

Voluntad vital anticipada: la realidad sociosanitaria del distrito Guadalquivir desde una perspectiva del Trabajo Social Sanitario

José Manuel Jiménez Rodríguez

Trabajador Social. Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir. Córdoba

Resumen

La voluntad vital anticipada es una prestación sociosanitaria que permite delimitar las actuaciones clínicas previas a la muerte. Implantada en el Servicio Andaluz de Salud con fecha de 2003, legitima las decisiones terapéuticas del paciente cuando la enfermedad inhabilita la capacidad y la consciencia. Esta, puede quedar garantizada cuando el conocimiento y actitud de los profesionales de la salud son favorables. El Trabajador Social de Atención Primaria puede ser una pieza clave en el inicio de dicha voluntad vital anticipada pues, entre sus funciones se encuentran la información, el asesoramiento, la tramitación y la gestión de recursos. Es a través de este perfil profesional y su adecuada formación y entrenamiento que, el paciente puede iniciar un proceso médico-asistencial y terapéutico garante de los derechos otorgados por la legislación vigente. De esta manera, la planificación anticipada de las decisiones se convierte en una apuesta clara y segura que permite soslayar prácticas clínicas encarnizadas, dando con ello paso a una muerte digna y conciliadora.

Palabras claves

Voluntades anticipadas, planificación anticipada de las decisiones, atención primaria, trabajo social.

Abstract

The advanced care directive is an advanced social health feature that allows define socio clinical interventions prior to death. Implanted in the Andalusian Health Service dated 2003, it legitimates patient treatment decisions when the disease disables one's ability and consciousness. This can be ensured when the knowledge and attitudes of health professionals are favorable. The Primary Care Social Worker can be a key piece in the beginning of such early life they will. Among its functions include information, assessment processing and management of resources. It is through this professional profile and adequate education and the training, that the patient can start a medical-care and therapeutic process that guarantees the rights granted by the prevailing. In this way, the advanced planning of decisions becomes a clear and safe bet that circumvents cruel clinical practices, thereby giving way to a dignified and conciliatory death.

Keywords

Advanced directives, advance care planning, primary care, social work.

INTRODUCCIÓN

España al igual que otros países de la Unión Europea ha venido experimentando importantes avances en el campo de la medicina y la farmacología, provocando un aumento en la esperanza de vida como la inversión de la pirámide poblacional. El desarrollo y puesta en marcha de recursos y prácticas médico-asistenciales y terapéuticas de carácter invasivo e intrusivo como su supremacía aplicativa, ponen a debate y reflexión la cuestión de muerte digna y el derecho del individuo a decidir sobre la forma en que prefiere finalizar su vida. Lejos de prácticas encarnizadas (distanasia) y la iatrogenia clínica (obstinación profesional), existe un alto consenso sobre el derecho a morir digna y respetuosamente con acentuados tintes de divergencia entre paciente, personal sanitario y población general (Street y Kissane, 2001, p. 93-101; Broggi, 2003, p. 75-84). Sobre la base de este discurso ético, emana la necesidad de una regulación legislativa que establezca y garantice medidas de salvaguarda de los derechos y garantías del ciudadano como paciente durante su proceso de muerte, cuando la cronicidad se antepone y la capacidad de expresar, comunicar y decidir. Es por ende del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado el 23 de julio de 1999 (entrado en vigor con fecha de 1 de enero del 2000), que España comienza a arbitrar situaciones y prácticas clínicas marcadas por lagunas y/o vacíos legislativos. Bajo su capítulo II (sobre el consentimiento; art. 5 al 9), la protección de las personas con menoscabada capacidad para expresar su consentimiento, encuentran un pilar firme donde justificar sus decisiones terapéuticas. Desde la implantación de dicho convenio, España y sus diferentes Comunidades Autónomas crean un arsenal normativo que vendrá a regular la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la dignidad de la persona en el proceso de muerte. Voluntad vital anticipada, testamento vital o instrucción previa se convertirán en la herramienta que permita al ciudadano/paciente dejar por escrito sus preferencias terapéuticas respecto de los tratamientos de aplicación llegado el momento, quedando definidas las actuaciones clínicas en los procesos de cronicidad y los cuidados paliativos, lejos de la maleficencia y la futilidad e inutilidad terapéutica (Sánchez y Abellán, 2008) (Álvarez, 2012, p. 316-20).

DESARROLLO DEL TEMA

Sobre la Voluntad Vital Anticipada (VVA)

Entendemos por VVA a la manifestación escrita por una persona consciente y libremente a través de un documento (declaración de VVA), que contiene las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que esta desea recibir cuando su capacidad para expresar personalmente queda anulada de manera irremediable (Tamayo, Simón, Méndez y García, 2012). Jurídicamente hablando, dicha VVA encuentra sus orígenes en la sentencia del Tribunal de Minnesota (1905) y la sentencia de Nueva York (1914), las cuales reconocen como derecho inherente al ser humano poder decidir respecto de qué hacer con el propio cuerpo en las etapas finales de la vida. Asimismo, la sentencia dictada por el Tribunal Supremo de California en 1957 con el caso SALGO (declaración de obligatoriedad de indemnizar al paciente tras pasados los límites de su consentimiento) y la sentencia dictada en 1990 en el caso Cruzan (que culminará con la aparición de la *Patient Self-Determination Act* o ley de autodeterminación del paciente en 1991), se convierten en manifestación expresa

