



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

“La Responsabilidad Civil Extracontractual: estudio cualitativo desde la perspectiva de la Enfermería en las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia”.

José Martín Rodríguez
2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS DE
ENFERMERÍA**

“La Responsabilidad Civil Extracontractual: estudio cualitativo desde la perspectiva de la Enfermería en las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia”.

Doctorando: José Martín Rodríguez.

**Dirigido por: Profesor Dr. Cristóbal Meseguer Liza.
Profesora Dra. María José Torralba Madrid.
Profesor Dr. Diego José García Capilla.**

2015

*“Somos la memoria que tenemos y la responsabilidad que asumimos.
Sin memoria no existimos y sin responsabilidad quizá no merezcamos
existir”.*

(José Saramago, 1922-2010).

Dedicatoria.

A mi padre (in memoriam).

A mi madre, una auténtica luchadora.

A mi mujer e hija, Isabel y María.

Gracias por vuestro amor.

Agradecimientos.

Me gustaría que estas primeras palabras de agradecimiento fueran dirigidas todas aquellas personas e Instituciones que han colaborado, de una u otra forma, en la realización de este laborioso trabajo.

A todos ellas, mi más sincera gratitud.

No obstante, es necesario explicitar este agradecimiento en las siguientes personas:

En primer lugar, a mis hermanos, suegros y cuñados. Sin su entrega y sacrificio no hubiera sido posible que llegara este momento.

Expresar mi más sincero agradecimiento a mis directores de Tesis, la Doctora Torralba Madrid y los Doctores Meseguer Liza y García Capilla. Gracias a la aportación de sus ideas, a sus correcciones y a la paciencia que han tenido conmigo, hoy se hacen realidad los resultados de esta investigación.

A mi cuñado Javier, mi asesor informático particular.

También tengo que agradecer especialmente sus incondicionales palabras de ánimo y apoyo a dos personas que, más que amigos, se han convertido en verdaderos hermanos mayores.

Por un lado, a D. Sebastián Ros Escudero, magnífico gestor de recursos materiales y humanos del SMS. Por otro lado, a mi alter ego, a Dña. María José Hernández Ruipérez, una excelente profesional de los Cuidados, hecho este, que aspiro alcanzar algún día.

Dirigir mi gratitud también, a las personas que me dieron esas primeras palabras de ánimo ante el camino que había escogido para desarrollar esta investigación, las profesoras Dña. María Luisa Hernández Morilla y Dña. María Teresa Meneses Jiménez.

A la psicóloga Lola Cubillas Huget, agradecerle sus consejos y su colaboración en la búsqueda de parte del material bibliográfico utilizado a lo largo de esta investigación, así como sus préstamos literarios.

A Mariló y Elena, que me ayudaron en algunos de los momentos claves del estudio realizado en esta Tesis: los grupos focales. Infinitas gracias, porque sin vuestra ayuda todo esto no hubiera salido.

Al Dr. Trujillo Santos, médico internista y un apasionado no sólo de la clínica sino también de la investigación, por su disponibilidad y los consejos ofrecidos.

A Araceli, por ayudarme en el manejo de diferentes textos utilizados en la elaboración de esta Tesis y por contribuir a mejorar la presentación del trabajo realizado.

No puedo olvidarme del grupo de amigos: Miguel, Mariano, Faly, Manolo, Juani, Javi, María José, Juan, Candela, Luisa, Pedrín, Antonio, Ángel, María Rosa, Josefa, Pepe, Marisa, Paco, Paquita, Cruz, pero de forma especial de aquellos que, más que amigos han pasado a formar parte de mi familia: Choni y el tito Miguel Ángel.

A mis compañer@s de trabajo y, de forma especial, a Mayca, Isa, Adela, Catina, Belén, María José, Virginia, Juan Antonio, Angelita, Mercedes, Silvy,..., y a todas aquell@s que supieron facilitarme la elaboración de esta Tesis.

A las personas que conformaron los distintos grupos focales celebrados durante la realización de esta Tesis. Sin vuestra particular aportación, el desarrollo empírico no hubiese llegado a buen puerto.

A las siguientes Instituciones, por haberme facilitado el uso de alguna de sus instalaciones (bibliotecas) en algún determinado momento: UMU, UPCT, UMH, UNED (centro asociado de Cartagena), Consejería de Educación y Universidades de la CARM y, especialmente, a mi centro de trabajo, el CHU “Hospital de Cartagena”.

A la UPCT nuevamente, por facilitarme durante sendos días el uso de un aula donde poder desarrollar la celebración de los grupos focales realizados.

A tod@s los profesionales de Enfermería que sienten la necesidad de investigar como algo propio y necesario para seguir avanzando, dentro del núcleo fundamental que conforma nuestra profesión: el **cuidado**.

ABREVIATURAS.

ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
ATS	Ayudante Técnico Sanitario
BOE	Boletín Oficial del Estado
BORM	Boletín Oficial de la Región de Murcia
CARM	Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
CC	Código Civil
CC.AA.	Comunidad Autónoma
CDEE	Código Deontológico de la Enfermería Española
CE	Comunidad Europea
CE	Constitución Española
CHU	Complejo Hospitalario Universitario
CIN	Ciencia e innovación, en el contexto en que es utilizada, hace referencia a una Orden Ministerial del Ministerio de Ciencia e Innovación
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CP	Código Penal
DAFO	Debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades
ECTS	European Credits Transfer System
EDU	Educación, en el contexto en que es utilizada, hace referencia a una Orden Ministerial del Ministerio de Educación
EEES	Espacio Europeo de Enseñanza Superior
ENFISPO	Enfermería, Fisioterapia, Podología
FODA	Fortalezas, oportunidades, debilidades, amenazas
GF	Grupo focal
HGU	Hospital General Universitario
LEC	Ley Enjuiciamiento Civil
LECrím	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LGS	Ley General de Sanidad
LILACS	Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud
LOPJ	Ley Orgánica del Poder Judicial
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
LRJPAC	Ley del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAR	Participante
RAE	Real Academia de la Lengua Española
RCE	Responsabilidad Civil Extracontractual
RCEE	Responsabilidad civil Extracontractual Enfermera
RD	Real Decreto
RJ	Resolución judicial
RUA	Repositorio de la Universidad de Alicante
SAS	Sanidad, en el contexto en que es utilizada, hace una referencia una Orden Ministerial del Ministerio de Sanidad y Política Social
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
SMS	Servicio Murciano de Salud
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
SUAP	Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUMMA	Servicio de Urgencias Médicas de Madrid
SWOT	Strengths, weaknesses, opportunities, threats
TDX	Tesis Doctorales en Red

TESEO	Base de datos de Tesis Doctorales (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte)
TS	Tribunal Supremo
UCM	Universidad Complutense de Madrid
UCO	Universidad de Córdoba
UDC	Universidad de Cantabria
UDIMA	Universidad a Distancia de Madrid
UME	Unidad Móvil de Emergencias sanitarias
UMET	Universidad Metropolitana de Puerto Rico
UMH	Universidad Miguel Hernández
UMU	Universidad de Murcia
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNILEON	Universidad de León
UNIR	Universidad Internacional de La Rioja
UPCT	Universidad Politécnica de Cartagena
VV.AA.	Varios Autores

ÍNDICE.

Dedicatoria.	6
Agradecimientos.	7
Abreviaturas .	9
<u>CAPÍTULO I</u>	16
1.1 Introducción.	17
1.2. Justificación.	21
1.3. Variables relacionadas con la Responsabilidad Civil Extracontractual Enfermera.	24
1.4. Estado de la cuestión.	32
<u>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.</u>	38
2.1...Bosquejo Histórico de la Responsabilidad Civil.	39
2.2. Fundamentos filosóficos de la Responsabilidad Civil.	59
2.3. Responsabilidad Civil.	64
2.3.1 Concepto de Responsabilidad y su clasificación.	64
2.3.2 Concepto de Responsabilidad Civil.	71
2.3.3 Funciones de la Responsabilidad Civil.	73
2.4. Tipos de relaciones en la Responsabilidad Civil.	77
2.4.1 La Responsabilidad Extracontractual.	78
2.4.2 Requisitos de Responsabilidad Extracontractual.	81
2.5. Plazo de prescripción.	86
2.6. Evolución de la formación Enfermera en España desde el siglo XIX hasta la actualidad	92
2.7. Responsabilidad Profesional Enfermera.	109

2.7.1 Responsabilidad Profesional Enfermera: dimensión Ético-Deontológica.	111
2.7.2 Responsabilidad Profesional Enfermera: dimensión clínico-asistencial.	125
2.7.3 Responsabilidad Profesional Enfermera: dimensión jurídica.	136
2.7.3.1 Ámbito jurídico administrativo de la responsabilidad profesional enfermera.	140
2.7.3.2 Ámbito jurídico civil de la responsabilidad profesional enfermera.	151
2.7.3.3 Ámbito jurídico penal de la responsabilidad profesional enfermera.	154
2.8 Enfermería Pericial.	164

CAPÍTULO III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS. **174**

CAPÍTULO IV. MATERIAL Y MÉTODO. **177**

4.1 Perspectiva metodológica.	178
4.1.1 Introducción.	178
4.1.2 Diseño de la investigación.	181
4.1.3 Características de la investigación cualitativa.	183
4.1.4 Planteamiento paradigmático.	191
4.1.5 Estudio de caso como método de investigación.	194
4.1.6 Sujetos de estudio.	195
4.1.7 Caracterización geográfica de la investigación.	197
4.1.8 Instrumento de recogida de datos.	202
4.1.9 Tratamiento de los datos: su procesamiento.	207
4.1.9.1 Planteamiento analítico.	208

4.1.9.2 Elección de la herramienta informática de análisis cualitativo.	218
4.1.9.3 Análisis documental.	221

CAPÍTULO V. RESULTADOS. **222**

5.1 Introducción.	223
5.2 Características de los grupos focales.	225
5.3 Descripción de resultados mediante el análisis cualitativo de los grupos focales.	231
5.3.1 Significado atribuido a la Responsabilidad Civil Extracontractual.	235
5.3.2 Experiencias vivenciadas durante el ejercicio profesional relacionadas con la Responsabilidad Civil.	244
5.3.3 Impacto de la Responsabilidad Civil Extracontractual en la actividad asistencial enfermera.	251
5.3.4 Impacto de la Responsabilidad Civil Extracontractual en aquellas otras actividades profesionales enfermeras.	261
5.3.5 Formación Enfermera y Responsabilidad Civil Extracontractual.	267
5.3.6 Referentes sociales y Responsabilidad Civil Extracontractual Enfermera.	273
5.3.7 Referentes laborales y Responsabilidad Civil Extracontractual Enfermera.	285

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN. **294**

6.1 Discusión relativa a los resultados.	302
6.1.1 Discusión relacionada con el objetivo 1.	303
6.1.2 Discusión relacionada con el objetivo 2.	309

6.1.3 Discusión relacionada con el objetivo 3.	314
6.1.4 Discusión relacionada con el objetivo 4.	318
6.1.5 Discusión relacionada con la hipótesis 1.	322
6.1.6 Discusión relacionada con la hipótesis 2.	324
6.1.7 Matriz DAFO.	326

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES. **334**

7.1 Conclusiones.	336
7.2 Limitaciones y dificultades halladas en la investigación.	340
7.3 Propuestas de mejora.	342
7.4 Posibles vías de investigación futuras.	345

BIBLIOGRAFÍA. **347**

TÁBLAS Y GRÁFICOS.

Tabla 1.	210
Tabla 2.	216
Tabla 3.	226
Tabla 4.	226
Tabla 5.	226
Tabla 6.	228
Tabla 7.	228
Tabla 8.	229
Tabla 9.	328
Tabla 10.	332
Tabla 11.	389
Gráfico 1.	209
Gráfico 2.	218
Gráfico 3.	223

Gráfico 4.	224
Gráfico 5.	230
Gráfico 6.	231
Gráfico 7.	399
Gráfico 8.	399
Gráfico 9.	400
Gráfico 10.	400
Gráfico 11.	401
Gráfico 12.	401

MAPAS.

Mapa 1.	199
Mapa 2.	201

ANEXOS.

ANEXO 1. Solicitud de un aula a la UPCT para celebrar los grupos focales.	384
ANEXO 2. Documento de consentimiento informado.	385
ANEXO 3. Consentimiento informado.	387
ANEXO 4. Cuestionario sobre datos demográficos.	388
ANEXO 5. Legislación y normativas consultadas.	390
ANEXO 6. Gráficas de distribución según y sexo de las participantes de los grupos focales realizados.	399
ANEXO 7. Guión de los grupos focales.	402
ANEXO 8. Cronograma.	403
ANEXO 9. Transcripción parcial de los grupos focales.	406

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN.

La evolución que han ido experimentando las distintas profesiones sanitarias, con la ampliación de medios y de avances científicos surgidos sobre todo a partir del siglo XX, ha extendido las responsabilidades a los profesionales de la Enfermería y al resto del personal sanitario.

Además, el paciente ha experimentado un más que notable cambio en su relación con los profesionales sanitarios, pasando de ser un sujeto pasivo sometido a las órdenes de éstos, a ser titular de una cascada de derechos frente al ejercicio de la actividad sanitaria.

Lo indicado con anterioridad, junto a la generalización de la idea de que el principal derecho del paciente es el de su curación ocasiona, a veces, situaciones de frustración generadoras de reclamaciones.

Hechos como los citados dejan entrever la magnitud del problema y explican, al menos en parte, el creciente aumento en el número de reclamaciones y, llegado el caso, de demandas judiciales interpuestas.

Paralelamente a esta manifestación social y judicial van surgiendo diferentes estudios doctrinales relacionados con esta materia, así como un importante número de publicaciones en torno al tema de la responsabilidad civil sanitaria.

Una gran parte de estas publicaciones se han focalizado desde un punto de vista eminentemente médico, aunque no es menos obvio que parte de las publicaciones relacionadas con el asunto de estudio se han centrado en aspectos conexos a otras profesiones sanitarias, entre las cuales se encuentra, evidentemente, la Enfermería.

En este sentido, cabe afirmar, como indica Ragel (2000), que la responsabilidad civil enfermera se englobaría como un subconjunto dentro de la esfera de la responsabilidad civil sanitaria como tal; esfera en la que estarían englobadas otras categorías profesionales tales como

veterinarios, fisioterapeutas, odontólogos o farmacéuticos; siendo mayoritarias las sentencias jurisprudenciales y los estudios doctrinales dedicados a la responsabilidad civil del colectivo médico.

Asimismo, como afirma Kane (1992), citado por Sellares y col. (2002), *un profesional competente es quien utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y juicios asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio.*

Dicho ésto, resulta paradójico que una parte de las reclamaciones realizadas a enfermeras y que, a posteriori, pueden acabar generando una petición de responsabilidad civil por desconocimiento de las propias competencias para el ejercicio de la profesión enfermera.

Con este escenario, las enfermeras deberían reflexionar sobre todos aquellos aspectos asistenciales que se ven o pueden verse relacionados con determinadas acciones de responsabilidad civil.

Especificado lo anterior, hay que señalar que el tratamiento jurídico de la responsabilidad sanitaria en España ha experimentado una rápida evolución. Esta evolución abarca desde la rigurosa exigencia probatoria de la culpa y de la relación de causalidad hacia una objetivación de la responsabilidad cuya finalidad es reparar todo resultado insatisfactorio o indeseado.

Dejando al margen cuestiones tales como una denuncia con manifiesto desprecio hacia la verdad, **en términos de mala fe por el sujeto reclamante**, la cuestión principal radica en conocer cuál es el gesto fronterizo cuya transposición genera responsabilidad.

En definitiva, se trata de tener conciencia en cada actuación sanitaria, en nuestro caso actuación enfermera, de aquello que genera responsabilidad desde un punto de vista legal.

El **objeto de estudio** en la presente investigación es la **responsabilidad civil extracontractual**, surgida de aquellos casos en que la relación enfermera/paciente no tiene como base jurídica una relación contractual, sino que está basada en el principio general del artículo 1902 del Código Civil.

Igualmente, el vigente Código Deontológico de Enfermería español, aprobado por Resolución 32/89, de 14 de julio, del Consejo General de Enfermería contiene, a lo largo de su articulado, nociones que se circunscriben al ámbito de nuestro objeto de estudio.

Así, en el estudio que hemos desarrollado sobre esta cuestión, y citando a Rivero (2005), *no podíamos dejar de incorporar buena parte de la complejidad de su objeto*.

La investigación realizada ha tratado de responder a una serie de cuestiones sustanciales, que subyacen en los argumentos expuestos en el proyecto de tesis presentado.

No obstante, previo al inicio de un proyecto de envergadura considerable como es la realización de una tesis doctoral, fue necesario realizar un profundo ejercicio de reflexión yuxtaponiendo dos hechos que para este doctorando son elocuentes por lo que pueden significar para la disciplina enfermera:

1º.- En primer lugar, si el camino a emprender iba a servir para generar un nuevo conocimiento.

2º.- En segundo lugar, y por ello no menos importante, parafraseando a Cristancho (2003), *ayudar a transformar los conocimientos, actitudes y prácticas de quienes ejercen profesionalmente el **cuidado***, estando convencido de lo ya señalado por Collière (1997), citado por Díaz et al. (2007), en el sentido de *“dime qué conocimientos aplicas en tus cuidados y cómo los empleas, y te diré que clase de cuidados das”*.

Esta reflexión conllevó que adquiriera una importante premisa: el cambio de actitud hacia el objeto principal de nuestra investigación, la responsabilidad civil extracontractual.

Por lo demás, el desarrollo de esta tesis se convierte en el ejercicio de esa acción que, como bien señala Meneses (2007), *es la etapa final del ciclo reflexivo*; etapa en la que este doctorando intenta comprender y, lo que puede suponer una mayor complejidad, hacer comprender cuál es la importancia de nuestro objeto principal de estudio en el ejercicio profesional enfermero.

Así y teniendo como base de nuestra investigación los objetivos e hipótesis propuestas, iniciamos un proceso búsqueda que nos permitiera realizar una primera aproximación, tanto a los antecedentes teóricos como a la evidencia empírica actual sobre la responsabilidad civil extracontractual en la profesión enfermera.

El estudio realizado sobre el estado de la cuestión, nos proporcionó un conocimiento teórico adecuado sobre la figura legal que se conforma en nuestro objeto central de estudio, a la vez que nos facilitó conocer diferentes investigaciones realizadas sobre esta materia.

Todo lo que hemos descrito anteriormente posibilitó el desarrollo posterior del estudio empírico sobre el que focalizamos nuestra investigación.

Como epílogo de esta introducción, especificar una última cuestión relacionada con el vocablo cuidado.

Así, y dado los múltiples significados que el término **cuidado** tiene, en este estudio resulta interesante sustentar este vocablo bajo el prisma teórico de Siles (2010), citado por Guillermo (2012), que considera el cuidado como *producto de la reflexión sobre ideas, hechos y circunstancias, en la satisfacción de las necesidades del ser humano que garantizan la integridad y la armonía a lo largo del ciclo vital*.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

La responsabilidad civil extracontractual en el medio sanitario se ha convertido en un hecho cotidiano, con el que deben aprender a convivir todos los profesionales sanitarios.

Fundamentándonos en tal apreciación, pretendemos realizar esta investigación de carácter cualitativo teniendo como soporte dos hechos principales:

- ✓ de un lado, el propio interés que genera en el autor del estudio la importancia implícita de la responsabilidad civil extracontractual en la profesión enfermera y toda la problemática que desde el punto de vista asistencial puede generarse en torno a esta figura legal;
- ✓ por otro lado, intentar engrosar el conjunto de conocimientos de la disciplina enfermera, porque como bien dice López (2009), *la generación del conocimiento enfermero deberá proceder del trabajo y las tareas investigadoras de sus profesionales;*

Palabras a las que sumamos lo expresado por la profesora Mompart en el año 2011, en el sentido de que la mejora de la formación enfermera eleva el nivel de los cuidados que prestamos y logra unos estándares sanitarios de mayor calidad:

“... el desarrollo profesional en Enfermería, como en otras profesiones, pasa por la integración de estos tres elementos inseparables: la competencia excelente, el estudio continuado y la investigación. Son todos ellos, como digo, elementos que coordinadamente constituyen una profesión desarrollada y madura, autónoma y con capacidad de servicio útil a la sociedad, además de ser precisos para que los servicios sanitarios tengan una mejor calidad y resultados...”

Uno y otro hecho se conectan en el momento en que a los enfermeros, como profesionales de la sanidad, se nos demandan los conocimientos y habilidades necesarias para poder ejercer competentemente la profesión, adquiridos mediante nuestro paso por las actuales Facultades de Enfermería.

También se nos demanda, tanto profesional como socialmente, que en el seno de la prestación de unos cuidados de calidad, seamos capaces de tomar conciencia de la suma importancia del conocimiento de todos y cada uno de los aspectos legales necesarios para la práctica profesional enfermera y cuáles podrían ser las consecuencias en el caso hipotético de concurrir una posible vulneración de alguno de estos aspectos.

Como podemos deducir, surge la necesidad de abordar un tema de investigación en el que, aunque tiene sus raíces profundamente entroncadas en el campo del Derecho, puede implicar, llegado un momento, a los profesionales de enfermería.

En este sentido, la investigación se justifica plenamente. La problemática de los aspectos legales, y en especial los derivados de la responsabilidad civil extracontractual en el ejercicio de una profesión sanitaria, preocupan a los actores principales del estudio que se va a desarrollar: los propios profesionales de enfermería, cuyos actos puedan derivar en tal responsabilidad.

Así mismo, también existe sobre esta problemática una preocupación, no tan incipiente como muchos pudieran creer, en otros actores que en un momento dado pueden verse beneficiados o perjudicados de las actuaciones profesionales sanitarias. Estos otros actores son los pacientes, familia y comunidad, con los cuales las enfermeras se interrelacionan profesionalmente durante su actividad asistencial.

La situación reflejada hace que nuestro interés al desarrollar esta investigación se centre en la responsabilidad civil extracontractual.

Creemos que el desarrollo de la misma supone una contribución significativa a los diferentes estudios que sobre esta materia existen, en cuanto que aporta no sólo un referente teórico sobre la materia objeto de estudio; sino que, además, incluye la visión que tienen un grupo de enfermeras sobre esta responsabilidad.

No queremos terminar esta justificación sin hacer mención a lo que viene recogido en dos preceptos legales que, a los profesionales de enfermería como profesionales sanitarios, nos atañen.

En primer lugar, hemos de reflejar lo que el artículo 5, epígrafe 1, apartado a, de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, especifica en el sentido de que los profesionales sanitarios tenemos el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

En segundo lugar, y para concluir, hemos de citar lo que viene recogido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; en cuyo artículo 34 y otros, se constata la suma importancia de la actualización de los conocimientos que deben tener los profesionales sanitarios, con el fin de tender a prestar unos cuidados de calidad, garantizando a la vez la seguridad de aquellos a quienes prestamos nuestros cuidados.

1.3 VARIABLES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ENFERMERA.

En este epígrafe incluimos elementos que consideramos esenciales para el posterior desarrollo del estudio empírico de nuestra investigación.

Estos elementos están constituidos, en primer lugar, por una serie de conceptos a los que se van a hacer referencia durante el desarrollo empírico.

1. Definición de conceptos de interés.

❖ **Rol.**

El diccionario de la RAE (2014), en su vigésimo tercera edición define este vocablo como *el papel o función que alguien o algo cumple*.

Las enfermeras, como profesionales de la sanidad ocupan, dentro de un contexto organizativo laboral concreto, una posición que tiene atribuida unos determinados roles.

Según Pino (1995), citado por Gómez (2005), *el rol de la enfermera es ejercer la enfermería*; rol profesional que engloba las siguientes categorías:

- ✓ Asistencial,
- ✓ Docente,
- ✓ Gestora.
- ✓ Investigadora,

Además, es cierto que en la actualidad las categorías señaladas con anterioridad difícilmente se explican sin añadir a las enfermeras ese otro rol genérico introducido por Belbin (1981): el rol de equipo.

El rol de equipo queda definido por este autor como *un patrón de conducta característico de la forma en que un miembro del equipo interactúa con otro, donde su desempeño sirve para facilitar el progreso del equipo como un todo*.

Dentro de este contexto de roles, interesa hacer mención a los roles de trabajo o funcionales que para Aritzeta (2003), se refieren a la distribución de las distintas tareas y responsabilidades que uno puede llegar a alcanzar dentro del equipo de trabajo.

Dentro del contexto de trabajo en equipo es donde vienen a caracterizarse las distintas funciones de las enfermeras como: dependientes, independientes e interdependientes.

Así:

➤ Funciones dependientes de las profesionales de enfermería son aquellas que comprenden los juicios clínicos y todas las actividades asociadas con la implementación de una orden que provenga de personal sanitario facultativo (médico, farmacéutico, bioquímico,...), dependiendo del lugar donde estas desarrollen su actividad (unidad de hospitalización, farmacia hospitalaria, laboratorio de diagnóstico clínico,...).

➤ Funciones independientes de las profesionales de enfermería son aquellas cuya responsabilidad es exclusiva de este grupo profesional.

En estas funciones se incluyen actividades tal como la propia elaboración de un plan de cuidados.

➤ Funciones interdependientes de las profesionales de enfermería son aquellas que engloban las actividades que, de forma conjunta, se desarrollan con otros miembros del equipo sanitario.

En este punto, hemos de asumir que la noción de rol profesional enfermero es un constructo dinámico y no siempre ha tenido asociado los valores que le otorgamos en la actualidad.

Es más, esta noción ha tenido una trascendental evolución hasta llegar a sus valores y dimensiones actuales.

Históricamente, el proceso de profesionalización de la Enfermería será el inicio de la profunda transformación dada en todo lo que este concepto supone para la profesión enfermera.

Finalizar este punto añadiendo las diferentes dimensiones que, según Garzón (1992), tiene el concepto “rol de enfermería”. Estas dimensiones son:

- Rol percibido. Esta dimensión viene conformada por la concepción personal y general que tienen los profesionales de enfermería sobre la naturaleza de su trabajo, sus funciones y su identidad como profesionales de la salud.
- Rol esperado. Esta dimensión se constituye con las expectativas que el individuo, familia o comunidad tienen acerca de las funciones de las enfermeras.
- Rol prescrito. Esta dimensión se constituye con las diferentes tareas asignadas a las enfermeras por las instituciones sanitarias y que están basadas en normas, reglamentos o disposiciones legales.

❖ **Actitud.**

El diccionario de la RAE (2014), define este vocablo como *disposición de ánimo manifestada de algún modo.*

Autores como Cantero (1998) definen el término actitud como *disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos.*

Para Morales (2000) la actitud es *una predisposición aprendida, no innata y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera*

valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.).

Los componentes de las actitudes son cognitivos, conativos y afectivos.

✓ Componentes cognitivos. Se conforman por las opiniones, pensamientos, creencias, valores y expectativas que se tienen sobre el objeto de la actitud.

✓ Componentes conativos. Se conforman por aquellas evidencias de actuación a favor o en contra del objeto de la actitud.

✓ Componentes afectivos. Se conforman por aquellos procesos que vienen a avalar o contradecir las bases de nuestras creencias. Se expresan en las preferencias, estados de ánimo y emociones evidenciadas frente al objeto de la actitud.

Acabar este punto haciendo mención a los principales aspectos que las actitudes pueden presentar:

1° Las actitudes conllevan un alto componente afectivo y emocional que reflejan nuestra voluntad y nuestros sentimientos y deseos.

2° Las actitudes vienen a representar esas respuestas de carácter electivo que surgen ante aquellos valores que reconocemos, juzgamos, aceptamos o podemos rechazar.

3° Las actitudes tienen una dimensión múltiple caracterizada por englobar respuestas de carácter afectivo, cognitivo y conductual.

4° Las actitudes son adquiridas mediante las diversas experiencias de nuestra vida individual y grupal.

❖ **Percepción.**

El diccionario de la RAE (2014), define este vocablo como *conocimiento, idea.*

Pidgeon (1998) señala que la percepción *determina juicios, decisiones y conductas, y conduce a acciones con consecuencias reales;* y a su vez, Goldstein (2005) define la percepción como *una experiencia sensorial consciente.*

En el estudio de las percepciones humanas destacan otros teóricos además de los señalados.

Para Hume, citado por Del Barco (1979), *las percepciones no sólo se constituyen por las impresiones de los sentidos internos o externos, sino que también forma parte de ellas las ideas.*

Además, Gutiérrez (2000) indica que *la percepción humana está integrada o se constituye por cuatro formas de percepción que van a permitir a los individuos comprenderse a sí mismo y a todo lo que le rodea.*

Estas formas de percepción son:

- La **percepción sensible** que es aquella que hace referencia a la capacidad física que tienen los seres humanos para captar la estimulación significativa del ambiente (colores, olores, tamaños, luminosidad, temperatura, etc.).
- La **percepción emocional.** Partiendo de un contexto de referencia y de nuestras propias creencias se favorece que los individuos se concienzen de sus propias emociones.
- La **percepción axiológica** es aquella que consiste en captar los propios valores y reflejarlos en las decisiones de vida.
- La **percepción intelectual** es aquella que consiste en captar el sentido o significado de la estimulación ambiental, a través de la cual se establecerán nuevos aprendizajes.

Por su parte, los estudios de Morse (2004) van a abarcar definiciones implícitas y explícitas sobre la percepción del cuidado. Los estudios de este importante teórico van a permitir explicar el cuidado desde cinco clasificaciones ontológicas:

- ✓ El cuidar como característica humana.
- ✓ El cuidar como afecto.
- ✓ El cuidar como relación interpersonal.
- ✓ El cuidar como imperativo moral.
- ✓ Y el cuidar como acción terapéutica de

Enfermería.

❖ **Factores cognitivos.**

Cuando aludimos al vocablo cognitivo nos estamos refiriendo a todo aquello que tiene que ver con procesos mentales superiores tales como la memoria, el razonamiento o el pensamiento.

En nuestro estudio interesarán todos aquellos conocimientos que, sobre la figura objeto de estudio, tienen los distintos actores participantes en la parte empírica de nuestra investigación, ya sea por los distintos procesos de aprendizaje que se hubieran realizado sobre ella o por aquellos conocimientos adquiridos fruto de la experiencia.

Para realizar un análisis concreto de estos conocimientos interesa que nuestros sujetos de estudio tengan la habilidad de recordar, analizar y conceptualizar todos aquellos aspectos que consideren importantes sobre la responsabilidad civil extracontractual.

❖ **Factores del entorno laboral.**

Cuando hacemos mención a los factores del entorno laboral, hemos de señalar que en nuestra investigación interesa apreciar todas aquellas circunstancias que, relacionadas con la responsabilidad civil extracontractual puedan afectar en distinto grado al clima organizacional de las empresas donde nuestros sujetos de estudio trabajan.

Interesa dejar constancia que el trabajo enfermero de carácter asistencial no sólo lleva aparejada una importante carga mental, también lleva implicado una importante carga física que será más o menos acusada dependiendo de las unidades asistenciales donde se trabaje.

Litwin (1968), define el clima organizacional como *un conjunto de propiedades medibles del medio ambiente de trabajo, percibidas directa o indirectamente por las personas que trabajan en la organización y que influyen su motivación y comportamiento, añadiendo además, que estas percepciones de los trabajadores, dependerán directamente de su puesto de trabajo, del entorno, de sus relaciones con los miembros de la institución, de las características personales y también de sus relaciones jerárquicas hacia superiores y subordinados.*

En este punto hemos de señalar que, refiriéndonos al estudio empírico de esta investigación, resulta importante apreciar si en el decir de los distintos sujetos que intervienen en el mismo, anidan cuestiones que entrelacen la posibilidad de surgimiento de responsabilidad civil extracontractual relacionadas con factores del entorno laboral.

Así, pueden que surjan cuestiones tales como conflictos de rol, conflictos de autonomía, problemas relacionados con una escasa comunicación, cuestiones estas que pudieran llegar a derivar en problemas de responsabilidad civil extracontractual.

Resulta interesante, después de todo lo señalado en este punto, que realicemos un acercamiento somero a las distintas dimensiones teóricas en las que el clima organizacional puede ser presentado.

En este sentido, según Sandoval (2004), estas serían:

- ✓ Dimensión administrativa, referida a aquellos aspectos que conllevan la administración de los recursos materiales, económicos y humanos de una institución.

- ✓ Dimensión actitudinal, referida a la disposición del personal de una empresa a asumir de manera decidida la promoción de mejoras en las actividades que desempeñan. Elementos fundamentales que caracterizan esta dimensión son: el liderazgo, la disciplina, la creatividad,...
- ✓ Dimensión organizacional, que se refiere a la idoneidad de la estructura administrativa de una institución respecto a las diferentes funciones que se desempeñan en el seno de la propia institución.

1.4 ESTADO DE LA CUESTION.

Para conocer el estado de la cuestión en lo que a estudios sobre responsabilidad civil extracontractual se refiere y profundizar en su conocimiento, a la vez que se le relaciona con la profesión enfermera, se ha procedido a realizar la correspondiente búsqueda bibliográfica.

La revisión literaria es un elemento de capital importancia para el desarrollo de nuestra investigación y la presentación de los hallazgos obtenidos en la misma resulta obligada.

Esta revisión nos ha permitido un acercamiento a los diferentes estudios e investigaciones que hay sobre la figura jurídica objeto principal de nuestro estudio.

Para proceder al acercamiento literario de los distintos estudios e investigaciones que tratan los diferentes aspectos, o parte de ellos, contenidos a lo largo del estudio que realizamos, hemos procedido a indagar y realizar consultas en diferentes fuentes de información.

De estos dos últimos procesos realizados, el proceso de indagación y las consultas realizadas, se ha enriquecido el todo que compone la parte teórica de este trabajo.

Las distintas fuentes de información que nos han ayudado durante el proceso de documentación están compuestas principalmente por libros, revistas, tesis, boletines, normativas legales y sentencias de distintos tribunales.

Estas fuentes de información consultadas lo han sido, bien a través de soporte papel, bien a través de soporte informático.

Con el objeto de acceder a la documentación contenida en soporte informático hemos utilizado Internet como fuente informativa.

Interesa, en este punto, reflejar las distintas bases de datos consultadas:

1) Fuentes de datos Jurídicas:

- ✓ La Ley.
- ✓ Westlaw Aranzadi.

2) Fuentes de datos en Ciencias de la Salud:

- ✓ CINAHL: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature.
- ✓ Biblioteca Cochrane Plus.
- ✓ LILACS: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.
- ✓ Cuiden Plus.
- ✓ Cuidatge.
- ✓ ENFISPO: Enfermería, Fisioterapia, Podología.
- ✓ Medline.

3) Búsqueda de tesis:

- ✓ TESEO.
- ✓ Dissertations & Theses.
- ✓ TDX (Tesis Doctorales en Red).

4) Buscadores científicos:

- ✓ Digitum. <http://digitum.um.es>
- ✓ Buleria. <https://buleria.unileon.es>
- ✓ Helvia. <http://helvia.uco.es>
- ✓ RUA. <http://rua.ua.es/dspace>
- ✓ Google académico.
- ✓ Google libros.

Asimismo nos ha sido de gran utilidad el acceso facilitado a los fondos bibliográficos de los siguientes centros:

- Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena: centro adscrito a la UMU.
- Biblioteca de la Facultad de Enfermería: UMU.

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Empresa: UPCT.
- Biblioteca de la UNED: centro asociado de Cartagena.
- Biblioteca de la Facultad de Medicina: UMH.
- Biblioteca del Complejo Universitario Hospital de Cartagena.

El primer descriptor que hemos utilizado para analizar el estado de la cuestión respecto a nuestra investigación es la responsabilidad civil extracontractual sanitaria.

La búsqueda inicial realizada mostró una elevada cantidad de documentos redactados en lengua castellana, lengua inglesa y lengua portuguesa.

En el análisis bibliográfico efectuado observamos que, la literatura sobre responsabilidad civil sanitaria es abundante cuando está relacionada con temas médicos.

Como prueba de lo anteriormente reflejado destacan algunos autores que han publicado libros referentes a la cuestión señalada, entre los cuales podemos citar a los siguientes:

Kennedy y Grubb (1994) con su obra "*Medical Laws*"; Luna (2004), con su obra "La prueba de responsabilidad civil médico-sanitaria. Culpa y causalidad"; Domínguez (2007), con su obra "Derecho sanitario y Responsabilidad médica." y Gómez (2013), con su obra "Tratamiento médico: su responsabilidad penal y civil".

Los artículos publicados que se circunscriben a este tema también son numerosos y, entre ellos, cabe citar a Udelsmann (2002) con su artículo "Responsabilidades Civil, Penal e Ética dos médicos"; Carles (2003), autor del artículo "Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica"; y a Navarro (2011), autora del artículo "Responsabilidad civil del médico".

También son varias las tesis doctorales encontradas que hacen mención al tema de la responsabilidad civil médica.

Como ejemplo de las mismas podemos citar las siguientes:

- ✓ Sánchez (1996), “La responsabilidad civil médica: aspectos más relevantes del contrato de servicios médicos y del contrato de servicios hospitalarios”.
- ✓ Floriano (1999), “La responsabilidad civil del médico: análisis económico y jurídico”.

Por el contrario, cuando se relaciona la búsqueda de información sobre responsabilidad civil extracontractual con el término enfermería o los términos profesión enfermera, la información que obtenemos es más limitada.

Constatamos de este modo que, en ocasiones, no resulta fácil explicar un hecho que puede ser influenciado por numerosos factores.

Máxima que se torna más compleja cuando dichos factores son requeridos para darle sentido a un hecho: el aporte teórico que viene a integrar nuestro proceso de investigación.

Dada esta singularidad, se procedió a realizar un acercamiento inicial al tema de investigación a través de los siguientes descriptores:

- Roles y actitudes de las enfermeras relacionadas con la responsabilidad civil.
- Responsabilidad civil y percepción enfermera.
- Factores del entorno laboral y profesión enfermera.
- Factores cognitivos y profesión enfermera.
- Estudios cualitativos y enfermería.

La finalidad que nos propusimos con el uso de los descriptores anteriormente señalados fue la de obtener una información más detallada que nos ayudara a complementar toda la documentación obtenida hasta el momento.

Así, como fruto de la oportuna utilización dada a estos descriptores, se ha obtenido un numeroso aporte de textos cuya revisión literaria nos ha servido para colmar todos los elementos que integran los diferentes capítulos en que se estructura este trabajo de investigación.

Los documentos a cuya revisión literaria procedimos se componen fundamentalmente de: libros, revistas, artículos científicos, tesis de doctorado y tesis de máster.

Dentro de los documentos bibliográficos que hemos revisado destacan las siguientes referencias:

Ramió (2005), “Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya.”; Celma (2007), “Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras.”; Fernández, Santa Clotilde y Casado (2007), “Calidad de vida profesional en los profesionales en Atención Primaria de Soria.”; Cánovas (2008), “La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión.”; Cámara (2009), “Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112.”; Fernández (2009), “Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional.”; Díaz (2010), “Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud.”; Vanegas (2011), “La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para Enfermería.”; Rodrigo (2011), “Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol de autónomo en su contexto laboral.”; Hernández (2011), “Percepción de los profesionales sanitarios sobre la Responsabilidad Civil en Enfermería.”; Ferreira

(2013), “Factores del que ambiente laboral y su relación con el *turn over* en Enfermería.”.

Junto a estos documentos mencionados, se han consultado otros no tan recientes, pero de igual importancia en el momento de enriquecer y caracterizar el contenido teórico de esta investigación.

Las notas finales de este epígrafe van dirigidas a señalar aquellos otros documentos que de una u otra forma nos han servido para ampliar los conocimientos sobre otros asuntos relacionados con la investigación. Documentos entre los que podemos citar los siguientes:

Moreno (1997), “Percepción de factores que influyen en la calidad del cuidado de Enfermería.”; Zoucha (1999), “La utilización de métodos cualitativos en Enfermería”; Sánchez (2003), “Evaluación del clima laboral del personal de enfermería de las unidades de salud mental de un hospital.”.

CAPITULO II.
MARCO TEÓRICO.

2.1 BOSQUEJO HISTÓRICO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL

Desde los tiempos más remotos quien ha causado un daño debe responder por las consecuencias que ese ha daño ha producido, si bien es cierto que la forma de responder ha estado ligada al momento histórico que se tratase.

El Derecho Civil español es fruto de una larga evolución histórica, y dentro de éste, el principio de responsabilidad es una de las ideas y conceptos nucleares del Derecho que se muestra fuertemente entroncado en la aplicabilidad y despliegue de la norma jurídica desde sus inicios y orígenes.

No obstante, como bien señala Ferrándiz (1999), *en los últimos tiempos se ha destacado como la responsabilidad civil camina hacia soluciones que prescindan, en mayor o menor grado, del componente subjetivo de culpa, ante la exigencia social de dar satisfacción a la víctima.*

Especificado lo anterior, resulta interesante intentar comprender como, en los diferentes periodos históricos, las personas han respondido bajo el prisma de la responsabilidad civil por los daños que sus acciones hubiesen podido causar en un momento concreto.

La responsabilidad civil en los sistemas jurídicos primitivos.

En los primeros tiempos de la Humanidad no puede hablarse de responsabilidad civil, quizá hasta sea impropio hablar de derecho en el sentido actual.

Según Santos (1963) *“puede decirse que la primera relación jurídica, derivada de la necesaria convivencia social, es la de no causar daño a otro”*.

Pero en esos tiempos prehistóricos, el imperio de la fuerza se convierte en el primer instrumento de incipiente orden, siendo más que probable que las primeras discusiones habidas entre los seres prehistóricos terminaran a golpes y con la muerte de algún adversario; lesiones o muertes que, llegado el caso, eran reparadas con notorio fin vengativo.

Conforme fue avanzando el tiempo, estos seres prehistóricos tendieron a relacionarse e ir formando los primeros asentamientos tribales. En estos asentamientos, cuando la persona sufría un daño, ese daño no era considerado personal sino que afectaba a todo el grupo, y las represalias se tomaban contra toda la otra tribu a la que pertenecía el ofensor.

Posterior a este periodo en el que la venganza rige como elemento reparador de los daños causados entre los individuos, aparecerá otro periodo en el que el castigo que se imponga a quien o quienes produjeran un daño o daños será impartido por los antiguos sacerdotes tribales, al considerarse el castigo como elemento reparador de daños y, a la vez, como un posible elemento apaciguador de la ira de los dioses.

La responsabilidad civil en las leyes hamurábicas y prehamurábicas.

Con el transcurrir del tiempo, se produce un gran avance jurídico en el momento en que la venganza sufre una limitación cuando se devuelve mal por mal pero equivalente o proporcional. Este es un principio de proporcionalidad de la sanción con la falta cometida, en donde la fijación de la indemnización tiene relación con el daño causado. Se conoce como Ley del Talión.

La presencia de esta ley se constata en la antigua Babilonia (s. XVII a. de C.) mediante su aparición en el Código de Hammurabi (Alves, 2005), siendo ejemplo de esta presencia lo especificado en las siguientes leyes:

- Ley nº 196: “si un señor ha reventado el ojo de otro (señor) se le reventará su ojo...” (forma de condenar las agresiones físicas);
- Ley nº 206: “si un hombre (libre) ha golpeado a otro hombre (libre) en una riña y le ha causado una herida...”.

El Código de Hammurabi no distinguió entre Derecho Civil y Derecho Penal, sino que se compuso de leyes que trataban asuntos de la vida cotidiana y de leyes que reconocía una serie de delitos y, como tal, imponía una serie de castigos.

También se evidencia la presencia de la Ley del Talión en las leyes de Manú (E. Rohde, 1990) o Código de Manú, aunque su denominación correcta es la de Manava Darma Sastra. Conforman este Código un conjunto de reglas compuestas en el siglo III a. de C., siendo dividido en cinco textos, correspondiendo uno de ellos al código de las leyes civiles o Viavahara.

Será en el Derecho de la civilización sumeria, pero cuatro siglos antes de que haga su aparición el Código de Hammurabi, donde haga su

aparición el Código de Ur-Nammu, que ha sido denominado por Samuel N. Kramer, citado por Israel Drapkin (1982), como *Código legal más antiguo del mundo...*, y en el que, al menos tres de sus leyes especifican medidas pecuniarias de reparación frente a diferentes daños físicos causados por unos individuos respecto a otros.

Es preciso constatar también la importancia del Código de Lipit-Ishtar, por ser el antecedente directo del Código de Hammurabi. El Código de Lipit-Ishtar data aproximadamente del año 1860 a. de C. y mantiene medidas pecuniarias de reparación frente a daños, siendo una continuación del Código de Ur-Nammu.

Posteriormente, las Leyes de Eshnunna junto al Código de Lipit-Ishtar constituirán según Israel Drapkin (1982) *una especie de puente jurídico que vincula el Código de Ur-Nammu con el Código de Hammurabi, los asirios y los hebreos.*

La responsabilidad civil en el Derecho Hebreo.

Las Leyes de Moisés se sitúan cronológicamente alrededor del siglo III a. de C.

En estas leyes también hace acto de presencia la Ley del Talión, ya que cuando fueron dictadas a Moisés por Jehová, éste último aparece como un juez impasible poco tolerante con aquel que haya transgredido alguna de sus leyes. Así, en el Libro del Éxodo 21:12-14 se dice: *“Pero si alguno se ensoberbeciere contra su prójimo y lo matare con alevosía, de mi altar lo quitarás para que muera,..”*; igualmente en el Levítico encontramos ejemplos de esta Ley.

Así, en el libro del Levítico 24:19-21 se señala que: *“Y el que causare lesión en su prójimo, según hizo, así le sea hecho: 20 rotura por rotura, ojo por ojo, diente por diente; según la lesión que haya hecho a otro, tal se hará a él...”*.

Conforme se fue avanzando en el tiempo, los sabios hebreos advirtieron que el sistema del Talión no era el mejor, sobre todo porque a la víctima de nada le servía devolver el mismo mal al ofensor. Si había quedado ciego, al vaciar el ojo del ofensor seguía quedando tan ciego como antes.

Se pensó entonces que en algunos casos debía permitirse la indemnización por bienes equivalentes; aunque para Jurkowitz (1968), *la lógica inferencia es que debe darse preferencia al talión frente a la indemnización pecuniaria*. Esta compensación, en un primer momento, fue voluntaria, fijada por acuerdo de las partes; luego la autoridad fijó los valores y se pasó del sistema de compensación voluntario a uno reglado, quedando fijado el “quantum” de la indemnización por un órgano superior.

La responsabilidad civil durante la civilización romana.

Dentro de los antecedentes históricos de la responsabilidad civil resulta interesante detenerse en un periodo fundamental en la evolución social y jurídica del hombre: el **periodo romano**.

La responsabilidad legal durante esta época fue evolucionando desde una concepción puramente material, en la que se castigaba el daño ocasionado a las cosas o a los individuos, hasta una concepción en la que también se tenía en cuenta el posible daño moral causado al realizar una determinada acción.

En el primitivo Derecho Romano ya se produjo la distinción entre *Crimina pública* (una alteración del orden social; como por ejemplo, el parricidio, que acarrea la imposición de una pena pública ajena a toda idea de resarcimiento) y *Crimina privata* (cuando al causarse un daño a otro se impone un resarcimiento), pero será en la *Ley de las XII Tablas* (año 450 a. de C.) donde se encuentren ejemplos de limitación de la venganza mediante la idea de compensación (mediante pacto), por la cual la ofensa cesa en el ofendido al recibir una compensación pecuniaria (dineraria); aunque en un par de disposiciones de la Tabla VIII se siga haciendo referencia a la Ley del Talión.

La Ley de las XII Tablas vendrá a regular tres casos específicos de daños causados a las personas:

1. La inutilización de un miembro o de un órgano.
2. La fractura de un hueso.
3. Otro tipo de daños, entre los cuales podemos incluir las lesiones corporales no incluidas en los casos anteriormente señalados y las ofensas graves.

Refiere Espinosa de Rueda (1986), que *el vínculo personal entre deudor y acreedor que viene recogido en la Ley de las XII Tablas irá*

evolucionando hacia un derecho de compensación de contenido patrimonial; derecho que aparecerá reflejado por vez primera en la Lex “Aetilia Papilia”.

Asimismo, Espinosa de Rueda (1986) para valorar este derecho de compensación, hace suyas las palabras que Ihering (1880) utiliza para opinar sobre el significado de este derecho de compensación; figura a la que viene a catalogar como *una manifestación del espíritu práctico de la humanidad.*

Los antiguos romanos sintetizaron los grandes principios jurídicos en tres axiomas a los que el derecho podría reducirse como mínima expresión y, no obstante, ser suficientes para abarcar todos los aspectos a regular por las normas: *honeste vivere* (vivir honestamente), *sum cuique tribuere* (dar a cada uno lo suyo) y *alterum non laedere* (no dañar al otro). Este principio general de no dañar a otro hace que sea posible la vida en sociedad, y cuando es conculcado acarrea una sanción consistente en la obligación jurídica de indemnizar el daño causado.

Será la **Ley Aquilia** (287 a. de C.), la gran unificadora de todas las leyes que hablan del daño injusto, a tal punto que en cualquier manual de texto jurídico se usa la expresión responsabilidad aquiliana como sinónimo de responsabilidad civil extracontractual. Sin embargo, esta ley era, *un talión económico consistente en reconocer un derecho a causar al responsable los mismos daños económicos sufridos,* como bien dice Jansen (2000) en su obra *Estructura de un derecho europeo de daños.*

La Ley Aquilia, en palabras de De Aguiar (1957) se distribuía en tres capítulos:

- 1. El primer capítulo, trataba de la muerte de esclavos y animales.*

2. *El segundo capítulo, regulaba la disposición del adstipulator o acreedor adjunto con perjuicio del acreedor estipulante.*
3. *El tercer capítulo, se ocupaba del **damnum injuria datum**, capítulo más amplio y que comprendía las lesiones a esclavos y animales y la destrucción o deterioro de elementos corporales.*

La Ley Aquilia fue adoptada por los plebeyos a propuesta del tribuno Aquilio en un plebiscito, derogando las leyes que hablaban del daño causado injustamente (de damno injuria), tanto las de las XII Tablas así como otras que trataban de esta figura legal.

Esta ley concedía la “actio legis aquiliae”, que era la acción que asistía al propietario perjudicado para resarcirse del daño causado culposamente a un bien mueble propio.

Esta “actio legis aquiliae” tenía por finalidad que el culpable indemnizase por los daños causados; indemnización que equivaldría al valor máximo que la cosa hubiera alcanzado en ese año, siempre que se tratase de la muerte de un esclavo o de un animal cuadrúpedo, por ser estos dos elementos los que constituyeron preferentemente para los romanos el sujeto pasivo de la ley que tratamos.

Como bien expuso Díaz (1980), la *actio legis Aquiliae se encaminaba primordialmente a infringir un castigo a quien causaba un daño injusto, y no a obtener el resarcimiento; ya que eran las acciones reparatorias las que finalmente producían la reparación del daño.*

Gran parte de los tratadistas señalan que el Derecho Romano no pudo establecer, como fenómeno aislado, el concepto de reparación; así, no pudo nunca el Derecho Romano formular una teoría independiente de la responsabilidad civil, pues estaba ligada, de una u otra forma, al concepto de responsabilidad penal.

Durante esta época histórica surgirán figuras no contempladas en la ley. A estas figuras los pretores les dieron la denominación de *cuasi ex delitos*.

En épocas posteriores, y así nos han llegado, los glosadores se encargarían de su transmisión a generaciones posteriores.

Asimismo, tenemos que señalar que, si bien el Derecho Romano supuso cierta unificación jurídica, ésta no supuso la desaparición total del Derecho Consuetudinario que estaba establecido en los distintos pueblos que los romanos iban conquistando.

En el momento histórico actual, como bien dice Castresana (2001), *las fuentes del derecho romano nos ofrecen las soluciones más desarrolladas de los problemas jurídicos recurrentes. De ahí que ante los tribunales internacionales se acuerde hoy resolver las controversias conforme al derecho romano. Y uno de los casos más significativos es la materia de responsabilidad extracontractual...; En este sentido, merece la pena destacarse la Sentencia del Tribunal Europeo de 25 de febrero de 1968 que en una nota a pie de página se refiere directamente a un texto de Paulo D.1, 3, 26,28, y adopta el criterio de interpretación del jurista como principio general en responsabilidad por daños.*

En la Península Ibérica, junto a un Derecho general de Roma, existió un Derecho especial integrado por los Edictos provinciales de los gobernadores, las Leyes de Colonias y Municipios, y por las diferentes leyes de territorios mineros.

De forma general, siguiendo a Díez-Picazo (1999), se puede señalar que los hechos dañosos que generaban responsabilidad en Derecho Romano eran los siguientes:

- I. Los que provocaban la destrucción, alteración o cualquier daño a las cosas corporales (*Damnun iniuria datum*), cuya acción correspondería inicialmente al dueño de la cosa y luego se amplió

al poseedor, al usufructuario, al acreedor prendario y al arrendatario que también quedaron legitimados para ejercitarla.

- II. Las lesiones corporales y muerte a una persona (*Utilis Aquiliae Actio*), cuyo resarcimiento comprendían los gastos de curación, las ganancias dejadas de obtener y la adquisición de la capacidad para adquirir en el futuro, pero aún no el *pretium doloris*.
- III. Los daños causados por los animales; responde aquilianamente quien haya tenido la culpa, aunque en este particular ya se contempla como culpa la negligencia en la custodia y la falta de destreza al cabalgar o guiar al animal.
- IV. El daño patrimonial injusto y malévolo que no pueda resarcirse por otra vía (la acción aquiliana se limitaba sólo a la destrucción de cuerpos) siempre que al haberlo causado se hubiese actuado con dolo (*actio doli*).
- V. Finalmente, las ofensas, el injusto desprecio a la personalidad (como la perturbación en el uso de una cosa común o el impedimento al propietario para obtener frutos del bien de su propiedad), y otro extenso número de casos que se comprendían en esta acción (la *iniuria*).

La responsabilidad civil durante la época medieval.

Tras la caída del Imperio Romano de Occidente, los textos romanos se pierden durante siglos, hasta que en el siglo XI se redescubren y empiezan a ser investigados, siendo uno de los puntos más interesantes de este periodo el intento de reelaborar la Ley Aquilia despojándola de su carácter penal y comenzando a limitar la indemnización de los daños al perjuicio o mal efectivamente sufrido.

Este redescubrimiento vendrá a coincidir en el tiempo con la fundación de la primera institución universitaria en Europa: la Universidad de Bolonia en el año 1088. Será en estas instituciones donde se empiecen a interpretar, analizar y discutir sobre los textos legislativos.

Las primeras personas (glosadores) que se dedicaron al arte de realizar las funciones anteriormente señaladas (interpretar, analizar y discutir sobre los textos legislativos), empezaron, a su vez, a resumir en frases cortas el fruto esas discusiones, conocidas como glosas.

Señalar que, aún hoy día, no se ha explicado la subsistencia de las escuelas jurídicas que, ocupándose de la ciencia del derecho romano, marcasen siquiera un enlace débil, pero sin interrupción, a través de los siglos VI al X, entre lo especificado en el Código de Justiniano (data del año 529 d. de C. y está compuesto por doce Libros) y los glosadores.

Díez-Picazo (1999) describirá las líneas significativas que, en materia de responsabilidad civil, son importantes en el periodo correspondiente a la escuela de la glosa y posglosa. Estas líneas se resumen en:

- ❖ Superación del carácter penal de los textos romanos sobre la Ley Aquilia, convirtiéndolos en acción indemnizatoria.

- ❖ Admisión de la responsabilidad directa del amo por los daños causados por sus dependientes.
- ❖ Atribución de un carácter general a la acción de la Ley Aquilia.
- ❖ Posibilidad de resarcimiento en naturaleza y no sólo pecuniario.

La invasión del Imperio Romano de Occidente por los pueblos bárbaros supuso que en algunos territorios coexistieran dos legislaciones al mismo tiempo: la de vencedores y la de vencidos.

Así, en el territorio español, durante esta época histórica, convivió una legislación hispanoromana (manifestada principalmente en la “Lex romana visigothorum” o “Código de Alarico”) con una legislación hispanogótica (representadas por las “Leges Theodoricianae”: el Código de Eurico, el Código de Leovigildo y, sobre todo, por la “Lex Visigothorum”, también conocida por “Liber Iudiciorum” o vulgarmente “Fuero juzgo”).

Esta legislación hispanogótica estuvo vigente durante el periodo de Reconquista, pero la aparición de varios estados independientes en la Península Ibérica, junto a otros hechos históricos, vino a determinar la diferenciación de regímenes jurídicos en los distintos estados que vinieron a estructurar políticamente la Península Ibérica.

En el territorio castellano hubo un primer apogeo de los fueros municipales con una posterior tendencia a la unificación jurídica; aunque la constitución definitiva del Derecho castellano está representada por el Ordenamiento de Alcalá de 1348.

De otro lado, durante el Medievo, se nota la influencia de la Iglesia Católica; así, a la responsabilidad civil se la intenta dotar de un sentido moral similar al pecado, y la obligación de reparar el daño causado se justifica por un actuar reprochable del actor.

En la época medieval, en territorios hispanos, también operará la recepción del *Ius Commune* a través de “*Las Siete Partidas*” de Alfonso X “El Sabio”, obra legislativa por excelencia durante este periodo.

En ellas, el daño es definido como “*empeoramiento o menoscabo que ome recibe en si mesmo o en sus cosas por culpa de otro*”. Este fragmento literal de las Partidas denota que, junto a los daños patrimoniales, se reconocen otros de naturaleza extramatrimonial identificados con el menoscabo que el hombre recibe en sí mismo.

Asimismo en la Ley VI, del Título XV de la Séptima Partida, se intuía de un modo amplio: “*...aquel que hiciera daño a otro por su culpa, es tenuto facer enmienda dél...*”.

Época moderna.

Durante esta época proseguirá la evolución histórica del Derecho Civil español con dos notas características:

1ª. Proceso de expansión del Derecho castellano al resto de territorios peninsulares; proceso que culminará con la proclamación a principios del siglo XVIII de los llamados Decretos de Nueva Planta de Felipe V.

2ª. Proceso de recopilación de los distintos textos normativos; que habiendo tenido históricamente durante los siglos XV al XVIII, un tratamiento de ordenación imperfecta, pasarán a tener un tratamiento de ordenación perfecta durante el siglo XIX,

Destacar como frutos de esas primeras recopilaciones, con una ordenación imperfecta, el denominado Ordenamiento de Montalvo u Ordenanzas Reales de Castilla, que datan del año 1484 y las Leyes de Toro que datan del año 1505. Estas últimas estaban inspiradas en el Ordenamiento de Alcalá de 1384.

Ejemplo de lo señalado como recopilaciones con una ordenación perfecta, serán los distintos Códigos del siglo XIX.

El Derecho Natural y la responsabilidad civil.

Dentro de la relación histórico temporal que hemos ido narrando de forma sucinta para tratar de explicar la evolución de la figura jurídica objeto de este estudio hay que señalar que, las bases de la estructura de la responsabilidad civil, al menos, en la forma en la que nosotros la hemos recibido, no tuvieron su fundamento principal en el derecho romano, sino que fue la escuela de Derecho Natural la que sentó las bases de una nueva concepción de la responsabilidad.

Uno de los grandes méritos de la escuela del Derecho Natural es haber dotado a la responsabilidad civil extracontractual de una nueva base y de la configuración dogmática que, a posteriori, aparecerá en el Código Civil de Napoleón.

Para Díez-Picazo (1999), la primera formulación de esta construcción doctrinal se encuentra en la obra del holandés Hugo Grocio.

Grocio, fundador de la Escuela Racionalista del Derecho Natural, contemplará tres diversas fuentes de obligaciones: *pacta*; *maleficia* y *lex*.

Conforme a esta nueva concepción, el **maleficio** es una figura autónoma caracterizada por un único elemento común: la culpa; “*maleficium his aspellamus culpam omnem, sive in faciendo, sive in non faciendo, pugnans cum meo quod aut homines communiter aut pro ratione certae qualitis facere...*”. “*Ex tali culpa obligation naturaliter oritur si damnum datum est, ut id resarcitur*”.

Surge aquí, por primera vez, el principio de que el hecho ilícito como tal genera la obligación del daño causado: el hecho ilícito, como fuente extracontractual y autónoma, creadora de una serie de obligaciones.

Establece también un nuevo concepto de daño, considerando que es cualquier lesión “*qua ad corpus, famam, pudicitiamve hominis spectat*”.

En el Derecho Natural, los derechos personales u obligaciones surgen del pacto o de la desigualdad, pero no de la desigualdad humana, sino de la que viene determinada por un provecho en beneficio de otro, o la desigualdad que es causada por otro.

Los postulados de Grocio influyeron notablemente en las obras de Domat y de Pothier, autores franceses considerados como precedentes del Código Civil francés de 1804.

Alpa (2006), señala a *Jean Domat como el jurisconsulto que separa las órbitas de la responsabilidad civil y penal*; a la vez que indicaría los tres tipos de culpas que pueden generar daños: *las provenientes de un delito, del incumplimiento de un contrato y las que no tienen relación ni con unas, ni con otras*.

Así, la teoría de Domat contendrá los elementos que ya habían sido sentados por los romanos, combinados con la doctrina canónica de deber moral y el principio de libertad individual.

Para Urrejola (2011), *un siglo más tarde Pothier vino a desarrollar la idea de que el deudor sólo sería responsable del deterioro, de la pérdida o de la destrucción de la cosa debida si no hubiese desplegado una conducta diligente en el cuidado y conservación de ella*.

Por el contrario, si desplegaba una conducta diligente e igualmente ésta sufría un deterioro, un daño o se perdía, el deudor no sería responsable frente al acreedor porque se había comportado de forma diligente.

Domat y Pothier, forjaron la teoría clásica de la responsabilidad con los elementos iniciales del derecho romano, reformulados por los

juristas de la época medieval y cristalizada por la doctrina del derecho natural racionalista; aunque no es menos cierto que los principios establecidos a partir del Derecho Canónico y la escuela del Derecho Natural, se han mantenido en el tiempo como criterios importantes para atribuir responsabilidad en la mayoría de los ordenamientos jurídicos.

La responsabilidad civil durante la época de la codificación.

Constatada la importancia que ha tenido el nexo Derecho Natural y responsabilidad civil, hemos de subrayar que fue la situación de resarcimiento patrimonial la que pervivió en posteriores etapas, llegando a dominar este pensamiento inclusive hasta la época de la codificación.

En esta época, ni siquiera se planteó la posibilidad de otorgar una protección civil a lo que hoy conocemos como derechos de la personalidad. Ello fue debido a la patrimonialización de que fue objeto el Derecho Civil.

Prueba de esto lo evidencia la calificación del Código Civil francés de 1804 o Código de Napoleón como código de la propiedad o de los bienes, y que se inspiró en dos reconocidos juristas de la época: Domat y Pothier.

Según se desprende de la versión en castellano que Vilarrubias y Sardá (1844) realizan de la obra de Domat “*Las Leyes Civiles en su orden natural*”, en ella se describe las distintas clases de daños, constatándose que *los daños causados por una persona deben de ser reparados por la persona que los ha causado*.

Por su parte Porthier, en su obra *Tratado de las obligaciones*, citado por Amunátegui Perelló (2009), conceptualizará el delito como *el hecho de la persona que con dolo causa un daño a otra persona*.

El principio de responsabilidad por culpa señalados por Domat y Pothier pasó al Código de Napoleón, en el que se establecía como regla general que todo daño inferido a otro debe de ser reparado si se debe al “hecho o culpa” del autor, constituyéndose así, *la culpa como eje central del sistema de responsabilidad*, según señala López (2006).

El sistema de responsabilidad basado sobre este principio de culpa, se extendió a todo el derecho occidental derivado del Código Civil Francés de 1804.

La influencia de este código en la mayoría de las codificaciones civiles de los países continentales determinó que también en ellas la protección civil de la persona quedara relegada a un segundo plano, situación que cambió a partir de la Constitución de Weimar: “... *la persona se contempla no sólo en la dimensión patrimonial sino en su integral dimensión y, por tanto, como portadora de unos derechos inherentes a esta condición sobre los bienes de su personalidad...*”.

Es decir, se produce el fenómeno inverso: lograda la protección de los bienes materiales, surgirá la preocupación por otorgar una mayor tutela a los derechos de la personalidad, los cuales, considerados como la plasmación de la esencia de la persona, deben de ser protegidos no solo desde una perspectiva penal sino también civil.

En España el movimiento codificador, si bien ya había iniciado su desarrollo a finales del siglo XVIII, tomará cuerpo en 1812 con la promulgación de la Constitución de Cádiz.

Este relevante acontecimiento histórico no supuso en modo alguno que se produjese una ruptura entre el orden jurídico anterior y el nuevo orden jurídico que vino a establecerse.

No será hasta el 11 de mayo de 1888 cuando se apruebe la denominada Ley de Bases que contenía los fundamentos y líneas directrices del futuro Código Civil publicado mediante Real Decreto el 6 de octubre de 1888, cuya entrada en vigor fue prorrogada por Real Decreto de fecha de 1 de febrero de 1989.

Esta Ley de Bases viene a proclamar, de forma expresa, que se mantenga el “*sentido y capital pensamiento de las instituciones civiles del Derecho histórico*”.

Realizándole las oportunas enmiendas y adiciones, el 24 de julio de 1889, se publica el Real Decreto con el texto del Código Civil, el cual, en sus primeros cincuenta años de existencia, sólo tuvo dos modificaciones. Será a partir del año 1939 cuando las reformas que han ido afectando al texto original se sucedan con relativa frecuencia, reformas muchas de las cuales han sido esenciales para la modernización de nuestro Derecho Civil.

El Código Civil español, aun regulando las principales instituciones del Derecho Civil español, ni contiene en su integridad todo el marco normativo que compone el Derecho Civil español, ni todo su contenido se refiere de forma explícita a las instituciones civiles.

Como epílogo de este bosquejo histórico, cabe señalar que los textos del Código Civil no se aplican de forma íntegra en los denominados territorios forales que coexisten actualmente en el Estado español (Cataluña, País Vasco, Aragón, Baleares, Galicia y Navarra), sino que estas comunidades autónomas cuentan con sus particulares leyes civiles en determinadas materias, caso del derecho de familia y régimen de sucesiones.

2.2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Si bien nuestra intención original era centrarnos fundamentalmente en el objeto principal de este estudio, es decir, la responsabilidad civil extracontractual, conforme fuimos avanzando en la revisión bibliográfica vimos la necesidad de analizar y aportar otros argumentos distintos al mero fundamento jurídico que ayuden a contextualizar el ser de la responsabilidad civil.

Estos argumentos, por otro lado, constituyen a la vez parte esencial del todo que conforma esta figura jurídica y, además, nos ayudan a tener una visión más cimentada sobre la responsabilidad civil.

Cuando distintos autores fundamentan su explicación sobre el concepto de responsabilidad civil basándose en “*el principio de justicia que impone la necesidad de restablecer el estado anterior a la lesión causada injustamente*”, como bien señala Bustamante (1993), o tomando a Yaguez (1989) “*la sanción jurídica de la conducta lesiva responde a una elemental exigencia ética...*”, estas fundamentaciones y otras análogas que pudieran presentarse parecen insuficientes por sí mismas para tales explicaciones conceptuales, por lo que resulta interesante repasar de forma somera los fundamentos filosóficos.

Así, para poder definir los objetivos de la ciencia jurídica y su ordenamiento, resulta evidente la necesidad primera de realizar un estudio analítico de los fundamentos del conocimiento, en este caso centrados en la responsabilidad civil extracontractual.

Para ello, acudimos a la filosofía porque del pensamiento filosófico antiguo y moderno se deducen concreciones conceptuales que

pueden servir de apoyo/base a los juristas para elaborar las normas que rigen la especialidad.

