

COLABORACIONES

APROXIMACION BIOETICA DESDE LO ABSTRACTO A LO CONCRETO

Aurelio González Herrera

Dr. en Medicina. Atención Primaria, Lugo.

INTRODUCCION

La Bioética tal como se ha desarrollado en nuestros días, ha recibido impulsos desde distintas direcciones con el único fin de ir ajustando su crecimiento en teoría, procedimientos y hechos a un mejor entendimiento y resultados en las partes afectadas cuando surge un dilema.

La persona recibe y desarrolla sus creencias individuales en colectividad, de forma que el influjo recibido y las reglas sociales que determinan su "objeto de ser" distorsionan lo íntimo y formal de su esencia. La consistencia de la esencia humana es o debería ser la razón de la bioética, atendiendo sobre todo a sus principios: etimológico, filosófico, genético-histórico, sociológico, psicológico o antropológico (1) y que permitirían separar ética, moral y religión que con tanta frecuencia se solapan.

En el terreno sanitario de la bioética, los tres agentes afectados en la base son el enfermo, el sanitario y el contexto social. Los tres principios que deberían implicarse responden al de Autonomía, Beneficencia y Justicia

(2). Pero ya dependiendo de la misma fundamentación de la bioética, surgen los problemas y los avances. No es lo mismo una fundamentación naturalista, que una idealista, epistemológica o axiológica. Ni tampoco sus métodos y razones (...)

El principio de autonomía que hoy se defiende y se tiene por asumido, ha visto un largo proceso histórico con un importante impulso en los últimos 50 años. Los derechos humanos aceptados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (4) por la Asamblea General de Naciones Unidas, de 10 de diciembre de 1948 han dado peso a los derechos de los enfermos plasmados en la Carta de Derechos del Paciente (5,6,7) aunque en su desarrollo real comparativo parece el más necesitado, sobre todo atendiendo a uno de sus instrumentos más vigorosos el "Consentimiento Informado"(8,9,10)

El principio de beneficencia se ha depurado (11,12) dejando atrás un paternalismo no justificado la mayoría de las veces, al que determinados profesionales se han aferrado sin demasiada conciencia de la importancia de la integridad de la otra persona, incluso no solo desde una posición social y moral sino también de salud de ambas partes, al tener en cuenta su vinculación con la propia autonomía del enfermo de un lado, y con la del sanitario de otro, además de su vincula-

ción con el de no-maleficencia, que permitiría entroncarse con el de justicia.

El principio de justicia (13) en la tradición política de salud, ha evolucionado con el pensamiento liberal al criterio de Derecho a la asistencia sanitaria, como igualdad social con el marxismo y socialismo, considerando la salud como bien social primero, creando un nuevo modelo sanitario de medicina de bienestar y bien de consumo, donde bioética y bioderecho deben establecer un "Minimum normativo" legal, moral y ético que permita la justificación estratégica, de los agentes implicados (14,16) en un contexto social donde los criterios económicos emergen y envuelven la relación interpersonal.

Coincidiendo con la realización del Master, se propuso a los alumnos realizar el "Cuestionario de Evaluación en Bioética Clínica" (17), para conocer su opinión sobre distintas cuestiones bioéticas al comienzo del curso y después volver a evaluar al final del mismo. Los temas sanitarios que recoge el cuestionario se agrupan en torno a: Principios, Generalidades, Relación sanitario-usuario, Consentimiento informado, Secreto profesional, Dilema y Toma de decisión. Todos ellos importantes en bioética donde la Organización y funcionamiento de los Servicios Sanitarios (18,19), Normas de la función pública y laboral, Responsabilidad civil, penal y administrativa (20,21), Códigos deontológicos (22,23,24) etc. tratan de regular la relación sanitario-enfermo, pero no son suficientes para evitar parte de los conflictos que cada día surgen en mayor número.

La rápida evolución de la tecnología entre otras causas, hace aparecer problemas en su entorno unas veces por la no evalua-

ción adecuada, que produce sobredemanda de técnicas y crea conflictos. Las Técnicas de Reproducción Humana (25,26), Donación y utilización de embriones y fetos humanos (27), Genética y Proyecto Genoma Humano (28), Trasplantes de órganos (29), Eutanasia (30,31), Distribución de recursos, etc. son referentes muy activos para la bioética (32,33,34,35,36), que tienen que ver con su propio desarrollo, para tratar de dar respuesta integral a los mismos y en el contexto actual no es tarea fácil, nunca lo fue, ni será, pero ese es el espléndido reto.

