mejor desvelar el motivo de realización del estudio.

Estrategias prácticas para gestionar los conflictos de intereses en atención primaria

El problema de cómo dar a conocer la naturaleza de los estudios, sin comprometer la relación de confianza, y asegurar que el consentimiento del paciente sea lo más autónoma posible requiere asumir cambios en la gestión de la investigación clínica. Estos no deberían ser barreras para llevar a cabo investigación en AP.

Una buena estrategia puede ser reducir la asimetría entre el nivel de información que posee el profesional y el paciente sin comprometer la investigación. Las estrategias basadas en la transparencia son útiles y no tienen por qué suponer un descenso en el número de pacientes que son incluidos en estudios clínicos. Estas requieren experiencia y cambios en la manera de llevar a cabo el consentimiento informado. Dunn y Gordon²⁶ proponen una serie de acciones prácticas que son válidas para todos los CI.

1. *Adaptar el formato del documento de consentimiento informado a la realidad de los pacientes.* Se ha evidenciado que el documento de consentimiento informado y la hoja de información al paciente no son leídos ni comprendidos por la gran mayoría de personas que participan en estudios de investigación³⁰. Incorporar al proceso de consentimiento informado técnicas de comunicación más efectivas puede ser de utilidad. Los nuevos medios telemáticos, videos, imágenes o formas de interacción, mediante sencillos programas informáticos, pueden ser útiles para ello.
2. *Unidades de apoyo a la investigación.* Los comités de ética de investigación clínica (CEIC) deberían coordinarse con grupos cercanos a los investigadores de cada centro de AP. Estas unidades, compuestas por investigadores experimentados y especialistas en normas de buena práctica, apoyarían directamente a los investigadores³¹. Algunas áreas en las que podrían ser útiles son: la evaluación de la factibilidad del procedimiento de información conforme a la realidad social de cada centro, creación de estrategias de mejora de información y resolución directa de casos concretos.
3. *Balance de ingresos.* Cuando la práctica asistencial es la dedicación mayoritaria deberían justificarse los ingresos individuales por gestores procedentes de la investigación. Los órganos gestores de las instituciones de AP y los comités de ética deberían recoger información del volumen de ingresos por profesional y del destino de dichos recursos.
4. *Mejora de los protocolos de investigación.* Los protocolos de investigación deberían incluir un apartado específico en el cual se explicara brevemente cómo se llevará a cabo el proceso de información con los pacientes a los que se les propondrá la participación. Esta exigencia permitiría a las unidades de apoyo a la investigación de cada centro y a los CEIC, evaluar con mayor precisión la ética del proceso de información.

Las estrategias anteriores pueden ayudar a solventar el problema de la comunicación de CI durante el proceso de consentimiento informado. Si bien es cierto que aplicarlas comporta cambios estructurales, estos no son excesivos y la inversión puede verse compensada con una mayor proactividad por parte de los investigadores clínicos.

Conclusiones

Los conflictos de intereses en investigación clínica deben ser considerados como un problema ético de primer orden. Cuando un clínico invita a participar en un estudio clínico a un paciente al que visita habitualmente, el potencial

participante debe poder conocer la naturaleza del estudio, incluyendo los posibles beneficios que tendrá para el profesional. Sean financieros o no, estos motivos pueden ocultar conflictos de intereses, que de no explicarse pueden traicionar la voluntariedad del paciente y su autonomía. En el contexto asistencial de AP la posibilidad de que un conflicto de intereses fuera causa del deterioro de la relación terapéutica es motivo suficiente para que profesionales e instituciones sanitarias tomen medidas para solventar las barreras que impiden explicar con claridad la naturaleza del estudio a los pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara que este trabajo no ha recibido ninguna fuente de financiación externa.

Bibliografía

- Hurst SA, Mauron A. Trustworthiness in conflict of interest. *Am J Bioeth.* 2011;11:40-1.
- Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med.* 1993;329:573-6.
- Nelson RM, Merz JF. Voluntariness of consent for research - An empirical and conceptual review. *Med Care.* 2002;40:69-80.
- Morin K, Rakatansky H, Riddick FA, Morse LJ, O'Bannon JM, Goldrich NS, et al. Managing conflicts of interest in the conduct of clinical trials. *JAMA.* 2002;287:78-84.
- ICH of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. Guideline for Good Clinical Practice. ICH Harmonised Tripartite Guideline. Geneva: ICH; 1996.
- González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Semergen.* 2013 [En prensa] <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2013.02.002>
- Papanikitas A, Toon P. Primary care ethics: a body of literature and a community of scholars? *J R Soc Med.* 2011;104:94-6.
- Anderson EE. The role of community-based organizations in the recruitment of human subjects: Ethical considerations. *Am J Bioeth.* 2010;10:20-1.
- Bean S, Silva DS. Betwixt & between: Peer recruiter proximity in community-based research. *Am J Bioeth.* 2010;10:18-9.
- Henderson G, Davis A, King N. Vulnerability to influence: A two-way street. *Am J Bioeth.* 2004;4:50-2.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética.* 2nd ed. Madrid: Triacastela; 2007.
- Fletcher J. *Responsabilidad moral. La ética de situación en acción.* Barcelona: Ariel; 1973.
- Markman JR, Markman M. Running an ethical trial 60 years after the Nuremberg Code. *Lancet Oncol.* 2007;8:1139-46.
- Truog RD. Patients and doctors. The evolution of a relationship. *N Engl J Med.* 2012;366:581-5.
18. *Biomedical Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research.* Department of Health, Education, and Welfare. 18 de Abril, 1979 [Consultado el 05 Sept. 2013] [Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>]
- Dhai A. Informed consent. *S Afr J Bioethics Law.* 2008;1:27-30.
- Macklin R. La ética y la investigación clínica Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas núm 23. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2010.
- Weber M. *El político y el científico.* 8.ª edn. Madrid: Alianza; 1967.
- Ley Española 14/2007, de 3 de Jul, de Investigación biomédica (julio 2007).
- Beauchamp TL, Gracia D, McCullough LB. *Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos.* Barcelona: Labor; 1987.
- Simon C, Mosavel M. Community members as recruiters of human subjects: Ethical considerations. *Am J Bioeth.* 2010;10:3-11.
- Molyneux S, Kamuya D, Marsh V. Community members employed on research projects face crucial, often under-recognized ethical dilemmas. *Am J Bioeth.* 2010;10:24-6.
- Dunn LB, Gordon RE. Improving informed consent and enhancing recruitment for research by understanding economic behavior. *JAMA.* 2005;293:609-12.
- Manca DP, Maher P, Gallant R. Ethical concerns in community practice research-Common concerns encountered by the Alberta Family Practice Research Network. *Can Fam Phys.* 2006;52:288-9.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 6th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- Appelbaum PS, Lidz CW, Klitzman R. Voluntariness of consent to research: A conceptual model. *Hastings Cent Rep.* 2009;39:30-9.
- Kim SYH, Millard RW, Nisbet P, Cox C Caine, editors. Potential research participants' views regarding researcher and institutional financial conflicts of interest. *J Med Ethics.* 2004;30:73-9.
- Sisó-Almirall A, González-de Paz L, Mañes E, Benachi-Sandoval N, Pereira-Rosalen A, Sebastián-Montal L. Research unit in primary care: Results after two years of establishment (2009-2010). Warsaw, Poland: WONCA 2011 Proceedings of the WONCA 17th World Congress; 2011 Sept. 08-11 [consultado 15 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/content/431-research-unit-primary-care-results-after-two-years-establishment-2009-2010>
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [consultado 10 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.cioms.ch/index.php/printable-publications?task=mdownload&id=37>

DISCUSIÓN.

DISCUSIÓN.

Se han presentado tres nuevos instrumentos (cuestionarios) para estudiar el cumplimiento de las normas éticas entre sanitarios y se han realizado dos estudios para conocer con exactitud las medidas de adherencia de las conductas en los profesionales. Hasta la fecha no se había publicado ningún trabajo que aportara evidencia de validez y fiabilidad interna. El proceso metodológico de creación de los cuestionarios ha permitido clarificar el grado de cumplimiento que los profesionales tienen de las normas de práctica clínica e identificar algunos factores que influyen en el cumplimiento de las normas de ética en la práctica sanitaria.

Para crear los ítems se tuvo que salvar la distancia conceptual existente entre las normas de ética y las conductas específicas habituales en la práctica clínica. La dificultad residía en que los ítems de los cuestionarios debían contener las normas de ética generales, de manera que al preguntarse por su vigencia en la práctica habitual no resultaran inespecíficas, esto conllevaría que los participantes no discriminaran adecuadamente entre las diferentes categorías. La solución que consideramos más adecuada fue trasladar al contenido de los ítems las conductas específicas y habituales de la práctica clínica habitual que fueran representativas de la norma general. En el primer estudio -el Código de Enfermeras- las conductas fueron extraídas de un compendio taxonómico de intervenciones y actividades que las enfermeras realizan habitualmente (*Nursing Interventions, NICs*)³¹. Escogimos las actividades que según su definición y contenido se adaptaban más a lo que cada ítem del Código de Ética enunciaba. Dado que el lenguaje de las intervenciones de enfermería había sido validado externamente con anterioridad no fue necesario re-validar el contenido de los mismos.

La validación de los ítems del segundo estudio se llevó a cabo en tres etapas: (1) generación de ítems (2) validación de contenido y (3) evaluación de la consistencia interna y estudio de la estructura (*constructo*) del cuestionario. Para generar los ítems se utilizó la técnica de grupos focales; una serie de grupos con profesionales y pacientes permitió aproximarse a las conductas que

éstos interpretaban que significaban las normas de la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios de salud³². Posteriormente, un comité de expertos evaluó la correspondencia de esa interpretación. El consenso de los expertos respecto a la correspondencia de la norma fue medido con un indicador matemático de grado de acuerdo respecto a una de las categorías de una escala³³. Este indicador tiene en cuenta la distancia (variabilidad) respecto a la categoría de referencia y es más robusto que otros estimadores que se utilizan habitualmente³⁴. Es relevante que después de aplicarlo tuvieron que descartarse casi el 50% de los ítems que procedían de los grupos focales. La mayoría de ítems que se descartaron correspondían a grupos de pacientes. Esta cuestión sugiere que los jueces podían haber tenido algún tipo de sesgo al puntuar ítems procedentes de un grupo de pacientes o un grupo de profesionales. Sin embargo, en la práctica no supuso ningún problema: tanto en el cuestionario de los profesionales como en el de los pacientes había una representación amplia de conductas que corresponden a cada uno de los diez derechos de La Carta.

El método de validación de las normas éticas en ítems con conductas concretas puede ser utilizado en el ámbito docente para aproximar, de manera práctica, a los estudiantes y/o profesionales de la salud de que trata la deontología. La falta de esta aproximación en la enseñanza de la bioética ha sido reportada en diversos estudios con estudiantes y profesionales³⁵⁻³⁷. Los dos nuevos cuestionarios en el ámbito de la pedagogía aseguran nuevos estudios que verifiquen su utilidad i eficacia.

