



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

Comunicación, Toma de Decisiones y
Errores en el Ámbito Clínico: Percepción
de los Pacientes.

D.^a Raquel Georgina Padín Pérez

2022



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

TESIS DOCTORAL

**COMUNICACIÓN, TOMA DE DECISIONES Y
ERRORES EN EL ÁMBITO CLÍNICO: PERCEPCIÓN
DE LOS PACIENTES.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Raquel Georgina Padín Pérez

Murcia, 2022

**UNIVERSIDAD DE
MURCIA**



**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA**

TESIS DOCTORAL

**Comunicación, toma de decisiones y errores en el ámbito clínico:
percepción de los pacientes.**

Raquel Georgina Padín Pérez

Realizada bajo la dirección de los directores:

Dr. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz

Dr. Domingo Pérez Flores

Murcia, 2022

AGRADECIMIENTOS

*Al **Dr. Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz**, mi director desde el inicio de este proyecto, una persona con una dedicación infinita hacia su trabajo que consigue sacar tiempo para la docencia y contagiar su pasión por lo que hace. Gracias por la confianza depositada en mi desde el primer momento, gracias por hacer de la tesis y sus arduas horas un proceso divertido, y gracias por acompañarme y guiarme en todo momento en este camino.*

*Al **Dr. Domingo Pérez Flores**, por ser indispensable a la hora de ayudarme a esclarecer y entender los misterios del pesado análisis estadístico.*

*A **Manoli y María Dolores**, por ser mis referentes a seguir como médico además de haberme acompañado, enseñado y cuidado desde mi llegada a Murcia.*

*A **mis padres, mi hermano y a mi pareja**, por estar ahí siempre y ser un continuo apoyo a la hora de empezar, seguir y terminar con este gran proyecto. Os agradezco los ánimos, tanto en esta, como en el resto de las aventuras que he decidido emprender y emprenderé a lo largo de los años, ¡me siento infinitamente afortunada de teneros a mi lado!*

Índice

1.	RESUMEN	1
2.	ABSTRACT	4
3.	INTRODUCCIÓN	8
3.1.	ASISTENCIA SANITARIA Y RELACIÓN CLÍNICA: EVOLUCIÓN DESDE EL PATERNALISMO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.	10
3.2.	MODELOS ÉTICOS DE RELACIÓN CLÍNICA.	13
3.2.1.	MODELOS CLÁSICOS DE EMANUEL Y EMANUEL.....	13
3.2.2.	MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE – LA PERSONA.....	18
3.3.	LA RELACIÓN CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.	20
3.4.	LA COMUNICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA.	29
3.5.	EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL	32
3.5.1.	APARICIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.	32
3.5.2.	LA INFORMACIÓN SANITARIA Y LA TOMA DE DECISIONES.....	37
3.5.2.1.	FACTORES Y REQUISITOS QUE AFECTAN AL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES Y LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE.	40
3.5.2.2.	BARRERAS DEL PROCESO DE INFORMACIÓN.	42
3.5.3.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.	44
3.5.3.1.	ELEMENTOS Y PRESUPUESTOS FUNDAMENTALES DE LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL DURANTE EL PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO.	47
3.5.3.2.	FASES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.	50
3.5.3.3.	CRISIS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.	51
3.6.	LA IMPORTANCIA DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES.	54
3.7.	MEDICINA DEFENSIVA.	58
3.8.	SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERROR MÉDICO.	65
3.8.1.	CAUSAS CONTRIBUYENTES AL ERROR MÉDICO.....	69

3.8.2.	CLASIFICACIÓN DEL ERROR.....	71
3.8.3.	IMPACTO DE LA FALTA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.....	75
3.8.4.	SISTEMAS DE COMUNICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.	78
3.8.4.1.	BARRERAS PARA LA NOTIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS.	80
3.8.4.2.	IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA COMUNICACIÓN DE ERRORES DURANTE SU ASISTENCIA.	82
4.	<i>JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS, Y OBJETIVOS</i>	86
5.	<i>MATERIAL Y MÉTODOS</i>	90
5.1.	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO Y DE LA MUESTRA.....	92
5.2.	CUESTIONARIO.	94
5.3.	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.	95
6.	<i>RESULTADOS</i>	98
6.1.	INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO.....	100
6.2.	COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO - PACIENTE.	111
6.2.1.	FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.	112
6.2.2.	COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	124
6.2.3.	MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE.	154
6.3.	ERROR.	157
6.3.1.	FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.	157
6.3.2.	ERROR SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	161
6.3.3.	ERROR SEGÚN COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.....	195
6.3.4.	RELACION ENTRE LAS VARIABLES DE ERROR.	223
6.3.5.	MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE	229
6.4.	CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES.	233
6.4.1.	FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.	233
6.4.2.	CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.	236

6.4.3.	CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES SEGÚN LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.....	263
6.4.4.	RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES. 275	
6.4.5.	MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE	279
7.	<i>DISCUSIÓN.....</i>	282
8.	<i>CONCLUSIONES.....</i>	334
9.	<i>ANEXOS.....</i>	340
9.1.	ANEXO A. MAPA REGIÓN SANITARIA MURCIA.....	342
9.2.	ANEXO B. INFORME COMITÉ DE ÉTICA.....	343
9.3.	ANEXO C. CUESTIONARIO.	344
10.	<i>BIBLIOGRAFÍA.....</i>	346

1. RESUMEN

FUNDAMENTO: El modelo de relación clínica centrado en la persona, se sustenta en la toma compartida de decisiones, para la cual es indispensable un adecuado proceso de comunicación. Además, se está produciendo un aumento del ejercicio de una medicina defensiva, lo que deteriora la relación clínica y facilita la aparición de errores médicos.

OBJETIVOS: Analizar la percepción por parte de los pacientes del proceso de toma de decisiones y el fenómeno del error médico.

MÉTODO: Estudio descriptivo y observacional en una muestra de 2570 pacientes (40% varones y 60% mujeres) de una edad media de 44,18 años (rango de 18 a 89 años) pertenecientes a las diferentes áreas sanitarias de la Región de Murcia.

RESULTADOS: El 38,6% de los encuestados no conoce el consentimiento informado y el 53,5% refiere que el personal sanitario no les informó de su función ni contenido. El 21,6% de los pacientes perciben haber sufrido un error durante su asistencia, pero de forma indirecta se observa que potencialmente este porcentaje podría ser del 44,9%, siendo mayoritario el error relacionado con la medicación.

CONCLUSIONES: Los pacientes consideran que hay deficiencias importantes en el proceso de toma de decisiones. La percepción de errores cometidos durante la asistencia es considerable. Se debe fomentar la mejora en habilidades de comunicación de los profesionales y su implicación en el proceso de toma de decisiones compartidas.

Palabras Clave: Comunicación. Pacientes. Errores Médicos. Seguridad del Paciente. Consentimiento Informado.

2. ABSTRACT

BACKGROUND: The person-centered care model is based on shared decision making, for which an adequate communication process is essential. In addition, there is an increase in the practice of defensive medicine, which deteriorates the physician-patient relationship and facilitates the appearance of medical errors.

OBJECTIVES: To analyze the perception that patients have of the clinical decision-making process and the phenomenon of medical error.

METHOD: Descriptive and observational study in a sample of 2570 patients (40% men and 60% women) with a mean age of 44.18 years (range 18 to 89 years) belonging to the different health areas of Murcia.

RESULTS: 38.6% of respondents do not know about informed consent and 53.5% report that the health professionals did not inform them of its function or contents. 21.6% of patients perceive that they have suffered an error during their care, but indirectly this percentage could potentially be higher (44.9%), with errors related to medication being the most reported.

CONCLUSIONS: Patients consider that there are important deficits in the decision-making process. The perception of errors made during assistance is considerable. Improvement in the communication skills of health professionals and their involvement in the shared decision-making process should be encouraged.

Keywords: Communication. Patients. Medical Errors. Patient Safety. Informed Consent.

3. INTRODUCCIÓN

3.1. ASISTENCIA SANITARIA Y RELACIÓN CLÍNICA: EVOLUCIÓN DESDE EL PATERNALISMO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.

La asistencia sanitaria se inicia cuando un individuo que requiere una atención relacionada con su estado de salud busca la ayuda de otra persona capacitada para atenderlo, por lo que existe desde el comienzo de los tiempos. Abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones. El núcleo de la asistencia es la relación clínica, que puede considerarse como el encuentro que se establece entre un profesional o conjunto de profesionales sanitarios y un paciente, dentro de un contexto en el que confluyen valores, concepciones y creencias sobre la salud y la enfermedad (Osuna, 2013)¹. Así mismo, el papel de la familia dentro de esta relación, como participantes más o menos activos dependiendo de las circunstancias, es un elemento clave en el proceso de la enfermedad, por lo que es necesaria su inclusión en el proceso de cuidado, ya que de ella depende en gran medida el apoyo físico, material, psicosocial y espiritual del enfermo (Espinosa Suárez y cols., 2017)². Así, el protagonista de la relación clínica es el paciente, pero con el apoyo del equipo de salud y de su entorno familiar, generándose un triángulo de comunicación, que sobre todo cobra relevancia en pacientes con deterioro cognitivo o terminales.

La relación clínica es un tipo de relación jurídica que tiene como objeto la prestación de servicios sanitarios, bien con finalidades preventivas o de promoción de la salud, o bien con fines asistenciales, curativos o de restablecimiento de la salud (Noto, 2021)³. Dentro de esta relación debe existir un reconocimiento mutuo tanto por parte del médico como del paciente de que cada uno aporta elementos imprescindibles (Simón y Barrio, 2004)⁴: el médico aportará los conocimientos científicos y su experiencia profesional y el paciente, la vivencia de enfermar y sus propios valores personales. La relación debe desarrollarse teniendo en cuenta la igualdad personal de sus protagonistas, desde la diferencia del rol que juegan el profesional y el paciente, con la influencia de las diferentes formas de percibir la vida y los valores, por parte de cada uno de ellos.

La relación clínica tiene una estructura compleja ya que implica un trato entre personas, con la variabilidad interpersonal que ello conlleva, además de producirse en un contexto sanitario en el que los escenarios clínicos son numerosos y diversos, donde la enfermedad está presente. Además, en ella se entrelazan múltiples derechos, como son: el derecho a la salud y a una asistencia de calidad, el principio de libertad personal y la autodeterminación del paciente, la autonomía y libertad científica y profesional del médico, el derecho a la información y el respeto a la intimidad y confidencialidad. Del mismo modo, dentro de la relación médico-paciente influyen muchos factores, entre los que destacan el intercambio de información entre pacientes y médicos, la comunicación tanto verbal como no verbal, la toma de decisiones, la empatía y el conocimiento médico (Turabian, 2019)⁵.

Como apunta Diego García⁶, la relación clínica es tan antigua como la propia medicina. Esta relación constituye el eje del proceso asistencial, pero debido a que se produce dentro de un contexto social, su planteamiento y desarrollo ha ido evolucionando a lo largo de la historia.

Por su relevancia, el surgimiento de la Bioética (Informe Belmont, 1978)⁷, debido por una parte al desarrollo científico y tecnológico en el ámbito sanitario y por otra al cambio cultural y jurídico producido a nivel social en ese momento, supone un punto de inflexión a nivel de la relación médico-paciente con respecto a épocas pasadas. Se establecen los cuatro principios básicos de la bioética que marcan la base de la relación asistencial y sirven para orientar la conducta de los protagonistas de la relación clínica: principio de beneficencia (“hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás), principio de justicia (equidad en la distribución de cargas y beneficios), principio de no maleficencia (“primum non nocere” o “en primer lugar no hacer daño”) y principio de autonomía. El principio de autonomía es el más moderno de los principios de la bioética y reconoce el derecho del individuo de tener su propio punto de vista, así como de elegir conforme a sus valores y creencias personales. La autonomía se expresa a través del respeto a la libertad individual y mediante el proceso de consentimiento informado.

De ellos, el principio de beneficencia ha sido el que ha dirigido la relación médico-paciente hasta hace unas décadas. Bajo esta perspectiva se desarrollaba

un modelo paternalista de la actividad sanitaria, en la que la toma de decisiones le correspondía exclusivamente al profesional, con nula o escasa intervención del paciente, a pesar de que se buscara su bienestar (Osuna, 2010)⁸. Este modelo de relación desequilibrada y sobre todo asimétrica entre el médico y el paciente, donde prevalecía la autoridad del médico como ser superior y único poseedor del conocimiento en la toma de decisiones, se mantuvo desde el siglo V a. C. hasta mediados del siglo XIX. La publicación en el año 1803 del libro *Medical Ethics* que tiene por autor al cirujano Thomas Percival⁹, marca la inclusión de la relación médico-paciente en el mundo del Derecho, estableciendo un código de conducta a nivel profesional que propone un cambio en el modelo de relación asistencial basado en la confianza más que en la autoridad y en la idea de que los pacientes son sujetos con derechos. Tras la revisión y enjuiciamiento de las atrocidades médicas cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, se reconocen los derechos humanos como fundamento de la democracia y se alcanza la emancipación del individuo, lo que en el marco sanitario se traduce en la instauración del principio ético de la autonomía como ejercicio legítimo de la disposición sobre el propio cuerpo que tiene todo individuo y que constituye el eslabón fundamental del derecho a la libertad, presente en el marco constitucional de los estados democráticos (Osuna, 2003 y 2006)^{10,11}.

El surgimiento de este modelo alternativo en donde prima una actitud autonomista es la reacción opuesta que se establece frente al paternalismo. Mediante el triunfo del principio de autonomía se deja atrás el sistema vertical y autoritario de la relación clínica previa, evolucionando hacia una relación horizontal y democrática que, a pesar de centrarse en la búsqueda del bienestar del paciente, esta se hace desde su propio punto de vista, otorgando un mayor protagonismo al paciente como agente activo dentro del sistema sanitario con capacidad para tomar las decisiones pertinentes con relación a su salud (Osuna, 2019)¹². Se instaura así un modelo de relación en el que la participación, tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes, se vuelve más equilibrada y que se materializa en el proceso de obtención del consentimiento informado. En este sentido cobran importancia la comunicación y el proceso de información como elementos fundamentales en la relación clínica, ya que toda actuación en el ámbito sanitario requiere el consentimiento previo de los pacientes, y este solo puede obtenerse

después de haber sido informado adecuadamente y tras una toma compartida de decisiones.

3.2. MODELOS ÉTICOS DE RELACIÓN CLÍNICA.

3.2.1. MODELOS CLÁSICOS DE EMANUEL Y EMANUEL.

En 1992, Linda L. Emanuel y Ezequiel J. Emanuel¹³, publican un trabajo en el que distinguen cuatro modelos posibles de relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes en base al proceso de información, nivel de participación y toma de decisiones que se lleva a cabo. Así, se pueden diferenciar dos polaridades en cuanto a modelos de relación, por un lado, el ya introducido modelo paternalista y, por otro, el informativo o autonomista, a los que se suman el modelo interpretativo y deliberativo como modelos intermedios. Cada uno de los modelos tiene una manera diferente de concebir la autonomía del paciente, así como el papel que juegan sus valores y preferencias dentro del proceso de toma de decisiones.

Como ya se ha comentado, la esencia del modelo paternalista se basa en el apoyo al principio de beneficencia, sin tener en cuenta el respeto a la autonomía del paciente. Así, el médico busca el bienestar del paciente, pero sin tener en cuenta sus opiniones o preferencias. La relación es claramente asimétrica en favor del médico, que era considerado como el poseedor de todo conocimiento y su deber era hacer el bien al paciente, a pesar de que esto pudiese no ser consecuente con sus propios deseos. El paciente se considera incapaz de tomar decisiones lo que impedía que se escuchase su opinión. Podemos diferenciar dos tipos de paternalismo, el proteccionista o no maleficente, esto es, excusar la ausencia de información al paciente bajo la premisa de evitarle un daño, o el paternalismo perfeccionista o benéfico, que actúa bajo la premisa de obviar la información para proporcionarle un bien. En ambos casos, los pacientes solo reciben información cuando ello resulta imprescindible para favorecer su colaboración con una decisión que ya estaba tomada de antemano por el médico según su propio criterio, conocimientos y juicio de valor, por lo que implica la limitación intencionada

de la autonomía de la persona. En consecuencia, la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su propio estado de salud es nula, lo que hace innecesaria la obtención de su consentimiento. Este modelo carece de valor en la actualidad y se desaconseja, quedando relegado únicamente a situaciones de urgencia o de otorgamiento del consentimiento por representación, supuestos reflejados de forma clara en la legislación vigente, en donde la decisión del médico para actuar, siempre en beneficio del paciente, no admite la demora que supondría el proceso de información y obtención del consentimiento informado reglado (Bonilla y cols., 2013)¹⁴.

En el lado opuesto del paternalismo encontramos el llamado modelo informativo, autonomista o del consumidor, en el que el protagonismo de la relación clínica se traslada del todo hacia el paciente, entendiéndolo como un sujeto capaz de tomar sus propias decisiones con respecto a su salud teniendo en cuenta sus valores y preferencias. En este sentido, el paciente es quien decide la estrategia terapéutica más conveniente para mejorar su estado de salud tras sopesar toda la información diagnóstica y terapéutica facilitada por el médico. En este modelo, la figura del médico se reduce a un mero informador y ejecutor de los deseos del paciente, que, tras transmitirle o “volcarle” toda la información técnica, es el paciente en exclusiva quien toma una decisión. Con esta forma de comunicación se corre el riesgo de que se produzca una sobrecarga de información, que generaría una falta de comprensión por parte del paciente y que aumentaría la distancia emocional entre el paciente y el médico (Epstein y Borrel, 2001; Borrel-Carrió y cols., 2006)^{15,16}. No existe por tanto una toma compartida de decisiones ni el médico aporta su visión u opinión acerca de la decisión a tomar. La autonomía del paciente se ejerce hasta el extremo, ya que radica en que el paciente tiene control absoluto sobre la toma de decisiones y la firma del consentimiento informado se convierte en el objetivo a cumplir por parte del médico. En el momento actual que vivimos, este modelo es inadecuado debido a que deja a un lado la parte humana de la relación clínica, la toma de decisiones es totalmente unilateral y no se llega a una comprensión por parte del médico de los valores del paciente ni de qué manera su proceso de enfermedad afecta a estos valores (Diego y Amado Guirado, 2015)¹⁷. Además, esta concepción de la autonomía es insostenible en la

realidad ya que presupone en el paciente unos valores conocidos, claros y fijos para todos los posibles escenarios clínicos.

En tercer lugar, el modelo interpretativo podría entenderse como ir un paso más allá con respecto al modelo informativo. En este modelo, el profesional sanitario, además de aportarle al paciente la información necesaria para la toma de decisiones, le ayuda a esclarecer sus valores, prioridades y decisiones analizando la situación de forma conjunta. Se entiende que los valores del paciente no son fijos ni conocidos plenamente por él y pueden entrar en conflicto cuando se aplican a situaciones concretas. De esta forma, el médico aclara las dudas del paciente y analiza junto con este todas las intervenciones médicas disponibles según la situación que se presente, pero sin imponer su punto de vista ni juzgar la idoneidad o coherencia de las decisiones que este finalmente tome, por lo que su figura sería únicamente de consultor. Al producirse un diálogo entre el médico y el paciente, se permite la aplicación del consentimiento informado. Por otro lado, el respeto al principio de autonomía en este caso se basa en la propia auto comprensión del paciente, estando el médico claramente limitado en cuanto a orientar o realizar recomendaciones al paciente, lo que produce que la relación clínica sea incompleta (Duany Mejías y cols., 2014)¹⁸. Debido a la situación de la práctica médica en la actualidad, en la que el profesional dispone de un tiempo limitado con el paciente, este puede sin querer hacer una interpretación o un juicio de valor con respecto a la opinión de este, corriendo el riesgo de incurrir en una actuación paternalista.

Por último, nos encontramos con el modelo deliberativo. En este modelo, la actuación del profesional sanitario va un paso más allá que en el modelo interpretativo, ya que el médico no actúa como un simple consultor, sino que se implica y ayuda al paciente en el proceso de toma de decisiones. Tras indagar y conocer los valores y opiniones del enfermo acerca del problema de salud en cuestión, se inicia una deliberación conjunta analizando los intereses presentes con el fin de encontrar una solución individualizada y adecuada para ambos. En este modelo de relación entran en juego los aspectos técnicos que desde el punto de vista del médico tienen prioridad en el contexto de salud, pero también debe implicarse en el ámbito personal del paciente, para poder analizar el resto de sus valores o prioridades acerca de la salud y la enfermedad a través de un diálogo

colaborativo obteniendo como resultado una decisión en la que ambos participantes son responsables. En este modelo la autonomía del paciente se concibe como un auto desarrollo personal, que se materializa en la obtención del consentimiento informado, que se lograría tras un proceso de reflexión y consideración de los aspectos antes mencionados, no entendiéndose únicamente como un formalismo contractual. La actuación del profesional sanitario bajo este modelo de relación no se debe confundir con la coacción ni con la imposición de su opinión o punto de vista, ya que se arriesgaría de forma involuntaria a caer en una actitud paternalista (Djulbegovic y cols., 2015)¹⁹. La clave aquí está en que el médico debe ser persuasivo y no impositivo, siendo esta persuasión constructiva dentro de la relación clínica cuando se presenta en forma racional y no es coercitiva (Osuna, 2015 y 2019)^{20, 12}. En última instancia, el paciente será quien defina y determine el orden de valores que va a asumir en la decisión final (Galán Cortés, 2001)²¹, sin existir sometimiento por parte del médico, sino más bien estando el paciente convencido tras la deliberación de que la decisión tomada es la mejor teniendo en cuenta sus intereses globales (Teutsch, 2003; Osuna, 2019)^{22, 12}.