Partiendo de la base de que la responsabilidad civil es la obligación que recae sobre una persona de reparar el daño que ha causado a otra, y que la responsabilidad extracontractual surge cuando el daño o perjuicio causado no tiene su origen en una relación contractual sino en cualquier otro tipo de actividad, derivamos que la responsabilidad civil extracontractual nace de la comisión de actos ilícitos donde no hay delito aunque sí haya culpa o negligencia.

A este respecto, en el ámbito filosófico se mueven materias referentes a la función de la responsabilidad civil, los valores que plasman sus reglas y la forma práctica de reparar el daño, todo ello con el fin último de la realización de la justicia reparando el perjuicio.

Los valores que sostienen la responsabilidad civil en el mundo heleno clásico nacen de la necesidad de supervivencia y coexistencia del hombre en sociedad para lograr el bien común (*todos dependemos de todos* -según Platón-), atendiendo a un acuerdo (ideas transformadas en instituciones) que garantice la paz social.

Platón señala, dentro del contexto de Diálogos, en su obra La República, que la existencia del Estado supone la implantación de un orden en el que *el bueno será estimulado al bien y el malo corregido y educado*.

Desde esta posición, la justicia se constituye en la virtud por excelencia, basada en el principio del respeto entre los individuos de la sociedad y del conocimiento por parte de cada ciudadano de sus deberes; y derivada de la aplicación de la justicia, el grupo convive en equilibrio, siendo el Estado quien tiene el deber de lograr la felicidad de todos (gobierno como servidor de las leyes).

Aristóteles desarrolla el concepto de la relación armónica de las partes y la compensación y el igualamiento para reparar el daño, y define la justicia correctiva como *el justo medio entre la pérdida de uno y la ganancia de otro*, de modo que la balanza quede equilibrada.

Esta expresión que aparece en *Ética a Nicómaco*, va a ayudar a que se sienten las bases de la responsabilidad civil mediante la justicia distributiva (reparto en igualdad de bienes y honores según los méritos) y la justicia rectificadora o igualadora (que compensa de forma imparcial el daño causado).

Cuando Aristóteles se refiere al concepto de equidad, habla del tratamiento singular de aquellos casos no previstos por las reglas generales para mantener el estándar de justicia establecido con dichas reglas para los casos típicos. Así, la equidad equivale a la justicia misma cuando actúa en casos no recogidos por la justicia promulgada (leyes), aunque como origen de normas se convierte en un tema muy debatido doctrinalmente.

Señala Aristóteles, en la introducción al capítulo primero del Libro I de su obra *Ética a Nicómaco* (pág. 23), *“Todo arte y toda investigación, toda acción y elección parecen tender a algún bien”*. Como bien afirma Marcos (2001), *Aristóteles no pretende inventar una moral nueva desde la ética filosófica, sino aclarar los problemas morales concretos*.

De todo lo expuesto anteriormente, derivamos varias ideas básicas: las leyes han de basarse en el principio de justicia, han de ser generales (para suponer mayor cobertura ante el daño), y han de perseguir la paz social a través de una normativa correctiva que no cree inseguridad jurídica.

Realizando un breve repaso por los pensamientos filosóficos de la civilización romana, no podemos obviar a **Cicerón**, que definirá los

derechos públicos de los ciudadanos. Cicerón tendrá muy claro el significado de la ley natural en el sentido de que, tanto en el ámbito individual como social, los asuntos humanos están regidos por la razón, y que el Estado ofrece respuestas para organizar la vida de seres sociales racionales.

Avanzando históricamente, vemos como **Santo Tomás de Aquino** aún la tradición clásica con la revelación cristiana, según la cual el epítome/extracto de la ética es el amor al prójimo (desear el bien de todo hombre).

Así, dentro del pensamiento tomista se distinguen tres formas de justicia: la justicia conmutativa (relación del individuo con otro individuo), la justicia distributiva (relación de la comunidad con cada miembro que a ella pertenece), y la justicia legal (relación de cada miembro con su comunidad). Para Santo Tomás, solo la justicia conmutativa logra la igualdad de derechos, ya que una persona justa, desde esta perspectiva, es quien da al otro lo que le debe.

Con la evolución del pensamiento filosófico, la **escuela racionalista** transforma la concepción sobre el bien y el mal que aportaba el iusnaturalismo teológico (para el cual la razón es consecuencia de la creación de Dios) en iusnaturalismo racionalista, que diferencia el camino entre razón y teología, entendiendo el Derecho Natural como un código completo y cerrado de normas procedentes solo de la razón humana.

El **iuspositivismo** (o positivismo jurídico), por el contrario, es una doctrina que establece lo justo y lo injusto en base exclusiva a los dictados del poder soberano, y no en un derecho que se pretende superior por fundarse supuestamente en la naturaleza, en la razón, o en Dios, como postulaban tendencias anteriores. Según esta doctrina, va a ser el Estado quien cree las reglas.

No podemos concluir sin obviar la **teoría aristotélico-kantiana** de la justicia, que se basa en la igual libertad de todos los hombres. Para esta teoría, el derecho de daños tiene como fin, no una eficiente compensación, sino una “justa” compensación y disuasión. La concepción de Aristóteles, al igual que la de Kant, es igualitaria y basada en la igualdad absoluta de la dignidad de todos los hombres por el solo hecho de ser seres racionales y libres.

En cualquier caso y como resumen, podemos concretar que aunque los estudiosos de la responsabilidad civil no suelen interesarse por los fundamentos filosóficos de la misma -que hemos resumido de forma sucinta-, la evolución de la misma está íntimamente relacionada con el pensamiento trascendente.

Así, ha quedado claro que la justicia desde sus orígenes ha dado una base sólida a la obligatoriedad de indemnizar, bajo el fundamento filosófico aceptado por todos de que vivir en sociedad supone no hacer daño al prójimo, y en caso de producirse el perjuicio, la obligación de reponer o indemnizar tal daño causado. Este es el origen de la responsabilidad en todas las épocas, al margen ya de diatribas sobre si deriva de la naturaleza humana, la razón o la aportación de la religión.

2.3 RESPONSABILIDAD CIVIL.

2.3.1 Concepto de responsabilidad y su clasificación.

En el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, el término “responsable” viene definido con diversas acepciones. De este modo, responsable es una persona que *pone atención y cuidado en lo que decide*; pero también resulta responsable la persona que está *obligada a responder de alguna cosa o de alguna persona*.

Esta última acepción señalada con anterioridad es la que, desde una perspectiva jurídica, da pie al término responsabilidad; no obstante, y parafraseando a Sanz (2001): *“se ha constatado la existencia de varios significados de “responsabilidad” que le confieren un carácter ambiguo, que no sólo ha llevado al fracaso los intentos de definir un concepto unitario de responsabilidad que comprenda todas las instituciones que bajo este rótulo ha instaurado el Ordenamiento, sino que además, dadas las diferencias existentes entre estas instituciones, la perspectiva de lograrlo es poco esperanzadora”*.

El vocablo responsabilidad deriva del latín “respondeo” y el propio diccionario de la Real Academia Española de la Lengua lo define como *deuda u obligación de reparar y satisfacer*, definición que, trasladada al ámbito jurídico, vendría a significar *la obligación que adquiere una persona de resarcir el daño que previamente ha causado*.

Según nuestro Código Civil (CC), las obligaciones generadoras de responsabilidad nacen:

- a) De la ley, de los contratos y de los cuasicontratos.
- b) De los actos u omisiones ilícitos o en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia. Dentro de este grupo hay que distinguir entre:

En primer lugar, las nacidas de actos u omisiones por constituir faltas o delitos tipificados en el Código Penal.

En segundo lugar, las nacidas de actos u omisiones que no llegando a constituir una infracción penal, constituyen actos ilícitos en los que interviene culpa o negligencia. Dentro de éstas, se agrupan las que generan una responsabilidad contractual y las que generan una responsabilidad aquiliana o extracontractual, regulada en los artículos 1101 y siguientes, junto con el 1902 y siguientes del Código Civil respectivamente.

No obstante lo anterior, la responsabilidad también podemos clasificarla atendiendo a:

1º. En función de la clase de norma jurídica que se contravenga.

Bajo este prisma la responsabilidad puede ser:

a. Responsabilidad civil, según la cual, cualquiera que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado (artículo 1902 del Código Civil).

b. Responsabilidad penal, según la cual, aquel que atente contra un bien jurídico protegido, llevando a cabo una conducta tipificada en el Código Penal, sufrirá la consiguiente pena y hará frente a la correspondiente responsabilidad civil que se derive de su comportamiento.

Aunque el Código Penal trata la responsabilidad civil en los artículos 109 a 122, también la Ley de Enjuiciamiento Criminal abarca en los artículos 100 a 117 de las acciones civiles derivadas de la comisión de un delito.

c. Responsabilidad administrativa derivada, en su caso, del incumplimiento de las diferentes normas y reglamentaciones de carácter administrativo vigentes.

d. Responsabilidad laboral derivada, en su caso, del incumplimiento de la vigente legislación laboral.

e. Responsabilidad militar derivada, en su caso, del incumplimiento de las diferentes normas legales de carácter militar por quienes ostentan tal condición.

2°. *En función de la actividad que desarrolle el sujeto responsable*, la responsabilidad podemos desglosarla en cuatro grupos:

1. Responsabilidad profesional, que será aquella responsabilidad derivada del ejercicio de una determinada profesión ya sea en el ámbito público (personal laboral, estatutario o funcionario dependientes de las diferentes administraciones públicas) o en el ámbito privado.

2. Responsabilidad empresarial, que será aquella responsabilidad que tiene el empresario y que emana o bien de la relación laboral que establezca con sus empleados, o bien de la surgida por las acciones que realicen estos últimos bajo el ámbito de dirección, supervisión y organización del primero.

3. Responsabilidad en calidad de cargo electo para ejercer un determinado cargo público.

4. Responsabilidad ética.

3°. *En función de que la responsabilidad derive o no de un contrato*, la responsabilidad (civil), como veremos más adelante, puede clasificarse en:

1. Responsabilidad contractual.

2. Responsabilidad extracontractual.

La responsabilidad también puede ser calificada como objetiva, subjetiva, directa, subsidiaria, solidaria y mancomunada.

La *responsabilidad objetiva* se constata al imponérsele a un sujeto la obligación de responder frente a un daño ocasionado, prescindiendo totalmente de la valoración de la forma de obrar del sujeto; es decir, no se valora si la actuación del individuo en cuestión ha sido negligente o no lo ha sido.

La *responsabilidad subjetiva* está conformada en torno a la idea de culpabilidad y tiene su origen en la actuación negligente de un individuo; es decir, un sujeto responde frente a las consecuencias de una determinada acción por haber actuado de forma culposa.

La *responsabilidad directa* es aquella que puede exigírsele a un sujeto o bien porque este sujeto ha sido el causante de un determinado daño, o bien porque existe una norma legal que habilita a una persona a solicitar una determinada responsabilidad respecto a otra con independencia de que la misma no haya causado el daño.

La *responsabilidad subsidiaria* es aquella en la que un sujeto distinto del obligado a responder, debe asumir tal responsabilidad en defecto del sujeto obligado principal.

Respecto a la *responsabilidad solidaria y mancomunada* cabe decir que la regla general en materia de responsabilidad civil es la de mancomunidad, constatándose que la solidaridad no se presume a no ser que así venga establecida a través de una ley o mediante una sentencia judicial; de tal forma que se considera que cuando haya una pluralidad de sujetos obligados frente a un daño con un determinado porcentaje de culpa cada uno de ellos, sólo quedarán obligados a responder de la parte del daño atribuible a la actuación que hubiesen tenido contraria a derecho.

La responsabilidad solidaria se constataría al considerar que no cabe distinguir distintos grados de participación entre la pluralidad de sujetos obligados frente a un daño, por lo que el perjudicado podrá exigir la totalidad de la responsabilidad a cualquiera de los sujetos responsables, sujeto que vendrá obligado a responder por el total del daño ocasionado.

En este supuesto, en el de la responsabilidad solidaria se genera una doble relación: una externa y otra interna.

En la primera de ellas, relación externa, la relación se produce entre el sujeto lesionado y los sujetos obligados a responder frente a ella, en virtud de la cual el sujeto lesionado podrá exigir de cualquiera de los sujetos responsables que se satisfaga la totalidad de la deuda; en la segunda de ellas, relación interna, la relación queda establecida entre los distintos sujetos obligados, en virtud de esta relación el sujeto obligado que ha hecho frente a la responsabilidad podrá exigir del resto de sujetos obligados la parte proporcional de deuda que le corresponde a cada uno de estos últimos.

Asimismo, señala Arnau (2008) *la doctrina jurídica también se encarga de caracterizar la responsabilidad desde tres puntos de vista partiendo de quien sea el causante de los daños.*

De esta forma:

- ✓ Responsabilidad por actos propios; en ella el causante de los daños es el responsable de los mismos. Esta clase de responsabilidad se asienta en el artículo 1902 del Código Civil.
- ✓ Responsabilidad por hecho ajeno; en este supuesto se responde por los daños producidos por otra persona, de la que se tiene el deber de responder.

En este supuesto estaríamos refiriéndonos a lo dispuesto en el artículo 1903 del Código Civil, que impone a determinadas personas el deber de indemnizar como consecuencia de los daños causados, no por ellos mismos, sino por otras personas de quienes se debe de responder.

Ejemplo de lo señalado es la responsabilidad que tienen los padres o tutores de los menores o, en su caso, incapacitados que se hallen bajo su guarda o tutela.

No obstante lo especificado, hay que tener en cuenta lo que viene señalado en el último párrafo del citado artículo 1903 de nuestro Código Civil: *“la responsabilidad de que trata este artículo cesará cuando las personas en él mencionadas prueben que emplearon toda la diligencia de un buen padre de familia para prevenir el daño”*.

Bajo este epígrafe también cabe englobar la responsabilidad civil de la administración por daños causados a particulares; responsabilidad que si bien se regula por diferentes leyes de carácter administrativo, tiene su origen en lo dispuesto en el artículo 106.2 de nuestra Constitución: *“... a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*.

- ✓ Responsabilidad por los daños causados por animales y cosas.

El Código Civil, en los artículos 1905 a 1908, establece las reglas que permite imputar la responsabilidad de los daños causada por animales y cosas.

No podemos sustraernos, para finalizar toda esta tipología de clasificaciones, de la que realizó Sanz (2000) sobre la responsabilidad en el Derecho Positivo. Así, para este autor, *pueden detectarse tres*

sistemas principales que vendrían a englobar el resto de manifestaciones encuadradas bajo el término responsabilidad.

Estos sistemas serían:

1ª. Responsabilidad penal o sancionadora, la cual incluye la responsabilidad administrativa sancionadora.

Para Sanz (2000), este sistema de responsabilidad sería el más cercano, en cuanto a estructura y función, el que más se aproxima a la responsabilidad moral teniendo en cuenta que esta sirve de refuerzo a las normas que prescriben o prohíben modelos de conducta.

2ª. Responsabilidad civil subjetiva.

Esta responsabilidad surgirá ante un acto antijurídico causante de un daño que ha de ser reparado.

La culpabilidad del autor, como criterio de imputación, es lo que le confiere el carácter subjetivo.

3ª. Responsabilidad civil objetiva.

Se prescinde, en este caso, de no recurrir a la culpabilidad como criterio de imputación.

En este supuesto de responsabilidad civil objetiva, lo que se hace es imponer la obligación de reparar el daño producido como consecuencia de la concreción de los riesgos de determinadas actividades.

2.3.2 Concepto de responsabilidad civil.

Si bien es cierto que entendemos por responsabilidad civil la obligación de reparar o de compensar económicamente los daños causados a otros, no es menos cierto que la doctrina, a la hora de conceptualizar la responsabilidad civil, no es unánime y podremos encontrar un concepto u otro según se le conceda mayor o menor importancia a cada uno de los elementos que vienen a integrar la responsabilidad civil.

Así, para Roca Trías y Navarro Michel (2011), *lo más importante que viene a caracterizar a la responsabilidad civil es el daño, no habiendo responsabilidad si el daño no está presente.*

Por su parte, para Yzquierdo (2001), *existirá responsabilidad civil cuando se constate una acción u omisión que tenga relación con un daño mediante un nexo de causalidad.*

Para los hermanos Mazeaud y André Tunc (1963): *“para que exista responsabilidad civil se requiere un daño, un perjuicio; en consecuencia, una persona que sufre, una víctima... desde el instante en que el autor del daño y la víctima son dos personas diferentes va a surgir un conflicto, por pedirle la víctima al autor la reparación del perjuicio sufrido. Ese conflicto es todo el problema de la responsabilidad. Por lo tanto, cabe decir que una persona es responsable siempre que debe reparar un daño; tal es, desde luego, el sentido etimológico de la palabra: el responsable es el que responde”.*

Otros autores como Martínez (2010), consideran el *sistema de responsabilidad civil como la institución sobre la que se proyecta todo el Derecho Civil.*

Tener responsabilidad significa, en definitiva, tener capacidad para responder de algo y, en ese contexto, se trata de la capacidad -como presupuesto de la imputabilidad- para responder de las actuaciones en

cuanto trasciendan a ámbitos de distinta naturaleza. Así pues, tomando a Corbella (2006), hablamos de responsabilidad civil cuando se producen daños a los demás.

2.3.3 Funciones de la responsabilidad civil.

Las funciones primordiales que cumple el sistema de responsabilidad civil en nuestro ordenamiento jurídico son:

➤ Función compensatoria o resarcitoria: su finalidad radica en compensar el daño o perjuicio causado. Del conjunto de funciones que cumple nuestro sistema de responsabilidad civil, es esta función, la función resarcitoria, la que resulta primordial para el sujeto lesionado, ya que a través de ésta se trata de compensarles por el daño causado.

Para Cossío (1977), la característica fundamental de esta función es la de *determinar cuál es el patrimonio que en último término deberá soportar las consecuencias dañosas*.

Pantaleón (1991) añade que las características que confirman la función reparadora de la responsabilidad civil son:

a. la responsabilidad civil se gradúa de acuerdo a la gravedad del daño causado;

b. no sólo puede reclamar la víctima, sino también sus familiares;

c. la posibilidad de establecer un seguro de responsabilidad civil.

➤ Función distributiva: su fundamento radica en el principio de justicia distributiva. Esta función trata de distribuir los posibles riesgos de que produzca un determinado daño en un individuo al conjunto de la sociedad.

➤ Función disuasoria o preventiva: su finalidad es la de disuadir a todo individuo susceptible de realizar un daño e intentar que se tomen las medidas de prevención oportunas para evitarlo. Esta función disuasoria o preventiva responde, según Pena (2004), a *un reflejo del ejercicio de la actividad punitiva del Estado que ha ido*

pasando progresivamente del castigo a la prevención, tratando de evitar mediante la intimidación y la educación la repetición del comportamiento generador del daño....

➤ Función demarcatoria: a través de esta función se trata de establecer lo que permiten y lo que prohíben las diferentes normas jurídicas, permitiendo demarcar el conjunto de reglas conductuales de la vida en sociedad. En este punto, hay que señalar que esta función demarcatoria no es exclusiva del sistema de responsabilidad civil sino que su cumplimiento supone una característica general de gran parte de las normas que integran nuestro ordenamiento jurídico.

El ordenamiento jurídico español, imponiendo la obligación de reparar el daño que se cause a los demás, recoge el principio *alterem neminen laedere* (no hacer daño a nadie)¹, y lo hace operativo, transformándolo en norma jurídica que impone la reparación del daño.

La obligación de reparar, por tanto, se impone cuando se ha producido el incumplimiento de un deber jurídico preexistente. Este deber jurídico puede ser genérico o específico, derivado de una determinada relación jurídica, configurada legal o contractualmente, que impone una conducta.

El inicio del sistema de responsabilidad civil se enmarca dentro del Código Civil, en concreto en su artículo 1902 que, como ya especificamos en el epígrafe anterior, señala que:

El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.

Como los sujetos participantes en nuestro estudio principal van a ser profesionales de enfermería, resulta importante señalar que nuestro

¹ Este principio forma parte de la *Tria iuris precepta* romana recogido por Ulpiano en las Instituciones, y también en el Digesto de Justiniano, D. I, 2.10.1, que se concreta en la siguiente expresión: *Iuris precepta sunt haec: honeste vivere, alterum nom laedere, suum cuidé tribuere.*

ordenamiento jurídico no incluye una regulación específica de la responsabilidad civil sanitaria, por lo que es preciso aplicar las normas generales del Código Civil.

Pero la relación que existe entre el personal sanitario y el paciente o usuario, aun ciñéndonos al ejercicio privado de una profesión sanitaria, no siempre es igual, ya que entre ambos puede:

- Mediar una relación contractual a través de la cual han acordado las normas, pautas u objetivos concretos de esa relación sanitaria, en cuyo caso serán de aplicación los artículos 1101 y siguientes del Código Civil.

- O, por el contrario, no existir un contrato entre ambos y, por tanto, hablaríamos de relación privada pero extracontractual, en cuyo caso serán de aplicación los artículos 1902 y siguientes del Código Civil.

En el caso de demandas interpuestas contra personal sanitario por daños o lesiones ocurridos en individuos con ocasión del desempeño asistencial de estos profesionales, el Tribunal Supremo (TS) viene siguiendo la tendencia de la indiferencia del fundamento jurídico.

Así, cuando los hechos que se juzgan y, que puedan servir de fundamento para una acción contractual o para una acción extracontractual, el tribunal puede admitir a trámite una u otra acción sin incurrir en incongruencia alguna siempre y cuando la finalidad sea la de obtener una indemnización por daños y el tribunal no venga a alterar esta petición del demandante.

En este sentido, cabe destacar la sentencia del Tribunal Supremo (STS), 1ª, de 6 de mayo de 1998 (RJ 1998/2934): el origen de esta sentencia es la demanda basada en el artículo 1902 del Código Civil, interpuesta por los padres de un niño que nació prematuro y que quedó

ciego por la excesiva administración de oxígeno durante su estancia en la incubadora (demanda por responsabilidad extracontractual).

Esta demanda se interpuso tres años y medio después de que los daños por la administración de oxígeno en el niño se hubiesen presentado por lo que la acción, basándonos en el mismo artículo 1902 del Código Civil había prescrito. Los diferentes tribunales que conocieron del caso apreciaron que éste era un caso de responsabilidad contractual cuyo plazo de acción se eleva hasta los quince años, por lo que la acción no había prescrito y cabía sentencia condenatoria con la consiguiente indemnización por responsabilidad civil.

Frente a estas condenas, los condenados alegaron incongruencia, pero el TS, dando la oportuna relevancia a los hechos aportados, desestimó las pretensiones de los condenados y resolvió a favor de la indemnización a los demandantes.

2.4 TIPOS DE RELACIONES EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

Partiendo del texto que viene especificado en el artículo 1089 del CC (*las obligaciones nacen de la ley, de los contratos y cuasicontratos, y de los actos y omisiones ilícitos en los que intervenga cualquier género de culpa o negligencia*) procede, en primer lugar, realizar una diferenciación entre la responsabilidad civil contractual y la responsabilidad civil extracontractual.

Así, según Yzquierdo (2001) la responsabilidad civil contractual será *aquella que se produce cuando, existiendo una relación obligatoria previa entre dos o más partes, una de ellas incumple su prestación contractual y ello provoca daños a la/s otra/s.*

La responsabilidad civil extracontractual según Corbella (2006), sin embargo, *es contraída por causar daños a los demás incumpliendo un deber genérico que obliga a no causar daño a nadie* (*alterum non laedere*).

Este precepto de “*alterum non laedere*” (“no causar daño a otro, respetar su esfera de derechos”), *junto a los preceptos “honeste vivere”* (“vivir honestamente”) y “*suum cuique tribuere*” (“dar a cada uno lo que es suyo”) *forman parte de los “tria iuris precepta”* (“tres preceptos jurídicos”) *de Ulpiano*, en palabras de Pérez (2005).

2.4.1 La Responsabilidad Civil Extracontractual.

Cuando usamos el término “extracontractual”, nos estamos refiriendo a la ausencia de un vínculo previo (contractual propiamente dicho o, en su caso, un vínculo derivado de una normativa legal).

La responsabilidad a la que nos referimos en este momento, y que viene a caracterizar el núcleo principal de nuestro estudio, ha existido desde antiguo en distintos ordenamientos jurídicos a lo largo de la Historia como hemos visto con anterioridad.

Con la responsabilidad extracontractual de lo que se trata es de regular la necesidad de que cuando una persona o alguien que depende de esa persona cause daño a otra en el ejercicio de sus actividades (o de cualquier otra forma en que no exista relación contractual) debe proceder a la reparación del daño causado, siempre que haya existido dolo o al menos culpa en la causación de dicho daño.

El principio general que enuncia esta forma de responsabilidad puede enunciarse diciendo que todo hecho ilícito realizado por una persona -y que sea realizado de modo al menos negligente- genera la obligación de reparar el daño causado.

Para determinar en qué supuestos se va a considerar que existe responsabilidad con la siguiente obligación de reparar, existen dos modalidades de entender la responsabilidad extracontractual:

a) Aquella en la que se hace recaer la existencia de la responsabilidad en el criterio de la culpa: son estos los sistemas de responsabilidad subjetiva.

En los supuestos de responsabilidad subjetiva los requisitos fundamentales que hay que apreciar son el daño y que éste haya sido causado por la culpa o dolo de quien lo haya causado.

b) Aquella en la que se entiende que lo fundamental es la relación de causalidad entre el acto y el daño, y en la que se prescinde de toda idea de intencionalidad o culpabilidad: son los sistemas de responsabilidad objetiva en los que lo que genera la responsabilidad no es la culpa o negligencia sino el riesgo creado que, cuando se hace efectivo, ocasionado el daño debe dar lugar a responsabilidad y a la consiguiente obligación de indemnizar y reparar el daño causado.

Así pues, en los supuestos de responsabilidad objetiva la característica principal es que no se atiende a la culpabilidad del agente, sino que se atiende al resultado material que de ella ha derivado.

La tradición del Derecho Romano nos ha marcado un sistema tradicional de responsabilidad subjetiva o por culpa, pero no puede olvidarse que la modernización y el aumento de las actividades de riesgo llevan a la proliferación de sistemas de responsabilidad objetiva o por el resultado.

En estos sistemas de responsabilidad objetiva, lo fundamental no es la determinación de la culpa o negligencia del autor del daño (o de la persona por la que se debe responder), sino la existencia del dato cierto del daño y la relación de causalidad entre el causante y aquel al que se le imputa dicho daño.

Esta transición desde la responsabilidad subjetiva hasta la objetiva se ha producido por considerar que la responsabilidad debe surgir cuando se causa un daño y que el que lo padece no tiene la obligación de soportarlo.

De ahí que la evolución temporal de la responsabilidad extracontractual haya supuesto un cambio de posiciones.

Este cambio es propiciado por la propia evolución de la actividad humana que realiza actividades industriales, conducción de vehículos de

motor, contratos de transporte o la propia actividad sanitaria, en las que las posibilidades de ocasionar daño a un tercero son elevadas y el ordenamiento jurídico debe prever la necesidad de que se reparen los daños causados en el ejercicio de estas actividades legítimas pero que pueden ocasionar daños a terceros.

Para la reparación de estos supuestos se suelen reconocer formas de responsabilidad objetiva.

Dentro del ámbito civil de nuestro ordenamiento jurídico, la regla general es la de la aplicación del sistema de responsabilidad por culpa y la excepción es la responsabilidad objetiva en determinados supuestos.

Este elemento de la culpa es el que separa fundamentalmente las reclamaciones por responsabilidad en el ámbito sanitario que se tramitan ante la vía civil y las que son tramitadas ante la vía contenciosa administrativa.

A las reclamaciones por responsabilidad sanitaria tramitadas ante la vía contenciosa administrativa, se les aplica un principio de responsabilidad objetiva.

Por el contrario, a las reclamaciones por responsabilidad sanitaria tramitadas ante la vía civil, se les aplica el principio de responsabilidad subjetiva o por culpa, aunque ligeramente matizado por la jurisprudencia más reciente.

En esta última vía vendrían a entrar todos aquellos casos en los que se realice un trabajo con una determinada ineptitud técnica, cognitiva o física; lo que determinaría una determinada impericia.

También se formalizarían ante la vía civil, todos aquellos casos en los que se falte al deber genérico de diligencia debida, lo que implicaría una negligencia.

2.4.2 Requisitos de la Responsabilidad Civil Extracontractual.

En nuestro ordenamiento jurídico civil la responsabilidad extracontractual se regula en el capítulo II del título XVI del Libro IV del Código Civil, a partir del artículo 1902, en el que se enuncia el principio básico de esta materia: *El que por acción u omisión causa daño a otro interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado.*

Los términos que vienen especificados en este artículo constatan que, en el Código Civil español, no viene reflejado el término antijuricidad, término este de la antijuricidad que es uno de los elementos comunes a toda responsabilidad. Así, que un acto sea antijurídico significa que es ilícito pero en materia de responsabilidad civil.

Para que surja responsabilidad es necesario que concurren una serie de requisitos o elementos que la jurisprudencia más reiterada tiene establecidos²:

Acto.

La existencia de responsabilidad civil supone que se ha realizado un acto o bien mediante una acción, o bien mediante una omisión, ya que la responsabilidad puede surgir tanto de la acción positiva como de la abstención de lo que se venía obligado a realizar y que ha ocasionado también un daño.

² Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de octubre de 2005. (RJ 2005/8559). Ponente. Excmo. Sr. D. Jesús Corbal Fernández, en la que se indica que se exige ineludiblemente la concurrencia de los siguientes elementos: a) una acción u omisión ilícitas; b) la producción y determinación de un evento dañino; c) una situación culpabilista; d) un nexo causal entre la acción u omisión y el daño.

Ilícita o antijurídica.

Para responder civilmente, es necesario que el acto producido sea un acto antijurídico, es decir, que sea un acto u omisión que cause un daño a otro.

En el artículo 1902 del Código Civil no se hace ninguna mención a este término como ya se señaló anteriormente; sin embargo, es de necesaria concurrencia, ya que no puede entenderse que pueda surgir responsabilidad de una acción amparada por el ordenamiento. Sólo deberá mencionarse como excepción en el caso de abuso de derecho que justificará su exclusión en lo previsto en el artículo 7.2 del Código Civil³.

No obstante, Busto (1998) señala que el Tribunal Supremo *exige la concurrencia del requisito de la antijuricidad para la apreciación de responsabilidad civil extracontractual ex artículo 1902 del CC, si bien se muestra vacilante en cuanto al alcance y significado del mismo, puesto que, si bien parece partir del concepto de antijuricidad como equivalente a la vulneración de una concreta norma del ordenamiento jurídico, acaba confundiéndola con la diligencia exigible y, en definitiva, con otro de los requisitos de la responsabilidad civil derivada del artículo 1902, cual es, la culpabilidad.*

A efectos prácticos y, en el contexto de nuestra investigación, resulta interesante detallar la diferencia en los términos “ilícito” e “ilegal”.

Mientras que con el término ilegal, se hace referencia a aquello que se supone y se constata contrario a la ley y, por analogía, a otro tipo

³ “La ley no ampara el abuso de derecho o el ejercicio antisocial del mismo. todo acto u omisión que por la intención de su autor, por su objeto o por las circunstancias en que se realice sobrepase manifiestamente los límites normales del ejercicio de un derecho, con daño para el tercero, dará lugar a la correspondiente indemnización y a la adopción de las medidas judiciales o administrativas que impiden la persistencia en el abuso”.

de normas o disposiciones, con el término ilícito, nos referimos a aquellas situaciones dadas que transgreden o son contrarias a cualquier prohibición jurídica.

Daño. El daño moral.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia están de acuerdo en que existe tanto un daño material como un daño moral, siempre bajo un mismo requisito que es la acreditación de su existencia y de su cuantía. Por tanto, el daño que puede ser objeto de reparación es todo aquel que es susceptible de valoración económica y puede estar integrado en dos partidas diferentes:

Daño efectivo o daño emergente, que es lo que tenía y he perdido.

Las ganancias dejadas de obtener, llamado lucro cesante.

Un problema específico que supone el reconocimiento del daño moral es que la conversión económica en la valoración de daño es infinitamente más compleja⁴, ya que hablamos de daños no patrimoniales relativos a conceptos y valores de carácter no material como son: familiares, sociales, relativos al honor, a la imagen o que no son susceptibles de reparación específica, por lo que se ha de retribuir el daño moral que supone su pérdida (por ejemplo, los derivados del fallecimiento de una determinada persona).

Por todo esto, la indemnización de estos daños no puede fijarse siguiendo criterios con valoración matemática o económica, sino que ha de fijarse siempre de manera prudente, atendiendo a las concretas circunstancias del daño causado y buscando la reparación más ajustada al daño realmente sentido. En cuanto al importe que se fije, es necesario tener en cuenta dos notas fundamentales:

⁴ Esta dificultad es reconocida incluso a nivel legislativo por la Ley Orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al honor, intimidad familiar y propia imagen.

✓ La fijación del importe queda en manos del juez o del tribunal sin que exista ningún tipo de baremo como guión a excepción de los derivados de la circulación de vehículos a motor⁵.

✓ La reparación en dinero en la que se fija el importe de la indemnización por los daños morales es siempre una “reparación por compensación”, que no puede pretender una reparación específica, que solo se obtiene en los daños materiales.

Al no existir ningún baremo de referencia para los daños morales es habitual que se produzcan disparidades entre las diversas valoraciones sometidas a resolución judicial⁶.

Culpa o negligencia.

Este es el elemento fundamental que califica la responsabilidad extracontractual como una forma separada y diferente de otras formas de responsabilidad. Para que haya una obligación de reparar el daño causado, este daño ha de ser atribuido al sujeto que lo ha causado:

- Bien por *dolo* (intención de causar daño).
- Bien por *culpa* (negligencia inexcusable que supone que de haberse actuado con la diligencia debida se habría evitado el daño).

Realizar, ahora, dos consideraciones importantes en torno a este elemento:

a.- Primera, que tiene que haber una conducta culposa o dolosa del sujeto causante del daño.

b.- Segunda, que al sujeto que ha causado el daño se le pueda imputar este daño causado.

⁵ Ley 34/2003 de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la Normativa Comunitaria de la legislación de Seguros Privados. BOE número 265, de 5 de noviembre de 2003. Págs. 39190-39220 (modificación de la Ley 30/1995).

⁶ Sentencia del Tribunal Supremo de 10 e febrero de 2006 (RJ 2006/674). Ponente, Excmo. Sr. D. Juan Antonio Xiol Ríos. En ella se insiste en la aplicabilidad de los criterios que resultan de los sistemas de valoración de daños corporales producidos a consecuencia de la circulación de vehículos a motor.

No obstante, el artículo 1903 de nuestro Código Civil viene a establecer los supuestos de la responsabilidad indirecta.

Así, dentro del elemento llamado culpa, existe lo que llaman la *culpa por hechos de otro o responsabilidad por hecho ajeno*. Esta se da cuando existe diferenciación entre el causante material del daño y el obligado a responder por el daño causado.

El fundamento consiste en entender que el daño debe imputarse no al causante material sino al descuido de la persona a la que la Ley hace responsable del daño, aun no siendo autor material; de ahí la separación entre autor material y responsable.

Se trata de supuestos de presunción de culpa que pueden tener su origen en la falta de vigilancia (*culpa in vigilando*), o bien en lo desacertado o inadecuado de la elección (*culpa in eligiendo*), pero con el mismo resultado: obligación de responder por hechos ajenos.

Relación causal.

Este último elemento, el de relación o nexo causal también es fundamental para que exista responsabilidad civil. Y es que, sin que no haya un nexo causal entre el hecho categorizado como hecho productor del daño con el daño en si mismo, no ha lugar a la existencia de responsabilidad civil.

Dicho de otro modo, tiene que darse una relación causa efecto entre una actuación que resulte dañina o lesiva y los correspondientes daños o lesiones que pudieran surgir fruto de esa actuación.

2.5 PLAZO DE PRESCRIPCIÓN.

La prescripción indica la *extinción de un derecho reconocido como consecuencia de su falta de ejercicio durante el tiempo establecido por ley*, tal y como señala una de las acepciones recogidas para este término por el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua.

En este sentido, el propio Código Civil, en su artículo 1961 indica que *las acciones prescriben por el mero lapso del tiempo fijado por la ley*; también señala el Código Civil, en su artículo 1969, que *el tiempo para la prescripción de toda clase de acciones, cuando no haya disposición especial que otra cosa determine, se contará desde el día en que pudieron ejercitarse*.

El instituto de la prescripción ha sido fruto de numerosas controversias jurisdiccionales, centrándose el debate jurídico en la aplicación correcta de los plazos de prescripción: cuándo comenzaría a contar, en su caso, tal plazo de prescripción, antes o después de conocerse los daños definitivos y conclusos frente a una acción dañosa; o si corresponde aplicar uno u otro artículo del Código Civil, que implicaría que los plazos de prescripción difieren temporalmente.

Incluso se han llegado a producir enfrentamientos entre el Tribunal Supremo y el Tribunal Constitucional a cuenta de ello, siendo numerosas las publicaciones surgidas que analizan la doctrina en esta materia respecto de uno u otro tribunal.

En el momento de señalar los plazos de prescripción hay que distinguir si la responsabilidad de que se trata en un determinado caso se refiere a una responsabilidad civil contractual o una responsabilidad civil extracontractual, pues, como se ha venido señalando en epígrafes

anteriores, ambos estatutos de responsabilidad tienen un objetivo común: la satisfacción pecuniaria de los daños o lesiones sufridas de alguien causadas por un tercero.

Dado que el ámbito donde se circunscribe el presente estudio es un ámbito sanitario, importa constatar cuales son los preceptos legales incluidos en nuestro Código Civil que contienen los plazos para realizar determinadas acciones frente a un profesional sanitario o entidad sanitaria por una persona o, en su caso, representante legal, que se cree afectada por un determinado daño causado por aquel profesional sanitario o aquella entidad sanitaria en la que este profesional presta sus servicios.

➤ El plazo de prescripción en el caso de responsabilidad extracontractual es de **un año** a tenor de lo dispuesto en el artículo 1968.2 del Código Civil:

La acción para exigir responsabilidad civil por injuria o calumnia, y por las obligaciones derivadas de la culpa o negligencia de que se trata en el artículo 1902, desde que lo supo el agraviado.

➤ El plazo de prescripción en el caso de responsabilidad civil contractual es de **quince años** a tenor de lo dispuesto en el artículo 1964 del Código Civil:

La acción hipotecaria prescribe a los veinte años, y las personales que no tengan señalado término especial de prescripción, a los quince.

Ahora bien, una vez que conocemos estos plazos de prescripción, hemos de referirnos a cual es la cuestión jurídica que más problemas causa en el orden jurisdiccional civil cuando hay un litigio de ámbito sanitario, y éste no es más que cuando es el momento mismo en que empieza a transcurrir el plazo de prescripción.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han acogido el principio “**actio nondum nata non praescribitur**”, es decir, la acción que no ha nacido no puede prescribir. Esta regla es la que se viene aplicando en los litigios que, surgidos en el ámbito estrictamente sanitario, ya sean estos litigios planteados ante la jurisdicción civil o ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Resulta interesante hacer referencia a esta última vía jurisdiccional, la contenciosa administrativa, porque una importante parte de los litigios dados en materia sanitaria se plantean ante el orden jurisdiccional contencioso-administrativo para intentar dilucidar, en su caso, la responsabilidad patrimonial de la administración derivada de la asistencia sanitaria.

Así, tanto en una como en otra jurisdicción, y en aplicación del citado principio de *actio nondum nata non praescribitur*, son numerosas las sentencias emanadas del Tribunal Supremo que vienen a constatar cual ha sido el plazo de prescripción en un determinado litigio y, más aún, que el computo de inicio de este plazo de prescripción no comienza mientras no ha cesado el daño sufrido y no se sepan cuales han sido las consecuencias.

En este punto, hemos de recordar que aunque actualmente hay un incremento de las acciones de petición de responsabilidad a profesionales sanitarios, estas acciones no sólo se dirimen en el ámbito de la jurisdicción civil o en la contencioso-administrativa en su caso, sino que también se viene observando un aumento sustancial de las demandas que surgen frente a profesionales sanitarios en la jurisdicción penal.

Si a plazos de prescripción estamos refiriéndonos en este apartado, hemos de señalar que en caso de una demanda usando la vía penal, el plazo de prescripción de responsabilidad civil empezará a

computarse desde el momento en que surja la correspondiente resolución judicial que determine el fin de dicho proceso en vía penal sin perjuicio de las acciones civiles que pudieran realizarse; no obstante y, refiriéndonos de forma inherente a la jurisdicción penal, hemos de señalar lo que en este sentido especifica Juan (2009):

El régimen jurídico de la responsabilidad civil derivada de hechos de apariencia delictiva y su tratamiento procesal se regula principalmente en el Código Penal (arts. 109 a 121) y la LECrim (arts. 108 a 116). No obstante, ambos textos legales no colman toda la regulación de esta materia.

Precisamente en materia de prescripción de la acción para hacer efectiva la obligación de reparar los daños producidos por un hecho tipificado penalmente constituye uno de esos puntos en que ante el silencio del Código Penal procede una remisión a la normativa contenida en el Código Civil. Al respecto la jurisprudencia, no sin incurrir en contradicciones, ha establecido notables diferencias según se trate de la responsabilidad extracontractual fundada en el art. 1902 del CC, para la que se aplica el art. 1968.2 del CC; o de la responsabilidad derivada del hecho delictivo, en cuyo caso, a estos efectos se aplica el art. 1964 del CC.

El plazo de prescripción de la acción civil no debe ser distinto en función de su ejercicio ante la jurisdicción civil o penal, pues cualquiera que sea el orden jurisdiccional que conozca de los daños ocasionados por un hecho descrito por la ley como delito o falta, el régimen jurídico a aplicar debe ser el mismo....

Siguiendo en esta misma línea y, constatando que, como bien señala Díaz-Ambrona (2007) *la responsabilidad civil derivada por daños o lesiones ocasionados en la comisión de un delito o falta, en*

realidad, como ha puesto de relieve la doctrina, tiene idéntico fundamento que la responsabilidad civil extracontractual,..., se puede añadir que, según especifica nuevamente Juan (2009) en lo relativo a la resolución de la pretensión civil derivada la comisión de esa falta o delito:

a)... para el plazo de prescripción no existe una norma concreta de aplicación en estos casos y la jurisprudencia es vacilante según las circunstancias. En nuestra opinión debiera aplicarse el plazo general previsto en el art. 1968.2 del CC para las acciones por responsabilidad extracontractual.

b) Para la imputación de la responsabilidad por hecho ajeno (“véase”, responsabilidad civil subsidiaria) se estará al art. 120 del CP y no al art. 1903 del CC.

c) En los casos de pluralidad de responsabilidades el Juez civil debe aplicar la regla de solidaridad del art. 116 del CP.

d) La restitución prevista en el art. 111 del CP es una particularidad propia del régimen de la responsabilidad civil derivada de un hecho delictivo.

e) Será posible igualmente aplicar, en su caso, el art. 112 del CP (la reparación “podrá consistir en obligaciones de dar, de hacer o de no hacer que el Juez establecerá atendiendo a la naturaleza de aquél y a las condiciones personales y patrimoniales del culpable, determinando si han de ser cumplidas por él mismo o pueden ser ejecutadas a su costa”), respecto del cual no existe norma equivalente en el CC.

Así pues, concluir fijando unos criterios básicos que vienen a determinar la extinción de responsabilidad civil:

1. En caso de daños continuados, el tiempo en el que se inicia el plazo de prescripción viene a ser el del momento en que se conozcan cual es el resultado definitivo de los daños causados.
2. Si se han producido lesiones, para el comienzo del cómputo del plazo de prescripción a efectos de lo fijado en los artículos 1961, 1968.2 y 1969 del Código Civil, habrá que esperar al momento en que se han conocido las lesiones definitivas según el alta médica correspondiente.
3. A efectos de lo señalado en el artículo 1973 del Código Civil, *La prescripción de las acciones se interrumpe por su ejercicio ante los Tribunales, por reclamación extrajudicial del acreedor y por cualquier otro acto de reconocimiento de la deuda por el deudor.*

2.6. EVOLUCIÓN DE LA FORMACIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA DESDE EL SIGLO XIX HASTA LA ACTUALIDAD.

Resulta obvio que realizar un análisis de lo que significa “responsabilidad profesional enfermera”, como vamos a proceder en el siguiente epígrafe sin abordar previamente el estudio de la evolución de los distintos procesos normativos y, por ende formativos, que han tenido las enfermeras desde el siglo XIX (recordemos que es el siglo en el que empieza a desarrollarse la enfermería profesional como tal) carece de sentido.

El proceso evolutivo que se produce en la formación enfermera va a suponer, de uno u otro modo, que las enfermeras profesionales vayan adquiriendo más competencias y, por tanto, mayor grado de responsabilidad en el cumplimiento de todas y cada una de sus respectivas acciones.

Por otro lado, no debemos olvidar que “el Cuidado” históricamente ha sido considerado la base sobre la que se sustenta el conocimiento de la Ciencia Enfermera. La OMS (1993), en su documento “Enfermería en acción” define a la Enfermería como:

Enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma. Su responsabilidad esencial es ayudar a los individuos y grupos (familia/comunidad) a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte. Se ocupa de mantener, promocionar y proteger la salud, cuidar al enfermo y ayudar a la rehabilitación. Contempla los aspectos psico-somáticos y

psico-sociales de la vida en lo que estos afectan a la salud, la enfermedad y la muerte.

La Enfermería requiere la aplicación de entendimiento, conocimientos y habilidades específicas de la disciplina.

La enfermería española empezó su profesionalización específica durante el siglo XIX; en este proceso de profesionalización intervienen la entrada en vigor de dos normas legales:

Por un lado, cuando se crea la figura del “cirujano sangrador” mediante Real Decreto de 16 de junio de 1827 y, por otro, cuando se crea la figura de cirujano menor o ministrante por Real Orden de 29 de junio de 1846, normas que no sustentaban las condiciones de formación reglada y regularizada para adquirir la condición de enfermera como tal, sino que, se otorgaban otras titulaciones específicas ya señaladas en el desarrollo de estos textos legislativos.

Esta misma situación volvería a suceder tiempo después. Concretamente el 9 de septiembre del año 1857, cuando se publica la Ley de Instrucción Pública (conocida como Ley Moyano), en la que se regulaban unas enseñanzas sanitarias semejantes en algunos aspectos a las de las enfermeras: las enseñanzas para matronas o parteras y practicantes (artículos 40 y 41 de esta Ley).

En esta norma legal de 1857 se suprimieron las enseñanzas de cirugía menor o ministrante.

Dada esta situación, no es menos cierto, como señala Pedraz (2010), refiriéndose a la situación de la Enfermería española, que:

La Enfermería, también actividad históricamente femenina, no fue objeto durante mucho tiempo de estudios específicos, ya que se consideraba una ampliación del servicio doméstico.

La enfermera del siglo XIX tenía una imagen extremadamente negativa, vinculada a la de una criada de escasos conocimientos culturales y miserables recursos económicos.

No podemos obviar que el contexto de esta visión era mucho mejor en algunos países durante esta época. Así, dejar constancia de este hecho mediante la siguiente cita de Grierson (1902):

Francia, que tanto admiramos, tiene quizá una de las peores formas de asistencia por enfermeras: puesto que en París se reclutan éstas entre enfermas de cada hospital... no se les exige las condiciones morales indispensables, bastando tan sólo las intelectuales y descuidando las otras cualidades esenciales: educación y, sobre todo, moralidad.

En fechas posteriores, concretamente el 28 de noviembre de 1861, se publicaría en la Gaceta de Madrid (actual Boletín Oficial del Estado) la Real Orden de 21 de noviembre de 1861, en la que se aprobaría el Reglamento correspondiente para la formación de practicantes y matronas.

En este recorrido legislativo de la evolución histórica de la Enfermería profesional en España, también hemos de citar el Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, que contenía una nueva reglamentación para obtener las carreras de practicante y matrona.

Previamente a este último Real Decreto citado, aparecería la Real Orden, de 6 de octubre de 1877, que desligaría del practicante el ejercicio de dentista.

Posteriormente, el 12 de agosto de 1904, se publicaría en la Gaceta de Madrid, el Real Decreto de 10 de agosto, que contenía un texto nuevo de reorganización de los estudios de matrona.

Hasta este momento, hemos especificado distintas publicaciones legales en las que figuraban las carreras que, de forma profesional, antecedieron a la enfermería profesional, si bien es cierto que, aunque la profesión de enfermera como tal no fue regulada en España hasta principios del siglo XX cuando, a petición de la Orden Religiosa de la Congregación de las Siervas de María, el **21 de mayo de 1915 se publica en la Gaceta de Madrid una Real Orden en la cual se establecen los requisitos conducentes para la obtención del certificado y ejercer la enfermería en nuestro país**; ya a finales del siglo XIX (1896) se crea en Madrid la Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría, fundada por el Dr. Rubio y Galí.

Este centro tenía la finalidad de formar enfermeras asistenciales y prepararlas también para tareas auxiliares en intervenciones medicoquirúrgicas.

Previamente, hemos de tener en consideración dentro del contexto histórico español de principios del siglo XX, un importante hecho que permitiría el desarrollo posterior de las políticas en materia de sanidad en nuestro país: la entrada en vigor del Real Decreto de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad Pública.

Con la Real Orden publicada el 21 de mayo de 1915 anteriormente citada, se crea en 1917 en Barcelona, la Escuela de Enfermeras del Montepío de Santa Madrona, con la finalidad de *mejorar la formación de las veladoras de enfermos y ensanchar el campo profesional de la mujer*.

También en 1917, mediante Real Decreto de 28 de febrero, se publican las instrucciones para la creación del cuerpo de damas enfermeras de la Cruz Roja y su correspondiente programa formativo. Hay que señalar que esta normativa especifica que el título que se

expida sólo tendrá validez en las instituciones sanitarias españolas de Cruz Roja.

En el transcurso del pasado siglo, hay otras fechas importantes en la evolución histórica de la enfermería profesional de nuestro país. Estas son:

✓ En 1923, mediante Real Orden de 23 de mayo, tiene lugar la creación de la Escuela Nacional de Puericultura, adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia, aunque su reglamentación (provisional) se publicó mediante Real Decreto de 16 de noviembre de 1925, estableciéndose en este Decreto las enseñanzas, entre otras, de las visitadoras puericultoras (antecedente de las futuras enfermeras de salud pública y/o enfermeras comunitarias y de atención primaria).

✓ En 1924, tiene lugar la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, mediante Real Decreto de 2 de diciembre. Entre sus objetivos destacan el de *dar la enseñanza y preparación conveniente a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los practicantes, las enfermeras sanitarias,*

✓ En 1932, mediante Orden del Ministerio de Gobernación de 16 de mayo, se prevén los estudios de enfermeros psiquiátricos, apareciendo también la figura de la enfermera visitadora de higiene mental.

✓ En 1935, se publica en la Gaceta de Madrid de 10 de agosto, una Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión con fecha de 31 de julio de este año, en la que se rectifican algunos artículos de los Reglamentos de los Cuerpos de practicantes y odontólogos de asistencia pública domiciliaria y de matronas titulares municipales.

✓ Durante la Guerra Civil española (1936-1939), la formación e instrucción de las enfermeras, practicantes y matronas se ralentizó;

muchos centros formativos fueron clausurados y otros cerraron per se. Ejemplo de centro formativo que no interrumpió su actividad durante la contienda civil es la Escuela “Casa de Salud de Valdecilla” en Santander.

Destaca durante este periodo, como norma legal de índole formativo, la Orden del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, publicada el 15 de julio de 1937 en la Gaceta de la República, relativa a la formación de matronas mediante cursos intensivos de 2 semestres.

No obstante, no podemos olvidar la importante labor que ejercieron estos profesionales sanitarios durante este periodo.

✓ Orden de 1 de marzo de 1940, del Ministerio de Educación Nacional, publicada en el BOE, por la cual los estudios oficiales para la obtención del título de matrona se establecen en la Casa de Salud de Santa Cristina en Madrid.

✓ En 1945, se publicó en el BOE de 5 de diciembre, la Orden Ministerial del Ministerio de Gobernación de 26 de noviembre, que contenía los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias (Practicantes, Matronas y Enfermeras) y de sus Colegios, que contenían una breve ordenación de la profesión enfermera.

✓ Decreto de 27 de junio de 1952, por el que se crea la Comisión Central de Estudios de Enfermería, que viene a refundir los planes de estudio existentes. En este Decreto se alude a la colegiación de los profesionales según el sexo de los mismos (dos secciones colegiales: una sección para ATS masculinos y practicantes y otra sección para ATS femeninas, enfermeras y matronas).

✓ El 29 de diciembre de 1953, el BOE publica el Decreto de 4 de diciembre, por el que se unifican los estudios de las profesiones sanitarias auxiliares de entonces: practicantes, matronas y enfermeras, pasando a denominarse ayudantes técnicos sanitarios (ATS).

En este Decreto se especificaba, asimismo, que los estudios de ATS masculinos y femeninos debían de realizarse por separado y en el caso de los segundos, los estudios de ATS femeninos, además en régimen de internado.

✓ El 12 de febrero de 1957, el BOE publica el Decreto del Ministerio de Educación Nacional de 18 de enero, por el que se establece la especialización de asistencia obstétrica (matrona) para las ATS femeninas.

✓ Decreto de 17 de noviembre de 1960, que viene a tratar el ejercicio profesional de los ATS, practicantes, matronas y enfermeras, en el cual se respetan los derechos adquiridos de estos profesionales.

✓ Decreto del Ministerio de Educación Nacional de 22 de junio de 1961 (publicado en el BOE de 18 de julio de ese año), por el que se crea la especialidad de radiología y electrología para los ATS.

✓ Orden ministerial de Educación y Ciencia de 24 de mayo de 1963, en la que se reconoce a los Ayudantes Técnicos Sanitarios la categoría de Técnicos de Grado Medio.

✓ Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia de 22 de octubre de 1964 (publicado en el BOE de 11 de noviembre de ese año), por el que se crea la especialidad de pediatría y puericultura para los ATS.

✓ Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia de 22 de octubre de 1970 (publicado en el BOE de 11 de noviembre de ese año), por el que se crea la especialidad de neurología y psiquiatría para los ATS.

✓ Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia de 28 de enero de 1971 (publicado en el BOE de 15 de febrero de ese año), por el que se crea la especialidad de análisis clínicos para los ATS.

✓ Orden de 26 de abril de 1973 por el que se aprueba el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

✓ Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de julio de 1975 (publicado en el BOE de), por el que se crea la especialidad de urología y nefrología.

Si todas las fechas anteriormente citadas son importantes en la evolución profesional de la Enfermería española durante el siglo XX, hay una fecha que resulta esencial y que a la vez supone un importante salto cuantitativo y cualitativo, tanto en lo que va a suponer la formación enfermera desde ese momento, como en el posterior desarrollo profesional de las enfermeras.

Esta fecha es la del **22 de agosto de 1977**, fecha de publicación en el BOE del **RD 2128/1977**, de 23 de julio, por el que se “integran en la Universidad las actuales escuelas de ATS como Escuelas Universitarias de Enfermería”, creándose la Diplomatura en Enfermería.

Habían pasado más de sesenta años desde que se publicara en 1915 en la Gaceta de Madrid cuáles eran los requisitos de obtención del certificado para ejercer la profesión enfermera en España, hasta que la formación necesaria para ejercer esta profesión se empieza a impartir en la Universidad, un hecho que no es casual en sí mismo, porque en esa integración universitaria de nuestros estudios tiene mucho que explicar el tesón y la constancia de quienes a lo largo de estos años nos han precedido en la profesión.

Para Amezcua (2003), *la integración en 1977 de los estudios de Enfermería en la Universidad supuso un punto de transición de la disciplina enfermera desde una etapa técnica a una etapa académica.*

Respecto a las diferentes especialidades existentes, señalar que durante algunos años más siguieron impartándose como hasta la fecha se habían desarrollado; en este sentido, una Orden de 9 de octubre de 1980, publicada en el BOE de 20 de octubre de 1980, autoriza a los Diplomados en Enfermería a cursar las especialidades de los ATS con el mismo régimen académico y los mismos efectos; *lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica...* (preámbulo del RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista para los diplomados en enfermería).

Posteriormente señalaremos cuando llega el cambio para la formación de estas especialidades, lo que supone también la integración de algunas de las existentes hasta el momento bajo otra especialidad y, en fin, la derogación de algunas otras.

Una Orden Ministerial, de 31 de octubre de 1977, señalará las Directrices a seguir para la elaboración de los Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Así, el 24 de enero de 1980 se publica en el BOE el Real Decreto de 11 de enero de 1980 por el que se homologan los títulos de ATS y Diplomado en Enfermería a efectos de derechos profesionales, corporativos y nominativos.

La Orden de 15 de julio de 1980, publicada en el BOE del día 23 de julio de ese año, vendrá a establecer las normas a las que ajustarse para poder convalidar los títulos de ATS por el de Diplomados en Enfermería, así como las áreas a seguir por el programa formativo de nivelación de esos estudios.

El 1 de agosto de 1987 se publica en el BOE el RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista para los diplomados en enfermería.

El artículo 2.1 concreta las siguientes especialidades:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería de Cuidados Especiales.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería de Salud Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.
- Gerencia y Administración de Enfermería.

De todas las especialidades que este RD 992/1987 fijaba para las enfermeras, sólo se desarrollaron de forma efectiva dos de ellas, las correspondientes a los programas formativos de enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) y la de salud mental.

Para la comprensión adecuada de lo constatado para las diferentes especialidades enfermeras, tenemos que señalar que con la incorporación de España a la Comunidad Económica Europea, nuestro país se vio obligado a asumir y adaptar determinadas normas legales de ámbito comunitario.

Así, las especialidades de enfermería no empezaron a desarrollarse hasta que el Gobierno de España se vio obligado, mediante esa normativa vinculante de carácter comunitario, a poner en marcha la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica.

Esto sucedió con la publicación en el BOE de 23 de octubre de 1993, de la Orden de 22 de octubre de ese año, por el que se inicia la formación de la primera promoción de matronas.

El 30 de julio de 1998 se publicaría la Orden del Ministerio de la Presidencia, por la que se convocaban las pruebas selectivas para iniciar el programa de formación de la especialidad de matrona y, además, de la especialidad de salud mental.

En este proceso evolutivo de la formación de la Enfermería española, también es de destacar lo que supone la publicación de la Ley

44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en el sentido de especificar que la formación de los distintos especialistas será a través del sistema de residencia (Art. 20.2).

En la actualidad, y por lo que respecta a la formación de las distintas especialidades enfermeras, está en vigor el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, publicado en el BOE de 6 de mayo de 2005, y en cuyo artículo 2.1, viene a concretar las distintas especialidades enfermeras:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

La disposición adicional segunda sobre supresión de especialidades indica lo siguiente:

1. Quedan suprimidas las especialidades de Diplomados Universitarios en Enfermería y de Ayudantes Técnico-Sanitarios que a continuación se relacionan:

a) La especialidad de Neurología, creada por el Decreto 3192/1970, de 22 de octubre.

b) La especialidad de Urología y Nefrología, creada por el Decreto 2233/1975, de 24 de julio.

c) La especialidad de Análisis Clínicos, creada por el Decreto 203/1971, de 28 de enero.

d) La especialidad de Radiología y Electrología, creada por el Decreto 1153/1961, de 22 de junio.

e) *La especialidad de Enfermería de Cuidados Especiales, creada por el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.*

f) *La especialidad de Pediatría y Puericultura, creada por el Decreto 3524/1964, de 22 de octubre.*

g) *La especialidad de Psiquiatría, creada por el Decreto 3193/1970, de 22 de octubre.*

h) *La especialidad de Asistencia Obstétrica (Matrona), creada por el Decreto de 18 de enero de 1957, modificado por el Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre.*

i) *La especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria, creada por el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.*

j) *La especialidad de Gerencia y Administración de Enfermería, creada por el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio.*

2. *A partir de la entrada en vigor de este real decreto, no podrán expedirse nuevos títulos de especialista de las especialidades indicadas en el apartado anterior.*

3. *Los Diplomados Universitarios en Enfermería o Ayudantes Técnico-Sanitarios que se encuentren en posesión de alguno de los títulos de especialista suprimidos por esta disposición adicional podrán solicitar del Ministerio de Educación y Ciencia, a partir de la entrada en vigor de este real decreto, la expedición de un nuevo título de especialista de acuerdo con las siguientes reglas:*

a) *Quienes se encuentren en posesión de los títulos indicados en el apartado 1.a) a e) podrán solicitar la expedición del título de Especialista en Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.*

b) *Quienes se encuentren en posesión del título previsto en el apartado 1.f) podrán solicitar la expedición del título de Especialista en Enfermería Pediátrica.*

c) Quienes se encuentren en posesión del título indicado en el apartado 1.g) podrán solicitar la expedición del título de Especialista en Enfermería de Salud Mental.

d) Quienes se encuentren en posesión del título indicado en el apartado 1.h) podrán solicitar la expedición del título de Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Actualmente, todas las especialidades enfermeras que se reflejan en el RD 450/2005, de 22 de abril, están siendo desarrolladas con sus correspondientes programas formativos, aunque tenemos que hacer una excepción:

La especialidad enfermera encaminada a asumir bajo su amparo legal a una gran parte de las enfermeras que en la actualidad desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención especializada, especialidad enfermera de Cuidados Médico-Quirúrgicos, todavía no tiene programa formativo concreto y específico ni fecha de convocatoria de la prueba objetiva para el acceso a la misma.

Asimismo, conviene señalar lo que se especifica sobre el procedimiento de acceso excepcional al título de enfermero especialista, en la disposición adicional sexta del RD 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específicas, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y se modifican determinados títulos de especialistas.

Las especialidades de Enfermería a las que se hacen referencia en el RD anteriormente especificado son las siguientes: Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica.

Respecto a los requisitos legales previos que han de reunir los futuros profesionales enfermeros para su acceso a la Universidad, éstos son señalados en:

1º: Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. (BOE de 24 de noviembre de 2008).

2º: Corrección de errores 5130 del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 28 de marzo de 2009).

3º: Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo, por la que se actualizan los anexos del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 4 de junio de 2009).

4º: Corrección de errores 12057 del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 21 de julio de 2009).

5º: Orden EDU/268/2010, de 11 de febrero, por la que se modifica la Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo, por la que se actualizan los anexos del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 13 de febrero de 2010).

6º: Orden EDU/1247/2011, de 12 de mayo, por la que se modifica la Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo, por la que se actualizan los Anexos del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 17 de mayo de 2011).

7º: Orden EDU/3242/2010, de 9 de diciembre, por la que se determina el contenido de la fase específica de la prueba de acceso a la universidad que podrán realizar quienes estén en posesión de un título de técnico superior de formación profesional, de técnico superior de artes

plásticas y diseño o de técnico deportivo superior y equivalentes. (BOE de 17 de diciembre de 2010).

8º: Real Decreto 558/2010, de 7 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. (BOE de 8 de mayo de 2010).

9º: Normativa legal aplicable en la CARM (dentro de cuyo ámbito vamos a proceder a realizar el estudio empírico de esta investigación) es el Decreto n.º 4/2010, de 29 de enero, por el que se desarrolla en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el Real Decreto 1.892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las Universidades públicas españolas.

Como epílogo a este apartado relativo a la evolución de la formación enfermera, hemos de señalar que, a día de hoy, se ha adaptado a todos aquellos cambios acontecidos a nivel europeo en los distintos procesos formativos superiores desde finales del siglo XX y, en particular, desde la Declaración de Bolonia de junio de 1999.

Para poder realizar el proceso de convergencia al Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES), en nuestro país se promulgaron una serie de normas que sirvieron para desarrollar diferentes aspectos de la adaptación de las enseñanzas universitarias al EEES.

Así, cabe mencionar, de un lado, el RD 1044/2003 que establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título, de carácter transitorio hasta que no se implanten las titulaciones universitarias adecuadas a los criterios europeos.

De otro lado, mencionar el RD 1125/2003 que establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las

titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Este RD también define al crédito europeo como *la unidad de medida del haber académico que representa la cantidad de trabajo del estudiante para cumplir los objetivos del programa de estudios y que se obtiene por la superación de cada una de las materias que integran los planes de estudios. En esta unidad de medida se integran las enseñanzas teóricas y prácticas, así como otras actividades académicas dirigidas, con inclusión de las horas para alcanzar los objetivos formativos.*

Así mismo establece que:

- El número total de créditos por curso académico es de 60.
- En la asignación de créditos se computará el número de horas requeridas para la adquisición de conocimientos, capacidades y destrezas. Incluirá las clases teóricas y prácticas, las horas de estudio, las horas de seminarios, trabajos prácticos o proyectos, las horas para la preparación y realización de exámenes y pruebas de evaluación.
- La correspondencia y asignación se entiende referida a un estudiante a tiempo completo durante un mínimo de 36 y un máximo de 40 semanas por curso.
- El número de horas será de 25 y el máximo de 30.

Además de estos dos reales decretos, no se puede olvidar la Ley 4/2007 de 12 de abril de ordenación de las enseñanzas universitarias y la Orden de 21 de diciembre del 2009 sobre verificación de títulos.

Por lo que respecta a todo el trabajo realizado para adaptar los estudios de la Diplomatura en Enfermería al EEES, teniendo como base las competencias y responsabilidades que las enfermeras tienen para poder prestar sus cuidados con la máxima calidad exigible, competencias reflejadas en la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de

Ordenación de las Profesiones Sanitarias, podemos concretarlo en tres importantes actuaciones:

✓ El libro Blanco de la Titulación de Enfermería, aprobado en junio de 2006 (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación). Fue coordinado por la Universidad de Zaragoza y la Universidad de Barcelona.

✓ El diseño de los contenidos de los planes de estudio de los futuros enfermeros, recogidos en el Proyecto Tunning, ha supuesto un avance fundamental en la definición y avance de las competencias profesionales de diferentes estudios de carácter universitario.

✓ La elaboración de las competencias específicas de la titulación, emitidas en informe del Ministerio de Sanidad.

El fruto de todas las actuaciones es la actual titulación de Grado en Enfermería, cuyo proceso formativo se desarrolla en un periodo de 4 años de duración y se compone de 240 créditos ECTS (European Credits Transfer System).

Respecto a la formación universitaria de posgrado, especifica el RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, que los planes de estudio conducentes a la obtención de los títulos de Máster Universitario tendrán entre 60 y 120 créditos

Concluir señalando que la Disposición Adicional novena del RD 56/2005, de 21 de enero especifica que:

“No podrán establecerse programas de posgrado que coincidan con los contenidos formativos y efectos profesionales de los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud a que se refiere la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias”.

2.7 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL ENFERMERA.

Como bien dice Lora (2005), *los enfermeros son prácticamente los únicos profesionales que al día siguiente de acabar su carrera se enfrentan al ejercicio profesional de modo directo y con plenitud de responsabilidades morales y legales.*

Genéricamente, a la responsabilidad que resulta inherente al ejercicio de una profesión se la denomina responsabilidad profesional; dicho de otro modo, la responsabilidad profesional es aquella responsabilidad derivada del ejercicio de una profesión.

Para poder desarrollar este epígrafe hemos de tener en cuenta que la responsabilidad que emana de la actividad profesional de las enfermeras, está íntimamente relacionada con el contexto en donde vienen a realizar su trabajo profesional, actividad que, como bien sabemos, puede ser de carácter asistencial (predominante), docente, investigador y de administración.

La cuestión denominada responsabilidad profesional enfermera es una interrogante que hoy día tiene una gran trascendencia, no sólo y obviamente desde un punto de vista sanitario, sino que también tiene una gran importancia desde un punto de vista eminentemente jurídico fruto de la preeminente actividad asistencial de sus profesionales, actividad ésta que se centra de forma globalizada en dos de los bienes jurídicos más protegidos por la legislación actual de nuestro país: la vida y la salud.