El análisis de la información de los cuestionarios (las puntuaciones) se llevó a cabo mediante dos técnicas: los modelos de Rasch³⁸, y diferentes técnicas procedentes de la Teoría Clásica de Test³⁹. La diferencia entre las dos técnicas psicométricas reside en que, con los modelos de Rasch se verificó la relación jerárquica de cada ítem respecto de los demás y permitió construir un instrumento métrico en el que las conductas estaban ordenadas de mayor a menor cumplimiento en unidades de intervalo. Esta técnica de medición de cada ítem, basada en la Teoría de Respuesta al Ítem, se diferencia de las técnicas habituales -basadas en la Teoría Clásica de Test- en que la

información de los ítems se trata de manera agregada y no permite hacer una medición individualizada^{40,41}. Las diferencias entre la Teoría de Respuesta al Ítem y la Teoría Clásica de Test es motivo de controversia científica^{39,40,42}; sin embargo en la actualidad la mayoría de cuestionarios e instrumentos cuyas propiedades de medición habían sido estudiadas con métodos de la Teoría Clásica de Test están siendo re-analizados con métodos de la Teoría de Respuesta al Ítem. Un ejemplo de re-análisis y complementariedad se presenta en el tercer artículo, donde se ha administrado el cuestionario en una muestra más extensa de profesionales. Los resultados de este nuevo análisis aportan nuevos datos respecto al cumplimiento de las normas y la adherencia de los profesionales a cada ítem y según dimensiones.

Los resultados presentados en conjunto han permitido establecer un diálogo entre lo que se observa y la ética normativa. La evidencia objetiva que el conocimiento de las normas de ética se asocia a puntuaciones más elevadas, confirma el valor que tiene la docencia de la ética entre los colectivos profesionales⁴³⁻⁴⁵, y en este caso, también la información de los pacientes acerca de los derechos que tienen y conductas que pueden esperar de los médicos y enfermeras que visitan habitualmente. Sin embargo, es destacable la gran cantidad de pacientes y de profesionales que en los dos trabajos presentados desconocían las normas éticas. En el caso del segundo estudio este hecho no deja de ser paradójico: en todas las salas de espera de los centros en los que se realizó el estudio había información visible de la carta de derechos. Este hecho debería alertar a gestores e instituciones de Atención Primaria acerca de la manera de transmitir la información a los pacientes.

Uno de los factores que se ha objetivado que tiene mayor peso en la percepción de los pacientes acerca del cumplimiento de los profesionales de las normas éticas es la confianza que tienen en ellos. La confianza es un valor que permite establecer una relación terapéutica fluida entre el profesional y el paciente; sin ella, el marco normativo de la ética no existiría. Las diferencias en la opinión entre los grupos con mayor y menor confianza corroboran las descripciones teóricas^{46,47}. Siendo un valor tan influyente en la opinión de los pacientes, las instituciones sanitarias deberían retenerlo y potenciarlo como

garante del buen servicio. Los autores consideran razonable que la confianza en el profesional de la atención primaria de salud es consecuencia de la relación continua y longitudinal en el tiempo con el profesional, con lo que pudiera estar relacionada con la significación estadística observada en el grupo con más visitas. Este hallazgo deberá confirmarse en futuros estudios en los que se realicen análisis multinivel que permitan establecer con precisión el valor de cada factor en relación a la buena práctica ética.

El diálogo entre los resultados de los dos estudios y la ética se ha llevado a cabo en los estudios complementarios. El objetivo ha sido responder a la pregunta de si el conocimiento de las conductas éticas afecta a la percepción de la práctica diaria en el contexto asistencial de la atención primaria de salud. Se ha demostrado que este contexto asistencial tiene unas características propias que le diferencia de otros niveles asistenciales. Los estudios han permitido identificar que el conocimiento de las normas es crítico para tener consciencia de lo que *se debe hacer*, también para ubicar en un lugar relevante el valor de la confianza que los pacientes tienen en los profesionales.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Los trabajos presentados esta memoria de tesis doctoral han permitido demostrar que:

1. Las características de los pacientes que se visitan en atención primaria, la gran accesibilidad al servicio y la relación que establecen con los profesionales sanitarios requieren un análisis ético propio acorde con esta realidad clínica.
2. La forma de deliberación ética en atención primaria ha de considerar la aproximación social y comunitaria, asumiendo decisiones que tienen que ver con el principio de justicia social.
3. Las normas de comportamiento ético afectan por igual a todos los colectivos profesionales. En el caso de la atención primaria las características del trabajo que realizan deberían impulsarles a seguir normas de comportamiento ético compartidas y multidisciplinares.
4. La deliberación ética en el medio asistencial requiere de información veraz acerca de la realidad social y moral; para ello la ética filosófica debe establecer un diálogo con la información que procede de los estudios empíricos, así como otras fuentes de información que han de permitir clarificar la dimensión del problema.
5. El método de construcción de los cuestionarios ha permitido generar una serie de conductas que concretan de que tratan las normas de ética.
6. Los instrumentos -cuestionarios- elaborados han evidenciado aportar información respecto al cumplimiento y conocimiento de las normas que realizan los profesionales. En los dos estudios presentados, la opinión de los profesionales es que cumplen con las normas básicas de comportamiento ético; sin embargo, existen diferencias entre ámbitos: atención primaria y hospital, en el caso de las enfermeras, y también entre profesionales de un mismo ámbito.

7. El análisis de la escala de las enfermeras y el análisis del cuestionario de profesionales permitió ubicar las conductas según el grado cumplimiento de los ítems y la dificultad de aplicación de cada conducta, mostrando que la adherencia a las conductas éticas no es uniforme ni lineal.
8. La autonomía del paciente y su capacidad de decisión son cuestiones que no están del todo aceptadas por los profesionales, indicando que el comportamiento paternalista persiste.
9. En los pacientes, la confianza es un factor central para comprender la percepción de práctica ética que tienen los profesionales.
10. La validez de los instrumentos demuestran que los cuestionarios presentados son potencialmente útiles para determinar qué factores influyen en el comportamiento ético de los profesionales y la efectividad de las normas éticas en la práctica habitual. La necesidad de explorar dicha realidad radica en el compromiso implícito que profesionales e instituciones de salud tienen para promover el comportamiento ético y la buena práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Cortina Orts A. *Ética Mínima: Introducción a La Filosofía Práctica*. 10ª ed. Madrid: Tecnos; 2005.
- (2) Cortina A. *Ética Aplicada Y Democracia Radical*. Madrid: Tecnos; 1993.
- (3) Couceiro A, Abel i Fabre F. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999.
- (4) Callahan D. The Hastings Center and the early years of bioethics. *Theor Med Bioeth* . 2012;33:11-20.
- (5) Abel i Fabre F. *Bioética: orígenes, presente y futuro*. Madrid: Institut Borja de Bioética: Fundación Mapfre Medicina; 2001.
- (6) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
- (7) Gracia D. *Fundamentos de bioética*. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
- (8) McBurney BH, Filoromo T. The Nightingale pledge: 100 years later. *Nurs Manage* . 1994;25:72.
- (9) Markman JR, Markman M. Running an ethical trial 60 years after the Nuremberg Code. *Lancet Oncol* . 2007;8:1139-1146.
- (10) The Medical Case, The Milch Case. In: Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, editor. *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 1* Washington, D.C; 1949. pags. 181-182.
- (11) 64 Asamblea de la Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Octubre 2013.
- (12) The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. 1979.
- (13) Wright P. Louis Lasagna. *Lancet* . 2003;362:1423.
- (14) Gracia D. *Ética En La Práctica Clínica*. Madrid: Triacastela; 2004.
- (15) American Hospital Association. A Patient's Bill of Rights. 21 Octubre 1992; Disponible en: http://www.patienttalk.info/AHA-Patient_Bill_of_Rights.htm.
- (16) Beauchamp TL, Gracia D, McCullough LB. *Ética Médica: Las Responsabilidades Morales De Los Médicos*. Barcelona: Labor; 1987.

- (17) Fletcher J. *Responsabilidad moral. La ética de situación en acción*. Barcelona: Ariel; 1973.
- (18) Fletcher JF. *Situation Ethics: The New Morality*. Philadelphia: Westminster John Knox Press; 1966.
- (19) Gadamer H. *Wahrheit und Methode; Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: Mohr; 1960.
- (20) Widdershoven G, Abma T, Molewijk B. Empirical ethics as dialogical practice. *Bioethics*. 2009;23:236-248.
- (21) Molewijk B, Frith L. Empirical ethics: who is the Don Quixote? *Bioethics* . 2009;23:ii-iv.
- (22) Molewijk B, Stiggelbout AM, Otten W, Dupuis HM, Kievit J. Empirical data and moral theory. A plea for integrated empirical ethics. *Med Health Care Philos* . 2004;7:55-69.
- (23) Molewijk B. Integrated empirical ethics: in search for clarifying identities. *Med Health Care Philos* . 2004;7:85-7.
- (24) Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. The birth of the empirical turn in bioethics. *Bioethics* . 2005;19:49-71.
- (25) Leget C, Borry P, de Vries R. 'Nobody tosses a dwarf!' The relation between the empirical and the normative reexamined. *Bioethics*. 2009;23:226-235.
- (26) Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H. Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scand J Caring Sci* . 2009;23:380-394.
- (27) Numminen OH, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empirical research study. *Int Nurs Rev* . 2009;56:483-490.
- (28) R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. 2013;3.0.1.
- (29) Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale--Revised. *J Nurs Meas*. 2009;17:221-231.
- (30) Bu X, Wu Y-B. Development and psychometric evaluation of the instrument: Attitude toward patient advocacy. *Research in Nursing and Health*. 2008;31:63-75.
- (31) Dochterman JM, Bulechek GM. *Nursing interventions classification (NIC)*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Mosby; 2004.

- (32) Brod M, Tesler LE, Christensen TL. Qualitative research and content validity: Developing best practices based on science and experience. *Quality of Life Research*. 2009;18:1263-1278.
- (33) Tastle JM, Tastle WJ. Extending the Consensus Measure: Analyzing Ordinal Data With Respect to Extrema. *Information Systems Education Journal*. 2006;4:1545.
- (34) Elzinga C, Wang H, Lin Z, Kumar Y. Concordance and consensus. *Inf Sci* . 2011;181:2529-2549.
- (35) Harvan RA. An assessment of ethical sensitivity: implications for interdisciplinary education. *J Allied Health*. 1993;22:353-362.
- (36) Lee-Hsieh J, Kuo C-, Tseng H-. Application and evaluation of a caring code in clinical nursing education. *J Nurs Educ*. 2005;44:177-184.
- (37) Numminen O, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Comparison of nurse educators' and nursing students' descriptions of teaching codes of ethics. *Nurs Ethics*. 2011;18:710-724.
- (38) Smith EV, Smith RM. *Introduction to Rasch measurement: theory, models and applications*. Maple Grove, Minn.: JAM Press; 2004.
- (39) DeVellis RF. Classical test theory. *Med Care*. 2006;44:S50-9.
- (40) Wright BD, Linacre JM. Observations are always ordinal; measurements, however, must be interval. *Arch Phys Med Rehabil*. 1989;70:857-860.
- (41) Bond TG, Fox CM. *Applying the Rasch model : fundamental measurement in the human sciences*. 2nd ed. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.
- (42) Andrich. Controversy and the Rasch Model: A Characteristic of Incompatible Paradigms? *Med Care*. 2004;42:1-7.
- (43) Davis AJ, Tschudin V, De Raeve L. *Essentials of teaching and learning in nursing ethics : perspectives and methods*. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone, Elsevier; 2006.
- (44) Schonfeld TL, Spetman MK. Ethics education for allied health students: an evaluation of student performance. *J Allied Health*. 2007;36:77-80.
- (45) Brogen AS, Rajkumari B, Laishram J, Joy A. Knowledge and attitudes of doctors on medical ethics in a teaching hospital, Manipur. *Indian J Med Ethics*. 2009;6:194-197.
- (46) Toop L. Primary care: core values. Patient centred primary care. *BMJ*. 1998;316:1882-1883.