Tras la revisión de estos cuatro modelos de relación clínica, cabe destacar que tanto el paternalismo como el autonomismo extremo se consideran hoy en día modelos fallidos (Seoane, 2008; Osuna, 2019)^{23,12} en donde la polaridad beneficencia-autonomía se lleva al límite, siendo necesario un modelo más equilibrado. En la actualidad, el modelo deliberativo es el más apropiado y aceptado en nuestra sociedad, ya que es el único que se fundamenta en una comunicación verdadera entre el médico y el paciente, en donde ambos participan y analizan los aspectos de la situación médica concreta, pero teniendo en cuenta los valores, prioridades y opiniones del paciente. Con esta forma de relación asistencial se genera una práctica médica más humana y personalizada (Sternlieb, 2012)²⁴, en la que prima el intercambio de información de manera comprensiva y en forma de diálogo.

En nuestro contexto y cada día más, hay una tendencia creciente a la humanización de la medicina, que hace que se espere y se necesite del médico una elevada capacidad de comunicación y empatía con los pacientes (Kelley y cols., 2015)²⁵. Para conseguirlo, debe haber un cambio iniciado desde el inicio de

la propia educación sanitaria, para formar al profesional sanitario en habilidades de comunicación y comprensión, más que en la mera transmisión de información (Pichlhöfer y cols., 2013)²⁶. Las habilidades de comunicación del médico juegan un papel decisivo en el modelo actual de relación, lo cual determinará el éxito de la toma compartida de decisiones y por tanto del consentimiento informado. Además, la necesidad de utilizar más tiempo en la comunicación con el paciente para descubrir y articular los valores subyacentes en sus decisiones médicas deriva a su vez en la inexcusable obligación de que los sistemas de salud promuevan aumentar los tiempos de consulta para propiciar el diálogo entre ambos componentes de la relación clínica (Moore y cols., 2018)²⁷.

En cuanto al paciente, para conseguir el ideal de autonomía, es imprescindible que el individuo establezca un proceso de autoconocimiento y reflexión integral, para poder adoptar una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias, de forma que posteriormente pueda decidir libremente, de las opciones planteadas, la más adecuada y en consonancia con su persona (Piqué, 2013)²⁸.

Es importante incidir en que para el éxito de este modelo es necesaria una base de confianza mutua entre el profesional y el paciente, siendo la comunicación, el medio por el cual conseguirla. Los pacientes del estudio de Waweru y cols. (2020)²⁹ percibieron que la comunicación con los profesionales mejoraba cuando entre ellos existía confianza. El desarrollo de este tipo de vínculo entre personas implica necesariamente una relación, y cuando no se logra o se pierde se abre la puerta al litigio (Osuna, 2019)¹². Según el trabajo de Aiken y cols. (2018)³⁰, la percepción de los pacientes sobre la atención se ve significativamente erosionada por la falta de confianza en los profesionales. De esta forma, parece necesario optar por un modelo en el que sea precisamente la confianza el valor central de la relación, potenciando una autonomía basada en la interdependencia (De Montalvo, 2009; Osuna, 2019 repe)^{31, 12}.

3.2.2. MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE – LA PERSONA.

Partiendo de la base del modelo deliberativo, progresivamente ha ido surgiendo el concepto de asistencia sanitaria centrada en el paciente-la persona o lo que es lo mismo, la personalización clínica, en donde el paciente se convierte en el núcleo de la atención. Esto supone un alejamiento de la provisión de atención sanitaria biomédica y centrada en la enfermedad que hasta el momento era dominante.

No existe un claro consenso en la literatura en lo que respecta a la definición de este modelo ni a las características específicas que lo componen, lo que resulta en que su implementación se produzca de forma inconsistente (Kirkley y cols., 2011; Sidani y Fox, 2014; Burgers y cols., 2021, Al-Surimi y cols., 2021)^{32, 33, 34, 35}.

Podríamos decir que el hecho que marcó la aparición de este modelo, así como la definición más ampliamente usada, es la recogida en el informe del Institute of Medicine's Quality of Health Care in America, que, en 2001, con el fin de mejorar la calidad de la atención médica, recomendó que esta debería de componerse de: prácticas seguras, efectivas, centradas en la persona, oportunas, eficientes y equitativas (IOM, 2001; De Pinho y cols., 2021)^{36, 37}. En este informe se define la atención centrada en el paciente como la prestación de asistencia sanitaria que respete y sea representativa de las preferencias y necesidades individuales de los pacientes, debiendo garantizar que los valores de este guíen todas las decisiones clínicas (IOM, 2001)³⁶. A raíz de esto, se refuerza la idea de que la asistencia sanitaria debe ser personalizada y enfocada en las características propias de cada paciente, logrando mediante una toma de decisiones compartida, proporcionar un tratamiento óptimo e individualizado, siempre teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes (Jackson y Chester, 2015; Thomas y cols., 2018 y 2020)^{38, 39, 40}.

La atención centrada en el paciente se caracteriza por ser multidimensional, lo cual ha sido descrito mediante diversos modelos y marcos según el entorno de la atención y el nivel asistencial, pero compartiendo dimensiones como son: la atención individualizada, la información y participación en la atención, asegurar apoyo físico y emocional, la integración de la atención médica y no médica, el acceso a la atención, así como su coordinación y continuidad (Scholl y cols., 2018;

Leidener y cols., 2021)^{41, 42}. Igualmente, en el movimiento hacia la personalización de la atención médica son importantes términos como el empoderamiento, compromiso, y participación de los pacientes, tal y como describen Leech y cols. (2020)⁴³. De esta forma, un mayor compromiso de los pacientes puede conducir a un mayor empoderamiento o participación (Higgins y cols., 2017)⁴⁴.

Thomas y cols. (2020)⁴⁰ realizaron un estudio mediante entrevistas semiestructuradas en médicos de cabecera para conocer su comprensión acerca de este tipo de atención, advirtiendo que los médicos participantes consideraban que la relación médico-paciente era el pilar fundamental sobre el que poder ejercer un modelo de atención centrado en la persona. El hecho de que el médico desarrollase una relación de confianza con el paciente permitía a su vez que este se sintiera cómodo para revelar información tanto médica como sobre aspectos psicosociales, a la vez que favorecía el manejo clínico en lo que se refiere a la toma de decisiones compartida y adherencia al tratamiento. En un estudio anterior, realizado en 2011 por Saha y Beach⁴⁵, se observa como los pacientes expresan un mayor nivel de confianza, así como una mayor predisposición de aceptar una recomendación, si viene de profesionales que utilizan un comportamiento más centrado en el paciente.

La atención centrada en el paciente parece correlacionarse de forma positiva tanto con el bienestar físico y social, como con la satisfacción con respecto a la atención recibida (Kuipers y cols., 2019)⁴⁶. Pero se ha visto que este modelo además mejora la satisfacción laboral de los proveedores sanitarios (Rocco y cols., 2011; Choi y cols., 2020)^{47, 48}, reduce las quejas por negligencia (Hudon y cols., 2011)⁴⁹ y reduce los costes de la atención médica en general (Pelletier y Stichler, 2014)⁵⁰.

Cabe destacar que se ha producido un cambio en la terminología de este modelo que pasa de ser "centrado en el paciente" a "centrado en la persona" (American Geriatrics Society Expert Panel, 2012 y 2016; Kenat y cols., 2021)^{51 52}⁵³. Ambos conceptos son similares, pero se diferencian en cuanto al receptor y al objetivo de la atención. El enfoque anterior o centrado en el paciente, se dirige a las personas enfermas y los procesos de tratamiento de la enfermedad y tiene como objetivo garantizar una vida funcional. En contraste, el enfoque centrado en la

persona puede implicar a un individuo sano en el contexto de la promoción de la salud (Håkansson y cols., 2018)⁵⁴. Con este cambio de terminología se amplía la perspectiva de la atención, centrándose en el bienestar de la persona de forma global y no solo en sus condiciones médicas.

Resumiendo, hoy en día, se considera que la mejor relación clínica es aquella que enfoca su atención en la persona entendiéndola como un “todo”. Esta atención debe ser congruente con sus necesidades y deseos, para favorecer que, a pesar de una posible enfermedad, conserve su autonomía y capacidad de decisión. La planificación del cuidado debe ser individualizada, dinámica, flexible y participativa, siendo imprescindible que los profesionales sanitarios involucren a los pacientes en la deliberación y en las decisiones en consulta mediante la comprensión de la vivencia de enfermedad de forma holística (Mead y Bower, 2000; Osuna, 2019)^{55, 12}.

3.3. LA RELACIÓN CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.

Para comprender cómo se ha llegado a la relación clínica en el momento actual debe entenderse que esta se enmarca en la propia sociedad y dentro de su contexto, siguiendo un proceso de constante evolución. En las últimas décadas se han producido importantes cambios a nivel global, destacando los avances médicos y técnicos, el desarrollo exponencial de nuevas tecnologías de la información y comunicación y, por último, la transformación de determinados aspectos sociales. Todos estos cambios influyen enormemente en la forma en la que se desarrolla la asistencia sanitaria y más concretamente la relación clínica.

Si nos centramos en los avances médicos, cabe destacar que el auge del conocimiento científico, favorecido por una mayor investigación destinada al campo sanitario, nos sitúa actualmente como sociedad en una posición de mayor entendimiento y concienciación en materia de salud que en cualquier otra época de la historia. Esto ha posibilitado que las expectativas tanto diagnósticas como terapéuticas de nuestros pacientes se vean ampliadas con la consiguiente mejoría en cuanto a esperanza y calidad de vida. Por otro lado, el desarrollo tecnológico con la masiva intervención de herramientas y utensilios en el medio sanitario es de

gran ayuda para el abordaje de múltiples patologías, pero puede favorecer que la relación clínica sufra un proceso de deshumanización al centrarse muchas veces la consulta en la petición de pruebas complementarias, más que en la anamnesis y el diálogo con el paciente. El hecho de disponer de tecnología mucho más sofisticada puede promover un mal uso de ella o un abuso para el diagnóstico que en muchas situaciones resultaría innecesario o incluso en detrimento para el propio paciente.

Por otro lado, la masificación y saturación del sistema sanitario representa uno de los principales problemas que viene afectando la salud mundial y el adecuado funcionamiento de los sistemas de salud en las últimas décadas. La masificación del sistema conlleva consecuencias negativas estudiadas por varios autores, predominantemente en el ámbito de las urgencias, entre las que destacan un aumento del riesgo y la tasa de eventos adversos durante la atención, así como una elevación en la morbimortalidad de los pacientes atendidos (Richardson, 2006; Cha y cols., 2011; Guttman y cols., 2011)^{56, 57, 58}. Además, el incremento en los tiempos de espera, así como el inicio tardío de un tratamiento cuando es preciso, tienen un impacto negativo en la calidad de la atención, la seguridad y la satisfacción de los pacientes (McCarthy y cols., 2009; Van der Linden y cols., 2016; Jeanmonod y Jeanmonod, 2018; Savioli y cols., 2022)^{59, 60, 61, 62}.

Otro aspecto importante que se está produciendo en el ámbito asistencial es la tendencia a la subespecialización cada vez mayor de los profesionales sanitarios. Los profesionales están más preparados, se ha ampliado el catálogo de especialidades médico-quirúrgicas y, dentro de estas, existen a su vez especialistas en campos muy concretos. Ello conlleva una atención especializada y de mayor calidad, pero a costa de perder la visión holística de la persona, ya que el profesional cada vez se centra más únicamente en su campo de experiencia. La relación clínica puede verse deteriorada porque son muchos los especialistas implicados en el cuidado de un mismo paciente, por lo que el profesional puede no llegar a conocerlo en profundidad, ni viceversa, y toda esta situación puede llevar a que el paciente no sienta una relación de confianza verdadera con ninguno de los profesionales que lo están tratando (Osuna, 2019)¹².

Ahora bien, uno de los cambios más significativos que se han producido en la sociedad en los últimos tiempos ha sido el desarrollo extraordinario y a gran escala que han sufrido las tecnologías de la información y comunicación. Desde la aparición del teléfono, ordenador y, sobre todo, de internet, se ha modificado la forma que tenemos de relacionarnos entre nosotros y de acceder a todo tipo de información, lo que a su vez ha modificado en gran medida la atención sanitaria.

Históricamente, la relación entre médicos y pacientes se ha basado casi exclusivamente en la atención presencial, quedando reflejada la consulta en forma de documentación escrita a mano. A partir de los años sesenta, la aparición del teléfono supuso un cambio en el acceso de los pacientes a sus médicos, abriendo una nueva vía de comunicación entre ambos. En este sentido, este nuevo dispositivo comportó una mayor accesibilidad al sistema sanitario, principalmente al posibilitar recibir atención médica sin necesidad de desplazarse, lo cual resulta especialmente beneficioso para pacientes con movilidad reducida, encamados o para llevar a cabo consultas de seguimiento que no precisen una consulta presencial. Al mismo tiempo, a nivel del profesional sanitario, el aumento de consultas telefónicas puede comportar un mayor riesgo para su práctica, dependiendo del tipo de demanda, ya que el médico solamente dispone de la información verbal que le aporta el paciente, perdiéndose matices de la comunicación no verbal y sobre todo la posibilidad de llevar a cabo una exploración física. En este sentido, en cierta medida se desvirtúa la relación clínica, dificultando el normal desarrollo de la confianza y empatía necesarias para una correcta relación entre el médico y el paciente.

Con la llegada del ordenador, se produce a su vez otro de los grandes cambios que marcan una nueva era en la atención sanitaria y que actualmente se considera un elemento esencial para la calidad de la misma: la historia clínica informatizada (Onieva García y cols., 2015; Rojas Mezarina y cols., 2015)^{63, 64}. Esto supone una herramienta que facilita el trabajo del médico, ya que posibilita que el historial clínico del paciente se registre de forma más rápida, ordenada y que se encuentre integrada en su totalidad en un mismo sitio. Por otro lado, la intrusión del ordenador y la informatización en todas las consultas sanitarias también puede llegar a suponer una barrera durante la atención, tanto a nivel físico como en forma

de elemento de distracción, ya que se corre el riesgo de que el profesional esté más centrado en registrar los datos de la consulta en el ordenador, que en prestar atención al paciente, lo que puede aumentar la sensación de distancia entre ambos y deteriorar la relación clínica.

Sin embargo, si algo ha cambiado drásticamente y ha revolucionado el acceso a la información de forma global, es la aparición de Internet, que abrió la posibilidad de una comunicación multimodal e interactiva y sobre todo libre de límites espaciales. Esta tecnología permite producir, distribuir y utilizar información digitalizada en cualquier formato, lo que inevitablemente también tiene un impacto a nivel sanitario, ya que es usado tanto por la población general como por los propios profesionales para informarse en temas de salud.

A principios del 2022⁶⁵, los usuarios de Internet en todo el mundo ascienden a 4,95 billones y la penetración de Internet representa el 62,5% de la población total del mundo. Los datos muestran que los usuarios de Internet han crecido en 192 millones (+4,0 por ciento) durante el año pasado.

La masiva aparición de literatura sanitaria, plataformas o blogs de salud, además de redes sociales y aplicaciones móviles enfocadas hacia temática sanitaria, hacen que los pacientes tengan a su disposición una cantidad desmedida de información. La investigación muestra que los pacientes opinan que Internet es una forma útil de encontrar respuestas a los problemas de salud y que el uso frecuente de las redes sociales se asocia con una mayor conciencia y empoderamiento del paciente (Grosberg y cols., 2016)⁶⁶. También se ha visto que las aplicaciones móviles parecen ayudar en el manejo de enfermedades tanto a pacientes como a profesionales (Hood y cols., 2016; Mohammadi y cols. 2018)^{67,68}, así como mejorar la adherencia a la medicación de los pacientes y los resultados relacionados con la salud (Al-Arkee y cols. 2021)⁶⁹. En una revisión por Rukavina y cols. (2021)⁷⁰, se identificaron tres beneficios clave de las redes sociales en el profesionalismo electrónico de los sanitarios: trabajo en red y colaboración profesional, educación y capacitación profesional y educación del paciente y promoción de la salud.

El principal inconveniente de este gran acceso a información médica es que la publicación en internet no está adecuadamente controlada ni regulada, por lo que

los contenidos tampoco están revisados ni actualizados por expertos. Se debe tener mucho cuidado y también cierto conocimiento para saber qué tipo de contenido proviene de fuentes fiables y cuáles no. Esto a nivel sanitario entraña un riesgo evidente, ya que es necesario darse cuenta de que la información encontrada en la web no reemplaza en ningún caso el criterio del médico, sino que incluso cambia el tipo de relación con él (Osuna, 2019)¹². En este sentido, el profesional puede verse condicionado en su relación con el paciente al acudir este último a consulta con preconcepciones o ideas encontradas en la web, que el médico en muchas ocasiones, al ser erróneas, tendrá que saber gestionar o reconducir. Es necesario que los médicos alienten a sus pacientes a utilizar fuentes fidedignas cuando vayan a llevar a cabo su propia investigación, siendo también deseable que los profesionales tengan un papel activo en cuanto a mejorar la calidad de la información en línea para aumentar tanto el nivel de alfabetización en salud de la población como la calidad de los recursos en línea disponibles (Schwarz y cols., 2021)⁷¹. Mediante su uso correcto, se ha visto que internet puede actuar como refuerzo del consejo médico y puede ser coadyuvante para lograr una mayor adherencia al tratamiento, así como para reforzar mensajes de promoción y prevención de salud (Wald y cols., 2007; Mira Solves y cols., 2009; Marin-Torres y cols., 2013)^{72, 73, 74}.

En los últimos tiempos, dentro de la asistencia sanitaria, está cobrando importancia la telemedicina, que se basa en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación para la prestación de servicios médicos a distancia. La Organización Mundial de la Salud define la telemedicina como “la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades” (OMS, 2010)⁷⁵. La telemedicina puede facilitar una distribución más eficiente y equitativa de los limitados recursos sanitarios (Li y cols., 2021)⁷⁶ ya que permite la atención en áreas alejadas donde hay escasez de médicos y otros profesionales, reduce la necesidad de transporte y sus desafíos para algunos pacientes, ya que muchas consultas se pueden resolver por esta vía, además de

funcionar como conexión entre diferentes especialidades para dar respuesta a demandas que precisan una actuación conjunta de diferentes profesionales. Además, los tiempos de espera podrían reducirse debido a la mayor capacidad y acceso a la atención para pacientes tanto con enfermedades crónicas como agudas. Igualmente, es importante destacar que la telemedicina no sustituye la atención presencial, sino que ambas deberían desarrollarse de forma complementaria.

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una transformación y un progreso importante en el campo de la telemedicina. Un estudio ha reportado un aumento en las visitas por este medio de casi 7 veces en marzo y abril de 2020 (Mann y cols., 2020)⁷⁷. Debido a la situación de tener que mantener cuarentena y aislamiento social se limitaron en gran medida las consultas presenciales, surgiendo la necesidad en el sistema sanitario de reconsiderar los modelos actuales de prestación de atención médica. Se recomendó el uso de atención remota utilizando tecnologías de salud digital como una estrategia alternativa para brindar atención médica y apoyo informativo, evitando en la medida de lo posible el riesgo de contagio, desplazamientos innecesarios y aglomeraciones. Como resultado, las evaluaciones de la alfabetización en salud electrónica se han acelerado a medida que los profesionales de la salud han intentado adaptar los servicios de salud digitales a los pacientes (Brørs y cols., 2020)⁷⁸. Esta nueva normalidad forzada de comunicación a través de plataformas de telemedicina y limitación de la consulta presencial produce inevitablemente un cambio en la relación médico-paciente.

Nadie duda sobre las innumerables posibilidades de acceso a la información que ofrece el desarrollo de las nuevas tecnologías, pero es cierto que la disponibilidad ilimitada de su uso también entraña ciertos peligros e impacta de forma importante en el cuidado de la salud. Así, la situación de aislamiento y soledad propiciada por la pandemia se ha intentado paliar con consultas telemáticas y, en el caso de pacientes ingresados en situación grave, mediante visitas virtuales a través de video llamada para permitir el contacto y la despedida de los pacientes con sus familiares. Sin embargo, ningún avance tecnológico puede sustituir la atención personalizada que caracteriza la relación clínica, ni tampoco

puede reemplazar los beneficios de la presencia de los seres queridos (Osuna, 2013 y 2021)^{1, 79}.