del legítimo derecho otorgado al individuo sobre su capacidad de decidir (Singer, 1991, p. 225-7; Greco, Sculman, Lavizzo y Hansen, 1991, p. 639-43; Roqué y Sureda, 1998, p. 778-80; Requero JL, 2002). Es en de la década de 1960 y gracias a la figura de Lewis Kutner (abogado de Boston defensor de la eutanasia) que se empieza a hablar en EEUU de *living will* (testamento vital) o *advanced directives* (voluntades anticipadas), para referirse al instrumento en el que se dejarán escritas las instrucciones (consentimiento) a seguir por el facultativo en aquellos casos donde el paciente no puede expresar sus deseos (Vid, 1990, p. 307-10; Markson, Clark, Glantz, Lamberton y Kern, 1997, p. 339-406; Thompson, Barbour y Schwartz, 2003, p. 403-9; Louhiala, Hilden y Palo, 2004, p. 362-5; Crane y Wittnik, 2005, p. 1263-8); Kutner creará junto con la *Euthanasia Society of America* el *Euthanasia Educacional Council* o Consejo Educativo de Eutanasia (Kutner, 1969, p. 539-54). El periodo de los años setenta será igualmente de suma importancia pues la *American Hospital Association* (1973), desarrollará la Carta de Derechos del Paciente donde quedarán recogidos el derecho al rechazo de tratamientos y el consentimiento informado. Concretamente, en 1976 y como consecuencia del caso de Karen Ann Quinlan, se pondrá el acento a la primacía del derecho del paciente a morir cuando la enfermedad es irreversible; es en ese mismo año cuando en el estado de California se aprueba la *Natural Death Act* (Towers, 1978, p. 96-8; Stevens, 1996, p. 347-66). Por su parte, el decenio de los noventa propiciará un nuevo enfoque y una nueva concepción de las voluntades anticipadas entre el personal sanitario y la ciudadanía. Será gracias a un grupo bioeticista norteamericano que se empiece a promover el concepto *advance care planning* (planificación anticipada de la atención) para referirse a la planificación de la asistencia sanitaria y/o cuidados en pacientes crónicos, previo a las etapas en que la enfermedad inhabilita la capacidad y consciencia para expresar y establecer acuerdos (Teno, Hill y O'Connor, 1994, p. 36). Dicha PAD estribará en un proceso comunicativo, consciente y meditado entre paciente y profesional (revisable y actualizado), donde ambas partes intercambiarán información acerca de la enfermedad y su evolución, preferencias y tratamientos médico-asistenciales aplicables, valores, etc., ganando protagonismo la figura del paciente en su proceso terapéutico (Kolarik, Arnold, Fischer y Hanusa, 2002, p. 618-24). El objetivo de estos era que se conociesen los valores y prioridades o pasiones de los pacientes mediante su registro en historia clínica de modo que, ello sirviese como soporte en el que apoyarse el facultativo a la hora de tomar decisiones clínicas. De esta forma la voluntad del paciente quedaría consignada una vez dañada dicha capacidad para expresar con el personal sanitario (Berlinger, Jennings y Wolf, 2013). Proyectos de investigación de relevante calado como son el "Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments" (SUPPORT), coadyuvarán un cambio radical de pensamiento frente a las voluntades anticipadas (Júdez y Carballo, 1999, p. 249-63). Gracias a este, el formulario realizado por el paciente (documento escrito) pasará a un segundo plano, para así ganar protagonismo el proceso de comunicación médico-paciente-familia durante el procedimiento de la VVA (Martín, Emmanuel y Singer, 2000, p. 1672-76; Barrio, Molina, Ayudarte, Simón y Abad, 2008, p. 68-78). De igual importancia, se encuentra el estudio desarrollado en 1991 por el *Gundersen Lutheran Medical Center* en el Condado de la Crosse (Estado de Wisconsin). Bajo el seudónimo de *Respecting Choices*, dicho estudio vaticinará un proceso sistematizado o estructurado de entrenamiento a profesionales y la propia comunidad respecto de la VVA y su planificación, obteniéndose sorprendentes resultados en lo que a registro de esta VVA se refiere (Hammes y Rooney, 1998, p. 383-90; Hammes, Rooney y Gundrum, 2010, p. 1249-55; Molloy, Guyatt y Russo 2000, p. 1437-44). Es a partir de ese momento que se pone en marcha un programa formativo conocido como *Gundersen*

Lutheran's Respecting Choices Organization and Community Advance Care Planning Course.

Podemos decir de esta forma que la planificación anticipada de las decisiones (PAD) marcará la senda hacia un enfoque intervencionista en el campo de la atención sociosanitaria, lejos de sistemas burocratizados donde el empoderamiento ciudadano legitime la práctica clínica y con ello se haga patente.