(47) Papanikitas A, Toon P. Primary care ethics: a body of literature and a community of scholars? J R Soc Med . 2011;104:94-96.

ANEXOS.

Anexo 1. Referencias analizadas en la revisión de literatura.

1. The ethics survey: an important step in promoting nursing ethics. *J N Y State Nurses Assoc* 1989;20(4):4-8.
2. Adamson BJ, Harris LM, Hunt AE. Health science graduates: preparation for the workplace. *J Allied Health* 1997;26(4):187-199.
3. Aitamaa E, Leino-Kilpi H, Puukka P, Suhonen R. Ethical problems in nursing management: the role of codes of ethics. *Nurs Ethics* 2010;17(4):469-482.
4. Al-Dwairi ZN, Al-Waheidi EM. Cheating behaviors of dental students. *J Dent Educ* 2004;68(11):1192-1195.
5. Andrew S, Gregory L, Cowin LS, Eagar SC, Hengstberger-Sims C, Rolley J. Psychometric properties of the Australian nurse competency 2000 standards. *Int J Nurs Stud* 2008;45(10):1512-1515.
6. Arawi T. The Lebanese physician: a public's viewpoint. *Dev World Bioeth* 2010;10(1):22-29.
7. Arhin AO. A pilot study of nursing student's perceptions of academic dishonesty: a generation Y perspective. *ABNF J* 2009;20(1):17-21.
8. Ashmore R, Carver N, Banks D. Mental health nursing students' relationships with the pharmaceutical industry. *Nurse Educ Today* 2007;27(6):551-560.
9. Aström S. Health care students' attitudes towards, and intention to work with, patients suffering from senile dementia. *J Adv Nurs* 1986;11(6):651-659.
10. Baldacchino DR. Nursing competencies for spiritual care. *J Clin Nurs* 2006;15(7):885-896.
11. Balkos GK. The ethically trained physician: Myth or reality? *Can Med Assoc J* 1983;128(6):682-684.
12. Banks S, Janke K. Developing and implementing interprofessional learning in a Faculty of Health Professions. *J Allied Health* 1998;27(3):132-136.
13. Barnitt RE. "Deeply troubling questions": the teaching of ethics in undergraduate courses. *Br J Occup Ther* 1993;56(11):401-406.
14. Barrett DE, Headley KN, Stovall B, Witte JC. Teachers' perceptions of the frequency and seriousness of violations of ethical standards. *J Psychol* 2006;140(5):421-433.
15. Barris R, Kielhofner G, Bauer D. Learning preferences, values, and student satisfaction. *J Allied Health* 1985;14(1):13-23.
16. Bebeau MJ, Davis EL. Survey of ethical issues in dental research. *J Dent Res* 1996;75(2):845-855.
17. Biton V, Tabak N. The relationship between the application of the nursing ethical code and nurses' work satisfaction. *Int J Nurs Pract* 2003;9(3):140-157.
18. Brands WG, Bronkhorst EM, Welie JVM. The chasm between knowing and choosing the ethical course of action. A survey of dental students in the Netherlands. *Int Dent J* 2010;60(5):321-328.
19. Brandt-Rauf PW. Ethical conflict in the practice of occupational medicine. *Br J Ind Med* 1989;46(1):63-66.
20. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Soc Sci Med* 2010;71(9):1687-1691.
21. Brogen AS, Rajkumari B, Laishram J, Joy A. Knowledge and attitudes of doctors on medical ethics in a teaching hospital, Manipur. *Indian J Med Ethics* 2009;6(4):194-197.
22. Brzostek T, Dekkers W, Zalewski Z, Januszewska A, Górkiewicz M. Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. *Nurs Ethics* 2008;15(6):761-776.

23. Bu X, Wu Y-B. Development and psychometric evaluation of the instrument: Attitude toward patient advocacy. *Res Nurs Health* 2008;31(1):63-75.
24. Butler MH, Rodriguez MA, Roper SO, Feinauer LL. Infidelity secrets in couple therapy: therapists' views on the collision of competing ethics around relationship-relevant secrets. *Sex addict compulsivity* 2010;17(2):82-105.
25. Campbell RJ, Yonge O, Austin W. Intimacy boundaries: between mental health nurses & psychiatric patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43(5):32-39.
26. Cartwright JC, Hickman SE. Conducting research in community-based care facilities: ethical and regulatory implications. *J Gerontol Nurs* 2007;33(10):5-11.
27. Chau JP-, Lam L-, Lui MH-, Ip W-, Chien W-, Lee IF-, et al. A survey of registered nurses' perceptions of the code of professional conduct in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2010;19 (23-24):3527-3534.
28. Cleary M, Jordan R, Horsfall J. Ethical practice guidelines: an evaluation. *Int J Ment Health Nurs* 2002 09;11(3):199-202.
29. Dunworth M, Kirwan P. Ethical decision-making in two care homes. *Practice* 2009;21(4):241-258.
30. DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004;19(3):251-258.
31. Eakes GG, Lewis JB. Should nurses be required to administer care to patients with AIDS? Students respond. *Nurse Educ* 1991;16(2):36-38.
32. Edwards I, Wickford J, Adel A, Ahmad, Thoren J. Living a moral professional life amidst uncertainty: Ethics for an Afghan physical therapy curriculum. *Adv Physiother* 2011;13(1):26-33.
33. Elovainio M, Leino-Arjas P, Vahtera J, Kivimäki M. Justice at work and cardiovascular mortality: a prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2006;61(2):271-274.
34. Epstein AM, Taylor WC, Seage GR, 3. Effects of patients' socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. *Am J Med* 1985;78(1):101-106.
35. Fine M, Teram E. Believers and skeptics: where social worker [sic] situate themselves regarding the code of ethics. *Ethics Behav* 2009;19(1):60-78.
36. Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba NA, De Lima DC, De Macedo APA. Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice. *J Appl Or Sci* 2008;16(1):75-80.
37. Gardner G, Carryer J, Gardner A, Dunn S. Nurse Practitioner competency standards: findings from collaborative Australian and New Zealand research. *Int J Nurs Stud* 2006;43(5):601-610.
38. Ghali AY, Lindenthal JJ, Thomas CS. The management of confidentiality in Egypt. *Med Law* 1991;10(6):549-554.
39. Glynn S, Reilly M, Avalos G, Mannion L, Carney PA. Attitudinal change toward psychiatry during undergraduate medical training in Ireland. *Ir J Psychol Med* 2006;23(4):131.
40. Gold C, Chambers J, Dvorak EM. Ethical dilemmas in the lived experience of nursing practice. *Nurs Ethics* 1995;2(2):131-142.
41. Gold WL, McArdle P, Federman DD. Should medical school faculty see assessments of students made by previous teachers? *Acad Med* 2002;77(11):1096-1100.
42. Gonzalez A, Perez M, Rancich AM, Etchegoyen G, Barragan H. Commitment hierarchy of the Geneva declaration. *Gac Med Mex* 2003;139(6):629-633.
43. Görgülü RS, Dinç L. Ethics in turkish nursing education programs. *Nurs Ethics* 2007;14(6):741-752.
44. Granot T, Tabak N. Nursing students' right to refuse to treat patients and the relationship between year of study and altitude towards patient care. *Med Law* 2002;21(3):549-566.

45. Green MJ, Mitchell G, Stocking CB, Cassel CK, Siegler M. Do actions reported by physicians in training conflict with consensus guidelines on ethics? *Arch Intern Med* 1996;156(3):298-304.
46. Hadjistavropoulos T, Malloy DC, Sharpe D, Fuchs-Lacelle S. The ethical ideologies of psychologists and physicians: A preliminary comparison. *Ethics and Behavior* 2003;13(1):97-104.
47. Han SS, Ahn SH. An analysis and evaluation of student nurses' participation in ethical decision making. *Nurs Ethics* 2000;7(2):113-123.
48. Hariharan S, Jonnalagadda R, Gora J. Knowledge, attitudes and practices of healthcare personnel towards care-ethics: a perspective from the Caribbean. *The Internet journal of law, healthcare, and ethics* 2007;5(1):14p.
49. Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics* 2006;7:E7-E7.
50. Hart L, Morgan L. Academic integrity in an online registered nurse to baccalaureate in nursing program. *J Contin Educ Nurs* 2010;41(11):498-505.
51. Harvan RA. An assessment of ethical sensitivity: implications for interdisciplinary education. *J Allied Health* 1993;22(4):353-362.
52. Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, et al. Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *J Adv Nurs* 2006;55(3):310-319.
53. Herman JL, Gartrell N, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey, II: Psychiatrists' attitudes. *Am J Psychiatry* 1987;144(2):164-169.
54. Homenko DF. Use of an inventory for ethical awareness in dental hygiene. *J Am Coll Dent* 2002;69(1):31-38.
55. Ikeda W, Inaba Y, Takeshita T, Yoshida K, Ogoshi K, Okamoto K. Does the Japanese Society for Hygiene need its own Code of Conduct? A comparison of the responses of councilors and junior members based on a questionnaire survey. *Environ Health Prev Med* 2011;16(3):178-184.
56. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. *J Adv Nurs* 2010;66(8):1708-1718.
57. Karadeniz G, Yanikkerem E, Piriñçi E, Erdem R, Esen A, Kitapçiođlu G. Turkish health professional's attitude toward euthanasia. *Omega (Westport)* 2008;57(1):93-112.
58. Kress GC, Hasegawa TK, Jr, Guo IY. A survey of ethical dilemmas and practical problems encountered by practicing dentists. *J Am Dent Assoc* 1995;126(11):1554-1562.
59. Kuhse H, Singer P, Rickard M, Cannold L, van Dyk J. Partial and impartial ethical reasoning in health care professionals. *J Med Ethics* 1997;23(4):226-232.
60. Laken DE, Dowd SB. Allied health students' attitudes toward euthanasia. *J Allied Health* 1998;27(4):213-220.
61. Le Granse M, Kinébanian A, Josephsson S. Promoting autonomy of the client with persistent mental illness: a challenge for occupational therapists from The Netherlands, Germany and Belgium. *Occup Ther Int* 2006;13(3):142-159.
62. Lee W, Pope M, Han S, Yang S. Korean nurses' perceptions of ethical problems: toward a new code of ethics for nursing. *Nurs Health Sci* 2000;2(4):217-224.
63. Lee-Hsieh J, Kuo C-, Tseng H-. Application and evaluation of a caring code in clinical nursing education. *J Nurs Educ* 2005;44(4):177-184.
64. Leners DW, Roehrs C, Piccone AV. Tracking the development of professional values in undergraduate nursing students. *J Nurs Educ* 2006;45(12):504-511.