MATERIAL y MÉTODOS

Para conocer la opinión de los alumnos que realizan el Master en Bioética al comienzo del curso, se consulta su interés en contestar al "Cuestionario de Evaluación en Bioética Clínica" (Ver anexo al artículo) aprovechando así la oportunidad de poder comparar los resultados con otros grupos que anteriormente habían respondido al mismo. Permitiría además conocer en una segunda evaluación con el mismo instrumento, los propios cambios que pudieran haberse producido, al realizarse ésta al final del curso, en personas que habían mostrado un claro interés por estos temas, desde el momento que formalizaron su matrícula en el curso. Dando por permitido su consentimiento, el tercer día como se había anunciado, después de una breve introducción sobre la intencionalidad y fines de las respuestas y de cómo debían puntuarse según la escala establecida de cero a diez, en función de la importancia que dieran a cada una, se administró un cuestionario a todas las personas presentes, para que de forma individual contestaran las diferentes preguntas de que

consta. Se concedió una hora, recogiendo las respuestas y retirando posteriormente cuatro cuestionarios por no tener todas las preguntas contestadas, sobre todo las referentes al "Principio Ético Mínimo" (ítems 29,30), y algunas de la "Toma de decisión" (Ítems 45,46), con lo que se formó un grupo que se denominó "Curso" (n = 16), formado por diferentes profesiones en general del ámbito sanitario, pero no exclusivamente (ATS, médicos, administrativos, psicología, farmacia, profesor). En esta primera evaluación no se hizo referencia a la agrupación de las preguntas por temas, a diferencia de la segunda donde además se solicitó se valoraran las agrupaciones realizadas, formando parte de otra hoja de respuestas complementaria.

Posteriormente los datos se procesaron con el programa SPSS, realizando gráficos de diagrama de cajas, análisis de la varianza, análisis factorial y análisis de cluster. Con el fin de no interferir en las respuestas que debían de realizar al final del curso, se expusieron de los resultados de la primera evaluación solo los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 18, 20, 21, 22, 35, 47, sumando las respuestas obtenidas ($A + B + C + D = S$) de cada uno de ellos y solo unos cuantos, que son los que se refieren ahora, para comparar con otros dos grupos que se han denominado "ATS" (n = 19) del entorno hospitalario, y "Médicos" (n = 17) de Atención Primaria en Galicia. Se tomaron del cuestionario para Principios los ítems 1,2,3, denominando a la suma de A,B,C,D de cada uno de ellos en los gráficos y análisis, S1,S2,S3, respectivamente; para Secreto Profesional los ítems 21,22, y se denominaron S4, S5; en Generalidades los ítems 4,8, y se denominaron S6, S7; para Toma de Decisión los

ítems 5,12,13, y se denominaron S8, S9, S10; para Relación usuario-sanitario los ítems 6,7, y se denominaron S11, S12; para Consentimiento Informado los ítems 35,47, y se denominaron S13, S14; y finalmente para Dilema los ítems 18,20, y se denominaron S15, S16.

Al agrupar los resultados sumando las cuatro posibles respuestas a cada pregunta, se pierde información importante para comparar con los otros grupos, pero se ha preferido en este trabajo exponer los resultados así, con la intención en el futuro de tratar de forma individual cada respuesta y completar el cuestionario, lo que sin duda será de interés para un profundo análisis. Sirva por tanto de momento esta aproximación bioética desde lo abstracto a lo concreto.

RESULTADOS

Se refieren los resultados de los datos como se ha manifestado, de la primera evaluación del Curso comparando con ATS y Médicos. Se expresan primero los diagramas de cajas para cada definición, siendo la puntuación máxima posible de 40 en cada S que la componen. Por problemas de espacio no nos es posible incluir los diferentes diagramas, pero éstos nos muestran: la media, dispersión (caja ancha), agrupamiento (caja estrecha), intervalo de confianza y los casos que se encuentren fuera de él.

Analizando los diagramas, los grupos tienen pocas diferencias de comportamiento en cuanto a las puntuaciones en cada una de las definiciones. Los tres parecen iguales, aumentando o disminuyendo su media, agrupación, dispersión, etc. de forma similar. Al aplicar el análisis de la varianza, los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que

no existen diferencias significativas en ninguna de las variables que se han definido, por lo que no se refieren sus resultados.