Las restricciones ocasionadas por la disminución del contacto físico, así como la interposición de mascarillas y equipos de protección durante la asistencia, hace que la práctica clínica sea más impersonal, favoreciendo los problemas de comunicación y malentendidos entre los médicos y los pacientes, impidiendo el desarrollo adecuado de la confianza, lo que podría deteriorar a su vez la relación clínica (Roubille y cols., 2021; Ghosh y cols., 2021)^{80, 81}.

Van Erkel y cols. (2022)⁸² realizaron un estudio cualitativo incluyendo varios servicios hospitalarios para evaluar la percepción, tanto de los pacientes como de los profesionales, de la calidad de las revisiones telefónicas durante la pandemia, concluyendo que persiste la necesidad de una atención presencial, coincidiendo tanto pacientes como profesionales, que en el futuro la atención debería ser mixta y diferenciada dependiendo del caso, dejando la consulta telefónica para pacientes en condiciones estables o crónicas que ya tienen establecida una relación con su médico. Aliberti y cols. (2022)⁸³, en su estudio para conocer la opinión de los médicos de atención primaria acerca del uso de la telemedicina en adultos mayores durante la pandemia, reflejan que, según los médicos entrevistados, la atención presencial era preferible a la telemedicina y que esta podría servir como complemento, pero no como reemplazo de la atención en persona. En esta misma línea, Gómez y cols. (2021)⁸⁴ refieren que, en su estudio, la mayoría de los médicos expresan su preocupación por la falta de contacto y la reducción de la conexión personal que se produce con la telemedicina, así como la inseguridad ocasionada por ofrecer una atención sin realizar un examen físico al paciente. Además, desde el punto de vista de los pacientes, su satisfacción con las visitas virtuales parece ser más baja que con las visitas presenciales, especialmente en lo que se refiere a la comunicación con el médico (Itamura y cols., 2020 y 2021)^{85, 86}. Villalobos y Calvanese (2021)⁸⁷ plantean que el cambio y detrimento en la relación clínica ocasionado por la pandemia debe hacernos reflexionar acerca de si el uso que se está haciendo de los recursos tecnológicos está propiciando la deshumanización en el ámbito sanitario.

Por último, para poder comprender el estado de la relación clínica en el momento actual, además de los cambios antes comentados, se debe entender que se ha producido una transformación global en múltiples áreas, en forma de cambios demográficos, como la sobrepoblación mundial y el envejecimiento de la población; epidemiológicos, sobre todo por aumento de enfermedades crónicas; cambios sociales y culturales, como la medicalización de la vida y la creciente expectativa sobre la potencialidad terapéutica de la medicina hasta límites irreales; así como cambios económicos en forma de aumento de costes, escasez o insuficiencia de recursos y consiguiente inversión para satisfacer las nuevas expectativas poblacionales (Noto, 2021)³.

Cabe destacar que ha habido un cambio en el concepto de salud, de forma que en nuestra sociedad actual cada vez cobra más importancia la calidad de vida y no solo la ausencia de enfermedad. El concepto de salud en este momento es por tanto relativo a cada individuo, según sus propios valores o expectativas, y la atención médica tiene por objetivo ayudar a cada enfermo de forma personalizada. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946)⁸⁸ redacta en su Constitución que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto implica un cambio de roles tanto en el paciente como en el médico, de forma que el paciente ya no es únicamente considerado como “enfermo” sino como usuario, cliente, consumidor, etc., teniendo un rol activo en su salud. Por lo tanto, el médico a su vez deja atrás su rol de superioridad, acercándose más al paciente y teniendo que desempeñar su función asistencial necesariamente junto con otros profesionales de la salud. En este sentido, el cuidado ya no se proporciona individualmente, sino por un equipo multidisciplinar y la finalidad de la actividad sanitaria ya no es exclusivamente terapéutica, sino que va dirigida a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otro lado, se ha producido un aumento del nivel educativo de la población, favorecido por la globalización y la aparición de nuevas tecnologías de la información y comunicación antes mencionadas. Nos situamos ante una sociedad que tiene un acceso muy amplio a todo tipo de información, en la que los conocimientos sanitarios parecen estar al alcance de todos gracias a internet. Esto

conlleva que los ciudadanos sean cada vez más críticos y conscientes de sus derechos y por tanto exijan responsabilidades en situaciones que anteriormente no se planteaban. Existe un empoderamiento creciente de los pacientes, que se muestran cada vez más activos en la toma de decisiones que conciernen a su salud y que también acuden a la consulta con sus propias opiniones y preconcepciones en materia sanitaria a consecuencia de su propia investigación. Dado que la información errónea, engañosa o inexacta en línea y en otros medios es abundante, los proveedores sanitarios deben prestar especial atención para identificar y abordar las creencias sobre la salud que no están respaldadas por datos de alta calidad, ya que pueden afectar la motivación de los pacientes para adherirse a estilos de vida más saludables y a medicamentos efectivos recomendados por las guías (Duffy y cols., 2021)⁸⁹. El médico se ve en muchas ocasiones ante la necesidad de tener que desmontar las ideas de salud preconcebidas del paciente si estas se basan en información errónea o carecen de fundamento científico, lo que en ocasiones puede suponer un conflicto en la relación, sobre todo si el paciente no está de acuerdo con la información o postura del profesional. Un claro ejemplo de este conflicto, muy presente en el día a día de la consulta, es la petición por parte del paciente de pruebas complementarias no indicadas. En este marco de relación, cada vez más se está observando un incremento en el número de quejas y denuncias por parte de los pacientes, que a su vez parece favorecer la práctica de una medicina defensiva por parte de los profesionales sanitarios. En este sentido, cabe recordar la Paradoja de Barsky⁹⁰, enunciada en 1988, pero que desgraciadamente sigue muy vigente en el momento actual y es que, *“a pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos”*.

En definitiva, la relación clínica ha cambiado más en las últimas décadas que en los numerosos siglos de historia, pero a costa de perder en cierto modo lo que debería caracterizarla, esto es, la comunicación y la relación existente entre el médico y el paciente.

Es imprescindible entender que las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación deben actuar como un complemento de la relación clínica, que pueden mejorar y facilitar tanto la atención como el seguimiento de un gran número de pacientes, pero sin olvidar que no deben reemplazar una atención médica personalizada centrada en la persona. Los cambios en la relación asistencial, precipitados por la pandemia, vienen probablemente para quedarse (Imlach y cols., 2020; Wahezi y cols., 2021)^{91, 92}, por lo que es importante determinar si las prácticas actuales en telesalud están abordando adecuadamente las necesidades y preocupaciones de nuestros pacientes (Pappot y cols. 2020)⁹³.

El aumento de conocimientos médicos, el desarrollo tecnológico y la implementación de novedosos procesos asistenciales sirven de poco si no se contemplan ni se valoran los factores individuales del acto asistencial desde la perspectiva de la comunicación y percibiendo a cada enfermo como alguien diferente en sí mismo y en cada momento (Osuna, 2019)¹². A pesar de todos los avances que se puedan producir, la calidad última de la asistencia sanitaria vendrá condicionada por nuestra capacidad para mantener el valor de la relación clínica como núcleo central del encuentro entre el médico y el paciente.

3.4. LA COMUNICACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA.

Según la definición de la Real Academia Española⁹⁴, la comunicación consiste en un proceso de transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. Los seres humanos por definición somos seres sociales, esto es, tendemos a comunicarnos estableciendo una interacción con la sociedad que nos rodea, habiéndose encontrado pruebas de la existencia de diferentes formas o códigos de comunicación ya en las antiguas civilizaciones, que se han ido desarrollando hasta la actualidad conforme ha ido evolucionando la sociedad.

El entorno sanitario es uno de los espacios profesionales en los que conseguir que el proceso de comunicación entre sus protagonistas se lleve a cabo de una manera adecuada resulta imprescindible. Muchos estudios han demostrado que una comunicación efectiva entre los pacientes y los proveedores sanitarios es esencial para brindar una adecuada atención a los pacientes y favorecer su

recuperación (Crawford y cols., 2017; Schöpf y cols., 2017; Madula y cols., 2018; Kwame y Petrucka, 2021)^{95, 96, 97, 98}. El adecuado entendimiento entre el profesional y el paciente y/o sus familiares, así como entre los diferentes profesionales de la salud entre sí, es fundamental para que, de forma conjunta, se pueda llevar a cabo la relación asistencial de un modo adecuado, con el fin de lograr los objetivos de salud marcados.

Se entiende que la comunicación es un intercambio de información, en donde se establece una relación bidireccional entre los participantes, que se ve influenciada por factores como, la cultura, el contexto en el que se produce, el lenguaje usado y los gestos (comunicación no verbal), siendo una de las formas más importantes en que los profesionales sanitarios influyen en la calidad de la atención médica que reciben los pacientes y sus familias (Back, 2020)⁹⁹. Como se ha comentado, el paciente debería ser el centro de la atención sanitaria, donde la comunicación tiene que estar presente de forma inseparable, teniendo en cuenta que sin un proceso verdadero de comunicación resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable sobre aspectos de su salud. En este sentido, el proceso de comunicación sanitaria exige una deliberación conjunta entre los implicados en la relación, donde además de abordar aspectos sobre la asistencia, también deben explorarse y tenerse en cuenta los valores y preferencias del paciente. Del mismo modo, el avance científico ha ampliado las posibilidades y alternativas tanto de diagnóstico como de tratamiento, haciendo más complejo el proceso de toma de decisiones, necesitando en mayor medida establecer un diálogo adecuado con el paciente.

La comunicación médico-paciente, además de ser un componente principal en el cuidado de la salud, si es efectiva y de calidad, puede mejorar la experiencia del paciente, promover el cumplimiento del tratamiento, disminuir la ansiedad, reducir quejas y reclamaciones y mejorar la satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente (Hobma y cols., 2006; Burns y cols., 2021)^{100, 101}. En este sentido, las habilidades comunicativas del médico juegan un papel importante en el éxito del proceso de comunicación y deliberación con el paciente. En el estudio de Pérez Carrión (2016)¹⁰² en el que se analizó la percepción de 2186 profesionales sanitarios de la Región de Murcia en relación con la calidad de la

comunicación en el proceso asistencial, el 38,6% de los profesionales consideraba que se había perdido la capacidad de comunicación necesaria para mantener una buena relación con los pacientes.

Germaine y cols. (2021)¹⁰³ proponen, que para que la comunicación sea efectiva, se debe tener en cuenta la estrategia mediante la que se va a llevar a cabo la entrega de la información, estar compuesta por un mensaje claro y coherente, establecer pruebas para garantizar la comprensión de lo que se ha dicho, así como permitir posteriormente que la persona exprese comentarios o plantee sus inquietudes. Igualmente, no existe una fórmula estándar que garantice una adecuada comunicación, además de que la enorme variabilidad según el escenario clínico y según el tipo de paciente hacen que la técnica o el abordaje que funciona en una ocasión no resulte efectiva en otra. Los profesionales sanitarios deben adaptarse al tipo de situación planteada y, sobre todo, al tipo de paciente de forma individualizada, por lo que es importante que ya en los programas de formación, se ofrezca una enseñanza en comunicación lo suficientemente flexible como para ser adaptable a los distintos escenarios que van a estar presentes a lo largo de su práctica clínica (Forsey y cols., 2021)¹⁰⁴. El éxito de la actividad profesional técnica, las habilidades clínicas del sanitario y la inversión en pruebas complementarias de última generación se ven inexorablemente condicionadas por la capacidad del profesional de transmitir y comunicarse adecuadamente durante la relación clínica. De esta forma, el adecuado entrenamiento y práctica de este tipo de habilidades no garantiza el éxito de la relación sanitaria, pero si disminuye la probabilidad de malentendidos y favorece el curso de los procesos clínicos.

Otro aspecto clave que afecta a la comunicación en el contexto de la relación clínica es inexcusablemente el tiempo de consulta disponible para cada paciente. Los cambios en la población están haciendo que exista una mayor demanda de los servicios sanitarios, lo que ocasiona que el ritmo y la carga de trabajo sea mayor, lo que en consecuencia repercute en una falta de tiempo para hablar con el paciente. En un estudio realizado sobre profesionales sanitarios de la Región de Murcia, el 51,9% de los encuestados manifestaron que no disponían de tiempo suficiente para informar al paciente y familiares de forma óptima (Pérez Carrión, 2016)¹⁰².

En esta misma línea, la saturación de cupos y los aumentos en las listas de espera para ser atendidos, tanto en consulta como para la realización de una prueba complementaria, son frecuentemente un punto de partida de conflictos en la relación clínica, con lo que el manejo de este tipo de situaciones mediante habilidades de comunicación resulta fundamental. Además, en aquellos casos en los que los que no se consiga llegar a un acuerdo o los puntos de vista del paciente y profesional de cara a un problema presentado no están alineados, podría tener un impacto perjudicial en las percepciones y el comportamiento de los pacientes después de la consulta: falta de asistencia a las citas de seguimiento, falta de confianza en el médico y la decisión de no volver a consultar si los síntomas persisten (Amelung y cols., 2020)¹⁰⁵.

En definitiva, a pesar de que las habilidades técnicas y los conocimientos científicos reciban más atención en la formación de los profesionales sanitarios, la comunicación juega un papel esencial en la práctica clínica y en la relación que se establece dentro del ámbito asistencial, por lo que se debería prestar atención a la sensibilización y aprendizaje de estas habilidades desde el inicio de la formación académica. Además, es precisamente mediante una adecuada comunicación con lo que se va a fomentar la confianza dentro de la relación clínica, que a su vez mejorará el entendimiento entre los protagonistas y la toma compartida de decisiones.

3.5. EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL.

3.5.1. APARICIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.

Los derechos y deberes de los pacientes y de los profesionales sanitarios constituyen actualmente el eje básico de las relaciones clínico-asistenciales y el marco jurídico sobre el que se sustenta la toma compartida de decisiones en la atención sanitaria. Para llegar a la situación presente se han tenido que producir importantes avances sociales y cambios legislativos a nivel tanto mundial como nacional, pudiendo destacar el siglo XX, sobre todo los años 60 y 70, como punto

de partida de la transición hacia la inclusión de la autonomía del paciente y el consentimiento informado en el ámbito sanitario.

Como ya se ha comentado anteriormente, hasta mediados del siglo XIX, el modelo de la relación clínica era paternalista y desequilibrada a favor del médico. La publicación en el año 1803 del libro *Medical Ethics* por Thomas Percival⁹ supone la entrada de la medicina en el mundo del Derecho, planteando un cambio en el modelo de relación asistencial basado en la idea de que los pacientes son sujetos con derechos.

En 1914, la resolución de la sentencia dictada por el juez Benjamin Cardozo en el caso *Schloendorff vs. Society of New York Hospital*¹⁰⁶, marca un hito histórico ya que reconoce el derecho a tomar decisiones en lo que respecta a su salud de la paciente en cuestión y la obligación a su vez del médico de respetar la autonomía del paciente sobre decisiones que afectan a su propio cuerpo. De forma implícita, este hecho marca la consolidación del principio a la autonomía de los pacientes y el inicio del consentimiento informado en el ámbito biomédico y clínico.

Posteriormente, el periodo que sigue a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), tiene importantes consecuencias en el impulso para regular las normas éticas de la investigación clínica, a raíz de la experimentación no regulada, no consentida y atroz que se llevó a cabo durante estos años. En 1947, tras los Juicios de Nuremberg en donde fueron juzgados 24 médicos de la Alemania nazi por crímenes contra la humanidad, se redactó el Código de Nuremberg¹⁰⁷ que constituye la primera declaración formal internacional de aplicación de normas éticas a la investigación clínica con seres humanos. El documento establece la obligatoriedad de obtener un consentimiento voluntario previo a la participación de cualquier sujeto en una investigación, protegiendo de esta forma su autonomía, además de establecer la necesidad de una conducta ética por parte de los investigadores.

Un año después, en 1948, en el marco de las Naciones Unidas se formuló la Declaración Universal de Derechos Humanos, que recoge en sus 30 artículos los derechos humanos considerados como básicos y de obligatoria protección, entre los que figura el derecho a la salud y bienestar de todos los sujetos humanos en la experimentación científica.

Al comienzo de los años 60, se inicia a nivel social una revolución en forma de movimientos que empiezan a reivindicar los derechos de la persona en el ámbito médico, proclamando los “derechos del paciente” en forma de sujetos capaces de participar de manera activa en la definición de la relación clínica. En este contexto, en 1957 se produce la primera sentencia en la que se recoge el término “consentimiento informado” por el Tribunal de California en el caso *Salgo vs. Leland Stanford J.R, University Board of Trustees*¹⁰⁸. En ella, el consentimiento pasa de ser simple a convertirse en informado, al afirmar que es necesario que el consentimiento de un paciente a un tratamiento propuesto vaya precedido de una información previa que permitan a este, ejercer su derecho a la autodeterminación. Queda reflejado que es un error de omisión por parte del médico no aportarle al paciente la información suficiente previo a que este pueda tomar una decisión en cuanto a su salud.

En 1964, la Asociación Médica Mundial promulgó la Declaración de Helsinki¹⁰⁹ que desarrolla los diez puntos del anterior Código de Nuremberg, pasando a ser la norma internacional de referencia sobre ética de la investigación biomédica.

No es hasta 1976, donde la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó la *Recomendación 779/1976 sobre derechos de los enfermos y moribundos*, que la preocupación por los derechos de los pacientes llega a Europa, constituyendo esta la primera aproximación europea a los derechos de los pacientes.

En el marco español, destaca por su trascendencia en cuanto al inicio del reconocimiento de la autonomía del paciente como un derecho, la entrada en vigor en 1978 de la Constitución española¹¹⁰, ya que supuso un antes y un después en nuestro país, contribuyendo a crear un nuevo modelo de organización social, abrazando la democracia y superando un prolongado periodo de dictadura franquista. En su artículo 10.1 reconoce la dignidad de la persona de la que derivan todos los derechos que en el ámbito de la salud se confieren.

Un año después, en 1979, el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de EE. UU. elabora el Informe Belmont⁷ que marca el surgimiento de la bioética moderna. En este informe, titulado “Principios éticos y pautas para la protección de

los seres humanos en la investigación”, se recogen los principios fundamentales que rigen la investigación básica, experimental, clínica y epidemiológica en Ciencias de la Salud. El documento se creó a raíz de un estudio tipo caso-control sobre pacientes con sífilis en Alabama, llevado a cabo entre 1932 y 1972, en donde las personas involucradas no consintieron su participación, ni fueron informadas de su diagnóstico, además de que no se les ofreció una posibilidad terapéutica a los participantes a pesar de que la penicilina estaba disponible desde 1941. El experimento se convirtió en uno de los mayores escándalos y transgresiones a la ética y bioética de la historia de la humanidad, ya que al final del estudio solamente 74 sujetos continuaban con vida además de haber nacido 19 niños con sífilis congénita a causa del contagio marital.

Volviendo a la legislación española, es fundamental remarcar la fecha de 1986, por ser el año en el que se promulgó la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril General de Sanidad)¹¹¹ actuando como impulsora del Sistema Nacional de Salud, en donde se abordan de manera específica el derecho de los pacientes a ser informados y con ello poder consentir libre y voluntariamente durante la asistencia sanitaria. Hasta esta fecha, los derechos de los pacientes como derechos de la personalidad no estaban regulados por ningún marco legal específico, sino que, se enmarcaban de forma general en la Constitución Española. La ley recoge en su artículo 10 y 11 una serie de derechos con respecto a las distintas administraciones públicas (entre los que destacan el derecho a la información, el consentimiento informado, libre elección de sanitarios...) así como las obligaciones o deberes de los ciudadanos con la instituciones y organismos del sistema sanitario. La Ley General de Sanidad considera la protección de la salud como un derecho del ciudadano, pero cabe destacar que, a pesar de ser la única norma estatal que existía en nuestro país en ese momento en materia sanitaria, tenía importantes deficiencias: de los siete títulos y ciento trece artículos que la componían, únicamente los artículos 10 y 61 hacían mención expresa a los derechos del paciente.

A nivel europeo, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes es promovida en el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud¹¹². Dos años después, el 4 de abril de 1997, el

Convenio del Consejo de Europa para *la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina*, más conocido como Convenio de Oviedo¹¹³, establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano dentro de las disciplinas de la biología y la medicina.

El Convenio fue creado como respuesta al avance de la biomedicina en el último cuarto del siglo XX, teniendo como objetivo impedir el abuso del desarrollo tecnológico en lo que concierne a este campo. Este documento tiene como eje central el tratamiento del consentimiento informado, recalcando la necesidad de reconocer el derecho a la información de los pacientes y el derecho a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas (Romeo Casabona, 2022)¹¹⁴. En su articulado, recoge que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento, tras recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias. En España, este documento entra en vigor el 1 de enero del año 2000 (BOE, n.º 251, de 20 de octubre de 1999). Dentro de este marco, en el año 2001, la jurisprudencia de la Sala 1ª del Tribunal Supremo Español (SSTS, 1ª, 12 de enero 2001, RJ 2001/3; 11 mayo 2001, RJ 2001/6197) determina el consentimiento informado como un derecho humano fundamental.