La Voluntad Vital Anticipada en España y Andalucía

En España la VVA encuentra sus antecedentes en la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual reconoce en su articulado el derecho del paciente respecto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, así como, el respeto a la confidencialidad de toda información relativa al proceso de salud-enfermedad de este (art. 10.1,3). Con la entrada en vigor de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art.4, 7 y 8, sobre el derecho a la información asistencial, la intimidad y el consentimiento informado), se produce un verdadero cambio en el sentir y la relación médico-paciente en el proceso de muerte. El dogmatismo hegemónico de la disciplina médica y su ideación dominante frente a determinadas preferencias del paciente respecto de su proceso asistencial, dan paso a un nuevo paradigma basado en el respeto a las decisiones. Desde este momento los poderes públicos y los sistemas sanitarios en su mayor medida, son partícipes y a la vez promotores del impulso de una prestación paulatinamente creciente en cuanto a demanda se refiere. Si atendemos a los datos publicados por el registro nacional de VVA, podemos apreciar como el número de declaraciones de la VVA realizadas en territorio nacional con fecha de julio de 2015 asciende a un total de 189.846, dato inferior al de otros países con mayor tradición (ver tabla 1). Pese a quedar regulada dicha prestación en todas las Comunidades Autónomas, el exánime incremento en las inscripciones del documento de la VVA puede responder a múltiples factores entre los que podemos encontrar la falta de conocimiento, información y formación de mano de los profesionales sanitarios y la propia ciudadanía, como otros factores vinculados a las creencias y valores que estos puedan tener (Simón, Tamayo y Barrio, 2008, p. 346-54; Ameneiros, Carballada y Garrido, 2013, p. 109-16) (ver tabla 2). Para el caso concreto de Andalucía, la VVA queda regulada mediante la ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía reconoce igualmente en su artículo 20.1 el derecho a declarar la VVA. Asimismo, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, garantiza al paciente el derecho a la información clínica, a la toma de decisiones y el consentimiento informado, al rechazo o retirada de una intervención, así como, el derecho a realizar la declaración de VVA en los términos establecidos reglamentariamente (art. 6 al 9, ambos inclusive). Dicha voluntad anticipada ha de quedar inscrita en el Registro Autonómico de VVA como en la historia clínica del paciente y el Registro Nacional de Instrucciones Previas, según lo establece el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, y el Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía (art. 9). Podemos comprobar como para el caso concreto de Andalucía, el número de VVA a fecha de junio de 2015 asciende a un total de 28.973, dato inferior al de otras Comunidades Autónomas con mayor trayectoria (ver tabla 3).

Ensayos como los de Champer, Simón, Fajardo, Barrio, etc., reflejan un escaso conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) en lo que a VVA se refiere, así como, revelan una actitud muy positiva hacia la misma y su dificultad para planificarla (Champer, Caritg y Merquet, 2010, p. 463-69; Simón, Tamayo, Vázquez, Duran y Pena, 2008, p.61-6; Fajardo, Valverde, Jiménez, Gómez y Huertas, 2015, p. 139-48; Barrio, Simón y Júdez, 2004, p.1-9). Es por ello que se hace necesaria una intervención más profunda y exhaustiva sobre el conocimiento, actitud y planificación de la VVA, a fin de poder garantizar una prestación implantada en la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud (SAS). De esta manera, el objetivo de nuestro estudio irá encaminado a determinar el conocimiento, actitud y nivel de planificación de la VVA por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba, así como, identificar posibles factores asociados a la PAD.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo transversal dirigido a profesionales sanitarios (médicos, enfermeros) y no sanitarios (trabajadores sociales) de Atención Primaria de Salud (APS), adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba y en activo durante el periodo que va desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2014. Para la selección de la muestra no se hacen cálculos estadísticos por trabajar con el universo muestral para dichas categorías profesionales y cuya N=186¹. Los criterios de exclusión de la muestra seleccionada son: no tener adscrito un cupo de pacientes en consulta clínica; no haber trabajado más de un año; ser médico y/o enfermero del Dispositivo de Cuidados Críticos y de Urgencias (DCCU); ser médico y/o enfermero de triage única y exclusivamente; pertenecer a la especialidad de pediatría y dentista (ver tabla 4).

Variables de estudio

- Variables dependientes: el conocimiento, la actitud y el nivel de planificación de la VVA.
- Variables independientes: sexo, edad, nivel de formación (categoría profesional), situación laboral (tipo de contrato y años de servicio en el SAS).

Recogida de datos

Para la recogida de datos en nuestra investigación se hace uso del cuestionario. Basado en el cuestionario validado “conocimientos y actitudes acerca de las voluntades vitales anticipadas (VVA) o testamentos vitales” cuya autoría corresponde a Pablo Simón Lorda, dicho cuestionario es sometido a un *panel de expertos* con intención de probar su validez y fiabilidad (ver tabla 5 y 6). Previamente a su validación, el cuestionario queda sujeto a un pilotaje del que participan todos y cada uno de los profesionales la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Fuente Palmera. Tras dicho pilotaje, el cuestionario es presentado paulatinamente a una muestra mayor hasta alcanzar un número de 285 participantes (Jiménez, 2014, p.29-38).

.....
¹ A fin de dotar de una mayor representatividad al estudio, para el caso concreto de los trabajadores sociales y debido al escaso número instaurado en las Unidades de Gestión Clínica (UGC), se toma como referencia tanto a los profesionales del Distrito Sanitario Córdoba como a los profesionales del Distrito Sanitario Guadalquivir.

Análisis estadístico

Para la interpretación de los datos obtenidos se hace un análisis estadístico descriptivo mediante distribución de frecuencias, porcentaje, máximos y mínimos, media y desviación típica. Dicho análisis es realizado a través del software SPSS para Windows versión 19².