Al tener interés en conocer si de las variables que se han introducido en este caso, existe la posibilidad de extraer algún factor o factores que expliquen un mayor porcentaje de varianza, se aplica al conjunto formado por Curso-ATS-Médicos (n = 52) un análisis factorial. El modelo encuentra cuatro factores, que explicarían el 70% de la misma. El factor 1 estaría formado sobre todo por S7, S9, S12, S13, S15, S5, como las de mayor peso, indicando que: Generalidades, Toma de decisión, Relación usuario-sanitario, Consentimiento informado, Dilema, Secreto profesional, parecen respectivamente las más importantes por encima de principios. El factor 2 estaría formado exclusivamente por S11 de Relación usuario-enfermo y por S16 de Dilema, pero con distinta tendencia en cuanto al signo. El factor 3 se conforma con S4 exclusivamente de Secreto profesional. Finalmente el factor 4 se confirma con S8 de Toma de decisión. Por otro lado, de la comunalidad que explican las variables, destaca S10 de Toma de decisión, siendo las menos importantes S2 y S3 de Principios, también en este aspecto.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como se ha podido observar, no se ha hecho mención en ningún momento al sexo ni a la edad en relación con los datos y sus posibles interferencias con las respuestas. Se ha asumido intencionadamente esta carencia, por no considerarse importante, para los fines que se persiguen. Se trata de grupos de personas suficientemente uniformes, reconociendo un número quizá pequeño en cada grupo,

pero muy útil en este momento del estudio, ya que permite, poder evaluar grupalmente.

Haber utilizado el Cuestionario mencionado que puede considerarse denso y amplio, tiene sus ventajas e inconvenientes, pero se ha preferido tener de entrada amplitud de criterios, que de ser necesario, se depurarán. En su defensa, se puede considerar que el tema que trata de evaluar es también denso y complicado. Ya se ha manifestado que al tomar solo unos cuantos ítems, se ha perdido información, que cuando sea tratado en conjunto, puede aportar resultados diferentes a los manifestados ahora. En todo caso, el tratamiento de los mismos refleja una aproximación, que es de lo que se trata. La elección de los aquí manifestados ha sido arbitraria dentro de cada grupo. Estudios posteriores, pondrán de manifiesto su importancia.

Se ha podido observar que la valoración de las personas que conforman los grupos es muy similar, en las cuestiones planteadas. El tener relación sobre todo con el ámbito sanitario, puede mediatizar su valoración, pero en todo caso, es probablemente un fiel reflejo de su pensamiento sobre las mismas. Parece existir una cierta tendencia a puntuar un poco más bajo en los médicos, aunque las diferencias no tengan significación. Sumar todas las respuestas de cada pregunta, seguro que ha ayudado.

La existencia de casos en cada grupo fuera de su generalidad, no se ha depurado intencionadamente y es curioso como es precisamente en los principios más consagrados de Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia, donde más ocurre.

La obtención de estos cuatro factores, uno más denso y los otros específicos sugiere un

núcleo que agrupa inquietudes muy genéricas. La menor comunalidad de S2 y S3, podría tener que ver con la propia fundamentación actual de la bioética más fuerte en la tradición americana. Con el análisis factorial y de cluster, se ha querido realizar una aproximación más profunda a los datos que permita un mejor conocimiento de los mismos. Existen otras pruebas que también pueden ayudar en este intento.

Se considera que esta forma de tratamiento deberá en el futuro realizarse con mayor frecuencia, así como interpretar los resultados que se aportan con cautela por no estar completos, pero representan un primer intento a desarrollar de aproximación bioética desde lo abstracto a lo concreto. El propio Cuestionario puede ayudar a clarificar la valoración que las personas hacen sobre las cuestiones que plantea.