El 14 de noviembre de 2002 se publica la Ley 41/2002¹¹⁵, *básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, que entra en vigor el 16 de mayo de 2003, en donde se regula la relación médico-paciente y sus derivados (el derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado y demás información clínica) de forma específica y en mayor profundidad. Con esta norma el principio de autonomía del paciente conquista su pleno reconocimiento reforzando que la información previa constituye un elemento fundamental.

La Ley 41/2002, además de ampliar la normativa previa, también introduce algunos aspectos novedosos, como son la clasificación de las formas de limitación de la incapacidad atribuyendo a los médicos la capacidad para evaluarla, las

voluntades anticipadas o testamento vital, la figura del médico responsable de la información y la fijación de los 16 años como la mayoría de edad sanitaria.

En la Región de Murcia, el 11 de mayo de 2009 se promulgó la Ley 3/2009¹¹⁶ de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, que recopila y unifica en un único documento los derechos y deberes de los usuarios de la sanidad murciana. Esta ley sirve para afianzar el papel que deben asumir los usuarios y pacientes respecto del sistema sanitario como componentes activos en todos los procesos y decisiones que afecten a su propia salud individual o a la del colectivo general, de forma que se establezca una relación más estrecha, basada en el respeto y la confianza, entre profesionales sanitarios y pacientes, en donde la propia Administración Sanitaria tiene el deber de abordar las acciones necesarias para lograr la humanización y calidad de la asistencia sanitaria (Pérez Carrión, 2016)¹⁰².

Es preciso enfatizar que la creciente complejidad de la asistencia sanitaria está condicionando que la práctica médica sea cada vez más impersonal y arriesgada, lo que conlleva la necesidad de establecer nuevas formas de protección de los derechos de los pacientes para hacer frente a las consecuencias del desarrollo de la informática, los avances genéticos y la globalización de la investigación clínica (Pérez Cárcelos y cols., 2007)¹¹⁷. Los derechos de los pacientes deben conocerse y tenerse en cuenta tanto por el propio paciente como por todos los profesionales sanitarios, para asegurar que estén presentes en la asistencia sanitaria y se ejerzan de forma adecuada.

3.5.2. LA INFORMACIÓN SANITARIA Y LA TOMA DE DECISIONES.

En la sociedad actual, el derecho a la información constituye un supuesto fundamental en la libertad de la persona. Concretamente en el ámbito sanitario, donde hoy por hoy el principio de autonomía ocupa un lugar preferente, la información se puede considerar un pilar básico de la asistencia sanitaria y de la relación médico-paciente, siendo precisamente sobre los derechos de los pacientes y en concreto en el derecho a la información en lo que se sustenta la toma de decisiones compartida en consulta.

La toma de decisiones en el ámbito sanitario consiste en un proceso complejo, marcado por la incertidumbre inherente al ejercicio de la medicina, existiendo infinitos escenarios ante los que el profesional puede encontrarse, además de contar con la variabilidad individual de cada paciente en concreto. Llevar a cabo una toma de decisiones que sea compartida cobra especial relevancia ante situaciones en las que no está clara la mejor opción a seguir.

Al respecto, la toma de decisiones en el entorno médico se puede definir como un proceso colaborativo que incluye la comunicación de información fáctica relevante entre el/los profesionales sanitarios y el paciente y/o sus familiares, teniendo en cuenta las preferencias del paciente y, en la medida de lo posible, alcanzando un acuerdo mutuo sobre el mejor curso de acción a seguir (Backman y cols., 2020)¹¹⁸. Así, los clínicos aportan información sobre las opciones diagnóstico-terapéuticas disponibles, incluyendo sus riesgos, beneficios y posibles consecuencias, escuchando a su vez las preferencias de los pacientes, garantizando una deliberación conjunta que permitirá llegar a una decisión basada tanto en la evidencia objetiva ofrecida por el médico como en los valores personales presentados por el paciente de acuerdo con sus preferencias. Esta discusión favorece y genera una relación de confianza entre el médico y el paciente, que favorece a su vez la relación clínica (Bukstein y cols., 2020)¹¹⁹.

La toma de decisiones compartida se refiere por tanto a un proceso y desde el principio debe aclararse si y cómo el paciente desea participar en él (Gurtner y cols., 2021)¹²⁰. Este proceso se considera el núcleo principal de la atención centrada en el paciente (de Pinho y cols., 2021)³⁷ y permite su autonomía, al mismo tiempo facilita el diálogo y posibilita la participación conjunta entre el paciente y el profesional sanitario.

La toma de decisiones compartida debe guiarse por los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como por el principio relacionado de administración de recursos limitados (Stiggelbout y cols., 2012)¹²¹. De esta forma, el médico posee la experiencia y conocimiento en materia sanitaria con lo que puede intuir qué opción sería más adecuada según el tipo de paciente, con el fin de proporcionarle el mayor beneficio, pero es el paciente el que conoce sus valores y prioridades vitales, que son imprescindibles para encuadrar la

información médica y poder llevar a cabo la toma compartida de decisiones. Sin embargo, no siempre resulta sencillo llegar a un acuerdo entre el médico y el paciente, lo que puede generar en ocasiones un desequilibrio en la preponderancia de un principio ético sobre el otro. Un ejemplo de ello sería cuando el paciente insiste en la realización de una prueba diagnóstica que el médico no considera indicada (desequilibrio entre autonomía del paciente y la administración de los recursos) o cuando el médico no está de acuerdo con un tratamiento que solicita el paciente y que incluso puede resultar perjudicial (desequilibrio entre autonomía y beneficencia/no maleficencia). A menudo, establecer un diálogo razonado acerca de las razones de los diferentes puntos de vista, así como de los riesgos y beneficios y el resultado esperado de la intervención solicitada resultará útil para llegar a un consenso. En última instancia, si no se puede llegar a un acuerdo, el médico no está obligado a brindar atención que sea contraria a sus creencias morales o juicio profesional (Kraus y Marco, 2016)¹²². Van Bruchem-Visser y cols. (2020)¹²³ exponen, tras una revisión narrativa de los marcos éticos utilizados para situaciones médicamente complejas en personas mayores, que deben contener un plan paso a paso para estructurar la deliberación moral que incluya valores morales para garantizar que se tomen en consideración, así como un enfoque o método para resolver posibles conflictos entre valores morales que pudiesen surgir.

Es preciso destacar que, en la última actualización de las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2021; Carmona y cols., 2021)^{124,125} sobre la toma compartida de decisiones, se establece que, aunque los beneficios de la toma de decisiones compartida se reconocen cada vez más, aún no se practica de forma rutinaria en todos los entornos. De igual forma, Stalnikowicz y Brezis (2020)¹²⁶ también remarcan que este proceso está infrautilizado en la práctica clínica a pesar de sus beneficios demostrados. Para Ramello y Audisio (2020)¹²⁷, que el proceso de toma de decisiones se aborde de manera diáfana en la literatura médica se traduce en un escaso conocimiento sobre las preferencias de los pacientes, así como un desconocimiento por parte de los médicos de lo que los pacientes entienden, resultando como consecuencia en un proceso de toma de decisiones en muchas ocasiones deficiente.

3.5.2.1. FACTORES Y REQUISITOS QUE AFECTAN AL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES Y LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE.

Glatzer y cols. (2020)¹²⁸, en su revisión de criterios de toma de decisiones en el ámbito de la oncología, establecen que existen múltiples factores que influyen en el proceso de toma de decisiones, dividiéndolos a su vez en tres categorías principales que darían forma a nuestras decisiones: las características individuales de los protagonistas que toman la decisión, las características específicas de la decisión en sí misma y los factores contextuales.

La primera categoría se refiere al médico (ej. su nivel de conocimiento, si está actualizado, especialidad a la que pertenece, carga de trabajo), al paciente (ej. expectativas de vida, calidad de vida, deseos personales, experiencias previas, opiniones de sus familiares) y a la relación entre ambos (ej. nivel de confianza, diferencia de prioridades de cara al curso de acción a seguir).

En segundo lugar, en la categoría de factores que influyen en las características específicas de la decisión en sí misma, podemos encontrarnos con la edad, el género, la situación basal del paciente o sus comorbilidades previas.

Por último, inevitablemente en todas las decisiones influyen factores contextuales externos, esto es, el entorno en el que se toma la decisión (ej. estatus socioeconómico, coste del tratamiento, políticas gubernamentales, influencia de familiares).

Dentro del mismo orden de ideas, en una revisión de la literatura llevada a cabo por Kuosmanen y cols. (2021)¹²⁹, se identificaron los requisitos previos para la participación del paciente en el proceso de toma compartida de decisiones, específicamente en el campo de los cuidados paliativos, dividiéndolos en cinco categorías: trabajo dentro de un equipo multidisciplinario, comunicación abierta, buena relación médico-paciente, ambiente favorable e información mutua.

En primer lugar, es importante que la atención al paciente se produzca dentro de un equipo multidisciplinario y bien integrado, en términos de favorecer su participación en la toma de decisiones ya que ayuda al paciente a sentirse más acompañado y apoyado en su proceso, pudiendo ver reducido su nivel de ansiedad e inseguridad al sentir el apoyo de los profesionales durante todo el proceso. Hay

que tener en cuenta que los pacientes dependen en gran medida de las recomendaciones de los profesionales de la salud para tomar decisiones y a menudo, necesitan sugerencias y un número razonable de alternativas entre las que elegir.

Por otra parte, la comunicación abierta y honesta entre el paciente, sus familiares/cuidadores y los integrantes del equipo sanitario es un requisito indispensable para que el paciente tenga un rol activo en la toma de decisiones. Para favorecerla, es preciso que el profesional sanitario le haga preguntas abiertas, realice una escucha activa y le dé la oportunidad de discutir las opciones planteadas. Sin duda, esto requiere buenas habilidades de comunicación por parte del equipo médico.

En tercer lugar, una buena relación médico-paciente se construye, como ya se ha hecho énfasis en anteriores apartados, sobre la confianza mutua. La relación con el profesional sanitario afecta e influye en las decisiones que toma el paciente, favoreciéndolas o limitándolas, dependiendo de la calidad de esta. Para los pacientes, es importante sentir que son, en el momento de la consulta, el centro de atención del profesional, que este tiene una preocupación genuina por ellos como individuo y que está siendo escuchado y comprendido.

La cuarta categoría que influiría en el nivel de participación del paciente en la toma de decisiones sería el entorno en el que la atención se lleva a cabo. En este sentido, la consulta debería llevarse a cabo en un entorno favorable y privado, lo que se traduce de forma simplificada en la necesidad de dedicarle tiempo al paciente y minimizar las interrupciones.

Por último, todos los estudios incluidos en la revisión enfatizaron la importancia de la información en la toma compartida de decisiones. Esta información debe ser mutua, siendo responsabilidad de ambos tener un papel activo en revelarle, ya que tanto los pacientes como los profesionales sanitarios necesitan conocer información del otro para comprender todas las opciones planteadas y decidir cual se ajusta más a la situación y al paciente en particular.

De todo lo anteriormente comentado, se infiere que en última instancia son los profesionales sanitarios los responsables de favorecer una participación del paciente en consulta y de fomentar y promover la toma compartida de decisiones.

En este sentido, la guía NICE de 2021¹²⁴ basada en revisiones sistemáticas, entre otras cosas, aporta una serie de recomendaciones que los profesionales de la salud pueden hacer antes, durante y después de la consulta con los pacientes para facilitar el proceso de toma de decisiones compartida.

Así mismo, previo a todas las consideraciones anteriores, pero teniéndolas en cuenta, parece lógico y vital analizar la capacidad que tiene un paciente para tomar decisiones, especialmente en el momento actual de nuestro país en donde la pirámide de población está invertida a favor del envejecimiento. La capacidad de toma de decisiones se puede definir como el conjunto de competencias y experiencias cognitivas y emocionales que ayudan al tomador de decisiones a seleccionar una respuesta entre una lista de opciones posibles en una situación específica (Jacus y cols. 2013)¹³⁰. En este sentido, sobreestimar las habilidades del paciente puede ponerlo en peligro porque podría tomar decisiones contrarias a sus mejores intereses, pero subestimando su capacidad de elección puede tener consecuencias en la salud mental de los pacientes, así como favorecer un modelo de relación paternalista. Para Gaubert y Chainay (2021)¹³¹ es necesario considerar las competencias de toma de decisiones de los pacientes de forma continua, para brindarle un apoyo óptimo y para respetar sus valores y preferencias mientras pueda comunicarlos.

3.5.2.2. BARRERAS DEL PROCESO DE INFORMACIÓN.

Cabe considerar, por otra parte, qué barreras nos podemos encontrar a la hora de implementar el proceso de toma de decisiones, lo que podría explicar porque su uso no está todo lo extendido que debería en la actualidad. Como resumen, Stacey y cols. (2017)¹³² y posteriormente Khan y Muehlschlegel (2018)¹³³, diferencian por un lado entre barreras que afectan al paciente y por otro lado impedimentos que incumben al profesional sanitario. Las barreras del paciente incluyen el desconocimiento acerca de la necesidad de tomar una decisión, la creencia de que los médicos prescriben el único tratamiento disponible, la incomodidad y la falta de experiencia con realizar una toma de decisiones compartida y las ideas preconcebidas que puedan tener sobre la atención y ciertas opciones ofertadas. A su vez, algunos factores que limitarían llevar a cabo un

proceso de toma compartida de decisiones por parte del médico serían, entre otras, la preocupación por el tiempo o falta del mismo, la falta de práctica o capacitación en este terreno, el infravalorar la capacidad del paciente para asumir un rol más activo de forma preconcebida y la dificultad para conciliar las preferencias del paciente.

En una revisión narrativa de la literatura disponible hasta el momento, Stalnikowicz y Brezis (2020)¹²⁶ hacen hincapié fundamentalmente en tres barreras para la implementación de la toma compartida de decisiones durante la asistencia sanitaria: el tiempo, las habilidades de comunicación y la ausencia de una adecuada escucha.

Para varios autores, las limitaciones de tiempo en consulta suponen una barrera para la toma de decisiones (Wiener y cols., 2018, Pieterse y cols., 2019)^{134, 135}. Como respuesta, Stalnikowicz y Brezis (2020)¹²⁶ proponen que el uso de la empatía puede ahorrar tiempo en el proceso, ya que se ha demostrado que la empatía se expresa de manera efectiva en menos de 1 minuto (Fogarty y cols., 1999, Ambady y cols., 2002)^{136, 137}. Se ha visto que la capacidad de empatía de los médicos en situaciones de ambigüedad clínica se asocia con relaciones clínicas de alta calidad, existiendo mayor confianza, apoyo a la autonomía del paciente y satisfacción por ambas partes (Epstein y cols., 2007)¹³⁸ además de prevenir el burnout (Kearney y cols., 2009)¹³⁹. Parece necesario que la capacitación y aprendizaje de la empatía sea considerada una prioridad a lo largo de la educación médica (Aggarwal y Guanci, 2014)¹⁴⁰.

En cuanto a las habilidades de comunicación, los médicos admiten que carecen de habilidades para comunicar riesgos o inconvenientes y perciben que los pacientes son reacios a participar en la toma compartida de decisiones (Wiener y cols., 2018)¹³⁴. Además, dentro de la comunicación es importante el manejo de la incertidumbre, ya que genera malestar y los médicos sienten que, si se revela a los pacientes, expresa ignorancia, por lo tanto, es preferible enmascararla. Esto puede radicar en un problema de la educación médica, ya que dentro de este sistema se enfatiza la necesidad de tener “certeza” ante un diagnóstico, se recompensa saber la respuesta “correcta” ante un problema clínico, comprometiendo la capacidad del médico para en su práctica futura poder comunicar distintas opciones a los

pacientes de manera abierta y equilibrada en el caso de no existir una única opción válida.

Por último, la ausencia de una escucha adecuada o “escuchar mal” quizás pueda ser el obstáculo más importante en la implementación óptima de la toma compartida de decisiones. Los pacientes quieren y necesitan que los médicos los escuchen, ya que tienen un conocimiento único sobre su propio cuerpo y sus síntomas, pero en la práctica, se ha visto que los médicos interrumpen a los pacientes después de tan solo una mediana de 11 segundos (Ospina y cols., 2019)¹⁴¹.

Recapitulando, la información constituye un elemento crucial en la relación entre el médico y el paciente, ya que permite el respeto de la libertad de autodeterminación de cada individuo. Ahora bien, simplemente aportar información al paciente y luego esperar que elija sobre la lista de opciones planteada tampoco es adecuado, lo que se requiere es que el médico y el paciente desarrollen entre ellos una relación apropiada mientras abordan la situación en forma conjunta (Hargraves y cols., 2016)¹⁴². Solamente a través de una adecuada y eficaz comunicación entre ambos protagonistas de la relación clínica podrá llevarse a cabo el proceso de toma de decisiones compartida que tendrá como resultado la toma de una decisión lo más informada y consciente posible, en la que ambas partes sean responsables.

La toma de decisiones compartida se ha propuesto como un componente clave de la atención de la salud centrada en el paciente, no obstante, es un proceso complejo en el que influyen distintos factores que se deben tener en cuenta y que exige habilidades cognitivas y emocionales que requieren formación y entrenamiento.

3.5.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado es un concepto que ha ido evolucionando con el tiempo y que se ha ido desarrollando a medida que lo hacía a su vez la relación clínica. Una vez superado el modelo de relación paternalista, impulsado por el surgimiento y reconocimiento de los derechos de los pacientes, el consentimiento

informado consiste en una pieza clave de la relación entre los profesionales y los pacientes, asegurando la autonomía de la persona en el contexto socio sanitario. Aparte de en el contexto de la relación clínica, se aplica en el ámbito de la investigación por medio de la relación entre un investigador o un equipo de investigadores y el sujeto de la investigación.

El proceso de obtención del consentimiento informado se integra dentro de la relación clínica y, en concreto, en el contexto de la toma compartida de decisiones, pudiendo entenderse como el intercambio mutuo de información que se produce entre el profesional sanitario y el paciente de cara a que este último pueda tomar una decisión libre e informada sobre asuntos que afectan a su salud. En otras palabras, consiste en la autorización autónoma para la práctica de determinada intervención que implica que el individuo no solo debe aceptar y cumplir una propuesta, sino que debe dar su autorización mediante un consentimiento voluntario, que existe si y sólo cuando un paciente con suficiente capacidad de comprensión y sin control externo, autoriza intencionadamente a un profesional a hacer algo. El consentimiento informado médico supone capacidad de decisión, voluntariedad, comprensión e información adecuada (Rego y cols., 2020)¹⁴³. Según Beauchamp (2014)¹⁴⁴, el consentimiento informado se entiende como un proceso continuo, deliberativo y comunicativo dentro de la relación clínica, a través del cual se decide conjuntamente sobre una actuación que afecta a la salud del paciente. Constituye por tanto obligatoriamente un proceso de diálogo que se establece entre el médico y el paciente, idealmente dentro de un clima de confianza, suponiendo el lugar de encuentro de dos autonomías diferentes: la autonomía profesional que, basándose en su competencia y experiencia, es capaz de ayudar al paciente en la comprensión de su estado de salud y la autonomía personal del paciente que en la relación de cuidados debe sentirse libre de afirmar su individualidad y su dimensión moral (Noto, 2021)³.

Las habilidades de comunicación, como el uso de un lenguaje claro, simple y coherente, la creación de una buena relación médico-paciente, la generación de un diálogo y la escucha activa son algunas características de vital importancia para el adecuado desarrollo del proceso del consentimiento (Normahani y cols., 2020)¹⁴⁵. Es decir, los profesionales sanitarios, además de los conocimientos

científicos y su competencia técnica, tienen que saber comunicar y transmitir adecuadamente la información médica, asegurándose que los pacientes comprenden la situación en la que se encuentran para que puedan decidir de forma libre y voluntaria sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone. El paciente debe conocer todas las opciones de tratamiento con respecto a su problema de salud, así como entender tanto los beneficios como los posibles riesgos y complicaciones de cada intervención propuesta, para que sea él mismo quien acepte o rechace lo que se le propone, una vez tenga toda la información clara y habiéndose explicado con detenimiento.

El consentimiento informado está integrado dentro de la *"lex artis"* lo que lo convierte en un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad cuando se producen los riesgos típicos o consecuencias de los que el paciente no ha sido informado (Galán Cortés, 2014)¹⁴⁶. En este sentido, los profesionales sanitarios deben ser conscientes de que actualmente, aparte de un requerimiento ético y un derecho fundamental del paciente, el consentimiento constituye un requisito legal para el profesional, debiendo proporcionar al paciente la información adecuada antes de realizar cualquier intervención que afecte a su cuerpo para que este pueda decidir si autorizar o no una intervención sanitaria, ejerciendo su derecho a la autonomía y respeto de su voluntad.