RESULTADOS

Del personal sanitario

Se recogen 137 cuestionarios de los 179 entregados (tasa de respuesta del 76,5%) (ver tabla 7). De los 137 individuos analizados 75 (54,7%) son mujeres. La media de edad del total de individuos es de 48,8 años (rango 28-63; Dt.7,9). El 26,3% del total pertenece a la UGC de Palma del Río. El 54% son médicos de familia y el 67,2% es propietario de la plaza ocupada. La media de años trabajados en el SAS/años de servicio es de 20,8 años (rango 3-39; Dt.8,4). La puntuación media otorgada al conocimiento que estos profesionales tienen sobre las VVA es de 5,3 (Dt.1,95). A pesar de que el 8,06 (Dt.1,91) cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA y que el 9,3 (Dt.1,24) de estos profesionales respetaría la decisión expresada por el paciente en esta declaración, tan solo el 41,7% ha leído el documento de la VVA en Andalucía y el 22,7% ha leído la guía de apoyo a los profesionales sanitarios para la PAD. Aunque el 8,1 (Dt.2,16) recomendaría a sus pacientes que hicieran la VVA, tan solo un 10,2% de estos profesionales planifica con sus pacientes (previamente y en consulta clínica) dicha VVA. El 4,9 (Dt.3,34) considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe de hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA y el 3,1 (Dt.3,34) de estos profesionales sanitarios estima que, el deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta el Código Deontológico de los mismos. El 2,7 (Dt.3,70) de los profesionales encuestados considera que sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar con sus pacientes la VVA. Una media del 4,4 (Dt.3,47) de los médicos y enfermeros encuestados, considera que en su centro de salud la información sobre la VVA corresponde al personal no sanitario (trabajador social/a y/o personal administrativo) (ver tabla 8, 9 y 10).

Del personal no sanitario

Se recogen 15 cuestionarios de los 15 entregados (tasa de respuesta del 100%). El 93,3% del total de participantes fueron mujeres y el 53% tenía una edad comprendida entre 46 y 55 años (media edad: 49,3; rango: 36-64; Dt.7,10). La media de años trabajados en el SAS/años de servicio fue de 21,2 (rango: 9-30; Dt.7,52), teniendo el 73,3 % de los encuestados un contrato en propiedad. El 93,3% de los trabajadores sociales (14 participantes) afirmaba que las VVA están reguladas en la Comunidad Autónoma de Andalucía. El 73% había leído el documento de la VVA de Andalucía y poco más de la mitad (el 53%), no había leído la guía de apoyo a los profesionales para la planificación anticipada de las decisiones. El 93,3% de los trabajadores sociales conoce donde se encuentra el registro provincial de las VVA, y tan solo el 80% ubicó cualquiera de los puntos de registro en la provincia de Córdoba. El resto

.....
² Dado a que se estudias dos perfiles profesionales claramente diferenciados (personal sanitario y no sanitario), cuyo rol y actuaciones sanitarias respecto de la VVA difieren las unas de las otras, se hace un análisis de forma separada a fin de eliminar posibles erratas de interpretación.

respondió con un NS/NC. La puntuación media sobre el conocimiento de la VVA fue de 7,4 (Dt.1,96). Aunque la media del 8,8 (Dt.1,25) de los trabajadores sociales recomendaría a sus pacientes a que hiciesen la VVA, y pese a que tan solo una media del 1,8 (Dt.3,54) de estos profesionales considera que sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar con el paciente la VVA, el 100% de estos no ha planificado la VVA en el último año. Tan solo una media del 3,0 (Dt.1,11) considera que en su UGC o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (trabajadores/as sociales y/o personal administrativo) (ver tabla 11).

DISCUSIÓN

Han pasado más de diez años desde que se publicasen en España y Andalucía normativas específicas en materia de voluntades anticipadas. Pese a todos los esfuerzos depositados de mano de los distintos sistemas sanitarios, esta prestación es aún desconocida para muchos profesionales de la salud. Para el caso concreto del Distrito Sanitaria Guadalquivir, y atendiendo al personal específico de médicos y enfermeros, la valoración propia respecto del conocimiento de la VVA no supera el 5,5, hecho que hace que nos replanteemos si verdaderamente son estas categorías profesionales las más indicadas para iniciar el procedimiento de la PAD. Pese a la buena predisposición, la favorable actitud respecto de dicha herramienta y la ausencia de imposiciones deontológicas o de valores, pocos de estos profesionales ha leído la guía para planificar la VVA, así como, casi ninguno ha planificado la VVA con el paciente durante el último año. Concretamente, menos del 10% de estos profesionales planifica en consulta la VVA, motivo este por el que, para el año 2014 el número de planificaciones realizadas desde AP fue únicamente de 28. De entre los posibles motivos por los que la gran mayoría de los médicos y enfermeros no planifica la VVA, podríamos encontrar la falta de información y formación, así como, la consideración de que la información sobre la VVA es cosa del personal no sanitario (trabajador social o personal administrativo). Para el caso concreto de los Trabajadores Sociales de APS la puntuación media del conocimiento oscila en el 7, lo que nos obliga a mirar a dichos profesionales como los más idóneos para iniciar el trámite de la VVA o el documento que la desarrolla. Conocedores de la normativa vigente de la VVA en el 93,3% de los casos, y en igual porcentaje del registro donde queda materializada, se convierten estos en una pieza clave para el éxito de dicha prestación. Manteniendo la actitud positiva y teniendo en cuenta que las creencias y valores de los trabajadores sociales no operan en detrimento de la VVA, debemos preguntarnos si será la carga asistencial, falta de compromiso, etc., la que marque estos resultados. Se hace necesario un nuevo modelo de gestión o intervención y una mayor formación e información de mano de la Administración Sanitaria que garantice el impulso y éxito de dicha prestación así como, su divulgación y concienciación entre la población enferma y sana. El trabajador social como apoyo a la práctica clínica, puede convertirse en abanderado de dicha prestación desde la consulta individual de AP, promoviendo a su vez estrategias comunitarias que impulsen y eleven dicha VVA a la posición que le corresponde y garantice con ellos el derecho a las decisiones personales y libertades públicas de los pacientes.