El propio Tribunal Constitucional, en una de sus resoluciones (STC, de 11 de abril de 1985) confirma lo anteriormente especificado, en el sentido que *el derecho a la vida resulta fundamental, esencial y troncal, pues sin este derecho los demás derechos no serían posibles.*

Para el estudio y la necesaria comprensión de la responsabilidad profesional enfermera, ésta debe ser enfocada inequívocamente desde una triple dimensión: una dimensión ético-deontológica; una dimensión clínica asistencial y una tercera dimensión jurídica.

De forma previa a la caracterización de la responsabilidad profesional enfermera bajo los tres puntos de vista anteriormente señalados, resulta interesante especificar que la responsabilidad profesional a veces se ha visto caracterizada de forma similar a la responsabilidad que, como dice Siso (2007), *se ciñe al campo disciplinario, en el que la entidad responsable de la asistencia exige al personal que de ella depende responsabilidad por acciones u omisiones indebidas de aquellos.*

2.7.1 Responsabilidad profesional enfermera: dimensión ético-deontológica.

A modo de introducción decir que Altarejos (2003) ya señala el término responsabilidad como uno de los cinco factores que, junto al de competencia, dedicación, iniciativa y compromiso, identifican un ejercicio profesional ético.

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, la palabra ética es *aquella parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.*

De la lectura de esta primera definición, ya se deduce que ética y moral son dos términos que por presentar cierta analogía son, en repetidas ocasiones, utilizados de forma indistinta.

Aunque para algunos autores como França-Tarrago (1996) *no existe un criterio unánime para realizar una clara distinción entre moral y ética*, resulta conveniente realizar un aporte conceptual de la palabra moral, a la vez que significar la diferencia entre ambos vocablos.

Así, el diccionario de la RAE, define la palabra “moral” como:

Perteneciente o relativo a las acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia.

En cuanto a cual es la diferenciación existente entre ambos términos, el profesor Hortal (2007) la señala al especificar:

“Ética” y “moral” son palabras que pueden y suelen usarse como intercambiables tanto para designar la bondad o malicia de las acciones humanas como para dar nombre a la disciplina que estudia sistemática y críticamente este aspecto de la vida humana. Sin embargo, también pueden y suelen usarse para distinguir y contraponer la una a la otra y entonces tienen connotaciones también contrapuestas: la moral es más social y la ética es más individual, la moral tiene connotaciones

religiosas y la ética es más laica, la ética es más teórica y crítica y la moral es más normativa y práctica.

Resumiendo, podríamos decir que la ética es una parte de la filosofía que se centra en el tratamiento del bien y del mal y que tiene continuación con la reflexión moral.

Ahora bien, tenemos que señalar que la palabra ética deriva del vocablo latino “ethicus” y éste del vocablo griego “ἠθικός”, cuyo significado es morada, hábito o costumbre, teniendo su sentido más antiguo en el concepto de morada o lugar donde se habita.

La ética, de forma general, no contiene un carácter coactivo, es decir, no impone sanciones normativas, es una disciplina reflexiva en la que se tiene en cuenta que, parafraseando a Úriz (2000): *el ser humano usa su capacidad racional para dirimir conflictos y elige como debe de actuar.*

Se constata que la ética se presenta como un modo de reflexión que no puede dejar de faltar en el ejercicio de las distintas actividades profesionales.

Haciendo una mirada a los fundamentos filosóficos de la ética cabe recordar, en el campo profesional de la salud, a dos de los filósofos cuyos pensamientos han influido notablemente en el ejercicio de las llamadas ciencias de la salud.

Por un lado, a destacar las reflexiones de E. Kant, filósofo del siglo XVIII, que distingue entre un conocimiento teórico y uno práctico (él lo denomina como “*uso teórico y uso práctico de la razón*”), reflexiones que hacen que el ser humano no sea visto como un mero medio sino como un fin («*Obra de tal manera que trates siempre a la Humanidad, sea en tu persona sea en la de otro, como un fin y nunca como un medio*») y que, en la práctica profesional, promueven una

visión deontológica de todas y cada una de las acciones que se desarrollan, caso de nuestra profesión, en el terreno sociosanitario.

De otro lado, son de destacar las reflexiones racionalmente comunicativas del filósofo alemán J. Habermas que, presentando cierto rechazo a las ideas propuestas por Kant, tienen su validez en diferentes áreas sanitarias.

Ejemplo de estas reflexiones que propone Habermas podemos situarlo en el conjunto de deliberaciones que se toman en las diferentes sesiones de los distintos comités de ética hospitalarios.

Realizada esta introducción, continuar comentando la dimensión ético-deontológica de la responsabilidad profesional enfermera, haciendo referencia al hecho de que, ya desde sus primeros inicios históricos, las personas que ejercían el cuidado desarrollaban esta relación interpersonal con un carácter ético propio, fruto unas veces de la obligación adquirida, o en determinados casos impuesta, de ejercer los cuidados en el seno de la sociedad.

Con su desarrollo profesional, la Enfermería no pierde este carácter ético sino que incluso lo acentúa notablemente. Davis (1999) lo expresa en este sentido: *La enfermería nunca ha considerado la ética como una cosa sin importancia o como una moda pasajera. De hecho, la ética ha sido la verdadera base de la práctica profesional de enfermería desde el inicio de la enfermería moderna en el siglo XIX.*

La ética profesional, como disciplina, se encuentra incluida dentro de la denominada ética aplicada, haciendo referencia a una parte específica de la realidad; es decir, se parte de la base de que existen unos principios éticos universales y lo que hacemos o tratamos de hacer es intentar aplicarlos en la práctica de las distintas profesiones. En nuestro

caso, en aquellas situaciones específicas en las que se diriman asuntos profesionales enfermeros.

Para Haring (1977), *la ética profesional es una disciplina que estudia el conjunto de aquellas actitudes, normas éticas específicas y formas de juzgar las conductas morales que vienen a caracterizarla como grupo sociológico.*

La ética profesional siempre ha tenido una importante implicación en Enfermería, profesión dotada de un importante contenido humanista en la que abundan de forma frecuente la presencia de dilemas e implicaciones éticas.

Haciendo una breve reseña histórica, hemos de aludir al que se considera primer juramento de connotaciones éticas que la enfermería profesional ha tenido. Este juramento es el “Juramento de Enfermería de Florence Nightingale”, de 1893 y, contrariamente a lo que se pueda pensar, no fue elaborado por ella sino que fue elaborado por un comité de la Escuela de Enfermería de Farrand, del Hospital Hasper de Detroit (Estados Unidos de América) y recibió tal denominación en honor a la precursora de la enfermería profesional.

Este juramento ha sido usado, y actualmente se utiliza con alguna revisión del texto original, en las ceremonias de graduación de las enfermeras de Estados Unidos, habiéndose introducido en ceremonias de graduación de terceros países.

Actualmente, en el ejercicio diario de nuestra práctica profesional nos asaltan a menudo dilemas de carácter ético que demandan de nosotros respuestas prácticas y efectivas, acordes con nuestros principios éticos, morales y deontológicos, conforme con la legislación vigente en cada momento.

Todo esto supone que, para poder posicionarnos y tomar una acertada decisión frente a ellos, en ocasiones cada vez más frecuentes, los profesionales de enfermería demandemos una mayor formación ética y, además legal, que nos capacite para una adecuada toma de decisiones. Como señala la profesora Soto (2009): *Para que la formación enfermera tenga vida y la comparta no es suficiente un cuerpo cognoscente con competencias específicas, debe sustentarse esencialmente en el espíritu sensible al otro y al contexto que lo atraviesa, como lo ha sido desde el origen mismo de la humanidad como tal.*

Asimismo, la formación ética de los distintos profesionales sanitarios debe servir para, parafraseando a Escudero (2011), *proponer referencias, imperativos morales, sociales y culturales, que abran ventanas a la posibilidad, a la responsabilidad y a la esperanza, a compromisos y actuaciones dirigidas a garantizar a otros, los usuarios, la sanidad debida.*

De esta forma, la relación que surge entre ética y actividad profesional enfermera, es la que deja entrever Martínez (2008) en su artículo “Apelación constante a la Ética”, cuando al parafrasear a distintos autores refleja el siguiente comentario: *Alberdi, Arriaga y Zabala señalan que, refiriéndose a las enfermeras, si estas desean participar activamente en la construcción de un futuro de cuidados, deben aceptar el reto de liderar el cuidado dentro del sistema sanitario, poniéndole voz a las necesidades que detectan, dándoles la palabra a los que precisan ser cuidados y basar su práctica profesional en la ética del cuidado. En efecto, la enfermería posee un bien interno que la define que es el cuidado, y tiene una connotación de práctica moral, lo que significa en palabras de Lydia Feito que incorpora un comportamiento ético (el cuidado excelente), basado en una virtud moral (la solidaridad*

y la preocupación por los seres humanos), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por la que se exige responsabilidad.

Responsabilidad ésta última que, en España, viene recogida en diversos artículos del **Código Deontológico de la Enfermería Española**.

Así mismo, la propia Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, recoge en su artículo 4, epígrafe 5 el siguiente texto: *Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.*

Antecediéndose a lo reflejado en el artículo citado, hay que señalar que el propio Código Deontológico de la Enfermería Española (CDEE) ya recoge en su articulado este pensamiento.

El CDEE fue aprobado por el pleno del Consejo General de Enfermería mediante resolución número 32/89, cuyo texto, actualizado y corregido, se recoge a su vez en la resolución número 2/98 del citado pleno.

Ya en el mismo prólogo del CDEE se señala la responsabilidad que los enfermeros tenemos frente a:

1º Prevención de las enfermedades.

2º Mantenimiento de la salud.

3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.

4º Educación para la salud.

5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

En el propio CDEE se afirma que: *El cumplimiento del código deontológico tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de enfermería del Estado. Concretamente, cualquier vulneración del mismo dará lugar a la inmediata exigencia de responsabilidad disciplinaria en los términos previstos en los estatutos de la propia Organización Colegial;*

Y expresándose en la norma adicional sexta del siguiente modo: *En consecuencia, y a tenor de los artículos 18 y 19 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por omisión, comisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o del cualquier otra norma...*

El artículo 19 del citado RD clasificará las faltas leves, graves o muy graves, y en función de la clase de falta cometida se le impondrá una determinada sanción de las expuestas en el artículo 20 de este RD.

Examinado el texto del citado código, podemos afirmar que lo que el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad especifica en sus distintos epígrafes respecto de los derechos de los pacientes y de forma especial aquellos derechos que tienen una fundamentación ética (derecho a la intimidad, confidencialidad, consentimiento, información,...), van a quedar recogidos en el CDEE como deberes que los profesionales de enfermería deben cumplir.

Haciendo un resumen de lo que el CDEE constata respecto a la responsabilidad de los enfermeros en diferentes capítulos y artículos, agregamos el contenido de los siguientes:

Capítulo II, artículo 10 señala que: *Es responsabilidad de la enfermera/o mantener informado al enfermo, tanto en el ejercicio libre de su profesión como cuando esta se ejerce en las Instituciones*

Sanitarias, empleando un lenguaje claro y adecuado a la capacidad de comprensión del mismo.

Capítulo X, artículo 53 señala que: *La enfermera/o tendrá como responsabilidad profesional primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieren sus cuidados.*

Capítulo X, artículo 56 señala que: *La enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio de su profesión.*

Capítulo X, artículo 57 señala que: *La enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.*

Capítulo X, artículo 58 señala que: *La enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.*

Capítulo XI, artículo 72 señala que: *La enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la enfermería a todos sus niveles.*

Capítulo XII, artículo 78 señala que: *Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.*

Capítulo XIII, artículo 83 señala que: *Las enfermeras/os forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.*

A nivel internacional, los profesionales de enfermería también disponemos de dos códigos deontológicos importantes:

✓ El Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras, aprobado y adoptado por primera vez en el año 1953 para

fundamentar el desarrollo ético de la profesión ha sido sometido a varias revisiones, siendo la última de estas revisiones en el año 2012.

El Código establece claramente que el respeto de los derechos humanos, con inclusión del derecho a la vida, el derecho a la dignidad y el derecho a ser tratado con respeto, es inherente a la enfermería.

✓ El Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea, presentado en Croacia en el año 2007 en el seno de la III Conferencia de la Federación de Órganos Reguladores de Enfermería (FEPI).

En España, los Colegios Oficiales de Enfermería de algunas comunidades autónomas tienen su propio código deontológico como, por ejemplo, los colegios de las comunidades valenciana y de catalana. También es de destacar la presencia de códigos deontológico en alguna de las numerosas asociaciones profesionales de Enfermería que hay repartidas por el territorio español; valga como ejemplo el código deontológico de la Asociación Española de Matronas.

Se puede decir que la aplicación de los distintos códigos deontológicos sirve para que, además de garantizar que los cuidados enfermeros sean de calidad, sirvan como instrumentos de autorregulación que permitan un ejercicio de supervisión de la praxis enfermera.

En definitiva, retomando unas palabras de Salomone (2007):

Los códigos deontológicos resguardan los derechos de las personas, especialmente de aquéllas que son objeto de la práctica profesional.

Por otro lado, desarrollar esta dimensión de la responsabilidad profesional enfermera carece de sentido alguno si no se realiza un aporte

significativo relativo al marco conceptual de la bioética y la relación conexas con el ejercicio profesional enfermero.

El término bioética, según el profesor García (2007), mencionando a W.T. Reich, tiene un doble origen:

1°. Como un neologismo usado por vez primera por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter en su libro *Bioética: un puente hacia el futuro* (1971), en el que propone la siguiente definición de este vocablo: *Puede definirse como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales.*

Van Rensselaer Potter, usará este nuevo término con un sentido ambiental y evolucionista, diferente al que actualmente tiene, anhelando que sirviera de nexo entre dos culturas: la de las ciencias y la de las humanidades.

Potter mostraba así, su preocupación por la supervivencia del hombre y de las culturas por él creadas.

2°. Aunque fue Potter el que acuñó tal vocablo y el primero en utilizarlo, hay que reconocer que un obstetra holandés de la Universidad de Georgetown, André Hellegers, también es responsable del origen de este vocablo al usarlo unos seis meses después de la aparición del libro de Potter para dar nombre a un centro de la mencionada Universidad: el centro Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, que más tarde se transformaría en el Kennedy Institute of Ethics, cuya biblioteca es centro de referencia bibliográfica nacional de los Estados Unidos en materia de bioética.

Para Hellegers, la misión de la bioética debía ser también el de servir como puente que promoviera el interés entre los profesionales de la ética y los diferentes problemas biológicos.

Ha sido este camino, el iniciado por Hellegers, en el que ha seguido desarrollándose de forma imperativa la bioética.

En el desarrollo inicial de este campo de reflexión han influido de forma notable varios acontecimientos con determinadas connotaciones de características morales, sociales y sanitarias que propiciaron el surgimiento de situaciones conflictivas de carácter moral ante las cuales había que reflexionar para dar una respuesta efectiva.

Como ejemplos de estos acontecimientos podemos citar, en primer lugar, la publicación en el *New England Journal of Medicine* (1966) de un trabajo, firmado por Beecher, en el que se hacía referencia a una serie de artículos ya publicados anteriormente y que podían ser sometidos a una crítica ética razonable.

Uno de estos artículos referenciados, hacía mención a una investigación en la cual se procedía a la inoculación del virus de la hepatitis a niños afectos de retraso mental.

En segundo lugar, podemos citar el experimento de Tuskegee, Alabama (1932- 1972), en que se negó el tratamiento con antibióticos a individuos de raza negra afectados por la sífilis, para poder estudiar el curso de esta enfermedad.

De la polémica surgida tras la publicación de un artículo en el año 1972 sobre este estudio en el *New York Times*, hizo que se crease en los Estados Unidos una Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento que marcaría las líneas a seguir en los experimentos que tuviesen lugar y en los que los sujetos de experimentación fuesen seres humanos.

Fruto del primer estudio que encargó esta comisión es el célebre “Informe Belmont” (1979), informe que viene a recoger los principios clásicos de la bioética: no maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia, y que significó que los problemas bioéticos que fueran surgiendo empezasen a analizarse bajo el prisma de estos principios y de los distintos procedimientos que de ellos surgiesen.

Si la bioética como campo de reflexión surgió en los Estados Unidos para después extenderse por otros países, en España no hemos estado inmóviles a las diferentes preocupaciones surgidas ante las numerosas cuestiones manifestadas en este sentido.

Así, fruto de todas estas preocupaciones será la creación del Comité de Bioética de España, mediante la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) como un *órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud.*

El Comité quedó constituido el 22 de octubre de 2008 y está adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por lo que respecta a la relación entre la bioética y el ejercicio profesional de la enfermería, cabe apuntar que esta relación, al igual que con el resto de ciencias sociosanitarias, es una relación compleja y, a menudo, fuente de numerosas controversias.

Los profesionales de enfermería debemos tender a realizar todas las acciones que engloban el proceso del cuidado sabiendo que todas y cada una de las consecuencias que puedan emanar del ejercicio de estas acciones están en el punto de mira de la ética aplicada y que pueden ser interpretadas, refiere Romero (2013) parafraseando a J. de Estéfani

(2008), dependiendo de los diferentes interlocutores que las valoren, las cuales pueden tener diferentes criterios jurídicos y diferentes referentes éticos....

Además, los enfermeros debemos conocer, por un lado, no sólo el carácter conceptual de los principios bioéticos, sino saber y comprender cuál es el contenido de cada uno de ellos para poder aplicarlos durante nuestro ejercicio profesional.

En ese cometido, debemos intentar llevar a la práctica de nuestro ejercicio profesional el contenido de estos principios junto a esos otros derechos que los usuarios de la sanidad tienen legalmente reconocidos (ver el artículo 10 LGS y posteriores textos normativos que vienen a desarrollarlo, principalmente en el ámbito de cada comunidad autónoma; en el caso de la CARM interesa la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia), cuando pueden surgir conflictos ante los cuales tenemos que estar preparados para dar una solución lo más coherente y razonable desde el punto de vista ético y legal.

Para ello, en caso de necesidad de resolución de un conflicto ante el cual, o bien no hallamos una solución concreta al caso o bien tenemos nuestras propias confrontaciones éticas, morales o religiosas, debemos solicitar esa ayuda necesaria a los correspondientes comités de ética asistenciales para que nos asesoren y ayuden a tomar la determinación más justa.

Además, tenemos que comprender que, cuando nos referimos al término bioética, no estamos haciendo mención a una nueva disciplina científica ni a una nueva ética, como algunos pudieran pensar sino que, como ya se indicó anteriormente, estamos ante un campo de reflexión de carácter multidisciplinar que se nutre de diversas ciencias, o bien de

carácter técnico científico (biología, ingeniería,...), o bien de carácter humanista y social (derecho, economía, sociología,...).

Para concluir, finalizamos el contenido de esta dimensión refiriéndonos a parte de un texto de Romero (2013), para que nos sirva de reflexión a los profesionales de enfermería: *en la ética de la responsabilidad tenemos como protagonista principal al «sujeto responsable»; es decir, al profesional enfermero que acepta el acto responsable y como tal se hace «cargo» de él, lo asume como suyo, aceptando las obligaciones morales que se pueden deducir de las consecuencias de dicho acto.*

2.7.2 Responsabilidad profesional enfermera: dimensión clínico asistencial.

La dimensión clínico asistencial de la responsabilidad enfermera hemos de centrarla en la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermera; es decir, en la aplicación del proceso de atención de enfermería dentro de nuestra autonomía como profesionales de la salud.

La aplicación del proceso enfermero va a permitir a los profesionales de la enfermería prestar unos cuidados de forma racional, lógica y sistemática, a la vez que va a ayudar a que los pacientes adquieran mayores niveles de bienestar.

Lo señalado con anterioridad no quiere decir que nuestra responsabilidad profesional abarque sólo aquellas actividades que realizamos de forma independiente, sino que aquellas otras que realizamos de forma conjunta o de forma delegada (actividades interdependientes) respecto a otros profesionales sanitarios también tiene su grado de responsabilidad.

Es importante especificar que el cuidado humano integra una dimensión humana que en el ámbito clínico asistencial los enfermeros podemos desarrollar de forma totalmente autónoma, pero que a la misma vez, el cuidado humano integra una dimensión técnica compuesta de ciertas habilidades y destrezas que, en ocasiones, ejercemos bajo las órdenes y/o supervisión de otros profesionales sanitarios.

Como bien expresó Pera (1994), en su artículo “Aspectos actuales de Enfermería Legal”, es un hecho clave para los profesionales de los cuidados el que podamos:

En el ámbito de la práctica cotidiana desarrollar una actividad de acuerdo con los principios de la normopraxis asistencial, principios definidos de forma magistral por el Catedrático de Medicina Legal de la

Universidad Autónoma de Barcelona, Profesor Doctor Manuel Rodríguez Pazos y que pueden resumirse en los siguientes puntos:

A) Realización de la práctica asistencial de forma técnica y científicamente correcta, es decir, acorde con los principios científicos y el nivel actual de desarrollo de la ciencia enfermera.

B) Preservación en el ejercicio profesional de los Derechos del paciente como usuario de los servicios sanitarios (contenidos en la LGS) así como sus derechos jurídicos y sociolaborales.

C) Y por último observancia de los criterios jurídicos del acto asistencial, derivado de su condición de contrato de prestación de servicios, realizándolo con la debida atención, diligencia, pericia, prudencia, e idoneidad de medios.

Otro aspecto importante a abordar es la definición de las pautas correctas de actuación; es decir, la protocolización de las actividades, tanto de aquellas que conforman el rol de colaboración con la actividad médica, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evaluación de la enfermedad, como las pertenecientes al rol autónomo de enfermería en la atención de las necesidades básicas de salud de los pacientes.

Asimismo, el incidir en esta dimensión de la responsabilidad enfermera es debido a la necesidad de conocer cuáles son nuestras verdaderas funciones asistenciales para que, a la vez que se determinan nuestras competencias y responsabilidades en este ámbito, el conocimiento que de esta determinación se genere sirva como parte integrante de nuestro desarrollo profesional.

Es importante para los enfermeros un conocimiento exhaustivo de todas esas funciones, de tal modo que se sepa discernir entre lo que se

debe hacer y aquello que realmente se realiza para evitar, en lo posible, peticiones por responsabilidad profesional futuras.

En este sentido, y por lo que se refiere al significado que para el ejercicio profesional de la enfermería española ha tenido, hay que citar dos importantes normas legales:

- ❖ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

- ❖ Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Dentro de esta dimensión de la responsabilidad profesional enfermera es importante hacer mención a un hecho que, aunque a primera vista, pueda parecer obvio para algunos profesionales sanitarios, otros profesionales tienen una voz discrepante con la cuestión que se explica a continuación: ¿se puede considerar a los profesionales de enfermería, como profesionales facultativos?.

No hay lugar a duda alguna que, en el ámbito asistencial, los enfermeros nos relacionamos con otros profesionales sanitarios y es en este contexto donde ha surgido otra “cuestión” que se refiere a la denominación y/o consideración sustantiva de los profesionales de enfermería en el ámbito clínico asistencial: el problema de la denominación como “facultativo” a los profesionales de enfermería.

Actualmente, el debate en nuestro país sobre este problema gira relacionado e interconexionado con el problema surgido con el hecho de “la prescripción enfermera de medicamentos”; problema éste en el que están situados en posiciones contrapuestas numerosos profesionales médicos, odontólogos y farmacéuticos y algunas instituciones colegiadas que les representan, frente a la posición favorecedora de la Organización Colegial Enfermera.

Sea como fuere, y sin proponernos entrar en este debate, a día de hoy, en la Ley 29/2006, de 29 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, conocida como ley del medicamento y cuya última modificación publicada en el BOE es de fecha de 25 de julio de 2013, se especifica en su Título VI, Capítulo I, artículo 77, epígrafe primero que:

Artículo 77. *La receta médica y la prescripción hospitalaria.*

1. La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.

Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Los fisioterapeutas también podrán indicar, usar y autorizar, de forma autónoma la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios relacionados con el ejercicio de su profesión, mediante orden de dispensación.

El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la participación de las organizaciones colegiales correspondientes, acreditará con efectos en todo el Estado a los enfermeros y a los fisioterapeutas para las actuaciones previstas en este artículo.

Por lo reflejado en esta norma está claro que, en la actualidad, los enfermeros que realizamos tareas asistenciales no podemos realizar tareas “**prescriptoras**” como tales.

Cabe ultimar esta cuestión haciendo mención a las recomendaciones que nos realizan algunas de las numerosas asociaciones y sociedades científicas y profesionales enfermeras de nuestro país, para que cumplamos con nuestras actividades asistenciales y nuestro objetivo de cuidado, ciñéndonos a la normativa legal vigente. En este sentido, exponer la recomendación de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE):

A los profesionales enfermeros y enfermeras de urgencias y emergencias se abstengan en su práctica clínica, asistencial y de cuidados, de realizar actividad alguna que pueda ser interpretada como un acto de prescripción farmacológica enfermera contrario a la legislación vigente.

Los supuestos de excepcionalidad o urgencia de causa mayor en las que, en contra de esta recomendación, se pudiera realizar prescripción farmacológica enfermera, serán aquellas en las que la denegación de ayuda y cuidados pusiera en riesgo la vida de las personas.

En estos supuestos, los/as profesionales enfermeros/as que se vean abocados a realizar una acción que pueda ser considerada prescriptora, la SEEUE considera que dicha acción sea puesta en conocimiento escrito de sus responsables jerárquicos y funcionales, así

como de los representantes sindicales de las mesas sectoriales de sanidad y reflejado en la historia del paciente indicando las causas que han motivado la acción.

Defender si los profesionales de los cuidados debemos o podemos “prescribir” ciertos fármacos es un debate que no puede ensombrecer que a los enfermeros se nos caracterice como personal facultativo, aunque resultaría interesante para todos los profesionales de enfermería porque su aprobación y reglamentación vendría a corroborar y dar seguridad jurídica a un hecho que en la labor asistencial diaria de los enfermeros ya se realiza desde hace años; es decir, no podemos dejar que seamos nombrados con tal consideración en función de si podemos realizar tareas prescriptoras de ciertos fármacos y productos sanitarios o no podemos realizarlas.

Este debate de la denominación facultativo o no de los enfermeros es considerado un tema baladí, como hemos señalado con anterioridad, por numerosos profesionales sanitarios desde que entró en vigor la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

La adopción de esta postura se debe a que la Disposición Derogatoria Única de la mencionada Ley, en su apartado f., deroga el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social aprobado por Orden de 26 de abril de 1973, con excepción de su artículo 151, y viene a dejar sin valor normativo la discriminación entre personal sanitario facultativo y no facultativo

Así mismo, esta misma norma, en su Disposición Transitoria Sexta añade que:

Se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas contenidas en las normas previstas en la Disposición Derogatoria Única e), f) y g).

Por tanto, fruto de esas regulaciones autonómicas propias, se sigue aplicando tal denominación de no facultativo a los profesionales de enfermería.

Sin embargo, si bien es cierto lo anterior, no es menos cierto que en aras de realizar una defensa de la denominación de los enfermeros como profesionales sanitarios facultativos, se puede indicar que, de modo general, las funciones facultativas enfermeras no están bien delimitadas ni desde el punto de vista contractual ni, desde luego, desde el punto de la ordenación profesional.

A este respecto, resulta paradójico que si bien la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, nos “faculta” en función de nuestro título académico a realizar los cuidados enfermeros, no viene a concretar de forma categórica cuáles son esos cuidados y que la aplicación de éstos quedan supeditados a la autonomía de los propios enfermeros como profesionales sin tener que quedar bajo dependencia de ningún otro profesional sanitario que pueda intervenir en el proceso de salud/enfermedad del paciente, familia o comunidad a la cual estemos prestando nuestros cuidados.

No obstante, si hemos de dar unas connotaciones normativas al hecho “profesional de enfermería como facultativo”, concretarlas citando las siguientes aseveraciones:

- Los enfermeros somos personal facultativo en atención a lo que la propia LOPS viene a especificar en su artículo 7 respecto a los diplomados sanitarios:

Artículo 7. Diplomados sanitarios.

1. Corresponde, en general, a los Diplomados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en tal proceso.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario, ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel Diplomado las siguientes:

3.3 Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

- Ejemplo de la “facultad” que tenemos los enfermeros, como profesionales sanitarios para el ejercicio de nuestras competencias profesionales también viene implícita en el texto de la DIRECTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

- El Real Decreto 1837/2008 de 8 de noviembre, incorporará al Ordenamiento Jurídico español la DIRECTIVA 2005/36/CE DEL

PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

- La Orden Ministerial CIN/2134/2008 de 3 de julio, publicada en el BOE núm. 174, de 19 de julio de 2008, por la que se establecen los requisitos para la verificación del título que regula la profesión enfermera advierte, entre otras competencias, que los estudiantes deben adquirir:

Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.

Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.

- En definitiva, si la cuestión a la que nos estamos refiriendo es dilucidar si los profesionales de enfermería podemos ser considerados como “facultativos”, no hay duda que parte de los preceptos legales que vienen a integrar nuestro Ordenamiento Jurídico si nos consideran como tal.

Esto lo podemos constatar a través de nuestra vigente Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, cuya última revisión data de enero de 2013.

Así, a modo de ejemplo de lo suscrito, es suficiente con señalar lo especificado en dos de los artículos que conforman nuestro C.P., el cual indica que, cuando se trata la cuestión de la suposición de parto y de la

alteración de la paternidad, estado o condición del menor, el artículo 322 indica que:

El educador, facultativo, autoridad o funcionario público que, en el ejercicio de su profesión o cargo, realice las conductas descritas en los dos artículos anteriores, incurrirá en la pena en ellos señalada y, además, en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a seis años.

A los efectos de este artículo, el término facultativo comprende los médicos, matronas, personal de enfermería y cualquier otra persona que realice una actividad sanitaria o sociosanitaria.

También tenemos tal consideración de facultativos los profesionales de enfermería, en cuanto a los delitos contra la salud pública, el C.P. en su artículo 372 especifica que:

Si los hechos previstos en este capítulo fueran realizados por empresario, intermediario en el sector financiero, facultativo funcionario público, trabajador social, docente o educador, en el ejercicio de su cargo, profesión u oficio, se le impondrá, además de la pena correspondiente, la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, industria o comercio de tres a diez años. Se impondrá la pena de inhabilitación absoluta de diez a veinte años cuando los referidos hechos fueren realizados por autoridad o agente de la misma, en el ejercicio de su cargo.

A tal efecto, se entiende que son facultativos los médicos, psicólogos, las personas en posesión de título sanitario, los veterinarios, los farmacéuticos y sus dependientes.

Como podemos observar, no cabe duda que, si desde un punto de vista jurídico hay ciertas normas legales que de forma tácita no vinculan el vocablo “facultativo” a la profesión enfermera, no es menos cierto

que hay una norma legal con rango orgánico, que nos otorga a los profesionales de enfermería junto a otros profesionales sanitarios tal denominación de facultativo.

2.7.3 Responsabilidad profesional enfermera: dimensión jurídica.

Para comenzar el desarrollo de esta dimensión de la responsabilidad profesional sanitaria es preciso advertir que tanto doctrinalmente como jurisprudencialmente el estudio de la responsabilidad jurídica enfermera ha sido más limitado que el estudio realizado sobre estas cuestiones con otras profesiones sanitarias.

Así, la mayoría de los textos que tratan de la responsabilidad jurídica de carácter sanitario están basados en las actuaciones médico sanitarias y las consecuencias relativas a estas actuaciones principalmente, dejando en numerosas ocasiones los estudios realizados y referidos a las actuaciones de otros profesionales sanitarios a la mera anécdota.

No obstante, hay que decir que aunque de forma pausada, los estudios relativos a la responsabilidad jurídica enfermera y las consecuencias que de ella emanan están incrementándose fundamentalmente en base a la preocupación existente en este colectivo profesional, así como en la sociedad en general, por las consecuencias jurídicas que las actuaciones de estos profesionales sanitarios pudieran tener.

La dimensión jurídica de la responsabilidad profesional enfermera debemos centrarla principalmente en tres ámbitos concretos: el ámbito administrativo, el ámbito civil y el ámbito penal.

En aras de favorecer una mejor comprensión de todo lo que viene a significar la dimensión jurídica de la responsabilidad profesional enfermera hemos de partir de un hecho concreto, y éste

se refiere a que esta dimensión jurídica debemos centrarla bajo el prisma de la llamada “responsabilidad sanitaria”.

La responsabilidad sanitaria, además de disponer de regulación propia, dispone de una amplia jurisprudencia conformada principalmente por sentencias judiciales del ámbito médico.

Sirvan como ejemplos de lo especificado las siguientes STS:

✓ STS, 1ª, 4.3.2013 (RJ 2013\2167): *en la que viene concretado que a los daños causados por los servicios sanitarios les son aplicables los preceptos de la legislación de consumidores, pero a los actos médicos les son aplicables sus propias reglas de imputación de responsabilidad.*

✓ STS, 1ª, 3.7.2013 (JUR 2013\243246): *en donde la negligencia causada durante una cesárea provoca el nacimiento de un niño con una discapacidad muy grave, por lo que se aplican los criterios de responsabilidad fundados en la negligencia por incumplimiento de la lex artis ad hoc.*

Previamente al desarrollo de los tres ámbitos en los que procederemos a enmarcar la dimensión jurídica de la responsabilidad profesional enfermera, resulta interesante, desde un punto de vista eminentemente teórico, constatar para nuestro estudio que en el ordenamiento jurídico español son cuatro las regulaciones sustantivas que pueden intervenir en el llamado derecho de daños.

Según expresa Messina de Estrella (1991), *el Derecho de daños está integrado por el conjunto de normas jurídicas cuyo propósito es el de garantizar al individuo una indemnización contra ciertas formas de lesión.*

Siguiendo a Luna (2010), las cuatro jurisdicciones que pueden intervenir en el Derecho de Daños están conformadas por:

- La civil regulada principalmente, como hemos visto con anterioridad, en el artículo 1101 CC y siguientes, y en el 1902 CC y siguientes.

Además, pueden ser aplicadas otras normativas específicas como es el caso del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

En la jurisdicción civil la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil es la norma procesal básica.

- La administrativa, regulada principalmente en el artículo 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común.

En la jurisdicción administrativa la norma procesal básica es la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

- La social, regulada en los artículos 1902 y 1903 del CC, en base a la responsabilidad civil del empleador por los accidentes de trabajo de sus empleados.

La norma procesal básica en la jurisdicción social es el Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral.

- La penal, regulada principalmente en los artículos 109 y siguientes del Código Penal, en los que se regulan las responsabilidades civiles derivadas de delitos y faltas.

La norma procesal básica en la jurisdicción penal es el Real Decreto, de 14 de septiembre de 1882, que promulga la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Siguiendo a Luna (2010), *la división de asuntos entre los diversos órdenes jurisdiccionales respondería a dos criterios principales: de un lado, la calificación jurídica del daño; de otro lado, el régimen jurídico al que se halla sometido el causante del daño.*

2.7.3.1 Ámbito jurídico administrativo de la responsabilidad profesional enfermera.

Para el estudio de la responsabilidad administrativa, hemos de tener en cuenta dos circunstancias:

1. Que esta puede surgir cuando el profesional de enfermería viene a incumplir determinadas normas jurídicas de carácter administrativo que, o bien regulan de algún modo concreto el sistema sanitario o bien regulan la actividad de los diferentes profesionales que desarrollan sus actividades laborales en el.

A modo de ejemplo de lo especificado, señalar la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

En el caso de que surja una infracción de alguna/s de estas normas jurídicas de carácter administrativo, se estaría con carácter general a lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común; si bien, es en la propia Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad donde la responsabilidad sanitaria de carácter administrativo se señala, concretamente en los artículos 32 y siguientes de esta Ley.

Así, el artículo 32.1 LGS dispone que:

Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de las sanciones administrativas correspondientes, previa instrucción del oportuno expediente, sin perjuicio de las responsabilidades civiles, penales o de otro orden que puedan concurrir.

En este sentido, hemos de especificar que el Título VII de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, se refiere al régimen disciplinario de los empleados públicos en los artículos 93 y siguientes.

En el ámbito de la CARM podemos señalar como ejemplo de normas jurídicas que contienen a lo largo de su articulado el carácter administrativo señalado, el Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia; así como la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia en cuyo artículo 4 se especifica:

Las infracciones en materia de sanidad serán objeto de sanción administrativa, previa instrucción de expediente, sin perjuicio de la adopción de medidas administrativas dirigidas a salvaguardar la salud y seguridad de las personas.

El sistema de infracciones y sanciones de aplicación será el establecido en el capítulo VI del título I de la Ley General de Sanidad y normas que la desarrollen y complementen.

No obstante, en caso de una sanción emanada en virtud de las disposiciones jurídicas señaladas, la persona que ha sido sancionada puede recurrir la sanción mediante la posibilidad de bien con un recurso de alzada (en algunos casos) ante el organismo jerárquico superior que le ha impuesto la sanción, o bien acudiendo a la vía judicial que en este caso es la vía judicial contencioso administrativa.

Una u otra posibilidad debe detallársele en la resolución que le haya comunicado la sanción.

Como vemos, la enfermera que desempeñara su actividad profesional mediante un contrato por cuenta ajena, ya sea de carácter laboral, funcional o estatutario, quedaría sujeta además de a los requisitos de la *lex artis* que impregna la actividad profesional enfermera, a los distintos deberes que emanan de su contrato.

Asimismo, del incumplimiento de estos deberes se puede generar la responsabilidad disciplinaria correspondiente, pudiendo emanar también, llegado el caso, cierto grado de responsabilidad civil o penal.

En todo caso; según especifica la STS del 23 de mayo de 2006 al hacer mención a los requisitos de cumplimiento de la *lex artis*:

... comporta no sólo el cumplimiento formal y protocolario de las técnicas previstas, aceptadas generalmente por la ciencia médica y adecuadas a una buena praxis, sino la aplicación de tales técnicas con el cuidado y precisión exigible de acuerdo con las circunstancias y los riesgos inherentes a cada intervención según su naturaleza.

2. La segunda de las circunstancias, y no por ello menos interesante, surge de la cuestión relativa a la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Si en principio podía actuarse indistintamente ante la jurisdicción contencioso administrativa o ante la jurisdicción civil cuando se buscaba esta responsabilidad patrimonial de la Administración, la reforma que en el año 1998 se produjo tanto en la Ley Orgánica del Poder Judicial como en la Ley de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, hace que la situación anteriormente descrita se reoriente en el sentido de que las causas que puedan surgir relacionadas con la responsabilidad patrimonial de la Administración serán dirimidas ante la primera de las jurisdicciones señaladas; la jurisdicción contencioso-administrativa.

Reflejo de esta situación quedan constatados en los siguientes artículos:

✓ artículo 9.4 de la Ley Orgánica 6/1998, de 13 de julio, del Poder Judicial: *Los del orden contencioso-administrativo conocerán..., asimismo, de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas y del*

personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de la que se derive.

✓ artículo 2 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa: *El orden jurisdiccional contencioso- administrativo conocerá de las cuestiones que se susciten en relación con: ...*

c) La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive, no pudiendo ser demandadas aquellas por este motivo ante los órdenes jurisdiccionales civil o social.

Así mismo, hemos de recordar que el artículo 106.2 de la CE señala lo siguiente: *Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.*

Para desarrollar este precepto constitucional nuestros legisladores establecieron los requisitos que han de concurrir para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

En fechas posteriores se promulgaría el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, que establece el procedimiento para hacer efectiva la responsabilidad de las Administraciones Públicas, y que es de aplicación en la Administración Sanitaria.

Es importante destacar que el artículo 142.5 de la LRJPAC trata sobre la prescripción de las reclamaciones que se puedan interponer por la responsabilidad de la Administraciones Públicas, y en tal sentido dispone que:

El derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

Respecto a la responsabilidad patrimonial del personal al servicio de la Administración Pública, se tienen que señalar los artículos 145 y 146 respectivamente de la LRJPAC modificados por la Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común:

Artículo 145. Exigencia de responsabilidad patrimonial de las autoridades y personal al servicio de las Administraciones públicas.

1. Para hacer efectiva la responsabilidad patrimonial a que se refiere el capítulo I de este Título, los particulares exigirán directamente a la Administración pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados por las autoridades y personal a su servicio.

2. La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado a los lesionados, exigirá de oficio de sus autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, o culpa o negligencia graves, previa instrucción del procedimiento que reglamentariamente se establezca.

Para la exigencia de dicha responsabilidad se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: el resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones públicas y su relación con la producción del resultado dañoso.

3. Asimismo, la Administración instruirá igual procedimiento a las autoridades y demás personal a su servicio por los daños y perjuicios causados en sus bienes o derechos cuando hubiera concurrido dolo, o culpa o negligencia graves.

4. La resolución declaratoria de responsabilidad pondrá fin a la vía administrativa.

5. Lo dispuesto en los párrafos anteriores, se entenderá sin perjuicio de pasar, si procede, el tanto de culpa a los Tribunales competentes.

Artículo 146. Responsabilidad penal.

1. La responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas, así como la responsabilidad civil derivada del delito se exigirá de acuerdo con lo previsto en la legislación correspondiente.

2. La exigencia de responsabilidad penal del personal al servicio de las Administraciones públicas no suspenderá los procedimientos de reconocimiento de responsabilidad patrimonial que se instruyan, salvo que la determinación de los hechos en el orden jurisdiccional penal sea necesaria para la fijación de la responsabilidad patrimonial.

En este último caso y, haciendo referencia a lo dispuesto en el artículo 121 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal:

El Estado, la Comunidad Autónoma, la provincia, la isla, el municipio y demás entes públicos, según los casos, responden subsidiariamente de los daños causados por los penalmente responsables de los delitos dolosos o culposos, cuando éstos sean autoridad, agentes y contratados de la misma o funcionarios públicos en el ejercicio de sus cargos o funciones siempre que la lesión sea consecuencia directa del funcionamiento de los servicios públicos que les estuvieren confiados, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial derivada del funcionamiento normal o anormal de dichos servicios exigible conforme a las normas de procedimiento administrativo, y sin que, en ningún caso, pueda darse una duplicidad indemnizatoria.

Si se exigiera en el proceso penal la responsabilidad civil de la autoridad, agentes y contratados de la misma o funcionarios públicos, la pretensión deberá dirigirse simultáneamente contra la Administración o ente público presuntamente responsable civil subsidiario.

Concretando todo lo detallado en los artículos precedentes y, haciendo mención al nexo responsabilidad civil sanitaria-responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, la Disposición Adicional 12ª LRJPAC, introducida por la Ley 4/1999, de 13 de enero, que modifica a la LRJPAC, viene a señalar:

Disposición adicional duodécima. Responsabilidad en materia de asistencia sanitaria.

La responsabilidad patrimonial de las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellas, por los daños y perjuicios causados por o con ocasión de la asistencia sanitaria, y las correspondientes reclamaciones, seguirán la tramitación administrativa prevista en esta Ley, correspondiendo su revisión jurisdiccional al orden contencioso-administrativo en todo caso.

Resulta conveniente finalizar este epígrafe relacionado con el ámbito administrativo de la responsabilidad profesional realizar dos últimas anotaciones:

- Una primera cuestión referente al hecho de si la Administración es responsable de los todos los posibles perjuicios que se le puedan causar a un paciente, cuando éste está obligado a soportarlos.

En este sentido, la STS de 12 de enero de 2005 especifica:

....la Administración no está obligada a reparar el perjuicio ocasionado a un paciente cuando éste está obligado a soportarlo, pues lo contrario la convertiría en una aseguradora universal de todos los riesgos, lo que no resulta acorde con el significado de la responsabilidad extracontractual, aunque sea objetiva o por el resultado.

De no darse este criterio jurisprudencial, podría darse el caso de que cualquier persona que se haya sometido a un tratamiento previo y hubiese obtenido un resultado no conforme a sus expectativas, por mínimas que estas fueran, podría tener derecho a una determinada indemnización que ayudara a paliar, en la medida de lo posible, tal resultado.

De esta manera, hay que tener claro que en ocasiones el resultado obtenido puede alejarse del pretendido, no por una mera actitud imprudente o negligente del profesional sanitario; sino que, en ocasiones, interviene en la instauración de esos resultados las propias características del paciente (pluripatología, características sociales,...), que hace del todo imposible el resultado pretendido; por lo que, y volviendo a referirnos al TS, éste en su Sentencia de fecha 14 de octubre de 2002 señala que *cuando la actuación de los profesionales ha sido correcta el paciente tiene el deber jurídico de soportar el daño.*

- Una segunda cuestión sería el problema que pudiera surgir respecto a cuál es el ámbito jurisdiccional más adecuado para dirimir un asunto cuando se presenta una demanda frente a la Administración Pública y a su respectiva compañía aseguradora de forma conjunta.

Así, podríamos hacernos la siguiente pregunta: ¿la jurisdicción civil o la jurisdicción contencioso-administrativa?

A esta problemática cuestión le puso solución la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, cuando en su único artículo sobre modificaciones de la LOPJ establece:

Uno. El apartado 4 del artículo 9 pasa a tener la siguiente redacción:

4. Los del orden contencioso-administrativo conocerán de las pretensiones que se deduzcan en relación con la actuación de las Administraciones públicas sujeta al derecho administrativo, con las disposiciones generales de rango inferior a la ley y con los reales decretos legislativos en los términos previstos en el artículo 82.6 de la Constitución, de conformidad con lo que establezca la ley de esa jurisdicción. También conocerán de los recursos contra la inactividad

de la Administración y contra sus actuaciones materiales que constituyan vía de hecho.

Conocerán, asimismo, de las pretensiones que se deduzcan en relación con la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas y del personal a su servicio, cualquiera que sea la naturaleza de la actividad o el tipo de relación de que se derive. Si a la producción del daño hubieran concurrido sujetos privados, el demandante deducirá también frente a ellos su pretensión ante este orden jurisdiccional. Igualmente conocerán de las reclamaciones de responsabilidad cuando el interesado accione directamente contra la aseguradora de la Administración, junto a la Administración respectiva.

También será competente este orden jurisdiccional si las demandas de responsabilidad patrimonial se dirigen, además, contra las personas o entidades públicas o privadas indirectamente responsables de aquéllas.

De otro lado, el perjudicado, si así lo estima necesario, puede interponer una reclamación contra la propia compañía aseguradora de la Administración ante los órganos correspondientes de la jurisdicción civil en base a lo señalado en el artículo 76 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro:

El perjudicado o sus herederos tendrán acción directa contra el asegurador para exigirle el cumplimiento de la obligación de indemnizar, sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado, en el caso de que sea debido a conducta dolosa de éste, el daño o perjuicio causado a tercero. La acción directa es inmune a las excepciones que puedan corresponder al asegurador contra el asegurado. El asegurador puede, no obstante, oponer la culpa exclusiva del perjudicado y las excepciones personales que tenga contra éste. A los efectos del ejercicio de la acción directa, el asegurado estará

obligado a manifestar al tercero perjudicado o a sus herederos la existencia del contrato de seguro y su contenido.

2.7.3.2 Ámbito civil de la responsabilidad profesional enfermera.

Respecto a la responsabilidad civil enfermera, resulta procedente aplicar todo lo detallado en apartados anteriores referidos a la responsabilidad civil a aquellos supuestos en los que la responsabilidad reclamada surge de una actuación sanitaria realizada por un profesional de enfermería interviniendo de forma principal o secundaria.

La base doctrinal de la responsabilidad civil en materia sanitaria ha sido construida mayoritariamente a partir del artículo 1902 CC y siguientes; es decir, recogiendo las normas sobre responsabilidad civil extracontractual y aplicándola a los profesionales sanitarios, siendo éste, el sentido en que De Ángel (1995) se expresa.

Resulta interesante, concretar en este punto y antes de señalar los requisitos exigidos jurisprudencialmente para que exista responsabilidad extracontractual sanitaria, realizar la diferenciación entre dolo y pena desde un punto de vista eminentemente civil.

Civilmente, existe dolo cuando mediante palabras u hechos inducimos a alguien a que realice una cosa que sin esas palabras u hechos no se hubiese realizado; en este sentido el artículo 1269 CC señala que: *hay dolo cuando, con palabras o maquinaciones insidiosas por parte de uno de los contratantes, es inducido el otro a celebrar un contrato, que sin ellos no se hubiese realizado.*

Civilmente, existirá culpa o negligencia cuando una persona omite la diligencia que exige la naturaleza de la obligación que está realizando: en este mismo sentido, el artículo 1104 CC señala que: *la culpa o negligencia del deudor consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, tiempo y lugar.*

Los requisitos exigidos por la jurisprudencia para que exista responsabilidad extracontractual dentro del ámbito sanitario, reproduciendo los señalados con relación a la responsabilidad en general, son: acción u omisión; daño real y efectivo, bien sea patrimonial o moral; culpa o negligencia; relación causa-efecto.

La sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo, de 8 de febrero de 2000⁷, establece que *cualquiera que sea la perspectiva con que se mire la presente cuestión, será preciso que ocurran determinados eventos para el éxito de la pretensión de la parte actora, como son un daño concreto, una acción impregnada de culpa de una persona unida o no a un vínculo contractual, y un nexo causal entre los anteriores*.

A dichos requisitos ha de unirse la exigencia de que la acción de reclamación se ejercite dentro de plazo, como bien se argumentó en el apartado 2.4 de este marco teórico, porque de no ser así podría alegarse por la parte frente a la que se reclama la prescripción de los hechos, dando lugar a la desestimación de las indemnizatorias por el ejercicio extemporáneo de las mismas.

Dentro de este epígrafe, resulta conveniente dejar constancia que, la responsabilidad civil que puede derivar de la actitud culposa y dañosa de una enfermera puede extenderse, en base a ciertos presupuestos, a la empresa o administración (empleador) que le realizó el contrato de trabajo.

Así, y según se desprende del párrafo primero del artículo 1903 CC, que especifica en los siguientes términos:

La obligación que impone el artículo anterior es exigible, no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder;...

⁷ (RJ 2000/840). Ponente, Excmo. Sr. D. Ignacio Sierra Gil de la Cuesta, en la que se trata una operación ginecológica que ocasionó la muerte del feto.

No haciéndose una interpretación restrictiva de este precepto, la persona perjudicada puede ejercitar la acción de responsabilidad civil frente a ese empleador por los daños causados por sus empleados cuando éstos estaban realizando sus funciones de carácter laboral.

Nos referimos pues, a los casos en los cuales se presenta una demanda por responsabilidad civil contra los empleadores, justificándola en el mencionado artículo 1903 CC.

Sirvan como ejemplo de lo anteriormente citado las siguientes sentencias del Tribunal Supremo:

✓ STS, 1ª, de 21 de junio de 2006 (RJ 2006/3080): se juzgaron las lesiones producidas a un recién nacido por la administración de un fármaco mediante *una inyección mal puesta*.

✓ STS, 1ª, de 14 de noviembre de 2007 (RJ 2008/14): se juzgó la responsabilidad sanitaria por defectuoso funcionamiento del centro sanitario por anestésico que provocó que a la paciente se le realizara una traqueotomía urgente causándole parálisis irreversible de una cuerda vocal, aunque no se identifica culpa individual de un profesional sanitario.

Respecto a esta última cuestión planteada, también hemos de señalar que la jurisprudencia reciente del TS viene constatando dos presupuestos necesarios para que se pueda formalizar este tipo de responsabilidad civil.

- ❖ Uno es la relación de dependencia dada entre empleador y empleado.
- ❖ Otro, y no menos importante, sería el nexo entre las actividades características profesionales propias del empleado y el daño/s causado/s con ocasión del desarrollo de dichas actividades.

Para finalizar este epígrafe, cabe hacer mención a aquellos casos que, aún siendo tramitados por la vía jurisdiccional penal, tienen abierta la posibilidad de la vía civil como bien queda señalado en el artículo 109 del CP:

1. La ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las Leyes, los daños y perjuicios por él causados.

2. El perjudicado podrá optar, en todo caso, por exigir la responsabilidad civil ante la Jurisdicción Civil.

2.7.3.3 Ámbito penal de la responsabilidad profesional enfermera.

Respecto a la responsabilidad penal derivada del ejercicio profesional de las enfermeras, señalar que este tipo de responsabilidad puede derivar de la realización de acciones u omisiones, contempladas en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Las enfermeras pueden realizar estas acciones u omisiones de forma imprudente (con falta del cuidado debido) o de forma dolosa (con intencionalidad) durante la realización de su trabajo y pueden ocasionar como resultado daños o lesiones a intereses o bienes protegidos por el propio CP.

Todo ello viene a significar que la posible responsabilidad penal en que una enfermera pudiera incurrir durante el ejercicio profesional queda sometida a la regulación general descrita en la legislación penal; siendo las normas más características que conforman esta legislación el CP y la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim).

Lo más habitual dentro de este ámbito es que se determine, si es que la hubiere, una responsabilidad penal de un preeminente carácter imprudente; es decir, una parte significativa de las sentencias condenatorias a profesionales de enfermería en el ámbito penal aluden a la imprudencia como motivo principal por el cual se produjo un determinado daño o lesión. Daño o lesión que, de otra parte, no se hubieran ocasionado si se hubiesen adoptado las medidas de cuidado necesarias para prever, en lo posible, la aparición de ese daño o lesión.

Sirva como ejemplo de lo señalado la STS de 7 de febrero de 1989, que condena por un delito de falta, *...al practicante titulado ATS que no tomó todas las precauciones debidas para evitar que la inyección que puso a un niño de dos años afectara a su nervio ciático....*

En la imprudencia, según Jescheck (1993), *debemos distinguir entre un deber de cuidado externo u objetivo que es el comportamiento externo correcto que evitaría el resultado lesivo o dañoso en un tercera persona, y un deber de cuidado interno o subjetivo que se correspondería con ese deber de advertir el peligro para el bien jurídico protegido.*

El deber de cuidado externo u objetivo consistiría en valorar el comportamiento profesional de la enfermera conforme a un nivel general que se demanda a todas las enfermeras en sus actuaciones profesionales, independientemente de sus capacidades profesionales.

El deber de cuidado interno o subjetivo, consistiría en valorar la conducta de la enfermera, con la que debería haber tenido, en función de su formación profesional.

En todo caso, como manifiestan Urruela y Romeo (2011), *los requisitos jurisprudenciales para estimar un caso como imprudente y que de forma reiterada han sido expuestos en más de una ocasión por diversas sentencias del TS, son:*

- ❖ *Una acción u omisión de carácter voluntario y no maliciosa/o.*
- ❖ *Una infracción del deber de cuidado.* En Derecho, el llamado “deber de cuidado” hace referencia al hecho de adecuar una determinada conducta a ciertas normas, para evitar el daño o lesión de unos bienes jurídicos. En nuestro caso las enfermeras cuando actúan conforme a la “*lex artis*”, término éste que se explicará a continuación, lo hacen siguiendo ese genérico deber de cuidado de carácter jurídico.
- ❖ *Creación de un riesgo previsible y evitable.*
- ❖ *Un resultado dañoso derivado, en adecuada relación de causalidad, de aquella descuidada conducta.*

Como ejemplo de lo indicado valga señalar la STS, de 26 de septiembre de 1997, que constata dichos aspectos.

En el momento de realizar una valoración de estos requisitos, se ha de tener en cuenta la denominada “*lex artis*” (“ley del arte” o “regla de actuación de la que se trate”) y su infracción.

Este término hace referencia a la apreciación que sobre el trabajo de un profesional se realiza en el sentido de si este trabajo es correcto o no y si se ha ajustado, durante la realización del mismo, a lo que debe de hacerse.

También podemos definir el término imprudencia como el conjunto de acciones que señalan las pautas generales del buen obrar del ejercicio de cada profesión conforme a los saberes, experiencia y conocimientos científico-técnicos adquiridos.

Así mismo, el término de “*lex artis ad hoc*” (“ley del arte al caso concreto”) introducido por Martínez-Calcerrada (1986) sería *el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.*

Definición doctrinal esta última que el propio TS acoge en varias de sus sentencias, como por ejemplo la STS de 16 de abril de 1990 y la STS de 11 de marzo de 1991.

Retomando el vigente CP, en su artículo 5 se establece que: *No hay pena sin dolo o imprudencia;* y a su vez, el artículo 10 del CP señala que: *Son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o*

imprudentes penadas por la Ley; por lo que especificados los anteriores preceptos, se hace necesario señalar que una enfermera puede, durante su ejercicio profesional, ser responsable de haber cometido o bien una falta o delito de tipo doloso, o bien una falta o delito de tipo culposo o imprudente.

En este punto, en aras de favorecer la comprensión adecuada de lo escrito hasta este momento respecto al ámbito jurídico penal de la responsabilidad profesional enfermera, resulta adecuado que realicemos una diferenciación conceptual de algunos términos, como la culpa y el dolo.

Ambos términos pueden caracterizarse desde un punto de vista civil (como ya constatamos en el anterior epígrafe), así como desde un punto de vista penal.

Penalmente, el dolo significa una actuación voluntaria y deliberada encaminada a dañar a otro, es decir, que obra de forma intencionada.

El dolo consta de dos elementos principales:

- El elemento cognitivo o intelectual; se refiere al conocimiento de todos los elementos que integran el tipo objetivo del delito, en caso de que el sujeto no sepa estos elementos no habrá dolo.

- El elemento volitivo; éste elemento se encuentra en el ámbito de los deseos del sujeto de realizar los elementos objetivos.

Ejemplos de delitos dolosos que pudieran realizar las enfermeras relacionados con su ejercicio profesional y castigado por el CP:

- Enfermera que revela una información sin obtener el consentimiento necesario del paciente; así el CP en su artículo 199 establece que:

1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.

- Enfermera que causa de forma voluntaria una lesión en un paciente; de esta forma el CP en su artículo 147 establece que:

1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

Con la misma pena será castigado el que, en el plazo de un año, haya realizado cuatro veces la acción descrita en el artículo 617 de este Código.

2. No obstante, el hecho descrito en el apartado anterior será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o multa de seis a 12 meses, cuando sea de menor gravedad, atendidos el medio empleado o el resultado producido.

Penalmente existe culpa o imprudencia cuando se da una situación de descuido en la que una persona produce una agresión no

voluntaria a la integridad de una persona producida por haber infringido en su actuación algunos de los deberes de cuidado exigibles en su actuar.

Para que hablemos de culpa penal o imprudencia, la conducta prohibida tiene que estar descrita en el CP, ya que sólo se castigan aquellos comportamientos imprudentes y concretos previstos de forma expresa en un precepto legal.

Respecto a las clases de conductas culposas hay que distinguir entre:

- Una actuación negligente. Estaríamos ante ella, cuando una enfermera no aplica, por falta de dedicación, los conocimientos y habilidades que tiene ante una determinada actuación profesional.

- Una actuación imprudente. Estaríamos ante ella, cuando una enfermera asume, ante una determinada actuación profesional, un riesgo superior al permitido.

- Una actuación con impericia. Estaríamos ante ella, cuando una enfermera asume una determinada actuación profesional para la cual no tiene la suficiente capacidad cognoscitiva o técnica para desempeñarla.

Numerosas sentencias emanadas del TS vienen a constatar que la consideración para establecer un hecho como imprudente o que no sea considerado como tal, en el ámbito sanitario tiene algunas características que los hacen distintos frente a otros hechos que pudieran ser catalogados como imprudentes en otros ámbitos profesionales.

Para finalizar este epígrafe se hace necesario especificar cuáles son los delitos y faltas tipificadas en nuestro CP que pudieran relacionarse, en un momento dado, con la actividad profesional de las enfermeras; delitos y faltas que, por otro lado pueden presentarse por la realización de un acto dañoso o lesivo, o sin haberse producido este acto.

Así, distinguiremos:

- Delitos y faltas por imprudencia con producción de un acto dañoso o lesivo.
 - Delitos por imprudencia con producción de acto dañoso o lesivo:
 - Artículo 142 CP, se refiere al homicidio.
 - Artículo 146 CP, se refiere al aborto.
 - Artículo 152 CP, se refiere a las lesiones.
 - Artículo 158 CP, se refiere a las lesiones al feto.
 - Artículo 391 CP, se refiere a la falsedad de documentos por autoridades y funcionarios públicos.
 - Artículo 220.5 CP, se refiere a la sustitución de niños en centros sanitarios o socio sanitarios.
 - Faltas por imprudencia con producción de acto dañoso o lesivo:
 - Artículo 621.1 CP, se refiere a la lesión producida por imprudencia grave y no requiera, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico posterior.
 - Artículo 621.2 CP, se refiere a la muerte por imprudencia leve.
 - Artículo 621.3 CP, se refiere a las lesiones constitutivas de delito cometidas por imprudencia leve.
 - Artículo 630 CP, se refiere al abandono de jeringuillas u otros instrumentos peligrosos, de modo o circunstancias que puedan causar daño a las personas, contagiar enfermedades o en lugares frecuentados por menores.

- Delitos y faltas sin producción de daño o lesión.
 - Delitos sin producción de daño o lesión:
 - ✓ Artículo 196 CP, se refiere a la denegación de asistencia sanitaria o abandono de los servicios sanitarios, derivándose de ese comportamiento un riesgo grave para la salud de las personas.
 - ✓ Artículo 199 CP, se refiere a la revelación de secretos.
 - ✓ Artículo 220.5 CP, se refiere a las sustituciones de un niño por otro que se produjeran en centros sanitarios o socio-sanitarios por imprudencia grave de los responsables de su identificación y custodia.
 - ✓ Artículo 222 CP, se refiere al educador, facultativo, autoridad o funcionario público que, en el ejercicio de su profesión o cargo, realice las conductas descritas en los dos artículos anteriores, incurrirá en la pena en ellos señalada y, además, en la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, de dos a seis años. A los efectos de este artículo, el término facultativo comprende los médicos, matronas, personal de enfermería y cualquier otra persona que realice una actividad sanitaria o socio-sanitaria.
 - ✓ Artículo 343 CP, se refiere a la exposición a radiaciones ionizantes con peligro para la vida de los expuestos.
 - ✓ Artículo 344 CP, se refiere a la exposición a radiaciones ionizantes cuando haya imprudencia grave en su comisión.

- Faltas sin producción de daño o lesión:

- ✓ Artículo 403 CP. Especifica que:

- El que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de tres a cinco meses.*

- ✓ Artículo 637 CP. Especifica que:

- El que usare pública e indebidamente uniforme, traje, insignia o condecoración oficiales, o se atribuyere públicamente la cualidad de profesional amparada por un título académico que no posea, será castigado con la pena de localización permanente de dos a 10 días o multa de 10 a 30 días.*

2.8 ENFERMERÍA PERICIAL.

Podemos precisar los términos “pericia” y “perito” mediante las definiciones que la RAE otorga a cada uno de estos vocablos. De este modo la “pericia” se define como “sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte” y el “perito” queda definido como aquella “persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia”.

Parafraseando la anterior acepción que la RAE señala para el vocablo “perito”, podemos referirnos a la perita enfermera como aquella enfermera que, no siendo parte en un proceso judicial, elabora un informe a solicitud de algunas de las partes o de la propia Institución Judicial sobre un hecho para cuyo conocimiento son necesarios determinados conocimientos técnicos propios y característicos de la profesión enfermera y cuyo objetivo, es facilitar esa carencia de información a las partes o a la Institución Judicial.

Como ya hemos indicado en la Introducción de esta tesis doctoral, hoy día asistimos a un más que notable incremento en el número de casos judiciales que tratan el tema de la responsabilidad sanitaria.

Este inequívoco incremento en el número de demandas está relacionado con algunas circunstancias características que, en cierto modo, han ido paralelas a las transformaciones que han ido sucediéndose en el seno de la propia sociedad, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX.

Así, podemos observar que circunstancias tales como la evolución tecnológica de las diferentes técnicas y procedimientos enfermeros o la evolución doctrinal y jurisprudencial que han ido experimentando todos

los asuntos relacionados con la responsabilidad sanitaria, se han convertido en elementos circunscritos a la relación que, de forma principal, surge entre el profesional sanitario (enfermera) de un lado, y el paciente/usuario de los servicios asistenciales sanitarios de otro.

Dentro de estos casos, el número de ellos relacionados con las actividades propias de la profesión enfermera también están creciendo, hecho que, por otro lado, ha propiciado que la figura de la perita enfermera empiece a tener un mayor reconocimiento dentro del ámbito judicial e implicando, a su vez, que el principio de seguridad jurídica se vea cumplido fehacientemente al ser las enfermeras las personas que, reuniendo realmente las condiciones de idoneidad en el terreno de la disciplina profesional que le es propia, emitan aquellos informes o dictámenes que le sean solicitados.

Prueba de lo especificado en el párrafo anterior son las convocatorias que algunos juzgados realizan para formar un listado con profesionales de enfermería que quieran intervenir, en un momento dado, como peritos, conforme a lo dispuesto en el artículo 341 de la LEC que trata sobre el procedimiento a seguir para la designación judicial de los peritos.

Ejemplos que vienen a constatar lo anterior son sendas convocatorias realizadas, siendo la primera de ellas realizada por el Juzgado Decano de Valladolid con fecha de enero de 2013; y la segunda, realizada por el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción Decano de Telde (Las Palmas de Gran Canaria) con fecha de febrero de 2013.

Otro ejemplo, de fecha más reciente, es la circular del Ilustre Colegio de Enfermería de Ceuta en la que se da publicidad a la convocatoria realizada por la Dirección de la Oficina Judicial de Ceuta de fecha 09 de enero de 2015, en la que se comunica que: *En virtud de*

lo acordado en el Gubernativo de referencia les dirijo el presente a fin de que se me proporcione listado de colegiados o asociados dispuestos a actuar como peritos judiciales en el partido Judicial de Ceuta, con remisión del mismo, al Servicio Común General, Sección de Registro y Reparto de Ceuta.

Respecto a la cualificación que tienen que tener los peritos, ésta queda especificada en el artículo 340.1 LEC: *Los peritos deberán poseer el título oficial que corresponda a la materia objeto del dictamen y a la naturaleza de éste. Si se tratare de materias que no estén comprendidas en títulos profesionales oficiales, habrán de ser nombrados entre personas entendidas en aquellas materias.*

El artículo 457 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal dispone que:

Los peritos pueden ser o no titulares.

Son peritos titulares los que tienen título oficial de una ciencia o arte cuyo ejercicio esté reglamentado por la Administración.

Son peritos no titulares los que, careciendo de título oficial, tienen, sin embargo, conocimiento o prácticas especiales en alguna ciencia o arte.

A su vez, el artículo 458 de la LECrim. añade el siguiente enunciado:

El Juez se valdrá de peritos titulares con preferencia a los que no tuviesen título.

La actuación judicial de los peritos ha sido marcada de forma fehaciente por la propia doctrina jurisprudencial del TS, de tal manera que:

Los peritos, como sucede con los testigos, son terceros; es decir, no intervienen en el proceso como partes, sino que prestan su colaboración con el Tribunal, en orden a los conocimientos especializados que tienen.... (STS de 26 de septiembre de 1990).

La función pericial enfermera se ubica dentro del campo de la enfermería legal y forense, siendo necesario por ello una serie de conocimientos característicos que acrediten a los profesionales de enfermería para desarrollar tal función, conocimientos que deben suponer un avance dentro del cuerpo de conocimientos que integran en la actualidad el Grado en Enfermería.

Actualmente, estos conocimientos se imparten de forma reglada mediante dos vías:

1. Mediante titulaciones propias de algunas universidades que otorgan la titulación de “Especialista en pericia judicial”, como el título acreditado por la Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA) o el Curso de Experto Universitario de perito judicial en Prevención de Riesgos Laborales acreditado por la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).

2. Mediante estudios oficiales de postgrado impartidos por distintas universidades. Sirvan como ejemplo los estudios del Máster en Ciencias Forenses impartidos por la Universidad de Murcia, el Máster en Documentación y Grafología de la Universidad de Barcelona y el Máster en Pericia Sanitaria organizado por el Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid.

No obstante, las enfermeras con la especialidad de Enfermería del Trabajo tienen, en su ámbito competencial legalmente reconocido en la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el

programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo, una importante labor dentro del área legal y pericial.

