

Desde el Máster

M^a CARMEN VALOIS NÚÑEZ

Ética de la comunicación en las relaciones sanitarias ¿derecho o privilegio?

➤ **M^a Carmen Valois Núñez.** *Máster en Bioética y Derecho*, UB. VII edición 2004-2006. Licenciada en periodismo y trabajadora social, Hospital de Donostia.

En esta sección tienen cabida las aportaciones de los alumnos del *Máster en Bioética y Derecho* de la Universitat de Barcelona, de la presente edición (IX promoción 2006-2008) así como de ediciones anteriores. Esperamos vuestras contribuciones en obd@pcb.ub.es.

➤ **Fundamentación**

La comunicación es algo inherente a la propia esencia del ser humano. Siempre existe un objetivo a la hora de comunicarnos con nuestros semejantes, a pesar de que la mayoría de las veces no lo tengamos presente o no seamos plenamente conscientes de ello; esto nos lleva a actuar de una forma programada y repetitiva en un acto que se renueva millones de veces a lo largo de nuestra existencia.

Dado que la comunicación la conforman, tanto aquello que se expresa con palabras, como lo que se expresa a través del lenguaje no oral, creo que es imposible no comunicar, ya que incluso en ausencia de palabra, se puede llegar a transmitir algo a alguien, con un silencio o bien mediante un simple gesto.

En el ámbito objeto de este trabajo, la comunicación aludida adquiere una importancia capital. El medio sanitario aporta una especificidad muy a tener en cuenta en las relaciones que en él se producen. Esto se debe fundamentalmente a que estas son unas relaciones que se producen fuera del entorno habitual de la persona, que tienen unas características muy concretas y que pueden estar sujetas a situaciones de especial vulnerabilidad por estar afectando a procesos vitales en los que puede estar en juego algo tan preciado como es la salud de esa persona o la de alguno de sus familiares; por este motivo, en el desarrollo de áreas específicas del devenir humano, cobra aquí una especial importancia y relevancia, que hace que toda vivencia imbuida desde esa realidad, se realice de una forma más intensa, con lo que las consecuencias que de ellas se puedan derivar, también van en concordancia con esa intensidad aludida.

Si tenemos en cuenta que la OMS define como salud "*El completo bienestar físico, psíquico y social*" podemos deducir que la salud es un bien

individual, subjetivo, al cual cada persona le confiere una relevancia y un valor, que le va a situar ante esa relación sanitaria de una u otra forma, y en consecuencia, con un tipo determinado de afrontamiento respecto a la misma.

En este sentido, la comunicación es básica para que la persona enferma, su familia y/o allegados, puedan llegar a entender que es lo que está pasando, ya que es mediante la misma, cuando podrá tomar conciencia de su propia situación, así como de los medios y recursos que posee, o a los que puede acceder, para poder volver a restablecer la salud perdida o para afrontar una pérdida irremediable. Además cada persona hace su propia interpretación y se sitúa ante su propia realidad en la medida que interacciona con lo que la rodea.

En la percepción aludida sobre el entorno van tener cabida también otras variables que tienen que ver con la propia estructura organizativa de la institución sanitaria que acoge los procesos de salud, así por ejemplo, la cultura de la organización, el clima existente, su misión, sus valores, sus fortalezas y debilidades, van a estar presentes de manera implícita o explícita, influyendo decisivamente sobre el tipo de atención socio-sanitaria que proporcionamos a ese ser humano, hombre o mujer, padre o madre, profesional activo o jubilado/a, directivo/a o peón, que en ese momento concreto de su proyecto vital, necesita que toda una estructura socio-sanitaria le sitúe en el centro de su sistema y, partiendo desde una perspectiva integral de atención y cuidados, le ayude a resolver su problema de salud o a afrontar su propia muerte.

➤ **Objetivos**

El objeto de estudio del presente trabajo era: *analizar la ética comunicativa en un hospital terciario de 1200 camas ubicado en una ciudad de*

la Comunidad Autónoma Vasca.

Los objetivos marcados eran:

- Conseguir información de cómo se realizaba esa comunicación entre pacientes-usuarios/as y facultativos/as.
- Clarificar los posibles problemas existentes en torno a la comunicación.
- Conocer cuál era la percepción de los pacientes y sus familias, en relación a la comunicación médico-paciente-familia.
- Conocer las circunstancias en las que se desarrollaba la comunicación médico-paciente-familia.