PROPUESTAS INNOVADORAS

Dicha investigación permite conocer la realidad sociosanitaria del Distrito Sanitario Guadalquivir de la provincia de Córdoba en lo que a VVA se refiere, así como, el posicionamiento de los profesionales de la salud respecto de la misma. Esta, arroja datos extrapolables a otras zonas (Distritos o Áreas Sanitarias) de semejante estructura geográfica y funcional en el marco del SAS, posibilitando el establecimiento y desarrollo de nuevas líneas de investigación. Asimismo, los resultados extraídos de la investigación, facilitan la puesta en marcha de innovadoras estrategias sociosanitarias de gestión y planificación, garantes del óptimo desarrollo de una prestación implantada en Andalucía desde hace años. Finalmente, se puede decir que este trabajo permite crear nuevos modelos de intervención profesional y de atención socioasistencial, así como, redefinir determinados paradigmas existentes en el marco de la disciplina del Trabajo Social, y en concreto en la especificidad de Trabajo Social Sanitario en el área de la AP; ello, hará que se estrechen lazos entre el campo del Trabajo Social y el campo de la bioética y la biomedicina. Podemos concluir con la idea de que el perfil del trabajador social puede ser el más adecuado para asumir dicha responsabilidad, por su preparación y bagaje en las relaciones sociales y su afán por la lucha y defensa de los derechos y libertades del individuo o la ciudadanía en general y el paciente en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, P. (2012). Testamento vital, instrucciones previas, voluntades anticipadas. *Tribuna*, 8 (2) 36, 316-20.
- Ameneiros, E., y Carballada, C., Garrido, JA. (2013). Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de atención primaria y especializada del área sanitaria del Ferrol. *Revista de Calidad Asistencial*, 28, 109-16.
- Barrio, IM., Simón, P., y Júdez, J. (2004). De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones. *Nure Investigation*, 5, 1-9.
- Barrio, IM., Molina, A., Ayudarte, ML, Simón, P., Abad, E., Gasull, M., Jover, C., García, A., Barreiro, JM., Pascua, MJ., Martínez, S., Júdez, J., y Monistrol, O. (2008). Revisión de la literatura sobre el uso del testamento vital por la población mayor. *Gerokomos*, 19,1, 68-78.
- Berlinger, N; Jennings, B; Wolf, MA. (2013). *The Hasting Center guidelines for decisions on life-sustaining treatment and care near the end of life: revised and expanded second edition*. New York. Oxford. University Press.
- Broggi, MA. (2003). Las voluntades anticipadas. *Humanitas, humanidades médicas*, (1),75-84.
- Champer, A., Caritg, F., y Merquet, R. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*, 42,(9),463-69.
- Crane, MK., y Wittnik, M. (2005). Respecting end of life treatment preferences. *Am Fam Physician*, 72, 1263-8.
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía. BOJA núm. 59, de 26 de marzo de 2012, 40-52

Diario Médico (2002). Declaración sobre la actuación médica al final de la vida. Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Centro de Documentación de Bioética. Universidad de Navarra. Madrid, 1-4.

Fajardo, C., Valverde, FJ., Jiménez, JM., Gómez, A., y Huertas, F. (2015). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el documento de voluntades anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergem*, 41, 3, 139-48.

Greco, PJ., Sculman, KA., Lavizzo, R., y Hansen, J. (1991). The Patient Self-Determination and the future of advance directives. *Ann Intern Med*, 115,(8), 639-43.

Hammes, BJ., y Rooney, BL. (1998). Death and end-of-life planning in one midwestern community. *Arch Intern Med*, 158, 4, 383-90.

Hammes, BJ., Rooney, y BL., Gundrum, JD. (2010). A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc*, 58, 7, 1249-55.

INSTRUMENTO de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE núm. 251, de 20 de octubre de 1999, 36825-30.

Jiménez, JM. (2015). El cuestionario “conocimiento, actitud y planificación ante la voluntad vital anticipada”: una perspectiva metodológica desde trabajo social sanitario. *Trab Soc y Salud (Zarag)*, 80,(2), 29-38.

Júdez, J., y Carballo, F. (1999). Análisis de los frutos del SUPPORT: 39 artículos generados por el mayor estudio descriptivo de intervención sobre enfermos críticos al final de la vida. En: Sarabia, J., editor. (1999) *La Bioética lugar de encuentro*. Madrid. ABFYC–Zéneca Farma, 249-263.

Kolarik, RC., Arnold, RM., Fischer, GS., y Hanusa, BH. (2002). Advance care planning. *J Gen Intern Med*, 8, 618-24.

Kutner, L. (1969). Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law J*, 44, 539-54.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986, 15207-24.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126-32.

Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2002, 41231-34.

Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. BOE núm. 127, de 25 de mayo de 2010, 45646-62.

Louhiala, HM., Hilden, P., y Palo, J. (2004). End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics*, 30, 362-5.