La idea moderna de consentimiento informado se vincula, en su origen, al derecho y no a la medicina. Como ya se ha comentado, en el ámbito sanitario, la autonomía del paciente cobró importancia a partir del siglo XX, coincidiendo con la transformación de la relación clínica que pasa de su enfoque paternalista a ser un modelo cada vez más centrado en el propio paciente y en su derecho a la información. Es a partir de este momento cuando se empezó a plantear la naturaleza jurídica del consentimiento, primero voluntario y más tarde informado, en el ámbito médico.

Por su relevancia, destaca la creación en 1979 del antes citado Informe Belmont⁷, que establece los principios éticos fundamentales que deben orientar la investigación en seres humanos. Dichos principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, han pasado a ser los pilares básicos de la Bioética moderna (Simon, 2006)¹⁴⁷, debiendo el consentimiento basarse en la articulación

correcta de todos ellos (Camps, 2015)¹⁴⁸. Por su parte, el Consejo de Europa estableció su propio instrumento en virtud de los derechos de los pacientes en 1976, ratificándolo de forma posterior y de acuerdo con el informe previo, en el Convenio de Oviedo de 1997.

En España, el consentimiento informado se convirtió en un requisito legal en 1986 con la Ley General de Sanidad que especificó los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios. Respecto al requisito de la información, la Ley exigía a los profesionales sanitarios que proporcionaran al paciente o a sus allegados, una información que consideraba “completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso”. Respecto al requisito del consentimiento, la ley exigía que este fuera escrito para la realización de cualquier intervención. Posteriormente, en 2002, fue aprobada la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente que trata de garantizar la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones en la medida en que es informado y sea capaz de tomar la decisión más correcta de las planteadas, exigiendo que todas las intervenciones médicas vayan precedidas por el consentimiento informado del paciente o de su representante legal. Esta norma define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. En esta definición queda implícito que la información constituye un elemento fundamental de cara al consentimiento y que se manifiesta como derecho autónomo e independiente.

Actualmente, a nivel estatal el consentimiento informado se encuentra regulado por la mencionada Ley 41/2002 y específicamente en la Región de Murcia, siguiendo lo establecido por la norma anterior, en la Ley 3/2009.

3.5.3.1. ELEMENTOS Y PRESUPUESTOS FUNDAMENTALES DE LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL DURANTE EL PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO.

A través del análisis de los diferentes artículos que integran la Ley 41/2002 de autonomía del paciente se pueden dar respuesta a preguntas clave que explican de forma específica diferentes aspectos del consentimiento informado, por ejemplo,

a quien va dirigido, quien está obligado a informar o aspectos sobre cuándo y cómo se debe transmitir la información.

El artículo 5 de la Ley 41/2002 establece claramente que el titular del derecho a la información es el paciente. En este sentido, la ley decreta que el paciente debe ser informado de un modo adecuado y adaptado a sus habilidades de comprensión y que, en caso de incapacidad, esto debe hacerse a través de su representante legal. Igualmente, si el paciente lo permite de forma expresa, las personas cercanas al paciente que él designe también podrán recibir la información. Existen algunas limitaciones al derecho a la información expresadas dentro de la ley, como son, la existencia de un estado de necesidad terapéutica (aquellas situaciones en las que, por razones objetivas, el médico estima que poner al paciente en conocimiento de su situación pueda perjudicar su propia salud de manera grave), ante una situación de urgencia que no permite demoras y en el caso de la renuncia expresa de la recepción de la información por parte del titular del derecho.

Recientemente, la nueva Ley 8/2021¹⁴⁹, reforma la legislación civil y procesal con la intención de promover el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, proclamando que estas personas tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida. El objetivo es asegurar que se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, imponiendo un cambio en la visión paternalista obsoleta donde predominaba la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, a una nueva realidad en el que la persona, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.

En esta misma línea, cabe plantearnos quién debe ser el responsable de comunicarle la información al paciente. Según la Ley 41/2002, en última instancia, le corresponde al profesional sanitario que asume el rol de “médico responsable” prestar la información necesaria al interesado. La Ley define al médico responsable como aquel que tiene a su cargo coordinar la información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan. Igualmente, la ley refleja que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto

de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. Sin embargo, en la práctica habitual no siempre resulta fácil determinar quién asume el papel de médico responsable, ya que la asistencia muchas veces se lleva a cabo por equipos multidisciplinares y se produce una intervención de diferentes niveles asistenciales.

Con respecto al momento en el que se debería producir la transmisión de la información, es necesario destacar, que la información no representa un mero requisito que la ley exige para la obtención del consentimiento informado, sino que es un elemento autónomo, además de un verdadero derecho en sí mismo, y debe entenderse como un proceso continuado, presente y mantenido durante toda la actividad asistencial (Raposo y Osuna, 2013)¹⁵⁰.

En su artículo 4.2, la Ley 41/2002 señala que la información clínica debe ser verdadera, comunicada al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, de forma que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. A su vez, en el artículo 8, la ley establece que el consentimiento se debe obtener solamente tras recibir la información necesaria y cuando el paciente “haya valorado las opciones propias del caso” pero sin especificar en ningún momento cual debería ser la duración necesaria o recomendada de reflexión previa a otorgar el consentimiento. Además, bajo este mismo artículo establece que *“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*.

Cabría preguntarnos sobre qué hay que informar, cuya respuesta más lógica sería que depende de la finalidad de cada caso en particular. La Ley 41/2002, en su artículo 10, pone de manifiesto que, antes de otorgar su consentimiento, la información básica que el profesional sanitario proporcionará al paciente deberá incluir las consecuencias más relevantes que la intervención originará con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente, los riesgos probables que se pueden dar en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, así como las contraindicaciones. Galán Cortés (2014)¹⁴⁶ destaca que

el consentimiento del paciente se extenderá, en cuanto a su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado, con lo cual, en última instancia, el paciente tiene que entender en la situación en la que se encuentra y a lo que consiente para que el proceso sea legítimo.

3.5.3.2. FASES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El proceso de adopción e implementación del consentimiento informado se subdivide en tres fases distintas (Emanuel y cols., 2008)¹⁵¹: una fase informativa, una fase reflexiva y, finalmente, una fase deliberativa.

En primer lugar y como su propio nombre indica, la fase informativa se corresponde con aquella en la que se lleva a cabo la transmisión de información por parte del médico hacia el paciente de todo lo relacionado con las características de la decisión a tomar: la naturaleza del tratamiento, las formas de ejecución, los beneficios que puede conllevar, así como los posibles riesgos y las eventuales consecuencias que pueden aparecer tras la opción u opciones planteadas. El médico debe comunicarse de la forma más clara y exhaustiva posible, siempre adaptando la información al nivel sociocultural del paciente, asegurándose de que la ha entendido correctamente.

En segundo lugar, en un modelo de situación ideal que no entrañe una urgencia, en la fase de reflexión sobre la información recibida, el paciente tiene la posibilidad de disponer de un tiempo suficiente para procesar los datos comunicados por el médico y, a partir de ellos, poder tomar una decisión informada. En este contexto, el análisis de la noción de competencia, entendida como la capacidad del paciente para tomar decisiones, asume un papel fundamental.

Por último, en la fase deliberativa, se pide al paciente que exprese finalmente su consentimiento informado o rechazo ante la actuación propuesta. Cabe destacar que para que el consentimiento sea considerado como válido, debe representar la expresión de una voluntad libre y no condicionada. Además, el paciente debe mostrarse coherente con su decisión, demostrando que ha comprendido con exactitud la información recibida, así como los posibles riesgos que entraña.

3.5.3.3. CRISIS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Desde una perspectiva más general, a pesar de que hayan pasado ya dos décadas desde la instauración de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, existen dudas de que el consentimiento informado se esté aplicando de forma correcta en la asistencia sanitaria.

A pesar de los cambios por los que ha pasado la relación clínica en estos últimos años, la actitud paternalista no ha desaparecido por completo y el respeto a la autonomía del paciente en muchas ocasiones se centra en aportarle la información justa para obtener su firma en el documento de consentimiento (Simon, 2006; Busquets y Caïs, 2017)^{147,152}. A muchos médicos se les enseña que el respeto por la autonomía es sinónimo de consentimiento voluntario e informado por parte de una persona competente y aun que esto es importante, no logra captar la complejidad de todos los aspectos de la toma de decisiones en el mundo real (White y cols., 2020; Martin y Muller 2021)^{153, 154}. Como hemos comentado, el otorgamiento del consentimiento del paciente requiere necesariamente de un proceso de deliberación e información previa a la toma de decisiones para que sea válido, no consiste únicamente en la obtención de la firma del paciente, que solo refleja su “autorización”, pero en ningún caso significa que consigamos una verdadera toma de decisiones ni es una garantía de que el paciente haya ejercido su derecho a la autonomía, es decir, no puede considerarse un “verdadero consentimiento”. Muchas veces el simple hecho de entregar el documento del consentimiento informado donde viene toda la información necesaria, a modo de “contrato estándar”, hace que no se establezca una conversación real con el paciente, favoreciendo errores de interpretación o comprensión de esa información escrita, sin permitir momentos para debatir y acercar opiniones, que es en última instancia el propósito del proceso de consentimiento.

Busquets y Caïs (2017)¹⁵² realizaron un estudio mediante entrevistas para conocer la percepción de los pacientes en cuanto al uso y aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica, en donde concluyen que los pacientes necesitan ayuda más efectiva para comprender la información sobre su condición médica y que la actitud de los profesionales sanitarios sigue siendo paternalista. En este sentido, los pacientes refieren que la información que

recibieron previa a la firma del consentimiento fue nula o escasa y además de difícil comprensión. A su vez, los profesionales no daban importancia a la lectura de estos documentos, no explicaban el contenido de forma que el paciente pudiera contextualizarlo y requerían su consentimiento casi inmediatamente después de una explicación verbal, sin dejar un espacio para la reflexión. Gong y cols. (2018)¹⁵⁵ indican resultados similares al analizar la opinión de los pacientes en China, en donde resaltan que, desde la perspectiva de los pacientes, los médicos muchas veces descuidan la parte de “informar” del consentimiento “informado”.

Al mismo tiempo, en el intento de alejarnos del modelo paternalista, surge, como ya se ha nombrado, otro extremo de relación en el que el paciente se vuelve el protagonista único y su autonomía prima por encima del resto de valores. Debido a este fenómeno, está aumentando la tendencia hacia el ejercicio de una medicina defensiva que incrementa el deterioro de la relación clínica, en donde el uso de formularios de información tiene como objetivo evitar el riesgo de incurrir en cualquier tipo de responsabilidad por parte del médico, en vez de centrarse en orientar al paciente hacia una elección libre y consciente en lo que concierne a su propia salud.

Ya, en 2009, De Montalvo³¹ plantea la “*crisis del paradigma de la autonomía de voluntad*”, que deriva de la desmedida supremacía del principio de autonomía del paciente en la resolución de los conflictos de la relación clínica. Cuando la autonomía se lleva al extremo y se convierte en un principio absoluto y sin excepciones se produce un deterioro de la relación, cuyo principal perjudicado es el propio paciente. De Montalvo señala que una relación en la cual una de las partes se sitúa irremediabilmente en una posición de vulnerabilidad y carencia de conocimiento específico en la materia, requiere una posición de privilegio para la confianza más que para la autonomía. Poniendo el enfoque de la relación clínica únicamente en la autonomía del paciente se corre el riesgo de que la relación abandone su fundamento en la confianza y se convierta en una relación puramente contractual o mercantil, caracterizada en última instancia por la frialdad y la distancia entre los protagonistas. Vázquez Cardoso (2005)¹⁵⁶ señala que “tan perjudicial es un modelo asentado en el autoritarismo del médico, como un modelo

que extreme el papel de la autonomía, reduciendo todo el proceso del cuidado a una mera elección entre alternativas”.

Se necesita fomentar el restablecimiento del principio de confianza en la relación clínica que no puede recuperarse apelando a una sucesiva proclamación de expresiones de la autonomía de voluntad del paciente (Stirrat y Gill, 2005)¹⁵⁷. En el estudio de Zhou y cols. (2021)¹⁵⁸ se observa una correlación positiva y significativa entre la confianza y la relación médico-paciente, esto es, cuanta más confianza tengan los pacientes en sus médicos, tanto mejor será su relación clínica, y viceversa.

La llamada “beneficencia no paternalista” (de Montalvo, 2009)³¹ se propone como respuesta a conseguir una relación sanitaria fundamentada en la mutua confianza al servicio del bien del paciente. Con ella se produciría una reubicación del principio de autonomía fomentando su uso adecuado, evitando su aplicación formal o procedimental, que corre el riesgo de dejar el derecho a la libertad vacío de contenido. Si en vez de entender el principio de beneficencia y el de autonomía como antagónicos se entendiesen como complementarios, entonces esta última podría entenderse dentro del principio de beneficencia de modo que las preferencias del propio paciente serían las que ayudarían a marcar lo que valora como un beneficio médico, en el contexto de una intervención “paternalista”, justificada y necesaria debida a la presencia del carácter de vulnerabilidad inherente a la condición de enfermo (Noto, 2021)³.

Mediante el aumento de los derechos de los pacientes, sin insistir también en sus deberes como usuarios del sistema sanitario, o el fomento a presentar reclamaciones y quejas, no se va a resolver el detrimento que se viene produciendo en la confianza de la relación clínica. Es crucial comprender que en el momento en que la relación clínica se reduce a su dimensión jurídica, perdiendo su dimensión ética basada en la confianza, se pervierte y reduce una buena parte de su eficacia terapéutica y abre la puerta a muchos más abusos (Bellver Capella, 2006)¹⁵⁹.

En resumen, el consentimiento informado es un requisito legal para los profesionales sanitarios pero que tiene su origen en una obligación ética, permitiendo la autonomía del paciente y la toma de decisiones. Sin embargo, actualmente, su aplicación se aleja de este aspecto y se centra fundamentalmente

en la obtención de la firma del paciente, convirtiéndose en un trámite administrativo dentro de la relación clínica. Este enfoque devalúa la relación terapéutica entre los pacientes y los proveedores de atención médica (Martin y Muller, 2021)¹⁵⁴. El objetivo del consentimiento no ha llegado a entenderse del todo por los profesionales sanitarios, quienes, desde una postura defensiva, hacen un uso inadecuado de este proceso convirtiendo la firma del documento en el centro neurálgico de la relación, olvidando que la atención al paciente debe basarse en una relación de confianza, en la que la comunicación y la información deben estar continuamente presentes (Osuna, 2018)¹⁶⁰. La obtención del consentimiento debe alejarse de una transferencia unidireccional de información y enfocarse como un proceso de apoyo a los pacientes para que tomen decisiones informadas y autodeterminadas (Normahani y cols., 2020)¹⁴⁵. Coincidimos con De Montalvo (2014)¹⁶¹ en que “es necesario reubicar de nuevo el principio de autonomía, para evitar un uso inadecuado de este principio que no sólo vulnere el principio de beneficencia o el de justicia sino el mismo principio de autonomía”.

3.6. LA IMPORTANCIA DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES.

La naturaleza de la relación que se establece entre el médico y el paciente determina en gran medida el éxito del encuentro clínico, influyendo y determinando múltiples aspectos de la asistencia sanitaria. En este sentido, resulta necesario conocer la percepción de los protagonistas de la relación clínica para poder analizar los aspectos en los que se podría mejorar la calidad asistencial. Tras una revisión de la literatura disponible, destaca que, a pesar de que la relación clínica actual está centrada en el paciente, hay pocos estudios que se hayan dedicado a evaluar y analizar las percepciones de este conforme al modelo de relación terapéutica actual, específicamente del proceso de toma de decisiones y transmisión de información en la consulta.

Comprender qué es lo que ocasiona que un encuentro clínico sea satisfactorio para el paciente podría mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar la salud y disminuir las quejas hacia los profesionales (Versluijs y cols., 2020)¹⁶². En este sentido, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con la asistencia

sanitaria está cobrando importancia en los últimos años, considerándose como un índice de calidad del servicio de salud (Gopichandran y Chetlapalli, 2013; Ling y Jinming, 2019)^{163, 164}.

El término “satisfacción del paciente” hace referencia al grado en que se han cumplido las expectativas de atención de los pacientes, en comparación con la atención real recibida (Ahmad y cols., 2011)¹⁶⁵. Según Farooq y cols. (2020)¹⁶⁶, los factores que influyen en la satisfacción del paciente se pueden dividir en dos categorías principales: mayores y menores. Dentro de los factores mayores, se encuentran: el tiempo de espera hasta recibir asistencia, la atención de enfermería, la comunicación interpersonal, el tiempo dedicado por el médico, los servicios hospitalarios prestados y el resultado del tratamiento. Los factores menores generalmente no son modificables, e incluyen el género, la edad, la salud y el nivel educativo del paciente.

La satisfacción del paciente es particularmente importante en enfermedades crónicas, ya que la relación médico-paciente puede influir en el cumplimiento y el resultado del tratamiento, de forma que un bajo nivel de satisfacción por parte del paciente se ha asociado con incumplimiento y malos resultados terapéuticos (Godillot y cols., 2021)¹⁶⁷. Además, la comunicación y la empatía son componentes de la relación clínica que los pacientes consideran que influyen en su satisfacción con la asistencia sanitaria (Sonis y cols., 2018)¹⁶⁸.

Los estudios demuestran que los pacientes quieren ser parte del proceso de toma de decisiones (Khan y Muehlschlegel, 2018; Kuosmanen y cols., 2021)^{133, 129} al mismo tiempo que se tienen en cuenta sus opiniones y valores al recibir atención (Kraus y Marco, 2016)¹²². En este sentido, también se ha demostrado que la participación del paciente en la toma compartida de decisiones mejora su satisfacción y percepción de la atención, a la vez que disminuye el conflicto en cuanto a la toma de una decisión y el arrepentimiento posterior en caso de no obtener los resultados esperados (Shay y Lafata, 2015; Leech y cols., 2020)^{169, 43}. Además, también se ha observado que la participación activa del paciente promueve que tenga unas expectativas más realistas sobre el curso de la enfermedad, así como un mejor conocimiento sobre las opciones de tratamiento

con una mejoría a su vez en términos de adherencia terapéutica (O'Connor y cols., 2009; Stalnikowicz y Brezis, 2020)^{170, 126}.

La comunicación óptima entre médico y paciente tiene el potencial de ayudar a regular las emociones de los pacientes, facilitar la comprensión de la información médica y permitir una mejor identificación de las necesidades, percepciones y expectativas de los pacientes. El médico, aparte de conocimientos teórico-científicos propios del ámbito de la salud, necesita desarrollar una adecuada competencia en comunicación y transmisión de información, habilidades sociales y poseer una elevada inteligencia emocional que posibilite la empatía hacia el paciente. En este sentido, además del correcto diagnóstico y tratamiento, los pacientes esperan que sus médicos sean competentes en el contacto y la comunicación, dándole valor a la simple conversación con su médico, que algunos incluso la consideran como terapéutica en sí misma (Świątoniowska y cols. 2019)¹⁷¹. Se ha demostrado que la formación de médicos en métodos de comunicación específicos, como la entrevista motivacional, mejora la experiencia y la comprensión del paciente (Larsen y cols., 2014; Chisholm y cols., 2017)^{172, 173}.

El paciente por su parte tiene que confiar en el médico para que sea posible la cooperación entre ambos y el adecuado cumplimiento terapéutico. Del nivel de confianza alcanzado entre ambos, dependerá que el paciente acude en mayor o menor medida a consulta, determinará la premura con la que el paciente consultará con el médico (que acuda a él cuando tiene un problema o que intente alargar el momento del encuentro con los retrasos de diagnóstico que ello pudiese generar) e incluso determinará el aumento del uso de la sanidad privada si el paciente se encuentra con la necesidad de buscar otro médico en el que depositar la confianza que no encuentra en el suyo.

En un estudio llevado a cabo por Chen y cols. (2020)¹⁷⁴, con respecto al efecto de la confianza en los médicos de atención primaria sobre la satisfacción de los pacientes, se observa cómo los pacientes se centraron más en la benevolencia de los médicos que en su competencia técnica. Por lo tanto, se debe enfatizar la educación en humanidades médicas y habilidades de comunicación para los médicos, que a su vez se ha visto que, entre otros factores, juega un papel fundamental en aumentar la satisfacción del paciente.

Según los resultados de Świątoniowska-Lonc y cols. (2020)¹⁷⁵, la satisfacción con la comunicación médico-paciente se correlaciona significativamente con un mejor autocuidado y adherencia farmacológica de los pacientes. Además, los aspectos más importantes desde la perspectiva de los pacientes incluyen que el médico hable de manera comprensible y preste atención. Por otro lado, las quejas más comunes incluyen que no se les anime a hacer preguntas y que no se les incluya en el plan de tratamiento ni en la toma de decisiones.