65. Lerkiatbundit S, Utaipan P, Laohawiriyanon C, Teo A. Impact of the Konstanz method of dilemma discussion on moral judgment in allied health students: a randomized controlled study. *J Allied Health* 2006;35(2):101-108.
66. Levey LM, Lane MS, Baretich M, Levey S. Health leaders of tomorrow: a descriptive analysis. *J Health Adm Educ* 1989;7(2):244-273.
67. Lin CF, Lu MS, Chiang HH, Chung CC, Lin TL, Yin TJ, et al. Using a citizen consensus conference to revise the code of ethics for nurses in Taiwan. *J Nurs Scholarsh* 2007;39(1):95-101.
68. Lin YH, Wang LS. A Chinese version of the revised Nurses Professional Values Scale: reliability and validity assessment. *Nurse Educ Today* 2010;30(6):492-498.
69. Lindquist I, Engardt M, Garnham L, Poland F, Richardson B. Development pathways in learning to be a physiotherapist. *Physiother Res Int* 2006 09;11(3):129-139.
70. Lipscomb M, Snelling PC. Moral content and assignment marking: an exploratory study. *Nurse Educ Today* 2006;26(6):457-464.
71. Lui MHL, Lam LW, Lee IFK, Chien WT, Chau JPC, Ip WY. Professional nursing values among baccalaureate nursing students in Hong Kong. *Nurse Educ Today* 2008;28(1):108-114.
72. MacDonald MG. Suicide intervention trainees' knowledge of myths about suicide. *Psychol Rep* 2007;101(2):561-564.
73. Marks R, Shive SE. Improving our application of the health education code of ethics. *Health Promot Pract* 2006;7(1):23-25.
74. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. *J Nurs Scholarsh* 2003;35(3):291-296.
75. Mason T, Williams R, Vivian-Byrne S. Multi-disciplinary working in a forensic mental health setting: Ethical codes of reference. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9(5):563-572.
76. McCrink A. Academic misconduct in nursing students: behaviors, attitudes, rationalizations, and cultural identity. *J Nurs Educ* 2010;49(11):653-659.
77. McDaniel C. Assessing physicians' roles on health care ethics committees. *HEC Forum* 2010;22(4):275-286.
78. McNeill PM, Downton SB. Declarations made by graduating medical students in Australia and New Zealand. *Med J Aust* 2002;176(3):123-125.
79. Michal Rassin RN. Values grading among nursing students - differences between the ethnic groups. *Nurse Educ Today* 2010;30(5):458-463.
80. Miller BK, Beck L, Adams D. Nurses' knowledge of the code for nurses. *J Contin Educ Nurs* 1991;22(5):198-202.
81. Moreno M, White ED, 3, Flores ME, Riethmayer J. Student perceptions of clinical mistreatment. *Radiol Technol* 2001;73(1):18-24.
82. Mukherjee D, McDonough C. Clinician perspectives on decision-making capacity after acquired brain injury. *Top Stroke Rehabil* 2006;13(3):75-83.
83. Mundt LA. Perceptions of scientific misconduct among graduate allied health students relative to ethics education and gender. *J Allied Health* 2008;37(4):221-224.
84. Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Westbrook J, Braithwaite J. How and where clinicians exercise power: interprofessional relations in health care. *Soc Sci Med* 2010;71(5):898-909.
85. Numminen O, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Comparison of nurse educators' and nursing students' descriptions of teaching codes of ethics. *Nurs Ethics* 2011;18(5):710-724.
86. Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H. Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. *Nurs Ethics* 2009;16(1):69-82.

87. Numminen OH, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Nurse educators' teaching of codes of ethics. *Nurse Educ Today* 2010;30(2):124-131.
88. Numminen OH, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Nursing students and teaching of codes of ethics: an empirical research study. *Int Nurs Rev* 2009;56(4):483-490.
89. Odom JG, Messina MJ. Treatment decision-making: student choices of autonomy versus paternalism. *J Law Ethics Dent* 1991;4:12-15.
90. Olson LG. Patient-centred equipoise and the ethics of randomised controlled trials. *Monash Bioeth Rev* 2002;21(2):S55-S67.
91. Ozkara E, Civaner M, Oğlak S, Mayda AS. Euthanasia education for health professionals in Turkey: students change their opinions. *Nurs Ethics* 2004;11(3):290-297.
92. Pfister E, Biller-Andorno N. The reception and implementation of ethical guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences in medical and nursing practice. *Swiss Medical Weekly* 2010;140(11-12):160-167.
93. Pope KS, Vetter VA. Ethical dilemmas encountered by members of the American psychological association: A national survey. *Am Psychol* 1992;47(3):397-411.
94. Price JH, Dake JA, Islam R. Selected ethical issues in research and publication: perceptions of health education faculty. *Health Educ Behav* 2001;28(1):51-64.
95. Rabow MW, Wrubel J, Remen RN. Promise of professionalism: personal mission statements among a national cohort of medical students. *Ann Fam Med* 2009;7(4):336-342.
96. Reimer-Kirkham S. Lived religion: implications for nursing ethics. *Nurs Ethics* 2009;16(4):406-417.
97. Resnick AS, Mullen JL, Kaiser LR, Morris JB. Patterns and predictions of resident misbehavior--a 10-year retrospective look. *Curr Surg* 2006;63(6):418-425.
98. Robertson M, Kerridge I, Walter G. Ethnomethodological study of the values of Australian psychiatrists: towards an empirically derived RANZCP Code of Ethics. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43(5):409-419.
99. Rojas Alcántara P, Campos Aranda M, Armero Barranco D, González Quijano A, Muñoz Pérez G, Riquelme Marín A, et al. Health Science students' attitude to dying. *Med Law* 2003;22(2):301-310.
100. Rose MR, Fischer K. Do authorship policies impact students' judgments of perceived wrongdoing? *Ethics Behav* 1998;8(1):59-79.
101. Ryan G, Bonanno H, Krass I, Scouller K, Smith L. Undergraduate and postgraduate pharmacy students' perceptions of plagiarism and academic honesty. *Am J Pharm Educ* 2009;73(6):105.
102. Rykhoff ME, Coupland C, Dionne J, Fudge B, Gayle C, Ortner T, et al. A clinical group's attempt to raise awareness of organ and tissue donation. *Prog Transplant* 2010;20(1):33-39.
103. Saeed KS. How physician executives and clinicians perceive ethical issues in Saudi Arabian hospitals. *J Med Ethics* 1999;25(1):51-56.
104. Sanchez B. The experience of give care [sic] to some person with chronic illness. *Investigacion Educ Enferm* 2001;19(2):36-50.
105. Schank MJ, Weis D. A study of values of baccalaureate nursing students and graduate nurses from a secular and a nonsecular program. *Journal of Professional Nursing* 1989;5(1):17-22.
106. Schans BA. Radiologic technologists and ethical reasoning. *Radiol Technol* 2004;75(4):263-271.
107. Schiff E, Ben-Arye E, Shilo M, Levy M, Schachter L, Weitchner N, et al. Touching ethics: assessing the applicability of ethical rules for safe touch in CAM--outcomes of a CAM

- (complementary and alternative medicine) practitioner survey in Israel. *Complement Ther Med* 2011;19(1):12-18.
108. Schonfeld TL, Spetman MK. Ethics education for allied health students: an evaluation of student performance. *J Allied Health* 2007;36(2):77-80.
 109. Seal M. Patient advocacy and advance care planning in the acute hospital setting. *Aust J Adv Nurs* 2007;24(4):29-36.
 110. Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M, Paris BE. Substituted judgment: how accurate are proxy predictions? *Ann Intern Med* 1991;115(2):92-98.
 111. Sessanna L, Finnell DS, Underhill M, Chang YP, Peng HL. Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. *J Adv Nurs* 2011;67(8):1677-1694.
 112. Shannon CK, Baker H, Jackson J, Roy A, Heady H, Gunel E. Evaluation of a required statewide interdisciplinary Rural Health Education Program: student attitudes, career intents and perceived quality. *Rural Remote Health* 2005;5(4):405-405.
 113. Shavit N, Bucky S. Sexual contact between psychologists and their former therapy patients: psychoanalytic perspectives and professional implications. *Am J Psychoanal* 2004;64(3):229-48; discussion 249-51.
 114. Shiraz B, Shamim MS, Shamim MS, Ahmed A. Medical ethics in surgical wards: knowledge, attitude and practice of surgical team members in Karachi. *Indian J Med Ethics* 2005;2(3):94-96.
 115. Sirin SR, Brabeck MM, Satiani A, Rogers-Serin L. Validation of a measure of ethical sensitivity and examination of the effects of previous multicultural and ethics courses on ethical sensitivity. *Ethics Behav* 2003 07;13(3):221-235.
 116. Stewart S, Watson S, Montague R, Stevenson C. Set up to fail? Consumer participation in the mental health service system. *Australas Psychiatry* 2008;16(5):348-353.
 117. Suarez VV, Shanklin CW. Evaluating career values of dietetic students. A model for other allied health professions. *J Allied Health* 2004;33(1):51-54.
 118. Szawarski Z. A report from Poland: treatment and non-treatment of defective newborns. *Bioethics* 1990;4(2):143-153.
 119. Tabak N, Reches R. The attitudes of nurses and third and fourth year nursing students who deal with ethical issues. *Nurs Ethics* 1996;3(1):27-27.
 120. Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, et al. The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nurs Ethics* 2006;13(4):376-393.
 121. Telljohann SK, Price JH, Dake JA. Selected ethical issues in the teaching for health: perceptions of health education faculty. *AM J Health Educ.* 2001;32(2):66-74.
 122. Tervo RC, Palmer G, Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil* 2004;18(8):908-915.
 123. Thompson FE. The emotional impact on mothers and midwives of conflict between workplace and personal/professional ethics. *Aust Midwifery* 2005;18(3):17-21.
 124. Tsutsumi A, Nagami M, Yoshikawa T, Kogi K, Kawakami N. Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers: a cluster randomized controlled trial. *J Occup Environ Med* 2009;51(5):554-563.
 125. Tuck JJ. Medical management of Iraqi enemy prisoners of war during Operation Telic. *Mil Med* 2005;170(3):177-182.
 126. Tymchuk AJ, et al. Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice* 1982;13(3):412-421.
 127. Tzeng HM, Yin CY. Nurses' fears and professional obligations concerning possible human-to-human avian flu. *Nurs Ethics* 2006;13(5):455-470.
 128. Valdez-Martínez E, Lavielle P, Bedolla M, Squires A. Ethical behaviours in clinical practice among Mexican health care workers. *Nurs Ethics* 2008;15(6):729-744.

129. Vaughn BT, Taylor DW, Wright WR. Ethical dilemmas encountered by private sector rehabilitation practitioners. *J Rehabil* 1998;64(4):47-52.
130. Veatch RM, Macpherson CC. Medical school oath-taking: the moral controversy. *J Clin Ethics* 2010;21(4):335-345.
131. Verpeet E, De Casterlé BD, Lemiengre J, Gastmans C. Belgian nurses' views on codes of ethics: Development, dissemination, implementation. *Nurs Ethics* 2006;13(5):531-545.
132. Verpeet E, Dierckx de Casterle B, Van der Arend A, Gastmans CA. Nurses' views on ethical codes: a focus group study. *J Adv Nurs* 2005;51(2):188-195.
133. Verpeet E, Meulenbergs T, Gastmans C. Professional values and norms for nurses in Belgium. *Nurs Ethics* 2003;10(6):654-665.
134. Walsh-Bowers R, Rossiter A, Prilleltensky I. The personal is the organizational in the ethics of hospital social workers. *Ethics Behav* 1996;6(4):321-335.
135. Weinstock R. Perceptions of ethical problems by forensic psychiatrists. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1989;17(2):189-202.
136. Weinstock R, Leong GB, Silva JA. Opinions by AAPL forensic psychiatrists on controversial ethical guidelines: a survey. *Bull Am Acad Psychiatry Law*;19(3):237-248.
137. Weis D, Schank MJ. Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale--Revised. *J Nurs Meas* 2009;17(3):221-231.
138. Wilson N, Clegg J, Hardy G. What informs and shapes ethical practice in intellectual disability services? *J Intellect Disabil Res* 2008;52:608-617.
139. Yakir A, Glick SM. Medical students' attitudes to the physician's oath. *Med Educ* 1998;32(2):133-137.
140. Young AP. The bed crisis of winter 1995-1996 in the British NHS: an illustration of accountability issues. *Nurs Ethics* 1999;6(4):316-326.