➤ De la teoría a la práctica. Claves en el marco normativo actual

Nos encontramos, para empezar, con la existencia de un marco normativo en el que se reconocen una serie de derechos en el tema de la comunicación e información, aplicables en el medio hospitalario, entre facultativos/as y pacientes y/o familiares.

Por un lado, están los tratados internacionales y la legislación comunitaria, por otro la normativa estatal y la autonómica; por último, existe normativa deontológica donde también se contemplan. Asimismo, se han publicado numerosos libros y artículos que abordan el tema de la comunicación en las relaciones sanitarias desde diversos aspectos, además, algunos abordan problemáticas específicas de colectivos de enfermos con patologías concretas, como los de enfermos/as oncológicos.

Legislación y literatura, por lo tanto, para un tema tan básico y a la vez, tan fundamental, para la esfera relacional humana. Tan fundamental, pero tan precario en muchas ocasiones, en ocasiones en las que, por otro lado, resulta tan esencial e inherente a la propia esencia del ser humano doliente y en la que deberíamos ser especialmente cuidadosos, olvidando prejuicios y nuestros propios miedos, que, además, nos impiden acercarnos de una forma sencilla, humana y natural, ante ese otro u otra inmersos en un momento vital tan catártico como es aquel que supone el enfrentarse ante una realidad contundente y poco esperada como es la propia enfermedad o la de

algún ser querido.

Es importante, tener en cuenta, también, que con el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, la ciudadanía tiene cada vez un mayor y más rápido acceso a información de todo tipo y también a lo concerniente al ámbito sanitario, a patologías y técnicas nuevas, lo que, junto a un mayor conocimiento sobre los derechos que le asisten, nos está situando ante un nuevo escenario, que está ejerciendo una presión sobre el sistema sanitario actual, lo cual está obligando al mismo a adaptarse a las nuevas características diferenciadoras actuales de la propia dimensión en la que se produce la relación asistencial.

A modo de ejemplo y al hilo de esto, la OMS, en su informe de Abril de 2005, dice: *La cibersalud (entendida aquí como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para fomentar la salud, ya sea in situ o a distancia), brinda hoy una oportunidad única para el progreso de la salud pública. El fortalecimiento de los sistemas sanitarios mediante la cibersalud, puede contribuir al disfrute de los derechos humanos fundamentales porque mejora los niveles de equidad y solidaridad, así como la calidad de vida y de la atención sanitaria*¹.

➤ La práctica: resultados del estudio de una realidad hospitalaria cercana

Fijé mi atención en el colectivo médico porque considere, a priori como hipótesis, que era donde más lagunas podían existir en este mundo de la comunicación; me constaba y me consta por observación directa durante años, que el personal de enfermería, en general, constituye un colectivo "sándwich" o complementador en materia de comunicación con relación a la información proporcionada por el colectivo de facultativos, que reinterpreta lo dicho por los mismos, para que tanto a las familias como a los propios enfermos o enfermas, les resulta comprensible lo expresado o contribuya a aclarar dudas, teniendo en ocasiones tanto o más importancia que la principal fuente de información, en cuanto se refiere cuando menos a su papel clarificador.

Para ello elegí, tres plantas de Medicina Interna que se sitúan en dos Edificios diferentes y de

1. 58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. <http://www.oms.org>. EB101/INF.DOC/9.

las cuales soy la profesional de trabajo social de referencia.

► Metodología

Se realizó de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- pacientes ingresados a cargo de Medicina Interna.
- solicitud de intervención de la asistente social hospitalaria, bien por parte de personal médico o de enfermería del propio Hospital o bien a través de servicios sociales externos.

Criterios de exclusión:

- pacientes mentalmente incapacitados y sin familia.

Se elaboró una encuesta a tal fin que constaba de nueve preguntas. Previa validación, se realizó a familiares de aquellas personas ingresadas que tenían contacto con la trabajadora social responsable de esas tres plantas de Medicina Interna.

La procedencia de la derivación era: de las propias familias, del personal de enfermería, del personal facultativo, del servicio de admisión hospitalario, o de los servicios sociales externos. Tras explicar al familiar el objetivo del trabajo se procedía a pedir su colaboración y a informarles del objeto del mismo, así como de que se tomaban las medidas oportunas para garantizar la confidencialidad de los datos y de la personas.