Así, estas enfermeras especialistas al final de su periodo formativo, y conforme a lo señalado en el artículo 4.3.3 de la Orden anteriormente citada, tendrán las siguientes capacidades:

a) Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología derivada del entorno laboral para la salud humana, en particular en caso de las incapacidades.

b) Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las consecuencias que tiene la patología común que pudiera colisionar con la actividad laboral.

c) Detectar y valorar en el ámbito competencial de la profesión enfermera, los estados de salud que sean susceptibles de cambio de puesto de trabajo.

d) Valorar pericialmente, en el ámbito competencial de la profesión enfermera, las actuaciones sanitarias en el ámbito laboral.

e) Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante las entidades y los organismos competentes.

La formación teórica que deben recibir las futuras enfermeras especialistas en la especialidad de Enfermería del Trabajo viene descrita en el Anexo I de la Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, y concretamente su apartado 6 hace referencia al contenido teórico del Área legal y pericial.

Este contenido se compone de la siguiente estructura:

6.1 Daño corporal:

a) Introducción al estudio del daño corporal.

- b) Conceptos jurídicos.*
- c) Responsabilidad civil, penal y administrativa.*
- d) Baremos. Tipos y cuantificación.*
- e) Peritaje: Estructura y elaboración de informes. Ética del peritaje.*
- f) Valoración de Enfermería del daño corporal. Áreas corporales.*

6.2 Actuaciones forenses en Enfermería:

- a) Enfermería legal y forense.*
- b) Enfermería en los institutos de medicina legal y otras instituciones.*

c) Guías de valoración.

6.3 Incapacidad laboral e invalidez:

- a) Conceptos legales, tipos y grados.*
- b) Secuelas de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.*

c) Valoración de la capacidad laboral del trabajador.

- d) Alta y baja, parte de accidente y enfermedad, documentación oficial.*

e) Cuantificación de las deficiencias y discapacidades.

- f) El sistema nacional de la seguridad social: Entidades gestoras y colaboradoras. Prestaciones. Tipos de contingencia y cobertura. Situaciones especiales.*

6.4 Derecho sanitario y deontología en enfermería del trabajo:

- a) Derechos y deberes de los profesionales sanitarios.*
- b) Derechos y deberes de los pacientes.*
- c) Confidencialidad, documentación clínica y consentimiento informado.*
- d) Normativa de protección de datos personales.*

e) Aspectos éticos y deontológicos en la práctica profesional de la Enfermería del trabajo.

f) Responsabilidad profesional.

g) Normativa y legislación sobre ordenación de las profesiones sanitarias.

Los peritos, de forma general, ya sean enfermeras o aquellos que ejerzan cualquier otra profesión, tienen los siguientes deberes relacionados con su actividad en el ámbito judicial:

➤ Deber de comparecer a los llamamientos y vistas que sean señalados, conforme a lo especificado en los artículos 292 y 347 de la LEC.

➤ El artículo 462 de la LECrim. dispone, en el mismo sentido que la anterior anotación, que:

Nadie podrá negarse a acudir al llamamiento del Juez para desempeñar un servicio pericial, si no estuviese legítimamente impedido.

En este caso deberá ponerlo en conocimiento del Juez en el acto de recibir el nombramiento, para que se provea a lo que haya lugar.

➤ Decir la verdad y actuar con objetividad, conforme a lo especificado en el artículo 335.2 LEC.

Si se diese el caso que un perito tiene una actuación no conforme a esos deberes señalados anteriormente puede incurrir en responsabilidades civiles, penales y colegiales, en su caso:

• Conforme a lo dispuesto en el artículo 1902 CC al perito que cause un perjuicio en un tercero por su actuación, mediando dolo o culpa, se le podría considerar responsable civil del daño causado.

- Conforme a lo señalado en el artículo 420 de la LECrim., un perito que no acuda al llamamiento judicial, a excepción de las personas mencionadas en el artículo 412 de esta misma Ley, o se resistiese a declarar lo que supiese acerca de los hechos sobre los que fuere preguntado, *incurrirá en la multa de 200 a 5.000 euros, y si persistiere en su resistencia será conducido en el primer caso a la presencia del Juez instructor por los agentes de la autoridad, y perseguido por el delito de obstrucción a la justicia tipificado en el artículo 463.1 del Código Penal, y en el segundo caso será también perseguido por el de desobediencia grave a la autoridad.*

La multa será impuesta en el acto de notarse o cometerse la falta.

- Conforme a lo dispuesto en los artículos 459 y 460 del CP los peritos pueden incurrir en responsabilidad penal en caso de:

Artículo 459.

Las penas de los artículos precedentes se impondrán en su mitad superior a los peritos o intérpretes que faltaren a la verdad maliciosamente en su dictamen o traducción, los cuales serán, además, castigados con la pena de inhabilitación especial para profesión u oficio, empleo o cargo público, por tiempo de seis a doce años.

Artículo 460.

Cuando el testigo, perito o intérprete, sin faltar sustancialmente a la verdad, la alterare con reticencias, inexactitudes o silenciando hechos o datos relevantes que le fueran conocidos, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses y, en su caso, de suspensión de empleo o cargo público, profesión u oficio, de seis meses a tres años.

Por lo que se refiere a los dictámenes que emiten los peritos, previa solicitud de una de las partes encausadas o a instancias del propio

tribunal que entiende sobre el asunto a solucionar, se emitirán conforme a lo especificado en el artículo 336.2 LEC:

Los dictámenes se formularán por escrito, acompañados, en su caso, de los demás documentos, instrumentos o materiales adecuados para exponer el parecer del perito sobre lo que haya sido objeto de la pericia. Si no fuese posible o conveniente aportar estos materiales e instrumentos, el escrito de dictamen contendrá sobre ellos las indicaciones suficientes. Podrán, asimismo, acompañarse al dictamen los documentos que se estimen adecuados para su más acertada valoración.

Estos dictámenes periciales emitidos serán valorados por el tribunal conforme a las reglas de la sana crítica (artículo 348 LEC), debiéndose ponderar, como así dejan reflejado González e Iglesias (2000):

- *La coherencia lógica de la argumentación desarrollada en el dictamen.*
- *El método científico utilizado por el perito.*
- *Las operaciones periciales llevadas a cabo por los peritos, así como los medios e instrumentos utilizados.*
- *Y la autoridad científica del perito, así como su mayor objetividad e imparcialidad.*

Así pues, un dictamen pericial que sea elaborado por una enfermera, parafraseando a Hernández (2008), *debiera emitirse concretando aspectos tales como:*

- ✓ *Valoración de la causa (posible imprudencia, impericia o negligencia) enfermera que se está juzgando.*
- ✓ *Valoración del posible daño o lesión causada.*

- ✓ *Valoración sobre la existencia o presencia de una relación de causalidad entre ese daño o lesión existente y la causa, en su caso, que pudiera haberlo ocasionado.*

En este sentido, viene a referir Gallego (1995) que *el perito tiene que ser consciente de que su cometido radica en proporcionar al juzgador la información necesaria para que éste pueda valorar la conducta del enjuiciado, teniendo en cuenta si la forma de actuar que tuvo el enjuiciado era acorde a las reglas de actuación que rigen en la profesión conforme a los conocimientos técnico científicos que se disponían en el momento de producirse los hechos o, por el contrario se podía haber actuado de forma distinta intentando evitar, en lo posible, la aparición de los hechos que se juzga.*

CAPÍTULO III.
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

OBJETIVO GENERAL.

Analizar las percepciones y conocimientos sobre la figura jurídica “responsabilidad civil extracontractual” que tienen las profesionales de enfermería de las Áreas de salud II y VIII de la Región de Murcia.

A su vez, nos planteamos alcanzar los siguientes objetivos específicos:

1º. Identificar las dificultades que los profesionales de enfermería de las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia tienen para afrontar las situaciones de la práctica clínica relacionada con la responsabilidad civil extracontractual.

2º. Describir roles y actitudes ante posibles consecuencias emanadas de este tipo de responsabilidad civil para el profesional de enfermería.

3º. Conocer la percepción que sobre la responsabilidad civil extracontractual tienen las enfermeras participantes en este estudio.

4º. Identificar los factores del entorno laboral, cognitivos y actitudinales que asocian las enfermeras participantes en el estudio con esta figura jurídica.

HIPÓTESIS.

H1. La percepción que tienen las profesionales de Enfermería de las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia sobre la “responsabilidad civil extracontractual” demuestra limitaciones en su conocimiento.

H2. Existen carencias formativas respecto a la “responsabilidad civil extracontractual” en los profesionales de enfermería de los centros sanitarios de las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia.

CAPÍTULO IV.
MATERIAL Y MÉTODO.

4.1. PERSPECTIVA METODOLÓGICA.

4.1.1 Introducción.

Decidir cuál era el método de investigación más apropiado para configurar la estructura empírica de esta tesis, ha supuesto un esfuerzo de cierta consideración para este doctorando.

No obstante se ha de especificar que la pretensión al utilizar una metodología cualitativa en un proceso de investigación como el nuestro ha sido la de obtener una serie de datos narrativos para su posterior análisis y explicación, de tal manera que el conocimiento que se derive de estos sea lo más profundo posible.

En tal sentido, Sampieri (1991) señala que el enfoque cualitativo *proporciona profundidad a los datos, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas.*

Por otro lado, al plantear el análisis de un tema concreto desde una estrategia cualitativa, se asume la posibilidad de que no se conozcan previamente todas las cuestiones implicadas en el objeto de estudio.

Además, una estrategia cualitativa nos va a dar la posibilidad de que el estudio de los problemas que hubiese, relacionados con la responsabilidad civil extracontractual en el ámbito enfermero, surja a partir de las palabras de los propios protagonistas. Así se atiende a las definiciones, significados e interpretaciones que se hacen de estos problemas.

A la vez se contextualizan tanto los datos recogidos como sus emisores en el ámbito profesional del que forman parte.

Igualmente vamos a asumir un enfoque descriptivo, en la medida en que se pretende reflexionar sobre el grado de extensión de este

problema (responsabilidad civil extracontractual en la profesión enfermera) en la sociedad actual.

De esta manera se intenta reducir el riesgo de construir conceptos y definiciones alejados de las realidades vividas por los protagonistas de cualquier problema social y, en el caso de nuestro estudio, por los profesionales de enfermería participantes.

Reflejada esta consideración inicial con la que nos adentramos en el marco empírico de nuestro proceso investigador, surgen cuestiones trascendentales dentro del estudio que estamos realizando, como las que se enumeran a continuación:

✓ ¿Tienen interés los profesionales de enfermería en todos aquellos temas relacionados con la responsabilidad civil extracontractual?

✓ ¿En qué medida se pone de manifiesto ese interés?

✓ ¿Cómo indagar en el conocimiento que los profesionales de Enfermería tienen en relación a la responsabilidad civil extracontractual?

✓ ¿Cuáles son las creencias que tienen sobre esta figura jurídica?

✓ ¿Cuáles son las expectativas que surgen al relacionar el objeto principal de estudio con su labor profesional?

✓ ¿Cómo perciben estos profesionales los posibles déficits formativos que pudieran tener respecto al objeto principal de estudio?

Para tratar de conseguir los objetivos propuestos y, a la vez, responder a las distintas cuestiones que vayan surgiendo a lo largo de todo este proceso, hemos procedido a diseñar el camino que nos guíe para explorar el nexo entre la responsabilidad civil extracontractual y la actividad asistencial enfermera.

Para ello vamos a tratar de acercarnos mediante una reconstrucción de los distintos pensamientos, sentimientos y, en su caso, actuaciones que las enfermeras sujetas del estudio realizan, relacionándolos con la figura jurídica en proceso de estudio.

4.1.2 Diseño de la investigación.

Altuve y Rivas (1998) refieren que el diseño de una investigación *es una estrategia general que adopta el investigador como forma de abordar un problema determinado, que permite identificar los pasos que deben seguir para efectuar su estudio.*

El diseño de nuestra investigación se asienta dentro de un enfoque cualitativo como hemos referido en párrafos anteriores.

Desde un punto de vista metodológico, el diseño que conforma la estructura principal de nuestro estudio tiene su base en la denominada investigación no experimental; es decir, la investigación que se desarrolla de forma sistemática y en la cual el investigador o grupo de investigadores no tiene un control directo sobre las diversas variables que vayan surgiendo.

Esto significa que en este tipo de investigaciones no es posible una utilización de la aleatorización o asignación aleatoria, ni tampoco es factible una manipulación experimental en la que quepa control alguno por parte de los sujetos que integran el equipo investigador.

El enfoque cualitativo según Taylor y Bogdan (1984) busca entender la complejidad de la realidad, de tal manera que interprete la conducta humana desde el propio marco de referencia de quien actúa.

Así, el investigador cualitativo, en palabras de Rossman y Rallis (2003), *en lugar de utilizar métodos cuantitativos que miden y predicen, utiliza procesos de inducción, deducción y de reflexión para intentar describir, analizar e interpretar los datos obtenidos en el contexto en el que se desarrolla la investigación.*

Otros autores, como Iñiguez (1999), señalan que los métodos cualitativos se adaptan perfectamente a la búsqueda de la comprensión más que a la predicción de una determinada realidad social.

Palabras que cobran sentido en este aporte empírico al fijar como núcleo central de la investigación los conocimientos y percepciones que tiene un determinado grupo de profesionales sanitarios sobre la responsabilidad civil extracontractual; figura jurídica esta que, dentro de las actuaciones surgidas sobre petición de responsabilidad en el ámbito judicial, ha tenido un importante crecimiento desde el último cuarto del siglo XX.

Si Vázquez (1994) considera que *la investigación cualitativa procura lograr una descripción holística; es decir, intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular;* para Hernández Sampieri (2010), *el enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad.*

En consecuencia, el planteamiento metodológico cualitativo ha servido de base orientadora fundamental para realizar el estudio empírico de esta investigación.

De esta manera, la finalidad que nos hemos propuesto ha sido la de realizar una reconstrucción discursiva sobre todos aquellos aspectos que, relacionados con los diferentes objetivos propuestos, las participantes en nuestro estudio han manifestado.

Quisiéramos terminar este epígrafe especificando de manera sucinta otras características respecto al proceso de investigación realizado:

1. El estudio desarrollado tiene un carácter eminentemente transversal, hecho que obedece al quedar el campo de investigación acotado al tiempo en que se han aplicado los grupos focales, como instrumentos para obtener los datos necesarios para el consiguiente análisis.

2. Según el análisis y alcance de los resultados esperados, nuestro estudio se caracteriza por ser descriptivo y analítico; es decir, se van a recoger una serie de datos sobre diversos aspectos o dimensiones del fenómeno que nos interesa investigar, para proceder en un momento ulterior al análisis de los mismos.

3. Para el estudio de las variables demográficas de los participantes se ha realizado un análisis cuantitativo de carácter retrospectivo.

4.1.3 Características de una investigación cualitativa.

No resulta fácil constatar unas características generales de la investigación cualitativa al tener sus raíces imbricadas en numerosas corrientes de pensamiento.

No obstante, siguiendo a Guba y Lincoln (1994) en Rodríguez, Gil y García (1996), subsisten determinados niveles de análisis que permiten fijar unos caracteres comunes a esa pluralidad en este tipo de investigaciones.

Estos niveles se conforman del siguiente modo:

1. *Nivel ontológico, entendido como aquel en el que se especifica cuál es la forma y la naturaleza de la realidad social y natural. Desde este nivel, la investigación cualitativa queda definida por considerar la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción con la misma.*

2. *Nivel epistemológico, que hace referencia al establecimiento de los criterios a través de los cuales se determinan la validez y bondad del conocimiento. Desde este nivel, la investigación cualitativa asume una vía inductiva. Parte de una realidad concreta y los datos que ésta le aporta, para llegar a una teorización posterior.*

3. *Nivel metodológico, que sitúa las cuestiones referidas a las distintas vías o formas de investigación en torno a la realidad. Desde este nivel, los diseños de investigación cualitativa tendrán un carácter emergente y se irán construyendo conforme avance este proceso. A través de este proceso podemos recabar las distintas versiones y perspectivas de los participantes.*

4. Nivel técnico instrumental que se ocupa de las distintas técnicas, instrumentos y estrategias de recogida de información. Desde este nivel, la investigación cualitativa se caracteriza por la utilización de técnicas que permiten obtener datos que informan de la particularidad de las situaciones, permitiendo una descripción exhaustiva y densa de la realidad concreta objeto de investigación.

5. Nivel de contenido. Desde este nivel, la investigación cualitativa se caracteriza por alcanzar a todas las ciencias y disciplinas, de tal forma que se desarrolla y aplica en educación, sociología, psicología, economía, medicina, etc.

En definitiva, no existe una investigación cualitativa, sino múltiples enfoques cuyas diferencias fundamentales vienen marcadas por las opciones que se tomen en cada uno de estos niveles. La adopción de una u otra alternativa, de todas las posibles que se presentan en cada nivel, determinarán el tipo de estudio cualitativo que se realice.

Resulta interesante que también dejemos constancia de algunas características que vienen a concretar el modo de ser de la propia investigación cualitativa.

Estos caracteres vamos a señalarlos tal y como los enuncian distintos autores que han ido profundizando en el estudio teórico y práctico de la investigación de carácter cualitativo.

Así:

- Maykut y Morehouse (1994) señalan ocho características de la investigación cualitativa:

1. *El foco de la investigación tiene carácter exploratorio y descriptivo.*

2. *El diseño es emergente, se elabora sobre la información recogida.*

3. *El muestreo es intencional, se apoya en criterios internos, no pretende generalizar los resultados.*

4. *La recogida de datos tiene lugar en situaciones naturales no controladas.*

5. *Enfatiza el papel del investigador como instrumento principal de la investigación.*

6. *Los métodos de recogida de la información son cualitativos, es decir, de naturaleza interactiva.*

7. *El análisis de datos es inductivo: categorías y patrones emergentes se construyen sobre la base de la información obtenida.*

8. *El informe de investigación sigue el modelo del estudio de casos.*

➤ Taylor y Bogdan (1986) señalan las características siguientes:

1. *Es inductiva. Porque las categorías, patrones e interpretaciones se construyen a partir de la información obtenida y no a partir de teorías o hipótesis previas.*

2. *Perspectiva holística. En el sentido de que estudia la realidad desde un enfoque global sin fragmentarla ni seccionarla en variables.*

3. *Sensibilidad hacia los posibles efectos debido a la presencia del investigador.*
4. *Comprensión de las personas dentro de su propio marco de referencia.*
5. *Suspensión del propio juicio.*
6. *Valoración de todas las perspectivas.*
7. *Métodos humanistas.*
8. *Énfasis en la validez.*
9. *Todos los escenarios y personas son dignos de estudio.*

➤ Anguera (1998) señala las siguientes características:

1. *La fuente principal y directa son las situaciones naturales. Ningún fenómeno puede ser entendido fuera de sus referencias espacio-temporales y de su contexto.*
2. *El investigador se convierte en el principal instrumento de recogida de datos. Esto permite registrar información simultánea sobre múltiples factores y varios niveles, así como la posibilidad de explorar respuestas atípicas e idiosincrásicas, las cuales son difíciles de captar por los medios ordinarios y tienen una enorme relevancia para lograr una más óptima comprensión.*
3. *Incorporación del conocimiento tácito, es decir, el correspondiente a intuiciones, aprehensiones o sentimientos que*

no se expresan de forma lingüística, pero que se refieren a aspectos conocidos de algún modo.

- 4. Aplicación de técnicas de recogida de datos abiertas por adaptarse mejor a las influencias mutuas y ser más sensibles para detectar patrones de comportamiento.*
 - 5. Muestreo intencional. La selección de la muestra no pretende ni puede representar a una población con el objeto de generalizar los resultados, sino que se propone ampliar el abanico y rango de los datos tanto como sea posible a fin de obtener la máxima información de las múltiples realidades que pueden ser descubiertas.*
 - 6. Análisis inductivo de los datos. Esto implica una primera descripción de las situaciones de cada uno de los casos o eventos estudiados con el fin de detectar progresivamente la existencia de regularidades entre ellos que constituyan la base o germen de una futura teoría adecuada a las condiciones y valores locales.*
 - 7. La teoría se genera a partir de los datos de una realidad concreta, no partiendo de generalizaciones a priori.*
 - 8. El diseño de la investigación es emergente y en cascada, ya que se elabora a medida que avanza la investigación.*
 - 9. La metodología cualitativa se plantea criterios de validez específicos utilizando técnicas propias que garantizan la credibilidad de los resultados.*
- Eisner (1998) por su parte, plantea una serie de rasgos sobre la investigación cualitativa:

- 1) *Estudia situaciones y contextos naturales: enfocados (humanos y objetos inanimados), no manipulativos, en definitiva, “naturalistas”.*
- 2) *Parte y explora positivamente la propia subjetividad del investigador, su modo de representar y valorar lo significativo de la situación que analiza: “yo como instrumento”.*
- 3) *Valora la intuición personal como fuente de significados de utilidad para ver la realidad.*
- 4) *Tiene carácter interpretativo, en dos acepciones, justificar lo informado y construir significados.*
- 5) *Utiliza un lenguaje expresivo, está presente la voz de la investigadora en el texto.*
- 6) *Atiende a lo concreto, pretende mostrar los matices, peculiaridades y contexto del hecho sujeto de investigación, sus rasgos distintivos.*
- 7) *Sus resultados son creíbles por su coherencia, intuición y utilidad para los propósitos señalados.*

Dadas las diferentes características, vemos como un investigador cualitativo cuando procede a razonar sobre el objeto u objetos de estudio o investigación utiliza procesos tanto inductivos como deductivos que le ayuda a reflexionar, intentando con ello discurrir o realizar un análisis sobre aquellos datos que le resultan e interés.

Si en una investigación cuantitativa, el investigador procede a utilizar diferentes métodos con el fin de medir y predecir, en una investigación cualitativa, tal y como bien especifican Rossman y Rallis

(2003), el investigador utiliza datos contextuales para describir e interpretar.

Concluir todo lo especificado en las líneas anteriores, destacando las palabras de Sherman y Webh (1988), *podemos resumir todas las características de la investigación cualitativa y señalar que el término cualitativo implica una preocupación directa por la experiencia tal y como es vivida, sentida o experimentada.*

4.1.4 Planteamiento paradigmático.

Iniciar este punto señalando que acercarse, indagar y estudiar el fenómeno sobre el que estamos investigando no es sencillo.

Este planteamiento suscrito lo realizamos considerando que, la responsabilidad civil como realidad relacionada con la labor asistencial de los profesionales sanitarios, no es vivenciada en el día a día del ejercicio profesional por las enfermeras.

Este hecho además, puede resultar más complejo si se tienen en cuenta las interrelaciones que factores tales como los laborales, económicos, sociales, culturales e incluso personales, en ocasiones pueden surgir en el trasfondo del tema que estamos estudiando.

Establecidos los objetivos e hipótesis de nuestra investigación y habiendo constatado que el diseño planificado para el posterior desarrollo de la misma es de un carácter eminentemente cualitativo, resulta necesario conformar cual es el camino paradigmático que hemos de recorrer desde este momento.

Así, la selección adecuada de este camino debe ayudarnos a confrontar, analizar e interpretar los distintos procesos que surjan entre los sujetos de estudio.

Según Del Rincón y otros (1985), *son tres los paradigmas que vienen a caracterizar fundamentalmente los procesos investigadores en las ciencias sociales: paradigma crítico, paradigma positivista y paradigma interpretativo.*

Si partimos de los objetivos que nos hemos propuesto, no hay duda de que es el paradigma interpretativo el que va a caracterizar nuestra investigación.

Así, la actitud que adoptamos de caracterizar nuestra investigación bajo el prisma del paradigma interpretativo viene dada por la importancia que concederemos, a las diferentes significaciones otorgadas al fenómeno de estudio por los sujetos participantes.

Además, señalar que la decisión de conferir al proceso investigador que estamos desarrollando un carácter cualitativo, bajo una posición marcadamente interpretativa, hemos de inferirla desde los siguientes niveles analíticos:

✓ Nivel metodológico. Desde la perspectiva de este nivel, resulta interesante para el investigador la elección de una metodología cualitativa en la cual la utilización de uno o varios de los instrumentos que vienen a caracterizarla son fundamentales para poder llegar a comprender los diferentes significados y construcciones, tanto individuales como colectivas, que los sujetos de estudio aportan sobre la responsabilidad civil extracontractual en su contexto profesional.

✓ Nivel ontológico. Bajo esta perspectiva, la investigación que desarrollamos pretende deducir cuáles son las principales representaciones y creencias que los sujetos de estudio confieren a la responsabilidad civil extracontractual.

Para Arbeláez Gómez (2002), *comprender las representaciones de un sujeto entraña introducirse en sus creencias, en sus teorías implícitas y en aquellas representaciones sociales del contexto en el que las ha construido y se ha construido.*

Así, confiamos en que la investigación favorezca una comprensión adecuada de los aspectos anteriormente señalados.

✓ Nivel epistemológico. Desde este nivel, asumimos que durante el desarrollo del proceso investigador que estamos realizando,

hemos primado la elección de los instrumentos cualitativos frente a los cuantitativos.

El caracterizar nuestra investigación bajo el epígrafe del paradigma interpretativo tiene la finalidad implícita de sustentar, mediante un camino netamente inductivo, una teorización, a cuyo epílogo llegaremos partiendo de la realidad concreta que los distintos sujetos que participan en nuestro estudio, vivencian sobre el fenómeno estudiado.

Para resumir todo lo especificado bajo este rubro, señalar las palabras que Santos (2009) expresa sobre la utilización del paradigma interpretativo en estudios cualitativos al facilitar un *conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo*.

4.1.5 Estudio de casos como método de investigación.

Para intentar conseguir los objetivos propuestos durante el proceso investigador, hemos procedido a seleccionar el estudio de caso como metodología de investigación.

Elección que, por otro lado, se ha intentado que sea la que más se ajuste a la propia naturaleza del fenómeno estudiado y el posterior desarrollo empírico de la investigación.

En este sentido, señalar que para Patton (1990), *el estudio de casos se conceptúa como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos.*

Según Stake (1999), de un estudio de casos es de esperar que abarque la complejidad de un fenómeno particular; y, para Cebreiro y Fernández (2004), resulta conveniente la elección del estudio de caso como metodología de investigación *cuando el objeto sobre el que se quiere indagar está difuso, es escurridizo, complejo o controvertido;* acepciones, éstas dos últimas, que perfectamente podemos aplicar a nuestro objeto principal de estudio cuando lo relacionamos directamente con las profesiones sanitarias.

Así, y aunque no debemos obviar que existiendo numerosos estudios relacionados con la responsabilidad civil, no es menos cierto que el fenómeno sobre el que pretendemos investigar resulta complejo, fruto de la evolución jurídica y doctrinal que sobre él se ha desarrollado.

4.1.6 Sujetos de estudio.

Los sujetos de estudio estuvieron conformados por profesionales de enfermería que trabajan en servicios clínicos públicos, hospitalarios y extrahospitalarios, de las Áreas II y VIII de Salud, de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Los grupos de estudio han sido integrados respectivamente por enfermeras con labor asistencial en los distintos centros de salud de atención primaria, servicios de urgencia de atención primaria (SUAP), en distintas bases de la unidad de medicina de emergencias (UME) y en distintos servicios del Complejo Universitario Hospital de Cartagena y Hospital General Universitario “Los Arcos del Mar Menor”.

En este contexto, señalar que para llegar a la denominada *saturación del discurso*, se valora más la calidad de la información que puedan ofrecer los participantes en el estudio que el propio tamaño poblacional.

Ocurre este fenómeno llamado saturación del discurso cuando, de los datos que proceden a recogerse, no se obtiene ningún elemento innovador.

En el estudio realizado, la técnica de muestreo elegida ha sido la calificada como técnica de muestreo por conveniencia, conforme a la tipología que Patton (1990) desarrolla sobre estrategias de muestreo en investigación cualitativa.

La elección de esta técnica viene dada por el acercamiento inicial a profesionales sanitarios que, conociendo los criterios de selección de los sujetos del estudio, nos pusieron en contacto con los profesionales que finalmente integraron los diferentes grupos.

Para seleccionar a las integrantes de los grupos se procedió al establecimiento previo de una serie de criterios de heterogeneidad, de homogeneidad y de exclusión, que mostraran conformidad con los diferentes objetivos señalados con anterioridad.

Estos criterios son:

I. Criterio de heterogeneidad:

✓ Campos de asistencia profesional enfermera diversos, con la finalidad de no limitarnos a un único ámbito y, procurar que las integrantes de los distintos grupos mostraran una variabilidad asistencial en el momento de estudio.

II. Criterios de homogeneidad:

- ✓ Sexo: mujer/hombre,
- ✓ Profesional enfermera/o,
- ✓ Centro de trabajo: hospital/centro de salud/servicio de urgencias extrahospitalarios.
- ✓ Experiencia profesional previa de al menos cinco años en labores asistenciales.

III. Criterios de exclusión:

✓ Quedan excluidos como integrantes de los distintos grupos de estudio aquellos profesionales de enfermería que no cumplan con el requisito previo de poseer al menos cinco años de experiencia profesional en labores asistenciales.

✓ Quedan excluidos como integrantes del estudio aquellos profesionales de enfermería que, cumpliendo todos los requisitos señalados con anterioridad, no expresen por escrito su consentimiento informado para participar en el estudio.

4.1.7 Caracterización geográfica de la investigación.

El proceso investigador que hemos realizado, se ha desarrollado en el ámbito territorial de las Áreas de Salud II (Cartagena) y VIII (Mar Menor) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Estas Áreas de Salud, a fecha 01 de Enero de 2014, tienen una población de 400.275 habitantes según datos obtenidos del Centro Regional de Estadística de Murcia, si bien durante el periodo estival la cifra poblacional llega a duplicarse.

Según dispone la Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia (BORM de 07 de mayo de 2009), los diferentes municipios que se enmarcan dentro de estas Áreas de Salud son:

a. Área de Salud II de la CARM: Cartagena, Mazarrón, La Unión y Fuente Álamo.

Las zonas Básicas de Salud adscritas al Área II de Salud de la CARM son:

- Cartagena/Casco antiguo
- Cartagena/Este
- Cartagena/Isaac Peral
- Cartagena/Los Barreros
- Cartagena/Los Dolores
- Cartagena/Mar Menor
- Cartagena/Molinos Marfagones
- Cartagena/Oeste
- Cartagena/Pozo Estrecho

- Cartagena/San Antón
- Cartagena/Santa Ana
- Cartagena/Santa Lucía
- Fuente Álamo
- La Manga
- La Unión
- Mazarrón
- Puerto de Mazarrón

Los hospitales públicos de referencia del Área II de Salud son: el H.G.U. “Santa María del Rosell” y el H.G.U. “Santa Lucía”, situados ambos en la población de Cartagena. Ambas instituciones sanitarias quedan englobadas bajo la acepción denominada Complejo Universitario Hospital de Cartagena.

Mapa de situación del Área II de Salud de la CARM.



Mapa 1. (Fuente www.murciasalud.es)

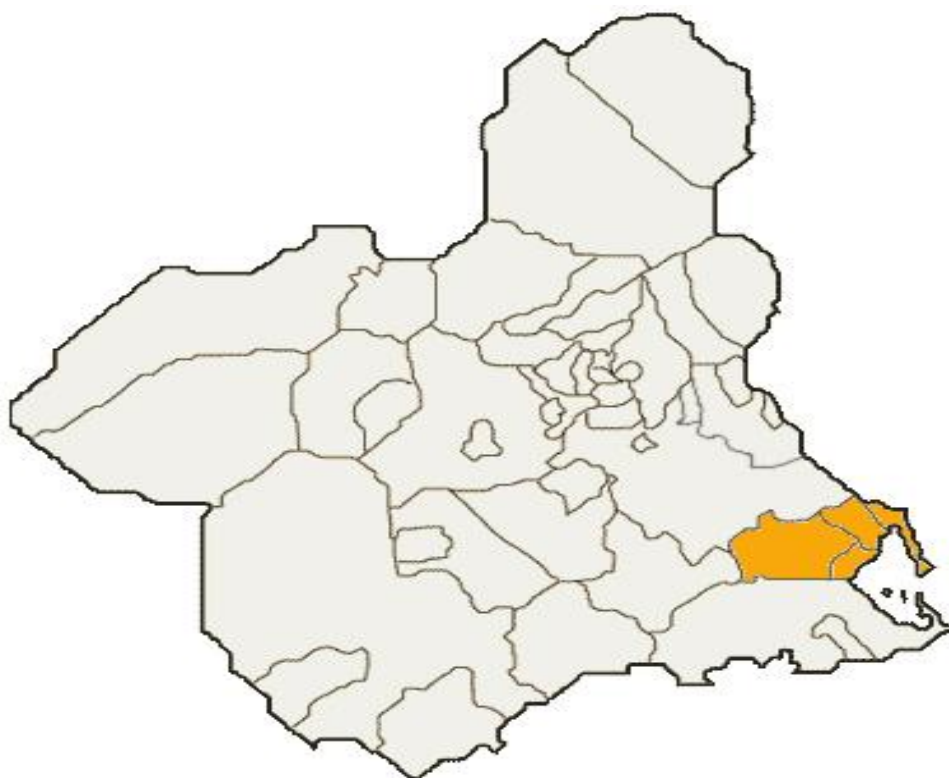
b. Área de Salud VIII de la CARM: Torre Pacheco, San Javier, San Pedro del Pinatar y Los Alcázares.

Las zonas Básicas de Salud adscritas al Área VIII de Salud de la CARM son:

- Los Alcázares
- San Javier
- San Pedro del Pinatar
- Torre Pacheco/Este
- Torre Pacheco/Oeste

El hospital público de referencia del Área VIII de Salud de la CARM, es el H.G.U. “Los Arcos del Mar Menor”. Situado en el denominado Paraje de Torre Octavio, en la localidad de Pozo Aledo, perteneciente al municipio de San Javier

Mapa de situación del Área de Salud VIII de la CARM.



Mapa 2. (Fuente: www.murciasalud.es).

4.1.8 Instrumento de recogida de datos.

Durante el proceso investigador hemos procedido a utilizar el grupo focal como técnica o instrumento de recogida de datos.

Para Morgan (1998), el grupo focal es como *un modo de oír a la gente y aprender de ellos*.

En el estudio realizado en nuestro caso, el grupo focal como grupo de trabajo tiene una tarea específica que cumplir: aportar la mayor cantidad de datos posible a través de ese discurrir de diferentes perspectivas, de diferentes enfoques, en definitiva, de diferentes abordajes sobre el objeto principal de nuestro estudio: la responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Harper (1998) nos dice que *a través de esta técnica el investigador se convierte en un oyente, cuya función es la de promover el diálogo entre los distintos actores participantes*.

Palabras estas últimas que resultan fundamentales para comprender la esencia del grupo focal como técnica de investigación cualitativa: nos interesa que los participantes de los grupos focales manifiesten toda aquella información que deseen, que discernan, rectifiquen o corrijan algo de lo ya hablado con el fin de aumentar la información que se va generando.

Siguiendo a Krueger (1997), *los grupos focales están caracterizados al estar constituidos por personas que poseen ciertas características comunes, que proveen datos o información de naturaleza cualitativa mediante su participación en una discusión enfocada*: en el caso de nuestra investigación, las enfermeras.

Krueger (1998), también especificará que *los miembros de los grupos focales se influyen mutuamente, al responder a las distintas ideas y comentarios que van surgiendo durante la discusión.*

Así, podemos especificar que el objetivo principal del grupo focal, como técnica de investigación cualitativa es provocar debates internos entre los miembros integrantes del mismo.

Para la realización de este estudio, y con el objeto de realizar una aproximación de la forma más efectiva que sirviera a nuestros intereses, el planteamiento inicial de utilizar la técnica de investigación de grupo focal lo estructuramos en tres fases:

. Fase de diseño: ¿quiénes participan?; ¿quién ejerce como moderador?; ¿dónde se realiza?; ¿qué se pregunta? y ¿cómo se registran las preguntas?;

. Fase de realización de los grupos focales planificados.

. Fase de análisis y redacción del informe de los resultados.

Una vez obtenidos, tanto el lugar de realización de las sesiones con los distintos grupo focales conformados, como los distintos integrantes en las sesiones, se procedió a fijar las fechas convenientes para proceder a realizar las diferentes sesiones.

Antes del comienzo de cada una de las sesiones la moderadora procedió a realizar una pequeña introducción (de diez minutos aproximadamente) consistente en una breve exposición de lo que se pretendía con la realización de dicha sesión, dando unas nociones de cómo debía de desarrollarse la misma, e incidiendo en las áreas a tratar o discutir, asignándole un tiempo más o menos específico para cada uno de ellos.

Autores como Aigner (2006), citado en Escobar y Bonilla – Jiménez (2009), opinan respecto a la figura del moderador que, *es indispensable que el moderador que se seleccione cuente con habilidades comunicativas: saber escuchar, observar, entender claramente (tanto las señales verbales como las no verbales), tener capacidad de interpretación, control eficiente del tiempo y asertividad.*

En este punto concreto cabe decir que la moderadora elegida por este doctorando para dirigir y coordinar las diferentes sesiones celebradas es Diplomada en Enfermería y Licenciada en Periodismo, habiendo obtenido ambas titulaciones en la Universidad de Murcia.

Así mismo, las integrantes de los grupos focales fueron informadas de que mientras se procedía a la realización de las sesiones habrían dos personas ayudando a la moderadora en otro tipo de tareas: registro de las sesiones; anotaciones sobre el tono verbal cuando se comenta algo en concreto, a lo que se quiera dar más énfasis por los interlocutores; registro de expresiones faciales, etcétera.

También se les indicó que salvo que tuvieran algún problema o que opinaran lo contrario, toda la información generada durante la sesión iba a grabarse mediante aparato reproductor para la posterior transcripción e interpretación de lo allí comentado, todo ello respetando el anonimato de los participantes y conforme a la legislación vigente.

Se procedió a realizar de manera formal cada uno de los grupos focales con una duración media de dos horas, dirigidos a identificar todos aquellos datos que, relacionados con la responsabilidad civil extracontractual, se les ha planteado a los-participantes de las diferentes sesiones que se celebraron.

Durante la celebración de estas sesiones se incidió, por parte de la moderadora de las mismas, en dar énfasis a la relevancia y a la evidencia de todas aquellas cuestiones que iban surgiendo sin planificación previa durante el desarrollo de las diferentes sesiones y que nos ayudaran a aproximarnos de una forma más amplia al estudio de la responsabilidad civil extracontractual enfermera.

La moderadora también incidió, antes del inicio de cada sesión, en la importancia que para nuestro estudio iba a tener la relación entre la expresión verbal y no verbal, y que las diferentes personas que le ayudaban a la realización de las sesiones iban a realizar anotaciones sobre la misma.

Al término del tiempo asignado para realizar los grupos focales, se pidió a los participantes que contestaran una encuesta con datos sociodemográficos (edad, sexo y años de trabajo como profesional de enfermería) de forma anónima (investigación cuantitativa estructurada).

De esta forma, el uso de los grupos focales en el estudio que desarrollamos, nos ha permitido que vayamos congregando todo ese conjunto de percepciones, conocimientos y significados que han ido emanando.

Indagando en los diferentes elementos subjetivos aportados, procederemos a reorganizarlos de tal forma que nos sirva como aporte fundamental a todo este proceso investigador, a la vez que vamos llegando a un entendimiento del cómo y el por qué, estos sujetos vivencian su propia realidad entorno al hecho de la responsabilidad civil extracontractual.

En resumen, utilizando esta técnica nos ha permitido obtener la visión global que sobre el principal tienen los distintos sujetos participantes en el estudio.

4.1.9 Tratamiento de los datos: su procesamiento.

En este epígrafe, se detalla la explicación sobre el tratamiento realizado a la información procedente de los distintos grupos focales.

El análisis de los datos obtenidos tras la aplicación del/los oportuno/s instrumento/s de recogida de información, constituye un elemento primordial dentro de una investigación.

Analizar, para Rodríguez, Gil y García (1996), es todo un *conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que se realizan sobre el conjunto de datos con el fin de extraer el significado relevante relacionado con un problema de investigación.*

Para otros autores como Latorre y González (1987), el análisis de datos es *la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida a través de los instrumentos.*

Vamos a describir la forma en la que fueron analizados los distintos datos obtenidos durante la realización de los distintos grupos focales con la finalidad de obtener los distintos significados que pudieran ser interesantes para nuestro estudio.

Dada la cantidad de datos suministrado por los grupos focales, tras la transcripción de los mismos y verificación por los participantes, se procedió a realizar un proceso de reducción para facilitar el posterior proceso de análisis.

4.1.9.1 Planteamiento analítico.

El proceso de análisis realizado en nuestra investigación se asienta dentro de un enfoque netamente cualitativo, cuya estructura metodológica, intentando ser sistemático, queda circunscrita dentro de cuatro etapas principales: etapa preanalítica, etapa de codificación, etapa de categorización y etapa de comprensión.

Para asegurarnos que el proceso de análisis que realizamos resultara lo más sistemático posible, consideramos los siguientes aspectos:

✓ Por un lado, que las etapas o fases en las que dividimos este proceso fueran consecutivas y, a la misma vez, recursivas.

Con esta última acepción, recursivas, se quiere indicar que el discurrir de estas etapas, estuviera estructurado conforme a un nexo común: las fases del análisis temático.

✓ De otro lado, y siendo consecuente con lo mencionado con anterioridad, la estructura analítica en nuestra investigación, se desarrolla conforme a una serie de tareas mencionadas descritas por Miles y Huberman (1994), citado por Paz (2004):

- Recogida de datos.
- Reducción de datos.
- Disposición de los datos.
- Extracción de resultados y verificación de conclusiones.

En el gráfico siguiente esquematizamos las tareas del análisis cualitativo de datos:

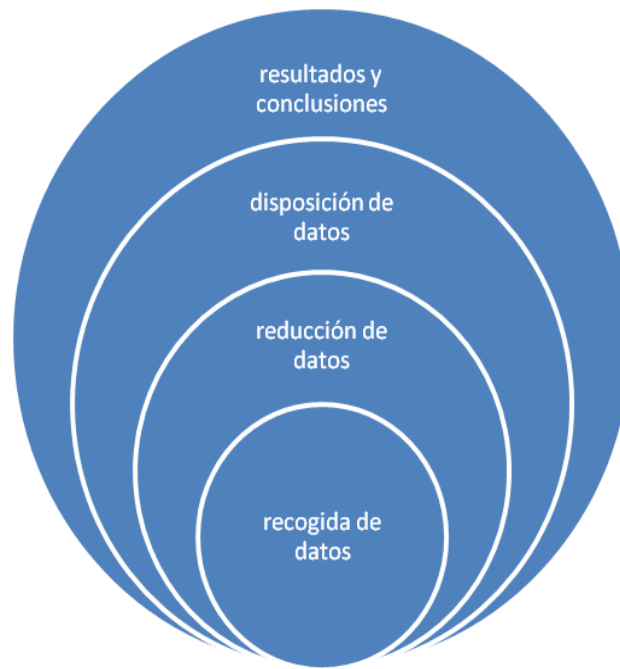


Gráfico 1. (Fuente: elaboración propia).

Indicada la referencia teórica que hemos tomado como base para estructurar las diferentes tareas analíticas en el seno de nuestra investigación, ahora interesa señalar el siguiente contenido sobre el proceso analítico de la información.

Conviene mencionar que el proceso de análisis de la información no es un proceso lineal; es decir, no se constituye en un proceso en el que una vez realizadas las acciones que conforman una determinada etapa, haya que seguir necesariamente avanzando.

En el proceso de análisis puede darse una acción de retroalimentación que nos ayude a retomar una acción anteriormente realizada; acción que vendría justificada por la necesaria delimitación del contenido que permita seguir progresando en un estudio.

En el sentido de lo anteriormente señalado, Pérez (1994), en Hernández y Opazo (2010), refiere que *el proceso de análisis de datos cualitativos es sistemático y ordenado, aunque no por ello rígido aunque obedece a un plan, considerándose intelectualmente artesanal y de*

carácter interactivo pues se exige volver sobre los datos, analizarlos y replantear el proceso, no considerándose esta etapa como un estadio final por su carácter cíclico.

El proceso de análisis, en nuestra investigación, ha sido un proceso laborioso e intrincado que hemos estructurado, como hemos referido al inicio de este epígrafe, en cuatro etapas diferenciadas.

Dentro de este proceso, la correlación entre las etapas que lo conforman y las tareas analíticas anteriormente descritas quedan enmarcadas tal y como se dispone en el siguiente gráfico:

Etapas proceso analítico	Fases análisis temático
Etapa preanalítica.	1. Recogida de datos.
Etapa de codificación.	2. Reducción de datos.
Etapa de categorización.	3. Disposición de datos.
Etapa de comprensión.	4. Verificación de resultados y conclusiones.

Tabla1. (Fuente: elaboración propia).

Las tareas o acciones que a continuación pasamos a describir, conforman el grueso del trabajo realizado dentro de la fase de análisis de esta investigación.

Durante la **primera etapa** del proceso analítico, **preanalítica**, el trabajo que desarrollamos se inició con la transcripción del contenido de los distintos grupos focales celebrados.

Posteriormente procedimos a organizar esas transcripciones (separación de párrafos, asignación de caracteres a la voz de los sujetos participantes para ocultar su identidad,...), intentando disponer de un criterio de homogeneidad entre los objetivos que perseguimos y la información disponible de los grupos focales.

Durante la **segunda etapa, codificación**, nuestra tarea principal se focalizó en empezar a tratar el análisis del contenido de la información que disponíamos, procedentes de los distintos grupos focales.

El germen de la codificación en un análisis cualitativo radica en estructurar esa información disponible en conjuntos de igual significado. A estos conjuntos se les va asignando un indicativo con la finalidad de facilitar su inclusión en la posterior etapa de categorización.

Para poder realizar esa estructuración, procedimos a realizar una fragmentación de todo el texto y a continuación se le asignaba un código.

Para Vásquez (1994), *el criterio que habitualmente se utiliza, aunque existen otros, para fragmentar el/los texto/s suele ser semántico. Sin embargo, es frecuente que haya una coincidencia entre este criterio y elementos formales como la palabra, la frase, el tema, etc.*

En un tercer momento, **etapa de categorización**, procedimos a reunir esos códigos iniciales bajo unas dimensiones categorizadas.

La pretensión de tal acción, no fue otra que la de intentar dar sentido al conjunto de los datos que disponíamos.

Según Vásquez (1994), *lo que se pretende con la categorización es organizar y, eventualmente, clasificar las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación con el fin de poder obtener una visión...*

En esta etapa también abarcamos la realización de otra tarea fundamental: una necesaria revisión temática.

Esta acción estaría justificada por la amplitud de las diferentes categorías que se establecen en nuestro estudio y la necesidad de dar nitidez a todos aquellos aspectos que vienen a caracterizar el fenómeno de estudio abordado.

De este modo, todos aquellos hallazgos obtenidos sobre la responsabilidad civil extracontractual enfermera, hemos de resumirlos y categorizar las diferentes afirmaciones realizadas por los distintos participantes de los diferentes grupos focales.

El proceso de categorización, subcategorización y/o codificación, en la investigación que estamos realizando, nos da el apoyo necesario para poder organizar la información obtenida tras la celebración de los grupos focales.

Aunque en un primer momento se significaron un grupo de categorías predefinidas por el propio investigador, tomando como base los propios objetivos señalados, hemos de señalar que, las categorías abordadas a lo largo de esta investigación, emergen y responden al proceso de búsqueda iniciado una vez obtenida la información procedente de los grupos focales.

En este sentido estaríamos a lo que Strauss (1987), citado por Rodríguez, Gil y García (1999), denomina *codificación abierta*.

La codificación abierta supone describir el tema al cual se refiere cada párrafo del discurso, con el fin de que emerja una lista de categorías que se va ampliando o redefiniendo a medida que se analiza el texto.

Según Rodríguez, Gil y García (1999), las categorías deben cumplir los siguientes criterios:

1. Exhaustividad: *Cualquier unidad debe ser posible de ubicar en alguna categoría.*

2. Exclusión mutua: Cada unidad sólo se incluye en una categoría.

3. Único principio clasificadorio: Las categorías deben estar ordenadas y clasificadas siguiendo un único criterio.

Las diferentes categorías de análisis que, a priori, han servido para dimensionar la información obtenida en las sesiones de discusión, quedan conformadas bajo las siguientes inscripciones:

- Categoría 1. Significado atribuido a la responsabilidad civil extracontractual.

Bajo este rubro vamos a constatar aquellos conceptos, rasgos o particularidades que los participantes de los grupos focales han elaborado durante la celebración de los mismos.

- Categoría 2. Experiencias vivenciadas durante el ejercicio profesional relacionadas con la responsabilidad civil extracontractual.

Así, bajo este rubro vamos a significar aquellas vivencias que los distintos partícipes en las sesiones de discusión han manifestado en relación a su actividad asistencial y que estén, de una u otra forma, conectadas con la responsabilidad civil extracontractual.

Aspectos tales como descripción de conocimientos sobre hechos o actividades profesionales enfermeras denunciadas ante la Jurisdicción Civil por terceros y sentimientos generados frente a los mismos son datos que van a interesar agregar al estudio que estamos realizando.

- Categoría 3. Impacto de la responsabilidad civil extracontractual en la actividad asistencial enfermera.

En esta categoría se engloban aquellas percepciones que las enfermeras tienen sobre el efecto de la responsabilidad civil extracontractual en sus funciones de carácter asistencial.

- Categoría 4. Impacto de la responsabilidad civil extracontractual en aquellas otras actividades profesionales enfermeras.

En esta categoría se encuadran las percepciones que las enfermeras tienen sobre el efecto de la responsabilidad civil extracontractual en sus otras funciones profesionales; esto es, las funciones administrativas o de gestión, las funciones docentes y las funciones de investigación.

- Categoría 5. Formación y responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Bajo este epíteto se disponen las diferentes experiencias formativas que las enfermeras participantes en los grupos de discusión realizados hayan podido tener o realizar en torno al tema de responsabilidad civil extracontractual.

Para no acotar de forma somera esta categoría, interesa incluir en esta categoría todos aquellos aspectos formativos que las enfermeras participantes en los grupos focales hayan podido realizar sobre cuestiones legales.

- Categoría 6. Referentes sociales y responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Abordar bajo este rubro aquellos aspectos que tratan la responsabilidad civil enfermera bajo la visión de las representaciones que en torno a este fenómeno elaboran los medios de comunicación, la familia y otros estamentos sociales.

- Categoría 7. Referentes laborales y responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Bajo esta dimensión, se contemplan aquellos aspectos específicos de carácter laboral que las enfermeras participantes en los distintos grupos focales relacionan con la responsabilidad civil extracontractual.

Aspectos tales como riesgos profesionales y violencia laboral pueden constituirse en aspectos transversales respecto al foco principal que centra nuestro estudio, a los que las profesionales de enfermería pueden relacionar de forma directa o indirecta con la responsabilidad civil extracontractual.

Con las diferentes perspectivas que se han trazado y categorizado, observamos la importancia que la responsabilidad civil extracontractual tiene en el desarrollo de las actividades profesionales enfermeras.

En el siguiente gráfico se especifican las categorías expuestas durante el proceso de análisis. En el gráfico se insertan también las subcategorías que nos han ayudado a la descripción y posterior comprensión de las correspondientes categoría.

CATEGORIAS/DIMENSIONES	SUBCATEGORÍAS
Significado atribuido a la RCE. (SIG_)	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto. (SIGCO_) • Rasgos. (SIGRA_) • Particularidades. (SIGPA_) • Factores que determinan el alcance de la RCE. (SIGFA_)
Experiencias vivenciadas durante el ejercicio profesional, relacionadas con la RCE. (EXVITRA_)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reclamaciones. (EXVITRARE_) ❖ Demandas. (EXVITRADE_)
Impacto de la RCE en la actividad asistencial enfermera. (IMPAAE_)	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones defensivas. (IMPAAEAD_) • Incremento gasto sanitario. (IMPAAEIGAS_) • Demora asistencial. (IMPAAEDA_)
Impacto de la RCE en aquellas otras actividades profesionales enfermeras. (IMPOAE_)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ RCEE y actividades gerenciales. (IMPOAEAG_) ❖ RCEE y actividades docentes. (IMPOAEAD_) ❖ RCEE y actividades de investigación. (IMPOAEAI_)
Formación y RCEE. (FOREN_)	<ul style="list-style-type: none"> • Formación reglada. (FORENRG_) • Formación no reglada. (FORENNG_)
Referentes sociales y RCEE. (REFSO_)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Los medios de comunicación social. (REFSOMCS_) ❖ El entorno familiar. (REFSOENFA_) ❖ El entorno social. (REFSOENSO_)
Referentes laborales y RCEE. (REFLA_)	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo enfermero y violencia laboral. (REFLAVL_) • Riesgos profesionales y Enfermería. (REFLARP_) • Institución sanitaria y RCEE. (REFLAINSSA_)

Tabla 2. Descripción de las categorías y subcategorías. (Fuente: elaboración propia).

En este punto, resulta apropiado constatar que, si bien las categorías y subcategorías señaladas en el gráfico anterior surgieron tras una lectura pormenorizada de las transcripciones realizadas, los objetivos de la investigación fueron los que nos guiaron en el camino emprendido.

Así mismo, para facilitar nuestra labor descriptiva, en el gráfico disponemos entre paréntesis los prefijos utilizados para cada una de las categorías y subcategorías señaladas.

La **etapa de comprensión** tendrá su núcleo central en el hecho de dar una interpretación en conjunto sobre el fenómeno que estudiamos. Esta interpretación se construye a partir de las voces de los distintos sujetos que conforman los grupos focales intervinientes en esta investigación.

En este punto resulta importante señalar que en el proceso de investigación que realizamos tratamos de dar coherencia discursiva a la información obtenida a través de las voces de los sujetos participantes.

Este grado de coherencia lo realizamos mediante una oportuna reflexión que nos ayuda a dar un significado concreto a cada uno de los aspectos que se tratan a lo largo del contenido de cada uno de los grupos focales realizados.

Como epílogo a este epígrafe referido al planteamiento analítico, su estructura y posterior desarrollo, subrayar que en esta etapa se abre un proceso de inducción y posterior reflexión con la pretensión de acercarnos al estudio de un fenómeno: la responsabilidad civil extracontractual enfermera.

4.1.9.2 Elección de la herramienta informática de análisis cualitativo.

Las herramientas informáticas existentes para análisis cualitativo, están constituidas por diferentes programas informáticos que van a proporcionar ayuda al/los investigador/es en todas aquellas acciones que vayan encaminadas a la reducción de la información obtenida en una investigación de carácter cualitativo.

Estos diferentes programas informáticos nos van a proporcionar una ayuda, tan necesaria a veces, para simplificar los procesos de codificación y categorización.

Actualmente existen el mercado diferentes programas informáticos de análisis de datos cualitativos, que nos van a facilitar los procesos anteriormente señalados.

Los programas informáticos más utilizados en los procesos de investigación son los insertados en el gráfico siguiente:








LOGOTIPO	PROGRAMA	FUNCIONES
	NUD*IST 6	
	NUD*IST Vivo 2	➤ Organización e integración
	ATLAS.ti	➤ Búsqueda y recuperación
	AQUAD 5	➤ Vinculación
	Etnograph 5	➤ Representación gráfica
	WINMAX	➤ Trabajo en equipo
	MAXQDA	

Gráfico 2. (Fuente: Revuelta y González (2014)).

Cada uno de estos programas informáticos tiene sus propias características y funcionalidades, y cada uno de ellos resulta más

conveniente para analizar los datos de una investigación u otra, en función de la metodología empleada en esa investigación.

Ahora bien, no hay duda que estos programas facilitan la tarea del/los investigador/es, en el momento de realizar un análisis cualitativo.

En el proceso de investigación que estamos realizando el programa informático elegido, para que nos sirva de ayuda en el análisis de datos y posterior presentación de resultados es el MAXqda (MAX qualitative data analysis) versión 2010.

Respecto a las diferentes categorías y subcategorías que utilizamos en esta investigación, hay que señalar que el programa MAXqda se refiere a ellas en términos de códigos y subcódigos.

Los textos procedentes de los grupos focales fueron introducidos en esta herramienta informática.

La elección de este programa informático viene dada por las características que presenta, y que a continuación detallamos.

Así, entre otras características, este programa informático permite:

- ✓ Organizar un texto y analizarlo: transcripciones de entrevistas, debates de grupos focales, etc..
- ✓ Facilitar tareas analíticas tales como: comparación de segmentos significativos,...
- ✓ Facilita la búsqueda de significados en el texto sometido a análisis, etc.

No obstante, hemos de señalar que, las características que tuvimos en cuenta para elegir esta herramienta informática fueron:

- ✓ Es un programa que nos permite fijar nuestras propias categorías.
- ✓ Además, es un programa que, permite al investigador que oriente el proceso de codificación de los datos.

Finalizar este epígrafe señalando que, disciplinas tales como: ciencias de la educación, psicología, medicina, etc., son disciplinas en las que actualmente se utiliza el programa informático MAXqda, en sus distintas versiones.

4.1.9.3 Análisis documental.

Durante el proceso investigador, también se ha desarrollado una importante labor de análisis documental.

La amplitud de este proceso de análisis documental nos ha servido como uno de los ejes fundamentales que caracteriza el fenómeno de triangulación, junto al del propio desarrollo de los grupos focales.

El análisis documental no se ha centrado solamente en el estudio de la responsabilidad civil extracontractual sanitaria.

También se ha llevado a cabo un estudio centrado en aquellos aspectos que, relacionando los términos de responsabilidad civil extracontractual, enfermería o profesión enfermera, resultan interesantes para este estudio.

Son numerosos los documentos que han sido consultados para llevar a cabo este análisis documental.

El análisis documental realizado ha servido para reseñar numerosos documentos de carácter legal relacionados con la figura jurídica a estudio.

A ellos ya nos referimos durante el capítulo uno de este estudio, en su apartado cuatro al tratar el tema del estado de la cuestión y durante el desarrollo del marco teórico en que se engloba todo este proceso de investigación.

**CAPÍTULO V.
RESULTADOS.**

5.1 INTRODUCCIÓN.

Con la elaboración del siguiente capítulo, se pretende hacer una aproximación a la responsabilidad civil extracontractual en el ámbito sanitario, partiendo de las diferentes percepciones de profesionales de enfermería de las Áreas de salud II y VIII de la CARM.

Nuestra atención, se va a centrar en plasmar todos aquellos aspectos relacionados con la responsabilidad civil extracontractual, sobre los que los sujetos participantes han ido disertando.

Así, las manifestaciones realizadas sobre esta cuestión y otros temas relacionados mediante el discurso generado durante la elaboración de los grupos focales, son los elementos imprescindibles que nos van a ayudar a conseguir los objetivos propuestos en nuestra investigación.

El sistema de triangulación realizado entre los diferentes grupos focales junto al de análisis documental, permite al investigador proceder a una comparación entre los diferentes aspectos relacionados con la figura jurídica que se trata en nuestro estudio.

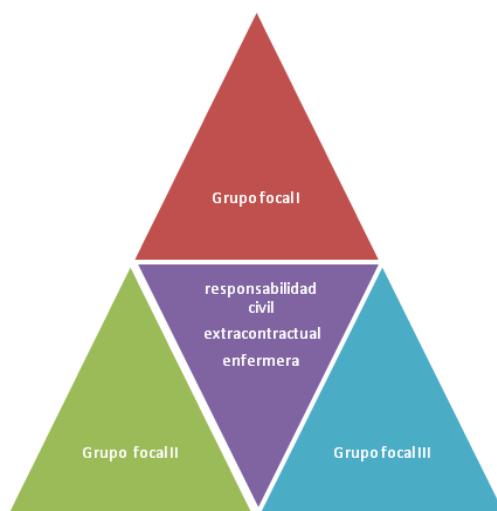


Gráfico 3. (Fuente: elaboración propia).

Para facilitar la exposición de los diferentes datos que han sido aportados a nuestra investigación, hemos optado por elegir la secuencia

que señalamos en el siguiente gráfico, de tal forma que la estructura de este capítulo queda establecida en las dos partes que a continuación vamos a desarrollar.

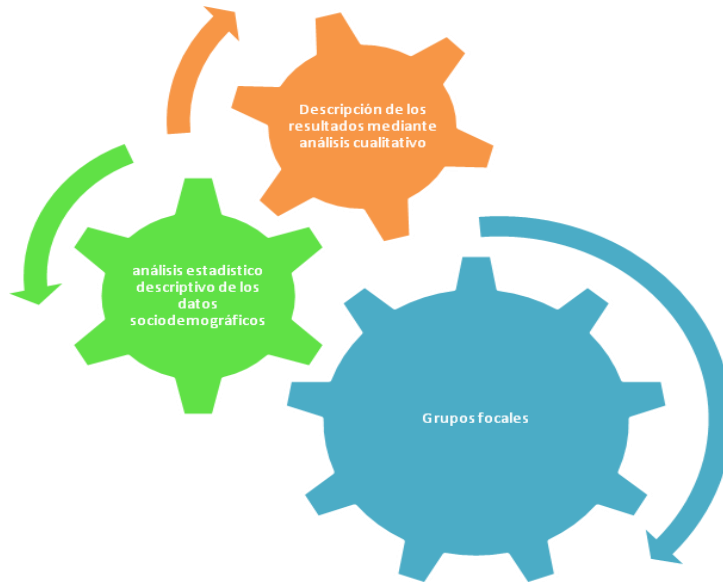


Gráfico 4. (Fuente: elaboración propia).

En primer lugar, constataremos cuales son las características sociodemográficas de las profesionales de enfermería que han participado en nuestro estudio, mediante un análisis estadístico descriptivo.

En segundo lugar, desarrollaremos el análisis cualitativo de cada uno de los grupos focales que se han realizado durante el proceso investigador llevado a cabo.

Así, la información resultante de ambos análisis está convenientemente estructurada y además, nos permite obtener una visión general sobre nuestro objeto de estudio: la responsabilidad civil extracontractual surgida en la relación enfermera/paciente.

5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS FOCALES.

Con la elaboración de este epígrafe, se pretende:

- por un lado, dotar de importancia a las características demográficas dentro del estudio realizado, conociendo cuál es el perfil de género y el perfil de edad de los sujetos participantes en los diferentes grupos focales;
- de otro lado, conocer cuántos años llevan trabajando como enfermeras nuestras participantes.

Este análisis se ha realizado sobre la información reflejada en los cuestionarios de datos sociodemográficos (ver anexo 4), que contestaron los 30 participantes en los diferentes grupos focales realizados.

Para la realización de los distintos gráficos y tablas que se muestran en este epígrafe, hemos utilizado del software Microsoft Office Excel 2007.

El análisis realizado en función del género y de la edad que presentan los diferentes sujetos participantes en los grupos focales, queda reflejado en los siguientes gráficos.

Distribución en función del género.

Para analizar la distribución, en función del género, de los distintos participantes, hemos realizado las siguientes tablas:

GÉNERO GRUPO FOCAL I

Categoría	Número	Porcentaje
Masculino	3	30%
Femenino	7	70%
Total	10	100

Tabla 3: distribución de participantes grupo focal 1.

GÉNERO GRUPO FOCAL II

<i>Categoría</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Masculino</i>	4	40%
<i>Femenino</i>	6	60%
<i>Total</i>	10	100

Tabla 4: distribución de participantes grupo focal 2.

GÉNERO GRUPO FOCAL III

Categoría	Número	Porcentaje
Masculino	2	20%
Femenino	8	80%
Total	10	100

Tabla 5: distribución de participantes grupo focal 3.

La exploración de esta variable nos va a permitir conocer cuál es el género que agrupa un mayor número de participantes.

Con un análisis sencillo de los gráficos señalados en el margen superior, se comprueba que el género predominante entre los sujetos participantes de los distintos grupos focales realizados es el femenino.

Así, resulta que del total de profesionales de enfermería que participaron en la celebración de estos grupos focales, 21 de ellas son enfermeras (70%) y los 9 restantes (30%), enfermeros.

Distribución en función de la edad.

La edad de las participantes en este estudio es variable, oscilando entre los 27 años y los 62 años.

El intervalo de edad que agrupa un mayor número de participantes es el de 25-35; siendo el intervalo de ≥ 56 , las que engloban un menor número de participantes.

En las siguientes tablas, se pueden apreciar los diferentes intervalos de edad en que hemos agrupado a los distintos sujetos que han intervenido en los grupos focales realizados.

EDAD GRUPO FOCAL I

Categoría (años)	Número	Porcentaje
25-35	4	40%
36-45	3	30%
46-55	2	20%
≥ 56	1	10%
Total	10	100

Tabla 6: intervalos de edad, participantes grupo focal 1.

EDAD GRUPO FOCAL II

Categoría (años)	Número	Porcentaje
25-35	1	10%
36-45	4	40%
46-55	5	50%
Total	10	100

Tabla 7: intervalos de edad, participantes grupo focal 2.

EDAD GRUPO FOCAL III

Categoría (años)	Número	Porcentaje
25-35	6	60%
36-45	2	20%
46-55	1	10%
≥ 56	1	10%
Total	10	100

Tabla 8: intervalos de edad grupo focal 3.

✚ Tiempo trabajado como profesional de enfermería.

Para realizar el análisis de este parámetro, hemos realizado el siguiente gráfico.

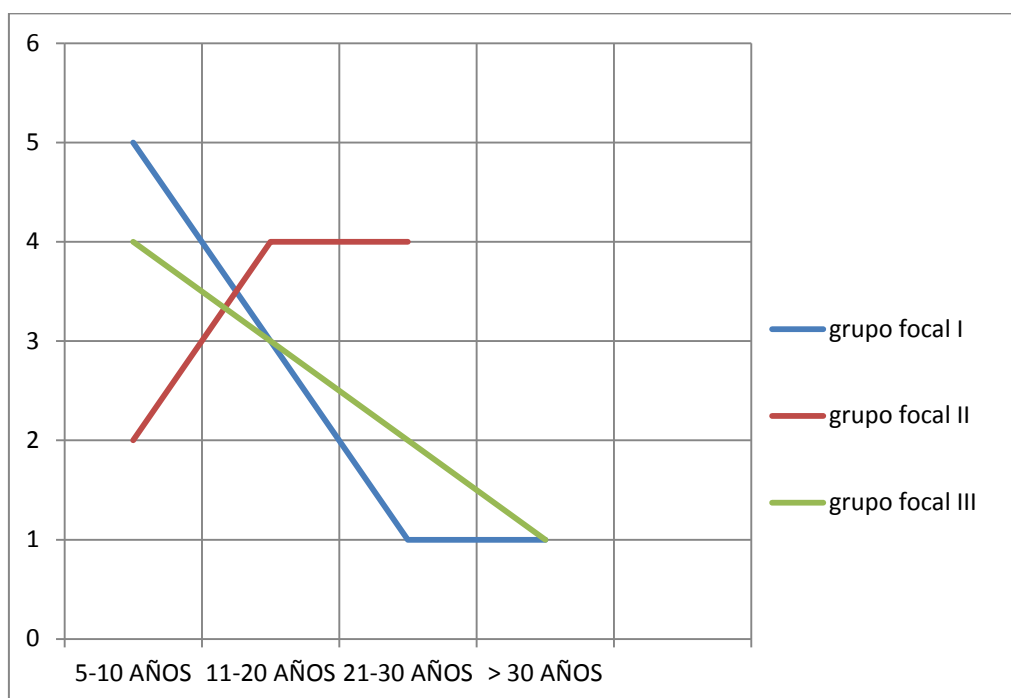


Gráfico 5. (Fuente: elaboración propia).

Realizando un estudio del gráfico anterior, se observa como la mayor parte de las enfermeras participantes en los grupos focales tienen una antigüedad laboral, como enfermeras, de entre 5 y 10 años. Su porcentaje es del 36,67%.

Inmediatamente, les siguen las enfermeras cuya antigüedad laboral se halla en el intervalo 11-20 años, siendo su porcentaje del 33,34%.

Con un porcentaje del 23,34%, están aquellas enfermeras cuya antigüedad laboral se halla en el intervalo 21-30 años.