Anexo 2. Código de ética del colegio de enfermeras de Barcelona.

El código de ética que se utilizó para el primer estudio fue actualizado en el año 2013. A continuación se puede encontrar la versión anterior del código en toda su integridad.

PRINCIPIS GENERALS.

1. La infermeria és una professió autònoma orientada envers la salut. El seu objectiu és la cura integral de la persona, de la família i de la comunitat, tot ajudant a promoure, mantenir i restablir la salut, alleugerint el sofriment i preparant per a una mort serena quan la vida no pot ésser prolongada amb dignitat.
2. La cura i promoció de la salut i el respecte a tots els drets humans i socials de l'individu, la família i la comunitat han de constituir l'actitud ètica fonamental de la consciència professional. Els professionals de la infermeria mai no utilitzaran els seus coneixements ni col·laboraran, encara que tan sols sigui indirectament, en cap activitat destinada a la manipulació de les consciències, o la coacció física o psíquica de les persones.
3. El grau màxim de salut que es pugui aconseguir és un dels drets i de les responsabilitats fonamentals de la persona. La seva defensa i promoció és un bé públic. Els professionals d'infermeria, dins dels límits de la seva competència, han de vetllar perquè el sistema sanitari arribi a tota la població i gaudeixi d'un alt grau de qualitat.
4. Correspon al professional de la infermeria, en l'exercici de la seva professió, crear un medi ambient en el qual els valors, els costums i les creences de l'individu siguin respectats.
5. Cap professional d'infermeria no serà discriminat professionalment, ni discriminarà ningú, per raó de les seves conviccions, sexe, raça, etc. o per altres criteris aliens a l'ètica i a la capacitat professional.

RELACIÓ DEL PROFESSIONAL d'infermeria AMB EL MALALT/USUARI

a) Principis generals

6. El deure primordial de la professió d'infermeria és fer possible que els éssers humans realitzin el seu cicle vital de la manera més joiosa, solidària i autònoma possible.
7. La primera lleialtat del professional d'infermeria és la deguda al malalt/usuari; la salut d'aquest, per tant, ha d'anar per davant de qualsevol conveniència o interès personal.
8. El professional d'infermeria ha de reconèixer que la persona té capacitat per enfrontar-se a les seves pròpies necessitats i als seus problemes de salut d'una forma molt personal; per tant, ajudarà el malalt a mantenir, desenvolupar o adquirir autonomia personal, respecte a si mateix i autodeterminació, guiant-lo sempre amb criteris professionals. Àdhuc en els casos de malalties greus i en aquells de manca de

coneixement, el professional d'infermeria haurà de protegir la integritat física i moral de la persona.

9. El professional d'infermeria haurà de protegir els drets del malalt/usuari dins dels límits de la seva competència, i reconèixer la vulnerabilitat d'aquest.

10. En tenir cura del malalt, el professional d'infermeria haurà de contemplar-lo en les seves dimensions biològica, psicològica, social, religiosa i ideològica.

11. El professional d'infermeria ha de protegir el malalt/usuari i el públic en general quan la seva salut i seguretat es vegin amenaçades per pràctiques deshonestes, incompetents, il·legals o contràries a l'ètica.

12. Les relacions interpersonals entre els professionals d'infermeria -malalt/usuari han d'ésser estrictament professionals, i s'han d'efectuar dins d'un clima humà, de confiança i respecte mutu.

13. El professional d'infermeria facilitarà l'exercici de la llibertat religiosa i respectarà les conviccions i la jerarquia de valors del malalt/usuari.

14. El professional d'infermeria haurà de procurar que el dret a la intimitat física, psíquica i espiritual del malalt/usuari sigui absolutament respectada, i haurà de ser particularment exigent en la pròpia prestació de cures al malalt-usuari.

15. El professional d'infermeria estarà obligat a donar a conèixer al malalt el seu nom i la seva responsabilitat dins l'equip de salut.

16. El professional d'infermeria reconeixerà que els seus deures professionals s'estenen a la família del malalt/usuari, els drets de la qual, sempre subordinats als del pacient, han d'ésser rigorosament respectats i protegits.

17. El professional d'infermeria tindrà present que el malalt forma part d'una família i d'una comunitat. Procurarà, sempre que sigui possible, d'integrar els membres més propers al malalt dins del pla de cura, amb el seu consentiment previ.

b) Informació

18. El professional d'infermeria haurà d'informar el malalt/usuari de les cures que ha de prodigar-li així com, dins de l'àmbit de la seva competència, de les exploracions i dels tractaments que li hagin de realitzar.

19. El professional d'infermeria col·laborarà amb el metge per tal que el pacient rebi la informació deguda pels mitjans i persones més adequades i així pugui prendre, amb coneixement de causa i lliurement, les decisions relatives a les cures necessàries i a les diferents possibilitats que li ofereixen.

20. El professional d'infermeria abans d'oferir qualsevol informació o consell al malalt o a la família, haurà de posseir un coneixement adequat i suficient de la situació i evitarà,

sempre, proporcionar informacions indegudes i parcials, així com consells contradictoris.

21. El professional d'infermeria facilitarà tant com sigui possible la comunicació oberta i continuada, del pacient amb el personal sanitari per tal que pugui participar en les decisions que l'afectin.

22. El professional d'infermeria haurà de recordar que té l'obligació d'informar adequadament els familiars durant tot el procés de la malaltia, sempre que sigui dins dels límits de les seves competències i segons els desigs del malalt.

c) Secret professional

23. El professional d'infermeria haurà d'observar rigorosament el secret professional, mantenint estrictament reservada tota la informació que el malalt /usuari li hagi confiat o que obtingui en l'exercici de la seva professió. A més, protegirà el dret a la vida privada, de cada individu. Haurà d'ésser discret en les seves manifestacions de tal manera que ni tan sols indirectament desvetlli el que li hagi estat confiat.

24. En compartir amb els membres de l'equip el secret professional, cal tenir en compte que tan sols és matèria de comunicació allò que interessi donar a conèixer per a la salut del pacient i tan sols als que hi puguin ajudar.

25. El professional d'infermeria no viola el secret professional quan: - Manifesta als membres de l'equip de salut alguna cosa que el malalt/usuari li ha confiat, i aquesta revelació, pressuposa un bé cert per al pacient. - Certifica un naixement (silenciant el nom de la mare si aquesta ho desitja. - Si del silenci, hagués de seguir-se'n un perill col·lectiu (malalties contagioses, mentals, salut de les persones responsables de la res pública, etc.) o es preveies un perill cert i greu per al pacient o per a una altra persona innocent, - La seva informació es refereix a accidents i a malalties contagioses. - Respon a les demandes de la medicina forense o del peritatge judicial.

26. Davant d'una citació judicial, el professional d'infermeria haurà de tenir en compte els principis enunciats a l'article anterior.

27. En el moment actual, en el qual la nostra societat va cap a la informatització, cal posar especial atenció a mantenir - en col·laboració amb tot l'equip - el secret de les dades que permetin la identificació) del malalt a persones que busquin finalitats diferents a les del propi interès del malalt/usuari.

28. El professional d'infermeria té el dret d'exigir que tot l'equip d'infermeria guardi el secret professional.

29. Corporativament els professionals d'infermeria té el deure de defensar el secret professional, així com els col·legues que es vegin perjudicats per motiu del compliment d'aquest deure.

d) Mort

30. El concepte de mort i la manera d'assumir-la pot variar, segons la religió o la ideologia que hagi donat sentit a la vida del malalt. El professional d'infermeria procurarà que tots els drets del malalt, derivats d'aquesta concepció, siguin respectats i que se l'ajudi en el procés de la mort de manera que pugui viure-la amb la màxima dignitat, llibertat i confort possibles.

31. El professional d'infermeria considerarà la família com a part integrant de l'assistència al malalt terminal i li procurarà el suport adequat per disposar-la a afrontar la mort de l'ésser estimat quan aquesta sigui inevitable.

32. El professional d'infermeria ha de compartir responsablement amb l'equip de salut les decisions orientades a la supressió, d'ajudes tècniques al pacient, de manera particular en els casos de coma sobreposat (mort de tronc cerebral) i quan allarguin la vida merament biològica del pacient, en un procés irreversible.

EL PROFESSIONAL D'INFERMERIA I L'EXERCICI DE LA PROFESSIÓ

a) Principis generals

33. El professional d'infermeria en qualsevol àmbit en desenvolupi la seva tasca (ensenyament, assistència, administració o investigació), ha de posseir els coneixements, les qualitats psicològiques i l'habilitat tècnica necessària, que li permetin assumir les seves responsabilitats professionals.

34. El professional d'infermeria s'ha de comprometre, durant tota la seva carrera professional, a assumir la responsabilitat personal de mantenir i enriquir la seva competència professional, incorporant les noves tècniques i coneixements que vinguin de l'avenç científic d'aquesta manera els serveis d'infermeria que proporcionarà tindran la qualitat deguda i ajudaran a l'evolució de la professió d'infermeria.

35. El professional d'infermeria haurà de valorar amb molta cura les seves pròpies possibilitats i competències, per la qual cosa, si no es considera adequadament preparat per desenvolupar una funció o tasca, o si la complexitat de les necessitats que presenta el pacient excedeixen els seus coneixements, ha de comunicar-ho al seu immediat superior jeràrquic. Davant del dubte no s'arriscarà a cap acció que pugui causar qualsevol perjudici al malalt, ho consultarà, abans, amb els col·legues de l'equip de salut. De la mateixa manera valorarà acuradament el grau de competència del personal subaltern, quan es vegi obligat a delegar una fama.

36. El professional d'infermeria no ha de prestar la seva col·laboració en pràctiques contràries a l'ètica ni les encarregarà a col·legues o al personal subaltern.

37. El professional d'infermeria en l'exercici de la seva professió no abandonarà el malalt/usuari que requereixi vigilància o cures d'infermeria sense assegurar-ne la continuïtat,

38. El professional d'infermeria ha d'exigir les condicions de treball necessàries que li permetin d'exercir dignament i responsablement la seva professió, en cas contrari ha de

procurar utilitzar les vies professionals, socials i jurídiques que rectifiquin aquesta situació.

39. El professional d'infermeria, ha de conèixer la legislació relativa a la, salut en tot allò que l'afecta, així com la política, i el reglament de la institució on treballa.

40. Davant d'un error en l'exercici de la professió que pugui perjudicar el malalt/usuari, el professional d'infermeria té l'obligació d'utilitzar tots els recursos al seu abast per tal que l'error sigui evitat o esmenat quan sigui possible. En tot cas la sensibilitat i la prudència guiaran la seva actuació.

41. Tot professional d'infermeria té el dret de negar-se a col·laborar en accions contràries a la seva consciència, sense que perdi el seu lloc de treball ni els seus drets professionals. En situacions d'urgència procurarà que els drets del malalt/usuari siguin atesos degudament.

42. El professional d'infermeria haurà d'intercanviar coneixements i experiències amb d'altres professionals i estudiants d'infermeria i participar, a més, en cursos i programes de formació continuada.