(Los que lo deseen, pueden ayudar en esta investigación enviando el cuestionario relleno al Apartado 379. 27080 LUGO. ESPAÑA)

REFERENCIAS

- 1.- Aranguren, José L.: Obras Completas. Ed. Trotta, S.A. Madrid. 1994.
- 2.- Gracia, Diego : Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema. Madrid. 1989.
- (3.- eliminada por reducción del texto del artículo. N.R.)
- 4.- Sánchez Rodríguez, Luis I.; González Vega, Javier : Derechos Humanos. Textos Internacionales. Ed. Tecnos. Madrid. 1991.
- 5.- Reich, Warren T. (ed) : Encyclopedia of Bioethics. Ed. The Free Press. Nueva York. 1978.
- 6.- BOE : Ley 14/1986 "General de Sanidad" de 25 de abril; R.D. 2082/1978 de 28 de agosto.
- 7.- Consejo Europeo : Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina. Oviedo. 1997.
- 8.- Simón Lorda, Pablo : Consentimiento Informado. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. 1996.
- 9.- Roldán Garrido, Bernabé; Pérez Pérez, Bernardo : El Consentimiento informado en la Práctica Médica. Editores Médicos, S.A. Madrid. 1996.
- 10.- Lorenzo, Ricardo de; Bascones, Antonio : El consentimiento informado en odontoestomatología. Editores Médicos, S.A. Madrid. 1996.
- 11.- Gracia, Diego: " Primum non nocere": El principio de no-maleficencia como fundamento de la ética médica. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. 1990.
- 12.- Simón Lorda, Pablo; Concheiro Carro, Luis : El consentimiento informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética. Jano 1 1 17: p41-54. 1995.
- 13.- Rawls, John : Materiales para una Teoría de la Justicia. Ed, Tecnos, S.A. Madrid. 1986.
- 14.- Cortina, Adela: Ética sin Moral. Ed. Tecnos, S.A. Madrid. 1992.
- 15.- Cortina, Adela: Ética Aplicada. Ed. tecnos, S.A. Madrid. 1993.
- 16.- Cortina, Adela: Ética Mínima. Ed. tecnos, S.A. Madrid. 1994.
- 17.- González Herrera, Aurelio: Cuestionario de Evaluación en Bioética Clínica. ISBN: 84-8499-138-5. Lugo. 1996.
- 18.- Elola Somoza, Javier : Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España. Ed. Caro, Madrid. 1990.
- 19.- Ministerio de Sanidad y Consumo : Descripción y Estado de Situación del Sistema Nacional de Salud. Informe Subcomisión Parlamentaria. Madrid. 1997.
- 20.- Pérez Algar, Félix y cols.: Legislación médica. Ed. Elmu. Madrid. 1996.

21.- Pérez Algar, Félix y cols.: Jurisprudencia médica. Ed. Elmu. Madrid. 1996.

22.- Herranz Rodríguez, Gonzalo : Comentarios al Código de Deontología Médica. Ed. Euns. Pamplona. 1992.

23.- OCE Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid. 1989.

24.- COP Código Deontológico de Psicólogos. Barcelona. 1987.

25.- Consejo de Europa : Recomendación 1046/sep-tiembre 1986.

26.- BOE Ley 35/88 "Técnicas de Reproducción Humana Asistida" de 22 de noviembre.

27.- BOE Ley 42/88 "Donación y utilización de embriones y fetos humanos" de 28 de diciembre.

28.- CEE Directiva 90/219/CEE y 90/220/CEE de 23 de abril.

29.- BOE Ley 30/79 "Extracción y Trasplante de órganos" de 27 de octubre. R.D. 411/96 de 1 de marzo.

30.- Diéz Ripollés, José L.; Muñoz Sánchez, Juan : El tratamiento jurídico de la eutanasia. Ed. Tirant lo Blanch. Valencia. 1996.

31.- Urraca, Salvador (ed) : Eutanasia hoy. Un debate abierto. Ed. Noesis, S. L. Madrid. 1996.

32.- Habermas, Jürgen : Conciencia moral y acción comunicativo. Ed. Península. Barcelona. 1991.

33.- Guiddens, Anthony y cols.: Habermas y la modernidad. Ed. Cátedra. Madrid. 1988,

34.- Rorty, Richard : La filosofía y el espejo de la naturaleza. Ed. Cátedra. Madrid. 1983.

35.- Singer, Peter : Ética práctica. Ed. Ariel. Barcelona. 1991.

36.- Zubiri, Xabier : Inteligencia y Razón. Alianza Editorial. Madrid. 1983.