Por último, las enfermeras con una antigüedad laboral superior a 30 años suponen un porcentaje del 6,67%.

5.3 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS MEDIANTE EL ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS GRUPOS FOCALES.

Es en este punto concreto del desarrollo empírico de la investigación que estamos realizando, donde vamos a constatar los resultados obtenidos tras la realización de los diferentes grupos focales.

Antes de continuar con la redacción del contenido de este epígrafe, resulta conveniente que recordemos gráficamente, cuales son los pasos que hemos seguido desde el inicio de esta investigación:

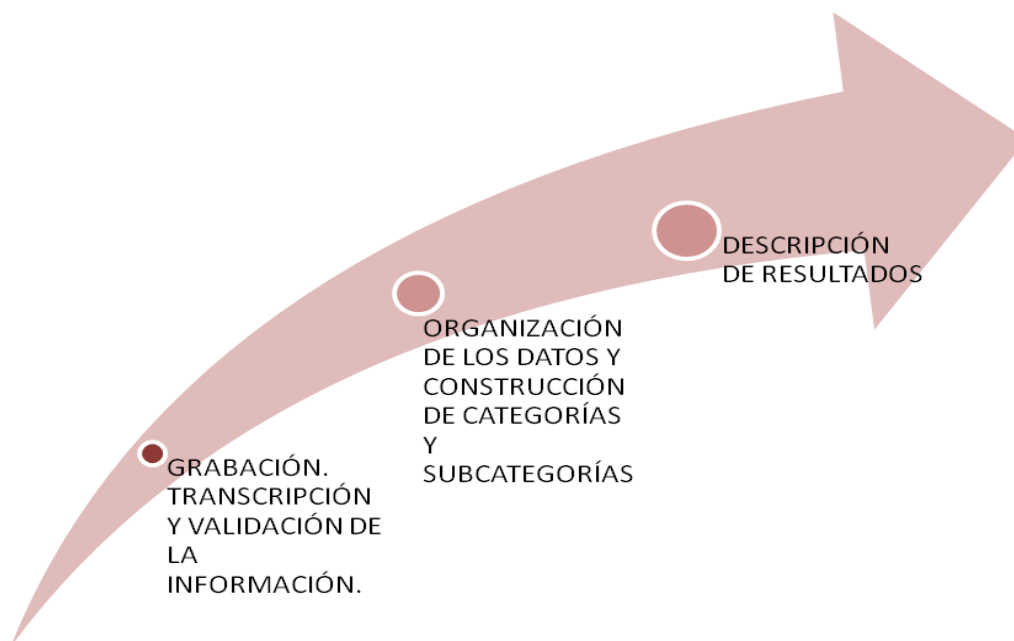


Gráfico 6. (Fuente: elaboración propia).

Considerando las opiniones vertidas por los participantes de los grupos focales, en el epígrafe que pasamos a desarrollar se van a abordar todas aquellas evidencias que puedan estar relacionadas con el objeto de estudio y con los objetivos propuestos antes de iniciar el desarrollo del estudio empírico que abarca esta investigación.

Es importante señalar que en la presentación de estos resultados, lo significativo es centrar la atención en las distintas explicaciones que,

ante las preguntas formuladas durante las diferentes sesiones focales, emanan de las protagonistas de nuestro estudio.

En este punto concreto, debemos subrayar que ante las distintas cuestiones que fueron surgiendo durante el debate producido en los grupos focales celebrados, se pidió que se respondiera de forma abierta, sin temor a equivocarse frente a las preguntas formuladas y sin que tuvieran posibles miedos escénicos añadidos.

Con la información que se presenta en este capítulo también pretendemos que se cumpla un propósito específico: comprender diversos aspectos que circundan al objeto principal de nuestro estudio; tomando como referencia el texto narrativo aportado durante la celebración de los distintos grupos focales celebrados.

Así, los resultados de esta investigación, junto a las conclusiones que describiremos en el siguiente capítulo, sirven para dar testimonio subjetivo de la visión que algunos profesionales tienen sobre la responsabilidad civil extracontractual.

Todo ello, lo realizamos con una triple intencionalidad:

- Por un lado, intentar que los objetivos que describimos como parte inherente a esta investigación se vean cumplidos.
- De otro lado, discernir sobre el impacto que actualmente tiene la responsabilidad civil extracontractual en el ejercicio profesional enfermero; tomando como referencia, la oportuna visión que nos aportan las enfermeras participantes en nuestra investigación.
- Por último, y no por ello de menor importancia, comprender de manera eficaz y eficiente aquellos conceptos de carácter eminentemente jurídico y que, reflejados a lo largo del capítulo dos, han servido de base para conformar el marco teórico de esta investigación doctoral.

La interpretación de los datos que se presentan en este epígrafe, se realiza manteniendo una visión metódica, a través de la que pretendemos relacionar la figura jurídica objeto de nuestra investigación con la cotidianidad del ejercicio profesional de la enfermería.

No obstante, es conveniente señalar que, en ocasiones se ha mostrado confusión e incluso tergiversación ante determinados términos jurídicos por parte de las integrantes de los grupos focales realizados.

Por lo demás, el discurso realizado en estas sesiones grupales ha girado fundamentalmente alrededor de tres cuestiones principales:

- ✓ Por un lado, la imperiosa necesidad de una formación.
- ✓ Por otro lado, el hecho de cómo puede incidir la falta de conocimiento de esta figura jurídica en el ejercicio profesional enfermero.
- ✓ Finalmente, hay una parte importante del contenido narrativo centrada en las vivencias, ya sean propias o ajenas, en torno a la responsabilidad civil. En este punto, resulta conveniente señalar que a lo largo del discurso generado, se ha evidenciado la presencia de algunos tópicos que, en algunos casos, han resultado significativos.

La presentación de los diferentes hallazgos se realiza siguiendo el orden de las distintas dimensiones que se señalaron en el anterior capítulo y que, como tales, aparecen distribuidas en la tabla 1.

La elección de presentar los resultados de tal forma, obedece a la pretensión de facilitar el entendimiento de las distintas asociaciones que, relacionadas con nuestro objeto de estudio, han ido surgiendo durante la celebración de los grupos focales.

Antes de presentar los resultados obtenidos, es necesario dejar constancia del sistema de codificación que vamos a emplear en la

correcta identificación de los diferentes fragmentos que, procedentes de los textos transcritos de los grupos focales, vamos a exponer durante esta presentación.

Así, los diferentes códigos que usaremos quedan conformados del siguiente modo:

- ✚ GF: grupo focal. Hace referencia a los grupos focales realizados en el contexto de esta investigación. A este acrónimo le seguirá un número que corresponderá con cada uno de los grupos focales celebrados. GF1 (grupo focal 1), GF2 (grupo focal 2), GF3 (grupo focal 3).
- ✚ PAR: participante. Hace referencia a las diferentes participantes que han intervenido a lo largo de las sesiones de grupos focales realizadas. A este acrónimo le seguirá un número que constata de que participante hacemos la referencia dada.

Valga como ejemplo de lo recién aludido el siguiente código: GF3, PAR6; que significa que el texto que a continuación expondríamos, sería un texto perteneciente a una de las narraciones formuladas por el participante número seis del tercer grupo focal.

5.3.1 Significado atribuido a la responsabilidad civil extracontractual.

Con esta categoría o dimensión hacemos referencia a la figura jurídica que se constituye en objeto primordial de nuestra investigación.

Dentro de esta dimensión se plantean tres subcategorías: concepto, características y factores que determinan su alcance.

Así, en este epígrafe trataremos de explicitar como las diferentes participantes han tratado de conformar el hecho mismo de la responsabilidad civil extracontractual.

Las preguntas generales con las que se iniciaron los distintos grupos focales, se refirieron al conocimiento previo que tenían las distintas participantes en las sesiones sobre el significado de responsabilidad civil y de responsabilidad civil extracontractual.

Las diferentes significaciones atribuidas a estas figuras jurídicas resultan poco concisas, en el momento de asignarle un significado que alcance su verdadero contenido.

Esta falta de concreción puede deberse, como alguna participante indica, a la falta de formación que tienen sobre estas figuras jurídicas:

“..., creo que no podemos aportar un claro significado sobre la responsabilidad civil, aún pudiendo saber su importancia, porque nos falta formación al respecto, ...”. (GF1, PAR2).

“Pienso que por lo que he estado escuchando desde un primer momento, la mayoría de las que estamos aquí, presentamos importantes lagunas formativas sobre este tema y de ahí pueden surgir las dudas que tenemos y, es más, de ahí pueden surgir consecuencias profesionales de carácter legal que nos afecten negativamente y... (pausa), que de momento no tenemos totalmente asumida ni esta cuestión ni otras cuestiones de índole legal.” (GF3, PAR1).

Independientemente de la confusión que se puede apreciar en las distintas representaciones que, sobre el significado de esta figura legal, se aportan a través de las narraciones de los grupos focales, se puede considerar que la visión que surge sobre ella es substancial.

“La responsabilidad civil extracontractual está claro que forma parte de lo que es la responsabilidad civil, pero yo creo, y en esto estaréis conmigo, que tanto el significado de una cosa y otra no lo tenemos claro o no lo sabemos porque simplemente nuestra formación sobre este tema o es nula, o en todo caso es insuficiente. Por ello aunque podemos tener una idea sobre cuál sería su significado, no sé concretar una definición exacta de ambas cosas,...”. (GF2, PAR1).

Algunas participantes asienten:

“Es verdad”. (GF2, PAR7);

“Sí, es así”. (GF2, PAR3).

“..., pero al margen de lo que he dicho, todas las que estamos aquí tenemos que tener presente que sobre lo que estamos debatiendo es una cuestión muy importante que, dentro de nuestra profesión, puede afectarnos a todas en un momento u otro, y muchas veces por ignorar su significado no se le da la importancia que tendríamos que darle”. (GF2, PAR1).

CONCEPTO.

Definir el concepto de responsabilidad civil extracontractual ha sido dificultoso desde un primer momento. Aunque el término es conocido inicialmente, darle una definición concreta ha sido una labor ardua por parte de las integrantes de los grupos focales.

En un primer momento en dos de los grupos focales realizados (GF2 y GF3) y cuando, tras el comienzo de la sesión focal, se empezó a tratar esta cuestión, hubo un silencio inicial.

Este posicionamiento inicial implicaba el riesgo de que quedara huérfano el registro que pudieran mantener sobre el concepto de RCE las integrantes de los grupos focales.

No obstante, gracias a la labor de mediación sustentada por la moderadora de los grupos, se pudo iniciar y mantener un discurso sobre esta cuestión. Así, las diferentes participantes han ido asociando el significado de responsabilidad civil extracontractual, con el término de responsabilidad profesional.

Así, este término ha surgido sistemáticamente a lo largo de las diferentes narraciones visualizadas:

“La responsabilidad civil está integrada por un conjunto de normas o reglas que intervienen o forman parte de nuestra responsabilidad profesional”. (GF2, PAR4).

La responsabilidad civil extracontractual es vista por algunos de los participantes como:

“Equivale a la responsabilidad profesional que nos atañe al ejercer nuestra profesión”. (GF1, PAR1).

“Para mí, es el conjunto de textos jurídico-legales o normas jurídicas que pueden aplicarse en caso de producirse un error o un fallo en el ejercicio de nuestra profesión”. (GF1, PAR2).

Implícitamente, en este tramo narrativo del grupo focal 1, hay participantes que asentirán la anterior aseveración. Así:

“Si, es cierto eso que se ha dicho”. (GF1, PAR3).

“Yo, como profesional de la Enfermería que trabaja en un hospital, debo suscribir el anterior comentario, porque también opino lo mismo sobre la similitud entre responsabilidad profesional y responsabilidad civil extracontractual”. (GF1, PAR7).

Como podemos observar, se ha tratado de conceptualizar a la responsabilidad civil haciendo referencia a la repercusión que ésta pudiera tener en la responsabilidad profesional de las enfermeras.

Además, a través de narraciones como las señaladas con anterioridad, se puede percibir que las diferentes expresiones manifestadas por las participantes de los grupos focales han ido encaminadas a asociar la figura jurídica a estudio con el hecho mismo de la responsabilidad profesional.

“Considero la responsabilidad civil extracontractual como una forma de la responsabilidad profesional”. (GF2, PAR4).

“...la responsabilidad civil en las enfermeras está relacionada con la responsabilidad profesional y las consecuencias que puedan derivarse al provocar un daño innecesario en una persona”. (GF3, PAR4).

A este respecto se puede añadir, que si bien en el seno de la responsabilidad profesional subyace un marcado componente de

responsabilidad civil, los límites conceptuales de ambas acepciones se hayan entremezcladas a lo largo del discurso generado por las distintas participantes.

No obstante, un grupo limitado de participantes de los distintos grupos focales, conceptúan la responsabilidad civil extracontractual como algo que:

“... aunque tiene que ver con la responsabilidad profesional, no es igual a ella.” (GF3, PAR 6).

“La responsabilidad profesional, además de incluir la responsabilidad civil, está integrada por otro tipo de responsabilidades de índole legal. (silencio). Entre este otro tipo de responsabilidades, creo que está la responsabilidad administrativa que también podemos tener al ejercer nuestra profesión en la sanidad pública.” (GF2, PAR 7).

CARACTERÍSTICAS.

Los rasgos y particularidades, es decir, las características que pudiera tener la responsabilidad civil extracontractual han sido descritas de forma variada por los integrantes de los distintos grupos focales.

“A este respecto, yo creo que la particularidad más importante que va a existir en la responsabilidad civil extracontractual es que se le haya realizado un daño a alguien y que este daño haya sido hecho con intención de no evitarlo”. (GF1, PAR4).

“Pues para mí, la característica más importante de esta figura legal es que haya una negligencia cuando producimos un daño, porque no debemos de olvidar que numerosos actos que realizamos causan daño que no podemos evitar, aunque a veces podamos tratar de aminorarlos, pero el daño en sí se produce”. (GF3, PAR5).

“La producción de un daño que habiéndose podido evitar, no lo hemos hecho; el actuar de forma negligente a sabiendas de que actuamos así, y el hacer algo de lo que podíamos habernos abstenido y no lo hicimos, creo que son los principales rasgos o particularidades que vienen a caracterizar la responsabilidad profesional, digo civil. Para cubrirnos frente a determinados episodios en los que los profesionales de enfermería actúan así, y que a todas en un momento dado puede pasarnos, es conveniente tener el seguro de responsabilidad civil”. (GF2, PAR1).

Estas características que señalan las participantes a lo largo de las sesiones grupales, dejan entrever que hay dos elementos principales a los cuales asocian la responsabilidad civil extracontractual de las

enfermeras: por un lado el daño y por otro la realización de una conducta negligente.

En ocasiones, ambos elementos definitorios aparecen relacionados, tal y como queda reflejado en las referencias anteriores.

Si retomamos los elementos jurisprudenciales que deben de estar presentes para que se objetivice la responsabilidad de forma concreta (existencia de un acto, ilícita o antijuricidad, daño, culpa o negligencia y existencia de un nexo causal), se puede apreciar como las enfermeras participantes en los grupos focales celebrados, aún siendo legas en la materia que centra nuestra investigación, señalan de forma explícita elementos o rasgos definitorios de la propia responsabilidad civil.

FACTORES QUE DETERMINAN SU ALCANCE.

Cuando se les propone a las distintas participantes de las sesiones focales que debatan sobre cuales creen que son los factores que vienen a determinar el alcance de la responsabilidad civil, se realiza con la intencionalidad de valorar la existencia de connotaciones que nos llevara a afirmar que, implícitamente las participantes si conocían los elementos definitorios de la responsabilidad civil.

Debemos señalar que esta proposición no se llegó a confirmar, dadas las respuestas que nos ofrecieron las integrantes de los grupos realizados.

No obstante, hemos de añadir que estas contestaciones que fueron aportadas durante las sesiones celebradas, tuvieron un eje centralizador, a través del cual, giraron las narraciones: las posibles conductas negligentes que pueden cometer las enfermeras.

Así, y a modo de ejemplo, podemos señalar las siguientes narraciones textuales:

“Anteriormente, hemos estado discutiendo sobre cuales eran, a nuestro parecer, las características que podían definir la responsabilidad civil extracontractual, y más o menos, yo creo que se han abarcado todas, pero si hay un factor primordial para que surga esa responsabilidad mediante un acto que podamos realizar mientras trabajamos, yo creo, (silencio y continua), que ese factor es el de cometer una clara negligencia”. (GF1, PAR5).

“Los factores pueden ser variados, pero creo no equivocarme si digo que el central es el de la negligencia. Que hagamos algo negligente va a determinar de forma clara nuestra responsabilidad civil”. (GF2, PAR1).

“Pues yo pienso que, los hechos negligentes son los que caracterizan de forma primordial la responsabilidad civil que podemos tener en nuestra profesión, y que vale que,..., pero sí, para mi una negligencia es el factor más importante para que pudiera tener una responsabilidad civil frente a algo del trabajo”. (GF3, PAR10).

5.3.2 Experiencias vivenciadas durante el ejercicio profesional relacionadas con la responsabilidad civil.

En este epígrafe vamos a tratar las diferentes experiencias que los miembros de los distintos grupos focales que integran nuestra investigación, han enlazado con su experiencia profesional.

A este respecto, hemos de indicar que las distintas narraciones que han ido surgiendo son ricas en su contenido.

Subrayar que, aunque en un momento inicial las participantes han ido desgranando a lo largo de sus intervenciones diversas experiencias relacionadas con la responsabilidad civil, éstas no las han vivenciado directamente, sino que son fruto de las diversas informaciones que les han llegado.

Ejemplo de lo especificado con anterioridad, son los siguientes comentarios:

“De forma directa, yo no he tenido ninguna experiencia donde se me haya pedido ser responsable civil de algún hecho que haya realizado en mi trabajo. Sí me consta, que hay compañeros a los que se les ha puesto reclamaciones, pero esto ha sido a nivel del Servicio de Atención al Usuario. No sé si se llegará a los Juzgados o no. Pero también sé, fundamentalmente por lo que se lee en la prensa, que determinados profesionales sanitarios han sido condenados en los juzgados por negligencias cometidas...”. (GF2, PAR9).

“De estas experiencias, una conoce, a través de los medios de comunicación, principalmente la tele o los periódicos. Directamente, a mí no me ha tocado sufrir una experiencia así. Aunque me consta que a un compañero de trabajo, en su día le pusieron una demanda en los juzgados reclamándole cierta cantidad de dinero por una sonda

nasogástrica mal puesta, según dijeron los familiares del enfermo...”.
(GF1, PAR7).

Dentro de esta dimensión, se han conformado dos subcategorías:
reclamaciones y denuncias.

RECLAMACIONES.

Dentro de esta subcategoría, incluimos las distintas intervenciones que van a relacionar el hecho de haberse presentado una reclamación a un profesional de enfermería, frente a la asunción de una determinada responsabilidad civil de carácter extracontractual por ese profesional.

De forma general, en las distintas narraciones mantenidas durante los grupos focales, al hablarse de este tema nuestras participantes tienen la creencia de que hay dos variables que pueden influir en la presentación de estas reclamaciones:

- ✓ Por un lado, la influencia que el aumento de los tiempos de espera de ciertas actividades asistenciales puede conllevar en que se presente una reclamación frente un profesional de enfermería.

Dentro de esta variable, se podría matizar sobre otro hecho que surge de forma casual: el contexto sanitario actual y la tendencia a derivar determinados procesos asistenciales desde la sanidad pública hacia la sanidad privada.

- ✓ Por otro lado, la poca información que ocasionalmente pueden ofrecer los profesionales cuando van a realizar una determinada técnica enfermera a algún paciente.

Ejemplos de lo comentado respecto a este tema en las distintas sesiones focales, son los siguientes comentarios realizados durante las sesiones de los grupos focales:

“Veamos, a mí, una vez me pusieron una reclamación porque estando de enfermera en la consulta de trauma, una señora no pasó a la hora que tenía la cita y tuvo que esperar un tiempo. Yo creo que, por un lado, aunque es cierto que a veces por diversos factores que todos conocemos de sobra, como son la falta de personal o la prioridad de unos enfermos respecto a otros y que no fijamos nosotras; también he de

decir que bastantes reclamaciones no tienen fundamento alguno porque creo que todas las citas se atienden a tiempo”. (GF1, PAR3).

“La verdad es que yo, con todos los años que llevo trabajando de enfermera, puedo decir que he tenido suerte porque no sé que es que me pongan una reclamación en atención al paciente. Pero si sé que por una simple impaciencia e alguien, o por no entender que hay cosas que no pueden esperar, se le ponga una reclamación a un compañero. Al final cosas como estas y otras muchas hacen que una no se sienta a gusto con el trabajo que hace, y esto, si que pienso que puede ser un factor que haga que en un momento dado no hagamos algo de todo correcto y nos puedan poner una reclamación de la que difícilmente vamos a poder defendernos”. (GF1, PAR5).

“Hablando de hechos que hemos presenciado y reclamaciones que se hayan podido poner a compañeras, yo una vez si presencié que a una compañera le pusieron una reclamación por no haber realizado una inmovilización en una pierna a un enfermo y el enfermo tuvo que ser visto al día siguiente en urgencias porque empezó a tener problemas con la inmovilización. Menos mal que reflejó en la historia clínica que le había entregado la hoja de cuidados ante inmovilizaciones y eso fue lo que se puso en la contestación que se le dio a esa reclamación. Yo creo que este asunto no fue a más porque me hubiera enterado. Pero ya veis la importancia que tiene a veces, el escribir en las historias clínicas o que hacemos”. (GF2, PAR9).

DENUNCIAS.

La consideración general cuando ha surgido el tema de las denuncias en los distintos grupos focales es que actualmente se ha incrementado el número de éstas con la finalidad de obtener un beneficio lucrativo.

Hay que realizar una segunda consideración: cuando se ha tratado este tema en las distintas sesiones, la moderadora tuvo que enfatizar en varias ocasiones que las narraciones se centraran en la responsabilidad civil y que no hubiera una dispersión narrativa centrada en denuncias y condenas en el ámbito penal.

Por otro lado, resulta conveniente afirmar que hay unanimidad, por parte de las integrantes de los diferentes grupos desarrollados a lo largo de esta investigación, en un hecho concreto: que sí conocen denuncias y condenas a personal sanitario, pero éstas se focalizan en un grupo profesional, el médico.

Así mismo, cuando se ha analizado las narraciones englobadas en esta subcategoría, han surgido de forma esporádica otro tipo de situaciones tales como:

- Incumplimiento de normas legales.
- Incumplimiento de normas éticas.
- Incumplimiento de normas laborales.

Se constata así, que hay cierto grado de complejidad en los discursos que surgen para tratar esta subcategoría.

De las diferentes transcripciones realizadas y analizadas, se desprende un elemento a considerar: alguna de estas situaciones puede suceder frecuentemente (incumplimiento de normas laborales por parte de la Administración y/o personal que trabaja en instituciones sanitarias), aunque en este punto se debe subrayar que la mera referencia a este tipo

de situaciones no resulta suficiente para denunciar taxativamente este tipo de hechos.

Bien es cierto, que lo evidenciado en este punto mediante las voces de nuestras participantes constituye inferencias que, aún no formando parte objetiva de esta investigación, debe de servirnos para realizar un profundo ejercicio de reflexión sobre estas otras cuestiones.

Ejemplos de las opiniones que conforman esta subcategoría son los siguientes:

“A mí me gustaría decir que cuando se habla de denuncias a profesionales sanitarios, éstas siempre suelen ser a médicos o por algún motivo relacionado con éstos. No sé si vosotras lo veis así. Yo creo que las enfermeras hacemos bien nuestro trabajo y, ahora mismo, sólo recuerdo una denuncia clara interpuesta contra una enfermera y fue la que estaba relacionada con el famoso caso Ryan de hace tres o cuatro años. Dejando al margen mi opinión, porque pienso que se cebaron con esta compañera y que fue una cabeza de turco, repito que sólo conozco de esta denuncia relacionando a una enfermera con su actividad profesional...”. (GF3, PAR 6).

“Yo opino, que con el tema de las denuncias deberíamos de ser prudentes al hablar. Muchas veces se habla de que se ha puesto una denuncia a una u otra persona, pero sin saber, primero si es cierto, y en segundo lugar, sin saber qué es lo que realmente ha pasado. Yo creo que al tema este, cuando surge se le da mucha publicidad porque genera morbo y poco más”. (GF2, PAR4).

“A mí me gustaría decir que cuando se habla de denuncias a personal sanitario en la prensa o en la tele, generalmente suelen referirse a denuncias puestas a médicos. Ahora mismo no sé decir si de forma concreta si se ponen más denuncias para pedir una

responsabilidad civil o para pedir una responsabilidad penal, pero yo creo que salen a la luz antes cuando se trata de una denuncia penal. Por lo demás, conozco porque se publicó en un periódico, que hace años se denunció a un compañero por haber puesto mal una inyección”. (GF1, PAR10).

“Personalmente no conozco ninguna denuncia puesta contra alguna de las compañeras que he tenido a lo largo de mis años de profesión que como podéis intuir son muchos. Sí que es verdad, que conozco de algunas denuncias puestas tanto civilmente como penalmente, pero por lo que se publica en la revista del Colegio”. (GF1, PAR1).

“Yo conozco una denuncia puesta por la vía penal contra un compañero del servicio donde trabajo, porque administró un fármaco a un paciente de forma errónea y sus familiares lo denunciaron. Está pendiente de juicio y ya veremos en qué queda todo este embrollo”. (GF3, PAR3).

“Para mí, la importancia del asunto este de las denuncias, no radica tanto en saber cuántas denuncias hay, sino en conocer cuáles pueden ser los motivos que las han causado y poner los remedios que hagan falta para que no vuelvan a suceder. Os recuerdo (se eleva la voz de la participante) que muchas de estas reclamaciones, o porqué no, denuncias, no ocurrirían si contáramos con más medios para trabajar, o también si algunas veces trabajáramos como se debe de hacer: pidiendo, también nosotras, consentimientos informados para hacer nuestras técnicas, explicando lo que vamos a hacer a los enfermos,...”. (GF2, PAR7).

5.3.3 Impacto de la responsabilidad civil extracontractual en la actividad asistencial enfermera.

Con esta dimensión pretendemos indagar sobre el nexo que surge entre responsabilidad civil extracontractual y actividad asistencial enfermera.

Sin duda alguna es la actividad asistencial, el campo profesional donde surgen la mayor parte de las denuncias, o en su caso, reclamaciones que se interponen contra profesionales de enfermería.

El debate surgido alrededor de esta dimensión sirve para establecer la significación de esta figura jurídica y, a la vez, sirve de elemento reivindicativo de acciones que debiéndose hacer, en ocasiones no se realizan. Entre otras, destacan: la solicitud de consentimiento informado para la realización de determinadas técnicas enfermeras y, el reflejo en la historia clínica de los pacientes de todas aquellas actividades que las profesionales de enfermería les vayan realizando.

“Cuando la moderadora nos ha señalado que ahora comentemos que nos parece o que pensamos sobre el impacto que pudiera tener la responsabilidad civil extracontractual en nuestra actividad, he pensado que, como siempre, muchas veces parecemos máquinas, que si hacedle un lavado ótico a este paciente, que si ponedle una férula a este otro, y ..., y no nos paramos a pensar que hay muchas cosas legales que pudiendo parecer que no van con nosotros y no nos van a afectar, en un momento dado si pueden hacerlo, además ..., por lo que pienso que sí, que realmente esta responsabilidad hay que tenerla muy presente a la hora de trabajar”. (GF2 PAR5).

“Permitidme que diga, que yo si pienso que claro que afecta en nuestro trabajo la responsabilidad civil extracontractual, pensad si no, en la cantidad de reclamaciones que se ponen actualmente y parte de

ellas acaban en los juzgados, además..., yo creo que en el sentir de todas nosotras, ¿o no?, está que todas en algún momento podemos cometer un fallo al valorar un paciente,..., pienso que en el caso de ponerse una demanda contra nosotros sólo debiera de proceder el hacerlo ante los juzgados civiles y no los penales”. (GF1, PAR6).

Bajo este epígrafe se van a describir aquellas situaciones que, narradas mediante las voces de las enfermeras participantes en los grupos focales celebrados, se conformaron en las siguientes subcategorías de análisis: acciones defensivas, incremento del gasto sanitario y demora en la actividad asistencial.

Englobar estas subcategorías dentro de esta dimensión conceptual no ha resultado dificultoso, pues a través de lo manifestado por las participantes de los grupos focales se desprende que son éstas las cuestiones que, a su parecer, influyen en posibles causas de responsabilidad civil extracontractual.

ACCIONES DEFENSIVAS.

Bajo este rubro quedan incluidas aquellas acciones que, realizadas en el contexto del trabajo asistencial de las enfermeras que han integrado los grupos focales realizados, tienen como finalidad la de protegerse frente a los procedimientos de determinada exigencia de responsabilidad civil que pudieran iniciarse en un momento dado.

“Dentro de la cuestión que ahora estamos tratando, a mí me gustaría decir que, aunque conocía que ya estaban circulando por mi hospital algunos consentimientos informados para algunas de las técnicas que realizamos en nuestro día a día, yo era reacia a solicitarlos, por ejemplo, cuando hago una sutura, pero desde que me enteré que a un cirujano le pusieron una denuncia por lo mal que le había quedado una cicatriz a un niño, yo hago que los enfermos o los familiares si ellos no pueden me firman el consentimiento informado que tenemos para cirugía menor”. (GF1, PAR8).

“...y es que hoy en día, en cuanto surja algún problema o todo sale mal, pero porque ya no se le puede hacer nada más a una persona, enseguida, enseguida, vienen las reclamaciones contra nosotros y eso, todo eso no puede seguir así, porque si no prevalecerá lo que se denomina medicina defensiva, pidiendo todo tipo de pruebas innecesarias, retrasando nosotras mismas la realización de algunas técnicas que podemos realizar hasta obtener la confirmación del familiar del enfermo al que se la vayamos a realizar, si éste no pudiera autorizarla por si mismo,...” (GF3, PAR2).

Este tema aparece con prontitud en los grupos focales y lo hace sin necesidad alguna que la moderadora lo plantee previamente. De forma general, se puede decir que la actitud que las integrantes de los grupos focales muestran hacia este tema es de preocupación generalizada.

Esta preocupación se muestra en aseveraciones tales como:

“Yo creo que nosotras como profesionales sanitarias si mostramos una inquietud manifiesta por el tema de las denuncias y las acciones que podemos hacer para prevenirlas, pero también es cierto que todos podemos cometer un error mientras trabajamos y algunas veces resulta imprevisible que se cometa uno. Lo que tenemos que hacer es reflejar todo lo que hacemos y cómo lo hemos hecho en la historia clínica de los enfermos. Esto sí que es un buen arma defensiva en caso de que la necesitemos”. (GF1, PAR7).

“Perdonadme que sea así de claro pero yo pienso por un lado que los enfermeros hacemos muy bien nuestro trabajo y lo hacemos con medios cada vez más limitados. Pues bien, lo mismo que he dicho lo anterior también os digo que como no luchemos porque nuestro trabajo se realice en condiciones adecuadas, cada vez más estaremos expuestos a denuncias y a reclamaciones que se pondrán contra nosotros y no contra quienes en realidad se tendrían que poner, que son aquellos que no ponen los medios necesarios para que esto no pase”. (GF2, PAR3).

Dentro de este contexto, también aflora alguna frase tópica: *“Aunque siempre estemos pensando que tenemos que poner todo nuestro empeño para evitar que nos denuncien, no hay que olvidar que errar es humano y, alguna vez, por remota que sea, en el momento más inesperado puede suceder”*. (GF1, PAR 10).

Como epílogo a esta subcategoría, podemos indicar que los discursos surgidos en nuestros grupos focales si han demostrado que hay un interés por este tema.

Fuera de toda retórica, este interés se ha centrado en la importancia preventiva que tienen frente a posibles denuncias, el realizar actividades tales como la cumplimentación del consentimiento informado cuando sea necesario, o reflejar en la historia clínica del paciente todas aquellas actividades enfermeras que se le estén realizando.

INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO.

Esta subcategoría surge dentro de la dimensión en que nos situamos de forma latente, como respuesta facilitadora que las diversas integrantes de los grupos focales tienen frente al hecho de la responsabilidad civil extracontractual.

En el discurso de las enfermeras se habla del incremento del gasto sanitario como posible réplica frente a la, cada vez más, elevada exigencia de responsabilidad civil a profesionales sanitarios.

En el tratamiento dado este tema durante el discurso aparece de forma general el término profesionales sanitarios y, específicamente el de pruebas médicas, no centrándose categóricamente en el colectivo profesional enfermero.

Estas manifestaciones, que han brotado de forma espontánea, lo hacen a partir de las percepciones que tienen sobre esta cuestión. Percepciones que fundamentalmente surgen desde la experiencia profesional y desde el conocimiento que, sobre esta cuestión, pudieran tener a través de los medios de comunicación.

Ejemplo de lo indicado son los siguientes textos:

“Yo estoy convencida que todo este asunto que estamos tratando durante esta tarde, lo único que sirve es para hacernos reflexionar sobre la importancia que tiene este problema y sobre el abuso que, ante hechos que ya hemos discutido y manifestado aquí, pueda surgir. Si me permitís, os diré que entre esos abusos está el del incremento innecesario del gasto sanitario por hecho que todas conocemos: solicitud de más pruebas diagnósticas, derivación de estas pruebas a centros privados y así una amplia variedad de ejemplos”. (GF2, PAR6).

“Cuando surge esta cuestión del gasto sanitario y que si este aumenta mucho o no, a mí me gustaría indicaros que sí que es cierto, y esto creo que no hay que discutirlo, que se ha generalizado el pedir pruebas médicas por pedir las. Intuyo que aquí, podemos ver un mecanismo de autoprotección defensivo que los médicos tienen frente a posibles denuncias. Todo esto me hace pensar que se están gestionando mal los pocos recursos que tenemos y que a nadie le interesa poner una solución”. (GF1, PAR7).

En el tratamiento que le dan a esta cuestión las diversas participantes, también surgen voces que discrepan de alguna forma con el contenido de lo señalado con anterioridad. Valga como ejemplo, los siguientes comentarios:

“Yo no quiero creer que, como se está diciendo ahora, el incremento del gasto sanitario sea causa directa de la relación de esa responsabilidad de la que estamos debatiendo y de las consecuencias que se pueda tener al realizar nuestro trabajo. Mas bien, pienso que este incremento es fruto de un abuso, pero de un abuso de la gente que cada vez más está pidiendo que se le hagan pruebas, que se le receten más fármacos, ...”. (GF2, PAR1).

“Yo opino lo mismo que..., (la moderadora solicita nuevamente, que se eviten dar los nombres de las personas que integran los grupos focales) todas, sí nosotras también, ¿por qué no decirlo?, demandamos cada vez más, que la asistencia sanitaria conlleve la realización de más pruebas diagnósticas, así que, el gasto, queramos o no, seguirá subiendo”. (GF2, PAR8).

En general, las percepciones que se tienen sobre este tema, se han ido cuestionando teniendo como origen datos que actualmente salen

reseñados en los medios de comunicación, cuyo trasfondo debiera servir como base para otro futuro estudio.

“A menudo, en la prensa salen publicadas noticias que relacionan el aumento del gasto sanitario con la excesiva solicitud de pruebas y, los propios médicos opinan que muchas de estas pruebas son innecesarias e ineficaces y que, muchas de ellas se piden para que, en caso de que les denuncien, tener algo con lo que defenderse”. (GF3, PAR5).

DEMORA EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

La demora en la actividad asistencial es otra de las subcategorías que ha surgido dentro de esta dimensión.

El tratamiento que se le ha dado a esta cuestión se ha centrado, de forma unívoca, más en relacionar este hecho con el aumento de la demanda asistencial, que en cuestionar la relación que pudiera surgir entre responsabilidad civil extracontractual enfermera y demora en la actividad asistencial de las enfermeras.

Así, durante la celebración de los distintos grupos focales, se denota que la actitud generalizada que se ha mantenido mientras se ha cuestionado este tema, ha sido la de ir confirmando e ir asintiendo lo que otras participantes señalaban con anterioridad.

Como ejemplos de esa actitud podemos señalar los siguientes comentarios, realizados por diversas integrantes de los grupos focales:

“Es curioso que se haga mención a este tema de la demora en nuestra actividad asistencial, porque podríamos haber debatido más a fondo otros temas como el de las denuncias, los errores que no son errores,..., pero en fin, lo único que se me ocurre en este momento, y creo estar en lo cierto, es que si hay demora en nuestra actividad asistencial es por la actual masificación que hay de enfermos a atender y que no se pueden atender a todos a la misma vez”. (GF1, PAR10).

“Yo estoy con lo que dice,..., de tal forma que este aumento de la demora asistencial, está relacionado con el aumento de la demanda de la población”. (GF1, PAR8).

En el contexto del tratamiento que se le está dando a esta materia, también aparecen interrogantes por parte de algunas de las participantes. Así:

“Yo también pienso que gran parte de la demora que sufren nuestros pacientes tiene que ver con el aumento de la demanda asistencial, pero también pienso que se está dando una asistencia sanitaria con unos medios muy, muy limitados que no puede cubrir toda esa demanda. ¿Qué opináis vosotras?, ¿estoy en lo cierto?”. (GF3, PAR2).

Una participante responde de forma concisa:

“Estoy contigo, yo opino lo mismo”. (GF3, PAR9).

En cualquier caso y lejos de intentar polemizar con algunas de las cuestiones que sucintamente se han discutido por las integrantes de los grupos focales, valga como epílogo a este epígrafe lo testimoniado por algunas de ellas:

“Yo pienso que si no toda la culpa, sí una gran parte de todo esto la tiene nuestra Administración Sanitaria, ¿verdad?”. (GF2, PAR5).

“Ni la Consejería de Sanidad pone los medios para que todo esto cese, ni a las distintas gerencias les interesa que el tema del aumento de la demanda asistencia acabe del todo, porque si no, se acabaría con el negociazo que tienen unos pocos acosta de la salud de la población, ¿verdad que sí?”. (GF3, PAR4).

5.3.4 Impacto de la responsabilidad civil extracontractual en aquellas otras actividades profesionales enfermeras.

Cuando se abordó esta dimensión en los diferentes grupos focales celebrados, la actitud mostrada por las diferentes integrantes fue la de cuestionarla de forma somera.

No obstante, tras el proceso analítico correspondiente, los resultados obtenidos se han estructurado bajo las siguientes subcategorías: docentes, de investigación y de actividades gerenciales.

De forma general, se ha constatado la existencia de una gran diferencia al tratar esta dimensión desde una u otra subcategoría.

Así, mientras en las dos primeras subcategorías (actividades docentes y actividades de investigación), los distintos comentarios realizados tuvieron un carácter que se podría calificar como testimonial; en la subcategoría que engloban los comentarios sobre las actividades administrativas o gerenciales de la profesión enfermera, el juego interpretativo de las integrantes de los grupos focales fue más fructífero.

ACTIVIDADES DOCENTES.

Como ya hemos indicado anteriormente, el posicionamiento que han tenido las diferentes participantes sobre este tema, ha sido el de relegarlo interpretativamente hasta tener un marcado carácter anecdótico, por la escasez de datos proporcionados.

No obstante, hay que indicar que los datos aportados se caracterizan por aportar una visión positiva del trabajo enfermero relacionando el nexo docencia/responsabilidad civil extracontractual.

Así mismo, y de forma global, se estima que en el ámbito docente la probabilidad de que surja algún conflicto relacionado con la responsabilidad civil extracontractual es escasa.

Ejemplos, de los distintos comentarios realizados en tal sentido, son los siguientes:

“En el trabajo que podemos realizar, bien como tutores de prácticas clínicas, o bien como profesores en el ámbito universitario, yo no he oído nunca que haya surgido cuestión alguna relacionada con una determinada exigencia de responsabilidad civil. Incluso, en el ámbito de la docencia en los Institutos de Formación Profesional tampoco he oído nada respecto a esta cuestión. No sé si alguna vez ha podido surgir alguna cuestión relacionando la responsabilidad civil extracontractual que pudiera tener una enfermera y la actividad profesional que tenga como docente, pero vuelvo a repetir que pienso que es improbable”. (GF2, PAR9).

“No conozco ningún caso de enfermeras a las que trabajando, en Instituciones docentes como profesoras, se les haya interpuesto alguna demanda de responsabilidad civil por algún daño que pudieran haber realizado de forma intencionada en este ámbito”. (GF3, PAR5).

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA INVESTIGACIÓN.

Esta subcategoría también es percibida por las integrantes de de los distintos grupos focales como una cuestión limitada. Es más, en un principio el tema de la investigación enfermera como otra forma de empleo laboral y desarrollo profesional sale a relucir mediante un comentario de una de las integrantes del primer grupo focal:

“..., por eso creo que la cuestión que aquí estamos tratando, la de la responsabilidad civil, deberíamos discutirla, no sólo bajo el punto de vista de nuestra actividad asistencial, sino que tenemos que pensar en aquellas otras actividades que podemos desarrollar profesionalmente, como la investigativa o la docente, y por las que, en algún momento, se nos podría solicitar algún tipo de responsabilidad; sólo si tratamos el tema de la responsabilidad civil como algo que puede afectarnos en todos los ámbitos de nuestra profesión, ...”. (GF1, PAR3).

La investigación enfermera es percibida por las integrantes de los grupos focales como un terreno profesional acotada fundamentalmente al ámbito universitario,

“..., y prácticamente es en las universidades, donde se desarrollan programas de investigación en cuidados de enfermería; aunque también me gustaría mencionar que algunas sociedades científicas de enfermería en nuestro país, tienen programas de investigación, ...”. (GF2, PAR3);

aunque no queda exenta de la posibilidad de que se presente una demanda de responsabilidad civil extracontractual por razón de su trabajo, contra alguna de las enfermeras que pudiera integrar un grupo de investigación y cause un daño innecesario cometiendo una negligencia de forma temeraria,

“..., en definitiva, que creo que, aunque de momento no conozco ni he oído nada sobre una supuesta demanda de responsabilidad civil a enfermeras investigadoras, esto no supone que no se les puedan poner en algún momento, al fin y al cabo la labor de investigación es también parte importante de los trabajo que podemos desarrollar las profesionales de enfermería”. (GF3, PAR7).

ACTIVIDADES GERENCIALES.

Dentro de esta dimensión, es esta subcategoría la que más elementos textuales ha aportado por parte de las diversas integrantes de los grupos focales.

La nota característica de estas sesiones ha sido que, gran parte de las opiniones manifestadas por las enfermeras tiene un carácter negativo.

Esto se debe a que estas opiniones, se han centrado en responsabilizar, en cierto modo, a parte de las enfermeras que realizan estas actividades administrativas, como elemento que posiblemente favorezcan la presentación de algunas de las demandas que, hipotéticamente, pudieran plantearse contra enfermeras.

La explicación a lo anteriormente especificado, radica en la presencia de expresiones como las siguientes:

“En realidad, demandas por reclamaciones de tipo civil a profesionales de enfermería ponen pocas. Reclamaciones, por lo que sé, si se ponen más; pero estoy convencido que las demandas van a ir a más porque cada vez somos menos trabajando para hacer el mismo trabajo. En este asunto, yo le echo la culpa a nuestros supervisores y coordinadores, que no se hacen de valer ante las direcciones de enfermería, en el momento pedir más enfermeras cuando hay que cubrir bajas, vacaciones, ...”. (GF2, PAR10).

“..., para mí, son pocas las demandas que se presentan para lo que algunas veces vemos y tenemos que aguantar. Que si enfermeras recién acabadas o con poca experiencia que los coordinadores de enfermería sitúan servicios especiales, llevando a enfermos para los que se necesita estar muy preparados y no se está. Esto sí que es asumir un riesgo de presentación de una demanda si ocurre algún error en los

cuidados de esos enfermos. Para mí, si se pusiera alguna demanda, en este sentido, debiera de presentarse contra el profesional que ha cometido el error, pero también contra los que han consentido que enfermeras sin experiencia en el cuidado de este tipo de enfermos, trabajen con ellos”. (GF3, PAR8).

En este sentido, también se hacen referencias a elementos organizativos de distribución del trabajo. Estas referencias han sido integradas dentro de la última dimensión (referentes laborales y responsabilidad civil extracontractual) que presentaremos.

En el contexto de esta subcategoría, también se considera importante señalar que, dentro de sus correspondientes tareas de carácter directivo, organizativo y administrativo, el personal de enfermería dedicado a realizarlas, tiene una serie de obligaciones normativas que cumplir, no exentas de responsabilidad en caso de incumplimiento.

Como epílogo a este epígrafe, anotar la reflexión que una de las copartícipes de los grupos focales realiza en el siguiente sentido:

“...y, muchas de nosotras estamos convencidas que nuestras supervisoras o las mismas responsables de dirigirnos, no tienen responsabilidad alguna cuando nos dejan solas para atender a todos los enfermos de una planta, pero estamos totalmente equivocadas porque el día que pase algo grave por falta del personal necesario, tendrán que responder por su ineficacia como gestoras de los recursos humanos en enfermería”. (GF3, PAR7).

5.3.5 Formación enfermera y responsabilidad civil extracontractual.

La formación, se convierte en uno de los principales argumentos sobre los que conversan las enfermeras integrantes de los grupos focales.

A través de esta dimensión valoramos dos aspectos trascendentales en la investigación que estamos realizando:

- La formación que, en materia de responsabilidad civil han recibido las enfermeras participantes en nuestro estudio.
- El impacto que esa formación o su inexistencia haya podido tener en hechos relacionados con la responsabilidad civil.

La representación que, a través de su discurso, han mostrado las enfermeras sobre este recurso educativo, incide en otros aspectos.

Así, en el proceso analítico realizado sobre esta dimensión, se han incluido aquellas otras referencias que se han considerado interesantes para nuestro estudio.

Implícitamente, estas referencias hacen mención a la formación pregrado, a la formación postgrado de carácter académico y también, a la formación postgrado de carácter no académico, que de una u otra forma estén relacionadas con nuestro objeto principal de estudio.

Así:

“Yo, durante mi periodo formativo en la carrera, tuve una asignatura de ética y legislación, pero si queréis que os diga la verdad, de legislación no vimos nada. Nuestro profesor se centró en las cuestiones éticas para explicarnos la asignatura y eso fue lo que nos exigió para examinarnos; así que de legislación no tuve que estudiar nada, algo de lo que, en ocasiones, me arrepiento”. (GF2, PAR4).

“Cuando estudié la carrera, yo tuve una asignatura de ética y legislación, pero la poca legislación que nos dieron fue sobre la sanidad. Que si los derechos sanitarios en nuestra Constitución, que si

la Ley General de Sanidad, en fin que mucho hablar de leyes y de cuestiones éticas, pero de responsabilidades profesionales nada de nada”. (GF3, PAR 3).

“La formación que tenemos en esta materia, tanto la recibida mientras estudiábamos la carrera, como la que tenemos después yo creo que es bastante escasa por no decir nula. Pienso que con la gran importancia que tiene este tema de la responsabilidad civil, en realidad nadie nos ha hecho ver que debemos de tener cierta formación sobre esta cuestión, que no basta con tener sólo el famoso seguro de responsabilidad civil, porque luego vienen las sorpresas y las madres mías por no estar bien formado”. (GF2, PAR1).

“Opino que los conocimientos tanto teóricos como prácticos en esta materia de responsabilidades son muy escasos, es más estamos más informados a través de lo que se dice en los medios de comunicación cuando salta alguna noticia relacionada con alguna demanda o con alguna negligencia y muchas veces, (silencio), nos olvidamos de la importancia que tiene para nosotros estar bien formados en temas de responsabilidad civil y en las consecuencias que pueden generarse cuando cometemos un error, aunque sea no querido”.

Es nota característica de los diferentes discursos, el nexo común surgido en el análisis de la formación en materia de responsabilidad civil o, en nuestro caso, formación en responsabilidad civil extracontractual.

Este nexo común es, como podemos valorar a través de los comentarios expuestos anteriormente, el de la coincidencia existente respecto a las percepciones y creencias que refieren sobre los conocimientos recibidos en esta materia.

Por otro lado, y como veremos, en el discurso presente en los diferentes grupos focales realizados se constata:

- La importante consideración que se otorga a las actividades formativas en materia legal dentro del ámbito estrictamente laboral, en este punto, parte de las opiniones manifestadas se ciñen a la formación en materia de responsabilidad civil.

Así, se señala que:

“...y hay que saber que la formación en este tipo de materia debería ser fundamental, no sólo para las enfermeras, sino para todo el personal sanitario. Teniendo un conocimiento exhaustivo en materia legal, algunos de los problemas legales que han surgido desde hace unos pocos años, sabemos que se podrían haber evitado”. (GF2, PAR1).

- La carencia formativa que, sobre la materia objeto principal de nuestro estudio, han identificado tener y la necesidad de suplirla mediante diferentes programas formativos.

“Creo que nos falta formación y más información sobre responsabilidad civil. Es muy importante para nosotras que nos apuntemos y hagamos cursos sobre esta materia, porque su conocimiento va a suponer que sepamos con exactitud, cuáles podrían ser las repercusiones que legalmente tendríamos si realizáramos algunos actos no conformes con la legalidad vigente”. (GF1, PAR8).

También surge la crítica, dentro de algunos de los argumentos que se exponen. Citar, como ejemplo, el siguiente razonamiento expresado por una de las participantes de los grupos focales:

“Lo que yo opino, es que tenemos muy poca idea sobre todos los aspectos legales que rodean a nuestra profesión porque no hemos recibido una formación básica sobre ello. En mi caso, mientras hice la carrera, mucha ética y mucha moral, pero de temas legales nada de

nada. Y ahora, lo que es formarnos en estos temas, sencillamente no nos forman. Otra cuestión, es que nosotras nos formemos por nuestra parte, que creo que tendrá que ser así, vista la importancia de estos temas y las repercusiones que pueden surgir en nuestro trabajo por su desconocimiento”. (GF1, PAR5).

Resulta interesante señalar, la sensibilización que han mostrado al hablar de las diferentes actividades formativas que podrían programarse o establecerse en su ámbito laboral.

Además, en el contexto de los discursos mantenidos en el seno de los distintos grupos focales, se denota la importancia atribuida a la formación en materia de responsabilidad.

“Una cosa que debería tener en cuenta los responsables de formación de nuestro hospital, es la celebración de cursos relacionados con el tema de la responsabilidad civil y otros temas legales, porque es cierto que ni estamos preparados ni formados para poder enfrentarnos a un hecho relacionado con temas legales”. (GF1, PAR6).

“Yo ratifico lo dicho por..., anteriormente, pero desde aquí propongo a mis compañeras que deberíamos ir ya a hablar con la supervisora encargada de la formación en el hospital y decirle que dentro de los múltiples curso que se programan para el personal sanitario, se tenga en cuenta el programar uno relacionado con las normas legales que nos afectan a todas y no, que de vez en cuando salga algún curso de normas administrativas, como podemos ver en la intranet del hospital, pero destinados a personal administrativo”. (GF1, PAR5).

En alguno de los comentarios realizados se muestra cierta frustración relacionada con el grado de conocimiento que se tiene en materia legal.

Así, surgen comentarios del tipo:

“Tenemos que luchar contra el desconocimiento de un tema que se supone que teníamos que saber y valorar y que nadie hasta este momento nos lo ha hecho ver”. (GF2, PAR7).

“Llevamos un rato conversando sobre términos o hechos relacionados con la responsabilidad, si demandas, si errores, etc, pero, para mí, esto de lo que estamos hablando lo veo muy distante, y es más, pienso que todas lo vemos así aunque no se diga. Todo este tema resulta como algo lejano, como si no fuera con nosotras, por lo que he venido escuchando; pero ya veis, por lo que también se ha estado diciendo aquí, que en un momento u otro, puede afectarnos; por eso y aunque sólo sea por eso, debemos estar formados en temas legales, realizar cursos sobre estos temas y solicitar también que se nos forme sobre esto en nuestros centros de trabajo”. (GF3, PAR8).

Las relaciones que se establecen entre distintos miembros del personal sanitario son fruto, también, de las conversaciones generadas dentro de esta dimensión. Así, surgen comentarios como:

“También creo, que la formación que tenemos que recibir sobre todos estas cuestiones legales que estamos tocando, la tendrían que recibir también el resto del personal sanitario, no sólo nosotras. Es más, para mí algunos temas de índole legal surgen por la desconfianza que, en ocasiones, se establece entre una categoría y otra, desconfianza que disminuiría si hubiera más formación e interés por recibirla, por parte de todas”. (GF3, PAR1).

“A mí me parece que, en cierto grado, y lo digo desconociendo todo esto de la responsabilidad legal y en general, las cuestiones

legales; pues eso, para mí cuando surge una de estas cuestiones legales puede haber una corresponsabilidad entre varios profesionales sanitarios o de una misma categoría o de diferentes. Por eso la formación que se diera sobre estos temas, debería ser para todos los profesionales de la sanidad”. (GF2, PAR7).

Como resumen de este bloque dimensional, es necesario indicar que, los resultados expuestos a modo de bosquejo nos sirven para comprobar cómo la formación es un recurso que, lejos de considerarse irrelevante, tiene un carácter imprescindible en la relación profesional de las enfermeras.

La exploración de los argumentos señalados por las enfermeras, a lo largo de los distintos debates, nos ha servido para plasmar cuáles son sus ideas, pensamientos y percepciones sobre los procesos formativos, así como para señalar las estrategias que piensan que son las válidas para subsanar las carencias formativas que poseen.

5.3.6 Referentes sociales y responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Hasta este momento se han presentado unos resultados que, en la práctica, se circunscriben de forma global al ámbito profesional de las enfermeras.

Pero dentro de lo que podemos calificar como medio ambiente familiar y social también surgen o pueden surgir percepciones, emociones..., en fin, opiniones que muestran otro tipo de preocupaciones que, en su origen tienen como base argumentativa los referentes sociales enlazados con la responsabilidad civil extracontractual.

Así, con la presentación de los resultados que conforman esta dimensión, pretendemos indagar en los argumentos que establecen las enfermeras partícipes de los grupos focales de nuestra investigación, en relación a los siguientes referentes: los medios de comunicación social, el entorno familiar y el entorno social.

LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

En este contexto, interesa conocer cuál es la imagen que se proyecta de los medios de comunicación social en los argumentos que ofrecen las enfermeras que han participado en nuestra investigación.

Desde un principio, los argumentos que podemos incluir dentro de esta subcategoría presentan una disyuntiva:

➤ Por un lado, ante la presencia de noticias en medios de comunicación tales como, la interposición de demandas o denuncias por presuntos errores o negligencias cometidos por personal sanitario, surgen distintas argumentaciones que confiere, a esos medios de comunicación y a esas noticias, un carácter negativo.

➤ Por otro lado, frente a los argumentos anteriores, se oponen otros, cuyos razonamientos tienen un carácter eminentemente positivo.

El carácter negativo de las diferentes argumentaciones expuestas podemos valorarlo en expresiones como:

“En los medios de comunicación son muy propensas a salir las noticias que causan morbo y que venden más. Ejemplos de lo que acabo de decir lo tenéis en ciertos medios, que sin entrar a discutir el fondo del asunto, se cebaron en su día con el tema de la enfermera del hospital de Madrid que, de forma errónea administró una nutrición a un niño marroquí y falleció; también tenéis el ejemplo de cómo se cebaron contra distintos médicos de un servicio de urgencias de un hospital madrileño, por un asunto de denuncias por fallecimientos causados, supuestamente por sedaciones incorrectas y al final, en los juicios celebrados salieron absueltos y sólo se causón un sufrimiento innecesario a los afectados y a sus familiares”. (GF1, PAR6).

“La publicidad que hacen ciertos medios de comunicación sobre supuestos errores o negligencias de personal sanitario y las correspondientes denuncias que se interponen contra estos profesionales, yo pienso que sólo lo hacen con el ánimo de incrementar sus ventas, sólo les interesa vender más y más y no investigar cual ha podido ser el trasfondo de lo sucedido. De vez en cuando vemos como en los periódicos se dan esta clase de noticias, pero luego, si salen sentencias que absuelven a estos sanitarios, eso como ya no vende, ni lo comentan; y eso también lo deberían de reseñar aunque fuese por tener un poco de ética profesional, que a veces ni tienen”. (GF2, PAR8).

“El que a través de los medios de comunicación se le dé publicidad a lo que yo llamaría judicialización del trabajo de los profesionales sanitarios, sólo sirve para desprestigiarnos más ante la sociedad, haciéndonos un flaco favor. Tenemos que luchar contra esta clase de desprestigio, si sabemos que estas noticias no son verdaderas y solo se dan para generara controversias”. (GF3, PAR8).

En sentido contrario, surgen las siguientes argumentaciones:

“En mi caso, yo pienso que lo que se nos tiene que quedar de esas noticias que salen en los periódicos o en los programas de televisión, no es que si ha habido tal negligencia o tal error; que por supuesto que puede que haya sucedido, si no que todas esas noticias tienen que servir para que nos hagamos más responsables de nuestros actos”. (GF1, PAR8).

“La publicidad que genera este tipo de noticias, debe estimularnos para formarnos no sólo en la causa que ha generado lo que se dice en la noticia misma, sino que debe valer para que también nos formemos en las consecuencias que pueden derivarse de actos sobre los que nos

pueden exigir una responsabilidad y, por tanto, intentar no realizarlos”. (GF3, PAR9).

Dentro del contexto al que estamos refiriéndonos, en las argumentaciones de las enfermeras también aparece la influencia que las noticias publicadas en los medios de comunicación puede tener en la sociedad.

Así, han surgido diferentes voces dentro de los grupos focales que identifican la incomprensión que, a nivel social o a nivel profesional, puede llegar a sufrir un profesional sanitario al que directamente se denomina de negligente, incompetente, u otros calificativos más abruptos como asesinos u homicidas.

En el sentido de lo especificado anteriormente, podemos reflejar los argumentos siguientes:

“No debemos de olvidar que todos somos humanos y que todos podemos cometer un error en un momento dado, pero de ahí, a que directamente se pueda calificar a alguien como una asesina y, además, que eso se discuta en un medio de comunicación público, como todas sabemos que ocurrió hace dos años con el caso del niño Ryan de Madrid, me parece muy fuerte. Desde luego que cometió un error y que debe de pagarlo y, de hecho lo está pagando, pero esta compañera no es ninguna asesina, simplemente cometió un error con las consecuencias fatales que todas sabemos”. (GF1, PAR4).

“A mí me gustaría señalar lo paradójico que, a veces, resulta tratar un tema teniendo el punto de vista de medios de comunicación con diferente ideología política. Esto lo digo, porque el trabajo que desarrollamos las profesionales sanitarias y el resultado de ese trabajo, puede verse afectado por esas influencias. Permitidme que ponga el ejemplo de lo que le pasó a la auxiliar del Carlos III con el ébola. Unos

medios de comunicación elogiaron su trabajo y otros la tildaron de incompetente, de si no había hecho bien su trabajo,...Todo eso es lo que no debe de hacerse, desde luego que se puede opinar e informar, pero siempre sabiendo lo que realmente pasó y no hundir a una persona por hundirla. Yo me pregunto, ¿cómo resarcir a estas personas del daño que se le causa desde estos medios de comunicación?, ¿denunciando a todos los que participaban en tal tertulia y han realizado esos comentarios?, ¿denunciando a los que dirigen ese programa?, o, ¿denunciando a ese medio de comunicación?; no sé la respuesta a veces no es fácil”. (GF2, PAR2).

EL ENTORNO FAMILIAR.

Dentro de esta subcategoría, vamos a significar expresiones que relacionan la responsabilidad civil extracontractual enfermera con la posible afectación que puede surgir dentro del entorno familiar.

A través del discurso que emana de las enfermeras cuando se trata este tema, explícitamente llegamos al convencimiento de que cuando se presenta una cuestión de responsabilidad civil extracontractual frente a una profesional de enfermería, el entorno familiar si puede verse afectado notablemente.

En los debates que tratan esta cuestión, cuando se circunscribe al ámbito familiar, aparecen unos elementos esclarecedores de cómo se percibe.

Así, dentro de estos debates surgen elementos de incomprensión:

“A mí, tanto mi mujer como mi hija, ya me avisaron en su día que, cuidado con cometer algún error al administrar algún tipo de medicación o cuidado con cometer alguna tontería, porque pudiera ser que me encontrara sólo”. (GF2, PAR3).

“Realmente somos unas incomprendidas hasta en nuestras casas; cuando salen algunas noticias en la prensa, y han cargado contra el personal sanitario, cuesta hacerles comprender la responsabilidad que tenemos, que trabajamos con personas no con cosas y si me da pena escuchar algún comentario tipo “vaya enfermera más carnicera” o “ha demostrado ser una enfermera sin escrúpulos”; más pena me da oírlos en mi casa y más cuando me pongo a decir que antes de juzgar a nadie tendría que saberse que ha pasado realmente y van y me hacen oídos sordos, puff, no sabéis como me pongo”. (GF3, PAR1).

“Pues a mí me gustaría decirles que escuchando algunas de las cosas que se están diciendo aquí, tenemos que considerarnos privilegiadas porque no nos hayan puesto ninguna denuncia ni nada parecido; aunque reclamaciones creo que si nos habrán puesto a más de una. Y yo soy una de ellas, la verdad que en todos los años que una lleva trabajando en urgencias, y van para veinte, a mí me han puesto sólo dos reclamaciones y fueron por verdaderas tonterías o eso pienso yo; pero ahora que estamos tratando la cuestión de cómo afectan estas cosas en el ámbito de nuestras familias, decirles, y acabo, que mi marido cuando se enteró de la segunda sólo se limitó a decirme que ya me lo había dicho, que tenía que tener más cuidado y que no fuera tan despreocupada en el trabajo, en fin... ”. (GF3, PAR5).

En los comentarios que se han realizado en los diferentes grupos focales, también aparecen elementos comprensivos con este tipo de cuestiones:

“Yo sé que mi familia siempre me apoyaría si surgiese alguna demanda reclamándome algún tipo de responsabilidad, porque sabe que tenemos un trabajo que, en ocasiones, es muy duro y pueden aparecer estos hechos; sí, aún en los peores momentos me apoyarían”. (GF1, PAR9).

“La familia, cuando aparece algo así, generalmente se convierte en elemento de comprensión y estabilizador del grupo familiar. Sin ese apoyo y comprensión, pienso que una familia, por muy grande que sea, empezarían a aparecer problemas que la desestructuraría y podría llegar a romperse”. (GF2, PAR10).

En algunos de los comentarios también se refleja la preocupación existente de algunas profesionales de enfermería porque cuando sucedan

hechos de las características de los se están tratando en sus discursos, como denuncias, reclamaciones, etc se queden en el entorno profesional y no salgan a relucir fuera de ese ámbito.

Destaca como nota característica el énfasis con que se exponen algunas de los argumentos expuestos por las enfermeras.

Así, salen locuciones como las siguientes:

“Yo ya le tengo dicho a mi supervisora, que en caso de que alguien me pusiera alguna vez una reclamación, que me lo diga a puerta cerrada, porque tiene que ser así, que luego se empieza a enterar todo el mundo, se tergiversan las cosas y al final algo que puede ser banal, acaba cogiendo un tamaño significativo, que si el chismorreo corre por el hospital, que si se entera hasta tu familia, ...”. (GF1, PAR8).

“Aquellas cuestiones relacionadas con demandas, denuncias, errores, negligencias y hechos parecidos, debería mantenerse estrictamente en el ámbito del hospital y no darle publicidad ninguna, porque luego puede que estos hechos se queden en nada y se haya hecho un daño innecesario a personas como nuestra mujer e hijos, amigos,..”. (GF3, PAR7).

En algunas expresiones, como las reseñadas con anterioridad, vemos como se tiende a proteger el entorno familiar de los posibles efectos negativos que, en caso de manifestarse, pudieran tener algunos de los actos y acciones que se realizan durante el ejercicio profesional enfermero.

Hasta este momento hemos reflejado los puntos de visión más impactantes, que tienen las enfermeras participantes en los grupos focales. No obstante, dentro de este contexto aparece reflejado el desgaste emocional que este tipo de cuestiones pueden llegar a causar, tanto en los profesionales sanitarios como en sus familiares más directos.

Así, en los diferentes discursos salen frases como las siguientes:

“Este tipo de cuestiones, sobre todo si perduran en el tiempo, pueden afectar no sólo a la actividad profesional de una enfermera, sino que le puede llegar a afectar personalmente como persona y también a su entorno familiar más próximo, y es más, estoy segura que, junto a las preocupaciones que se manifiesten, puede haber también un desgaste psicológico y emocional importantes”. (GF1, PAR6).

“Esto es hablar por no callar, pero en caso hipotético, de que a mí me pasara algo así, pienso que evidentemente, el que se tengas que estar pendiente de un problema legal y si se resuelve a tu favor o no, todo esto me afectaría no sólo en el terreno profesional, sino que también me podría afectar en otras esferas como mi vida familiar (silencio), no sé, quizás también me afectaría en la esfera psicológica”. (GF2, PAR5).

“En ocasiones, nada más que pensemos durante un tiempo en la posibilidad de que nos veamos afectadas por un caso de estos, y ya te entran ganas de dejar todo este trabajo, no seguir y buscar otro con menos presión”. (GF3, PAR4).

Una última connotación que puede apreciarse en los argumentos facilitados por las enfermeras dentro de esta subcategoría viene constituida por las posibles dificultades de comunicación que podrían aparecer.

Así:

“A mí me gustaría decir que, cuando se habla de de estos temas no se tienen en cuenta los problemas de comunicación que, además, se podrían darse. Pero no problemas causados por los medios de comunicación, que eso ya lo hemos tratado con anterioridad, si no los

problemas de falta de comunicación, de entendimiento, de hablar uno con los demás y saber explicar lo que ha pasado y decir como está. Todo esto es muy importante, y muchas veces, no se tiene en cuenta”. (GF2, PAR8).

A continuación, aparecen comentarios que sirven para ratificar la anterior argumentación:

“Sí, es verdad lo que ha dicho...”. (GF2, PAR1).

“Desde luego que podría darse esa falta de comunicación, ¿cómo no?”. (GF2, PAR7).

EL ENTORNO SOCIAL.

El entorno social aparece como otra de las subcategorías que conforman esta dimensión.

Los diferentes argumentos, aunque escasos, que van a mediar durante el tratamiento que se le otorga a la afectación del entorno social cuando surge un problema de responsabilidad civil extracontractual en profesionales de enfermería, van a estar centrados en dos aspectos fundamentales.

Por un lado, surgen problemas centrados en los miedos e inseguridades que pueden mostrar las enfermeras afectadas por algunas de estas cuestiones legales, en relación con su entorno social. En este sentido, hay comentarios como:

“Claro que tu entorno social se ve también afectado. Hay miedos a los que dirán, a los no saludos, al rechazo, a cosas que pueden aparecer cuando a una se le demanda por alguna razón, aunque esta demanda luego sea rechazada”. (GF1, PAR3).

“Yo, particularmente, tendría miedo a perder a mis amigos, a su incompreensión si alguna vez me pasara un episodio de estos”. (GF2, PAR6).

Un segundo aspecto relevante se refiere a la dificultad de comunicación que podría surgir y, a ella, se vuelve a hacer referencia y en el mismo sentido que en el anterior epígrafe.

“Como ya comente con anterioridad, aquí también me gustaría añadir las dificultades de comunicación que podrían existir y que en ocasiones no se solucionan no porque no queramos, si no porque no sabemos cómo hacerlo y los problemas van agrandándose más y más,...”. (GF2, PAR8).

Finalizar los comentarios realizados dentro del contexto de esta subcategoría, subrayando la necesidad que tendrían algunas de las enfermeras de ser sobreprotegidas por su entorno más próximo, en caso hipotético de materializarse algunas de las cuestiones legales de las que se están haciendo referencia.

Así:

“Si me viera afectada por un problema de estos, tendría la necesidad de ser arropada por quienes me rodean, mi novio, mis padres, mis amigas, y sentirme más querida que nunca, porque es verdad que cuando surge un problema legal de estos, en ocasiones tendemos a arrinconar a la gente y a obviarla, como si ese problema no fuera con nosotras”. (GF1, PAR7).