43. Cal procurar, en la formació dels estudiants d'infermeria, el contacte amb els malalts, i observar el codi d'ètica professional i el respecte degut a la dignitat i drets del malalt/usuari. Els professors d'infermeria han de vetllar per tal que els alumnes coneguin les disposicions del codi, les interioritzin i les acceptin.

b) Tortura

44. El professional d'infermeria mai no podrà ser present ni col·laborar ni tan sols de forma indirecta, en qualsevol acte que comporti l'ús o l'amenaça de tortura o de qualsevol acte cruel, inhumà, degradant o que suposi manipulació de la consciència de la persona.

45. El professional d'infermeria ha de denunciar als col·legis professionals qualsevol acte d'aquest tipus que conegui i la corporació està obligada a lluitar per tal d'evitar-lo.

c) Investigació

46. El professional d'infermeria en efectuar o col·laborar en una investigació ha d'assegurar-se que:

A. El protocol aconsegueix les normes nacionals i internacionals.

B. El pacient (o els capacitats legalment per substituir-lo en cas de necessitat) ha donat el seu consentiment lúcid i lliure i posseeix la informació suficient que li permet conèixer els riscos a què pugui ser sotmès.

C. Es respectarà la vida privada del pacient i no es revelarà la seva identitat en ser publicada la investigació, sense l'autorització expressa de la persona interessada.

D. No s'utilitzaran procediments que puguin afectar la consciència moral o la dignitat del pacient.

E. La investigació serà interrompuda si durant el seu curs sorgeix un perill imprevist per al pacient o bé si aquest ho sol·licita.

F. Si el pacient no vol participar en l'estudi, no es prendran represàlies contra ell i s'assegurarà que la qualitat dels serveis assistencials no es vegi afectada per la seva decisió.

47. El professional d'infermeria no podrà efectuar cap investigació en infermeria si no posseeix la qualificació adequada, i haurà de garantir els drets, la voluntat o els desigs del malalt.

48. El professional d'infermeria en col·laborar en una investigació haurà d'exigir que se l'informi del seu protocol, així com dels riscos. Si considera que no se salvaguarden suficientment els drets del malalt/usuari s'ha de negar a participar-hi, sense que perdi el seu lloc de treball ni els seus drets professionals.

d) Vaga

49. El professional d'infermeria ha de tenir en compte que l'obligada fidelitat envers el pacient, intrínsecament lligada a la professió i independent de circumstàncies personals o col·lectives, posa uns límits molt estrets al marc en què l'anomenat dret a la vaga - en sentit lat es pugui emprar honestament, adhoc en l'activitat privada. Una vaga sanitària no és homologable a cap altre tipus de vagues.

50. El professional d'infermeria ha de considerar que els drets dels malalts a ser atesos tenen prioritat sobre el dret a la vaga i que el respecte al sofriment de l'ésser humà és un principi absolut que no pot ser violat, ni tan sols per controvèrsies de sindicats, de dignificació de la professió, de sol·licituds d'augments salarials, de protestes davant l'Administració, etc...

51. El professional d'infermeria ha de tenir en compte que sota cap concepte no pot utilitzar la negació d'assistència als malalts, i posar en perill la seva vida, per defensar drets professionals, econòmics, laborals, polítics, etc...

52. La desassistència o abandonament dels serveis d'urgència o similars no poden ésser mai un mitjà ètic de reivindicació, ans al contrari, constitueixen un fet gravíssim que afecta la pròpia essència de la professió.

53. En els casos en què es considerés justificada una vaga i s'haguessin exhaurit tots els mitjans possibles per resoldre els conflictes causants del litigi, s'hauran d'observar els mínims assistencials, àmpliament considerats i fixats per un Comitè ad hoc, que tingui com a preocupació essencial la protecció dels drets dels pacients.

e) Economia

54. El professional d'infermeria ha de tenir en compte que la finalitat del seu exercici professional mai no serà exclusivament el lucre.

55. El professional d'infermeria té el dret d'ésser remunerat justament i dignament d'acord amb la seva qualificació professional i la responsabilitat que assumeixi.

56. En l'exercici de la professió, el professional d'infermeria s'ha de responsabilitzar de l'ús del temps, dels recursos, dels materials i dels fons davant les persones o organismes competents.

57. El professional d'infermeria no acceptarà mai rebre una sobregratificació econòmica par part dels pacients per compensar les seves deficiències salarials.

58. En l'exercici lliure de la seva professió, el professional d'infermeria no compartirà els seus honoraris amb d'altres professionals.

f) Publicitat

59. El professional d'infermeria no utilitzarà cap mitjà de comunicació públic o, professional per tal de fer, en benefici propi, declaracions que siguin falses, fraudulentas, injustes o que indueixin a engany.

60. El professional d'infermeria en l'exercici de la professió no ha d'intervenir directament ni indirectament en la propaganda, venda o promoció de productes comercials amb finalitats lucratives.

EL PROFESSIONAL D'INFERMERIA I COL·LEGUES -EQUIP MULTIDISCIPLINAR

61. La complexitat dels serveis sanitaris exigeix una col·laboració interdisciplinar. El professional d'infermeria, membre de l'equip de salut, ha de buscar en altres professionals la col·laboració necessària, i integrar coneixements, competències i recursos que assegurin al públic serveis de salut de bona qualitat.

62. Les relacions entre els professionals d'infermeria i els membres de les altres professions de salut s'han de basar en el respecte mutu i en la delimitació de les funcions pròpies de cada professional.

63. Els problemes professionals hauran d'ésser discutits entre els professionals d'infermeria i en el si dels seus organismes professionals, i tan sols quan aquesta via estigui exhaurida, es podrà recórrer a altres mitjans.

64. En situacions difícils o conflictives de l'equip terapèutic, el seny i la col·laboració entre tots els seus membres han d'ajudar a trobar solucions que respectin la professionalitat, els drets dels pacients i la dignitat de tots els membres de l'equip.

65. El professional d'infermeria haurà de complir les ordres legítimament delegades d'altres professionals, excepte quan consideri competentment que son errònies i que, en fer-ho, pot causar un gran mal al pacient, o vagin en contra de la seva consciència.

66. El professional d'infermeria que es trobi en situació d'haver de cooperar en procediments que, responsablement i competentment, considera erronis, haurà de comunicar-ho a qui correspongui per tal de solucionar-ho. La urgència i l'exigència ètica de fer-ho i el grau de risc a què ha d'exposar-se esta determinat per la gravetat del perill per al pacient o par a altres pacients, la freqüència en què es donin aquestes situacions, la possibilitat real de prevenció i la proximitat de la seva cooperació.

67. En el cas excepcional que el professional d'infermeria hagués hagut de procedir en contra d'una ordre, o prendre una iniciativa de tractament o canvi d'aquest sense el recurs previ a la decisió d'una autoritat superior, es fa responsable davant d'una instància competent o autoritat responsable (Direcció d'infermeria, mèdica, Comitè d'Ètica, etc.) que haurà d'emetre un judici, quan el cas així ho requereixi, sobre el sentit de responsabilitat i la competència professional que hagin presidit el dissentiment o la iniciativa.

EL PROFESSIONAL D'INFERMERIA I ELS ORGANISMES PROFESSIONALS: COL·LEGIS, ASSOCIACIONS I ALTRES INSTÀNCIES

68. La corporació i el professional d'infermeria, individualment i amb independència del càrrec o lloc de treball que ocupi, han de responsabilitzar-se d'efectuar les accions necessàries per promoure el desenvolupament de la professió, ja sigui investigant, ampliant coneixements o procurant una qualitat assistencial més gran.

69. El professional d'infermeria ha d'assumir la responsabilitat de comprometre's pel bon funcionament dels organismes representatius, sense la qual cosa seria difícil el desenvolupament de la professió i l'oferiment al malalt/usuari de serveis d'infermeria de qualitat.

70. El professional d'infermeria com a membres dels col·legis professionals ha d'exigir que aquests compleixin amb el deure de:

- Exigir que els drets professionals siguin degudament protegits.
- Defensar que les condicions de treball siguin econòmicament i socialment justes.
- Vetllar per tenir les condicions de treball que li permetin d'exercir la seva professió d'una manera autònoma, i obtenir una legítima satisfacció personal i professional.
- Identificar, promoure i controlar compliment del codi d'ètica professional.
- Defensar els col·legues que es vegin perjudicats per causa del compliment d'aquests principis ètics.
- Arbitrar en els conflictes d'infermeria que sorgeixen en l'exercici de la professió.
- Vetllar per la bona qualitat de l'ensenyament d'infermeria, intervenir en l'organització sanitària del país i en tot allò que pugui afectar a la salut de la població.
- Combatre l'intrusisme professional.
- Vetllar perquè els professionals siguin presents en els òrgans de govern del país, que són responsables de la planificació i ordenació sanitària.
- Promoure la formació continuada del personal d'infermeria.
- Sancionar la mala pràctica professional.

Anexo 3. Hoja recogida de datos del primer artículo.

Hombre <input type="checkbox"/> Edad: _____ años.	Centro de trabajo:	
Mujer <input type="checkbox"/> Años de ejercicio profesional: _____.		

Actividad laboral principal. (Marque únicamente una casilla).

Ámbito de trabajo actual.

Asistencial. <input type="checkbox"/>	Dirección/Gerencia. <input type="checkbox"/>	Investigación. <input type="checkbox"/>	Atención Primaria. <input type="checkbox"/>
Gestión. <input type="checkbox"/>	Docencia. <input type="checkbox"/>	Otros. <input type="checkbox"/>	Hospital. <input type="checkbox"/>

¿En su opinión, cómo describiría el grado de conocimiento que tiene del Código Deontológico del “Col·legi Oficial d’infermeres de Barcelona”?

- Conocimiento experto.
- Se lo que es, conozco su utilidad y recuerdo el contenido aproximado.
- Se lo que es, conozco su utilidad y no recuerdo el contenido.
- Se lo que es, desconozco su utilidad y no recuerdo el contenido.
- Desconozco este documento.

Marque ✓ en la casilla en la que Usted crea su actitud está más representada (Responda a todas, sólo es posible una respuesta por pregunta).