A su vez, es curioso cómo se observan discrepancias entre la percepción de los médicos y de los pacientes. Según González de Paz y cols. (2015)¹⁷⁶, las percepciones de los pacientes sobre el comportamiento ético profesional y el proceso de comunicación fueron significativamente más bajas que las de los profesionales. Además, en un estudio reciente de Hamid y cols. (2021)¹⁷⁷, en donde se analizó mediante encuestas la percepción, tanto de los médicos como de los pacientes, de la relación clínica, la puntuación obtenida es comparativamente más alta desde el punto de vista del médico. Los resultados de este estudio muestran que, según los pacientes, la falta de tiempo durante la consulta y la ausencia de una explicación clara con respecto al tratamiento prescrito son los factores principales que ocasionan una mala relación con los médicos. Los pacientes tienden a resaltar la importancia de la escucha y la acción empáticas como vehículo para sentirse más comprendidos, valorados y realmente cuidados (Sternke y cols., 2016)¹⁷⁸. Los profesionales de la salud, por el contrario, tienden a enfatizar la importancia de la familiaridad con el usuario, el trabajo en equipo y la flexibilidad/continuidad de la atención, para que estén más centrados en la persona (Austrom y cols., 2015)¹⁷⁹.

En definitiva, una relación positiva y una buena comunicación entre el paciente y el médico pueden conducir a resultados de mayor calidad y mayor nivel de satisfacción, costos de atención más bajos, mayor comprensión por parte del paciente de los problemas de salud y mejor adherencia al proceso de tratamiento (Glatzer y cols., 2020)¹²⁸. Es importante conocer la percepción de los pacientes como usuarios del sistema de salud, con respecto a los distintos aspectos de la asistencia sanitaria, con el fin de promover una asistencia de mayor calidad.

3.7. MEDICINA DEFENSIVA.

La actividad asistencial actual se desarrolla, como hemos visto, dentro de un contexto complejo, en donde cada día más, se está produciendo un aumento de las quejas o reclamaciones por parte de los pacientes, con el consecuente aumento de una práctica médica defensiva por parte de los profesionales. Este tipo de praxis está aumentando a nivel global, pero sobre todo se ve incrementada en los países desarrollados (Baungard y cols., 2020)¹⁸⁰.

En Estados Unidos, el 57% de los médicos han declarado que se escudan en la práctica de una medicina defensiva (Katz, 2019; Williams y cols., 2021)^{181, 182}, pero ello no implica necesariamente un descenso en las demandas por parte de los pacientes. Es más, en los últimos años, se está observando un incremento de reclamaciones contra médicos por presunta mala praxis (Giménez Pérez y cols., 2020)¹⁸³. Los pacientes son cada vez más conscientes de sus derechos, así como de la posibilidad de denunciar al sistema sanitario si no están conformes con la atención recibida, procedimiento realizado o resultados obtenidos. Lejos de beneficiar al paciente, esta actitud “atacante” por su parte y “defensiva” por parte del profesional está haciendo que la relación clínica se deteriore y el profesional sanitario conciba al paciente como una posible amenaza.

A finales de los años sesenta y principios de los setenta, en Estados Unidos, se produce un claro aumento en el número de demandas por mala praxis hacia los médicos, que tuvo como consecuencia el aumento de las primas de los seguros que contrataban y que dio lugar al surgimiento de la llamada “medicina defensiva” debido a la adaptación de la práctica profesional de muchos médicos por el miedo a ser demandados (Robinson, 1986; Hernández Herrero, 2021)^{184, 185}. Progresivamente se ha ido produciendo un aumento de la presión legal sobre la asistencia sanitaria, en donde los profesionales están cada vez más preocupados por el riesgo de ser objeto de una reclamación (Panella y cols., 2015)¹⁸⁶ y perciben una amenaza a ser demandados por negligencia (Ries y Jansen, 2021)¹⁸⁷.

El término “medicina defensiva” fue definido en 1978 por Tancredi y Barondess¹⁸⁸ como “*el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas judiciales*”. Esta definición fue ampliada en

1994 en el informe de la Office of Technology Assessment¹⁸⁹, que refleja que “*la medicina defensiva ocurre cuando los médicos solicitan pruebas, procedimientos o visitas, o evitan los procedimientos o pacientes de alto riesgo, principalmente (pero no necesariamente únicamente) para reducir su exposición a una responsabilidad por mala praxis*”. A día de hoy, sigue siendo un tema de debate la existencia de otros factores, además del miedo a una demanda de responsabilidad por negligencia, que influyen en las prácticas defensivas. Glasziou y cols. (2017)¹⁹⁰ llevaron a cabo una revisión sistemática con el objetivo de explorar la definición del término en la literatura médica europea, destacando que los motivos de autoprotección incluidos en la definición amplia antes citada incluyen, entre otros, el miedo a la insatisfacción del paciente, el miedo a pasar por alto un diagnóstico grave y el miedo a la publicidad negativa.

La medicina defensiva puede ser *positiva*, esto es, cuando se basa en realizar pruebas y tratamientos adicionales e innecesarios, o bien *negativa*, cuando el médico evita a ciertos pacientes o procedimientos de riesgo cuya complejidad puede aumentar el riesgo de demandas (Tancredi y Barondess, 1978; OTA, 1994; Shenoy y cols., 2022)^{188, 189, 191}.

El concepto de medicina defensiva ha ido evolucionado con el tiempo y varios autores le han añadido elementos a la anterior definición (Summerton, 2000; Toker y cols., 2004; Sethi y cols., 2012; Ortashi y cols., 2013)^{192, 193, 194, 195}, pero la base subyacente a esta práctica consiste en que, ante un caso de mala praxis, el médico pueda demostrar que ha tomado todas las medidas de cuidado, precaución y seguridad a su alcance para ofrecer la mejor atención, evitando de este modo una demanda por negligencia (Shenoy y cols., 2022)¹⁹¹.

La práctica de una medicina defensiva perturba la relación clínica basada en la confianza que debería existir entre médicos y pacientes, dado que los intereses del médico no responden a los intereses del paciente sino a los suyos propios. El paciente es visto como un enemigo potencial del que debe defenderse detrás de pruebas médicas o tratamientos o incluso evitando al paciente (Schleiter, 2009; Hernández Herrero, 2021)^{196, 185}. En este sentido, la obtención del consentimiento informado escrito, con el objetivo único de ser un respaldo legal para el médico, favorece un proceso de comunicación deficiente entre los profesionales y los

pacientes, que, junto con la ausencia de información, es una de las causas más frecuentes de reclamación (Hobma y cols., 2006)¹⁰⁰. Los avances tecnológicos también influyen en la práctica de una medicina defensiva, tanto por exceso, cuando se hace un uso desmedido o innecesaria de la tecnología, como por defecto, al no usarla por desconocimiento o incertidumbre del médico.

Dentro de la medicina defensiva positiva, la práctica más frecuente consiste en la realización excesiva de pruebas diagnósticas, justificada por el miedo al litigio y a la negligencia, entre otras (Lam y cols., 2020)¹⁹⁷. En este sentido, el artículo 21.2 del Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España¹⁹⁸, prevé expresamente que las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva, siendo la medicina defensiva contraria a la ética médica.

Perea Pérez y cols. (2021)¹⁹⁹ realizaron un estudio en el que participaron 1449 profesionales de Servicios de Urgencias Hospitalarias en toda España para conocer su opinión acerca de las prácticas asociadas a medicina defensiva, observando que el 89,8% afirmó realizar pruebas diagnósticas que podrían no ser necesarias y el 88,7% declaró actuar condicionado por la amenaza de una reclamación judicial. Los médicos culpan a la presión ejercida por parte del paciente y al deseo de esclarecer un diagnóstico definitivo, entre otras, como razones para solicitar pruebas de imagen no indicadas en las guías de práctica clínica (Slade y cols., 2016)²⁰⁰.

Un ejemplo claro de esto es la petición desmesurada de pruebas radiológicas no indicadas para el dolor lumbar inespecífico y sin signos de alarma, cuando claramente se ha visto que no aportan ningún beneficio al paciente y se corre el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento (Hartvigsen y cols., 2018; Sharma y cols., 2020)^{201, 202}. Otro ejemplo ampliamente implementado en la práctica clínica es la petición de mamografías de rutina en mujeres por encima de los 75 años, a pesar de no estar recomendado en los protocolos médicos, lo que comporta beneficios limitados, pero sí presenta riesgos innecesarios para las pacientes (Austin y cols., 2021)²⁰³.

Por otra parte, otro tipo de práctica defensiva positiva muy presente en todos los niveles asistenciales y en la mayoría de las especialidades, es el uso excesivo

de la antibioterapia sin una indicación correcta. España es uno de los países con mayor consumo de antibióticos de la Unión Europea, viéndose especialmente incrementado el consumo de antibióticos de amplio espectro (ECDC, 2020)²⁰⁴. Este fenómeno fomenta y agrava el problema de las resistencias que está aumentando de forma preocupante a nivel mundial. Hosoglu y cols. (2021)²⁰⁵ realizaron un estudio cualitativo sobre médicos de familia de Turquía, en donde los participantes identificaron que las expectativas del paciente, la práctica de una medicina defensiva en la toma de decisiones y las limitaciones debido a la carga de trabajo eran las principales razones por las que se prescribían antibióticos sin indicación clara. Un estudio realizado en Galicia por Zapata Cachafeiro y cols. (2019)²⁰⁶ muestra que el 20% de las farmacias de la zona dispensa antibióticos sin prescripción médica, especialmente ante la insistencia del paciente, habiéndose identificado el área rural como factor de riesgo.

Así mismo, dentro de la antes comentada medicina defensiva negativa, estarían las conductas de evitación ante determinados pacientes o pruebas de riesgo o la derivación de pacientes a otros especialistas con el fin de no arriesgarse a atenderlos por las consecuencias que pudiese suponer. Este tipo de actuación es mucho más complicada de cuantificar, existiendo poca bibliografía al respecto. Studdert y cols. (2005)²⁰⁷ realizaron un estudio en Pensilvania mediante encuesta por correo a médicos de especialidades con alto riesgo de litigio, observando que, el 42% admitía haber restringido el alcance de su práctica clínica (eliminando procedimientos propensos a complicaciones o evitando pacientes con problemas médicos complejos), el 52% informaron que a menudo derivaban a los pacientes a otros especialistas en circunstancias innecesarias, y el 39% de los médicos referían evitar atender a pacientes de alto riesgo. En Irán, en un estudio realizado sobre médicos generales (Moosazadeh y cols., 2014)²⁰⁸, la frecuencia de prácticas defensivas negativas fue del 79,2%, siendo estas más prevalentes en mujeres (83.6% vs. 76%). Andersen y cols. (2021)²⁰⁹ realizaron un estudio prospectivo mediante encuestas de consultas consecutivas llevado a cabo sobre médicos generales daneses en donde, entre las consultas donde se realizaron acciones médicas defensivas, el 20% consistieron en hacer una derivación a otro especialista. Además, como razones más frecuentes para actuar de manera defensiva, citaron la influencia del paciente (37%), su propia preocupación por

pasar por alto una enfermedad grave (32%) y la influencia de los familiares del paciente (12%).

Con respecto a las consecuencias, en nuestra opinión siempre negativas, que supone la medicina defensiva, podemos dividir las según afecten al paciente, al sistema sanitario o al propio profesional.

En primer lugar, en lo que respecta al paciente, se produce un aumento de la iatrogenia, o lo que es lo mismo, un daño con repercusiones negativas para la salud del paciente debido a las consecuencias, de forma no intencionada, de un acto médico. Esta puede darse a causa de una sobreutilización o de una infrautilización.

La sobreutilización está extendida por todo el mundo (Brownlee y cols., 2017)²¹⁰ y básicamente consiste en el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Ambos conceptos se refieren a diagnósticos y tratamientos que son correctos en sí, pero innecesarios, ya que no van a tener una repercusión positiva en el pronóstico del paciente, sino que incluso pueden empeorarlo debido a los efectos que producen (Coll Benejam y cols., 2018)²¹¹. Ejemplos claros de estos fenómenos serían: la llamada “epidemia de cáncer de tiroides” que se ha convertido en un problema de salud pública importante en muchos países desarrollados secundarios al desarrollo y sobreuso de las tecnologías para su detección (Ahn y cols., 2014)²¹², el aumento de las biopsias de mama en patología benigna secundarias a las pruebas de cribado, o la petición y hallazgo de un PSA elevado en un hombre mayor que lo somete innecesariamente al riesgo de una biopsia prostática. El sobretratamiento también puede suceder ante un diagnóstico correcto y oportuno, pero que no tiene en cuenta las características individuales del paciente en cuestión, haciendo que la relación entre los beneficios y los daños del tratamiento sea desfavorable. Un ejemplo de ello sería una persona con elevada fragilidad y caídas frecuentes que persiste anticoagulada por su fibrilación auricular. Mira y cols. (2018)²¹³ realizaron un estudio cuyo objetivo consistió en identificar las causas de la sobreutilización desde el punto de vista de los médicos, pediatras y enfermeros de atención primaria en España, observando que las solicitudes o presión por parte de los pacientes (67%) y la medicina defensiva (40%) fueron las causas de uso excesivo más citadas.

La infrautilización, es decir, la falta de prestación de un servicio de salud que es muy probable que mejore la calidad o la cantidad de vida, que sea asequible y que el paciente hubiera deseado, es responsable de una morbilidad y mortalidad evitables considerables (Glasziou y cols., 2017)¹⁹⁰. Este fenómeno es mucho más difícil de cuantificar y se estudia de forma indirecta a través de los estudios de las variaciones de la práctica médica entre países y dentro de ellos. Un ejemplo es la diferencia en la esperanza de vida entre países, que sugiere una probable infrautilización de la prevención y el tratamiento eficaces. En este sentido, la OMS (2016)²¹⁴ estimó que en 2015, 1,5 millones de niños murieron en el mundo a causa de enfermedades prevenibles por vacunación. Otro ejemplo que muestra una gran diferencia entre países serían las tasas de infección y evolución a cáncer de cérvix por virus del papiloma humano de alto riesgo, que en países desarrollados se ha reducido enormemente gracias a los programas de cribado e inmunización (Drolet y cols., 2015)²¹⁵, no siendo así en muchos países en vías de desarrollo en los que la mortalidad por cáncer de cuello sigue siendo elevada debido al limitado acceso a recursos sanitarios en este sentido (Dikshit y cols., 2012)²¹⁶.

En segundo lugar, otra consecuencia importante de la práctica de una medicina defensiva consiste en la dificultad creciente para la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario. Se está viendo que cada vez existe una mayor demora para recibir atención tanto por parte del médico de atención primaria como para ser derivado a un especialista hospitalario, las listas de espera quirúrgicas son cada vez mayores y el tiempo hasta poder realizarse una prueba diagnóstica indicada o recibir un tratamiento pautado (ej. Fisioterapia, rehabilitación...) van en aumento. El ejercicio de una medicina defensiva con la petición de un exceso de pruebas diagnósticas y tratamientos, así como la evitación de pacientes con una tendencia a la derivación, al final pervierte el objetivo de la atención, que, en última instancia consiste en atender a los pacientes en tiempo y forma y de acuerdo con la prioridad de los síntomas que presentan (Hernández Herrero, 2021)¹⁸⁵. En la actualidad, a esto se suman la sobrecarga y retrasos en la atención propiciados por la pandemia COVID-19. Según Tolentino y cols. (2021)²¹⁷, es razonable pensar en que habrá un aumento de reclamaciones o demandas de diversa índole presentadas tras la pandemia COVID-19.

En tercer lugar, la medicina defensiva, debido a todo lo ya comentado, tendrá como consecuencia el incremento de los costes de la atención sanitaria. Es evidente que el ejercicio de una práctica defensiva positiva, con la petición de un mayor número de pruebas complementarias, tendrá una repercusión económica, pero esto también sucede en el caso de una práctica defensiva negativa, ya que la evitación de una situación o retraso en la atención puede ocasionar un problema futuro mayor en forma de progresión de la enfermedad que requiera un mayor coste debido al tratamiento. En España no existe ningún estudio a nivel nacional hasta el momento que cuantifique hasta qué punto se produce un aumento del gasto sanitario por este motivo.

Por último, una consecuencia paradójica de la medicina defensiva es la posibilidad de que su práctica aumente precisamente el riesgo de una demanda por mala praxis contra el profesional sanitario (Berlin, 2017; Hernández Herrero, 2021)^{218, 185}. Ejerciendo una medicina defensiva el uso de tratamientos y pruebas innecesarias o no indicadas para según qué caso, se convierte en la práctica estándar de atención, no estando exentas de riesgos como ya hemos comentado, por lo que éstas, en sí mismas, podrían a su vez ocasionar una negligencia si le provocan un daño innecesario al paciente. A su vez, en un estudio español sobre las repercusiones profesionales en médicos que habían sido demandados, se observó que el 68% declaró tomar más precauciones legales y el 78% haber variado la forma de relacionarse con los pacientes (Perea Pérez y cols., 2011 y 2021)^{219, 199}. Este “aumento de las precauciones legales” da a entender que se perpetúa una conducta defensiva por el miedo a una represalia en forma de demanda, con el consiguiente aumento de costes al sistema y todo el resto de las consecuencias que trae consigo la medicina defensiva. En un estudio reciente en donde se analizaron las características de las sentencias sobre responsabilidad médica en España (Hernández Herrero, 2021)¹⁸⁵, los resultados muestran que la mayor parte de las demandas analizadas son desestimatorias, reafirmando la idea de que la medicina defensiva constituye una reacción exagerada por parte de los profesionales, que, de ser conscientes de estos datos, podrían disminuir su temor a una demanda y por tanto a la práctica defensiva.

Así pues, el cuestionamiento de la actuación de los médicos y su responsabilidad en el marco de la asistencia sanitaria no es algo nuevo, pero cada vez cobra mayor relevancia en un contexto en el que la atención médica se ve cada vez más judicializada, donde el médico tiene la sensación de tener que “protegerse” legalmente de la posible demanda del paciente. Este tipo de atención va en contra de la atención centrada en la persona y en el uso adecuado de los recursos sanitarios de los que disponemos, teniendo implicaciones potencialmente graves para el acceso y calidad de la atención prestada a los pacientes. En la medicina defensiva el interés del médico prevalece sobre el bienestar del paciente, lo que provoca un conflicto de interés que resulta muy poco defendible desde un punto de vista profesional y ético (Hernández Herrero, 2021)¹⁸⁵. Quizás, para resolver este dilema creciente, es necesario restaurar la dimensión ética de la relación clínica, enfatizando que ningún médico dañaría intencionadamente a su paciente (Al-Balas y Al-Balas, 2021)²²⁰.

3.8. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERROR MÉDICO.

La preocupación por la seguridad del paciente y el error médico cada vez están cobrando más importancia debido al aumento de reclamaciones en el ámbito sanitario. Estos conceptos están íntimamente relacionados con la medicina defensiva ya que, como hemos visto, el motivo fundamental para llevar a cabo una práctica defensiva es precisamente el temor al error y que ello conlleve una posible demanda posterior debido a una negligencia médica. Según Shenoy y cols. (2022)¹⁹¹, la propia medicina defensiva culmina en errores médicos que implican riesgos sistémicos para todos los integrantes del sistema sanitario.

Es importante hacer hincapié en que no todos los resultados adversos que pueden darse en la práctica clínica, y que4 tengan como resultado un daño a un paciente, conlleven una responsabilidad profesional, ya que muchos de los riesgos son inherentes a la propia asistencia sanitaria y no hay relación directa con la acción u omisión del médico (Hernández Herrero, 2021)¹⁸⁵. Para que exista responsabilidad debe producirse como consecuencia de una actuación negligente. Igualmente, en lo que se refiere a la responsabilidad del médico, recordemos que

éste no tiene una obligación de resultado, sino una obligación de medios, es decir, no se obliga a curar al paciente, sino a suministrarle todos los cuidados que requiera según el estado actual de la ciencia sanitaria y los medios de los que disponga.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, y actualmente se la reconoce como un desafío amplio y creciente para la salud pública mundial (OMS)²²¹. Según la OMS, *“La seguridad del paciente implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud. Un mínimo aceptable alude a las nociones colectivas de los actuales conocimientos, los recursos disponibles y el contexto en el que se dispensa la atención, sopesados con respecto al riesgo de no dispensar ningún tratamiento o dispensar otro diferente”*. En otras palabras, la seguridad del paciente implica la necesidad de una acción coordinada por parte de todos los integrantes del sistema sanitario con el objetivo de prevenir daños a los pacientes que están causados por los propios procesos de atención a su salud.