- Markson, L., Clark, J., Glantz, L., Lambertson, V., Kern, D., y Stollerman, G. (1997). The doctor's role in discussing advance preferences for end-of-life care: perceptions of physicians practicing in the VA. *J Am Geriatr Soc*, 45, 4, 399-406.
- Martin, DK., Emmanuel, LL., y Singer, PA. (2000). Planning for the end of life. *Lancet*, 356, 1672-1676.
- Molloy, DW., Guyatt, GH., Russo, R., Goeree, R., O'Brien, BJ., Bédard, M et al. (2000). Systematic implementation of an advanced directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*, 286, 11, 1437-44.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE núm. 40, de 15 de febrero de 2007, 6591-93.
- Requero, JL (2002). El testamento vital y las voluntades anticipadas: aproximación al ordenamiento español. *Ciclo de ética y humanidades médicas. ICOMZ. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud*. May 14; Zaragoza.
- Roque, MV., y Sureda, M. (1994). Consideraciones acerca del testamento vital. *Cuadernos de Bioética*, 4, 778-780.
- Sánchez, J., y Abellan, F. (2008). *Instrucciones previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos*. Granada. Comares.
- Simón, P., Tamayo, MI., Barrio, IM. (2008). Advance directives in Spain. Perspectives from a medical bioethicist approach. *Bioethics*, 22, 6, 346-354.
- Simón, P., Tamayo, MI., Vázquez, A., Duran, A., Peña, J., Jiménez, P. (2008) Knowledge and attitudes of medical staff in two health districts concerning living wills. *Aten Primaria*, 40, 61-6.
- Singer, PA. (1991). The case of Nancy Cruzan, the Patient Self-Determination Act and advance directives in Canada. *Humane Med*, 3, 225-7.
- Stevens, ML. (1996). The Quinlan case revisited: a history of the cultural politics of medicine and the law. *J Health Polit Policy Law*, 21 (2), 347-66.
- Street, A., y Kissane, DW. (2001). Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care*, (17), 93-101.
- Tamayo, MI., Simón, P., Méndez, C., y García, FJ. (2012). *Guía para hacer la voluntad vital anticipada*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Teno, JM., Hill, TP., y O'Connor, MA. (1994). Advance care planning: priorities for ethical and empirical research. Special Supplement. *Hastings Center Report*, 24(S1), 36.
- Thompson, TD., Barbour, RS., y Schwartz, L. (2003). Health professionals' views on advance directives: a qualitative interdisciplinary study. *Palliat Med*, 17, 5, 403-9.
- Towers, B. (1976). The impact of the California Natural Death Act. *J Med Ethics*, 4, 96-8.
- Vid, J. (1990). Testamento vital cristiano en *Razón y Fe*, 221, 307-310.

ANEXOS

Tabla 1: Registro nacional de la VVA según Comunidad Autónoma, 2015.

Comunidad Autónoma	Número de VVA realizadas a 1 julio de 2015
Andalucía	28.671
Aragón	6.364
Asturias	4.929
Baleares	4.964
Canarias	7.990
Cantabria	1.950
Castilla la Mancha	5.241
Castilla León	6.319
Cataluña	58.115
Comunidad Valenciana	18.507
Extremadura	1.340
Galicia	4.361
Madrid	17.569
Murcia	3.549
Navarra	2.944
País Vasco	15.026
Rioja (La)	1.917
MSSSI ()	90
Total	189.846

Tabla 2: Marco legislativo de las voluntades anticipadas en España y sus Comunidades Autónomas, 2015.

Ámbito estatal	Normativas jurídicas existentes	
España	IP/VVA	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
	Registro	Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Orden SOC/2823/2007, de 14 de septiembre, por la que se amplía la Orden de 21 de julio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal denominado registro nacional de instrucciones previas.
Ámbito autonómico	Normas jurídicas	
Andalucía	IP/VVA	Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las personas menores de edad. Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
	Registro	Decreto 238/2004, de 18 de mayo, regulador del registro de voluntades vitales anticipadas en Andalucía. Orden de 17 de enero de 2005, por la que se regulan y suprimen los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud. Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.
Aragón	IP/VVA	Ley 8/2009, de 22 de diciembre, por la que se modifica la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en lo relativo a voluntades anticipadas. Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.
	Registro	Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del gobierno de Aragón, por el que se

		aprueba el reglamento de organización y el funcionamiento del registro de voluntades anticipadas.
Baleares	IP/VVA	Ley 1/2006 de 3 de marzo, de voluntades anticipadas. Decreto 58/2007, de 27 de abril, de despliegue de la ley de voluntades anticipadas y del registro de voluntades anticipadas de las Islas Baleares.
	Registro	Orden de la Consejería sobre la creación de ficheros de voluntades anticipadas. BOIB núm. 68 de 8 de mayo de 2007.
Canarias	IP/VVA	Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro. Ley 1/2015, de 9 de febrero, de derechos y garantías de la dignidad de la persona ante el proceso final de su vida.
	Registro	
Cantabria	IP/VVA	Orden SAN de 27/2005, de 16 de septiembre, por el que se establece el documento tipo de voluntades expresadas con carácter previo de Cantabria.
	Registro	Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria. Orden SAN 28/2005, de 16 de septiembre, por el que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del registro de voluntades previas de Cantabria. Decreto 2/ 2012, de 12 de enero, por el que se modifica el decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el registro de voluntades anticipadas previas de Cantabria.
Castilla la Mancha	IP/VVA	Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre declaración de voluntades anticipadas en materia de la propia salud.
	Registro	Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Orden de 31 de agosto de 2006, de la Consejería de Sanidad, de creación del fichero automatizado de datos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha. Resolución de 8 de enero de 2008, de la Consejería de Sanidad, por la que se crean nuevos puntos del registro de voluntades anticipadas en Castilla la Mancha.
Castilla León	IP/VVA	Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro de instrucciones previas en Castilla y León.
	Registro	
Cataluña	IP/VVA	Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (Con ella, el testamento vital, al que se denomina voluntades anticipadas, tiene un estatus legal.
	Registro	Decreto 175/2002, de 25 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipada.
Comunidad Valenciana	IP/VVA	Real Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat, por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunidad valenciana. Orden de 25 de febrero de 2005, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, del Consell de la Generalitat por el que se regula el documento de voluntades anticipadas y se crea el registro centralizado de voluntades anticipadas.
	Registro	
Extremadura	IP/VVA	Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal del citado registro.
	Registro	
Galicia	IP/VVA	Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. Comunidad Autónoma de Galicia. Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001 reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
	Registro	Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud. Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, por el que se establece la organización