En total, se realizaron 100 encuestas que han supuesto el 82,6% del total de encuestados/as potenciales.

Las variables utilizadas en el estudio fueron²:

- Datos de demográficos: edad y sexo del paciente, del encuestado y del médico responsable.
- Percepción sobre la información, comunicación, trato e intimidad.

Se realizó, así mismo, una base de datos Access donde se fueron introduciendo los datos y que permitió proceder a su posterior explotación.

En nuestra hipótesis inicial, considerábamos que la comunicación en el ámbito hospitalario era un bien escaso; decidimos en este estudio centrarnos en las relaciones médico-paciente, pero me atrevería a vaticinar que esta escasez no es

exclusiva de la relación entre esos actores, sino que se puede trasladar al ámbito relacional entre profesionales del mismo hospital, cuando menos, entre los de diferentes disciplinas y categorías, conformando una cultura hospitalaria poco amable en su propia proyección interior y exterior. Creo que los profesionales no conocen demasiado el microcosmos en el que diariamente realizan su labor, considero que tampoco tienen demasiado interés en conocerlo, ya que el individualismo es una característica muy marcada en este ámbito y el poco interés por conocer lo que hacen otros profesionales con los que se trabaja codo a codo, es notorio. Para mí estos son síntomas de una organización que está enferma; A veces, me he preguntado como es posible que en ese estado una organización siga funcionando y al final creo que lo hace por su propia inercia caminando hacia quien sabe donde con el esfuerzo y voluntad de unos pocos.

Como hemos visto desde el punto de vista normativo los derechos existen y están bien desarrollados aunque, no han llegado a calar en la práctica cotidiana; esto me hace pensar en las normas existentes como las reglas del juego básicas, pero solo como una parte de él, ya que la realidad relacional es mucho más amplia y su desarrollo va mucho más allá de lo que se normativiza.

También considero que otros factores como el propio volumen del hospital o la edad de sus trabajadores puede resultar un obstáculo para desarrollar políticas de sensibilización sobre derechos ciudadanos.

En cualquier caso, sería interesante el poder desarrollar alguna experiencia concreta dentro de un proceso de mejora continua en el campo de la comunicación en alguna unidad piloto elegida para tal fin.

► Resultados

Las encuestas se realizaron en dos fases, la primera de junio a septiembre de 2005 y la segunda de octubre a enero de 2006. La disponibilidad de las personas a encuestar fue excelente, hay que tener en cuenta que eran casos en los que estábamos trabajando a nivel social y esto

2. Modelo de encuesta. Anexo I. Elaboración propia.

nos hacía tener una posibilidad "privilegiada" ya que se realizaba en el marco de una relación de confianza y entendimiento; creo que a veces incluso servía de desahogo para aquellas personas que estaban disconformes con la atención dispensada; no mostraban ninguna reticencia a explicarse con claridad, entiendo que porque confiaban que lo que en ellas se decía, estaba sujeto a un principio de confidencialidad y en el contexto de una relación profesional responsable y coherente.

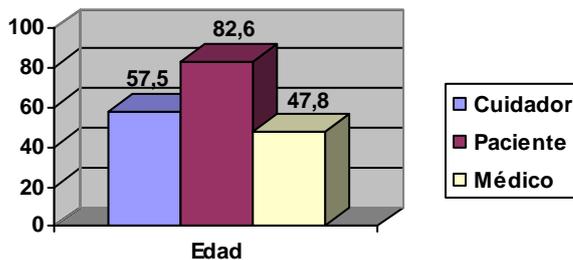
En mi opinión, la gente no duda en colaborar cuando cree que de alguna forma puede ayudar a un determinado profesional en un proyecto en el que se le sugiere participar porque se lo solicita una persona en la que confía. Nadie se negó a contestarla, pero hubo situaciones especiales en las que obviamos realizarla por lo delicado de la situación.

La encuesta constaba de nueve preguntas que pueden verse en el Anexo I.