CUESTIONARIO DE EVALUACION EN BIOETICA CLINICA

En el marco de la Atención a la Salud, de la llamada relación sanitario-usuario, nos interesa conocer su valoración desde una óptica ética, de las siguientes cuestiones. Para ello, es necesario que puntúe todos y cada uno de los apartados, con una escala de cero a diez, en función de la importancia que Ud. conceda a los mismos. Muchas Gracias.

- 1.- *Valore cada uno de los siguientes principios:*
 - A. Principio de Autonomía.
 - B. Principio de Beneficencia.
 - C. Principio de Justicia.
 - D. Principio de No-maleficencia.
- 2.- *Valore cada uno de los siguientes principios:*
 - A. Principio del mayor sistema de libertades para todos.
 - B. Principio de equitativa igualdad de oportunidades.

- C. Principio de la diferencia.
- D. Principio de confidencialidad, veracidad.

3.- *Valore cada una de las siguientes frases:*

- A. El bien es lo útil.
- B. El bien es el cumplimiento del deber.
- C. El bien es el perfeccionamiento del hombre.
- D. El bien es lo ético.

4.- *Valore la importancia de los siguientes tópicos en un acto sanitario:*

- A. Indicaciones para la intervención sanitaria.
- B. Preferencias del usuario.
- C. Calidad de vida.
- D. Factores socioeconómicos.

5.- *Valore cada uno de los siguientes pasos:*

- A. Proceso de identificación de los hechos relevantes.

- B. Proceso de razonar sobre los datos relevantes.
- C. Pasando de los hechos y reflexión a la toma de decisión.
- D. Disponerse para la defensa pública de la decisión.
- 6.- *Valore cada uno de los siguientes aspectos:*
- A. Habilidades técnicas del sanitario.
- B. Enfermedad del usuario.
- C. "Experiencia de enfermar" del usuario.
- D. Actitudes éticas.
- 7.- *Valore cada uno de los siguientes procesos:*
- A. Percepción mutua del sanitario y el usuario, con sus valores.
- B. Información.
- C. Ponderación de alternativas.
- D. Ordenación, priorización y elección.
- 8.- *Valore cada uno de los siguientes pasos sobre la racionalidad humana:*
- A. Sistema de referencia.
- B. Esbozo.
- C. Experiencia.
- D. Verificación (individual, social).
- 9.- *Valore cada uno de los siguientes procesos:*
- A. Obtención de información.
- B. Definición de problemas.
- C. Obtención del consentimiento informado.
- D. Educación al paciente o a la familia.
- 10.- *Valore cada uno de los siguientes modelos de relación sanitario-usuario:*
- A. El sanitario toma decisiones y el usuario recibe de forma pasiva sus efectos.
- B. El usuario busca información y está dispuesto a cooperar con las indicaciones sanitarias.
- C. Responsabilidad compartida, priorizando las decisiones clínicas.
- D. Mutua interdependencia en la determinación de problemas y su jerarquía.
- 11.- *Valore la importancia que concede a los siguientes aspectos:*
- A. Naturaleza de la relación sanitario-usuario.
- B. Conocimiento de la teoría ética.
- C. Interpretación que los sanitarios hacen de estos fundamentos teóricos.
- D. Interpretación que los usuarios hacen de estos fundamentos teóricos.
- 12.- *Una vez establecidos los hechos clínicos relevantes, valore la importancia de:*
- A. Determinar cual es el mejor interés del usuario.
- B. Definir las cuestiones éticas y los principios involucrados en el caso.
- C. La "toma de decisión".
- D. Justificar las decisiones.
- 13.- *Valore la importancia de los siguientes procesos:*
- A. Tipificar las situaciones.
- B. Identificar las cuestiones éticas.
- C. Formular el juicio ético.
- D. Individualizar responsabilidades.
- 14.- *Identificados los principios y valores éticos que están en conflicto, valore la importancia de:*
- A. Identificar las alternativas, eliminando las impracticables o inferiores.
- B. Identificar las vías éticamente relevantes.
- C. Considerar como pueden afectar a cada persona.
- D. Identificar el grado en que cada factor esta presente en el caso.
- 15.- *Identificados los hechos del caso, valore la importancia de:*
- A. Determinar la naturaleza de los mejores intereses del usuario.
- B. Determinar las obligaciones del sanitario para el usuario.