		y funcionamiento del Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.
La Rioja	IP/VVA	Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la administración.
	Registro	Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el registro de instrucciones previas de La Rioja. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
Madrid	IP/VVA	Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro Correspondiente. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales. Orden 645/2007, de 19 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula el otorgamiento de las Instrucciones Previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.
	Registro	Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid.
Murcia	IP/VVA	Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se prueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.
	Registro	
Navarra	IP/VVA	Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Ley Foral 29/2003, de 4 de abril por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica (vigente hasta el 16 de noviembre de 2010). Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
	Registro	Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas.
País Vasco	IP/VVA	Ley 7/2002, de 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
	Registro	Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del Gobierno Vasco, por el que se crea el registro Vasco de voluntades anticipadas. Orden de 6 de noviembre de 2003, de la Consejería de Sanidad por la que se crea el fichero de datos automatizados de datos de carácter personal denominado "registro Vasco de voluntades anticipadas" y se añade a los gestionados por el Departamento de Sanidad.

Tabla 3. Inscripciones de voluntades vitales anticipadas en Andalucía. Mayo 2004-Junio 2015.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Almería	49	199	144	250	138	232	265	285	97	207	210	107	2183
Cádiz	114	394	291	383	461	357	313	365	116	325	555	235	3909
Córdoba	41	558	170	165	148	221	180	256	130	189	287	140	2485
Granada	143	290	318	950	449	375	369	515	153	307	344	180	4393
Huelva	26	147	93	79	94	138	110	152	65	112	106	88	1210
Jaén	39	211	93	165	156	190	166	165	66	99	134	109	1593
Málaga	206	837	906	1176	651	691	587	772	212	429	448	282	7197
Sevilla	164	677	566	568	588	671	518	749	216	523	507	256	6003
Total	782	3313	2581	3736	2685	2875	2508	3259	1055	2191	2591	1397	28973

Tabla 4. Criterios para la selección de la muestra.

<i>Criterios de Inclusión</i>	<i>Criterios de Exclusión</i>
1.- Tener entre 25 y 65 años. 2.- Trabajar como profesional de AP bajo la categoría profesional de médico de familia, enfermero o trabajador social. 3.- Pertenecer a cualquiera de las UGC adscritas al Distrito Sanitaria Guadalquivir (Bujalance, Fuente Palmera, La Carlota, La Sierra, Montoro, Palma del Río y Posadas). 4.- Ser residente G-3 en adelante y pasar consulta clínica en AP.	1.- No tener adscrito un cupo de pacientes, o sea, no tener asignado como profesional pacientes a la consulta que pasa. 2.- No haber trabajado más de un año. 3.- Ser médico/a y/o enfermero/a de DECU. 4.- Ser médico/a y/o enfermero/a de triage única y exclusivamente. 5.- Pertenecer a la especialidad de pediatría y dentista.

Tabla 5: Tipología y características del cuestionario.

Instrumento de medición	
Denominación	Conocimiento, actitud y planificación ante la Voluntad Vital Anticipada (VVA).
Tipología	Estructurado, cerrado.
Formato	Papel.
Validación	Sometido a panel de expertos.
Administración	Anónimo/ Auto-administrado.
Número de ítems	17 ítems (entre los que se encuentran preguntas dicotómicas y de tipo numérico), y 6 ítems de carácter sociodemográfico.
Marcadores de respuesta	Del 0 al 10, siendo 0 el valor para respuesta "totalmente en desacuerdo, o mínima puntuación" y 10 para la respuesta "totalmente de acuerdo o máxima puntuación".
Escala de medición	Escala de (0-10). SI/NO/NS-NC

Tabla 6. Panel de expertos.

Profesionales	Nº	Ubicación
Comité de Ética e Investigación	1	Hospital Universitario Reina Sofia
Médico especialista en psiquiatría. Dirección UGC de Salud Mental. Experta en Bioética	1	Hospital Universitario Reina Sofia
Medico de AP/ Epidemiólogo/ Profesor	1	Distrito / Universidad de Córdoba
Sociólogo/Profesor/Experto en Metodología y Validación de Cuestionarios	1	Escuela Andaluza de Salud Pública
Enfermera/ Registradora de VVA del SAS	1	Hospital Universitario Reina Sofia
Técnico/ Registrador de VVA de Delegación	1	Delegación de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
Pilotaje (médicos, enfermeros y trabajador social)	16	UGC Fuente Palmera

Tabla 7. Distribución de la participación de los profesionales sanitarios y no sanitarios de Atención Primaria adscritos al Distrito Sanitario Guadalquivir, 2014.

UGC	Médicos		Enfermeros		Trabajadores Sociales	
	Adscritos	Participan	Adscritos	Participan	Adscritos	Participan
Bujalance	15	9	15	7	1	1
Fuente Palmera	8	8	9	9	1	1
La Carlota	10	10	10	5	1	1
La Sierra	8	7	8	6	1	1
Montoro	15	12	15	10	1	1
Palma del Río	17	17	19	19	1	1
Posadas	15	11	15	7	1	1
TOTAL	88	74	91	63	7	7
Tasa de respuesta		76,5 %			100%	

Tabla 8. Proporción de la participación de las UGC en el estudio, 2014.