Se realizaron 100 encuestas, 82,6% de las derivaciones recibidas por la trabajadora social responsable de las plantas anteriormente mencionadas, que dieron los siguientes resultados:

Variables independientes

Con relación a la edad obtuvimos los siguientes resultados:



- La edad media del cuidador/a fue de 57,5 años. 78% de los cuidadores fueron mujeres y 22% hombres. Se confirma que el perfil mayoritario es el correspondiente a mujer cuidadora.
- La edad media de los pacientes fue de 82,6 años³. 62% eran mujeres, 38% eran hombres
- El 54% de los pacientes vivían solos con per-

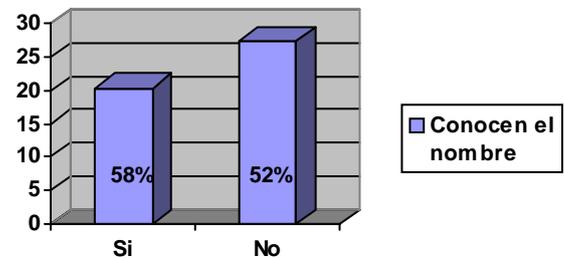
sonas de edad similar.

- La edad media del médico/a que les atendió fue de 47,8 años. El 79% s fueron atendidos por médicos hombres y el 21% por médicos mujeres.

Los datos de edad de cuidadores y pacientes son muy similares a los que aparecen en diferentes estudios sobre datos de envejecimiento poblacional y tendencias en población cuidadora⁴.

Variables dependientes

A la pregunta de si "Conocían el nombre del médico":



- 58 cuidadores contestaron afirmativamente
- 52 contestaron negativamente.
- Se establecieron cinco grupos de edad: entre las mujeres el grupo de edad comprendido entre los 30 y 60 años eran las que más decían conocer el nombre del médico; entre los hombres no había diferencias significativas entre los grupos de edad.

En conclusión, no existen diferencias significativas respecto al porcentaje de cuidadores/as que dicen conocer el nombre del médico. Como veremos en la siguiente pregunta el conocerlo no va asociado necesariamente a que él o la facultativo les haya informado del mismo, sino que lo han conocido porque han recabado esa información de otras fuentes, como del personal de enfermería o auxiliar.

A la pregunta de si "El médico les había informado de su nombre":

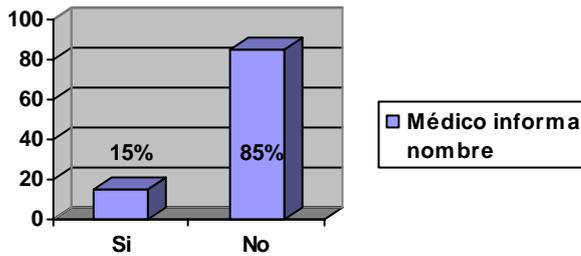
- En 15 ocasiones han informado los médicos de su nombre, en las 85 restantes no lo han hecho.
- De los 100 pacientes tratados, 82 han sido vistos por médicos hombres y 18 por médicos

3. OIT. II Asamblea mundial sobre envejecimiento. Madrid 2002.

4. OIT. II Asamblea mundial sobre envejecimiento. Madrid 2002.

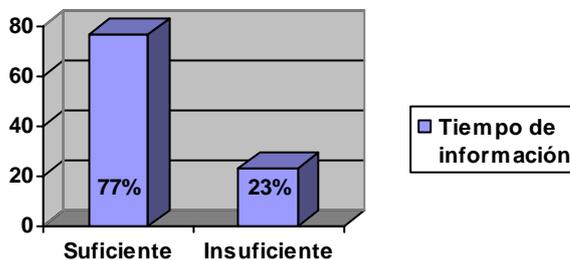
Desde el Máster

mujeres, no existiendo diferencias estadísticamente significativas a la hora de informar de su nombre entre hombres médicos y mujeres médicos.



En conclusión, los y las facultativos no acostumbran a presentarse a los pacientes al comienzo de la relación asistencial hospitalaria.