¿Con que grado y/o intensidad tiene en cuenta las siguientes actividades y actitudes en su actividad profesional como enfermera?	Casi nunca.	A veces.	Normalmente	Casi siempre	Siempre
Apoyo a la familia mediante cuidados, conociendo sus valores, intereses y/o objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudar al paciente a conseguir el equilibrio a través de sus creencias religiosas, si fuera conveniente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad en la utilización de los recursos económicos para asegurar el desarrollo y continuación de los programas de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente, respetando el ámbito de competencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar con eficiencia los recursos utilizados para los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colaborar en la disminución y control de las enfermedades contagiosas de la población.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acoger al paciente identificándose y comunicándole el proceso de cuidados que va a seguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si llegara el caso, declarar ante La Justicia con motivo de procedimientos legales relacionados con un caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con que grado y/o intensidad tiene en cuenta las siguientes actividades y actitudes en su actividad profesional como enfermera?	Casi nunca.	A veces.	Normalmente	Casi siempre	Siempre
Establecer una relación de confianza y respeto con el paciente en la que la sinceridad sea determinante para la consecución de los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando sea necesario, delegar la responsabilidad de la realización de parte de los cuidados, tareas o técnicas, que el paciente requiere, a otro profesional o cuidador colaborador, manteniendo la responsabilidad del resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asumir la responsabilidad en la formación, preparación y mantenimiento de las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo profesional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impulsar a la empresa y/o institución sanitaria a que realice investigación destinada a mejorar los cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomentar la salud de la comunidad: promover que los miembros de la comunidad identifiquen los intereses sanitarios comunes, movilicen recursos y ejecuten soluciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informar por escrito y/o de manera oral de cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea anómalo o diferente al resultado esperado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al participar en una investigación conocer el protocolo de la misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas que interfieran en las exigencias de la vida cotidiana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con que grado y/o intensidad tiene en cuenta las siguientes actividades y actitudes en su actividad profesional como enfermera?	Casi nunca.	A veces.	Normalmente	Casi siempre	Siempre
Proporcionar información a otros profesionales de la salud acerca de aquellas cuestiones que sean necesarias para llevar a cabo adecuadamente el plan de cuidados del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asegurar la adquisición y mantenimiento de los materiales apropiados para proveer de cuidados al paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda y apoyo en las experiencias de aprendizaje a los estudiantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ocasionalmente Usted puede tomar decisiones clínicas que no se ajustan a los protocolos o normas establecidas, amparándose en el conocimiento del caso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No abandonar al enfermo que precise continuidad de cuidados sin haber establecido la derivación adecuada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección de los derechos a cuidados sanitarios de los pacientes, especialmente si son incapaces de tomar decisiones, son menores o están incapacitados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteger la intimidad del paciente durante las actividades que se llevan a cabo en el proceso de cuidados (higiene, curas, conversaciones privadas...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejercer la profesión de manera que el beneficio propio (retribución económica o material) no sea el principal valor que guie las acciones del cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantener reservada y no vulnerar ningún tipo de información contenida en la historia clínica, bien en soporte informático o en papel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con que grado y/o intensidad tiene en cuenta las siguientes actividades y actitudes en su actividad profesional como enfermera?	Casi nunca.	A veces.	Normalmente	Casi siempre	Siempre
Al participar en una investigación, o colaborar en ella, asegurarse que se cumplen todas la normas éticas y legales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificar, compartir y evaluar los cuidados que los pacientes requieren con profesionales de la salud de otras disciplinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aclarar toda responsabilidad relacionada con la puesta en práctica del plan de cuidados del paciente en el contexto de la empresa y/o institución sanitaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilar e influir en las reglamentaciones, leyes y normas gubernamentales y/o de organizaciones colegiales que afectan a la práctica sanitaria para asegurar la calidad de los cuidados de los pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventualmente puede ejercer la objeción de conciencia de acuerdo a la regulación vigente y a las normar éticas sin riesgo de perder su trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fomentar el ejercicio de la enfermería de manera profesional, de acuerdo a la ética y facilitando cuidados de calidad, en el contexto de la empresa/institución sanitaria en la que trabaja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registrar cualquier desacuerdo eventual con una orden médica, después de discutirla con el médico y/o un supervisor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser respetuoso con la información del paciente manteniendo la confidencialidad en todo momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 4 Centros de recogida de datos y participantes en el primer artículo.

Ámbito asistencial	Centro	Participantes.
	Hospital Clínico Provincial de Barcelona.	74
	Hospital. Comarcal de Sant Boi.	2
Hospital	CIMA.	1
	Hospital Comarcal de Hospitalet.	2
	Total Hospital	80
<hr/>		
	EAP Les Corts-Pedralbes.	9
	EAP Les Corts.	15
	EAP La Marina.	7
Centros de Atención Primaria.	EAP Rosselló.	15
	EAP Casanova.	15
	EAP Montnegre.	1
	EAP Magoria.	1
	Total atención primaria	63
<hr/>		
	Total participantes	143

Anexo 5. Aprobación estudio por los Comités de Ética de la Investigación Clínica de referencia.



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIO CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d' Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICA :

Que aquest Comitè en la reunió del dia 30 de març de 2011, després d'avaluar per petició de l'Investigador Principal Jaume Benavent el projecte d'investigació **(P11/17)** titulat: **Vigència de la "Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'Atenció Sanitària" entre els usuaris dels Serveis d'Atenció Primària de Salut.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 11 d'abril de 2011.



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIO CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d' Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

CERTIFICA :

Que aquest Comitè en la reunió del dia 30 de març de 2011, després d'avaluar per petició de l'Investigador Principal Jaume Benavent el projecte d'investigació **(P11/21)** titulat: **Vigència de la "Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'Atenció Sanitària" entre els entre els professionals dels Serveis d'Atenció Primària de Salut.**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 11 d'abril de 2011.

D. Joan Albert Barberá Mir, Adjunto a la Direcció de Investigació del Hospital Clínic de Barcelona,

CERTIFICA:

Que el Comitè de Investigació del Hospital Clínic, en la sessió celebrada en el dia de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Vigència de la "Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'Atenció Sanitària" entre els usuaris dels Serveis d'Atenció Primària de Salut.

cuyo investigador principal es el Dr. **González de Paz, Luis** del Servicio de **Centre d'Atenció Primària Les Corts** entendiendo que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, y que es viable en todos sus términos, por lo que lo ha considerado adecuado y ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 10/03/2011



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
DIRECCIÓ DE
RECERCA

Registro: 2011 / 6359

D. Joan Albert Barberá Mir, Adjunto a la Direcció de Investigació del Hospital Clínic de Barcelona,

CERTIFICA:

Que el Comitè de Investigació del Hospital Clínic, en la sessió celebrada en el dia de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Vigència de la "Carata de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària" entre els professionals dels serveis d'atenció primària de salut.

cuyo investigador principal es el Dr. **González de Paz, Luis** del Servicio de **Centre d'Atenció Primària Les Corts** entendiendo que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, y que es viable en todos sus términos, por lo que lo ha considerado adecuado y ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 27/01/2011



CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari
DIRECCIÓ DE RECERCA



Registro: 2011 / 6263

Anexo 6. Consentimientos informados y hojas información al paciente.

Full informació participants. Estudi professionals.

Com a **professional** sanitari de la Atenció Primària de Salut Vostè pot participar en el procés de validació d'un qüestionari.

Aquest projecte de recerca busca com estudiar quines són les actituds del professional de l'Atenció Primària a la pràctica clínica habitual. Aquesta investigació ha estat degudament autoritzada pels comitès d'ètica de recerca clínica de la Fundació Jordi Gol i Gorina i del Hospital Clínic de Barcelona. La seva participació és voluntària, el qüestionari és anònim i la seva identitat no podrà ser coneguda.

Si decideix contestar, a continuació trobarà un seguit de taules amb ítems que reflecteixen diferents actituds i/o accions dels professionals a la consulta del Centre d'Atenció Primària. Vostè haurà de puntuar cada ítem segons la seva opinió personal.

La valoració podrà fer-la seguint l'escala que s'indica. No obli que el sistema web no permet guardar les dades, per aquests motius un cop hagi començat a contestar ha de finalitzar-ho.

Preguem que només enviï el qüestionari un sol cop. Si vol fer algun suggeriment o té alguna consulta al respecte pot posar-se en contacte amb el coordinador del projecte: Luis González de Paz, enviant un correu electrònic a lgonzale@clinic.ub.es

Cordialment,

Luis González de Paz, (CAP Les Corts)
Dra. M. Dolors Navarro i Rubio. (Fund. J. Laporte, UAB)
Dr. Antoni Sisó i Almirall (CAP Les Corts, UB)

AUTORITZACIÓ PER A L'ENREGISTRAMENT DE VEU.

Nom de l'estudi: **“Vigència de la “Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'Atenció Sanitària” entre els professionals dels Serveis d'Atenció Primària de Salut”.**

El Sr./Sra. amb
DNI.....

Manifesta que:

Ha estat informat i coneix el propòsit de l'estudi i que la seva participació és voluntària. Així mateix és coneixedor que la participació comporta un debat en que s'enregistrarà amb medis digitals la seva veu i opinions personals.

La participació en el debat no constitueix cap risc. L'estudi i difusió científica dels resultats preservarà, en tot cas, la identitat dels participants i es limitarà als aspectes d'interès de l'estudi. Les opinions estretes de la gravació solament podran ser utilitzades en activitats docents o de divulgació científica, amb medis propis o cedits a tercers.

Amb el ben entès que es seguiran les condicions establertes en aquest document, lliurement autoritza l'enregistrament i la divulgació posterior que decideixi l'equip de la investigació.

Barcelona a de..... de l'any 201_.

Signatura participant.

Full informació participants. Estudi pacients.

Com a **pacient** sanitari de la Atenció Primària de Salut Vostè pot participar en el procés de validació d'un qüestionari.

Aquest projecte de recerca busca com estudiar quines són les actituds del professional de l'Atenció Primària a la pràctica clínica habitual. Aquesta investigació ha estat degudament autoritzada pels comitès d'ètica de recerca clínica de la Fundació Jordi Gol i Gorina i del Hospital Clínic de Barcelona. La seva participació és voluntària, el qüestionari és anònim i la seva identitat no podrà ser coneguda.

Si decideix contestar, a continuació trobarà un seguit de taules amb ítems que reflecteixen diferents actituds i/o accions dels professionals a la consulta del Centre d'Atenció Primària. Vostè haurà de puntuar cada ítem segons la seva opinió personal.

La valoració podrà fer-la seguint l'escala que s'indica. No oblidí que el sistema web no permet guardar les dades, per aquests motiu un cop hagi començat a contestar ha de finalitzar-ho.

Preguem que només enviï el qüestionari un sol cop. Si vol fer algun suggeriment o té alguna consulta al respecte pot posar-se en contacte amb el coordinador del projecte: Luis González de Paz, enviant un correu electrònic a lgonzale@clinic.ub.es

Cordialment,

Luis González de Paz, (CAP Les Corts)
Dra. M. Dolors Navarro i Rubio. (Fund. J. Laporte, UAB)
Dr. Antoni Sisó i Almirall (CAP Les Corts, UB)

AUTORITZACIÓ PER A L'ENREGISTRAMENT DE VEU.

Nom de l'estudi: **“Vigència de la “Carta de Drets i Deures dels Ciutadans en relació amb la salut i l'Atenció Sanitària” entre els professionals dels Serveis d'Atenció Primària de Salut”.**

El Sr./Sra amb
DNI.....

Manifesta que:

Ha estat informat i coneix el propòsit de l'estudi i que la seva participació és voluntària. Així mateix és coneixedor que la participació comporta un debat en que s'enregistrerà amb medis digitals la seva veu i opinions personals.

La participació en el debat no constitueix cap risc. L'estudi i difusió científica dels resultats preservarà, en tot cas, la identitat dels participants i es limitarà als aspectes d'interès de l'estudi. Les opinions estretes de la gravació solament podran ser utilitzades en activitats docents o de divulgació científica, amb medis propis o cedits a tercers.

Amb el ben entès que es seguiran les condicions establertes en aquest document, lliurement autoritza l'enregistrament i la divulgació posterior que decideixi l'equip de la investigació.

Barcelona a de..... de l'any 201_.

Signatura participant.

Anexo 7. Derechos de la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en Relación con la Salud y la Atención Sanitaria.

Los ítems de los cuestionarios del segundo estudio se generaron a partir de los derechos de la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en Relación con la Salud y la Atención Sanitaria.