“Yo opino igual que ella, hay que ver que se tiene un problema y, para afrontarlo adecuadamente una necesita saber que la gente que tiene a su alrededor la comprende, la apoya y le da la ayuda que necesita”. (GF1, PAR9).

5.3.7 Referentes laborales y responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Hemos de iniciar los resultados que van a caracterizar esta dimensión, haciendo referencia a parte del texto que conforma la introducción de esta tesis.

El texto al que nos referimos contiene el siguiente comentario: *“el paciente ha experimentado un más que notable cambio en su relación con los profesionales sanitarios, pasando de ser un sujeto pasivo sometido a las órdenes de éstos, a ser titular de una cascada de derechos frente al ejercicio de la actividad sanitaria”*.

Este nuevo marco sanitario resulta propicio para que los sujetos acreedores de una asistencia sanitaria efectiva, eficiente, de calidad y regulada en nuestro Ordenamiento Jurídico a través de diversas disposiciones legales, interpongan todas aquellas demandas que sean necesarias, buscando un determinado resarcimiento frente a determinados actos que, realizados por profesionales sanitarios, les hayan podido causar un daño o lesión.

En el mismo texto que nos sirve de introducción ya dejamos entrever que las profesionales de enfermería no son ajenas a la interposición de esas demandas.

Cuando se planteó durante la celebración de los grupos focales que se tratara la responsabilidad civil extracontractual relacionándola específicamente con su entorno laboral, las enfermeras participantes disgregaron sus argumentos respecto a esta cuestión.

Es necesario indicar, que la moderadora de los grupos focales, insistió reiteradamente, que había que tratar esas cuestiones relacionadas con la el binomio Responsabilidad Civil Extracontractual

Enfermera/entorno laboral, y que no se plantearan cuestiones que, a priori, no formaban parte de esta investigación.

No obstante, surgieron argumentos que, en menor medida, se centraron en relacionar el entorno laboral con la RCEE, como:

“Hoy en día, hagamos lo que hagamos, podemos ser demandados judicialmente por los enfermos o por sus familiares, buscando que nos condenen bajo el pretexto de haberles causado un daño cualquiera y con la intención de obtener una indemnización, en ocasiones, resulta muy difícil explicarles que lo que le vamos a hacer no tiene la intención de casarles ese daño, pero bueno ellos tienen derecho a demandarnos y nosotras a defendernos cueste lo que cueste”. (GF1, PAR4).

“Es triste ver la facilidad que se tiene para poder demandarnos por todo lo que quieran, con la única finalidad de sacar dinero”. (GF2, PAR9).

“Sí conozco demandas de responsabilidad civil puestas a enfermeras, por lo que suelo leer algunas revistas sanitarias. Pero la mayoría de las enfermeras demandadas son absueltas. Por lo que he ido leyendo durante todos los años que soy enfermera, hay más condenas a médicos que a enfermeras. Pero bueno, si me gustaría decir que, ahora tenemos que tener en cuenta que no sólo se busca que se indemnice con dinero a alguien, si no que, además, en ocasiones se intenta que vaya a la cárcel y eso me parece más grave”. (GF3, PAR7); y surgieron argumentos que, en mayor medida, se centraron en las siguientes cuestiones señaladas como subcategorías: trabajo enfermero y violencia laboral; riesgos profesionales y enfermería e instituciones sanitarias y RCEE.

TRABAJO ENFERMERO Y VIOLENCIA LABORAL.

Los fenómenos de violencia laboral en el medio laboral enfermero se producen de forma frecuente.

Si bien el fenómeno de la violencia laboral en profesionales sanitarios ha sido ampliamente estudiado en diferentes investigaciones, no podemos sustraernos a mencionar este fenómeno, por cuanto a él se refieren en numerosas ocasiones las enfermeras integrantes de los grupos focales.

Numerosos estudios de este fenómeno reprochable, a los que citamos en nuestro índice bibliográfico, se centran en la violencia laboral valorada desde tres puntos de vista diferentes:

- ✓ 1º. Violencia laboral generada por agentes externos al centro asistencial como podrían ser los pacientes y familiares de los mismos;
- ✓ 2º. Violencia laboral generada entre propios compañeros e igual categoría profesional por cuestiones como los celos o envidia profesional;
- ✓ 3º. Violencia laboral generada entre personal de empresas que guardan una relación jerárquica: mandos superiores o intermedios y correspondiente personal subordinados a ellos; son los comentarios que se realizan, tomando como referencia el primer punto de vista mencionado, los que interesan a nuestra investigación.

Citar, como ejemplo, los siguientes comentarios:

“A mí me dijeron una vez algo parecido a: tú no sabes con quién te la estás jugando, voy a dar parte de ti y voy a demandarte, eres una...”. (GF1, PAR6).

“Yo creo que amenazas, todas las que estamos aquí hemos podido recibir alguna, alguna vez, recuerdo que a mí en una ocasión me gritaron los familiares de un enfermo que me iban a denunciar ante los jueces en plan chulo, porque les dije que yo no podía ir a su casa mañana y tarde, que para eso estaban otros servicios asistenciales, en fin que se está llegando a los límites del todo vale y nosotras estamos aquí para hacer lo que todos digan y no lo que una como profesional de la enfermería que es, tenga que hacer”. (GF2, PAR7).

Dentro de ese contexto de fenómenos de violencia generada en el entorno profesional enfermero, observamos como la responsabilidad civil extracontractual se convierte, vagamente, en un implícito para los que generan dichos episodios de violencia.

“Desde luego que sí nos amenazan con denunciarnos y, desde luego que a veces lo hacen, pero estoy convencida de que la intención final es obtener dinero a costa de todo, lo intentan para intentar el máximo beneficio posible aunque esas denuncias sean falsas”. (GF1, PAR3).

“Mirad, a mí lo que realmente me preocupa no es que vayan a un juzgado y nos pongan una demanda con el fin de obtener dinerito de nuestro seguro de responsabilidad civil o del seguro de responsabilidad civil del Servicio Murciano de Salud, que también me preocupa, pero ante eso nadie estamos libres, si hay que ir al juzgado se irá y ya está; lo que si me preocupa es el tono amenazante y desafiante con el que muchas veces nos dicen eso de que sepas que de aquí me voy al juzgado, señalándote con un dedo o gritándote. No sé, si lo veis así”. (GF3, PAR4).

Como se puede observar, conforme a los discursos generados y argumentados por las enfermeras por las enfermeras que integran nuestros grupos focales, resulta importante no obviar los diferentes contextos de violencia laboral previos, en los que puede encuadrarse una determinada solicitud de responsabilidad civil extracontractual con ocasión de un hipotético daño o lesión causada por una enfermera en su trabajo asistencial.

RIESGOS PROFESIONALES Y ENFERMERÍA.

Esta subcategoría en cuestión, aparece en un contexto argumentativo en donde son las profesionales de enfermería las que sintiéndose perjudicadas por determinados hechos, que les haya podido causar un daño o lesión con ocasión del trabajo asistencial realizado, interponen una demanda ante el órgano judicial correspondiente.

El debate que surge respecto a esta cuestión resulta interesante aún cuando no esté centrado en algunos de los objetivos propuestos para esta investigación.

Es de resaltar que los diversos comentarios generados en los grupos focales, no se realizan siempre en el mismo sentido. Así, en el seno de los discursos se pueden apreciar distintas singularidades que, principalmente, se alinean sobre dos caracteres:

- Las enfermeras que participan en los grupos focales, discrepan respecto al órgano jurisdiccional competente donde tiene que presentarse la demanda, en caso de producirse un daño o lesión con ocasión del trabajo realizado.

Sirvan como ejemplos, las siguientes aseveraciones:

“Veamos, en caso de que se tuviera que demandar al hospital por incumplir la Ley de Riesgos Laborales, supongo que mi abogado pondría un contencioso administrativo”. (GF1, PAR2).

“Pues si yo tuviera una lesión porque no se cumple correctamente las normas de prevención, la demanda la pondría en un juzgado civil”. (GF1, PAR5).

- La desigualdad en la distribución de los recursos también se hace acreedora de las siguientes reflexiones:

“En ciertas ocasiones, piensas lo fácil que sería demandar a nuestros coordinadores por la mala planificación que realizan al distribuir el material que, se supone que va a protegernos frente a determinadas enfermedades. Así, hay servicios muy bien equipados como la UCI y yo que estoy en urgencias, a veces, tengo dificultades para encontrar, por ejemplo, guantes adecuados para mi alergia al látex, y eso que mi supervisora lo sabe, en fin que...”. (GF3, PAR4).

“Resulta triste que tengas que irte a los sindicatos y que estos amenacen a la dirección del hospital con demandarles, porque no se nos proporcionan recursos materiales suficientes y adecuados para protegernos frente a los riesgos biológicos que hay en un servicio como el de urgencias. Si ellos trabajaran aquí, ya veríamos como iban a actuar”. (GF3, PAR8).

Vemos como la preocupación sobre estas cuestiones que muestran las enfermeras de los grupos focales es importante. A este respecto, hemos de indicar que:

- ✓ En los distintos grupos de enfermeras se observa la importancia que se le adjudica a la disponibilidad de los diversos equipos de protección.

- ✓ En los discursos, también se trata, el tema de las consecuencias que las limitaciones de tales recursos pueda conllevar.

INSTITUCIONES SANITARIAS Y RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL ENFERMERA.

Esta subcategoría surge de forma casual dentro del tratamiento que se le ha dado a esta dimensión.

Los problemas que se identifican en esta subcategoría van a caracterizarse por tener una valoración eminentemente negativa. Así, las diferentes opiniones que se muestran tienden a converger respecto a la valoración que se le otorga.

Estos problemas están conformados por aquellos comentarios que van a responsabilizar a las instituciones sanitarias como causa fundamental del incremento del número de demandas de responsabilidad civil extracontractual que, actualmente, soportan las profesionales de enfermería.

De esta manera, la principal característica que vendría a definir la presencia de demandas por responsabilidad civil extracontractual a profesionales de enfermería es el efecto que las limitaciones de recursos, tanto humanos como materiales, tiene entre la población desde el punto de vista asistencial.

Ejemplos que reflejan lo anteriormente especificado son los siguientes:

“Tengo constancia del intento de demandar a un compañero de atención primaria por parte del familiar de un enfermo que llevaba tiempo curándose con un fármaco concreto y, de la noche a la mañana, desde la gerencia se decidió que ese fármaco ya no se iba a proporcionar más, y el familiar del enfermo intentó responsabilizar a nuestro compañero”. (GF1, PAR7).

“Ponerme una demanda, lo que es demandarme no lo hicieron, aunque amenazaron con ello, pero un grupo de enfermos presentaron una reclamación contra mí porque llevaban bastante tiempo esperando en urgencia a ser vistos por los médicos. Y eso, que les explico a todos, cuando les realizo el triage, que soy enfermera, que lo que se le va a hacer es un triage y, cuando van a salir del box de triage, les digo que el médico ya les llamará por megafonía en función de la gravedad de la patología que presenten...”. (GF2, PAR6).

En general, se responsabiliza a las enfermeras como sujetas responsables de una situación en la que, a priori, son elementos perjudicados tanto por la escasez de recursos humanos, como por la escasez de recursos materiales que pueda surgir.

No obstante, en este contexto también se realizan comentarios críticos contra el personal directivo de las instituciones sanitarias para hacerlos responsables de las limitaciones de recursos señaladas y que podrían, en un momento u otro, afectar legalmente al personal de enfermería.

Así, surgen comentarios del tipo:

“... y esto está así porque sólo saben manejar el dinero y ahorrar a costa de la salud de quienes, se supone, que necesitan de nuestra asistencia, pero cerrando quirófanos, cerrando plantas, contratando menos personal, y luego (silencio), que nosotras somos las que damos la cara y, por tanto, a las que nos van a demandar porque a los otros, a los que han recortado la disponibilidad de recursos, a esos ni los conocen ni tienen intención de hacerlo”. (GF2, PAR9).

CAPÍTULO VI.
DISCUSIÓN.

Esta investigación plantea un problema que las enfermeras afrontamos en el día a día de nuestro ejercicio profesional: la responsabilidad civil extracontractual.

En una primera fase, el estudio que hemos realizado se centra fundamentalmente en una revisión bibliográfica que nos ha ayudado a conformar el contexto teórico de esta investigación.

En una segunda fase, durante el proceso empírico realizado, hemos procedido a estudiar las variables que desde el punto de vista de las enfermeras que han conformado los diferentes grupos focales se asocian a la percepción de la figura legal especificada con anterioridad.

A través de esa percepción se ha ido precisando la importancia que actualmente tiene esta figura legal en el desarrollo de la actividad profesional enfermera, a la vez que se ha procedido a su análisis.

Para desarrollar este capítulo partimos de un principio básico, y no es otro que profundizar de forma pormenorizada en la valoración de los objetivos e hipótesis expuestos en el Capítulo III de esta tesis, respecto a los diferentes resultados que hemos ido exponiendo durante el capítulo anterior.

Con el fin de realizar un acercamiento a la proposición anteriormente descrita, hemos de realizar unas consideraciones iniciales:

1º. Señalar sucintamente una primera consideración para hacer una reseña al uso de algunos “tópicos” durante el discurso generado en los grupos focales por sus participantes.

Es más, algunos de los tópicos que sobresalen, en el contexto en que estamos desarrollando nuestra investigación, podrían considerarse como un prejuicio, entendiéndose este último como un juicio emitido por una persona con cierta actitud hostil frente a un objeto (la responsabilidad civil extracontractual), debido a la falta de formación o información que tiene sobre ese objeto.

Así, un prejuicio según Rodríguez (1996), en Díaz (2002), *se consideraría una actitud al tener los tres componentes de ésta:*

- ✓ *Componente cognitivo (se piensa mal de algo o alguien),*
- ✓ *Afectivo (provoca desprecio, desagrado o miedo),*
- ✓ *Conductual (produce reacciones hostiles contra el objeto o sujeto).*

De este modo, la responsabilidad civil extracontractual, durante el discurso de las enfermeras que componen los grupos focales, se muestra como una encrucijada de opiniones, acciones, sentimientos, creencias y actitudes.

Dentro de este contexto, si bien se denota un marcado interés por la figura legal objeto de nuestra investigación, a la vez, surge una apostada desinhibición narrativa durante el discurso realizado por las enfermeras que han integrado estos grupos, al acudir a numerosos tópicos que quedarían conformados dentro de la representación social que se tiene de esta figura legal.

Ejemplos de estos tópicos son las siguientes frases acuñadas por algunas de nuestras participantes en los grupos focales:

- ❖ *“Algunos médicos y todas las guerras despueblan la tierra”. (GF1, PAR5);*
- ❖ *“Lo que los médicos yerran, la tierra lo entierra”. (GF2, PAR3);*
- ❖ *“En ocasiones, se prefiere un error fértil a un acierto estéril”. (GF3, PAR7).*

Algunos de estos tópicos se han mantenido constantes mediante su repetición.

Para este doctorando, el uso de estos tópicos, pueden ser valorados desde dos puntos de vista: relacionándolo con el momento narrativo en el que se ve circunscrito; o bien, relacionándolo con la representación social que se le intenta adjudicar dentro de esas narraciones.

No obstante, los puntos de vista que hemos señalado convergen en el mismo momento en que son usados durante el discurso ofrecido y nos van a permitir establecer dos hechos interesantes para nuestra investigación:

1. Suponen una estrategia con la finalidad de proporcionar de un mayor contenido las expresiones realizadas y, a la vez,
2. Descubrimos, parafraseando a Cassany (2003), la escasa formación lingüística que, en materia legal, tienen nuestras participantes.

Para finalizar con la apreciación que estamos realizando sobre los tópicos, cabría preguntarse: ¿qué es o qué significa una representación social?

Interrogante que surge al haber establecido como parte integrante e integradora de los discursos, los diferentes tópicos reflejados y basados en la percepción que, sobre la responsabilidad civil extracontractual, vivencian un conjunto de enfermeras.

Cabe decir que numerosos investigadores han descrito y estudiado este término dentro de las diversas ramas que componen la Psicología como ciencia.

Así, para Moscovici, en Moviñas (1994), las representaciones sociales son *un marco de trabajo para la investigación de opiniones, actitudes y estereotipos*.

Para Jodelet, en Moscovici (1986), las representaciones sociales son *imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar*

un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver...formas de conocimiento social que permiten interpretar la realidad cotidiana... un conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual...

No obstante, para dar término a esta primera consideración, sirvan las palabras que Maca y Echeverri (2006) suscriben sobre las representaciones sociales, en el sentido de que éstas son *formas de conocimiento que permiten al sujeto o al grupo apropiarse de un conocimiento externo a su cotidianidad.*

2°. La siguiente consideración es significar el estudio que hemos realizado con la finalidad de sustentar el material que conforma el marco teórico de esta investigación.

Este estudio de revisión bibliográfica y documental ha ido encaminado a profundizar en el conocimiento de la responsabilidad civil extracontractual y, de forma conexas, la responsabilidad civil extracontractual enfermera.

En un primer momento, el impacto de esta figura fue explorado desde punto de vista histórico, filosófico y normativo.

Durante esta fase de la investigación y, como ya adujimos en los antecedentes al tratar el estado de la cuestión (epígrafe 1.4), esta figura legal ha sido investigada desde diversos ámbitos profesionales, destacando los estudios realizados por San Julián (2003), que enlazan la responsabilidad civil con el ámbito escolar y Fanjul (2011), que investiga a la responsabilidad civil con la actividad del profesorado no universitario.

Estos estudios, tanto en las formas como en el fondo con el que se tratan las diferentes circunstancias a que se refieren, se muestran

similares respecto a las causas que pueden generar el ejercicio de petición de responsabilidad civil en el desempeño de la actividad profesional enfermera.

En el ámbito estrictamente sanitario es sobresaliente la producción de estudios hallados, aunque hemos constatado que una gran parte de las investigaciones realizadas se han ceñido a la responsabilidad civil médica bajo diversos puntos de vista. Entre esta extensa producción científica podemos señalar la investigación desarrollada por Medina (2001), sobre formación, asistencia y responsabilidad médica o el estudio realizado por Jerez y Pérez (2005), sobre la responsabilidad civil médico-sanitaria en el Ordenamiento Jurídico español.

Respecto al ámbito profesional enfermero, aunque la búsqueda bibliográfica realizada para esta investigación ha sido profusa, se ha evidenciado que una gran parte de la información generada sobre la responsabilidad civil extracontractual se incluye de forma anecdótica dentro de diferentes publicaciones cuyo argumento principal queda establecido bajo la acepción de Ética, Deontología y Legislación enfermera.

No obstante, existe un estudio realizado por Rodríguez (2010), cuyos datos tienen cierta relevancia para la investigación que estamos realizando.

Este estudio nos adelanta la creciente preocupación del colectivo enfermero por los aspectos jurídicos que conlleva el ejercicio profesional de la enfermería. A la vez, incide en la escasa formación en cuestiones legales y en el desarrollo del ejercicio profesional de nuestra profesión con cierta inseguridad, fruto todo ello de la insuficiente formación legal recibida.

Además, nuestra búsqueda bibliográfica la hemos extendido hacia los diferentes programas que incluyen formación sobre legislación

enfermera con sus diversas denominaciones que se incluye en los estudios de pregrado en Enfermería.

Esta revisión sistemática de los programas se ha realizado con los datos obtenidos de las diferentes páginas Web universitarias y están referidas al curso 2014/15.

En esta búsqueda, que han abarcado todas las Universidades, tanto públicas como privadas, así como centros adscritos a estas en los que se oferta el Grado en Enfermería dentro de sus estudios. Hemos podido observar que el tema de la responsabilidad civil enfermera, principalmente, viene caracterizado, por:

- Ser prácticamente nula su existencia, siendo un insuficiente esbozo que viene a enmarcarse bajo el epígrafe general de responsabilidad profesional enfermera.

- Inexistencia de una uniformidad general en el momento de englobar el estudio de las cuestiones legales, y no sólo normativas, bajo un denominador común. Así, resulta paradójico que estas cuestiones se encuadren dentro de asignaturas cuya denominación es Historia, Fundamentos teóricos y Bases éticas de la Enfermería o Historia y Ética de la Enfermería.

- La paradoja anterior también puede ser extendida al hecho de no ser incluido el estudio de la responsabilidad civil, como tal, en algunas de las asignaturas de elección obligatoria en todos los planes de estudio que la contiene. En alguno de estos planes de estudio su elección puede ser optativa.

- No existir, en algunos de los programas formativos de los diferentes planes de estudios para alcanzar la titulación de Grado en Enfermería.

Constatar que lo anteriormente señalado contrasta con lo reflejado en el Libro Blanco de la Enfermería (1998), donde en su apartado IV de

competencias específicas se esgrimen como uno de los conocimientos relevantes y competencias cognitivas, a adquirir por las futuras profesionales de enfermería, los relativos a la aplicación de la ética, legislación y humanidades.

Es cierto que esta misma publicación de la Agencia Nacional de Evaluación y Acreditación (ANECA) especifica que el número total de créditos ETCS destinados a la formación en estas competencias será de 10, no señalando de forma exacta que créditos debiera dedicarse a cada uno de los aspectos señalados.

6.1. DISCUSIÓN RELATIVA A LOS RESULTADOS

Comenzar afirmando que, si bien los resultados hallados durante el periodo de estudio no han sido descritos con la voluntad de que sean definitivos, estos mismos resultados nos aportan la imagen que sobre la responsabilidad civil extracontractual poseen las enfermeras que han participado en los diferentes grupos focales desarrollados durante el proceso empírico realizado a lo largo del periodo de investigación.

En este sentido, el discurso de los grupos focales realizados durante este periodo va a ayudar a complementar los diferentes datos que se obtuvieron durante el proceso de búsqueda bibliográfica y documental.

Conviene señalar que, en un principio, el discurso que nos ofrecen es algo tímido y sosegado, pero conforme van cogiendo confianza empiezan a liberarse de la tensión que puede causar el ser partícipe de un grupo focal y dejan de ser más que meras espectadoras y se posicionan como sujetos activos ante las diversas situaciones que van planteándose.

En líneas generales, podemos destacar que los diferentes resultados de la investigación van más allá de presentar una mera preocupación de las profesionales participantes ante la responsabilidad civil extracontractual y resulta interesante evidenciar como se han posicionado ante las situaciones en que pudiera verse afectadas por esta figura jurídica.

La valiosa información que nos han ido facilitando estos grupos de enfermeras, tanto explícita como implícitamente, junto con el material bibliográfico y documental obtenido, es lo que nos va a permitir realizar la oportuna valoración del grado de cumplimiento los diferentes objetivos e hipótesis propuestas.

6.1.1. Discusión relacionada con el objetivo 1.

El primer objetivo de la presente tesis trata de identificar las dificultades que los profesionales de enfermería de las Áreas de salud II y VIII de la Región de Murcia tienen para afrontar las situaciones de la práctica clínica relacionadas con la RCE.

En este punto, el acercamiento inicial debemos de hacerlo desde un punto de vista conceptual, pues se hace necesario indicar que si bien los términos de responsabilidad civil y de responsabilidad civil extracontractual tienen un significado preciso y determinado, observamos la dificultad que hay para definir ambos conceptos.

También hemos observado que, a pesar de esa dificultad para expresar un significado concreto de estas figuras jurídicas, no se minusvalora su importancia frente a la actividad asistencial de las profesionales de enfermería.

En el relato que se presenta durante el discurso, en ocasiones, relucen situaciones que van más allá de la realidad concreta y, respecto a la confrontación que pudiera surgir entre práctica clínica y responsabilidad civil extracontractual, hay actitudes descritas que abarcan más de una de las dimensiones señaladas durante los resultados.

Estos posicionamientos adoptados por las enfermeras participantes en los grupos focales, lejos de ser un planteamiento que a priori pudiera ser considerado como erróneo, nos hacen ver la complejidad que rodea el fenómeno de nuestra investigación.

Así, si en un primer momento pudiéramos pensar que las dificultades que se presentan sólo se deben a la inequívoca falta de formación sobre cuestiones de índole legal, tras una lectura pormenorizada de las distintas narraciones vemos como se traspasa la barrera formativa y se centran en otros aspectos más concretos como es la predisposición a delegar la presunta culpabilidad que pudiera tenerse

en otros sujetos o a la mala organización del trabajo enfermero dentro de las diferentes unidades asistenciales.

En este sentido, constatamos lo que se puede calificarse como efectos negativos de la responsabilidad civil extracontractual, en el que una perturbación (por ejemplo, amenaza de presentar una demanda judicial) puede desorganizar el entorno (ambiente laboral, personal y/o social) en el que se circunscribe la persona afectada.

No obstante, también se generan durante el discurso situaciones que podrían ser calificadas de afrontamiento ineficaz, de vía de escape frente al impacto que puede tener a nivel profesional y personal la exigencia de responsabilidad civil mediante la presentación de una demanda judicial.

Ante la presentación de una demanda judicial por la vía civil se plantea cierta inhibición por parte de las profesionales de enfermería para tratar de eludir esta responsabilidad y hacer responsables o, en su caso corresponsables a otros: directivos, propia Administración,...; situaciones estas, que expresan cierto rechazo explícito a la responsabilidad civil extracontractual.

En realidad, los diferentes razonamientos que emergen dentro de los grupos focales confluyen en considerar la RCE como elemento generador de tensión dentro de la actividad profesional que desempeñan las enfermeras: estamos ante un elemento podría ser considerado como estresor en el desempeño de la actividad profesional enfermera.

El problema surge cuando no se sabe afrontar correctamente estos episodios de tensión y dejamos que nos afecte a nivel profesional, individual, familiar y social.

Así, la responsabilidad civil extracontractual se percibe a lo largo del discurso como un elemento nuevo, aunque no desconocido, generador de estrés.

En este sentido, cabe decir que un estudio de Ribera y Cartagena (1993), ya evidencia como estresores laborales de las enfermeras hechos tales como:

- ✓ Los pacientes que cuestionan la preparación, competencia o profesionalidad.
- ✓ La falta de educación continuada al personal sanitario.
- ✓ La excesiva responsabilidad de mi trabajo.
- ✓ Que me amenacen con denunciarme.
- ✓ Llevarme los problemas del trabajo a casa.

Como hemos podido ver, en los diferentes fragmentos de los discursos aportados durante el capítulo anterior, estos hechos y otros similares son sobradamente conocidos por nuestras participantes.

Ahora bien, las preguntas que pueden hacernos reflexionar ante los diferentes acontecimientos que se constatan y que, a su vez, sirven para centrar la discusión sobre este primer objetivo planteado son: por un lado, ¿saben las enfermeras participantes en los grupos focales discernir, sobre las dificultades que puedan tener para afrontar situaciones tales, como las descritas anteriormente?; por otro lado, ¿saben afrontar las enfermeras de nuestra investigación estas situaciones?; si es así, este afrontamiento, ¿es eficaz?

Antes de entrar a cuestionar los anteriores interrogantes, es preciso aclarar a qué nos referimos cuando planteamos el término afrontamiento.

Este es un término que ha sido acuñado por diversos autores.

Así, para Weissman y Worden (1977), en Soriano (2002), *afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio.*

Para Lazarus y Folkman (1986), en Porres (2012), el afrontamiento engloba *todos los esfuerzos cognitivos y conductuales que*

realiza la persona para controlar las condiciones estresantes o amenazantes del entorno, para así disminuir el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas.

Siguiendo a Soriano (2002), el afrontamiento por tanto: *a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive...*

Especificado lo anterior, como réplica a los interrogantes anteriormente planteados, cabe decir que del discurso ofrecido en los grupos focales se desprende:

1. Las profesionales de enfermería que han intervenido en los diferentes grupos focales realizados, si saben identificar estas situaciones y de hecho las describen como tales.

2. Cuestión distinta es la de saber si además de realizar las descripciones de esas situaciones, éstas se afrontan eficazmente.

El afrontamiento de las enfermeras ante esta nueva situación dada, debe realizarse de la forma más efectiva de tal manera que, los efectos que puedan surgir se aminoren en la medida de lo posible, por lo que si no se sabe afrontar de forma eficaz, es cuando los efectos perjudiciales para los individuos empiezan a relucir.

Sabemos que no existe un consenso sobre cuáles son los elementos básicos a adoptar cuando se pretenden evaluar las diferentes estrategias de afrontamiento, hecho éste que ya constató Soriano (2002), por lo que para nuestra investigación, resulta más conveniente relacionar la valoración del cumplimiento de este objetivo con el grado de resistencia profesional que tienen las enfermeras de nuestro estudio.

En este punto, hemos de decir que cuando hablamos de resistencia profesional, y siendo conceptuada como uno de los tres aspectos

presentes en la motivación profesional según London y Mane (1997), nos estamos refiriendo al *grado en que las personas son capaces de hacer frente a los problemas que afectan a su trabajo*.

Una vez valorado todo el discurso que se ha generado en los tres grupos focales, se desprende que las enfermeras participantes poseen una resistencia profesional media o alta, es decir, a lo largo de los hechos narrados vemos como éstas, en términos generales, son capaces de acomodarse fácilmente ante las eventualidades que se les presentan.

No obstante, siendo este aspecto una cuestión claramente heterogénea, la situación que nos presenta el discurso de las enfermeras es mejorable, postura que se advierte durante el realce narrativo de la formación en esta figura jurídica.

Por lo demás, resumiendo todo lo comentado, en el estudio que presentamos este ejercicio de acomodación sobresale en:

➤ Por un lado, en el grado de interés que manifiestan nuestras participantes, en el hecho mismo de reconocer la responsabilidad civil extracontractual como evento característico e implícito de la responsabilidad profesional enfermera.

➤ En las diferentes manifestaciones realizadas durante el discurso de los grupos focales, en el sentido de significar las influencias negativas tanto en el terreno personal, laboral y social, que puede conllevar la materialización en el ámbito laboral de alguna cuestión relacionada con esta figura jurídica.

Como comentario final a este punto, añadir lo que Matumoto et al. (2011), opinan sobre la práctica clínica de los profesionales de enfermería, en el sentido de que *explorar la práctica clínica de los enfermeros como objeto de estudio nos lleva al campo de las instituciones, al modo como la sociedad define y reconoce lo que es la*

enfermería, como debe de ser su práctica, instituyendo normas y reglas de funcionamiento.

6.1.2. Discusión relacionada con el objetivo 2.

El segundo objetivo de la tesis trata de describir roles y actitudes ante posibles consecuencias emanadas de este tipo de responsabilidad civil.

Con el planteamiento de este objetivo, pretendemos destacar la importancia que tiene una comprensión certera de los posibles factores que influyen en la adquisición de determinados roles y la actitud o actitudes que presentan las profesionales de enfermería cuando se materializa una cuestión relacionada con la responsabilidad civil.

Antes de entrar a discutir el cumplimiento o no de este objetivo, conviene recordar que los aspectos que vienen a caracterizar este objetivo, rol y actitud, han sido desarrollados extensamente dentro del campo de la Psicología Social. Pero cuando hacemos mención a algunos de estos aspectos, ¿a qué nos estamos refiriendo?

Para contestar el interrogante que hemos planteado, necesariamente hemos de definir rol y actitud.

Así, tomando a Bee (1987), el rol puede conceptuarse como *un conjunto de normas sociales integradas. Se espera de una persona que realiza un papel, que se comporte de manera particular y que presente ciertas cualidades*, aunque, desde el punto de vista teórico de nuestra investigación, interesa conceptuar, cual es el rol de una profesional de enfermería y que roles básicos pueden asumir.

Para dar un significado a lo que es rol dentro de un contexto organizacional como lo es un centro sanitario, debemos utilizar una de las conceptualizaciones más aceptadas.

Así, para González (1989), en Sancerni et al (1990), rol es *un conjunto de expectativas acerca de las conductas que debe desempeñar la persona que ocupa un determinado puesto de trabajo*.

Para Forero (2012), el rol de una profesional de enfermería lo compone el *conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores, que la sociedad espera de estas profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas del individuo, sin obviar la atención a la familia y a la comunidad.*

Mendes y Almeida (2009), opinan que en el campo de la disciplina enfermera es Callista Roy quien significa la importancia del concepto de rol al proponer teóricamente su modelo de adaptación.

Como ya expusimos en el epígrafe 1.3 de esta tesis, los roles consustanciales a la profesión enfermera son: el rol asistencial, el rol investigador, el rol gerencial o administrativo y el rol docente.

Según estas mismas autoras, y haciendo mención al reto que las profesionales de enfermería tenemos actualmente frente a la profusión de los roles que debemos desempeñar, *la práctica de la disciplina enfermera se está tornando más diversa y las fronteras de la experiencia inter e intraprofesional son difusas..., con relación a la educación y formación adecuada en estos nuevos roles profesionales.*

En resumen, que como bien especifica Gruart (1996), *son muchos los roles que se exigen a las enfermeras. Están los que el paciente considera necesario para afrontar un problema, tal y como él lo ve, los que la sociedad y según grupos económicos creen que deberíamos asumir, los que nos gustaría a nosotros desempeñar y los que los manuales sobre adaptación profesional señalan tradicionalmente como pautas de conducta que establecen roles enfermeros.*

Acerca del segundo de los aspectos que habíamos mencionado con anterioridad, la actitud, según Salazar, Montero et al (1979), *las*

actitudes son tendencias o predisposiciones para evaluar objetos de manera positiva o negativa.

Respecto al tratamiento subjetivo que tienen los aspectos señalados, roles y actitudes relacionados con la responsabilidad civil, con los grupos focales realizados se demuestra la sensibilidad que genera este tema entre las componentes de los grupos.

Además, en las distintas narraciones que emergen de estos grupos se aprecia como aparecen de forma latente connotaciones relacionadas con la responsabilidad civil.

Los roles que predominan en el discurso generado durante la celebración de los diferentes grupos focales son: el rol asistencial, el rol clínico, el rol percibido, el rol esperado, el rol social, el rol prescrito y el rol educador.

Entre los roles anteriormente indicados, a lo largo de los diferentes discursos ofrecidos, sobresalen de forma preeminente el rol asistencial y el rol clínico, siendo uno de los aspectos que más preocupan a las enfermeras participantes en nuestros grupos focales qué tipo de estrategias utilizar en el ejercicio de estos roles para tratar de solventar algún conflicto que surja relacionado con la RCE.

Señalados estos roles, ahora resulta interesante para la investigación que estamos desarrollando, los factores que han sido constatados en el discurso ofrecido en nuestros grupos focales y que afectan en mayor o menor grado al rol profesional de enfermería desde el punto de vista organizacional.

Estos factores son:

✓ **Sobrecarga de rol.** Factor que está caracterizado por una saturación del trabajo que se realiza debido a elementos organizativos. Ejemplo de este factor lo hemos encontrado en las referencias que se

realizan en los grupos focales a la falta de recursos humanos en determinados momentos.

✓ **Ambigüedad de rol.** Este factor se refiere a las complicaciones que pueden aparecer cuando ha de tomarse una decisión, frente a la incertidumbre de las diversas situaciones a las que uno puede enfrentarse.

En la investigación que estamos realizando, la ambigüedad de rol quedaría descrita en el momento en que las profesionales de enfermería que han participado en los grupos focales no tienen la suficiente formación e información sobre las diferentes responsabilidades que deben de asumir, como parte de las atribuciones genéricas de su actividad profesional.

Autores como Fain (1987), en Ribera, Cartagena de la Peña et al (1993), describen la ambigüedad de rol como causa de insatisfacción en el trabajo y/o la profesión.

Ejemplos de este factor aparecen claramente descritos en las distintas narraciones que nos han surtido los grupos focales.

✓ **Conflicto de rol.** Factor, este último, que va correlacionar la escasez de los recursos con la calidad asistencial.

Ejemplos de este factor también aparecen descritos en las narraciones de los grupos focales de nuestro estudio.

Respecto a las actitudes que adoptan las enfermeras participantes en los grupos focales, la nota característica es la predominancia de un imaginario social en el que aun teniendo consciencia de la responsabilidad de uno mismo, esta responsabilidad y las consecuencias que de ella emanan, son difíciles de aceptar y se realiza una delegación de las mismas en otras personas u estamentos.

Así, frente a hechos que uno ha realizado y en los que se aprecia un daño como resultado, aparece la tendencia de querer exonerarse de

motu propio de las consecuencias que pudieran derivarse de esos hechos, mostrándose a la vez una inclinación a querer responsabilizar y culpabilizar a otros frente al carácter ineludible de los mismos.

La otra nota característica que predomina en el discurso de las integrantes de los grupos focales, es el surgimiento de una sensación de miedo, angustia y temor a no saber afrontar de forma adecuada las consecuencias que pueden derivarse, una vez materializada una cuestión de responsabilidad civil.

Finalmente, dentro de este apartado, hemos de mencionar a una situación planteada de manera casi anecdótica y que se refiere también a una actitud adoptada en uno de los momentos narrativos del tercer grupo focal: el fenómeno de la resiliencia.

Con este término, nos referimos a cómo afrontar de forma efectiva las distintas situaciones adversas que intervienen en nuestra vida.

Para Rutter (1987), la resiliencia es un proceso que no elimina los riesgos y las condiciones adversas de vida, sino que permite al individuo manejarlos de modo efectivo.

6.1.3. Discusión relacionada con el objetivo 3.

El tercer objetivo de la tesis trata de conocer la percepción que sobre la responsabilidad civil extracontractual tienen las enfermeras participantes en el estudio.

La percepción que tienen las enfermeras sobre la responsabilidad civil extracontractual, es uno de los puntos más importantes en el estudio que estamos desarrollando, porque va a mostrarnos la pluralidad de sentimientos positivos o negativos, en su caso, que emergen desde los discursos de los grupos focales.

De forma general, la responsabilidad civil extracontractual se ve como un fenómeno que afecta a todo el personal sanitario por igual ante el cual cada uno responde de forma personal por los actos u omisiones que hayan podido hacer cierto daño.

En la forma de expresarse las diferentes participantes se percibe que la visión existente sobre el objeto principal de nuestra investigación no es coincidente.

Así, una parte importante de las participantes percibe la responsabilidad civil extracontractual como una figura legal de características semejantes a la responsabilidad profesional. Es más, en más de una ocasión, en los discursos ofrecidos, ha sido considerada como tal.

Otro aspecto a significar, y que no se puede menoscabar dada su importancia, es cómo se percibe en los diferentes grupos focales la formación sobre esta figura legal.

Cabe decir que cuando se ha tratado los rasgos formativos en esta materia, las diferentes alocuciones de nuestras participantes han sido coincidentes al manifestar la escasa formación que tienen al respecto.

Igual de coincidente, resulta el discurso que se ofrece sobre la oferta formativa que engloba los temas legales:

- Por un lado, se incide en el hecho de la preocupación existente porque la formación a este respecto debe ser general y extensible a todos los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito sanitario.

- Por otro lado, las distintas participantes rubrican un segundo parecer respecto a las cuestiones de formación de temática legal: el contenido de las diferentes actividades formativas que se ofertan, ya sea desde las instituciones de carácter público, ya sea desde las instituciones de carácter privado, en contadas ocasiones se van a centrar específicamente en cuestiones de índole legal.

En la mayor parte de estas actividades existe una complementariedad, donde se comparten cuestiones legales con cuestiones éticas. Este hecho podemos significarlo tomando las palabras que Salomone (2006), dice en el sentido de que *el encuentro entre la dimensión clínica y el campo normativo (jurídico-deontológico) constituye puntos conflictivos que generan dilemas éticos*.

- Dentro de este parecer surge una última cuestión sumatoria a la escasa oferta formativa: se minusvalora la formación en responsabilidad civil y, en nuestro caso, en responsabilidad civil extracontractual, en el momento en que se escapa de esta oferta formativa, la formación específica en esta figura legal y, de hacerse, se hace de forma anecdótica.

Dentro de este epígrafe, también es interesante señalar como se observa desde el discurso de las enfermeras participantes lo que parafraseando a San Julián (2006), denominamos *doble movimiento contradictorio*:

- Por un lado, como ya se expuso durante la introducción de esta tesis, la responsabilidad de los profesionales de enfermería se va

acrecentando hasta suponerles un grave problema, al pasar de lo que originariamente era una relación entre profesional sanitario y sujeto pasivo (enfermo, familia, comunidad) a una relación entre ese profesional sanitario y un sujeto con una cascada de derechos frente a la actividad sanitaria.

- Por otro, se observa una tendencia al acercamiento entre enfermeras y pacientes, fruto de una observancia, quizás casual, de los diferentes preceptos del Código Civil que señalamos en el Capítulo II de esta tesis.

Resaltamos el hecho de la casualidad basándonos en dos motivos específicos: un primer motivo sería el producido por el conocimiento parcial que tienen sobre estos preceptos y, un segundo motivo a exponer es que en el discurso que ofrecen las participantes de los grupos focales, se acrecienta el temor a que se materialice una cuestión de responsabilidad civil y, ante esa situación, emana una respuesta significativa: el acercamiento y el interés que se produce sobre esta figura legal.

También es importante subrayar la respuesta que hay entre las percepciones ante ciertas actitudes que pueden surgir en la población que demanda nuestros cuidados y la conducta que manifiestan las enfermeras ante esas situaciones dadas.

En este sentido, a lo largo de los resultados de esta investigación, se muestra la relación existente entre ciertas conductas negativas generadas por parte de la población (amenazar con interposición de demandas judiciales, maltrato verbal,...) y el hecho unívoco de la responsabilidad civil extracontractual.

Finalmente, dentro de este contexto de las percepciones, también resulta interesante constatar ese halo de cierto pesimismo relacionado con la influencia que ejercen, de forma general, los medios de

comunicación en el momento en que trascienden ciertas noticias relacionadas con la dicotomía profesional sanitario/demanda judicial motivada por un hecho supuestamente negligente.

Ante estas situaciones, la apreciación que tienen las profesionales de enfermería involucradas en nuestra investigación es más bien de negatividad y como tal la expresan.

Así, en las diferentes expresiones manifestadas se significa que, en ciertas ocasiones, los medios de comunicación tienden a desacreditar a profesionales sanitarios mediante sus críticas y opiniones, a veces de manera infundada, al emitirse ciertas noticias sin contar con todos los elementos objetivos que determinen que cierta actuación realizada por un profesional sanitario es, desde el punto de vista legal, imputable y condenable.

Como epílogo de este epígrafe, tomamos algunas de las palabras que Calderón (2002), afirmó:

..., resulta obvio que las repercusiones del contexto social y cultural, afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, sino que, inevitablemente, tiñen el quehacer de los profesionales sanitarios, condicionando su visión de la asistencia, de su profesión, de sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos,...

6.1.4. Discusión relacionada con el objetivo 4.

El cuarto objetivo propuesto en esta tesis está referido a la detección de los factores del entorno laboral, cognitivos y actitudinales que asocian las enfermeras participantes en el estudio con la responsabilidad civil extracontractual.

Ante él, tenemos que considerar un hecho insoslayable: las diferentes conductas que las profesionales de enfermería adoptan y asocian con el ejercicio profesional de la enfermería deben adaptarse a todas aquellas realidades que la sociedad les demanda oportunamente y entre estas realidades sobresale, como bien expusimos durante el capítulo I de esta tesis, el concepto de responsabilidad civil extracontractual.

Si realizamos una primera reflexión sobre este objetivo, cabe decir que en él se van a englobar factores que ya hemos discutido con anterioridad pero que conviene resaltar.

Esta justificación la basamos en que el conocimiento que se tenga de los factores implicados en este objetivo, puede facilitar el posterior desarrollo de actividades dinámicas en el entorno profesional enfermero, que ayuden a prevenir las consecuencias que pudieran emanar, fruto de la materialización en un momento dado de una cuestión sobre responsabilidad civil extracontractual.

En primer lugar, señalar que en los discursos de nuestras participantes se asocian distintos factores del entorno laboral con la responsabilidad civil extracontractual de las enfermeras.

Esta asociación, mediante el consenso que fluye en el discurso de las participantes pone de relieve una visión laboral de cierta inseguridad, donde diferentes factores organizativos y estructurales de las instituciones sanitarias influyen, al menos desde la subjetividad de

nuestras participantes, para que se materialice alguna cuestión de responsabilidad civil extracontractual.

No obstante, procede resaltar los factores principales que, a juicio de las participantes en los grupos focales, podrían hacer que se objetivara una cuestión de estas características:

- Aquellos factores que podríamos adscribir bajo el epíteto de “gestión inadecuada de recursos”, incluyendo la desorganización y ausencia de recursos tanto humanos como materiales.

Frente a esta adversidad, aunque en los discursos de los grupos focales hay una incipiente nota de resignación, la nota principal es la de intentar reclamar ante estos hechos.

- Aquellos otros factores que incluyen la responsabilidad civil en el campo de la dicotomía proceso de cuidados/paciente, familia o comunidad y sus posibles implicaciones legales.

Así, en base a unos requisitos mínimos de regulación legal de la actividad profesional enfermera, cualquier acto negligente cometido desde la culpa, se sanciona no sólo desde el punto de vista civil, sino también desde el económico, moral y ético e, incluso en ocasiones, desde el punto de vista penal.

Una segunda reflexión que hemos de realizar es la presencia de factores cognitivos que nuestras protagonistas de los grupos focales asocian a la RCE.

A través de esta proposición, tratamos de comprender cuál es el conocimiento que las enfermeras tienen sobre a figura legal a estudio.

Además, en los discursos generados durante los grupos focales celebrados sobresale una cuestión inapelable: las enfermeras necesitan formarse y comprender esta figura legal.

Frente a esa falta de comprensión sobrevenida por la escasa formación que tienen sobre la misma, nos interesa conocer cuáles son las

estrategias de afrontamiento conductual y cognitivo que dejan entre ver en sus discursos nuestras participantes.

En este punto, y tras una lectura pormenorizada de los distintos resultados obtenidos, hemos de decir por un lado que estas estrategias resultan erróneas fruto de creencias y opiniones que, a veces, resultan no ajustadas al tratamiento legal de la responsabilidad civil extracontractual.

Precisamente, en los discursos se vislumbran algunas actitudes determinantes que están fundamentadas en esas concepciones erróneas.

Por otro lado, aparecen estrategias de afrontamiento cognitivo de carácter positivo dentro de este contexto situacional.

En este sentido, surge como hecho fulgurante los distintos comentarios que señalan como necesidad prioritaria, adecuar las actividades formativas que pudieran programarse a las exigencias actuales en materia de responsabilidad legal y, en la medida de las posibilidades, al contexto real en que se desarrolla la actividad profesional enfermera.

Una última reflexión que hemos de realizar, es la que concierne a la apreciación de los factores actitudinales que pudieran aparecer en las participantes de los grupos focales, cuando disertan sobre esta figura legal.

Sobre esta cuestión, hemos de señalar que respecto a las cuestiones que relacionen el nexo actividad profesional enfermera y RCE en enfermeras, se ha establecido una marcada situación de ambigüedad.

En esta situación se han afrontado aspectos con un marcado componente negativo, ante aspectos que se han mostrado provocadores contra las actitudes pesimistas.

En primer lugar, hemos de referenciar nuevamente la resiliencia, fenómeno al que ya mencionamos durante la discusión del segundo objetivo que planteamos para esta investigación.

La situación que se nos plantea es la de adoptar una actitud favorable (eminentemente positiva), ante un hecho que puede marcarnos traumáticamente a nivel profesional, individual, familiar y social.

Ejemplo característico de este acontecimiento en el ámbito de nuestra investigación podría ser que hipotéticamente nos demandaran judicialmente y, tras la presentación de la demanda, nos imputaran un delito.

Esta situación puede verse estimulada cuando se recibe o bien un apoyo exterior (el entorno social, las propias compañeras de trabajo), o bien un apoyo interior (la propia familia).

Por el contrario, y en segundo lugar, hemos de señalar aquellos aspectos que favorecen la presencia de actitudes fuertemente negativas.

Por un lado, destaca la presencia de prejuicios, hecho que ya mencionamos durante la introducción de este capítulo.

Por otro lado, destacaría la presencia de aquellas otras actitudes negativas, como las favorecidas por haber tenido una experiencia traumática relacionada con nuestro objeto de estudio o la apreciación de una conducta social negativa (fenómeno de violencia laboral por ejemplo).

No obstante, tanto en la representación positiva como negativa de las diferentes actitudes mencionadas, prevalece la falta de formación inherente al fenómeno estudiado. Este hecho que sin duda alguna supone un riesgo relevante para el ejercicio de la actividad profesional enfermera, es el factor que más se invoca durante los discursos de los diferentes grupos focales.

6.1.5. Discusión relacionada con la hipótesis 1.

La primera hipótesis propuesta es nuestra investigación se refiere al hecho de constatar que la percepción que tienen los profesionales de Enfermería de las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia sobre la “responsabilidad civil extracontractual” demuestra limitaciones en su conocimiento.

Los diferentes resultados que hemos ido presentando durante el capítulo V de esta tesis, constatan lo afirmado en esta primera hipótesis, por lo que verificamos su planteamiento; es decir, el conocimiento que nuestras participantes tienen sobre responsabilidad civil extracontractual presenta limitaciones importantes.

Estas limitaciones afectan principalmente al contenido de los diferentes atributos que conforman la responsabilidad civil extracontractual: concepto, funciones y elementos.

La concepción que se tiene de los mismos, lejos de ser ajustada a los términos teóricos que la explican, se ve sesgada por una comprensión errónea y mal interpretada, fruto todo ello de un hecho inequívoco: la falta de formación sobre esta figura jurídica.

En este parecer, en las respuestas que se han ofrecido en los discursos de los grupos focales no hay diferencias significativas y, a la vez, se caracterizan porque no se han centrado estrictamente en nuestro objeto de estudio.

Desde una perspectiva general, en las narraciones de los discursos se observa una dispersión de ideas con el propósito de solventar la falta de comprensión de la figura legal a estudio. Esta dispersión es la que sirve para impregnar de una marcada heterogeneidad los discursos ofrecidos.

En resumen, los resultados ponen de manifiesto que el conocimiento sobre responsabilidad civil extracontractual es deficiente

y, a la vez, esta falta de conocimiento se expresa por igual en todos los grupos focales.

6.1.6. Discusión relacionada con la hipótesis 2.

La segunda hipótesis propuesta en nuestra investigación intenta confirmar que se observan carencias formativas respecto a la “responsabilidad civil extracontractual” en los profesionales de enfermería de los centros sanitarios de las Áreas II y VIII de la Región de Murcia.

Esta segunda hipótesis también se ve confirmada a través de los diferentes resultados de nuestra investigación.

Los resultados nos muestran no sólo las carencias formativas que en la materia de estudio tienen las enfermeras que han participado en los diferentes grupos focales celebrados. También nos muestran la preocupación que tienen por subsanar las carencias formativas que al respecto tienen.

El origen de las deficiencias en materia de responsabilidad civil extracontractual se encuentra en la formación recibida en los estudios pregrado y se ha ido prolongando temporalmente durante el desarrollo de la actividad profesional de nuestras protagonistas.

No obstante, entre los resultados presentados sobre esta falta de formación surge un dinamismo por parte de las participantes en los grupos focales.

Este dinamismo, se caracteriza principalmente por la toma de conciencia y verbalización de las participantes sobre esa falta de formación, por las diferentes estrategias didácticas que lleven a una mejor comprensión de esta materia y por la preocupación de una promoción efectiva, en el ámbito laboral, de una serie de actividades formativas que ayuden a suplir las deficiencias que muestran en esta materia.

Finalmente, añadir que esa situación preocupante a la que nos hemos referido con anterioridad, contrasta con un hecho que también

queda reflejado en los discursos de los grupos focales: ante las demandas de formación en materia legal, la respuesta desde el ámbito laboral no es totalmente efectiva y las actividades formativas de estas características que se programan, generalmente, van dirigidos hacia otros colectivos profesionales (auxiliares administrativos, administrativos y personal adscrito al cuerpo de gestión administrativa) de forma preeminente.

6.1.7. Matriz DAFO.

Como método complementario a la discusión realizada sobre los distintos objetivos e hipótesis en los apartados anteriores, resulta interesante la realización de una matriz o análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), que nos ayude a registrar posibles aspectos positivos y negativos detectados en el axioma conocimiento/formación enfermera en materia legal, en el ámbito de las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia.

El acrónimo DAFO podemos encontrarlo también bajo la acepción FODA. En lengua inglesa el término utilizado es SWOT, acrónimo que se corresponde con los vocablos siguientes: strengths, weaknesses, opportunities y threats.

Según Villa y Marauri (2004), con el análisis DAFO, *además de saber las causas de los problemas, se pueden averiguar las posibilidades de mejora y la línea de la misma.*

Las fortalezas se componen de todas aquellas capacidades y recursos que disponemos. Suponen una ventaja competitiva que deben y pueden servir para explotar oportunidades.

Las oportunidades se conforman por todo aquello que pueda suponer una ventaja competitiva o bien una posibilidad de mejorar la eficacia de un servicio.

Las amenazas son todas aquellas fuerzas del entorno que pueden impedir la implantación de una estrategia determinada, o bien reducir su efectividad, o bien reducir su rentabilidad, ya sea incrementando la aparición de riesgos en la misma o los recursos que se requieren para su implantación.

Las debilidades están conformadas por aquellos aspectos que van a limitar o reducir la capacidad de desarrollo efectivo de las diferentes estrategias planeadas en materia de formación legal.

El conjunto de estas debilidades constituye un peligro significativo que conviene controlar y superar.

Así, el análisis DAFO va a contribuir a que las debilidades se aminoren, anulando posibles amenazas y ayudándonos en las fortalezas existentes.

Resulta importante señalar que la acción de reconocer las debilidades presentes nos va a ayudar a realizar una estimación de las distintas fortalezas y oportunidades presentes.

Definir esta acción correctamente es imprescindible porque a través de ella se pueden concertar líneas de acción específicas que nos ayuden a aminorar el posible rechazo de las enfermeras a nuestro objeto principal de estudio, la responsabilidad civil extracontractual y, por extensión, toda aquella materia legal susceptible de integrarse en la formación básica de estas profesionales.

Generalmente, este tipo de análisis suele iniciarse explorando los factores externos. En este contexto inicial cabe plantearse dos cuestiones principales:

- ✓ La primera es preguntar por ¿cuáles son las oportunidades que ofrece el entorno y cómo pueden aprovecharse?.

- ✓ La segunda cuestión es ¿qué tipo de amenazas hay en el entorno y cómo pueden eliminarse o evitarse?.

Seguidamente, se exploran los factores internos. Las cuestiones que surgen en este segundo contexto son las siguientes:

- ✓ Una primera cuestión es ¿cuáles son las fortalezas que se consideran y cómo pueden potenciarse?.

✓ La segunda cuestión a plantearse es ¿cuáles son las debilidades presentes y cómo pueden eliminarse o reducirse?.

Tanto el análisis interno como el externo que se realice se van a convertir en la base principal del análisis DAFO.

En este sentido cabe decir que la realización de nuestra matriz nos va a permitir expresar la correspondencia que se establecen entre los puntos fuertes y débiles hallados, así como la oportuna presencia de aquellas oportunidades externas que pudieran ser empleadas por las fortalezas internas que se disponen.

Por otro lado, también se van a expresar aquellas amenazas que pueden ser compensadas mediante esas fortalezas anteriormente señaladas.

	Positivo	Negativo
Análisis Interno	Puntos fuertes	Puntos débiles
Análisis Externo	Oportunidades	Amenazas

Tabla 9. (Fuente: Elaboración propia.)

Las principales líneas generales que vienen a conformar nuestra matriz, sobre el axioma conocimiento/formación enfermera en RCE y, por extensión, en materia legal, son:

FORTALEZAS

- La formación en RCE es una necesidad sentida por las profesionales de Enfermería.
- Conocimientos previos a la capacitación.
- Recursos materiales y humanos que disponen: acceso al departamento legal de la empresa, del su colegio profesional, uso TIC, etc.
- Aumento seguridad laboral de las profesionales de enfermería.
- Programación de actividades de formación.

OPORTUNIDADES

- Alta sensibilidad profesional y social respecto a la RCE.
- Disponibilidad inmediata de aplicación teórica y práctica de los nuevos conocimientos.
- Posibilidad de una formación adecuada a los profesionales de enfermería. La formación y el conocimiento de la RCE favorecen una mayor autonomía profesional de las enfermeras.
- Oportunidad de liderar, dentro de las profesiones sanitarias, el cambio de concepción ante las diferentes cuestiones legales que les afectan directamente.
- Oportunidad sectorial de promoción de actividades conjuntas, en el ámbito comunitario, sobre cuestiones legales.

DEBILIDADES

- Carencia de formación en materia de RCE y, con carácter general, en materias legales.
- Falta de motivación por estar formado en cuestiones legales.
- Dificultades de acceso, por parte de las enfermeras, a la formación en materia legal.
- Inexistencia de formación específica en RCE.
- Complejidad de la realidad legal para estas profesionales.
- Déficit de criterios homogéneos en la planificación de la formación en cuestiones legales, en el ámbito de la sanidad pública.
- Dificultad para establecer y mantener grupos de trabajo en cuestiones legales en la sanidad pública, conformado por profesionales de distintos grupos profesionales.

AMENAZAS:

- Percepción de que la RCE, es una materia que no les afecta.
- No implementación de medidas de mejora (formación), implica perpetuar los posibles errores.
- Limitación de la aplicación de los programas formativos por diferentes causas: falta de presupuesto, no realización de un análisis previo de detección de necesidades formativas,...
- Implantación inefectiva e incontrastable de programas de formación en esta materia.

- Confeccionar programas de formación sin escuchar necesidades formativas de las enfermeras.
- Falta de apoyos para realizar las tareas formativas que se diseñen.

Una vez que se han especificado las líneas generales que componen la matriz realizada, es preciso señalar lo que serían las estrategias a seguir.

Las estrategias pueden ser de cuatro clases:

- ✓ Estrategias FO u ofensivas (fortalezas + oportunidades): estiman tanto las fortalezas (factor interno), como las oportunidades (factor externo) con la finalidad de alcanzar el objetivo propuesto.

Ejemplo de una estrategia FO es la de realizar la planificación de un programa de formación en legislación para profesionales de enfermería, con el apoyo de los recursos de la institución sanitaria para la que trabajan.

- ✓ Estrategias FA o defensivas (fortalezas + amenazas): se aprovechan las fortalezas (factor interno), con el fin de disminuir o contrarrestar las amenazas (factor externo).

Ejemplo de una estrategia FA es la de confirmar el aprovechamiento del programa formativo realizado, mediante un proceso de evaluación de los resultados presentados.

- ✓ Estrategias DO o de reorientación (debilidades + oportunidades): se aprovechan las diferentes oportunidades (factor externo) que hay disponibles, para reducir las debilidades (factor interno).

Ejemplo de una estrategia DO es la realizar una evaluación al coordinador o coordinadores del programa formativo propuesto, en base a los diferentes recursos utilizados por el profesorado que ha impartido la formación.

✓ Estrategias DA o de supervivencia (debilidades + amenazas): supone la opción de enfrentarse a un cambio, ante el conjunto de amenazas (factor externo) y debilidades (factor interno) surgidas.

Ejemplo de una estrategia DA es la de buscar ayuda externa. Así, se podría solicitar a los colegios profesionales de enfermería que integren dentro de sus planes formativos la formación en materia de responsabilidad civil extracontractual enfermera.

Esquemmatización del planteamiento de una matriz DAFO, que pudiera ser interesante en el estudio que estamos realizando, sería:

	Debilidades (D)	Fortalezas (F)
	Estrategias DA	Estrategias FA
Amenazas (A)	Proceso de búsqueda de ayuda externa, v.g.: solicitar ayuda al Colegio de Enfermería, para que integre en sus planes formativos, la formación en R.C.E.	Confirmar el aprovechamiento del programa formativo, mediante una evaluación de los resultados presentados.
	Estrategias DO	Estrategias FO
Oportunidades (O)	Realizar una evaluación al coordinador de la acción formativa, en base a los diferentes recursos utilizados por el profesorado que ha impartido	Planificación de un programa formativo en legislación destinado a profesionales de Enfermería, con el apoyo de los recursos de la Institución sanitaria en la que trabajan.

Tabla 10. (Fuente: elaboración propia).

Otras estrategias que también podrían considerarse dentro de las líneas generales establecidas tras el análisis DAFO realizado son:

✓ Integración y desarrollo de la RCE, de manera efectiva y fehaciente, en la formación pregrado de la futura profesional en Enfermería.

✓ Integración y desarrollo de la RCE, de manera efectiva y fehaciente, en la formación posgrado de las enfermeras.

✓ Promoción y fomento de la RCE como elemento inherente a la responsabilidad profesional enfermera, del que junto a los otros elementos que la definen (responsabilidad ética, administrativa,...), conviene estar formado.

✓ Generar un valor añadido en el axioma RCE/Enfermera, en el sentido de hacer ver la RCE como punto de inicio de un foro de discusión profesional, sobre todas aquellas cuestiones legales que pueden afectar a las enfermeras.

✓ Por otro lado, una última anotación sobre las líneas estratégicas a seguir, vendría dada por la posibilidad de integrar las voces de otros colectivos profesionales, sanitarios y no sanitarios, en aquellos foros donde se discutan de forma responsable, sobre todas aquellas cuestiones legales que, de uno u otro modo, afectan a las enfermeras como colectivo profesional.

**CAPÍTULO VII.
CONCLUSIONES.**

En este último capítulo, en primer lugar expondremos las conclusiones a las que hemos llegado. En el desarrollo de estas conclusiones determinaremos el alcance de los diferentes objetivos propuestos, así como la constatación de las hipótesis planteadas.

En segundo lugar, señalaremos las diferentes limitaciones y dificultades que hemos tenido durante la realización de esta investigación.

En tercer lugar, especificaremos nuestras propuestas de mejora.

En cuarto lugar, propondremos unas posibles líneas de investigación futuras.

7.1 Conclusiones.

Tras la presentación de los resultados hallados y con los datos expuestos hasta este momento, se pueden inferir los siguientes comentarios respecto de los objetivos e hipótesis planteadas:

1. El objetivo general propuesto en nuestra investigación ha sido alcanzado, demostrándose el interés que existe por esta cuestión en los profesionales de Enfermería investigados.

2. En relación con el primer objetivo específico, hemos de señalar que se identifica un nutrido grupo de dificultades para afrontar diferentes situaciones dadas en la práctica clínica, relacionadas con la RCE. Estas dificultades, además, están relacionadas de forma proporcional con los escasos conocimientos que demuestran tener en esta materia legal.

No obstante, y considerando los discursos de las participantes de los grupos focales realizados, se evidencia que la falta de formación en nuestro objeto de estudio principal no es el único factor que se interrelaciona entre la práctica clínica y la responsabilidad civil extracontractual.

De hecho, la demora asistencial o el incremento del gasto sanitario son ejemplos de situaciones que aunque pudieran considerarse fluctuantes, las enfermeras participantes en nuestra investigación, ponen como nexo entre su actividad asistencial y un posible evento relacionado con la responsabilidad civil extracontractual.

3. En relación con el segundo objetivo específico, hemos de señalar que tanto un hecho, descripción de roles, como otro, descripción de actitudes, han sido realizados sobradamente por las enfermeras analizadas en nuestra investigación.

Respecto a los roles, cabe decir que tanto en la fundamentación teórica de esta investigación como en el correspondiente capítulo

dedicado a la discusión de los resultados del trabajo empírico realizado, se han citado diferentes roles que las profesionales de enfermería pueden desempeñar.

No obstante, en nuestra investigación sobresale el rol clínico-asistencial como figura característica en el binomio enfermera/responsabilidad civil extracontractual.

En cuanto a las actitudes más características que sobresalen en el contexto de los grupos focales realizados, son aquellas que enlazan la falta de formación previa en esta cuestión legal con comportamientos tales como la falta de motivación o la falta de autoestima.

4. En relación con el tercer objetivo específico, los discursos analizados muestran numerosas perspectivas en las que se valoran las percepciones existentes en materia de RCE.

Esta variedad de perspectivas ha permitido enriquecer la investigación desde el punto de vista empírico.

No obstante, la percepción general es la de presentar esta figura jurídica como un problema transversal a todos los profesionales de enfermería. Paralelamente se han vislumbrado con acierto los temores que se pueden tener frente a una materialización real de alguna causa relacionada con la responsabilidad civil extracontractual.

5. En relación con el cuarto objetivo específico, la opinión general de las enfermeras participantes es la de mostrar una disparidad de criterios frente a los diferentes factores, ya sean del entorno laboral, cognitivos o actitudinales detectados en los discursos emanados durante la celebración de los grupos focales.

En cualquier caso, la presentación de esta disparidad de criterios que podría ser fruto de los escasos conocimientos revelados sobre nuestro tema principal de estudio, ha podido favorecer que la medida cualitativa de estos factores sea difusa al expresar su contenido.

6. En relación a la primera hipótesis planteada, *constatar que la percepción que tienen las profesionales de Enfermería analizadas de las Áreas II y VIII de la Región de Murcia sobre la “responsabilidad civil extracontractual” demuestra limitaciones en su conocimiento*, por lo que esta hipótesis se ve confirmada.

El análisis cualitativo pone en evidencia la limitación respecto al conocimiento del objeto principal de estudio que nuestras protagonistas manifiestan.

En este sentido, se hace necesario realizar una profunda reflexión que nos permita avanzar en la realización de acciones tendentes a lograr avances en el conocimiento efectivo de esta importante materia para la actividad profesional enfermera.

7. En relación a la segunda hipótesis planteada, *confirmar que se observan carencias formativas respecto a la “responsabilidad civil extracontractual” en los profesionales de Enfermería de los centros sanitarios de las Áreas II y VIII de la Región de Murcia*, y estimando los puntos anteriores, cabe decir que esta segunda hipótesis también se confirma.

Precisamente, es esta situación de apreciación de las carencias formativas en materia de responsabilidad civil extracontractual la que emerge con más fuerza de las narraciones analizadas en los distintos grupos focales.

8. Una conclusión relevante es el reconocimiento explícito que las propias protagonistas de nuestro estudio realizan sobre la falta de formación en esta materia, de las consecuencias que pudieran derivar de esta falta de formación y de las diferentes acciones propuestas para tratar de subsanar esta realidad.

9. Junto con la verificación de los distintos objetivos propuestos e hipótesis planteadas, también hay que destacar la oportuna

significación que se le atribuye a esta materia al relacionarla con el desempeño laboral de las enfermeras.

10. El conocimiento de las enfermeras respecto a nuestro objeto de estudio se organiza en base a un conjunto de estrategias donde se combinan los escasos conocimientos percibidos en esta materia con un conjunto de creencias, distintas figuraciones y perspectivas, intentando una construcción narrativa con significación lógica de la materia a estudio.

Este conjunto de consideraciones lo interrelacionan, no sólo desde el punto de vista teórico, sino que exponen algunas implicaciones prácticas, tratando de construir de forma fehaciente sus diversas opiniones sobre esta materia legal.

7.2. Limitaciones y dificultades halladas en la investigación.

Respecto a las limitaciones y dificultades halladas durante la investigación que hemos realizado, quizá la primera que encontramos es la de pensar en cualitativo, para escenificar el aporte empírico realizado.

Así, tal y como dice Rodríguez (2000) al referirse a la investigación cualitativa, *este tipo de investigación se concentra en el análisis del discurso: palabras, significados y el entorno que circunda a determinado objeto de estudio.*

La elección de esta metodología la hemos basado en querer aportar la visión de las protagonistas de nuestra investigación respecto al objeto principal de estudio, mediante el aporte específico de sus voces.

Además, resultaría interesante que en futuras investigaciones análogas a la que hemos realizado, se integraran otro tipo de técnicas de carácter cualitativo (entrevistas por ejemplo) que ayudaran a obtener una percepción más completa de nuestro objeto de estudio.

Siguiendo con los comentarios sobre las dificultades encontradas para realizar esta investigación, no puede obviarse la conformada por los rechazos de quienes rehusaron participar en nuestro estudio, ya fuese como primera intención, ya fuese una vez aceptada la invitación para formar parte de alguno de los grupos que finalmente se realizaron.