A la pregunta de si "El tiempo de información ha sido suficiente":



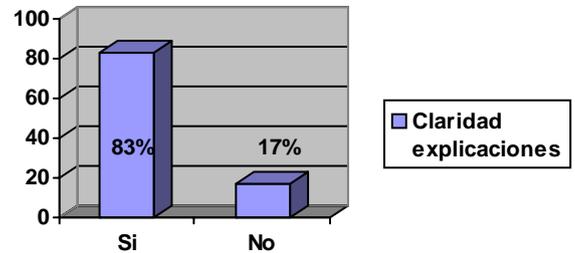
- A 77 de los cuidadores/as les ha parecido suficiente.
- A 60 de las mujeres cuidadoras les ha parecido suficiente el tiempo de información.
- A 17 de los hombres cuidadores el tiempo les ha parecido suficiente. No hay diferencias significativas entre ambos sexos.

Por lo tanto, los familiares mayoritariamente se muestran conformes con el tiempo dedicado por los y las facultativos a dar la información.

A la pregunta de si "Las explicaciones han sido claras":

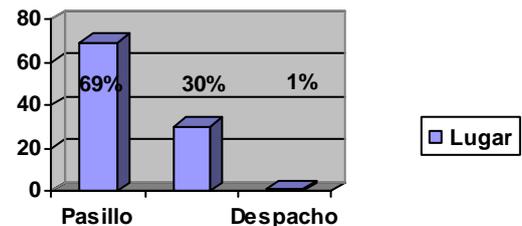
Responden afirmativamente 83 cuidadores/as y negativamente 17.

- Del total de mujeres, 64 contestan afirmativamente.
- Del total de hombres 19, contestan afirmativamente. No existen diferencias significativas en cuanto a sexos.



En conclusión, la opinión es generalizada en cuanto a valorar positivamente la claridad de las explicaciones.

Con relación a la pregunta sobre el lugar donde se daba la información:

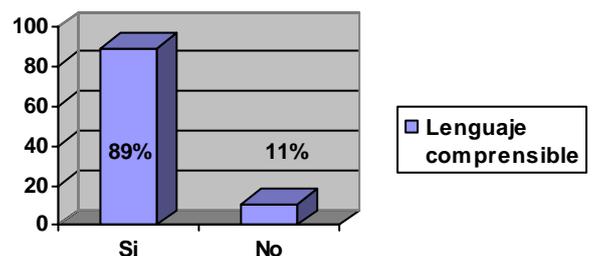


69 informan en el pasillo. 30 en la habitación. 1 en el despacho

No hay diferencias estadísticamente significativas entre médicos hombres y médicos mujeres a la hora del lugar donde dan la información.

En consecuencia, se puede decir que casi en la totalidad de los casos, la información se da en espacios abiertos, bien en el pasillo en el que puede darse la presencia de otras personas o bien en la habitación, donde las habitaciones son de dos, tres y cuatro camas.

Con relación a la pregunta de si "El lenguaje ha sido comprensible":



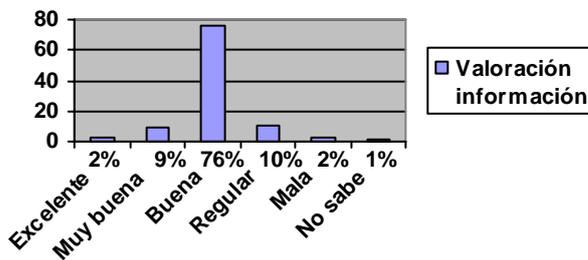
Desde el Máster

Respondieron afirmativamente 89 cuidadores, negativamente 11.

- De las respuestas afirmativas, 70 fueron mujeres y hombres 19.

Por lo tanto, se considera mayoritariamente que el lenguaje es comprensible.

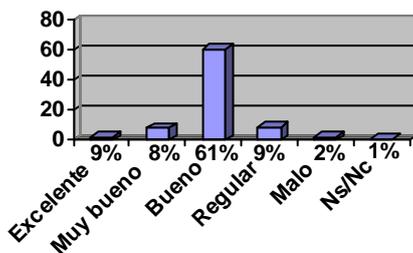
La respuesta sobre la valoración sobre la información recibida fue:



Fue buena para 76 de los cuidadores, de ellos 61 eran mujeres y 15 hombres.

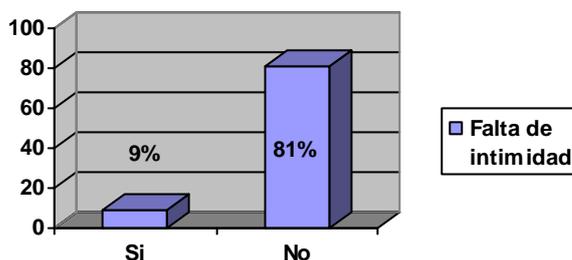
En un amplio porcentaje se valora como buena la información ofrecida.