- C. Demostrar cómo y por qué, intereses del usuario y obligaciones del sanitario convergen.
- D. Identificar el conflicto entre intereses y obligaciones de ambos.
- 16.- *Valore cada uno de los siguientes aspectos:*
- A. Identificación de los hallazgos científico-sanitarios.
 - B. Identificación de los hallazgos ético-sanitarios.
 - C. Manejo del caso.
 - D. Sugerencias adicionales para valoración del caso.
- 17.- *Cuando ha surgido un conflicto, valore la importancia de:*
- A. Establecer el conflicto del modo más completo posible.
 - B. Identificar los sesgos del sanitario, personales o profesionales.
 - C. Eliminar todos los sesgos excepto los del usuario.
 - D. Considerar el caso a la luz de las teorías éticas.
- 18.- *Evalúe la importancia en un conflicto de:*
- A. Las condiciones, como contexto del caso.
 - B. Los interpretes, sujetos humanos involucrados.
 - C. Los valores, con discernimiento intrínseco y extrínseco.
 - D. Los principios, norinas de acción genéricas y abstractas,
- 19.- *Valore cada uno de los siguientes aspectos de la "dolencia":*
- A. Ideas que el propio paciente tiene.
 - B. Sentimientos o temores sobre ella.
 - C. Funcionalidad alterada por ella.
 - D. Expectativas en relación a la atención sanitaria.
- 20.- *Valore cada uno de los siguientes aspectos relacionados con la persona:*
- A. Intimidad territorial.
 - B. Intimidad corporal.
 - C. Intimidad psicológica.
 - D. Intimidad espiritual o ética.
- 21.- *Valore cada una de las siguientes formas de secreto:*
- A. Secreto natural.
 - B. Secreto prometido.
 - C. Secreto profesional.
 - D. Secreto sacerdotal.
- 22.- *Valore la importancia del secreto profesional sanitario como:*
- A. Garantía personal.
 - B. Garantía social.
 - C. Que sea absoluto.
 - D. Que sea relativo.
- 23.- *Valore la importancia de revelar el secreto sanitario por:*
- A. Denuncia de delitos.
 - B. Declaración como testigo o perito.
 - C. Declaración de enfermedades infecto-contagiosas.
 - D. Estadísticas y publicaciones sanitarias.
- 24.- *Valore la importancia del secreto profesional en los:*
- A. Sanitarios de sociedades de seguros de vida.
 - B. Sanitarios de empresa.
 - C. Sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
 - D. Sanitarios privados.
- 25.- *Valore cada una de las siguientes virtudes en la relación sanitario-usuario:*
- A. La veracidad, en la comunicación verbal.
 - B. La amistad, como sentimiento respectivo.

- C. La justicia, como acto social.
D. El respeto, en la toma de decisiones.
- 26.- *Valore la importancia del "esbozo moral", con característica de:*
- A. Naturalismo.
B. Idealismo.
C. Racionalidad científica.
D. Racionalidad humana.
- 27.- *Valore la importancia de limitar el tratamiento en situaciones terminales:*
- A. Por inutilidad del mismo.
B. Por deseo del usuario.
C. Por calidad de vida.
D. Por el costo del mismo.
- 28.- *Valore en relación a su sanitario, la importancia de:*
- A. Realizar Ud. mismo la elección.
B. Cuando consulta, que le pueda dedicar el tiempo que sea necesario.
C. Expresar Ud. correctamente los problemas.
D. Entender los términos que utiliza el sanitario.
- 29.- *Si tuviera que definir un "Principio Ético Mínimo", qué características debería de tener: (elija uno de cada pareja y después valore)*
- A. Universal-Particular.
B. General-Concreto.
C. Subjetivo-Objetivo.
D. Bueno-Correcto.
- 30.- *El Principio Ético Mínimo, tendría más relación con: (elija uno y después valore)*
- A. Felicidad-Deber.
B. Derecho-Moral.
C. Justicia-Caridad.
D. Futuro-Presente.
- 31.- *En la relación sanitario-usuario, valore la importancia de:*
- A. La comunicación.
B. La información.
C. La educación.
D. La simpatía.
- 32.- *Valore en la actualidad, la importancia de los siguientes tópicos:*
- A. Creciente poder y despersonalización de la medicina.
B. Desconfianza hacia la autoridad por parte de un público mejor informado.
C. Erosión de las fuentes tradicionales de moralidad.
D. Énfasis mayor en "el dinero como base".
- 33.- *Valore en la actualidad, la importancia de los siguientes tópicos:*
- A. Vivimos en un mundo dividido de pocos ricos y muchos pobres.
B. Estas diferencias están arraigadas desde hace siglos.
C. Las diferencias siguen aumentando.
D. Estas disparidades agravan el crecimiento, la miseria y la degradación ecológica.
- 34.- *Valore la importancia que tiene en el sanitario:*
- A. Su responsabilidad hacia la salud, no debe de verse comprometida por ideologías.
B. Dar a conocer y oponerse a las acciones que afecten negativamente a la salud.
C. Ayudar a las organizaciones profesionales a corregir lo anterior.
D. Aceptar el reto de crear conceptos nacionales e internacionales de salud de la población.
- 35.- *En relación al consentimiento informado, valore la importancia de realizarlo:*
- A. Cuando el usuario tenga capacidad natural de juicio y de discernimiento.