Una última anotación relacionada con las limitaciones encontradas para realizar esta investigación está compuesta por la escasa bibliografía existente relacionada con el tema principal de estudio, la responsabilidad civil extracontractual relacionada con la actividad profesional de las enfermeras.

A este respecto, hemos de señalar que el repertorio bibliográfico análogo a nuestro tema principal de estudio, en cuanto a sus referencias a la profesión sanitaria médica es incuestionablemente superior.

También es destacable que sin duda, y de ello son protagonistas de excepción las diferentes fuentes bibliográficas consultadas para realizar esta investigación, es la profesión médica el actor principal que convive con el resto de profesiones, en cuanto a estudios no sólo relacionados con la responsabilidad civil propiamente dicha, sino también con otros tipos de responsabilidad legal y por extensión, con la responsabilidad profesional sanitaria.

7.3 Propuestas de mejora.

Como propuestas de mejora señalamos una serie de indicaciones que consideramos básicas y necesarias:

- Acrecentar sucesivamente la presencia curricular de esta materia y materias afines en la formación pregrado.

Esta propuesta adquiere sentido una vez analizada cual es la presencia curricular de la responsabilidad civil y, por extensión, de la RCE en los diferentes planes de estudio del Grado en Enfermería.

En la actualidad, y tal como ya especificamos durante la introducción del Capítulo VI (discusión), resulta heterogénea.

En este contexto de heterogeneidad surgen dos puntos de inflexión importantes:

- Por un lado, la desvinculación de la enseñanza de la RCE en la formación legal de la futura profesional de enfermería.

- Por otro, la presencia, aunque escasa, de la RCE en la formación legal de la futura profesional de enfermería.

Esta evidencia pone de manifiesto que la presencia de la RCE en el proyecto curricular del grado en Enfermería resulta insuficiente.

Así pues, con la constatación de lo anteriormente señalado, sería aconsejable que se intentara aprovechar la actual flexibilización del curriculum formativo enfermero con la finalidad de enfatizar la importancia del estudio de la RCE dentro de las competencias específicas de los estudios de pregrado.

Este aprovechamiento debiera dirigirse a superar “ciertos problemas” que pueden surgir dentro de un determinado proyecto curricular.

Ejemplos de estos problemas serían: por un lado, la presencia en ocasiones de contenidos irrelevantes en una materia dada; por otro lado,

la adecuada distribución de la carga lectiva de las materias que conforman un determinado plan de estudios pregraduado.

No obstante, no hemos de obviar, tal y como dice Sanz (2003), que *el curriculum universitario implica una selección de la cultura (conocimientos, habilidades, valores, actitudes, sentimientos) que tiene un carácter intencionado y que responde también a determinantes políticos.*

Ante este escenario, las estrategias de reorientación curricular pregrado en formación legal, pueden suponer un ventajoso aliado al que unirse. Consecuentemente, el fruto de considerar estas estrategias debiera ser la existencia de un refuerzo en la formación legal de las futuras enfermeras.

Para finalizar esta primera propuesta de mejora reflejar unas palabras de Figueroa (2011), cuando diserta en torno a la educación del Derecho: *los retos que se presentan no pueden limitarse a asuntos puramente prácticos ni normativos, sino que debieran de corresponder a una adecuada noción de derecho que no lo limite a los rigores formalistas del derecho, pero que tampoco lo desvanezcan a la manera de un instrumento maleable de diferentes intereses.*

- Impulsar la formación posgrado de esta materia y materias afines, como elemento que sirva para aumentar, por un lado la autonomía profesional enfermera y, por otro, la calidad del cuidado, elemento inherente y sustancial de la Enfermería.

- En el ámbito profesional, sería aconsejable cierta implicación, ya sea desde las empresas para las que se trabaja, o bien desde las correspondientes organizaciones colegiales enfermeras, para otorgar a las materias de índole legal el protagonismo necesario que las

convierta en uno de los ejes de los procesos formativos que se traten de programar.

- Intensificar la difusión de la importancia que tiene para el ejercicio profesional enfermero, estar formado en materia de responsabilidad civil y materias afines.

- No puedo rehuir realizar una última reflexión a estas propuestas de mejora: la formación en materia legal, en cuanto a formación basada en competencias y, tomando a Vargas (2007), debiera de ser una formación caracterizada por:

- ✓ *Facilitar la integración de contenidos aplicables al trabajo.*
- ✓ *Generar aprendizajes aplicables a situaciones complejas.*
- ✓ *Mejorar la relevancia de lo que se aprende.*

7.4 Posibles líneas de investigación futuras.

Comienzo la elaboración de este último epígrafe señalando una pregunta que formularon Poletti y Dobbs (1998), en un artículo publicado en la revista Rol de Enfermería: *¿Qué queda por hacer?*

Si bien es cierto que la respuesta a dar puede oscilar en la ambivalencia del “todo o nada”, la investigación que hemos realizado nos ha dado la oportunidad de iniciar un camino en el que seguir aportando conocimientos, cuyo argumento principal sea la interrelación que surge entre la profesión enfermera y las cuestiones de índole legal.

A este respecto, hemos de decir, que impulsar una línea de investigación con el argumento anteriormente planteado, supone comenzar un itinerario en el que, a priori, puede darse la confluencia de varios ejes temáticos.

No obstante, hemos de indicar que en lo concerniente al nexo responsabilidad civil extracontractual y las profesiones sanitarias, los presupuestos y la configuración jurídica de esta clase de responsabilidad han sido estudiadas ampliamente desde un punto de vista eminentemente médico.

Por esta causa, se hace necesario abrir nuevas líneas de investigación en las que por un lado se estimule el conocimiento de las diversas cuestiones que puedan ir apreciándose en el vínculo anteriormente señalado y, por otro, se puedan paliar las limitaciones y dificultades encontradas en la realización de esta investigación.

Lo especificado en los párrafos anteriores hace que propongamos las siguientes tres líneas de investigación que consideramos fundamentales:

- Efectos psicosociales de la responsabilidad jurídica en profesionales sanitarios.

- Estudio de la reparación del daño causado por la actividad profesional enfermera: una valoración de las sentencias judiciales dictadas a tal efecto, desde la jurisdicción tanto civil como penal,

- Estudio de la responsabilidad civil enfermera: visión y particularidades desde una visión deontológica.

Además de los puntos anteriormente señalados sería interesante, una vez consolidados los estudios de Grado en Enfermería, añadir una línea de investigación comparativa entre las actuales enseñanzas en materia de legislación enfermera que se imparten a nivel estatal.

Esta última línea de investigación podría ser complementada con el estudio pormenorizado de la enseñanza en materia de legislación enfermera existente, dentro de los antiguos planes de estudio de la Diplomatura en Enfermería.

Como epílogo y por tratarse la investigación realizada de un estudio eminentemente cualitativo no podemos abstraernos con los puntos anteriores.

Así, finalizamos indicando la que consideramos, dentro del contexto que hemos venido desarrollando, una interesante línea de investigación:

- Las investigaciones cualitativas desarrolladas por enfermeras en el contexto sanitario español: su rol innovador.

Bibliografía.

- Abel-Smith, B. (1979). *A History of the Nursing Profession*. London: Heinemann.
- Aignerren, M. (2002). *La técnica de recolección de información mediante grupos focales*. Recuperado el 23 de junio de 2012 desde: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo>
- Albaladejo, M. (1980). *Derecho Civil*. Barcelona: Ed. Bosch.
- Alberdi, R.M. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Revista ROL de Enfermería*, 15 (170), 39-44.
- Alberdi, R.M.; Arriaga, E.; Zabala, J. (2006). La ética del cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 29 (3), 191-198.
- Alonso, L.E. (2003). *La mirada cualitativa en Sociología*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Alpa, G. y Osma, A. (2006). Estudio Preliminar. En VV.AA., *Nuevo Tratado de la Responsabilidad Civil* (p. 97). Lima: Jurista Editores.
- Altarejos F., Rodríguez, A., Fontrodona, F. (2003). *Retos educativos de la globalización. Hacia una sociedad solidaria*. Pamplona: Editorial Eunsa.
- Altuve, S. y Rivas, A. (1998). Módulo Instruccional III. En VV.AA., *Metodología de la Investigación* (p. 231). Caracas: Universidad Experimental Simón Rodríguez.
- Alves, W.A. (2005). *Princípios da Prevenção e da Prevenção do Directo Ambiental Brasileiro*. Sao Paulo: Editora Juarez de Oliveira.

Amescua, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76 (5), 432-436.

Amescua, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Rev. Enfermería Clínica*, 13 (2), 112-117.

Amunátegui, C.F. (2009). No siendo contra derecho ajeno. Hacia la formulación de una teoría de las inmisiones en nuestro Código Civil. *Revista chilena de derecho*. 36(3), 467-503. Recuperado el 03 de febrero de 2012 desde:

www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3102181.pdf

Amunátegui, C.F. (2013). Acción de responsabilidad y teoría de las inmisiones. *Revista de derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. (40), 53-73. Recuperado el 24 de febrero de 2014 desde: www.dialnet.unirioja.es/ejemplar/347931

Anguera, M.T. (1998). Metodología cualitativa. En VV.AA., *Métodos de investigación en psicología* (pp. 513-522). Madrid: Síntesis.

Antón, P. (1994). *Enfermería: ética y legislación*. Barcelona: Editorial Científicas y Técnicas Masson-Salvat enfermería.

Arbeláez, M.C. (2002). Las representaciones Mentales. *Revista de Ciencias Humanas*. 29, 4. Recuperado el 16 de agosto de 2013 desde:

www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev29/arbelaez.htm

Argimón, J.M. y Jiménez, J. (1999). *Métodos de investigación*. Barcelona: Editorial Harcourt.

Arias, J.M. et al. (2008). Los seminarios interdisciplinares, estrategia clave para la adquisición de competencias transversales: valoración de la experiencia por los estudiantes. *Comunicación presentada en la Jornada Nacional sobre Estudios Universitarios*, 15 a 17 de Septiembre, Castellón. Recuperado el 11 de enero de 2013 desde: [file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/349-1083-1-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/Mis%20documentos/Downloads/349-1083-1-PB%20(2).pdf)

Aristóteles. (2004.). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Alianza Editorial.

Aritzeta, A. y Ayestarán, S. (2003). Aplicabilidad de la Teoría de los roles de equipo de Belbin: un estudio longitudinal comparativo con equipos de trabajo. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56 (1), 61-75.

Arnau, F. (2008). *Lecciones de Derecho Civil II. Obligaciones y contratos*. Castellón de la Plana: Edita Servicio de Publicaciones de la Universidad Jaume I.

Baum, F. (1997). Investigación en salud pública: el debate sobre la metodología cuantitativa y cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*, 5, 175-193.

Bee, H.; Mitchell, S. (1987). *El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida*. México: Harla

Beecher, H.K. (1966). Ethics and Clinical Research. *New England Journal of Medicine*, 274, 367-372. Recuperado el 26 de marzo de 2012 desde:

<http://www.hhs.gov/ohrp/archive/documents/BeecherArticle.pdf>

Belbin, R. (1981). *Management Teams. Why They Succeed or Fail*. Londres: Heinemann.

Berchmans, J. (1994). *Metodología de la determinación del derecho*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A.

Bergman, M.M. y Coxon, A. (2005). *Methods Forum Qualitative Social Research*, 6 (2). Recuperado el 09 de septiembre de 2013 desde:

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/457/975>

Bernal, C. y Fabra, J. (2013). *La filosofía de la responsabilidad civil. Estudios sobre los fundamentos filosóficos-jurídicos de la responsabilidad civil extracontractual*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study. *New England Journal of Medicine*, 324, 370-376.

Bustamante, J.E. (1990). Análisis económico de la responsabilidad civil. En VV.AA., *Responsabilidad por daños. Libro homenaje a Jorge Bustamante Alsina*, (p.270). Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Bustamante, J.E. (1993). *Teoría general de la Responsabilidad Civil*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot.

Busto, J.M. (1998). *La antijuricidad del daño resarcible en la responsabilidad civil extracontractual*. Madrid: Tecnos.

Cabrero, L. y Richart, M. (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Rev. Enfermería Clínica*, 6, 212-217.

Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev. Esp. Salud Publica*, 76, nº 5, 473-482. Recuperado el 01 de marzo de 2013 desde:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076509>

Cámara, N. et al. (2010). Efectividad de una intervención enfermera cognitivo conductual para disminuir el estrés en los profesionales sanitarios de los dispositivos de emergencias extrahospitalarias del SUMMA 112. *Revista Nure Investigación*, 45, 12. Recuperado el 14 de febrero de 2012 desde: www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/481

Cánovas Tomás, M.A. (2008). *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis Doctoral. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia.

Cantero, F.J., León, J.M., Barriga, S. (1998). Actitudes: naturaleza, formación y cambio. En *Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*, (pp.117-132). Madrid: McGraw-Hill.

Cassany, D. (1999). *Construir la escritura*. Barcelona: Paidós.

Cassany, D. Aproximaciones a la lectura crítica: teoría, ejemplos y reflexiones. *Tarbiya*, 32: 113-132. Recuperado el 26 de julio de

2014

desde:

https://repositori.upf.edu/bitstream/.../Cassany_TARBIYA_32.pdf?..1

Castresana, A. (2001). *Nuevas lecturas de la responsabilidad aquiliana*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Carles, M. (2003). Responsabilidad por una práctica médica inadecuada: una perspectiva económica. *Gaceta Sanitaria*, 17 (6), 10.

Cebreiro, B.; Fernández, M.C. (2004). Estudio de casos. En VV.AA., *Diccionario enciclopédico de didáctica*, (3). Málaga: Aljibe.

Celma Vicente, M. (2007). *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. Tesis Doctoral. Departamento de Antropología Social. Universidad de Granada.

Colliere, M.F. (1997.). Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería. En VV.AA., *Promover la vida*, (pp. 241-284). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

Corbella, J. (2006). *Manual de Derecho Sanitario*. Barcelona: Atelier.

Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.

Cossío, A. (1977). *Instituciones de Derecho Civil*. Madrid: Alianza.

Crespo, R.F. (2000). The Epistemological Status of Managerial Knowledge and the Case Method. *Gazeta de Antropología*, 28 (1), 12. Recuperado el 15 de septiembre de 2013 desde: <http://hdl.handle.net/10481/20644>

Cristancho, A.M. (2003). La evaluación por portafolio: estrategia para modelar la responsabilidad personal. Un ejercicio de reflexión autocrítica sobre el papel de la mediación. *Psicología desde el Caribe*. 11: 94-106. Recuperado el 27 de marzo de 2012 desde: www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301107

Crotty, M. (1998). *Phenomenology and Qualitative Nursing Research*. London: Blackwell Science.

Davis, A.J. (1999). Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. *Rev. Enfermería Clínica*, 9(1), 8.

Davis, A.J., Fowler D., Arosker, M.A. (2010). *Ethical dilemmas and nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.

Daza de Caballero, R., Torres, A.M., Prieto de Romano, G.I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. Interacción, participación y afecto. *Revista Index de Enfermería*, XIV (48-49):18-22. Recuperado el 06 de agosto de 2012 desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962005000100004&lng=es.

De Aguiar, J. (1957). *Tratado de la responsabilidad civil*. Puebla: Editorial José M. Cajica.

De Andrés, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Rev. Atención Primaria*, 25 (1), 94-100.

De Ángel, R. (1989). *La responsabilidad civil*. Bilbao: Universidad de Deusto.

De Ángel, R. (1995). *Algunas previsiones sobre el futuro de la responsabilidad civil (con especial atención a la reparación del daño)*. Madrid: Civitas.

De Ángel, R. (1999). *Responsabilidad civil por actos médicos. Problemas de la prueba*. Madrid: Civitas.

De Ángel, R. y Yzquierdo, M. (2001). *La culpa en la responsabilidad civil extracontractual*. Madrid: Editorial Dykinson.

Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A., Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

Díaz- Ambrona, M.D. (2007). *Lecciones de Derecho de Familia*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Díaz- Ambrona, M.D., Serrano, A., Fuertes, J.C., Hernández, P. (2007). *Introducción a la medicina legal*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Díaz, A. (1980). Notas sobre el aseguramiento de obligaciones en la legislación justiniana. *Anuario de Historia del Derecho Español*. Madrid: Agencia Estatal BOE. Recuperado el 05 de febrero de 2012 desde: www.dialnet.unirioja.es/download/articulo/134384.pdf

Díaz, E.M. (2002.). El factor actitudinal en la atención a la diversidad. *Profesorado, revista de currículum y formación del profesorado*, 6(1-2), 15.

Díaz, O.S. (2010). Responsabilidad social y rol del profesional de enfermería en el logro del derecho a la salud. *Revista Colombiana de Enfermería*, IV, 10.

Díaz, V., Campo, E., Saavedra, F., Cabrera, M.D. (2007). El paradigma de la enfermería basada en la evidencia (EBE) en la enfermería clínica hospitalaria. *Revista Nure Investigación*. N°28, 18. Recuperado el 17 de octubre de 2012 desde:
www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/336

Díez- Picazo, L. (1999). *Derecho de daños*. Madrid: Civitas.

Diez- Picazo L. y Gullón, A. (2001). *Sistema de Derecho civil, Vol. II, El contrato en general. La relación obligatoria. Contrato en especial. Cuasicontratos. Enriquecimientos sin causa. Responsabilidad extracontractual*. Madrid: Tecnos.

Dimond, B. (2004). *Legal Aspect of Nursing. Fourth edition*. London: Heinemann.

Domínguez, A. (2007). *Derecho sanitario y Responsabilidad médica*. Valladolid: Lex Nova.

Drapkin, I. (1982). Los Códigos prehamurábicos. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, XXXV (II), p.2. Recuperado el 02 de febrero de 2012 desde:
www.biblio.juridicas.uman.mx/revista/pdf/DerechoComparado/53/.../rdr29.pdf

Echeverri, M.C y Maca, D. Y. (2006). Representaciones sociales de Justicia restaurativa en una comunidad marginal. *Papers on*

Social Representations. 15: 2.1-2.19. Recuperado el 04 de marzo de 2013 desde: www.psych.lse.ac.uk/psr/

Eisner, E.W. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica educativa*. Barcelona: Paidós.

Escobar, J. y Bonilla-Jiménez, F. I. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9 (1), 51-67. Recuperado el 06 de junio de 2013 desde: www.issuu.com/universidadelbosque/docs/vol/9

Escudero, J.M. (2011). Los centros escolares y sus relaciones con la administración local, autonómica y nacional. En VV.AA., *Innovaciones en la gestión y el gobierno de los centros escolares*, (pp. 245-267). Madrid: Síntesis.

Eseverri, C. (2006). *Enfermería facultativa: reflexiones filosófico-éticas*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

Espinosa de Rueda, M. (1986). Aspectos de la responsabilidad civil con referencia especial al daño moral. *Rev. Anales de Derecho*. 9, 41-68.

Expósito, R. (2011). La matritense sociedad de ministrantes. *Comunicación presentada al III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados*, 24-26 de noviembre, Alicante.

Fain, J. A. (1987). Perceived role conflict, role ambiguity and job satisfaction among nurse educators. *Journal of Nursing Education*, 26 (6): 233-238.

Fanjul, J.M. (2011). La responsabilidad civil del profesorado no universitario. *Revista Avances en supervisión educativa*, 14, 8. Recuperado el 25 de febrero de 2012 desde: www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3692946

Feito, L. (2005). Los cuidados en la ética del siglo XXI. *Rev. Enfermería Clínica*, 15(3):167-74.

Fernández, A.M., Santa Clotilde, E., Casado, M.I. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Lascasas, 3 (1). Recuperado el 08 de marzo de 2012 desde: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>

Fernández, J. y Santos, M.A. (1992). *Evaluación cualitativa de programas de educación para la salud. Una experiencia hospitalaria*. Málaga: Aljibe.

Fernández Martínez, ME. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. Universidad de León.

Fernández Martínez S. (2008). *Responsabilidad profesional del fisioterapeuta*. Tesis Doctoral. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid.

Ferrándiz, G. (1999). Prólogo. En VV.AA. *Derecho de daños*, (p.11). Barcelona: Bash.

Ferreira Rocca, F. (2013). *Factores del que ambiente laboral y su relación con el turnover en Enfermería*. Tesis de Maestría en Ciencias de la Enfermería. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad Metropolitana de Puerto Rico (UMET).

Figueroa Camacho, TM. (2011). *La Enseñanza del Derecho más allá del formalismo*. Tesis de Magister en Derecho. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia.

Fix-Zamudio, H. (2006). *Metodología, docencia e investigación jurídica*. México: Porrúa.

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata

Floriano Corrales, C. (1999). *La responsabilidad civil del médico: análisis económico y jurídico*. Tesis Doctoral. Departamento de Derecho Privado. Universidad de Extremadura.

Fonseca-Herrero, J.I. (2002). *Diccionario jurídico básico*. Madrid: Colex.

Forero Ariza, E.M. (2012). *Roles de enfermería en los programas de trasplantes de Colombia*. Tesis de Magister en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.

Forrester, K., Griffiths, D. (2005). *Essentials of Law for Health Professionals*. Sídney: Elsevier.

- França-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos. Introducción a la psicoética*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gafo, J. (1994). *Ética y legislación en Enfermería*. Madrid: Universitas.
- Gaia De Vecchi, F. (2007). *Introducción a la bioética*. Caracas: Paulinas.
- Gallego, S. (1995). Aspectos Médico-legales sobre la actuación de los Técnicos: la Responsabilidad. *Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de la SEMES*, 31 de mayo- 3 de junio, Oviedo.
- García, C. (2011). *La obligación de reparar el daño moral a través del tiempo*. Recuperado el 23 de abril de 2012 desde: <http://biblio.juridica.unam.mx/libros/2/700/17.pdf>
- García, D. (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gázquez, L. (2013). Régimen jurídico de la responsabilidad civil sanitaria. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 2, 82-103.
- Gil, J. (2013). Acotaciones sobre la imperceptible frontera entre la culpa médico-sanitaria y la indemnización por el resultado dañoso. En VV.AA. *Régimen jurídico de la responsabilidad sanitaria* (pp.109-139). Madrid: Reus.
- Goldstein, E.B. (2006) *.Sensación y percepción*. Madrid: Paraninfo.

Gómez, E. (1998). El fundamento de la responsabilidad civil en el ámbito médico sanitario. *Anuario de Derecho Civil*, 51(4): 1693-1768.

Gómez, P. (2013). *Tratamiento médico: su responsabilidad penal y civil*. Barcelona: Bosch.

González, L. (2006). *De la Bioética al Bioderecho*. Madrid: Dykinson.

González, M. A. (2009). El compromiso de la Enfermería con la sociedad. *Rev. Administración Sanitaria*, 7(2): 221-230.

González, E. y Iglesias, I.C. (2000). La prueba pericial en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil. *Revista Xurídica Galega*, 27, 307-344.

González, V. (1989). *Un modelo causal de los antecedentes y consecuencias del estrés de rol*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.

Grierson, C. (2010). Informe sobre las Instituciones de enfermeras en Europa. En Sacchetti, L. y Rovere, M. *Surgimiento de la Enfermería moderna: descifrando mitos, contextos y devenires*. Recuperado el 05 de mayo de 2013 desde:

www.webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/.../sacchetti_viii_jsyp.doc

Grocio, H. (1987). *Del derecho de presa. Del derecho de la guerra y de la paz*. Madrid: Centro de estudios Constitucionales.

Gruart, P. (1996). Rol autónomo del profesional de enfermería en CAPD. *Revista SEDEN*, primer trimestre. Recuperado el 16 de marzo de 2012 desde:

http://www.revistaseden.org/files/art568_1.pdf

Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. En Denzin, N. y Lincoln. (Ed.), *Handbook of Qualitative Research* (105-117). London: Sage.

Guerrero J. (2006). *Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria*. Valladolid: Lex Nova.

Guillermo Rojas, J. (2011). *Significado de la experiencia de cuidar a pacientes indígenas en las salas de hospitalización del Departamento de Antioquia-Colombia*. Tesis Doctoral. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

Gutiérrez, M. L. (1999). La participación social para el desarrollo de la salud. Un compromiso para la enfermería. En VV.AA., *Enfermería en las Américas*. Publicación Científica 571, pp.13-27. Washington: OPS/OMS.

Gutiérrez, R. (2000). *Psicología*. México: Esfinge.

Habermas, J. (2000). *Aclaraciones a la Ética del discurso*. Madrid: Editorial Trotta.

Haring, B. (1985). *Ética de la manipulación: en medicina, en control de la conducta y en genética*. Barcelona: Editorial Herder.

Harper, C. (1998). *Exploring social change: America and the world*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Harper, M.G. (2006). High tech cheating. *Nurse Educ. Pract.*, 6 (6): 364-71.

Hernández, R. y Opazo, H. (2010). *Apuntes de Análisis Cualitativo en Educación*. Recuperado el 12 de julio de 2013 desde:

http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf.

Hernández, J. (1995). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.

Hernández, A. (2008). Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Rev. De Estudios Jurídicos*. 8:1-30.

Hernández, A.J. (2011). Percepción de los profesionales sanitarios sobre la Responsabilidad Civil en Enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*, 5(1): 44-50. Recuperado el 02 de febrero de 2012 desde: www.ene-enfermeria.org/ojs/index/ENE/article/viewFile/81/69

Hernández, R., Collado, C., Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México DF.: Interamericana/McGraw-Hill.

Hernández, R.; Collado, C.; Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México DF.: Interamericana/McGraw-Hill.

Hortal, A. (2007). *Ética profesional de traductores e intérpretes*. Bilbao: Desclée.

Iglesias-Redondo, J. (2012). *Derecho Romano. Historia e Instituciones*. Madrid: Sello Editorial.

Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Rev. Atención primaria*, 23 (8): 496-502.

Jackson, M., Powell, L. (1987). *Professional Negligence*. London: Sweet and Maxwell Ltd.

Jansen, N. (2003). Estructura de un derecho europeo de daños. Desarrollo histórico y dogmática moderna. *Revista Working Paper*, 128. Recuperado el 06 de febrero de 2012 desde:

www.raco.cat/index.php/InDret/article/viewFile/82518/1073

64

Jerez, C. y Pérez, M.J. (2005). La responsabilidad civil médico-sanitaria en el Ordenamiento Jurídico español. *Rev. De Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 26(2): 221-250.

Jescheck, H. (1993). *Tratado de Derecho Penal*. Granada: Comares.

Jhering R. (2012). *Etudes complementaires de L'Esprit Du Droit Romain*. (Ed. 1880-1892). París: Hachette Bnf.

Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici. (Ed.), *Psicología social II: pensamiento y vida social*. Barcelona: Paidós.

Juan, R. (2009). Nueva doctrina constitucional sobre la prescripción del delito y su incidencia en el ejercicio de la acción por responsabilidad civil ex delicto. *Rev. Anales del Derecho*, 1. Recuperado el 19 de septiembre de 2012 desde: www.indret.com/pdf/603_es.pdf

Junquera de Estéfani, R. (2008). *Bioética y Bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*. Granada: Editorial Comares.

Jurkowitz, J. (1968). Talmudic and American Tort Liability. A comparative analysis. *Arizona Law Review*. 10 (2):473.

Kane, M.T. (1992). An argument based approach to validation. *Psychological Bulletin*. 112(3): 527-535.

Kane, M.T. (1992). The assessment of clinical competence. Definición de competencias. En Brailovsky, C.A. *Aportes para un cambio curricular en Argentina*. Buenos Aires: OPS/OMS y Facultad de Medicina. Recuperado el 04 de marzo de 2012 desde: www.publicaciones.ops.org.ar/.../Aportes%20para%20un%20cambio%20curri

Kant, E. (2004). *Principios metafísicos del derecho*. Sevilla: Ediciones Espuela de plata.

Kant, E. (2004). *Crítica de la razón pura*. Madrid: Tecnos.

Kennedy I. y Grubb A. (1994). *Medical Laws*. London: Butterworths and Co. (publishers).

Krueger, R.L. (1991). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Beverly Hills, California: Sage Publications.

Krueger, R.L. y Morgan, D. (1997). *The Focus Group Kit, volumes 1-6*. California: Sage Publications.

Krueger, R.L. (1998). Moderating Focus Groups. *En Focus Group Kit, volumes 1-6*. (115). California: Sage Publications.

- Lasarte, C. (2012). *Principios de Derecho Civil I. Parte General y Derechos de la persona*. Madrid: Marcial Pons.
- Latorre, A. y González, R. (1987). *El maestro investigador. La investigación en el aula*. Barcelona: Grao.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leddy, S. y Pepper, J.M. (1989). *Bases conceptuales de la Enfermería profesional*. Londres: J.B. Lippincott.
- León, C.A. (2008). *Aspecto axiológico de la investigación*. Recuperado el 07 de septiembre de 2013 desde: <http://www.monografias.com/trabajos75/aspecto-axiologico>
- Lillo, M.; Galao, R.; Casabona, I.; Mora, M.D. (2004). Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. *Rev. Evidentia*, Sept-dic. 1(3). Recuperado el 18 de octubre de 2012 desde: <http://www.index-f.com/evidentia/n3/76articulo.php>
- Lincoln, Y. y Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: Sage Publications.
- Litwin, G.H. y Stringer, R.A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard Business School Press.
- Llor, B., Abad, M.A., García, M., Nieto, J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill.
- López, E. (2006). *Teoría General de la Responsabilidad Civil*. Buenos Aires: Lexis Nexis.

López, J. (2006). El Código Civil de Napoleón y los Derechos Humanos. *Revista de Derecho Privado*, 13-14, 81-91.

López, M.A.; Valpuerta, R. (2013). *Tratado jurisprudencial de responsabilidad por daños*. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch.

López, M.J. (2006). La culpa como factor de atribución de la responsabilidad. (Cenit, ocaso y resurgimiento de la culpa). *Anuario de la Facultad de Derecho de la UDC*, 10. Recuperado el 16 de febrero de 2012 desde: <http://ruc.udc.es/handle/2183/2458>

López-Barajas, E. (1996). *El estudio de casos. Fundamentos y metodología*. Madrid: UNED.

López Ortega, J. (2009). *Gestión de las necesidades, preferencias, opiniones y expectativas de los pacientes diabéticos para la toma de decisiones clínicas compartidas, en Consultas de Enfermería de Centros de Salud de Jaén*. (Tesis Doctoral). Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.

Lora, P. (2005). Proyecto docente para la convergencia de la materia enfermería médico quirúrgica al Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev. Enfermería Global*. nº14. Recuperado el 30 de septiembre de 2012 desde: revistas.um.es/eglobal/article/download/35971/34481

London, M. & Mane, E.M. (1997): *Career Management and Survival in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.

Luna, A. (2004). *La prueba de responsabilidad civil médico-sanitaria. Culpa y causalidad*. Madrid: Editorial Thompson Civitas.

Luna, A. (2010). Aproximación al dret de la responsabilitat civil médico-sanitaria. *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, 165. Recuperado el 03 de febrero de 2012 desde:

www.raco.cat/index.php/InDret/article/viewFile/79578/1037

86

Maqueda, C., Barrios, F., Domínguez, J.C. (2004). *Textos de Historia del Derecho Español*. Madrid: Editorial Universitas.

March, J.C., Prieto, M.A., Hernán, M., Sólas, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de los servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Rev. Gaceta Sanitaria*. 13 (4): 312-319.

Marcos, A. (2001). *Ética ambiental*. Valladolid: Secretaría de Publicaciones e Intercambios Editoriales de la Universidad de Valladolid.

María, M.J. (1999). El Ordenamiento de Montalvo y la Nueva Recopilación. *Cuadernos de Historia del Derecho*. nº6, 435-473.

Martín, A. (2000). Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria: las metodologías cualitativas. *Rev. Atención Primaria*, 25: 605.

Martínez-Calcerrada, L. (1998). La responsabilidad civil profesional y la Lex Artis ad hoc. *Anales de la Academia Matritense del Notariado*, 37: 65-108.

Martínez-Calcerrada, L. (2010). Responsabilidad civil del auditor de cuentas. *Diario La Ley*, nº 7530, pp. 8-12. Recuperado el 06 de febrero de 2012 desde:

http://icavic.catalegbiblioteca.cat/opac/index.php?ivi=notice_display&id=2306

Martínez, A.A. (2007). Reflexión sobre Seguridad del paciente y factor humano. *Rev. Tempus Vitales*, 7(2).

Martínez, A. A. (2008). La apelación constante a la Ética. *Revista Ética de los Cuidados*. Ene-jun; 1(1). Recuperado el 14 de marzo de 2012 desde:

<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6766.php>

Maykut, P., Morehouse, R. (1994). *Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide*. London: Falmer Press.

Mazeaud, H., Mazeaud, L., Tunc, A. (1963). *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual*. Buenos Aires: Ediciones Jurídicas Europa-América.

Medina Castellano, Carmen Delia. (2001). *Formación, asistencia y responsabilidad médica: evolución y estado de la cuestión*. (Tesis doctoral). Departamento de Ciencias Jurídicas Básicas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Mendes, MA. Y Almeida Lopes, D. La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *Revista Index Enferm*, 18 (4): 258-262. Recuperado el 26 de mayo de 2012 desde:

<http://www.index-f.com/index-enfermería/v18n4/7047.php>

- Messina de Estrella, G.N. (1997). *La responsabilidad civil en la era tecnológica. Tendencias y prospectivas*. Buenos Aires: Editorial Abeledo-Perrot.
- Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. California: Sage Publications.
- Mompart, M.P. (2004). Rebelión en las aulas. *Rev. ROL de Enfermería*, 27 (10): 646-656.
- Mompart, M. P. (2010). En tiempos de crisis, más y mejores enfermeras. *Revista Presencia*, Ene-jun, 6(11). Recuperado el 27 de agosto de 2013 desde: <http://www.index-f.com/presencia/n11/p0158.php>
- Moreno Monsiváis, María Guadalupe. (1997). *Percepción de factores que influyen en la calidad del cuidado de Enfermería*. (Tesis de Maestría en Enfermería). Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Morgan, L. (1998). *The focus group guidebook*. California: Sage Publications.
- Morse, J.M. (2004). Concepts of caring and caring as concept. *Advanced Nursing Science*, 13(1): 14-28.
- Morse, J.M. (2008). A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 7(2): 70-92.
- Moscovici, S. (1985). *Psicología Social I*. Buenos Aires: Paidós.

Moviñas, A. (1994). Epistemología y Representaciones Sociales: Concepto y Teoría. En VV.AA. *Psicología General y Aplicada*, 409-419.

Munkman J. (1973). *Damages for Personal Injuries and Death*. London: Butterworths and Co.

Navarro, M. (2011). Responsabilidad civil del médico. *Jano: Medicina y humanidades*, 1777: 74.

OMS. (1993). *Enfermería en acción*. Publicaciones regionales, Series Europeas nº48. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Onwuegbuzie, A.J.; Dickinson, W.B.; Leech, N.L.; Zorag, A.G. (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de la investigación basada en grupos focales. *Rev. Paradigma*, 3: 127-157.

Oskamp, S. (1991). *Attitudes and opinions*. New Jersey: Prentice Hall.

Pajares, J.A. (2012). *Código Civil*. Madrid: Aranzadi.

Palomino, P.A., Frías, A., Rosario, R. (1995). Los productos enfermeros en atención primaria de salud: aproximación desde el marco de cuidados. *Revista Enfermería Clínica*, 5(2): 72-75.

Pantaleón, F. (1991). Comentario del artículo 1902 CC. En: VV. AA. *Comentario del Código Civil*. Madrid: Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Justicia. 1971-2003.

Pantaleón, F. (2000). Como repensar la Responsabilidad Civil Extracontractual (también de las Administraciones Públicas). En: Moreno, J.A. *Perfiles de la Responsabilidad Civil en el nuevo milenio*. Madrid: Dykinson.

Parra Sepúlveda, D. (2014). *La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa*. (Tesis Doctoral). Departamento de Derecho Privado. Universidad Carlos III. Madrid.

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage Publications.

Pedraz, M. (2010). La edad dorada de la enfermería española. *Lección de recepción leída en el acto académico de nombramiento de profesora honoraria provita de Dña. María Victoria Antón Nardiz, en la UCM*, 10 de diciembre, Madrid.

Peiró, J.M. (1984): *Psicología de las organizaciones*. Madrid: UNED. pp. 157-187.

Pena, J.M. (2004). Función, naturaleza y sistema de responsabilidad civil aquiliana en el ordenamiento jurídico español. *Rev. de Derecho Privado*, 88: 174-208.

Pera, I. (1994). Aspectos actuales de Enfermería Legal. *Revista SEDEN*, 1:34-35. Recuperado el 02 de mayo de 2013 desde: http://www.revistaseden.org/files/art607_1.pdf

Pérez, A. (2005). La concurrencia de Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual derivadas de un mismo accidente de trabajo I y II. Recuperado el 09 de agosto de 2012 desde: www.dspace.uah.es/dspace/handle/10017/604

Pérez, G. (1994). *Investigación Cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: Muralla.

Pérez, J.M. (2004). *Historia del Derecho Español, tomo II*. Madrid: Servicio Publicaciones Universidad Complutense.

Pidgeon, N.F. (1998). Risk assessment, risk values and the social science programme: why we do need risk perception research. *Reliability Engineering & System Safety*, 59: 5-15. Recuperado el 23 de abril de 2013 desde: www.sciencedirect.com/science/journal/.../59/1

Pino, R. del; Frías, A.; Palomino, P.A.; Cantón, D. (1995). Modelos en Enfermería Comunitaria. *Rev. Rol de Enfermería*, 207: 57-63.

Platón. (1993). *La República*. Madrid: Alianza Editorial.

Poletti, R. y Dobbs, B. (1998). El futuro de los cuidados enfermeros en Europa. *Rev. Rol de Enfermería*, 238: 26-27.

Porres Gálvez, M.R. (2012). *Estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes del colegio Loyola ante el divorcio de sus padres*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología. Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Pothier, R.J. (1890). *Oeuvres de Pothier, Traité des obligations*, 3ème ed., par M. Jean-Joseph Bugnet. Paris: L. Baudoin.

Ramió Jofré, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. (Tesis Doctoral). Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Universidad de Barcelona.

Reich, W.T. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: McMillan.

Revuelta, F.I. y Sánchez, M.C. (2003). Programas de análisis cualitativo para la investigación en espacios virtuales de formación. *Revista Teoría de la educación: educación y cultura en la sociedad de la información*, 4. Recuperado el 27 de agosto de 2013 desde:

www.usal.es/teoríaeducación.

Rhode, E. (1990). *La India literaria*. México: Porrúa.

Ribera, D.; Cartagena, E.; Reig, A.; Roma, M.T.; Sans, M.I.; Caracua, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería: estudio empírico en la provincia de Alicante*. Alicante: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Alicante.

Rivero, A. y Porlan, R. (2005). Areas of professional research: A proposal for organising the content of teacher education. En Denicolo y Kompf (Eds): *Connecting Policy and Practice. Challenges for teaching and learning in schools and universities*. London: Routledge.

Roca, E. y Navarro, M. (2011). *Derecho de daños. Textos y materiales*. Valencia: Tirant lo Blanc.

Rodrigo Pedrosa, O. (2011). *Percepción de las enfermeras de Barcelona sobre la aplicación del rol de autónomo en su contexto laboral*. (Tesis de máster). Universidad Internacional de Catalunya.

Rodríguez, A. (1996). Psicología social de los prejuicios. En Álvaro, J.L., Garrido, A., Torregrosa, J.R. (Coord.). *Psicología social aplicada*. Madrid: McGraw-Hill. 295-315.

Rodríguez, G.; Gil, J.; García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.

Rodríguez, A.J. (2011). Percepción de los Profesionales Sanitarios sobre la Responsabilidad Civil en Enfermería. *ENE, Revista de Enfermería*, 5(1):44-50. Recuperado el 03 de febrero de 2012 desde: <http://enfermeros.org/revista>

Rodríguez, M. (2000). Credibilidad de la investigación cualitativa o reflexiones sobre qué y cómo observar en un estudio de casos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 39: 119-130.

Romero, E. (2013). La ética de la responsabilidad en las unidades de enfermería. *Rev. Seapa*, XI: 31-35.

Rossmann, G.B. y Rallis, S.F. (2003). *Learning in the field: An introduction to qualitative research*. California: Sage Publications.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Orthopsychiatry*, 57 (3): 316-329.

Saavedra, E. (2003). *El Enfoque Cognitivo Procesal Sistémico, como posibilidad de Intervenir educativamente en la formación de sujetos Resilientes*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Saavedra, E. y Castro, A. (2007). La investigación cualitativa, una discusión presente. *Liberabit*. 13 (13), 63-69. Recuperado el 03 de septiembre de 2013 desde: www.revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_13_1_editorial.pdf

Salazar, J.M., Motero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., Villegas, J. (1979). *Psicología social*. México: Trillas.

Salgado, C. (2012). Consideraciones históricas acerca de la responsabilidad precontractual antes de Rudolf Von Jhering. Aproximación doctrinal. *Revista de Derecho Privado*, (22), 277-298. Recuperado el 06 de febrero de 2012 desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-43662012000100009&Ing=en&ting=es

Salomone, G. (2007). *Responsabilidad profesional: las perspectivas deontológicas, jurídicas y clínicas*. Recuperado el 01 de marzo de 2012 desde: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_de_investigacion/775/index.htm

Sancerni, M.D., Meliá, J.M., González-Roma, V. Martí, N., Pradilla, J.F. (1990). El cuestionario general de ambigüedad de rol: un estudio de algunos aspectos de validez de constructo. *Revista de pensamiento I analisis*, XV (1). Castellón de la Plana: Universidad Jaime I.

Sancerni, M.D., Meliá, J.M., González-Roma, V. Martí, N., Pradilla, J.F. (1990). El cuestionario general de ambigüedad de rol: un estudio de algunos aspectos de validez de constructo.

Revista de pensamiento I analisi, XV (2). Castellón de la Plana: Universidad Jaime I.

Sancerní, P., Pollán, M., Idoate, V.M., Cremaes, E. (1992). Formación continuada. Motivación, intereses, necesidades. *Rev. Rol de Enfermería*, 161: 58-63.

Sánchez, A. (1996). *La responsabilidad civil médica: aspectos más relevantes del contrato de servicios médicos y del contrato de servicios hospitalarios*. (Tesis Doctoral). Departamento de Derecho Privado, Económico y Social. Universidad Autónoma de Madrid.

Sánchez, J.L. (2003). Evaluación del clima laboral del personal de enfermería de las unidades de salud mental de un hospital. *Rev. Enfermería Científica*, 254-255: 75-78.

Sánchez, J. (2009). Nueva doctrina constitucional sobre la prescripción del delito y su incidencia en el ejercicio de la acción por responsabilidad civil ex delicto. *Revista Anales del Derecho*. 1. Recuperado el 21 de marzo de 2012 desde: www.raco.cat/index.php/InDret/article/download/124356/1723

Sánchez-Prieto, P, Díaz, R, Trujillo, E. (2006). *Las Siete Partidas de Alfonso X, el Sabio*. Recuperado el 08 de marzo de 2012 desde: <http://www.rae.es>

Sandín-Esteban, MP. (2005). Retos actuales de la formación en investigación cualitativa en educación. *Conferencia de clausura del I Encuentro Internacional de Investigación Cualitativa en Educación*, 26-29 de septiembre. Universidad Pedagógica

Experimental Libertador- Instituto Pedagógico de Barquisimeto "Luis Beltrán Prieto Figueroa". Venezuela.

Sandoval, M.C. (2004). Concepto y Dimensiones del Clima Organizacional. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 10(27), 83-88. Recuperado el 27 de abril de 2012 desde: <http://www.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/27/index.html#>

San Julian, V. (2003). La responsabilidad objetiva en el ámbito médico. *Conferencia presentada en la I Jornada sobre Responsabilidad Civil: Responsabilidad Médica*, 27 de marzo, Pamplona.

San Julián, V. (2003). Regulación por parte del Derecho civil español de la responsabilidad extracontractual en el ámbito escolar: evolución legal y situación legal. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, n° 107, mayo-agosto, 683-722. Recuperado el 26 de febrero de 2012 desde <http://www.ejournal.unam.mx/bmd/bolmex107/BMD10709.pdf>

Santos, J. (1963). *Derecho de daños*. Madrid: Revista de Derecho Privado.

Santos, M.A. (1999). La observación en investigación cualitativa. Una experiencia en el Área de Salud. *Rev. Atención Primaria*, 24 (7): 425-430.

Sanz, A. (2000). El concepto jurídico de responsabilidad en la Teoría General del Derecho. En VV.AA., *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, n°4, pp. 27-56.

Sanz, T., González, M., Hernández, A., Hernández, H. (2003). *Curriculum y formación profesional*. La Habana: Departamento de Ediciones ISPJAE-CUJAE. Recuperado el 16 de septiembre de 2015 desde: bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Cuba/cepes-uh/20110613040117/librocurriculum.pdf

Seijas, J.A. (2007). *Responsabilidad Civil. Aspectos fundamentales*. Madrid: Sepin.

Sellarés, J., Bosch, C., Florensa, E., De Serdio, E., Gorroñoigoitia, A., Medina, E., Medina, M. (2002). *Evaluación de la competencia. Reto o necesidad*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

Sherman, R.R. y Webb, R.B. (1988). Qualitative research in education: A focus. En Sherman, R.R. y Webb, R.B. (Eds.) *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*. New York.

Siles, J. (2010). La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de globalización-glocalización y su incidencia en la Cultura de los Cuidados. *Rev. Index de Enfermería*. 19(2-3):162-166.

Siso, J. (2007). *La función administrativa en las instituciones sanitarias*. Madrid: Escuela Superior de Administración Pública.

Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, nº 75, 73-85.

Soto, M.M. (2010). *Enfermería: modelo de teselaciones para la formación superior*. San Luís: Nueva Editorial Universitaria.

Stake, R.E. (1994). Case Study. En VV.AA., *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications. 236-247.

Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study*. London: Sage Publications.

Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.

Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Strauss A. y Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: Contus-Editorial Universidad de Antioquia.

Suárez, E.N. (1996). El concepto de resiliencia desde la perspectiva de la promoción de salud. En VV.AA., *Resiliencia: construyendo en adversidad*. Santiago de Chile: Centro de Estudios y Atención al Niño y a la Mujer.

Taylor, S.J., Bogdan, R. (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Udelsmann, A. (2002). Responsabilidade Civil, Penal e Ética dos médicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 48(2), 172-182. Recuperado el 01 de marzo de 2012 desde: www.scielo.br/pdf/ramb/v48n2/a38v48n2.pdf

UNESCO. (1998). La educación superior en el siglo XXI. Conferencia sobre la Educación Superior. París: UNESCO (5-9 de octubre).

Uriz, M.I. (2000). *Ética social contemporánea*. Pamplona: Eunate.

Urrejola, S. (2004). *La responsabilidad profesional de los agentes de la construcción*. Santiago de Chile: Lexis Nexis.

Urrejola, S. (2011). El hecho generador del incumplimiento contractual y el artículo 1547 del C.C. *Rev. Chilena de Derecho Privado*. n° 17, pp. 27-69.

Urreola, A. y Romero, S. (2011). Tendencias actuales de la jurisprudencia española en materia de responsabilidad penal médica. *Revista de Derecho Penal* n° 34, pp. 35-74.

Vallés, M.S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vanegas, B.C. (2011). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para Enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 6, n° 6, pp. 128-142.

Van Rensselaer, P. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. New Jersey: Prentice Hall Pub.

Vargas, F. (2007). *La formación por competencias como instrumento para incrementar la empleabilidad*. Recuperado el 06 de agosto de 2015 desde: www.arearh.com/formacion/formacionporcompetencias.htm

Vázquez, J. (1994). *Análisis de contenido categorial: el análisis temático*. Recuperado el 23 de noviembre de 2013 desde: https://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2013/03/fecc81lix-vacc81zquez_analisis-de-contenido-categorial-tematico.pdf

Villa, A. y Marauri, J. (2004). *Herramientas para el desarrollo de la calidad*. Bilbao: Fundación Horreum Fundazioa.

VV.AA. (1930). *Constitución del Imperio (Reich) Alemán, de 11 de agosto de 1919*. Zaragoza: Athenaeum.

VV.AA. (1963). *Tratado teórico y práctico de la responsabilidad civil delictual y contractual*. Buenos Aires: Ediciones jurídica Europa-América.

VV.AA. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Consejo General de la Enfermería de España.

VV.AA. (2006). *Libro blanco Título de Grado de Enfermería*. Madrid: ANECA.

VV.AA. (2011). *Desarrollo del Máster y Doctorado Oficial de Enfermería en España: antecedentes*. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I.

VV.AA. (2014). *Diccionario de la Lengua Española. Vigésimo tercera edición*. Madrid: Edita Real Academia Española de la Lengua.

Weisman, A y Worden, J. (1977). *Coping and vulnerability in cancer patients: a research report*. Cambridge: Shea Nros.

Yzquierdo, M. (2001). *Sistema de responsabilidad civil contractual y extracontractual*. Madrid: Dykinson.

Zoucha, R. (1999). La utilización de métodos cualitativos en enfermería. *Rev. Cultura de los cuidados*, Año III, n. 6, 80-90.

Recuperado el 21 de octubre de 2013 desde: www.rua.ua.es

ANEXOS.

Anexo 1.

Cartagena, 08 de enero de 2014

A/A Vicerrectorado de Infraestructuras UPCT.

Estimado señor o señora:

Como alumno de doctorado de la Universidad de Murcia; en el programa de Doctorado de Investigación en Cuidados, coordinado por el Departamentos de Enfermería y dirigido por los Drs. Meseguer Liza, Torralba Madrid y García Capilla, tengo a bien el solicitarle un aula para realizar dos reuniones con profesionales de enfermería del Complejo Universitario Hospital de Cartagena.

Dichas reuniones, que son para formar un grupo focal y realizar una sesión de discusión sobre el tema que nos interesa (responsabilidad civil extracontractual en el ámbito sanitario), podría tener lugar o bien un lunes, o bien un jueves (según disposición de aula), en horario de tarde y con una duración aproximada de dos horas.

Comunicarles a la vez que apoyo de personal de la UPCT para la sesión de discusión que tenemos que plantear no es necesario, con disponer de un aula donde reunirnos es suficiente.

Por un anterior contacto con la secretaria de la Escuela Superior de Ingenieros Agrónomos, tengo conocimiento de la existencia de un aula (aula AG2-1.5B) que depende del Vicerrectorado de Infraestructuras y que para dichos días y en horario de tardes, están en principio libre.

Mi teléfono de contacto es: ----- y mi dirección de correo electrónico:

Atentamente le saluda,

Fdo.: José Martín Rodríguez
Doctorando Universidad de Murcia.

Anexo 2.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

“La Responsabilidad Civil Extracontractual: estudio cualitativo desde la perspectiva de la Enfermería en las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia”.

Documento de información para las participantes de los grupos focales, para la posterior decisión de Consentimiento Informado.

¿EN QUE CONSISTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Se le está pidiendo que su participe en un proyecto de Investigación (Tesis Doctoral).

El proyecto en el que participa tiene como objetivo general analizar las percepciones y conocimientos que, sobre la figura jurídica “responsabilidad civil extracontractual”, tienen las profesionales de enfermería de las Áreas de salud II y VIII de la Región de Murcia.

Con este propósito se solicita su participación como miembro de uno de los diferentes grupos focales a celebrar, durante el proceso de investigación.

Antes de tomar una decisión al respecto, usted:

- Recibirá información detallada de este estudio de investigación.
- Se le pedirá que lea este documento de información y que lo firme una vez que comprenda el estudio de investigación y si desea participar en alguno de los grupos focales a realizar.
- Se le animará a hacer preguntas. Si hay algo que no entienda sobre el estudio o si tiene alguna pregunta, pida una explicación antes de firmar este formulario.
- Se le entregará una copia de estos documentos para que los conserve.

¿POR QUE SE QUIERE HACER ESTA INVESTIGACION?

La responsabilidad civil extracontractual en el medio sanitario se ha convertido en un hecho cotidiano, con el que deben aprender a todos los profesionales sanitarios.

Fundamentándonos en tal apreciación, pretendemos realizar esta investigación de carácter cualitativo teniendo como soporte dos hechos principales:

- ✓ de un lado, el propio interés que genera en el autor del estudio la importancia implícita de la responsabilidad civil extracontractual en la profesión enfermera y toda la problemática que desde el punto de vista asistencial puede generarse en torno a esta figura legal;
- ✓ por otro lado, intentar engrosar el conjunto de conocimientos de la disciplina enfermera, porque como bien dice López (2009), *la generación del conocimiento enfermero deberá proceder del trabajo y las tareas investigadoras de sus profesionales.*

BENEFICIOS Y RIESGOS

La participación en la presente investigación, como sujeto participante los grupos focales a realizar, no supone perjuicio alguno por el uso confidencial de los diferentes datos que se aporten durante el desarrollo de los mismos.

Podría suponer un importante beneficio, ya que podría ayudar a saber qué problemas presentan, respecto al objetivo principal de nuestro estudio, y proceder a su evaluación.

Por otro lado, esta investigación podría dar lugar a que apareciesen nuevas líneas de investigación, relacionadas con la materia que estamos explorando.

CIRCUNSTANCIAS POR LAS QUE PUEDE SALIR DEL ESTUDIO

Su colaboración es de carácter voluntario, por lo que usted podrá, en cualquier momento, salir o abandonar el estudio si esa es su decisión, libremente y sin tener que dar explicaciones.

Así mismo, si desea que no se grabe la información aportada o se elimine alguna parte de la grabación, deberá comunicarlo a la coordinadora del grupo focal.

En cualquier caso, durante el desarrollo del grupo focal, podrá solicitar toda la información que considere oportuna, dirigiéndose a la persona que coordina la realización del mismo.

No obstante, conviene realizarle dos apreciaciones:

- ✓ El estudio podría suspenderse si no hubiese suficiente número de sujetos para conforma los grupos focales diseñados.
- ✓ El investigador podría sacar a un sujeto participante, si no cumpliera con los criterios que implica el estudio.

CONFIDENCIALIDAD Y ACCESO A DATOS

El acceso a sus datos se realizará guardando la más estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal de los participantes en el estudio.

Los datos requeridos para este estudio serán recogidos por la coordinadora de los grupos focales (colaboradora del investigador principal en este estudio).

Solamente serán recogidos datos que hagan referencia a los objetivos de este estudio. Sus datos serán objeto de un tratamiento disociado, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Para ello el investigador tendrá una lista con un código disociado de tal forma que solo él pueda identificar a los sujetos participantes en el estudio.

En general y durante el estudio se le garantiza el estricto cumplimiento de la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos Personales.

Puede quedarse con una copia de este documento.

Nombre completo y firma del investigador:.....

Lugar y fecha:.....

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

“La Responsabilidad Civil Extracontractual: estudio cualitativo desde la perspectiva de la Enfermería en las Áreas de Salud II y VIII de la Región de Murcia”.

Yo, D. /Dña.:

.....

He leído el documento de Información referido al proyecto de Investigación arriba citado y se me ha explicado su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han contestado.

Entiendo el objetivo general de este Proyecto de Investigación.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento de participar en el estudio en cualquier momento.

Entiendo que recibiré una copia de este documento como se firma a continuación.

Estoy de acuerdo con lo indicado y, permito la utilización responsable de la información expresada en la grabación que se va a realizar del grupo focal, siempre que su uso mantenga la privacidad de mi persona. Por todo ello, doy mi consentimiento libremente para participar en este estudio de investigación, tal y como se me ha descrito en el documento anteriormente citado.

Al dar conformidad a este consentimiento no renuncio a ejercer ninguno de mis derechos.

Cartagena, a..... de..... de 2014.

Nombre del sujeto participante en el grupo focal:

.....

Firma:..... Fecha:.....

Investigador:

.....

Firma:..... Fecha:.....

Nombre del presentador del documento:

.....

Firma:..... Fecha:.....

Anexo 4.

CUESTIONARIO SOBRE DATOS DEMOGRÁFICOS 1.

Estimada/o profesional de enfermería:

Estamos realizando una investigación cualitativa con grupos focales sobre la responsabilidad civil extracontractual en profesionales de enfermería de las Áreas de salud II y VIII.

Creemos que es importante para nuestra investigación estudiar algunas características sociodemográficas.

Por ello, le pedimos su respuesta al cuestionario anónimo que se adjunta. Sabemos que le estamos pidiendo un esfuerzo adicional añadido, al de su propia participación en alguno de los grupos focales diseñados para la investigación que estamos desarrollando.

Los datos serán tratados de forma confidencial.

Le agradecemos su participación y le comunicamos que a todas aquellas personas interesadas en un resumen de los datos obtenidos en el estudio podemos enviárselos una vez finalizada la investigación si nos lo solicitan.

Reciba un cordial saludo.

José Martín Rodríguez.

Doctorando Universidad de Murcia.

CUESTIONARIO SOBRE DATOS DEMOGRÁFICOS 2.

Objetivo 1: proporcionar información sobre la edad y el sexo de los participantes en las sesiones focales.

Objetivo 2: Recoger información sobre la antigüedad laboral como profesional de enfermería.

VARIABLES A ESTUDIAR: edad, sexo y antigüedad laboral.

Por favor, señale mediante una X el intervalo de edad en el que usted se encuentra, su sexo y su antigüedad laboral como profesional de enfermería.

De antemano, gracias por su colaboración.

VARIABLES		
EDAD	25-35 años	46-55 años
	36-45 años	≥ 56 años
SEXO	masculino	femenino
ANTIGÜEDAD LABORAL	5-10 años trabajados	21-30 años trabajados
	11-20 años trabajados	> 30 años trabajados

Tabla 11. (Fuente: elaboración propia).

Anexo 5.

LEGISLACIÓN Y NORMATIVAS CONSULTADAS.

1. Real Decreto de 16 de junio de 1827, por el que se establece el Reglamento para el régimen científico, económico e interior de los reales Colegios de Medicina y Cirugía, y para el gobierno de los profesores que ejerzan estas partes de la ciencia de curar en todo el Reino.
2. Real Orden de 29 de junio de 1846, creadora del Título de Ministrante.
3. Ley de Bases de 17 de julio de 1857, autorizando al Gobierno para formar y promulgar una ley de Instrucción Pública.
4. Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 (Ley Moyano), creadora del Título de Practicante, que dispone de tres “artes” fundamentales dentro de sus funciones: callista, dentista y asistente a partos.
5. Real Orden, aprobando el reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas, de 21 de noviembre de 1861.
6. Real Orden de 6 de Octubre de 1877, que desposee a los practicantes el ejercicio profesional de las “artes” de dentista.
7. Real Decreto, de 3 de febrero de 1881, de promulgación de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (Gaceta, número 36, de 05-02-1881).
8. Real Decreto, de 14 de septiembre de 1882, que promulga la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (Gaceta, número 260, de 17-09-1882).
9. Ley de Bases de 11 de mayo de 1888, por la que se autoriza al Gobierno para publicar un Código Civil con arreglo a las condiciones y bases establecidas en la misma. (Gazeta de Madrid del 22/05/1888).
10. Real Decreto de 6 de octubre de 1888, que dispone la publicación del Código Civil en la Gazeta de Madrid. (Gazeta de Madrid de 08/10/1888).
11. Real Decreto, aprobando el Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas, de 16 de noviembre de 1888.
12. Real Decreto de 11 de febrero de 1889, por el que se prorroga el plazo de entrada en vigor del Código Civil. (Gazeta de Madrid de 12/02/1889).
13. Real Decreto de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil. «BOE» núm. 206, de 25/07/1889. Ministerio de Gracia y Justicia.

14. Real Decreto de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad. En su título 3º, Capítulo VII, artículo 62, se refiere a las profesiones sanitarias Médicas, Farmacéuticas, Veterinaria, el arte de los partos, Practicantes y la de Dentista.
15. Real Decreto de 10 de agosto de 1904, que reorganiza los estudios de la Carrera de Practicantes y la de Matronas. Publicado el 12/08/1904 en la Gazeta de Madrid.
16. Real Orden de 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la Instrucción Enfermera. Autoriza a ejercer la profesión enfermera a las “Ministras de los enfermos” de la Concepción de Siervos de María, que acrediten los conocimientos necesarios de acuerdo con el programa formativo. Publicada en la Gazeta de Madrid el 21/05/1915.
17. Real decreto de 28 de febrero de 1917, aprobando las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas enfermeras.
18. Real Orden de 23 de mayo de 1923, por la que se crea la Escuela Nacional de Puericultura y laboratorio de investigaciones. Publicada en la Gazeta de Madrid el 25/05/1923.
19. Real Decreto de 9 de diciembre de 1924, por el que se crea la Escuela Nacional de Sanidad. En su artículo primero se señala: “... dar la enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares,..., empezando por los practicantes, enfermeras sanitarias,...”.
20. Real Decreto de 16 de noviembre de 1925, que establecería el Reglamento provisional de la Escuela Nacional de Puericultura. Publicado en la Gazeta de Madrid de 17/11/1925.
21. Orden Ministerial de 16 de abril de 1932, publicada en la Gaceta de Madrid nº 108, en la que se constituye el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, Organismo que se encargaba de la vigilancia postmanicomial de los enfermos mentales en tratamiento en los establecimientos psiquiátricos oficiales o particulares.
22. Orden Ministerial de 16 de Mayo de 1.932, que instaura el Título de Practicante Psiquiátrico, Enfermero Psiquiátrico y Enfermera Visitadora de Higiene Mental.

23. Orden Ministerial del 31 de julio de 1935, en la que se procede a rectificar los preceptos de los artículos 18, 24, 8 y 19 de los Reglamentos de Médicos, Practicantes y Odontólogos de Asistencia pública domiciliaria y Matronas titulares municipales, respectivamente, relativas a licencias de estos funcionarios. Se publica en la Gaceta de Madrid de 10/08/1935.
24. Orden Ministerial, del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad, publicada el 15 de julio de 1937 en la Gaceta de la República, relativa a la formación de matronas en cursos intensivos de dos semestres.
25. Orden Ministerial de 1 de marzo de 1940, del Ministerio de Educación Nacional, en la que se establecen en la Casa de Salud de Santa Cristina de Madrid, los estudios oficiales para obtener el Título oficial de matrona.
26. Orden Ministerial del Ministerio de Gobernación de 26 de noviembre de 1945, que contenía los Estatutos de las Profesiones Auxiliares Sanitarias (Practicantes, Matronas y Enfermeras) y de sus Colegios. Publicado en el BOE de 05/12/1945.
27. Decreto de 27 de junio de 1952, por el que se crea la Comisión Central de Estudios de Enfermería.
28. Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953, sobre la unificación de estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas, regulando los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y creando además, las Especialidades en Enfermería y la creación de la Comisión Central. Publicado en el BOE DEL 29/12/1953.
29. El 12 de febrero de 1957, el BOE publica el Decreto del Ministerio de Educación Nacional de 18 de enero de 1957, que establece la especialización de matronas para los ATS, marcando los requisitos previos y estableciendo la duración de los estudios teorico-prácticos en un año. Publicado en el BOE de 12/02/1957.
30. Decreto de 17 de noviembre de 1960, que viene a tratar el ejercicio profesional de los ATS, practicantes, matronas y enfermeras.
31. Decreto 1153/1961, de 22 de junio, del Ministerio de Educación Nacional, por el que se crea la especialidad de «Radiología y Electrología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
32. Orden Ministerial de 24 de mayo de 1963, del Ministerio de Educación y Ciencia. Dispone que los Títulos de practicante, matrona y ayudante técnico

- sanitario, sean considerados, a todos los efectos, como “Técnicos de Grado Medio”. Publicado en el BOE de 26/06/1963.
33. Decreto 3524/1964, de 22 de octubre, del Ministerio de Educación y Ciencia, por el que se crea la especialidad de «Pediatria y Puericultura» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
 34. Decreto 3192/1970, de 22 de octubre, del Ministerio de Educación y Ciencia, por el que se crea la especialidad de «Neurología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
 35. Decreto 3193/1970, de 22 de octubre, del Ministerio de Educación y Ciencia, por el que se crea la especialidad de «Psiquiatria» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
 36. Decreto 203/1971, de 28 de enero, del Ministerio de Educación y Ciencia, por el que se crea la especialidad de «Análisis clínicos» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
 37. Orden Ministerial, de 26 de abril de 1973, por el que se aprueba el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
 38. Decreto 2233/1975, de 24 de julio, del Ministerio de Educación y Ciencia, por el que se crea la especialidad de «Urología y Nefrología» en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios.
 39. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio. Publicado en el BOE el 22 de agosto de 1977. Disposición normativa por la cual las Escuelas de ATS, se convierten en Escuelas Universitarias de Enfermería.
 40. Orden Ministerial, de 31 de octubre de 1977, por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Publicada en el BOE de 26/11/1977.
 41. Constitución Española de 29 de Diciembre de 1978. Publicada en el BOE de 29/12/1978.
 42. Real Decreto de 11 de enero de 1980, por el que se homologan los títulos de ATS y Diplomado en Enfermería a efectos de derechos profesionales, corporativos y nominativos. Publicado en el BOE de 24/01/1980.
 43. Orden Ministerial de 15 de julio de 1980, por la que se establecen las normas del curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación

- académica del título de Ayudante Técnico Sanitario por el de Diplomado en Enfermería. . Publicada en el BOE el 23/07/1980.
44. Real Decreto 2287/1980, de 26 de septiembre, por el que se suprime la limitación por razón de sexo a los estudios de Matrona, por lo que el ATS y Diplomado en Enfermería masculino pudo optar por primera vez a cursar los estudios de Matrona. También se derogó las enseñanzas de Matrona en régimen de internado.
 45. Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
 46. Orden Ministerial, de 9 de octubre de 1980, publicada en el BOE de 20 de octubre de 1980. En esta disposición se establece que, los Diplomados en las Escuelas Universitarias de Enfermería, podrán realizar a la terminación de sus estudios, las especialidades establecidas para los ATS, con el mismo régimen académico y los mismos efectos.
 47. Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas.
 48. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 49. RD 992/1987, de 3 de julio, por el que se crea la especialidad de Cuidados Especiales y la especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Publicado en el BOE el 1 de agosto de 1987.
 50. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común.
 51. Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial.
 52. Orden Ministerial de 22 de octubre de 1993, por la que inicia su formación la primera promoción de Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), que concluyó sus estudios en 1996. Publicada en el BOE de 23/10/1993.
 53. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia.
 54. Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Procedimiento Laboral.
 55. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
 56. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. (Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95).

57. Ley Orgánica 6/1998, de 13 de julio, del Poder Judicial.
58. Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.
59. Orden Ministerial de 30 de julio de 1998, por la que se convoca para iniciar los programas de formación de las especialidades de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) y de Salud Mental, en el año 1999. El número de plazas ofertadas es de 97 para las Matronas y 21 para Salud Mental. Publicada en el BOE de 04/08/1998.
60. Ley 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.
61. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
62. Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de la Función Pública de la Región de Murcia.
63. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial.
64. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación e información clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-02).
65. RD 1044/2003, de 1 de agosto, que establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al Título.
66. RD 1125/2003, de 5 de septiembre, que establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones de las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional.
67. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-03).
68. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
69. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
70. Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

71. Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. Publicado en el BOE de 25/01/2005.
72. RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Publicado en el BOE de 6 de mayo de 2005.
73. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.
74. Ley 29/2006, de 29 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios.
75. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades.
76. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.
77. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio).
78. RD 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Publicado en el BOE de 30/10/2007.
79. Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
80. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Publicada en el BOE de 19/07/2008.
81. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. Publicado en el BOE de 20/11/2008.
82. Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. Publicado en el BOE de 24/11/2008.
83. Corrección de errores 5130 del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. Publicado en el BOE de 28/03/2009.

84. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Publicado en el BOE de 28/05/2009.
85. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Publicado en el BORM de 20/05/2009.
86. Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo, por la que se actualizan los anexos del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. Publicada en el BOE de 04/06/2009.
87. Corrección de errores 12057 del Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre. Publicado en el BOE de 21/07/2009.
88. Orden EDU/3424/2009, de 11 de diciembre, por la que se modifica la Orden ECI/3858/2007, de 27 de diciembre, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de las profesiones de Profesor de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas.
89. Decreto n.º 4/2010, de 29 de enero, por el que se desarrolla en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el Real Decreto 1.892/2008, de 14 de noviembre.
90. Orden EDU/268/2010, de 11 de febrero, por la que se modifica la Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo.
91. Real Decreto 558/2010, de 7 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 1892/2008, de 14 de noviembre, por el que se regulan las condiciones para el acceso a las enseñanzas universitarias oficiales de grado y los procedimientos de admisión a las universidades públicas españolas. Publicado en el BOE de 08/05/2010.
92. Orden EDU/1247/2011, de 12 de mayo, por la que se modifica la Orden EDU/1434/2009, de 29 de mayo.
93. Orden EDU/3242/2010, de 9 de diciembre, por la que se determina el contenido de la fase específica de la prueba de acceso a la universidad que podrán realizar quienes estén en posesión de un título de técnico superior de formación profesional, de técnico superior de artes plásticas y diseño o de técnico deportivo superior y equivalentes. Publicada en el BOE de 17/12/2010.

94. RD 639/2014, de 25 de julio. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. Publicado en el BOE de 06/08/2014.

Anexo 6.

Gráficas de distribución por edad y sexo de participantes en los grupos focales realizados.

Gráficas de distribución por edad.

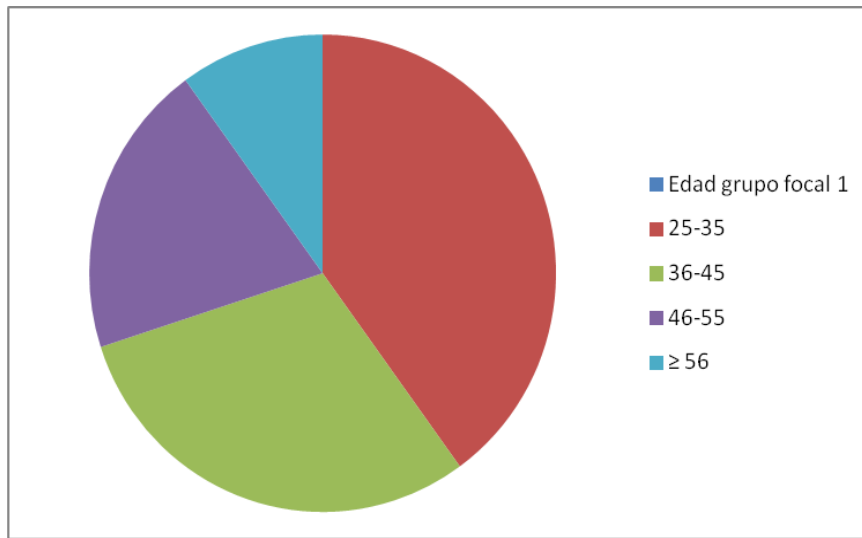


Gráfico 7. (Fuente: elaboración propia).

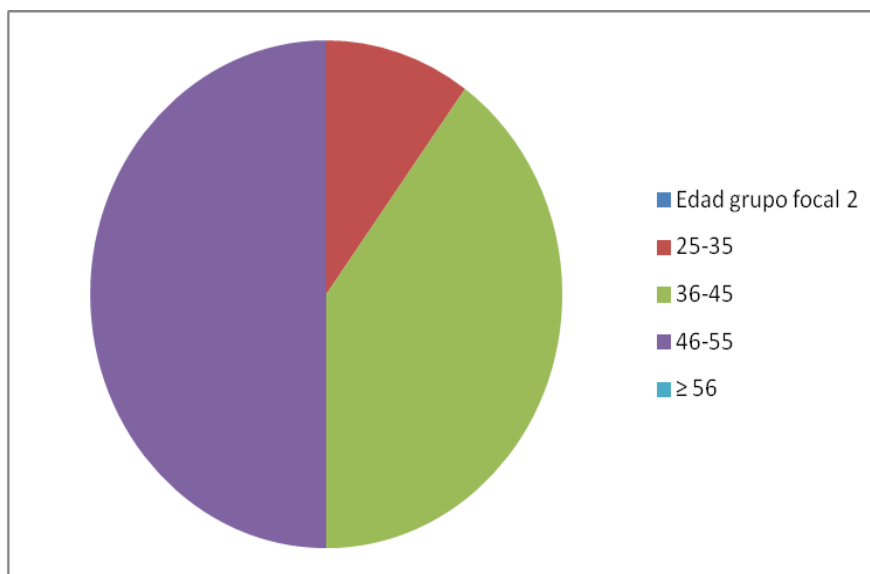


Gráfico 8. (Fuente: elaboración propia).

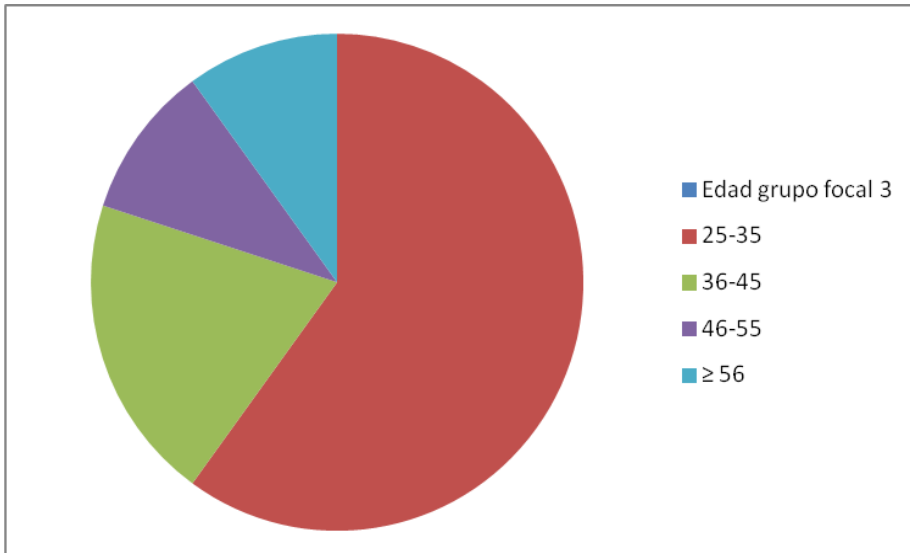


Gráfico 9. (Fuente: elaboración propia).

Gráficas de distribución por sexo.

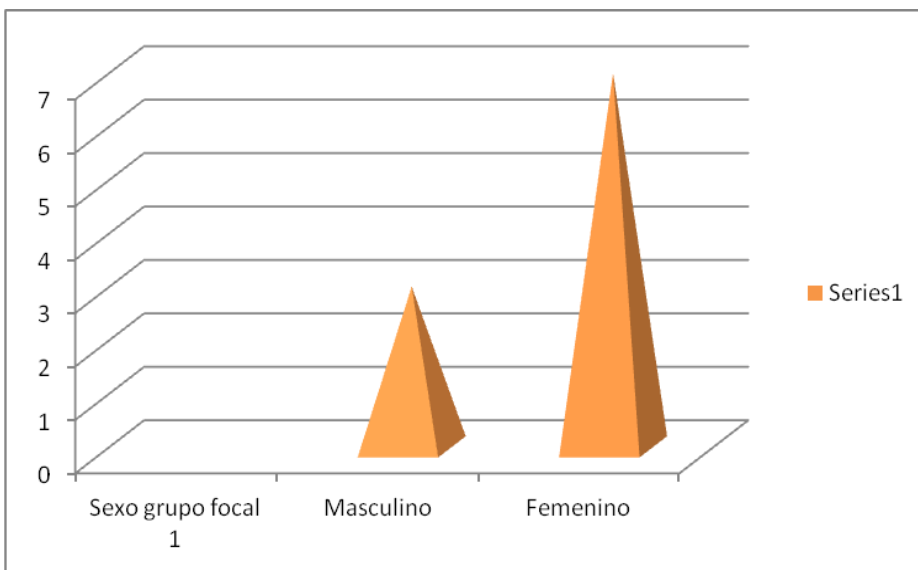


Gráfico 10. (Fuente: elaboración propia).

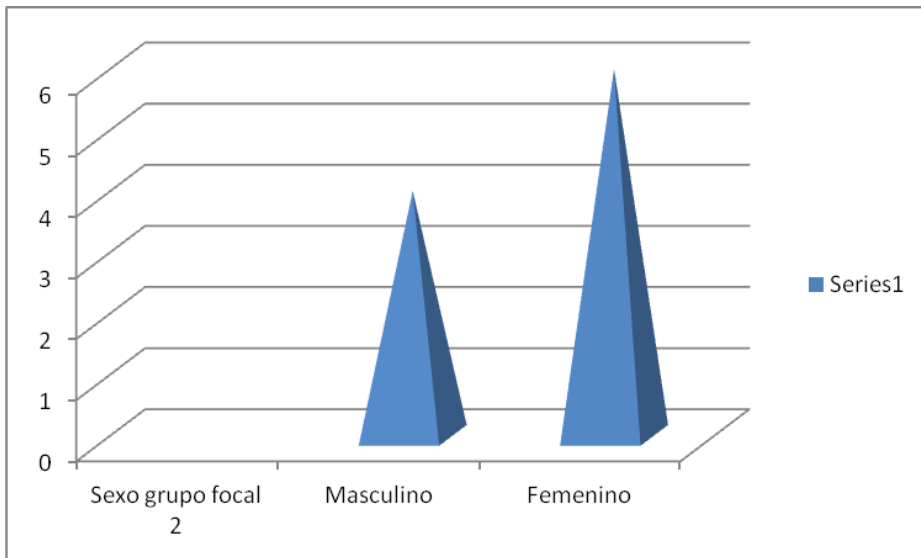


Gráfico 11. (Fuente: elaboración propia).

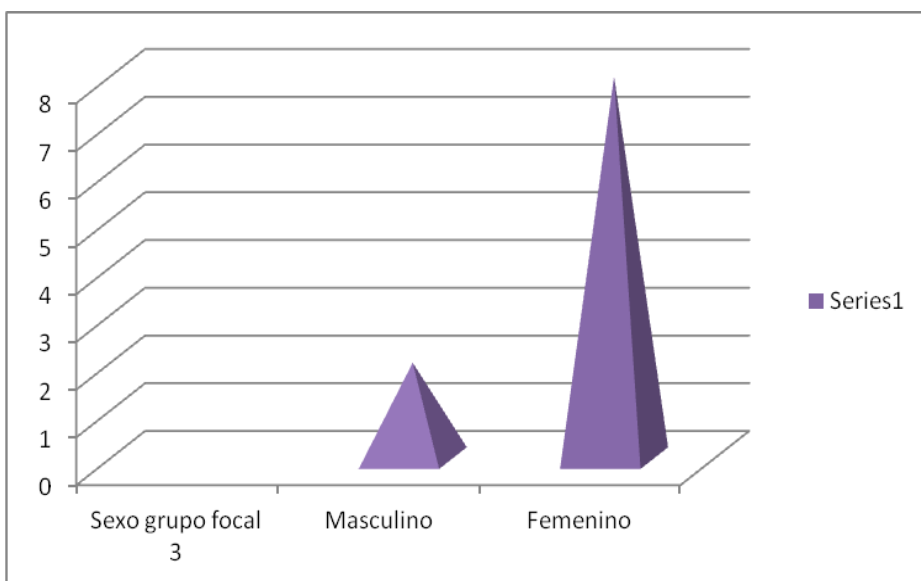


Gráfico 12. (Fuente: elaboración propia).

Anexo 7.

Guión para celebrar los grupos focales.

1. Acto de bienvenida a los participantes por el investigador principal.
2. Presentación de la persona que va a dirigir la sesión focal y su colaboradora.
3. Descripción de los objetivos de la sesión.
4. Descripción de los contenidos fundamentales de la sesión.
5. Señalar la duración aproximada.
6. Señalar la necesidad de registrar la sesión, explicación y solicitud de consentimiento informado como participante.
7. Realizar énfasis en la confidencialidad y necesidad de sinceridad por parte de los participantes en las sesiones focales.
8. Solicitud de contestar la encuesta con datos demográficos.
9. Descripción de normas básicas de interacción con el grupo.

Anexo 8. Cronograma seguido.

CRONOGRAMA	2012											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Descripción actividad												
Búsqueda bibliográfica												
Redacción Marco Teórico												
Material y Método												
Población a estudio y selección de la muestra												
Realización grupos de discusión												
Transcripción de las sesiones realizadas												
Análisis de datos												
Resultados de la investigación												
Discusión y conclusiones												
Revisión final												
Fecha prevista lectura tesis												

CRONOGRAMA	2013											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Descripción actividad												
Búsqueda bibliográfica												
Redacción Marco Teórico												
Material y Método												
Población a estudio y selección de la muestra												
Realización grupos de discusión												
Transcripción de las sesiones realizadas												
Análisis de datos												
Resultados de la investigación												
Discusión y conclusiones												
Revisión final												
Fecha prevista lectura tesis												

CRONOGRAMA	2014											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Descripción actividad												
Búsqueda bibliográfica												
Redacción Marco Teórico												
Material y Método												
Población a estudio y selección de la muestra												
Realización grupos de discusión												
Transcripción de las sesiones realizadas												
Análisis de datos												
Resultados de la investigación												
Discusión y conclusiones												
Revisión final												
Fecha prevista lectura tesis												

CRONOGRAMA	2015											
	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D
Descripción actividad												
Búsqueda bibliográfica												
Redacción Marco Teórico												
Material y Método												
Población a estudio y selección de la muestra												
Realización grupos de discusión												
Transcripción de las sesiones realizadas												
Análisis de datos												
Resultados de la investigación												
Discusión y conclusiones												
Revisión final												
Fecha prevista lectura tesis												

CRONOGRAMA	2016						
	E	F	M	A	M	J	JL
Descripción actividad							
Búsqueda bibliográfica							
Redacción Marco Teórico							
Material y Método							
Población a estudio y selección de la muestra							
Realización grupos de discusión							
Transcripción de las sesiones realizadas							
Análisis de datos							
Resultados de la investigación							
Discusión y conclusiones							
Revisión final							
Fecha prevista lectura tesis							

Anexo 9. Transcripciones parciales de los grupos focales.

TRANSCRIPCIÓN PARCIAL GRUPO FOCAL 1.

MODERADORA:

Este grupo focal hace una reflexión en torno a la Responsabilidad Civil Extracontractual en la Enfermería, con el objeto de constatar el conocimiento que de la misma tienen en general las enfermeras, las expectativas que suscita su existencia en la aplicación de la labor profesional y la percepción por parte de las profesionales de los déficits en cuanto a su formación en RCE.

De manera introductoria, he de informaros de que enmarco el grupo focal dentro de un proyecto de investigación que se está desarrollando dentro del Doctorado en Investigación en cuidados de Enfermería....

Hemos de señalaros que se os garantiza el anonimato y la confidencialidad respecto a todos los temas que se traten y discutan en esta reunión.

A continuación,..., la persona que colabora conmigo a realizar esta sesión focal os va a dejar dos folios. En uno de ellos se os especifica fehacientemente el objeto de la investigación y en el segundo folio se os solicita el consentimiento informado...

En resumen, el objeto de este grupo focal es la recogida de percepciones y opiniones que tenéis sobre la responsabilidad civil extracontractual y la importancia que le dais a la misma en el desarrollo diario de vuestra labor como trabajadores de la sanidad, por supuesto en el estricto marco de la confidencialidad de lo que aquí se debata, con el objeto último de detectar ausencias y establecer mecanismos formativos que las subsanen.

Añadiendo que espero que la experiencia sea enriquecedora para ambas partes, que haya una participación activa y un diálogo fructífero que permita la inclusión de un “brainstorming” de ideas en mi trabajo, os propongo una batería de preguntas sobre las que trabajar:

1. La primera de ellas es cómo indagar en el conocimiento que las enfermeras tenéis sobre responsabilidad civil extracontractual;
2. cuáles son las creencias que se tienen sobre esta figura jurídica;
3. cuáles son las expectativas que surgen al relacionar la RCE con la labor profesional;
4. cómo se perciben los déficits formativos en RCE.

Ah, olvidaba decir que por favor procuréis respetar los turnos para que se grabe todo bien.

A partir de este momento, podéis exponer con total libertad vuestras percepciones sobre el tema...

PAR 5. Hombre, inicialmente yo planteo que los déficits formativos son importantes, pero además lo son porque en el trabajo diario nos centramos en la atención personal al paciente, no podemos estar pensando en la responsabilidad que podemos tener si cometemos un error porque en principio lo que no queremos es tenerlo; entonces dejamos eso a otro ámbito, el jurídico, que además nos resulta, digamos, un terreno árido, igual que a un jurista le resulta difícil entender nuestra terminología o nuestros protocolos, al ser algo ajeno a ellos... vaya, eso de “zapatero, a tus zapatos”. De todos modos, es interesante por lo menos saber en qué consiste la RCE por el hecho de que tenemos por delante una larga vida profesional en la que nuestra responsabilidad no es solo la diaria, sino que puede aparecer una responsabilidad civil derivada de errores que nadie quiere cometer pero que ahí están... Así que, sí, hay déficits formativos que se deberían paliar.

PAR 2. Sí, pero yo también apostillo que es importante que los cursos formativos sean específicos sobre la RCE para dar al profesional una idea clara de en qué terrenos se mueve en su responsabilidad, al ser unas necesidades concretas; otra cosa sería a nivel de los profesionales de la universidad que impartan los cursos, los cuales deberían contrastar sus conocimientos a modo de cursos de desarrollo docente pero teniendo en cuenta las necesidades del sector concreto. Tened en cuenta que, como profesional, yo pienso que no debemos perder el tiempo en hablar sobre nuestras experiencias o anécdotas (que si pueden estar bien como ejemplo o apoyo en determinados momentos generalmente nos hacen perder más tiempo que otra cosa), a no ser que estas supongan casos estrictamente aplicables al curso concreto en cuestión, sino en conocer exactamente en qué consiste la RCE.

PAR 3. Creo que todos estamos de acuerdo en realizar cursos sobre el tema a nivel profesional pero añadiría que ello debería incluir el contacto con otros profesionales no solo de la Enfermería sino de ámbitos distintos como el del Derecho, ya que el tema es complejo y nosotros podemos tener una idea sobre nuestra labor diaria y la responsabilidad que conlleva pero en líneas generales, mientras que profesionales de la materia jurídica se acercan a la materia de forma más concreta, conociendo las consecuencias de la RCE en el régimen de sanciones por ejemplo. Vamos, que habría una complementariedad en este caso de la RCE entre el enfermero y el jurista, a tener en cuenta en la impartición de los cursos.

PAR 1. Quizá en relación con la materia jurídica habría que plantear aquí el tema del corporativismo, me explico: como profesionales de un

sector tendemos a intentar protegernos en el ejercicio de nuestra labor en el caso de alguna responsabilidad, esto lo hemos visto algunas veces, pero también pienso que ello deriva del desconocimiento sobre en qué consiste esa responsabilidad, hasta qué punto puede suponer una sanción desmesurada con respecto al hecho y qué la provocó, no sé, por ejemplo si ha habido negligencia o si se ha cometido con consentimiento del paciente aunque sea de manera involuntaria, si va a haber inhabilitación, multa... es complejo. Quizá en la Enfermería detecto menos corporativismo que en otros grupos pero también existe, yo pienso que como auto-defensa inherente a la persona, porque a veces en la relación profesional-paciente la presunción de inocencia desaparece (derivado del estado emocional del paciente) y se convierte en una declaración de culpabilidad hacia el sanitario... no sé cómo lo veis.

PAR 5. En ese caso del corporativismo yo me reafirmo en la necesidad de cursos que palién los déficits formativos que tenemos en el ejercicio de nuestra profesión para perder ese miedo al error, cuando somos humanos y tenemos probabilidades de tener que asumir alguna responsabilidad civil extracontractual en el período de ejercicio de nuestra vida profesional. Yo mismo hago mi trabajo de manera automática en el procedimiento pero también de manera humana porque la atención que se presta es a una persona, no trabajamos con papeles, y a veces pienso que si cometo un error puedo causar un daño -reparable o no- a un paciente, y eso, la verdad, da miedo... Digamos, es una responsabilidad añadida a tu trabajo.

PAR 4. Claro, es que yo creo que creo que el enfoque de la RCE pone el punto central en los resultados de una acción errónea por parte del sanitario, pero no se piensa en el análisis de los sentimientos o temores

que nos pueda producir como personas que somos el hecho de cometer un error que dañe a un paciente... O sea, que si yo cometo un error y causo un daño para mí lo importante no es cómo se resuelva administrativa o penalmente el caso, es la ansiedad que me pueda generar el haberlo hecho, porque además se supone que generalmente se produce el hecho de forma inconsciente, o sea, ninguno queremos hacer un daño de manera consciente, con lo cual cuando se comete el enfermero se tiene que quedar muy tocado psicológicamente, y para eso nunca podemos tener preparación.

PAR 2. Pues sí, por eso yo me niego sistemáticamente a criticar a los compañeros o a cotillear respecto a supuestas negligencias, mala praxis... Vamos, que ni siquiera hablo del tema, porque no se puede “poner la pierna encima” de otro profesional, bastante tiene que tener quien comete el error para que encima se le echen encima los propios compañeros. Es que si encima ya ves que los medios de comunicación también añade morbo a los temas sanitarios, nos vemos sometidos a un juicio público por parte de todos (compañeros, medios, público... sociedad en general). ¡Yo no me sumo a eso, anda ya!

PAR 1. Claro, pero desde el punto de vista del paciente, tenemos que ponernos también en su punto de vista (todos somos alguna vez pacientes) y ver también que en general en el enfermo se suma el interés de recibir la correcta prestación, lo cual es positivo y es lo deseable por todos (enfermo y sanitario), y el interés de no ver lesionado su derecho de recobrar la salud, que yo creo que eso es más subjetivo porque no siempre se puede curar al paciente, hay casos y casos. Entonces eso enfrenta a veces al paciente con el sanitario y determina una responsabilidad que tiene dos caras, eso es difícil de solucionar.

PAR 2. Entonces creo que si hacemos un resumen todos admitimos que tenemos déficits formativos, que no sabemos cómo acercarnos al término y que sobre todo nos impone el temor de hacer mal nuestro trabajo con el condicionante fundamental de que cuando nos equivocamos realizamos lo opuesto a aquello para lo que nos hemos formado, que es sanar al paciente, y ello genera una tensión que ya, ya... ¡da miedo! Eso me preocupa más que lo que pueda pensar la gente, los medios...

PAR 3. Pues sí... Vamos, pero si encima somos los receptores de todas las quejas, algunas justificadas y otras no, pues... ¡apaga y vámonos! Es que así no se puede, es que no solo es la responsabilidad por los errores cometidos, es que es la presión continua sobre todo: que si no funciona el timbre, que si hace frío o calor, que si la limpieza... Yo no soy la limpiadora, yo no soy el técnico... Yo soy la enfermera, yo cumplo en mi parte, pero, por favor, que no me pidan que haga de todo porque entorpece mi labor... ¿No tenéis la sensación de que cuando todo marcha sobre ruedas es como que se hace solo pero cuando las cosas se tuercen (tienes un mal día, los pacientes están un poco revueltos...) entonces si algo sale mal nadie piensa en cuando ha salido bien, sino que te llueven palos por todos lados? ¡Qué horror, a veces salgo del trabajo más agotada psicológicamente que físicamente, que ya es decir, porque mira que corro por los pasillos!

PAR 4. Y además eso no hay solución de tipo organizativo que lo canalice, o sea, a lo mejor en los servicios de consultas todo va un poco más organizado, tenemos previsiones sobre lo que hay programado para el turno, pero en planta o en urgencias surgen cosas de repente, y además generalmente varias a la vez, nunca de una en una, y ahí está tu

profesionalidad, vamos, tu responsabilidad como sanitario para solucionar los problemas, y además intentando tranquilizar a los pacientes y a sus familiares... ¡eso es responsabilidad diaria, no solo la que pueda surgir de un error, la segunda entra dentro de nuestra labor pero es un añadido, por lo que no podemos encima es estar pensando en lo que nos caería encima si hiciéramos un daño al paciente!

PAR 5. Bueno, pero esto tampoco lo piensa un conductor de autobús por ejemplo cuando sale a trabajar y se hace un montón de kilómetros al día, por ejemplo... Digamos que cada uno tiene su responsabilidad propia derivada de su trabajo concreto. ¡A lo mejor ellos también deberían saber cosas sobre su responsabilidad civil extracontractual, digamos, pero tampoco se complican, salen a la lucha diaria como nosotros y ya está! Pero, digamos, a mí me sigue preocupando el tema de la falta de conocimiento sobre el asunto, porque es que el otro día cuando nuestro moderador me pidió que participara en este grupo focal miré un poco por Internet y lo primero que me encuentro es una definición que me puso los pelos de punta... ¡Esperad, que me la apunté y todo! La leo, a ver qué os parece... (a ver si la encuentro...) sí, dice que la responsabilidad civil extracontractual es “la nacida de actos ilícitos en que, aun interviniendo culpa o negligencia, no hay delito”... ¡Toma ya!

PAR 1. ¡Pues ya estamos perdidos del todo! Si entramos con la terminología de tipo jurídico, me levanto y me voy, yo no sigo... Es que no entiendo una papa de lo que dice: que si actos ilícitos, que si hay culpa pero no hay delito... ¿Cómo se come eso? ¿Y sirve de algo para nuestro trabajo diario entonces saber lo que es eso? ¡Por favor...! Es que yo directamente paso hasta de hacer el curso pertinente, es decir, si me pasa algo ya me dirijo a mi colegio profesional y que corran ellos,

bastante tendría yo si hago algo de eso con conllevarlo psicológicamente para encima tener que pensar en “palabros” (porque para mí lo son) como “delito”, actos... ¿cómo has dicho, ilícitos?, negligencia...

PAR 3. ¡Menudo galimatías! Mira, lo que se debería de crear, pienso yo, sería un puesto de trabajo específico, algo así como “intermediador” entre el paciente y el staff sanitario para que se encargara de mediar o servir de enlace entre el familiar (más que el paciente, que el pobre bastante tiene con su enfermedad) y el profesional, para dar información continua sobre el proceso, los medios que se están poniendo para su sanación... No sé, servir de pantalla informativa y a la vez de parapeto para que el trabajador se dedique solo a su labor, que ya tiene su responsabilidad, y el mediador informe... ¿Qué os parece?

PAR 4. Sí, no está mal, pero hay información que no se puede dar al paciente... Además, si en vez de tener detrás al paciente tenemos detrás a un trabajador, a lo mejor es lo mismo...

PAR 3. Bueno, pero nos quitaría un poco de estrés a las enfermeras, que nos centraríamos en la labor curativa, no en estar escuchando al paciente o al familiar todo el rato detrás quejándose... No es lo mismo explicar las cosas a alguien como tú que sirva de mediador que estar indicándolo a familiares que no saben de qué va el tema, a los que hay que explicarles las cosas de otra forma, vamos, que pierdes más tiempo...

PAR 4. Ya, pero eso es hablar por no callar, o sea, que es algo que no depende de nosotras su creación, pero a mí me preocupa más, con lo de la definición esa “tan clarita” (je, je) es saber, cuando se habla de RCE... ¿qué entra en la “responsabilidad” de ese tipo, un despiste, un olvido,

una prueba que salga mal (porque tú la hagas mal o porque el paciente no esté en condiciones, o se mueva...)? ¡Yo qué sé, miles de cosas! Porque yo pienso que a lo mejor habría que distinguir entre el daño que se hace porque se ha producido un estado de necesidad, digamos, una emergencia por la que has actuado y has cometido un error que además a lo mejor ha evitado otro mal mayor a la víctima, o una negligencia porque no has previsto algo que es inexcusable, o sea, que había que verlo porque era obvio...

PAR 5. Claro, y otra es que sepamos si hay una tipificación de tu responsabilidad, digamos, que si hay un listado de errores que entran en la RCE bien delimitados, o si en el caso de una responsabilidad dependemos de la interpretación judicial... bueno, o del órgano pertinente, porque no sé si la RCE deriva siempre en juicio o simplemente en una indemnización establecida por ley, no sé, que se haga para ver qué tipo de penalización tienes... Es que no sé si me explico.

PAR 2. Bueno, y también ver si en esa RCE entra tu trabajo propiamente dicho, es decir, un error por ejemplo que se produzca en una prueba que es responsabilidad única tuya o un error derivado de un diagnóstico médico, en cuyo caso tú eres el intermediario que aplica un tratamiento pero el error viene de una esfera distinta y superior. Quiero decir que no siempre tendremos la autoridad de decidir, y en este caso si la decisión no ha sido nuestra sino que hemos obedecido órdenes de un médico... ¡a mí que no me carguen el muerto! Entonces, ¿eso también está incluido en nuestra RCE concreta, la de los enfermeros, o depende del juez de turno que te toque, del abogado tuyo y del médico...?

PAR 1. Claro, y ahí volvemos a dar otra vuelta de tuerca a lo mismo de antes, que yo hablaba de corporativismo, en el tema de los médicos ¡con la Iglesia hemos topado! Ellos sí que son corporativistas, nunca cometen errores, siempre los errores son de los de las escalas inferiores, y ahí justito, justito estamos nosotros, asumiendo a veces la parte de culpa que es nuestra e incluso la que no lo es... Entonces, si hubiera cursos sobre esta materia que nos aclararan estos temas, es decir, cuál es nuestra responsabilidad real, cuál es la que nos puede sobrevenir, qué defensa podemos tener...

PAR 3. Sí, pero yo pienso que, aunque el médico sea corporativista, la sectorialización de los profesionales tiene que hacer que cada uno tenga su RCE delimitada, vamos, creo yo que en caso de una prescripción errónea aunque el enfermero sea el que se la dé al paciente en realidad no tiene culpa porque obedece órdenes, para eso está la jerarquía, no solo para que te manden sino para que las órdenes tengan su responsabilidad, en este caso ajena al instrumento que las ejecuta (que sería el enfermero).

PAR 4. Sí, ese pienso yo que es el menor de nuestros problemas, seguro que la RCE de cada cual ya estará contenido en leyes, decretos... vamos, en lo legal.

PAR 1. Yo a ese respecto solo recuerdo un curso al que asistí que era sobre la RCE en la enfermería y me pareció muy interesante, y lo impartía un sindicato, no recuerdo cuál. De lo que sí me acuerdo es de que pensé que iba a ser una pérdida de tiempo y luego fue de lo más clarividente, oye, que se nos pasó el tiempo volando, porque hubo muchos ejemplos prácticos y aprendimos un montón...

PAR 7. Sí, pero ahora dime de qué te acuerdas ahora, ¡ja, ja!

PAR 1. Hombre, pues en realidad me acuerdo de poco. Lo que sí saqué en claro en su día es que todos estábamos perdidos, pero que se nos explicó que no hay que tenerle miedo a la RCE porque en realidad no se suele producir todos los días un error de esas características (quiero decir, que cause un daño con derecho a compensación, que te veas en un juicio, que te inhabiliten...), que la gente lo denuncia todo (lo que es y lo que no es error... hombre, que incluso te vas a desayunar y como estás en una ventanilla te ponen bonico porque te vas, ¡y cuánta gente ves en las cafeterías desayunando, profesionales de otros sectores que echan el cierre unos minutos y tienen todo el derecho del mundo, ellos sí, tú no!), y que tenemos una cobertura legal por el Colegio profesional que nos facilita los trámites en caso de necesidad... Más que nada, el curso nos tranquilizó porque el resumen fue que no se producen tantos errores achacables a nuestro trabajo, que la gente es muy profesional y que si se produce el daño hay una cobertura legal y económica que nos avala.

PAR 3. Ah... Entonces bien, ¿no?

PAR 1. Pues va a ser que sí.

PAR 5. Bueno, lo que yo veo de lo que estáis hablando también es que poco a poco parece que las cosas van a mejor: si hay cursos sobre el tema que nos puedan tranquilizar sobre la responsabilidad real que nos corresponde en caso de problemas, si hay una cobertura que te proporciona el Colegio de Enfermería, si se puede resarcir el daño (que también te tranquiliza en el sentido de que nadie te va a quitar tu complejo de culpa si cometes un error, pero sí te ayuda saber que a la

víctima se le va a atender para poder solucionar tu daño), parece que ninguna de las dos partes sufre indefensión.

PAR 1. Pues yo creo que vamos en el camino adecuado, porque en realidad “ni tanto ni tan calvo”, porque antes se tenía total inmunidad, sobre todo los médicos, y ahora se tiende a denunciarlo todo. Entonces si se ponen las herramientas necesarias: información, protección de las partes... vamos bien. E imagino que todo esto es resultado de un proceso de investigación previa docente, que es un asunto que creo que no se ha tocado, la necesidad de invertir en la investigación de la RCE en Enfermería, lo que pasa es que como ninguno nos dedicamos a ello nos queda como más lejos, pero los estudios siempre son necesarios para abrirnos el camino en la práctica, digo yo.

PAR 2. Desde luego, y además creo que la investigación será muy amplia, es decir, que abarcará los conflictos que pueden surgir, sus soluciones, cuestiones jurídicas, cuestiones éticas... Porque este último punto de la ética también es importante en la enfermería: nosotros tenemos nuestro Código Deontológico, importantísimo porque conlleva aspectos éticos que incluso rebasan el mero ejercicio de la profesión, me explico, yo creo que estaréis todos de acuerdo en que uno no solo es enfermero en horario de trabajo, sino que cuando sale de libranza o de vacaciones, si se produce un accidente por ejemplo un enfermero pondrá al servicio de quien lo necesite sus conocimientos, no puede distinguir entre “me pagan” o “no me pagan”, quiero decir, ¿“como no me pagan no atiendo a un ciclista que han atropellado mientras paseaba con mi perro”? ¡No, hombre, no, nosotros no somos así! La vocación implica la actitud de servicio, entonces quiero decir que uno es enfermero las veinticuatro horas del día, es algo consustancial a nosotros, igual que el

ser simpático, honrado, guapo... (Risas) Hombre, no os riáis, que lo que quiero decir es que la ética es muy importante para nosotros, y esas cuestiones también deben ser abordadas en el estudio de la RCE.

PAR 3. ¡Que sí, que sí, que tienes toda la razón! Es que lo de guapo...

PAR 2. ¡Ya te digo!

PAR 3. Pero sí tienes razón en que no se puede trabajar en nuestra profesión con falta de principios éticos, desde luego.

PAR 4. Mira, por eso yo creo que nuestra mejor defensa son nuestros conocimientos, nuestra actitud y tener medios para aplicar una medicina de calidad. También es verdad que lo de los medios no depende exactamente de nosotros, eso le corresponde a la Administración, y hablando “del rey de Roma” aquí no se ha hablado nada de la Administración sanitaria, pero yo creo que también la Administración tendrá algo que asumir en el caso de la RCE, es decir, de ella depende proporcionarnos formación, medios, una plantilla suficiente, técnicas y materiales novedosos que faciliten la labor y ayuden a minimizar los riesgos para el paciente... Aquí también hace falta invertir “dinerito”, que nos estamos olvidando, creo yo, del tema de la asfixia económica en estos últimos tiempos...

PAR 2. Sí, pero eso excede el ámbito de nuestro tema porque no depende de nosotros. Todos tendríamos muchas ideas sobre cómo mejorar los servicios, la atención al paciente, inversión en material... pero hay lo que hay, y con ello realizamos nuestro trabajo de forma muy digna, creo yo...,

preocupémonos del paciente, de darle un trato digno y respetuoso en lo personal y adecuado en la parte técnica que está en nuestras manos, y que la Administración se ocupe de gestionar los medios, porque todos los días tenemos los hospitales y los centros de salud a tope, con unos profesionales dando lo mejor de sí mismos humana y técnicamente y que ya asumen su propia responsabilidad. Al César lo que es del César...

PAR 4. Sí, muy bien enfocado en teoría, pero siempre que no te repercuta en la práctica, me explico: si una demora en una prueba o una intervención quirúrgica se le achaca a la Administración, vale, pero si resulta que porque la prueba tarda mucho se produce un daño y somos nosotros los denunciados, no es justo que estemos nosotros como pantalla para recibir los golpes, porque es que nos salpica... Aquí el malo para el paciente no es la Administración, quizá porque es un ente como inmaterial, sino el médico que no te la mandó, el auxiliar que tardó en llamarte o el enfermero que no te la practicó en su momento, la gente busca caras físicas a las que ponerle la etiqueta de “culpable” y no es así...

TRANSCRIPCIÓN PARCIAL GRUPO FOCAL 2

MODERADORA:

Buenas tardes a todos.

Os convoco a esta charla-coloquio de grupo focal para realizar una reflexión en torno a la Responsabilidad Civil Extracontractual en la Enfermería.

Mi objetivo es objeto de constatar el conocimiento que de la RCE tenéis en general los enfermeros, las expectativas que suscita su existencia en vuestra labor profesional, en el día a día, y vuestra percepción de los déficits en cuanto a formación en RCE como profesionales del sector.

Primero, y aunque ya os he hablado del tema “of the record”, os informo de que enmarco este grupo focal, al igual que los otros dos que voy a realizar con vuestra ayuda, dentro del programa de Doctorado en Investigación en Cuidados de la Universidad de Murcia...

En resumen, el objetivo de este grupo focal es recoger las opiniones que tenéis sobre el tema y apreciar la importancia o no que le dais al mismo en el desarrollo diario de vuestra labor como trabajadores de la rama sanitaria, para detectar vacíos y establecer mecanismos formativos que los remedien, todo ello, desde luego, desde el más absoluto anonimato.

Bueno, sin más, esperando que esta experiencia sea enriquecedora para ambas partes, que haya una participación activa y un diálogo que me proporcione base práctica sobre la que establecer mi tesis, os propongo en principio una batería de preguntas sobre las que empezar a trabajar:

1. Cómo indagar en el conocimiento que las enfermeras tenéis sobre responsabilidad civil extracontractual;

2. creencias que se tienen sobre esta figura jurídica;
3. las expectativas que surgen al relacionar la RCE con la labor profesional;
4. cómo se perciben los déficits formativos en RCE.

Cuando queráis y sin límite de tiempo, podéis comenzar a hablar sobre el tema que tenemos encima de la mesa, eso sí, con orden y hablad claro para que la grabación sea legible.

Gracias y adelante.

PAR 2. Desde luego, yo pienso que nos falta formación al respecto de la Responsabilidad Civil Extracontractual, yo de hecho todavía cuando escucho el nombre no puedo dejar de pensar en lo que subyace bajo esas tres palabras en la realidad de nuestro trabajo, porque el tema me impone bastante. Quizá sea por su relación con la terminología jurídica, pero no me parece ni que tengamos una formación muy profunda ni que cuando la hemos tenido (vía universidad) haya sido como una herramienta sencilla sino como teoría del Derecho aplicada a nuestra profesión.

PAR 3. Sí, es, como podríamos decir, que hemos recibido la formación de una asignatura teórica en la que estudiamos una materia de memoria basada en un tocho de apuntes... para pasar el trámite.

PAR 2. Claro, por eso pienso que desde el punto de vista de la docencia también debería ser importante fortalecer el marco de la enseñanza, a lo mejor a nivel de profesorado se suele invertir más tiempo y espacio para la formación pero se necesita invertir en los espacios que quedan en blanco, las lagunas, no sé si me explico... Quiero decir que tal vez el problema no sea la asignatura sino cómo acercarnos a ella, es decir, si lo que necesita el profesional es estudiar una serie de leyes, decretos... que

luego se te van a olvidar o si lo realmente importante sería que se nos dieran casos prácticos dentro de nuestro ámbito, porque seguro que eso no se nos olvidaría, al resultarnos más cercano al trabajo que vamos a desarrollar. Y si no, como medida extrema, no tocar nada del tema y sanseacabó, es decir, no complicarnos con asuntos que rozan más lo jurídico que lo sanitario y dedicarnos solo a lo humano, al paciente, a nuestro fin último, el sanatorio.

PAR 1. Efectivamente, nosotros no vamos a estar manejando papeles ni haciendo instancias, nuestra vida profesional en el marco de la RCE va a hacerse en el contacto diario con el paciente, y ahí es donde nos van a surgir los problemas y por tanto los casos de responsabilidad. Totalmente de acuerdo contigo en que si se dan asignaturas, cursos... está bien, pero que nosotros tenemos que centrarnos más en técnicas curativas que en estudiar la posible RCE.

PAR 3. Bueno, y yo a este respecto pienso que además luego la necesidad de esa formación también dependerá del servicio en el que trabaje el profesional, creo que no es lo mismo estar en determinados servicios que en otros que además de mayor carga de trabajo tienen un añadido, que es la carga de tensión que puede provocar una agresividad por parte del paciente o sus familiares, los cuales creo que tampoco estarán muy informados de la responsabilidad civil extracontractual que tenga el enfermero, pero que lo que sí tienen claro es que quieren una actuación rápida y piensan que si esta no se produce es por la responsabilidad del profesional, cuando esto no es así, no es igual trabajar en una planta o en un centro de salud que en un servicio de Urgencias, donde no hay programación previa del trabajo a realizar, todo va surgiendo minuto a minuto...

PAR 5. Un momento, ¿entonces estamos hablando de que más que conocer de la RCE como asignatura durante la carrera habría que dar cursos de formación “solo” al personal que está más expuesto a los problemas en determinado momento? Yo no estoy de acuerdo con eso, porque además nosotros somos enfermeros y hoy estamos en un servicio y mañana vamos a otro, con lo cual todos nos podemos ver implicados (vamos, ojalá que no) en un caso de RCE, con lo cual yo defiendo que el marco de la enseñanza sea durante la carrera y después en cursos formativos pero para todos, desde luego...

PAR 4. Pues, mira, así dicho creo tienes razón, pero entonces sí que debería ser generalizado por parte la Administración el invertir en dar cursos de manera periódica sobre la materia para que tanto la gente que está en un servicio veinte años como el que llega para estar uno puedan tener idea de en qué consiste la RCE, o el que está en un servicio o en otro.

PAR 8. Desde luego, y también que se concrete en los cursos sobre casos concretos, porque yo algunas veces leo publicaciones de carácter sanitario y descubro sentencias razonadas, algunas que entiendo y otras que no. Las leo con avidez, desde luego, porque me resulta curiosa la legislación en este ámbito... pero luego me pierdo con la terminología...

PAR 9. Sí, y además no es ya solo la terminología, como tú dices, yo además tengo dudas creo que razonables: ¿la RCE habla de responsabilidad civil, penal? ¿Quién dicta esas sentencias, qué tipo de tribunales, ante quién recurrir?

PAR 3. Desde luego, porque ahora que lo dices yo he leído algunos casos con sus sentencias pero me he quedado en lo que me interesaba, es decir, en el error cometido y en la sentencia, pero no sé de qué tipo era, si se dictaminaron ante tribunales ordinarios, o los superiores de justicia... Pero eso creo que va con otros especialistas, nosotros tenemos una memoria selectiva (como todo el mundo) y vamos a lo que nos interesa, es decir, al caso concreto, a la negligencia o error cometido y a la sentencia que le cayó al profesional, pero yo dejo en manos de otros la cuestión jurídica.

PAR 1. Yo al respecto de la formación que recibimos en la universidad, también tengo la duda de si el hecho de que ahora en los últimos tiempos tengamos distintos centros de educación superior (en el caso de Murcia, estudios de Enfermería en universidad pública y privada) puede influir también en que haya variable calidad en el conocimiento de la materia y que los currículos sean distintos o el tema se trata de la misma manera... Solo es una reflexión porque yo terminé mis estudios hace muchos años y no sé cómo se imparten actualmente las materias, si ha cambiado mucho el proyecto curricular, si hay las mismas materias troncales y optativas en las dos universidades, y si la RCE es una de las que se incluyen.

PAR 3. Uff, yo tampoco lo sé... Pero creo que debería ser igual la formación, y que en el caso de la RCE será igual, una asignatura más que dependerá del enfoque del profesorado a la hora de impartirla más que de las diferencias curriculares.

PAR 2. Yo, afirmando la necesidad de los cursos para el profesional, creo que la lucha también está en el exterior, porque los enfermeros

padecemos a veces un maltrato psicológico por parte de los familiares de los pacientes, haya error o no en nuestro trabajo. Nosotros trabajamos en un marco exponencialmente peligroso por estar marcado por las relaciones humanas personales entre pacientes y personal. Entonces, cursos sí, conocimiento sobre la RCE también, pero sobre todo apoyo desde la Administración al profesional cuando hay un problema.

PAR 3. Por no hablar del linchamiento moral al que se somete al profesional hasta que no se resuelve el tema, y luego la cantidad de sentencias que determinan la absolución de enfermeras a las cuales se había demandado por algún motivo, y de eso luego tampoco te piden disculpas, oye, qué bien, cuando haces algo mal eres muy malo y tienes el castigo pero cuando luego no lo has hecho mal no se te pide perdón... No es justo. ¿Qué genera eso? Que practiquemos una medicina “defensiva”, que pidamos pruebas que a priori podrían ser innecesarias o que retrasan el diagnóstico (pero que nos proporcionan más seguridad), que pidamos la autorización del familiar cuando el paciente no lo puede hacer por sí mismo, lo que también retrasa la aplicación de algunas técnicas... Es como un muro defensivo...

PAR 1. ¡Claro, pero la culpa no es nuestra! Si la gente no denunciara todo, a lo mejor funcionaríamos con más seguridad... Es que vas a cualquier profesional de otro sector y nos tragamos las cosas, pero cuando vamos a un hospital el nivel de exigencia sube hasta lo insospechable...

PAR 5. Bueno, en ese sentido el apoyo al enfermero lo presta el Colegio Profesional, que tienen un seguro de responsabilidad para sus colegiados... Yo creo que el tema no está tanto en tener un órgano

(Administración o Colegio profesional) que te apoye sino en el interés personal del enfermero en conocer acerca de la RCE, no delegar solo en buscar un asesoramiento en el caso de que se produzca el hecho concreto sino conocer previamente en qué puede consistir su responsabilidad, es decir, formación como eje fundamental. Es decir, yo a nivel particular tengo la obligación moral de prepararme en el ámbito de mi profesión, estar actualizada y realizar mi tarea de forma óptima, para lo cual la formación es imprescindible, y a mí particularmente me interesa mucho este tema concreto por el vacío en el que uno se encuentra ante el desconocimiento y por la soledad que puede producir el verse inmerso en un error que derive en RCE.

PAR 4. Y yo, barriendo para casa (porque sabéis que he estado tiempo haciendo cosas más de tipo profesorado), añado que es necesaria la inversión para el docente que tiene que investigar para poder impartir cursos, y que se propicie la interrelación entre ámbitos distintos como Enfermería y Derecho. Tengamos en cuenta que todo lo que el docente aprende con la investigación luego nos ayuda a los que estamos “a pie de calle”, tenemos una conexión íntima que nos vincula.

PAR 3. Y yo añado que habría que activar la labor docente ya durante la carrera, y luego de forma posterior a través de estos cursos de formación, pero para eso también hay que formar al profesorado en esta materia, ya que desde mi punto de vista existe una necesidad perentoria ante el desconocimiento general del enfermero, con lo cual coincido plenamente contigo: inversión e investigación. ¡Pero en los tiempos que corren, con los recortes, es una tarea casi imposible!

PAR 2. Sí, y más cuando sabemos que en el diseño de la oferta de formación docente hay una parte económica. Volvemos a la inversión, casi inexistente en tiempos de crisis, en investigación. Si no se invierte en estos aspectos, hay un vacío formativo para el enfermero, el cual termina sin conocer nada sobre el tema de su responsabilidad civil extracontractual, cuando este asunto le va a acompañar durante toda su vida laboral. Es un contrasentido, además porque entre otras cosas, si a nivel individual tenemos una obligación moral como profesionales, a nivel institucional también debe existir una obligación administrativa, que no es menor que la nuestra, ni mucho menos.

PAR 3. Desde luego.

PAR 1. Y sobre todo cuando en principio los enfermeros relacionamos la responsabilidad civil con mala praxis y su pertinente sanción, pero en realidad yo creo que no tenemos una idea nítida acerca de lo que es la responsabilidad civil extracontractual ni en el marco de la Enfermería ni en ningún otro. Creo que la terminología jurídica ya nos resulta difícil de interpretar, sin negar que a trabajadores de otros campos les suceda lo propio con la nuestra, pero, si bien es un tema que nos afecta de lleno, pienso que descartamos pensar en RCE, nos parece algo punible, como las multas de tráfico...

TRANSCRIPCIÓN PARCIAL GRUPO FOCAL 3

MODERADORA:

Buenas tardes a todas. Mi nombre es..., y soy enfermera aunque también he realizado la licenciatura en periodismo. En primer lugar me gustaría empezar agradeciendo vuestra asistencia y colaboración a esta...

PAR 5. Yo pienso que en ese sentido respecto al tema de la RCE el primer punto a tratar sería la concreción de lo que significa el término en sí mismo, qué incluye y en qué medida nos afecta. Asiento en lo que has dicho sobre la interpretación que tenemos de la RCE como régimen sancionador, y creo que en general los enfermeros no pensamos en este tema porque en sí este trabajo lleva implícita la posibilidad de la comisión de un error pero no se puede trabajar añadiendo a la presión del trabajo diario la percepción de la probabilidad de realizarlo, entra dentro de nuestro quehacer diario el tratar pacientes, y no es lo mismo la sanidad que una infracción de tráfico o un error en un trámite burocrático, en nuestro caso afecta a la salud de las personas. Además, pienso que si estamos aquí es por una actitud vocacional, porque, si en realidad los sanitarios pensáramos en lo que supone que otras personas pongan su salud en nuestras manos, habría menos enfermeras, porque es tremenda la labor.

PAR 4. Yo también planteo que respecto a la RCE creo que el profesional sanitario se dedica a atender al paciente como en cualquier trabajo hay un servidor que produce un trabajo para otro, siempre intentando evitar el conflicto, sería lo de que “el cliente siempre tiene la razón” en cierto modo... Pero de ahí a plantearnos la posible RCE hay un

abismo, porque ni tenemos claro en qué consiste exactamente ni podemos pensar en ello cada vez que atendemos a una persona, hay que hacerlo lo mejor posible... y si se produce un problema hay que acudir al órgano pertinente para la solución del mismo, sea la ayuda de la Administración o el Colegio Profesional.

PAR 2. Sí, pero desde luego hay que tener protección jurídica ante esa posible contingencia, como consecuencia del aumento de nuestro grado de responsabilidad y porque hoy día se producen más denuncias, algunas justificadísimas y otras no, pero no podemos tener indefensión. Sí que en ese aspecto la tenemos moralmente, porque pienso que cuando se produce un error somos sometidos a un “juicio popular” que a veces anula la presunción de inocencia, y en estos casos sí que es verdad que deberíamos tener más claras las ideas sobre lo que es nuestra RCE y cómo actuar.

PAR 1. Ya, pero como principio yo pienso que lo importante es ajustarnos a las actuaciones de buena praxis, para intentar de momento frenar la posible RCE...

PAR 5. Sí, pero no ello no depende solo de nuestra actuación, a veces la RCE se produce por falta de previsión, por omisión... Puede ser que el enfermero no llegue a darse cuenta de la comisión del acto... no sé... se pueden producir muchos casos por distintos elementos que incluso puedan ser no previsibles.

PAR 3. Además, pienso yo que no se debería atribuir responsabilidad civil a los demandados por el ejercicio sanitario diligentemente prestado por el simple hecho de considerársele una actividad de riesgo, y además

también pienso que seguro que aumentan los actos profesionales por la introducción de avances tecnológicos, entonces seguro que se incremente el número de riesgos, errores y consiguientes demandas por parte de los pacientes.

PAR 9. Claro, ahí entra nuestra necesidad de estar informados, porque creo que igual que hacemos cursos sobre uso de nuevas técnicas, instrumentales... deberíamos ampliar nuestra formación con cursos de tipo jurídico, eso sí, en términos que podamos entender, por la relación de nuestro trabajo con posibles consecuencias legales.

PAR 6. Ya en la terminología utilizada creo que hay dificultades de entendimiento, me explico: si analizamos pensamos en responsabilidad está claro, pero lo de “extracontractual” da que pensar... Es decir, yo en mi caso tengo un contrato con la Administración por el que atiendo a pacientes, pero no tengo contrato firmado con los pacientes a los que ayudo, entonces... ¿lo de “extracontractual” se refiere a qué tipo de ejercicio profesional? Es que no lo entiendo...

PAR 7. Yo pienso que dependerá de que exista contrato entre las partes, no con la Administración, o que haya una culpa pero sin contrato específico, que sería nuestro caso en la sanidad pública, pero tampoco lo tengo claro... no sé, es difícil para mí.

PAR 1. Sí, yo creo que ahí puede estar el quid de la cuestión, porque en la sanidad pública no se firma contratos específicos paciente-sanitarios, sino a través de una afiliación a la Seguridad Social: entonces no hay contrato específico.

PAR 5. Yo una duda que tengo es si un incumplimiento de nuestro Código Deontológico tiene algo que ver con la RCE, porque a fin de cuentas el código deontológico entraría más en la ética profesional... ¿o no? Y desde luego lo que ninguno me podéis rebatir es que para ejercer nuestra profesión enfermera no podemos tener falta de principios éticos, y desde luego yo creo que habrá una responsabilidad civil como consecuencia de la falta de los mismos...

PAR 1. Hombre, yo creo que si ya hablamos de ética profesional no estamos remitiéndonos a una responsabilidad civil sino a una responsabilidad de tipo moral, entonces yo creo que nos estamos saliendo del tema al que nos referimos, pero tampoco es que yo lo tenga clarísimo, pero es que es lo que tú dices, no podemos trabajar en nuestro sector sin principios éticos, no somos como otros profesionales, que si te ponen una pintura con agua, que si te construyen con mala calidad de los materiales... Eso desde luego es una falta de ética profesional, pero no afecta a la salud, por lo que, bueno, siendo una estafa, no provoca daños físicos a una persona, por lo que nosotros debemos tener unos principios morales muy claros, y desde luego no conozco a nadie que trabaje con enfermos sin tenerlos.

MODERADORA: Entonces, por lo que yo interpreto, os surgen muchas dudas respecto a la RCE que deduzco que se producen por falta de formación, porque habéis disparado una batería de preguntas sobre lo contractual y lo extracontractual, el Código Deontológico de la Enfermería, lo ético y su responsabilidad...

PAR 5. Sí, es que está claro que estamos un poco dando palos de ciego, y eso es porque no tenemos una formación específica clara sobre el

asunto; si la tuviéramos, a lo mejor ni siquiera habríamos planteado esos temas, que además no nos queda claro a ninguno si las respuestas que nos hemos dado a voz de pronto son acertadas o no...

Hº1. A mí otra pregunta que me surge es qué tipo de RCE tenemos los enfermeros, porque nosotros generalmente estamos subordinados a las instrucciones de los facultativos: funciones de auxiliar del médico, cumplimentando las instrucciones verbales o escritas de aquel, dispensar la medicación prescrita por el facultativo, aplicando la medicación, preparación para exploraciones médicas...

Por ejemplo en mi caso yo suelo pedir el consentimiento informado al paciente o su tutor antes de practicar alguna técnica, porque cuando es el médico quien me lo indica, allá con su responsabilidad, pero cuando es algún acto que forma parte de mi responsabilidad directa (desde coser una herida a realizar un lavado ótico) yo personalmente quizá peque de exagerado pero tiendo a protegerme frente a una posible responsabilidad que luego me pueda caer por algo tan simple como practicar una sutura... Un simple acto automático que realizas con precisión puede convertirse en motivo de denuncia. ¡Qué estrés!

Hº2. Y hay otra cosa que yo me planteo moralmente al hilo del ejercicio de nuestra labor profesional, que es por ejemplo qué responsabilidad tenemos los sanitarios en caso de una huelga por ejemplo, porque cuando una persona de la calle hace huelga perjudica al resto de la sociedad o a su empresa pero de una forma menos lesiva, pero cuando nosotros la hacemos, aunque haya servicios mínimos, en realidad puede que estemos haciendo dejación de nuestro deber, porque para nosotros la primera responsabilidad según nuestro Código Deontológico es atender a los enfermos... ¿Cómo se entiende este tema?

PAR 1. Uff... ¡eso ya es rizar el rizo, je, je!

PAR 2. Es que entonces entraríamos en una contradicción entre los derechos de unos y de otros, porque también nosotros deberíamos tener un derecho a plantear medidas de presión en el ejercicio de nuestro trabajo, es nuestro derecho, como el de los demás trabajadores...

PAR 3. Bueno, a eso sí que creo que ninguno tenemos respuesta...

Lo que sí me gustaría saber es una cosa: todos sabemos que en los últimos años se ha producido un incremento del número de denuncias a los profesionales del sector, y creo que también si tuviéramos más formación podríamos entre otras cosas tener una idea sobre si hay estadísticas sobre los resultados de las denuncias, es decir, de las planteadas cuáles se resuelven archivadas, cuáles con condena... Porque también es que ahora se denuncia todo, y el tema de la RCE entonces se vuelve insalvable, da miedo todo en el ejercicio de nuestra labor... ¡es alarmante!

PAR 4. Hombre, es que en el ejercicio diario de nuestro trabajo ya no solo te arriesgas a que te traten de forma agresiva de palabra o de obra, que todos conocemos casos de un empujón dado al sanitario o malas palabras, sino a la presión añadida de tener una posible denuncia... ¡es que es tremendo! Yo sé que eso también está pasando en otros ámbitos como el de la educación, pero es que tener encima esa “espada de Damocles” hace más difícil el trabajo diario.

PAR 1. Si además añadimos que ahora todo el mundo pretende saber mucho del trabajo sanitario... Es que parece que desde que hay series

como “Anatomía de Grey”, “Hospital Central”, “Doctor House”.... (Risas)... No, que no lo digo de broma, pero es que ahora encima los familiares de los pacientes casi que te dan el diagnóstico y te hablan con una terminología médica que te partes, porque es que la emplean mal pero seguro que la han visto en las series de televisión... ¡Venga ya, esto es el colmo!

PAR 2. Bueno, pero esto es anecdótico aunque tenga su parte de realidad. ¡Será que estamos de moda! (Risas de nuevo).

PAR 5. Por no decir del papel de los periodistas en esta película... Cuando hay una noticia, sobre todo morbosa, de un error (no ya digo de un enfermero, sino de cualquier sanitario), ves las noticias y te asustas porque es que parece que estamos en un programa de esos del corazón, todo se trata con morbo, exageración y un conocimiento en los que a veces cualquier parecido con la realidad es inexistente, pero “critica, que algo queda”, que vende más...

PAR 10. Venga, cambio de tema, que nos estamos saliendo del debate inicial...

Yo pienso que la salud tiene que ser considerada como un derecho pero por lo mismo también hay que incluir espacios jurídicos en nuestra profesión. Necesitamos conocer las consecuencias jurídicas de nuestros actos profesionales, y por eso es necesaria la formación en RCE, porque una de las preguntas que has hecho al principio (al moderador) ha sido si habíamos tenido acceso a formación a este respecto, y yo creo que, aunque tenemos una asignatura en la carrera que se dedica al tema específico de la legislación sanitaria,, ella no nos da el

conocimiento suficiente, y a las pruebas me remito, ¡hoy estamos todos perdidos aquí!

PAR 2. Y tampoco conocemos sobre qué tipo de responsabilidad es la nuestra, es decir, si es de resolución por vía civil, de tipo penal, si depende del error cometido...

PAR 5. Sí, además nosotros, como trabajadores de la sanidad, tampoco sabemos si el hecho de que no conozcamos mucho acerca de la RCE es porque no nos forman adecuadamente o simplemente porque no hay investigación sobre la materia, porque a lo mejor el epicentro del problema está ahí, quiero decir: ¿hay estudios de tipo jurídico-sanitario que puedan utilizarse para darnos a nosotros la formación adecuada o nos encontramos en una especie de “limbo” donde no se ha investigado para tener las claves de nuestra formación? Porque quizás la Enfermería se centra más en el ámbito asistencial, aprender las técnicas adecuadas para la atención al paciente, y no se dedica un esfuerzo por parte de los órganos pertinentes para que la RCE no sea un tema tan desconocido, con simposios sobre la materia, coloquios, reuniones interdisciplinarias (por ejemplo entre enfermeros y juristas)...

PAR 1. No sé, yo creo que en este sentido volvemos al principio, es decir, tenemos un desconocimiento desde lo más básico, no sabemos ni si quiera en qué estado se encuentran los estudios sobre RCE en Enfermería... No ya es que no tengamos nosotros conocimiento, es que no nos suena ni de oído...

PAR 3. Claro, pero además quizá para que nuestro miedo como profesionales desapareciese, además de tener una formación sobre la

materia, también tendríamos que tener el apoyo del paciente, que entendiésemos que somos humanos y que nos podemos equivocar, una especie de sensibilización o empatía que no existe, y que quizá también debería partir de las autoridades sanitarias y de nuestros propios compañeros, que a veces tampoco nos apoyan demasiado... Hay veces que si alguien comete un error, tendemos a criticarlo, recordar cuándo se ha equivocado en esto o en lo otro, en vez de apoyarlo...

PAR 4. No estoy en absoluto de acuerdo contigo, yo creo que el enfermero es corporativista. Si tienes un grupo con el que trabajas diariamente que resulta y hace bien su labor, tiendes a compactar con tus compañeros y a intentar apoyarlos, yo sí creo que hay corporativismo, porque además a veces el paciente se muestra un poco desafiante, con cierta hostilidad verbal, y eso se percibe enseguida. Entonces es natural que nosotros también hagamos una piña en torno a nuestra labor profesional, no se puede cuestionar constantemente al sanitario, no es justo, y menos cuando el paciente que se queja cuando tú lo atiendes luego no es capaz de recriminar al médico de turno por lo mismo por lo que tú has estado aguantando las quejas y los malos modos.

PAR 2. Bueno, pero eso es porque el paciente necesita desahogarse y nosotros como órgano intermedio se lo permitimos, nuestra actuación no solo es paliativa del dolor sino en cierto modo del estado psicológico en que viene el paciente, empatizamos más con los pacientes que otros sectores de la sanidad, y por eso también se nos quejan más... creo yo, somos como un paño de lágrimas...

PAR 5. Pero de ahí al “te voy a denunciar” o “voy a poner una reclamación” que se oye tanto por los pasillos de los centros de salud y

los hospitales... va un abismo, y también pasa, y mucho más frecuentemente de lo que sería deseable.

PAR 2. Ya, pero yo pienso que una cosa es eso que se dice y otra cosa es que nosotros tengamos responsabilidad en ello, no es lo mismo que de lo que estamos hablando, la RCE creo que es otra cosa, es cuando efectivamente se ha producido un daño. Estamos mareando la perdiz, porque, cuando alguien te amenaza con denunciarte, si no se ha producido más que el retraso normal por el funcionamiento de la Administración sanitaria, de las pruebas que hay que hacer, de los aparatos... estamos tranquilos, el problema aparece cuando realmente sí que cometemos un error de bulto, algo que nos sea adjudicable a nosotros “en propiedad”, un error personal en el ejercicio del trabajo. Entonces sí que se nos cae el pelo...

PAR 1. Claro, y es que además ha habido en las últimas décadas un cambio de la relación sanitario-paciente, antes la relación era familiar, basada en la confianza, casi paternalista, acordaros cuando el enfermero era “el practicante”, que entendía de todo, se le tenía mucha consideración y muchas veces no pasaba de poner inyecciones, y actualmente la sanidad es como más contractual, se presta unos servicios por los que se exige calidad, con unos derechos reconocidos ya en la Ley General de Sanidad, y entonces ahora se reclaman indemnizaciones hasta llegar a la exageración de la denuncia y el acoso al profesional, y los profesionales sanitarios reaccionan refugiándose en una medicina defensiva que intente evitar todo riesgo y en la cobertura de los seguros de responsabilidad... ¿Y de quién es la culpa de todo ello? No lo sé...

PAR 3. Vuelta a empezar, entonces es básico conocer si para la jurisprudencia la especial connotación del trabajo sanitario despierta una sensibilidad específica, quiero decir, la medicina no es una ciencia exacta, en ella que no siempre se consigue la curación aunque se empleen los métodos adecuados... Además, como decías antes, el aumento de terapias de alto riesgo, diagnósticos más invasivos que hace años, la mayor información sobre los derechos del paciente... Todo ello lo complica todo. ¿Entonces los enfermeros sufrimos de indefensión o tenemos una cobertura legal suficiente que nos ampara?

PAR 4. Hombre, yo creo que el Colegio de Enfermería nos cubrirá de manera suficiente, nos dará asesoramiento legal y como incluye un seguro de responsabilidad... por ahí estaremos tranquilos, digo yo. Y si además con la evolución de la sociedad se desencadenan más demandas, también se estarán produciendo más sentencias y se irá concretando más el marco legal de la RCE y, por lo tanto, afinando en nuestra responsabilidad.

PAR 1. Yo quería abrir otro frente que creo que no ha sido tocado, y es que, por lo menos en mi caso, cuando trabajas bajo presión y con poco personal también aumenta la posibilidad de que se cometa un error. Entonces, cuando llegan las vacaciones y antes cubrían a los que se iban y ahora no, o cuando te envían a alguien resulta que tienes que estar enseñándole o con cuatro ojos encima de él o ella porque son novatos y pueden cometer un error, en cuyo caso el problema se vuelve sobre ti... ¡todos tan contentos! Bueno, contentos los gestores de la Administración, que recargan al personal, ahorran unas perras y siguen en sus despachos.

PAR 5. Desde luego en ese caso los profesionales deberíamos, en vez de resignarnos, hacer comprender a los usuarios de la sanidad que tienen dos opciones: aceptar las carencias o reclamar ante los hechos, que para eso tenemos la Oficina del Paciente, que además no es muy utilizada y realmente sí que acelera procesos que a lo mejor están estancados, sobre todo de pruebas de esas que pasa el tiempo y no llaman al paciente, o de aplicar las prioridades sobre las que se ha pasado por encima... Vamos, yo conozco el caso de una persona a la que se había diagnosticado un embarazo de riesgo y la primera cita se la habían dado para el quinto mes, entonces fue a la Oficina y al mes siguiente ya tenía su cita. Si esa persona no llega a acercarse a la oficina, no habría recibido una atención que en su caso era necesaria y no achacable a los sanitarios que la atendieron durante su proceso de embarazo. Es solo un ejemplo, pero creo que os vale para hacer ver la utilidad de acudir a la Administración a reclamar no solo cuando hay un daño sino cuando este se puede producir por una dilación inexplicable. Si existe esa vía, utilicémosla nosotros también para ayudar al usuario de la sanidad (aunque solo sea por el interés de que se les resuelvan los problemas y la atención mejore).

PAR 4. Y desde luego también debemos descansar un poco del nivel de auto-exigencia cuando hay elementos, digamos añadidos, como el volumen asistencial, que se incrementa por ejemplo en verano en los hospitales de costa o en determinadas enfermedades de tipo estacional. Entonces se le dedica menos tiempo al paciente por falta del mismo y aumenta la presión asistencial, con lo cual es como una bomba de relojería en la que te metes, te metes, y al final te estresas más y más...

PAR 1. Desde luego, y cuando luego baja la presión ya te relajas y te olvidas hasta la próxima... si baja, claro. Eso funciona así...

MODERADORA. Bueno, muchas gracias a todas por vuestra asistencia y por haber intervenido de forma efectiva en esta sesión y, sobretodo, por vuestra paciencia. Deciros que... os va a entregar un pequeño detalle por vuestra colaboración... (ruido de voces que ríen y hablan a la misma vez.

Una última anotación: os pasamos también este otro folio con la dirección de correo electrónico del investigador principal de este estudio por si queréis solicitar información adicional o por si os surge cualquier duda de última hora respecto a cómo se va desarrollando y los frutos que se van obteniendo de todo este proceso.

Nuevamente, muchas gracias.