La valoración sobre el trato recibido dio los siguientes resultados:



La valoración sobre el trato arroja una opinión favorable para las personas entrevistadas. Sin diferencias significativas entre sexos.

Con relación a la pregunta de si sienten falta de intimidad a la hora de recibir la información:



9 de los cuidadores/as respondieron que se sentían falta de intimidad, 81 respondieron negativamente.

En conclusión, mayoritariamente los familiares no perciben falta de intimidad, a pesar de que como hemos visto anteriormente la información sobre el proceso de salud, no se da en lugares que puedan garantizar plenamente la intimidad.

► Conclusiones

La legislación estudiada hace referencia tanto a la obligación de informar como de asegurarse de alguna forma sobre la comprensión de la información facilitada, que debe ser adecuada en función de la capacidad de discernimiento de los pacientes y de sus familiares. Además, se puede decir que la legislación en materia de derechos ha sido progresiva y acumulativa, por cuanto se ha ido legislando en la medida que la sociedad lo ha ido demandando y los poderes públicos lo han podido ir regulando.

Por otro lado, a la vista de los resultados obtenidos la investigación evidencia que los y las facultativos no respetan los derechos existentes en materia de comunicación e información y, por lo tanto, incumplen con los deberes que la legislación y los códigos deontológicos recogen a tal efecto. Veamos algunas de las conclusiones:

1. La primera nos llevaría a afirmar que los derechos existir existen, sin embargo a la vista de los resultados, se observa una falta de aplicación de los mismos.

Esto puede ser debido o bien a una falta de conocimiento por parte de los y las facultativos y/o, en su defecto, una dejación o desinterés en tenerlos en cuenta y promocionarlos, bien influido por las propias condiciones laborales, la falta de motivación e incentivos, bien por el clima y cultura organizacionales. En la realidad que yo conozco creo que estos últimos tienen gran importancia e influencia. En cualquier caso, los derechos en tanto que tales, conllevan un deber para con los otros, en este caso para con los pacientes, por lo que su no respeto y ejercicio, podría llegar a atentar contra la dignidad y los derechos fundamentales.

2. Segunda conclusión: a pesar de lo comentado anteriormente, **se incumple con el derecho que**

tiene todo paciente a conocer el nombre del facultativo responsable. Como hemos visto en el apartado de resultados, mayoritariamente no se presentan, lo cual según el derecho contemplado no debería obviarse, ni tan siquiera en el caso de que el o la paciente sea atendido por un equipo, lo cual no debería impedir que el paciente conozca cual es el médico responsable y que debería ser, además, su interlocutor principal ante el equipo asistencial, **ya que de no cumplirse esto se situaría al paciente en una situación potencialmente desfavorable** y de privación de información relevante para su salud. En cualquier caso, a pesar de que no se presenten, se dan cifras casi similares en los resultados entre aquellos que saben y los que no el nombre del médico, ya que los pacientes y/o familiares se interesan por conocerlo.

3. Tercera conclusión: un elemento esencial de la información debida al paciente, es precisamente, darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo. Consideramos en base a como se expresan familias, pacientes y a la observación directa, que esto contribuye positivamente a la relación médico paciente, evitando tensiones, posicionamientos radicales y de poder, contribuyendo a generar un clima de confianza, en contraposición a lo que la falta de reconocimiento conlleva para con el o la paciente, lo cual subordina al paciente-persona al conjunto de síntomas que definen una patología que se ubica, para el facultativo/a, en un cuerpo, cuyo nombre pasa a ser sustituido con frecuencia por el número de cama que ocupa, convirtiéndolo en un ser anónimo, sin serlo, privado de identidad, por tanto, despersonalizándolo, disminuyendo su confianza y autoestima, lo que con toda seguridad, puede contribuir negativamente a su proceso de salud, máxime cuando el perfil de fragilidad y la edad del paciente atendido (82, 6â) debería exigir la excelencia profesional para con el mismo. Una ética de mínimos en comunicación quedaría de facto justificada para evitar males mayores a un colectivo de por sí ya vulnerable y en lo que puede ser la etapa final de su vida.