- B. Antes de la actuación sanitaria y subsistir cuando ésta se lleve a cabo.
C. De forma escrita.
D. Que tenga en cuenta el objeto, contenido y límites de la información.
- 36.- *Valore la importancia en el consentimiento informado, de las siguientes características:*
A. Verdad.
B. Corrección.
C. Veracidad.
D. Inteligibilidad.
- 37.- *Valore la importancia del "sentimiento moral" como:*
A. Expresión lingüística.
B. Manifestación conductual.
C. Sensaciones y sentimientos característicos.
D. Tipo definitorio de explicación.
- 38.- *Valore la importancia del sentimiento moral como:*
A. Intenciones, empeños o inclinación.
B. Base natural.
C. Sentimientos y reacciones.
D. Tentaciones características.
- 39.- *Valore la importancia de la "vocación de verdad" como:*
A. Actitud de autorenuncia.
B. Actitud de reconocimiento.
C. Actitud de compromiso.
D. Actitud de esperanza.
- 40.- *Valore la importancia de las siguientes supuestas reglas de estructura del habla:*
A. Cualquier sujeto que habla y actúa puede participar en los dilemas.
B. Cualquiera puede plantear cualquier afirmación.
C. Cualquiera puede expresar sus posiciones, deseos y necesidad.
D. A ningún hablante puede impedírsele por coacción, ejercer sus derechos.
- 41.- *Valore la importancia de que los derechos humanos, sean:*
A. Universales.
B. Absolutos.
C. Innegociables.
D. Inalienables.
- 42.- *Valore la importancia del lenguaje, en cuanto que:*
A. Cambia la cualidad de nuestra experiencia.
B. Abre nuestras perspectivas a la conciencia.
C. Sintetiza la diversidad, precisamente inconsciente.
D. Ayuda a intercambiar justificaciones y afirmaciones.
- 43.- *Valore la importancia de la ética en los aspectos relacionados con la:*
A. Tecnología.
B. Cultura.
C. Política.
D. Economía.
- 44.- *En la toma de decisión, valore la importancia de:*
A. Las circunstancias que iniciaron el conflicto,
B. El nivel de conflicto percibido.
C. El nivel de conflicto tolerable.
D. Las alternativas posibles.
- 45.- *En la toma de decisión, valore la importancia de:*
A. La estructura de los valores en juego.
B. Las creencias en relación a las alternativas.
C. La información disponible.
D. La elección del principio aplicado.
- 46.- *En la toma de decisión, valore la importancia de:*
A. La alternativa elegida.

- B. Nivel de conflicto que se sigue de la elección.
- C. Magnitud y naturaleza de la elección.
- D. Consecuencias comportamentales y cognitivas de la elección.

47.- *Valore la importancia de que la historia clínica, pueda:*

- A. Identificar los problemas morales.
- B. Evaluar la capacidad del usuario.
- C. Realizar consentimiento informado evolutivo.
- D. Contener documentos autónomos y específicos (éticos).

48.- *Valore la importancia de que existan en la historia clínica, documentos éticos como:*

- A. Formulario de verificación de la información suministrada.
- B. Diferentes cursos de acción.
- C. Hoja de evolución.
- D. Informe final.

49.- *Valore la importancia de la empatía, como:*

- A. Elevada productividad y expresividad verbal.
- B. Capacidad de atender y permanecer concentrado.
- C. Gestos corporales de apoyo.
- D. Explicación técnica comprensible.