Cabe recordar que es entre finales del siglo XIX y principios del XX cuando surgen y cobran importancia los derechos de los pacientes, cuyo máximo exponente se produce con la aparición del consentimiento informado a partir de la segunda mitad del siglo XX. Se genera un cambio sustancial en la relación médico-paciente, adquiriendo el paciente un mayor protagonismo que, entre otras cosas, se traduce en una menor tolerancia ante los riesgos de la asistencia sanitaria. De forma paralela, a principios del siglo XX emerge una preocupación con respecto a la calidad de los servicios de salud, que fomenta el desarrollo de la Seguridad del Paciente, siendo a finales de este siglo y a principios del siguiente cuando, en los países desarrollados, comienzan a investigarse con mayor profundidad todos aquellos aspectos relacionados con el error y los eventos adversos en medicina (Hernández Herrero, 2021)¹⁸⁵.

La seguridad de los pacientes cobró importancia a partir de la publicación en el año 1999, del informe del Institute of Medicine en Estado Unidos titulado *“To Err is Human: Building a Safer Health System”*²²², que destacó la complejidad inherente al sistema de atención sanitaria y la posibilidad de que dentro de ella se produzcan errores que repercuten principalmente en los pacientes, situando los errores

médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. Este informe es considerado como el punto de partida para que la seguridad del paciente fuese entendida como un elemento crucial en la asistencia sanitaria.

En este informe se define el error médico como “el fallo en la ejecución de una acción adecuadamente planificada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo”. Posteriormente, Grober y Bohnen (2005)²²³ aportan una definición más completa, según la cual el error médico es “una acción u omisión a lo largo del diseño y ejecución de un proceso de provisión de atención médica que causa o puede causar un resultado no deseado”. En este sentido, podemos diferenciar dos tipos de error según el tipo de acción: la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o lo que es lo mismo, no hacer lo correcto, lo que recibe el nombre de error de omisión; por otra parte, la aplicación incorrecta de una acción debido a olvidos, despistes o lapsus, se denomina error de comisión, que equivaldría a hacer algo erróneo (Ramírez y cols., 2014; Rodziewicz y cols., 2022)^{224, 225}.

A su vez, se entiende como evento adverso el “daño o la lesión producidos a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica”. Los eventos adversos que se consideran prevenibles y que no han sido intencionados reciben la calificación de errores. Por tanto, todo error constituye un evento adverso, pero no todo evento adverso es producto de un error (Aranaz y cols., 2004)²²⁶.

Dentro de este orden de ideas, es necesario destacar que un simple error en la actuación del médico no define la mala praxis médica, sino que para considerar que se ha producido una negligencia médica, han de darse y probarse cuatro circunstancias: causalidad, un deber para con el paciente, negligencia o incumplimiento del deber y daños y perjuicios (Nayar y cols., 2018; Stanley y cols., 2019; AbuDagga y cols., 2019, Garon-Sayegh, 2019; Michael y cols., 2022)^{227, 228, 229, 230, 231}. En primer lugar, la causalidad se establece al probar que el error directo del médico condujo a un resultado adverso. En segundo lugar, el deber hacia el paciente plantea la pregunta: ¿tenía el médico la responsabilidad del cuidado de este paciente? En tercer lugar, la negligencia o incumplimiento del deber se refiere a la comparación con el "estándar de atención" para la comunidad; es decir ¿se compara con el tipo de atención médica que daría otro médico de la comunidad con

capacitación y experiencia similar en la misma situación a ese paciente? Por último, los daños se refieren a la compensación por pérdidas o lesiones, facturas médicas, daños punitivos y negligencia médica. La pregunta en un caso de negligencia médica es: ¿el presunto acto de mala praxis alcanza el nivel en el que se debe compensar con dinero al paciente? De este modo, el evento adverso negligente se define como un subconjunto de eventos adversos que son evitables y que cumplen los criterios legales para ser catalogados como negligentes (Grober y Bohnen, 2005)²²³.

Por otra parte, el concepto de calidad en la atención sanitaria se compone, según el Institute of Medicine (2001)³⁶ de seis dimensiones: la seguridad, la efectividad, la atención centrada en el paciente, la accesibilidad, la eficiencia y la equidad. Igualmente, estas dimensiones hay que ponerlas en contexto con las normas sociales, relaciones, valores y la confianza de la comunidad y sociedad donde se presta la atención (Hanefeld y cols., 2017)²³².

Debido a su relevancia, cabe destacar en el marco internacional, que la OMS en su 57ª Asamblea Mundial de la Salud en 2004 propuso crear la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente²³³, que tiene como objetivos coordinar, difundir y promover todas aquellas áreas de mejora necesarias para implementar la seguridad del paciente en todo el mundo. Posteriormente, en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019, se alcanza una resolución que insta a los estados miembros a reconocer la seguridad del paciente como una prioridad de salud en las políticas y programas del sector de la salud para lograr la cobertura universal de salud. En la 74ª y última Asamblea Mundial de la Salud en 2021, se aprobó la decisión para adoptar el “Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030”²³⁴ cuyo objetivo último es eliminar los daños evitables de la asistencia sanitaria en todo el mundo.

En España, a partir del año 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo desarrolló la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud en colaboración con las Comunidades Autónomas y en sintonía con la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyos objetivos se orientaron hacia promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, así como a implicar y formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos

de seguridad del paciente. Diez años después, se emite una actualización de esta estrategia que se corresponde al período 2015-2020²³⁵, que pretende facilitar el análisis, la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo a las nuevas necesidades planteadas desde la anterior y teniendo en cuenta las nuevas recomendaciones internacionales. Al respecto, para avanzar en cultura de seguridad del paciente, Romeo Casabona y cols. (2019)²³⁶ señalan la necesidad de que se lleven a cabo cambios a nivel normativo estatal, ya que actualmente no existe una regulación global y concreta en cuanto a seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud.

3.8.1. CAUSAS CONTRIBUYENTES AL ERROR MÉDICO.

El daño potencial de los errores médicos ha llevado a un creciente interés y esfuerzo por comprender las causas de estos errores y cómo los profesionales y las organizaciones de atención médica pueden reducir las posibilidades de que ocurran.

Se considera que el origen de los errores es multifactorial (OMS, 2021)²³⁴ y por tanto el enfoque debe ser sistémico, ya que generalmente, una cadena de eventos y una amplia variedad de factores contribuyentes son los que conducen a la producción final de un error.

Algunos autores como Vincent²³⁷, proponen un amplio marco de factores contribuyentes al error médico que se dan dentro de las diferentes estructuras y niveles que componen el sistema sanitario. Así mismo, defiende que la mejor manera para identificar los factores que contribuyen al error es mediante las entrevistas a las personas que han estado involucradas en el acontecimiento. Basándonos en este autor, a continuación, vamos a intentar establecer posibles causas de error dividiéndolas según conciernan al marco institucional, a la organización y gestión sanitaria, al ambiente laboral, al equipo y personal sanitario, a la tarea específica o al paciente en particular.

En lo que se refiere al marco institucional, el contexto normativo y el entorno médico legal existente marcarán en gran medida el menor o mayor riesgo de

posibles errores. En este sentido, las diferencias entre países en las políticas sobre materia de seguridad del paciente varían enormemente en cuanto a la prioridad que se le da a este tema, las leyes que regulan el error, así como a la existencia o no de formas de notificación.

En segundo lugar, la estructura de la gestión en cuanto a la cultura de seguridad y compromiso con ella, establecida por los equipos directivos, será otro de los factores que pueden contribuir al error. Así, el nivel de concienciación con la seguridad del paciente por parte de la dirección médica o políticas inadecuadas que conducen a niveles insuficientes de dotación de personal son algunos ejemplos que favorecen el error.

En tercer lugar, las condiciones de trabajo van a influir inevitablemente en la aparición o no de eventos adversos. Aquí pueden contribuir al error aspectos como la elevada carga de trabajo, el acceso limitado a equipo vital y necesario para llevar a cabo una atención de calidad o el apoyo administrativo inadecuado que conlleva a una reducción del tiempo con los pacientes.

Por otro lado, en relación con el equipo de salud, factores como una mala comunicación entre los miembros del personal, la ausencia de un trabajo coordinado hacia los mismos objetivos o estándares de atención y la ausencia de supervisión y de liderazgo por parte del jefe de servicio pueden contribuir al error. A nivel del personal sanitario de forma individual, factores como el nivel de conocimiento o experiencia, las aptitudes, la motivación y la salud tanto física como mental del profesional pueden influir en la aparición del error. En lo referente a la salud de los profesionales, muchas veces relegada a un segundo plano, varios estudios ponen de manifiesto la relevancia del bienestar de los médicos sobre la calidad de la atención médica, encontrando que los síntomas depresivos de los médicos (Pereira-Lima y cols., 2019)²³⁸ y el burnout o agotamiento (Garcia y cols., 2019; Owoc y cols. 2021)^{239, 240} se asocian con el aumento de errores médicos y con el empeoramiento de la seguridad del paciente.

En relación con la tarea en sí, cabe destacar que el uso de medicina basada en la última evidencia no está disponible en todos los países, con lo que el uso de guías clínicas y protocolos no siempre está disponible o es variable entre sistemas

de salud. A su vez, la disparidad en cuanto a recursos disponibles o la demora para poder obtener un resultado también puede contribuir al error.

Por último, en lo que se refiere al propio paciente, factores como la complejidad y gravedad de la condición que presente, barreras en cuanto al lenguaje y comunicación existentes (idioma, interacción con los profesionales, etc.), así como diferencias en cuanto a personalidad y aspectos sociales (creencias, experiencias previas, etc.), todos pueden influir en el error.

3.8.2. CLASIFICACIÓN DEL ERROR.

Una vez que hemos analizado los posibles factores implicados en su aparición, el segundo paso para combatir los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente es establecer los diferentes tipos de error para poder ser conscientes de ellos, detectarlos y comprender por qué ocurren.

Según las OMS²⁴¹, los errores más relevantes y que producen mayor carga de daño en todo el mundo son: los errores relacionados con la medicación, los errores diagnósticos, las infecciones nosocomiales asociadas a la asistencia sanitaria, los procesos quirúrgicos, las inyecciones no seguras relacionadas con la transmisión de enfermedades contagiosas (VIH, VHB, VHC), las transfusiones sanguíneas inseguras, los errores de radiación, el infra diagnóstico de la sepsis y el tromboembolismo venoso como complicación secundaria a la hospitalización. Cabe destacar que el tipo de error varía según la especialidad (Liu y cols., 2020)²⁴², en este sentido, especialidades médicas incurren en más errores con la medicación, mientras que especialidades quirúrgicas en errores relacionados con un procedimiento. A su vez, en el servicio de urgencias predominan los errores diagnósticos.

En una revisión reciente sobre las reclamaciones por negligencia médica de un servicio de medicina familiar (Schacht y cols., 2022)²⁴³, destaca que el 61,8% de las reclamaciones estaban relacionadas con errores relacionados con el diagnóstico, seguidas por un 16,4% de denuncias relacionadas con el tratamiento.

A continuación, nos centraremos en los errores de diagnóstico y de medicación por ser los más prevalentes en la práctica clínica actual.

Los errores de diagnóstico, definidos como aquellos en los que no se diagnostica una patología, se retrasa en el tiempo o se da un diagnóstico incorrecto (Graber y cols., 2005)²⁴⁴ representan una amenaza significativa para la atención del paciente en términos de morbilidad y mortalidad (Singh y Graber, 2015; Griffin y cols., 2022)^{245, 246}. En comparación con otros tipos de errores, los errores de diagnóstico provocan la muerte y la discapacidad en casi el doble de frecuencia que otras categorías de errores y representan la proporción más elevada de los costes totales entre las reclamaciones por mala práctica (Newman-Toker y Pronovost, 2009)²⁴⁷. Entre las patologías más afectadas por errores de diagnóstico se encuentran las enfermedades infecciosas, las oncológicas y las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2016; Haddad y cols. 2021)^{248, 249}.

Los errores diagnósticos a menudo no se reconocen porque son difíciles de evaluar y rastrear, lo que ocasiona que exista una escasez de información y estudios al respecto, suponiendo un reto para la seguridad del paciente. En un estudio realizado en Estados Unidos (Singh y cols., 2014)²⁵⁰, se concluyó que aproximadamente el 5% de los adultos experimentaban errores de diagnóstico en el ámbito ambulatorio cada año, considerando más de la mitad de estos errores como graves. A su vez, los propios investigadores sugirieron que estos datos estaban probablemente subestimados y que la tasa de errores de diagnóstico en países menos desarrollados sea mucho mayor.

El segundo gran grupo de errores médicos lo componen los relacionados con la medicación. El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention²⁵¹, define a los errores de medicación como: "cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o usuario. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización".

La carga de mortalidad y morbilidad asociada con este tipo de error ha adquirido tales dimensiones que la OMS ha elaborado un programa global de

trabajo con el objetivo de reducir el daño a los pacientes causado por errores de este tipo en un 50% para el año 2022 (OMS, 2017)²⁵². Un estudio de 2020 estima que en Inglaterra se producen más de 237 millones de errores de medicación cada año, de los cuales 66 millones (27,8 %) provocan daños moderados o graves (Elliott y cols., 2020)²⁵³.

En España, el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos en su Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores Médicos del 2022²⁵⁴, recoge los 10 tipos de errores de medicación que han tenido consecuencias más graves para los pacientes en el año 2021, así como las prácticas recomendadas para evitarlos: errores por incorrecta identificación de los pacientes, errores por omisión o retraso de la medicación, errores en pacientes con alergias o efectos adversos conocidos a medicamentos, errores en la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales, errores por la toma de medicación del propio paciente en el hospital, errores en las prescripciones verbales, errores asociados a la falta de uso de bombas de infusión inteligentes, errores por la administración de dosis elevadas de paracetamol intravenosa en niños, errores por similitud en el nombre o en la apariencia de los medicamentos, y administración equivocada por vía intravenosa de medicamentos orales líquidos.

Varios autores afirman que los factores humanos, como los errores en el cálculo de dosis, la ausencia de llevar a cabo una doble verificación, la baja adherencia a los protocolos establecidos o el escaso conocimiento de los medicamentos entre los profesionales, entre otros, son los que más influyen en la tasa de errores de medicación (Simonsen y cols., 2011; Lu y cols., 2013; Escrivá Gracia y cols., 2019)^{255, 256, 257}.

Uno de los factores analizados como causa de errores médicos es el uso de abreviaturas, acrónimos o símbolos no estandarizados en las prescripciones médicas. Tamayo y cols.²⁵⁸, en un trabajo realizado en el Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, publicado en 2013, encuentran una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de la prescripción en un servicio hospitalario y los errores médicos. En este sentido, el 38,8% de las prescripciones en los informes de alta utilizaban abreviaturas o símbolos para expresar la posología del fármaco. Los errores de prescripción son la causa más frecuente de

efectos adversos asociados con la medicación. Según Otero y cols. (2003)²⁵⁹ el origen de este tipo de errores radica en problemas asociados con la interpretación de las recetas, problemas con la identificación de pacientes, dificultades con los nombres de los fármacos, confusiones en cuanto al etiquetado, envase o el propio medicamento, problemas en la dispensación y administración de los medicamentos o, por último, en factores humanos. En definitiva, es de vital importancia concienciar a los profesionales sanitarios sobre la necesidad de hacer prescripciones de calidad de cara a que puedan ser seguidas por los pacientes de forma ambulatoria.

En un estudio reciente sobre los errores de medicación notificados en el ámbito de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (Garzón González y cols., 2020)²⁶⁰ se observa que la prescripción inadecuada (incluyendo indicación o dosis incorrecta, interacciones, contraindicaciones y alergias), los fallos en la comunicación profesional-paciente y los despistes en la autoadministración del paciente son las causas más frecuentes de error con la medicación. Además, destaca que uno de cada cuatro de los errores analizados era potencialmente grave. En otro estudio, que analizó las tendencias de los errores de medicación en los países de Oriente Medio (Aidah y cols., 2021)²⁶¹ coinciden en que principalmente se debían a errores en la prescripción, sobre todo debidos a la ausencia de prescripción de un medicamento que estaba indicado.

En relación con este tipo de errores, se considera prioritario el uso de sistemas que faciliten la prescripción por parte de los profesionales, así como ayudas que eviten los despistes en la autoadministración del medicamento por parte del paciente, siempre basándonos en la existencia de una adecuada comunicación entre ambas partes en relación al tratamiento. La implementación del sistema de prescripción electrónica ha mejorado el proceso de prescripción y reduce la frecuencia de error en este sentido, ya que elimina alguna de las causas que favorecen las equivocaciones, como son la escritura ilegible del profesional, el uso de abreviaturas confusas o la omisión del intervalo de dosis (Borges Rosa y cols., 2019)²⁶².

3.8.3. IMPACTO DE LA FALTA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.

No cabe duda de que la elevada prevalencia del error en sus diferentes formas dentro de la atención médica supone un reto y un problema a nivel global con importantes consecuencias que afectan principalmente al paciente, pero también a los profesionales y al propio sistema sanitario.

Algunos autores han estimado que los errores en la asistencia sanitaria son aproximadamente la tercera causa de muerte en Estado Unidos (Makary y Michael, 2016)²⁶³. Panagioti y cols. (2019)²⁶⁴ llevaron a cabo una revisión sistemática y metaanálisis entre el año 2000 y 2019 con el objetivo de cuantificar la prevalencia, la gravedad y la naturaleza del daño prevenible al paciente en una variedad de entornos médicos a nivel mundial. En el metaanálisis se incluyeron 70 estudios, conformando una muestra de 337.025 pacientes, concluyendo que uno de cada 20 pacientes está expuesto a daños prevenibles durante la atención médica. La prevalencia agrupada de daños prevenibles al paciente fue del 6 %, de los cuales un 12% resultaron en morbilidad grave o muerte, destacando también que los incidentes en relación con la medicación y otros tratamientos constituyeron la proporción más elevada de eventos prevenibles.

En España, se llevaron a cabo dos estudios descriptivos, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, que marcan el punto de partida para caracterizar y medir la frecuencia de los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (ENEAS y APEAS). El *Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la Hospitalización o Estudio ENEAS*²⁶⁵ consiste en un estudio retrospectivo conformado por una cohorte de 5624 pacientes ingresados en el hospital, donde se encontró que la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria fue del 9,3%. Destaca además que, del total de eventos adversos, el 37,4% estaban relacionados con la medicación, el 25,3% con infecciones nosocomiales y un 25% estaban relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento. De ellos, el 38,9% se consideraron como eventos adversos moderados y el 16% como graves. En total se concluye que el 42,8% de los eventos adversos podían ser considerados como evitables.

Por otra parte, en el *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria o Estudio APEAS*²⁶⁶ se incluyeron 96.047 pacientes, observando que la prevalencia de eventos adversos en las consultas de atención primaria fue de un 11,18%, estando el 47,8% de los eventos adversos relacionados con la medicación, el 8,4% con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de cualquier tipo, el 10,6% con algún procedimiento realizado y el 6,5% con los propios cuidados. En este estudio, el 64,3% de los eventos adversos se consideraron como prevenibles según los propios profesionales.

En esta misma línea, cabe mencionar también el estudio de *Eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles o Estudio EVADUR*²⁶⁷, desarrollado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, que aporta información relevante en el ámbito de las urgencias. La muestra se compone de 3.854 pacientes atendidos en un servicio de urgencias, destacando que el 7,2% presentaron un incidente con daño, encontrándose evidencia de un fallo de actuación en el 54,6% de los mismos. Los factores predominantes asociados con los incidentes estaban relacionados con el uso de medicamentos, el retraso en el diagnóstico y los fallos de comunicación. Se consideraron evitables el 70% de todos los eventos adversos encontrados.

A continuación, se exponen las principales consecuencias de la falta de seguridad en la atención sanitaria, haciendo hincapié en el daño producido a los pacientes, en las repercusiones sobre los profesionales sanitarios y en los costes asociados a los errores que afectan al propio sistema.

En primer lugar y como consecuencia más obvia, los principales afectados y víctimas de los errores médicos son los propios pacientes, ya que estos, según la propia definición de “víctima”²⁶⁸, son los que “presentan un daño o incluso mueren por culpa ajena”. A su vez, el término “segundas víctimas” se emplea en ocasiones en la literatura para referirse a los profesionales sanitarios, pero actualmente existen autores, que en consonancia también con nuestra visión, recomiendan el abandono del término, ya que sugieren que el hecho de victimizar a profesionales e instituciones sugiere una falta de responsabilidad en el resultado dañoso hacia el paciente (Clarkson y cols., 2019; Hernández Herrero, 2021)^{269, 185}.