Llama la atención, desde mi punto de vista, el que no se trasluzca una perspectiva de género en los resultados sobre la comunicación, entre los y

las facultativos, con relación a la diferenciación clásica entre mujeres y hombres, ética del cuidado versus ética de la responsabilidad, ya que esa variable se ha demostrado independiente para el sexo, por lo que ambos, facultativos y facultativas, informan en contadas ocasiones de sus nombres. Tampoco parece influir la edad, ya que la misma no presenta diferencias en los resultados e informan escasamente independientemente del tramo de edad identificado.

4. Cuarta conclusión: ni los ni las facultativos se presentan a sus pacientes, desconocemos si es porque no lo consideran necesario, no lo creen relevante para su trabajo o bien no valoran como sujeto al paciente al que atienden sino como objeto de su acción, al hilo de lo que comentábamos anteriormente.

5. Quinta conclusión: a pesar, de que como hemos visto los facultativos/as, no informan en general de sus nombres, podríamos establecer que esto no parece resultar determinante para la percepción sobre la atención recibida, ya que las personas entrevistadas consideran en líneas generales que: las explicaciones recibidas han sido claras, el tiempo de información les ha parecido suficiente, el trato ha sido correcto y el lenguaje ha sido comprensible.

En mi opinión, las familias tienen sus propios objetivos respecto al proceso asistencial, priorizan el trato recibido y el poder llegar a entender la información recibida, es decir que esta sea adecuada a su nivel de entendimiento, que conocer el nombre del o de la facultativo que les atiende, que por otro lado lo pueden llegar a saber con facilidad preguntando a otras/os profesionales; además, existen a mi entender, una serie de factores de tipo cultural y social, que llevan a una aceptación, incluso a adoptar posiciones de sumisión o subordinación respecto a la figura del facultativo/a que les atiende, debido a que está en juego algo tan importante como es la salud y por existir una clara asimetría, en parte por factores culturales que se mantienen, que son consecuencia directa de un modelo funcionamiento de tipo paternalista, que todavía sigue perviviendo en el sistema sanitario, donde hoy en día prevalece, por parte de los y las facultativos, el deber de

curar al enfermo sobre el deber de respetar sus decisiones, a pesar de la importancia que está adquiriendo el modelo autonomista que otorga a ambos actores posiciones más igualitarias o menos asimétricas, y del protagonismo, que están adquiriendo familias y pacientes, haciendo virar el sistema hacia posiciones menos jerarquizadas.

6. Sexta conclusión: la relación entre intimidad y entornos adecuados no es determinante para la percepción sobre la materia reservada que la ley reconoce⁵ pueden suponer los datos sobre la salud, aun teniendo en cuenta que cuando la información se da en la habitación siempre se hace en presencia, cuando menos, de otros/as pacientes.

Por lo tanto, el que la información se da mayoritariamente en espacios abiertos no influyen en la percepción que tienen sobre la falta de intimidad.

Teoría y práctica pues que nos han hecho llegar hasta estas nuestras conclusiones; para completarlas, unos últimos apuntes con relación al marco teórico inicial explicitado, donde podemos constatar la existencia de tres niveles normativos:

- Nivel ético: como marco general de la ética, con las grandes Declaraciones de principios, emitidas por organizaciones de prestigio del ámbito internacional.

- Nivel normativo: representado por las leyes, algunas de las estudiadas y otras normas de diferente rango.

- Nivel moral: significa sentir la obligatoriedad a nivel íntimo, a nivel de conciencia; no como algo impuesto, sino como voluntariamente aceptado en la creencia que es lo que debemos hacer.

La referencia a estos niveles resulta determinante, porque a mi entender aquí, en este último nivel, radica el quid de la cuestión; se puede legislar, normativizar, recomendar e incluso emplear medidas coactivas para obligar a los y las profesionales a cumplir sus obligaciones, pero mientras estas no sean asumidas en conciencia, es decir interiorizadas como un deber asumido a fondo, poco habremos avanzado en el reconocimiento y en la obligación moral, por lo tanto, ac-

tuando en consecuencia, habrá que reconocer y asumir, que la dignidad es algo inherente e inseparable a la condición de ser humano, de carácter inalienable, que convierte al ser humano, como ya dijo Kant en el siglo XVIII, en un fin en sí mismo, reivindicando esa condición humana independientemente del credo, de la raza, de la edad y de la posición social y por supuesto, al margen de criterios de salud y de enfermedad.