UGC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fuente Palmera	17	12,4	12,4	12,4
Palma del Río	36	26,3	26,3	38,7
Posadas	18	13,1	13,1	51,8
La Carlota	15	10,9	10,9	62,8
Montoro	22	16,1	16,1	78,8
Bujalance	16	11,7	11,7	90,5
La Sierra	13	9,5	9,5	100,0
Total	137	100,0	100,0	

Tabla 9. Análisis descriptivo de los profesionales sanitarios respecto de las variables numéricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P.1	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	136	,00	10,00	5,375	1,958
P.4	¿Cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA?	137	,00	10,00	8,065	1,914
P.5	¿Considera la Declaración de VVA un instrumento útil para los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre un paciente?	137	,00	10,00	7,978	2,247
P.6	¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en una declaración de VVA?	137	5,000	10,000	9,394	1,244
P.7	¿Cree que si el paciente nombra un representante en la VVA, facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en aquellas situaciones en las que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo?	137	,00	10,00	8,642	2,081
P.8	¿Usted como profesional, recomendaría a sus pacientes que hicieran una VVA?	137	,00	10,00	8,167	2,164
P.13	¿Sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar la VVA con sus pacientes?	137	,00	10,00	2,722	3,707
P.14	¿Cree usted probable hacer su propia VVA en el próximo año?	136	,00	10,00	3,198	3,581
P.15	¿Considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA?	137	,00	10,00	4,934	3,347
P.16	¿El deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta su Código Deontológico?	134	,00	10,00	3,171	3,348
P.17	¿En su Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (Trabajadores/as Sociales y/o personal administrativo)?	129	,00	10,00	4,488	3,471

Tabla 10: Análisis descriptivo de los profesionales sanitarios respecto de las variables categóricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
P.2	¿Las VVA están reguladas por ley en la Comunidad Autónoma de Andalucía?	No	1	,7	,8
		Si	127	92,7	99,2
		Total	128	93,4	100,0
		NS/NC	9	6,6	
		Total	137	100,0	
P.3	¿Ha leído usted el documento de VVA de Andalucía?	No	77	56,2	58,3
		Si	55	40,1	41,7
		Total	132	96,4	100,0
		NS/NC	4	2,9	
		NA	1	,7	
		Total	5	3,6	
P.9	¿Ha leído la Guía de apoyo para profesionales sanitarios sobre Planificación Anticipada de las Decisiones?	No	102	74,5	77,3
		Si	30	21,9	22,7
		Total	132	96,4	100,0
		NS/NC	5	3,6	
		Total	137	100,0	
P.10	¿Planifica con sus pacientes (previamente y en consulta) la VVA?	No	115	83,9	89,8
		Si	13	9,5	10,2
		Total	128	93,4	100,0
		NS/NC	9	6,6	
		Total	137	100,0	
P.10 (Bis)	En caso afirmativo ¿Cuántas veces en el último año?	1,00	4	2,9	30,8
		2,00	4	2,9	30,8
		3,00	4	2,9	30,8
		4,00	1	,7	7,7
		Total	13	9,5	100,0
		Perdidos	124	90,5	
		Total	137	100,0	
P.11	¿Dónde deja registrada la VVA de los pacientes sobre los que planifica?	Diraya/ H ^a Única (*)	13	9,5	86,7
		Otro registro	2	1,5	13,3
		Total	15	10,9	100,0
		Perdidos	122	89,1	
		Total	137	100,0	
P.12	¿Conoce donde se encuentra el Registro provincial de las VVA?	No	86	62,8	64,2
		Si	48	35,0	35,8
		Total	134	97,8	100,0
		Perdidos	3	2,2	
		Total	137	100,0	

(*) Programa informático/ Historia Única de Salud

Tabla 11. Análisis descriptivo de los trabajadores sociales respecto de las variables numéricas de la Voluntad Vital Anticipada, 2014.

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
P.1	¿Qué puntuación daría a sus conocimientos sobre las VVA?	15	4	10	7,47	1,96
P.4	¿Cree conveniente que los ciudadanos planifiquen sus deseos sanitarios dejándolos por escrito en la declaración de VVA?	15	7	10	8,87	1,06
P.5	¿Considera la Declaración de VVA un instrumento útil para los profesionales sanitarios a la hora de tomar decisiones sobre un paciente?	15	7	10	8,47	1,19
P.6	¿Respetaría usted los deseos expresados por un paciente en una declaración de VVA?	15	7	10	8,47	1,19
P.7	¿Cree que si el paciente nombra un representante en la VVA, facilitaría la toma de decisiones a los profesionales sanitarios en aquellas situaciones en las que el paciente no pudiera expresarse por sí mismo?	15	2	10	7,47	2,48
P.8	¿Usted como profesional, recomendaría a sus pacientes que hicieran una VVA?	15	7	10	8,87	1,25
P.13	¿Sus creencias religiosas entran en conflicto con su práctica profesional a la hora de planificar la VVA con sus pacientes?	15	0	9	1,87	3,54
P.14	¿Cree usted probable hacer su propia VVA en el próximo año?	15	0	10	4,13	4,19
P.15	¿Considera la religión (creencias, valores,...) un obstáculo al que el paciente debe hacer frente a la hora de llevar a cabo su propia declaración de VVA?	15	0	10	4,00	3,67
P.16	¿El deseo expresado por los pacientes en la VVA entra en conflicto con lo que dicta su Código Deontológico?	15	0	8	2,33	2,94
P.17	¿En su Unidad de Gestión Clínica o Centro de Salud la información sobre la VVA corresponde a los profesionales no sanitarios (Trabajadores/as Sociales y/o personal administrativo)?	14	2	5	3,00	1,11