- 1. Derechos relacionados con la igualdad y la no-discriminación de las personas.**
- 2. Derechos relacionados con la autonomía de la persona.**
- 3. Derechos relacionados con la intimidad y la confidencialidad.**
- 4. Derechos relacionados con la constitución genética de la persona.**
- 5. Derechos relacionados con la investigación y la experimentación científicas.**
- 6. Derechos relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción y la protección de la salud.**
- 7. Derechos relacionados con la información asistencial y el acceso a la documentación clínica.**
- 8. Derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria**
- 9. Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios y la participación de los usuarios.**
- 10. Derechos relacionados con la calidad asistencial.**

1. Derechos relacionados con la igualdad y la no-discriminación de las personas

De acuerdo con la Constitución, las personas son iguales ante la ley y no pueden ser discriminadas por ningún motivo de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. En el ámbito sanitario, estas causas de no-discriminación tiene que entenderse que están complementadas por las previstas en los convenios internacionales correspondientes que han sido ratificados por el Estado español.

Hay, sin embargo, un concepto de discriminación positiva, cuando estas diferencias o distinciones entre personas responden a la necesidad de proteger a las más vulnerables.

En un entorno de recursos y medios disponibles limitados, la necesidad de priorizar la atención sanitaria requiere integrar y valorar las demandas y los intereses del conjunto de la población. En este contexto, los criterios que tendrían que orientar la prioridad en el acceso a los servicios sanitarios son: la gravedad de los problemas de salud, la efectividad de los tratamientos propuestos y, respetando el hecho diferenciador de los colectivos más vulnerables, la equidad en el acceso.

2. Derechos relacionados con la autonomía del paciente

De todas las personas tiene que presuponerse que son capaces, a priori, de recibir informaciones y de dar el consentimiento libre y con conocimiento en todo acto asistencial que se les proponga, salvo el caso en que les falte esta capacidad. Corresponde al médico y a los profesionales de enfermería informar de todo el que haga

falta de manera suficiente, clara y adaptada a las características de los pacientes, para que sea posible ejercer de manera voluntaria las libertades de juicio y de decisión.

3. Derechos relacionados con la intimidad y la confidencialidad

Toda persona tiene derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud. También tiene derecho a que no se produzcan accesos a estos datos, a menos que estén amparados por la legislación vigente.

Los centros tendrán que adoptar las medidas oportunas para garantizar estos derechos y, para eso, elaborarán -si procede- normas y procedimientos protocolizados para garantizar la legitimidad de los accesos.

4. Derechos relacionados con la constitución genética de la persona

Ante el progreso de las nuevas técnicas y las investigaciones sobre genética y reproducción, todas las personas tienen el derecho de que se establezca un conjunto de garantías, a fin de que no se traspasen los límites éticamente aceptables y no se violen sus derechos fundamentales.

5. Derechos relacionados con la investigación y la experimentación científicas

La participación del paciente en la experimentación científica, dentro del ámbito de la biología y la medicina, tiene que efectuarse de manera libre, basándose en las normas de buena práctica clínica, y tiene que estar de acuerdo con lo que establecen los diferentes convenios internacionales y otras disposiciones jurídicas que garantizan la protección del ser humano.

Los derechos humanos en el ámbito de la experimentación se establecen en diferentes convenios internacionales y son, principalmente: el derecho a no estar expuestos a riesgos desproporcionados, y los derechos a la vida privada y a un tratamiento digno. También son inherentes el respeto a la libre determinación de cada persona, a la libre elección de ser objeto de un estudio, a ser informado sobre la investigación que se le haga y a acabar su participación, cuando lo crea conveniente.

6. Derechos relacionados con la prevención y la promoción de la salud

En este ámbito, se integran un conjunto de derechos relativos en las medidas que permiten reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, interrumpirla o moderar la progresión, a partir de un abanico de intervenciones de efectividad probada, que disfrutan de la aceptación de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos.

7. Derechos relacionados con la información asistencial y el acceso a la documentación clínica

El paciente tiene derecho a conocer toda la información obtenida con respecto a su salud. También tiene derecho a disponer, en términos comprensibles para él, de información adecuada en lo que se refiere a su salud y al proceso asistencial (incluidos los términos de riesgo/beneficios, como consecuencia del tratamiento/no-tratamiento).

No obstante, también tiene que respetarse la voluntad de una persona de no estar informada, si no lo quiere y/o si así lo declara expresamente.

8. Derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria

Los servicios de salud y los dispositivos asistenciales tienen que organizarse de la manera más eficiente, a fin de que la atención sanitaria se lleve a cabo, lo antes posible, de acuerdo con criterios de equidad, de disponibilidad de recursos, de tipo de patología, de prioridad de urgencia y de tiempo de espera previamente establecidos.

9. Derechos relacionados con la información sobre los servicios de salud y la participación de los usuarios

Recoge los derechos referentes a la información general sobre los servicios de salud y a la información epidemiológica, los relativos a la participación ciudadana y social en el sistema sanitario, y el derecho a presentar reclamaciones y sugerencias, si procede.

Todos los centros dispondrán de una carta de derechos y deberes, la cual informará de los derechos del paciente legalmente establecidos. El centro también informará, de manera clara, de las condiciones de la relación del usuario con el sistema sanitario, su forma de acceso a este sistema, del catálogo de prestaciones y de su cartera de servicios.

10 Derechos relacionados con la calidad asistencial

En este apartado, se recogen los diferentes derechos que tienen por objeto garantizar el funcionamiento correcto de los servicios asistenciales a lo largo de todo el proceso asistencial, incluyendo: la calificación profesional, el trato respetuoso, la coordinación entre niveles asistenciales y la atención sanitaria integral.

Anexo 8. Material utilizado para realizar los grupos focales de segundo artículo.

En el segundo estudio, para validar el contenido de las conductas a partir de los derechos de la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria, se convocaron 8 grupos focales con pacientes y profesionales de la atención primaria de salud. Los participantes debatieron y consensuaron conductas específicas que relacionaban los derechos con las práctica diaria habitual. Para dinamizar los grupos los participantes pudieron leer consecutivamente las siguientes diapositivas ubicadas en una pantalla.

<p style="text-align: center;">Grupo Focal.</p> <p style="text-align: center;">DERECHOS Y DE LOS CIUDADANOS EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN SANITARIA.</p>	<p style="text-align: center;">1. DERECHOS RELACIONADOS CON LA IGUALDAD Y LA NO DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS.</p> <ul style="list-style-type: none">• Diferenciar entre personas con distintas necesidades, especialmente si son más vulnerables, por ejemplo: los niños, las personas mayores, los enfermos mentales, las personas que sufren enfermedades crónicas e invalidantes.• Derecho a la no discriminación entre personas por motivo alguno, por ejemplo: el sexo, la raza, el color, la lengua, la religión, las opiniones políticas o de otro tipo... o por razón de la enfermedad que se sufra o cualquier otra condición.
<p style="text-align: center;">2. DERECHOS RELACIONADOS CON LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ser informado de todo el que haga falta de manera suficiente, clara y adaptada a las características de los pacientes, para que sea posible ejercer de manera voluntaria el juicio y la decisión.• Ser informado previamente antes que la enfermera o el médico realice cualquier intervención.• Derecho del enfermo a escoger entre las diferentes opciones terapéuticas y a renunciar a recibir tratamientos médicos propuestos.	<p style="text-align: center;">2. DERECHOS RELACIONADOS CON LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA.</p> <ul style="list-style-type: none">• Derecho del menor a ser consultado, a fin de que su opinión sea considerada como un factor determinante, en función de su edad y de su grado de madurez.• Derecho a vivir el proceso de su muerte, de acuerdo con su concepto de dignidad.

3. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INTIMIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD.

- Derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a la salud. Derecho a que no se produzcan accesos a estos datos, a menos que estén amparados por la legislación vigente.
- Derecho a decidir quién puede estar presente durante los actos sanitarios.
- Derecho a preservar la intimidad del cuerpo de un paciente con respecto a otras personas.

5

3. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INTIMIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD.

- Derecho al respeto de los valores morales y culturales, así como sus convicciones religiosas y filosóficas.
- Derecho a acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria.
- Derecho a que se le pida su consentimiento, antes de la realización y difusión de registros iconográficos.

6

4. DERECHOS RELACIONADOS CON LA CONSTITUCIÓN GENÉTICA DE LA PERSONA.

- Todas las personas tienen el derecho de que se establezca un conjunto de garantías, a fin de que no se traspasen los límites éticamente aceptables.
- Derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que no se utilice para ningún tipo de discriminación.
- Derecho a disfrutar de las ventajas derivadas de las nuevas tecnologías genéticas dentro del marco legal vigente.

7

5. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN Y LA EXPERIMENTACIÓN CIENTÍFICAS.

- La participación del paciente en la experimentación científica tiene que efectuarse de manera voluntaria.
- Derecho a dar la autorización previa por escrito.
- Derecho a no estar expuesto a riesgos desproporcionados.
- Derecho a acabar su participación, cuando lo crea conveniente.
- Derecho a conocer los fines para los que se utilizará la investigación.

8

6. DERECHOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCIÓN Y LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.

- Derecho a conocer los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, y a saber cómo se hacen efectivas.
- Derecho a tener un conocimiento adecuado de los problemas de salud habituales y a tener la información en términos comprensibles, verídicos y adecuados.
- Derecho a rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan en situaciones que no comporten riesgos a terceros, sin perjuicio de lo que establezca la normativa de salud pública.

9

7. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y EL ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

- Derecho a conocer toda la información obtenida sobre su salud.
- Derecho a tener información adecuada en lo que se refiere a su salud y al proceso asistencial.
- Respetar la voluntad de una persona de no ser informada, si no lo quiere y/o si así lo declara expresamente.
- Derecho a que la historia clínica sea completa, que recoja toda la información sobre el estado de salud y las actuaciones sanitarias de los diferentes episodios asistenciales.
- Derecho del usuario a acceder a la documentación de su historia clínica

10

8. DERECHOS RELACIONADOS CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA.

- Los CAP tienen que organizarse de la manera más eficiente, a fin de que la atención sanitaria se lleve a cabo, lo antes posible, de acuerdo con criterios de equidad, de disponibilidad de recursos, de tipo de patología, de prioridad de urgencia y de tiempo de espera previamente establecidos.
- Derecho al acceso a servicios sanitarios públicos.
- Derechos a la elección de los profesionales y el centro sanitario.

11

8. DERECHOS RELACIONADOS CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

- Derecho a obtener medicamentos y productos sanitarios necesarios para la salud.
- Derecho a ser atendido, dentro de un tiempo adecuado a la condición patológica y de acuerdo con criterios de equidad
- Derecho a solicitar una segunda opinión.

12

9. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS.

- Derecho a la información epidemiológica, y lo relativo a la participación ciudadana y social en el sistema sanitario.
- Derecho a recibir información general y del servicio que se puede obtener en el CAP.
- Derecho a conocer e identificar los profesionales que atienden a los pacientes.
- Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias.

12

9. DERECHOS RELACIONADOS CON LA INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS.

- Derecho a participar en las actividades sanitarias, mediante las instituciones y órganos de participación comunitaria y las organizaciones sociales, en los términos establecidos normativamente.
- Derecho a la utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación, de acuerdo con el nivel de implantación y el desarrollo de estas tecnologías en la red sanitaria.

13

10. DERECHOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD ASISTENCIAL.

- Derechos que tienen por objeto garantizar el funcionamiento correcto de los servicios asistenciales a lo largo de todo el proceso asistencial, incluyendo: la calificación profesional, el trato respetuoso, la coordinación entre niveles asistenciales y la atención sanitaria integral.
- Derecho a la asistencia sanitaria de calidad humana y científica.
- Derecho a conocer el nivel de calidad de los centros asistenciales.
- Derecho a recibir una atención sanitaria continuada e integral.

14

Gracias por su colaboración.

15