Interpretar y entender la ética como responsabilidad hacia los demás, convierte el deber hacia ellos y ellas, en este caso los y las pacientes, en una obligación moral que los profesionales debemos interiorizar y asumir con valentía, sin miedo a perder posiciones de poder, estableciendo con las personas que solicitan nuestra ayuda relaciones veraces y honestas, en un flujo continuo que enriquece la propia relación asistencial, que contribuye a la salud física y psíquica de las personas que atendemos y a la salud propia de los profesionales, armonizando el entorno hospitalario, generando bienestar alrededor y propiciando el desarrollo de una cultura ética.

Parafraseando a Damián Salcedo⁶ "Los profesionales tenemos una responsabilidad moral por lo que hacemos, una responsabilidad pública por nuestra actividad y una responsabilidad profesional por el cumplimiento de nuestros deberes".

Finalmente, considero que ahora tenemos elementos de juicio suficientes para responder a la pregunta que daba origen a este estudio: "Ética de la comunicación en las organizaciones sanitarias" ¿Derecho o privilegio? y poder decir, que cuando menos en la realidad que nosotras hemos estudiado, las normas de las que debería emanar la ética de la comunicación, existir existen, pero se quedan en un plano teórico, ya que su existencia no sirve como instrumento de aplicación y por ello, no se reflejan en la práctica cotidiana; por este motivo consideramos que "la ética de la comunicación" no forma parte de la cultura organizacional de la institución y constituye, por lo tanto, un privilegio. Tenemos las bases teóricas para desarrollar esa ética de mínimos, solo tenemos que intentarlo, hagámoslo, creo que el objetivo merece la pena.

5. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. LO 15/1999, 13 Dic.

6. Autonomía y Bienestar. La ética del trabajo social. Editorial Comares-Filosofía hoy.

➤ **Decálogo para una cultura ética en la institución**

- Derecho a ser atendido/a con respeto a su singularidad
- Derecho a ser escuchado/a
- Derecho a que sea respetada su intimidad
- Derecho a ser atendido/ con comprensión y tolerancia
- Derecho a ser atendido/a como un ser integral
- Derecho a que se respeten sus decisiones
- Derecho a ser informado verazmente
- Derecho a ser tratado justamente
- Derecho a ser tratado con coherencia

- Derecho a no ser discriminado

Un decálogo que lleva implícita una forma de entender las relaciones en el entorno sanitario, partiendo de la consideración de que el ponerse en el lugar del otro, no es más que pararse a reflexionar un instante, contemplando a la persona que tenemos delante, viendo en ella a un hijo, a una madre, a un esposo o a nosotras mismas, e imaginar por un segundo, como nos gustaría que hubiera transcurrido ese tiempo para con ellos, pensando que los demás no son diferentes a nosotros/as, y por lo tanto, se merecen aquello que quisiéramos para los nuestros o para nosotros mismos.

Bibliografía

- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Revista de Bioética y Derecho (revista electrónica) Editorial nº 6 marzo 2006 <http://www.ub.edu>.
- Moro, L. El enfermo de cáncer y su entorno. Fundación la Caixa. Barcelona 1993.
- Reyes, M y coord. La Bioética, mosaico de valores. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. VI Congreso Nacional. Sevilla 2004.
- Constitución Española 1978. BOE 29 Dic. <http://www.congreso.es>.
- Ley General de Sanidad. 14/1986 de 25 de abril. <http://www.boe.es>.
- Decreto 175/1889 de 18 de julio. B.O.P.V. <http://www.osanet.net>.
- Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. LO de 13 Dic., 15/1999. B.O.E. <http://www.boe.es>.
- Los Fines de la Medicina. Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. Barcelona Nº11 (2004).
- Materiales del Master Bioética y Derecho. Universidad de Barcelona.
- Salcedo, D. Autonomía y Bienestar. La ética del trabajo social. Madrid 2004 Ed. Comares-Filosofía hoy.
- Tadora, S. Libertad de conciencia y derechos del usuario de los Servicios sanitarios. Donostia 2004. Servicio editorial EHU/UPV.