Es necesario tener en cuenta que, en su mayoría, cuando los pacientes buscan atención médica a menudo se encuentran en un estado psicológico vulnerable resultado de sus propios miedos de cara a los síntomas o enfermedad que presentan, que incluso puede seguir presente a pesar de haber establecido un diagnóstico claro que se controla o mejora con el tratamiento pautado. A este estado de especial vulnerabilidad, inherente al proceso de enfermedad, se suma que cuando los pacientes experimentan un daño o un evento inesperado, sea más probable que su reacción sea particularmente grave. Según Vincent (2003)²³⁷, los pacientes y familiares pueden sufrir de dos maneras distintas después de un resultado adverso, primero por el incidente en sí mismo y segundo por la forma en que se maneja por parte del profesional y el sistema sanitario después de haberse producido. Se ha visto que cuando los miembros del personal establecen una adecuada comunicación con el paciente, reconocen el daño, ofrecen una disculpa y toman las medidas correctivas necesarias, el efecto general en los pacientes puede reducirse en gran medida, así como mitigar la desconfianza y la posibilidad de emprender acciones legales (Gallagher y cols. 2003; Mira-Solves y cols., 2017; Pérez Carrión y cols., 2018)^{270, 271, 272}. En un trabajo reciente, Martos Algarra (2021)²⁷³ constata que el perdón presenta un rol significativo tras un error médico, ya que contribuye al bienestar de los pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

En segundo lugar, ante un evento adverso, las repercusiones sobre el profesional o profesionales sanitarios implicados pueden ser muy variadas. La reacción inicial suele ser de conmoción o negación, especialmente si se ha producido de forma repentina, inesperada o tiene consecuencias graves para el paciente. Otros sentimientos como vergüenza, culpa, ansiedad y depresión también pueden estar presentes, así como el miedo a las posibles repercusiones judiciales, que suponen una carga emocional adicional (Vincent, 2003)²³⁷. En un estudio reciente, llevado a cabo sobre personal sanitario en China (Wei y cols., 2022)²⁷⁴, se observa una relación estadísticamente significativa entre la percepción de errores médicos y el riesgo de suicidio de los participantes. Así mismo, más de un tercio de los médicos involucrados en una demanda por mala praxis han considerado buscar una especialidad con menos contacto directo con el paciente,

dejar la medicina o jubilarse anticipadamente (Jena y cols., 2011; Schacht, 2022 repe)^{275, 243}.

En lo referente a las repercusiones económicas de los errores médicos, el informe de 2018, emitido por la OMS, OCDE y el Grupo Banco Mundial²⁷⁶, concluye que el 15% del gasto hospitalario en países desarrollados se destina a corregir los errores, las complicaciones y el daño a los pacientes considerado como prevenibles. En 2020, la OCDE²⁷⁷ destaca que, en los países desarrollados, el coste directo de tratar a los pacientes que han sido perjudicados durante su atención se acerca al 13% del gasto en salud. Según la OMS²³⁴, cada año un gran número de pacientes sufren daños o mueren debido a una atención médica insegura, lo que supone una elevada carga de muerte y discapacidad en todo el mundo, pero especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Las consecuencias económicas de este tipo de atención derivan, por un lado, del gasto directo secundario a la mala gestión y uso de recursos y por otro, debido a los costes indirectos secundarios a la pérdida de productividad en la población. En los países de ingresos altos, hasta el 15% del gasto hospitalario se puede atribuir al gasto económico debido a errores en la seguridad del paciente. Así mismo, el gasto indirecto del daño al paciente puede valorarse entre 1 y 2 trillones de dólares estadounidenses al año.

3.8.4. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS.

Tras el análisis realizado sobre la situación actual de la seguridad del paciente, destacando la elevada prevalencia del error médico, así como su repercusión a distintos niveles dentro del ámbito sanitario, parece necesario desarrollar e impulsar medidas que contribuyan a la prevención del error en el entorno asistencial. De acuerdo con este pensamiento, surgen los sistemas de notificación de eventos adversos, que sirven como estrategia para evitar y disminuir los errores de la asistencia sanitaria, ya que permiten poner en conocimiento del resto de los profesionales una serie de eventos o errores que afectan de forma directa a la seguridad del paciente, lo que a su vez permite su estudio para identificar los factores de riesgo o contribuyentes y la manera de prevenirlos (Pérez

Carrión y cols., 2018)²⁷². Cabe destacar que estos sistemas no reflejan la prevalencia real de los incidentes de seguridad, pero sí se consideran un importante recurso para obtener información acerca de posibles áreas de riesgo o de mejora.

En España disponemos de varios sistemas de notificación de eventos adversos, entre los que destaca a nivel nacional el denominado “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP)²⁷⁸, desarrollado a través del Ministerio de Sanidad. Este se desarrolla como parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los mismos. El objetivo último del sistema es aprender de los errores ya cometidos y sus factores predisponentes, para que, en la medida de lo posible, no se vuelvan a repetir. La notificación está disponible tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, siendo voluntaria, anónima y no punitiva. Es importante la colaboración conjunta y participación del mayor número de profesionales sanitarios, ya que solo así es posible el aprendizaje y la consecuente mejora de la seguridad del paciente.

En el último informe del SiNASP, referente a los incidentes de seguridad notificados en 2019²⁷⁹, destaca que, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, los tipos más frecuentes de incidentes notificados son los relacionados con la medicación (20,4% y 23,7%, respectivamente). En el hospital, el 45,2% de los incidentes notificados se produjeron en unidades de hospitalización siendo los profesionales de enfermería los que realizaron el 56,6% de las notificaciones, en contraposición con el ámbito de atención primaria en donde los médicos son los profesionales que más notifican. Además, el mayor factor contribuyente al error en el hospital fueron los aspectos relacionados con el entorno de trabajo, instalaciones y equipamiento. El porcentaje de incidentes notificados que llegaron al paciente sigue disminuyendo respecto a años anteriores, pero permanece con un porcentaje mayor en atención primaria (53,7% frente a 52,6% del total).

Concretamente en la Región de Murcia, un estudio realizado sobre 2186 profesionales sanitarios (Pérez-Carrión y cols., 2018)²⁷², destaca que el 47,9% refirieron desconocer la existencia de “sistemas de notificación voluntaria de

errores”, lo que nos hace pensar que todavía queda mucho por hacer en cuanto a concienciación e implicación de los profesionales en este tema.

El Ministerio de Sanidad junto con la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) publicaron en 2021²⁸⁰ un informe de recomendaciones para el análisis de eventos adversos que atentan a la seguridad del paciente en el curso de la atención sanitaria, en donde se abordan aspectos clave como son el análisis de los incidentes y la generación del informe de las acciones de mejora a realizar en las organizaciones sanitarias para reducir los riesgos de nuevos incidentes por causas similares. Además, en este informe recuerdan que la notificación no exonera, sino que complementa, la obligación deontológica del profesional de informar al paciente de cualquier incidente ocurrido en el transcurso su asistencia sanitaria.

3.8.4.1. BARRERAS PARA LA NOTIFICACION DE LOS EVENTOS ADVERSOS.

Tanto a nivel nacional como internacional se viene realizando un gran esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente e impulsar la notificación de los eventos adversos, a pesar de lo cual se sigue considerando que a nivel global existe una importante infra notificación, calculando que solamente se notifican el 5% de los eventos adversos e incidentes sanitarios (Barach y Small, 2000; FIDISP, 2018)^{281 282}. En este sentido, la implementación de los sistemas de comunicación y notificación se produce de forma desigual debido a la existencia de barreras para su uso, entre las cuales se encuentran, entre otras, el miedo a las consecuencias de comunicar un error y la falta de capacitación en la divulgación de estos.

En una revisión sistemática de la literatura llevada a cabo por Aljabari y Kadhim (2021)²⁸³, se constata que el miedo a las consecuencias del error es la barrera de notificación más reportada a nivel mundial por los profesionales, destacando de forma concreta, el temor a ser culpado por el error como el tipo de miedo más denunciado. En una revisión sistemática anterior, Ock y cols., (2017)²⁸⁴ destacan que los obstáculos para la divulgación de incidentes de seguridad del paciente fueron el miedo a una demanda, el miedo a dañar la reputación profesional entre compañeros y hacia los propios pacientes, la disminución de la confianza del

paciente, la complejidad de la situación y la ausencia de una cultura de seguridad del paciente. Bascuñán y Arriagada (2016)²⁸⁵ coinciden en que el principal obstáculo para comunicar errores médicos por parte del personal sanitario es la anticipación de las consecuencias que traerá, incluyendo sentimientos de miedo, culpa y vergüenza. En España, desde el punto de vista jurídico, sería recomendable encontrar el modo de garantizar el derecho a la información de los pacientes, pero asegurándose de que los profesionales no sean responsabilizados tras expresar una disculpa (Astier-Peña, 2018)²⁸⁶

Es importante destacar que estas barreras pueden variar dependiendo del país, y sobre todo si tenemos en cuenta la diferencia entre países desarrollados o no, ya que en un estudio realizado en Uganda (Naome y cols., 2020)²⁸⁷, se destaca que las barreras más frecuentes para no notificar fueron la falta de conocimiento al respecto, la ausencia de un sistema de notificación de incidentes por medio del cual poder informar del error y el miedo a ser sancionado por los administradores.

Se ha visto que los profesionales opinan que los errores y eventos adversos deben comunicarse, sin embargo, los médicos refieren que carecen de información que les guíe respecto a qué, cuándo y cómo hacerlo (Mazor y cols., 2004; Bascuñán y Arriagada, 2016)^{288, 285}. En este sentido, Helo y Moulton (2017)²⁸⁹ publican un trabajo en donde desarrollan que la divulgación adecuada de errores incluye una explicación oportuna de lo que sucedió, quién estuvo involucrado, por qué ocurrió el error y cómo se evitará en el futuro. Los estudios indican que los pacientes desean una explicación completa y pormenorizada de los eventos que ocurren durante la atención sanitaria, comenzando por una declaración explícita de que se ha producido un error y los detalles de lo ocurrido, habiendo pasado el menor tiempo posible desde su reconocimiento.

Sorprendentemente, en un estudio realizado sobre 1136 pacientes, de los que percibieron que se había cometido un error durante su asistencia, menos de la mitad informó haber recibido una explicación con información detallada del error por parte del profesional y sólo un tercio refirió haber recibido una disculpa o que le dijeran que se habían tomado medidas para evitar que el error volviera a ocurrir en un futuro (Carey y cols., 2019)²⁹⁰. Este es un error de concepto por parte del personal sanitario, ya que muchos pacientes informan que la motivación principal

para notificar un evento adverso o presentar demandas por mala praxis es precisamente prevenir que vuelva a ocurrir el mismo evento en otros pacientes (Al Dweik y cols., 2017)²⁹¹, con lo que hablar sobre la prevención de errores con los pacientes puede favorecer que la conversación sea más positiva y beneficiosa también para los médicos.

Es necesario concienciar a los profesionales de que probablemente a lo largo de su práctica, inevitablemente incurran en algún error médico, por lo que la formación en la comunicación adecuada de errores puede reducir inmensamente la ansiedad generada al encontrarse en esta situación. Para Aranaz y Moya (2011)²⁹², “la formación de los profesionales es una potente herramienta y el primer paso para cambiar la cultura de la seguridad contribuyendo a la mejora de conocimientos y actitudes para promover una práctica clínica más segura”. Muchos médicos jóvenes que se enfrentan por primera vez a esta situación lo hacen sin ningún entrenamiento formal o experiencia previa (Harrison y cols., 2019; Lane y Roberts, 2020)^{293, 294}. Los talleres de capacitación para concienciar sobre la revelación de errores médicos influyen positivamente en el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los médicos hacia revelar errores a los pacientes, ayudando a promover una cultura de transparencia en el sistema de atención médica (Mansour y cols. 2020)²⁹⁵. Un estudio realizado sobre personal médico y de enfermería (Mauti y Githae, 2019)²⁹⁶ concluye que no sancionar a los trabajadores de la salud que notifican errores médicos (53,8%) y la formación sobre la notificación de errores (41,70%) son las medidas más importantes para mejorar la notificación de estos.

3.8.4.2. IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA COMUNICACIÓN DE ERRORES DURANTE SU ASISTENCIA.

La percepción y participación de los pacientes como usuarios del sistema sanitario son un factor clave en la evaluación de la calidad de éste, siendo también un elemento fundamental de cara a ayudar a identificar problemas en términos de seguridad asistencial y errores, por lo que es deseable que se incluyan en las actividades de medición y mejora de la seguridad del paciente (Giardina y cols., 2020)²⁹⁷. Kim y cols. (2020)²⁹⁸ sugieren que la educación sobre seguridad del

paciente que involucre a los propios pacientes y sus familias puede incluso prevenir errores médicos.

En un estudio en el que se invitó a los pacientes a informar de los errores percibidos en su historia clínica electrónica, los autores sugieren que esta actuación, compartida con los pacientes, puede estar asociada, además de con una mayor precisión del registro realizado por los médicos, con una mayor seguridad del paciente, al estar este más involucrado y teniendo una participación activa en el proceso asistencial (Bell y cols. 2020)²⁹⁹. Por su parte, en relación con la notificación de eventos adversos medicamentosos, van Hunsel y cols. (2019)³⁰⁰ llevaron a cabo un estudio donde concluyen que una mayor participación de los pacientes en la farmacovigilancia es una forma de mejorar la propia farmacovigilancia, aportando una información importante no valorable al analizar únicamente la perspectiva de los profesionales sanitarios, aumentando la confianza del público en general con la asistencia y en concreto en relación a los medicamentos.

En España, dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020²³⁵, se incluyó la “Participación de los pacientes y ciudadanos por su Seguridad” como la cuarta línea estratégica dentro de las políticas del Sistema Nacional de Salud para impulsar la participación de los pacientes y sus cuidadores en su seguridad dentro del ámbito asistencial. En el informe se incluyen además recomendaciones específicas sobre cómo llevarlo a cabo, entre las que podemos destacar disponer de un Plan de acogida al paciente con información sobre sus derechos y obligaciones, los servicios sanitarios en los que se prestarán los cuidados, los riesgos que conlleva la asistencia y su implicación en la toma de decisiones, el fomento de programas de formación específicos para pacientes o cuidadores con el fin de conseguir su participación activa en las decisiones y los procesos de atención, asegurar el correcto procedimiento en la obtención del consentimiento informado, así como desarrollar acciones formativas para profesionales sobre técnicas de comunicación con los pacientes.

La seguridad del paciente es un tema de preocupación a nivel mundial y un ámbito en la que todavía existe un gran margen de mejora. El error está unido a la

propia condición humana y por tanto también a la medicina, por lo que es necesario conocer los factores que influyen para poder desarrollar medidas que ayuden a disminuir su incidencia o prevenirlo, dadas las consecuencias negativas que producen.

Revelar que ha ocurrido un error médico es una obligación moral para el profesional, vital para mantener la confianza dentro de la relación médico-paciente y esencial para el bienestar emocional de los implicados. Cabe recordar que una disculpa por parte del profesional es una poderosa herramienta de comunicación para transmitir que se reconoce el sufrimiento causado al paciente y como medio de aceptar la responsabilidad del evento.

El aprendizaje, en base a los errores cometidos, es fundamental para la mejora en la calidad y la seguridad clínica.

4. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS, Y OBJETIVOS

La medicina, el contexto y la forma en la que se desarrolla la relación entre profesionales sanitarios y pacientes ha evolucionado radicalmente a lo largo de los años, desde un enfoque paternalista, en el que prevalecía la superioridad incuestionable del profesional, a un modelo centrado en la persona. Este planteamiento, guiado por el principio de autonomía, está basado en la toma compartida de decisiones, para lo cual es indispensable un adecuado proceso de información y una comunicación de calidad entre el médico y el paciente.

La esencia de la relación determina en gran medida el éxito del encuentro clínico, influyendo y determinando múltiples aspectos de la asistencia sanitaria. Una comunicación adecuada fomenta la confianza dentro de la relación clínica, lo que, a su vez, mejorará el entendimiento entre los protagonistas, favorecerá la toma compartida de decisiones y contribuirá a la obtención de mejores resultados en salud, ya que aumenta la satisfacción de ambas partes, reduciendo el litigio.

El desarrollo del consentimiento informado en el ámbito sanitario supuso un paso clave en la consolidación de la autonomía y la participación activa de los pacientes con respecto a su propia salud. Sin embargo, desde hace años se plantea la existencia de deficiencias en este proceso, que, entre otras cosas, radican en un inadecuado proceso de información y de comunicación. Además, se constata un incremento de las reclamaciones contra los profesionales, que tiende al ejercicio de una medicina defensiva, lo que deteriora la relación clínica y facilita la aparición de errores médicos. Con el fin de garantizar la seguridad del paciente y la calidad asistencial, es necesario ser conscientes de este fenómeno y analizar la percepción de los pacientes sobre los factores que influyen en la aparición de errores, con el fin de prevenir o disminuir en la medida de lo posible su incidencia y consecuencias.

En base a lo expuesto, nos planteamos como hipótesis de trabajo que una atención personalizada y una mejora en el proceso de comunicación repercutirá positivamente en la calidad asistencial. Por ello, el objetivo principal del estudio es analizar la percepción por parte de los pacientes del modelo de relación clínica, centrándonos en aspectos concretos del proceso de toma de decisiones. Así mismo, consideramos que es importante conocer la percepción de los usuarios del sistema de salud con respecto a los distintos aspectos de la asistencia sanitaria, con el fin de promover mejoras que permitan una asistencia de mayor calidad.

Como objetivos secundarios del presente trabajo pretendemos:

- Analizar la percepción que poseen los pacientes en relación con la información sanitaria recibida por parte de los profesionales sanitarios.
- Conocer el ámbito donde las características de información son consideradas como más satisfactorias (atención primaria/atención especializada, profesional médico/profesional de enfermería).
- Analizar en aquellos pacientes que perciben haber sufrido un error los factores que los han propiciado.
- Constatar la posible relación de fallos en la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente con la aparición de efectos adversos o errores médicos.
- Establecer propuestas de mejora en la relación asistencial que redunden de forma positiva en la atención sanitaria.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO Y DE LA MUESTRA.

El mapa sanitario de la Región de Murcia (Anexo A) comprende 9 Áreas de Salud que comprenden cada una de ellas un ámbito comarcal (Área 1 – Murcia/Oeste, Área 2 – Cartagena, Área 3 - Lorca, Área 4 - Noroeste, Área 5 - Altiplano, Área 6 - Vega Media del Segura, Área 7 – Murcia/Este, Área 8 - Mar Menor, Área 9 - Vega Alta del Segura) que dispone cada una de ellas de un Hospital de Referencia. Cada área se subdivide, a su vez, en 89 Zonas Básicas de Salud adscritas, de las que dependen 81 Centros de Salud y 185 Consultorios Locales, así como 3 Centros de Especialidades.

Para llevar a cabo la presente investigación hemos realizado un estudio descriptivo y observacional, en pacientes pertenecientes a todas las áreas sanitarias de la Región de Murcia. La recogida de datos se llevó a cabo durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 2020 y diciembre de 2021.

El estudio cumple las normas éticas de investigación y los requerimientos legales necesarios para su desarrollo. Se ha respetado la normativa que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo con la legislación vigente (Ley Orgánica 3-2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales publicada en el BOE número 2094, de 6 de diciembre de 2018). El estudio posee el informe favorable del Comité de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia, de fecha 28 de julio de 2020 (Anexo B).

Hemos realizado el cálculo del tamaño muestral (N) para realizar una estimación final, con un nivel de confianza del 95% y asumiendo un margen de error del 5%. Para ello, nos hemos basado en los datos oficiales proporcionados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y el Instituto Nacional de Estadística, sobre la población total de individuos de la población diana (excluyendo a los sujetos menores de 18 años). De esta manera, de 1.510.951 individuos de la población total a fecha de abril de 2020, excluyendo a los menores de 18 años (342.866 individuos), se obtiene un total de 1.168.085 individuos, por lo que es necesario un tamaño muestral de 385 sujetos para obtener una muestra representativa de la población.

Una vez seleccionada la muestra hemos utilizado para la recogida de datos, un cuestionario con método de preguntas abiertas y cerradas y con un período previo de validación. Se diseñó un cuestionario, que sirvió de pretest mediante el que se entrevistó a 20 sujetos con el objetivo de conocer la necesidad de modificar, añadir o eliminar preguntas y detectar fallos o limitaciones de la entrevista y/o del entrevistador. Una vez revisado, se administró a una nueva muestra de 20 sujetos, seleccionados mediante muestro consecutivo para obtener el cuestionario definitivo. Estos cuestionarios fueron desechados.

Previo al procedimiento de entrega y cumplimentación de la encuesta se remitió a los gerentes de cada uno de los centros asistenciales una carta explicando los objetivos del estudio. Posteriormente se realizaron las pertinentes reuniones para preparar las entrevistas y se presentaron los 4 encuestadores, todos ellos graduados en medicina y entre los que se encontraba la autora del estudio. Para la cumplimentación de la encuesta, los entrevistadores portaban la acreditación correspondiente de la Consejería de Sanidad.

Los pacientes que decidieron participar en el presente estudio lo hicieron de forma voluntaria y anónima tras dar su consentimiento verbal para la recogida de respuestas, sin percibir compensación alguna por participar en la investigación. Los pacientes fueron informados de que su colaboración les supondría un tiempo de dedicación a nuestra investigación aproximado de 20 minutos. Durante la entrevista, los pacientes recibían los cuestionarios y eran contestados sin la presencia del encuestador para evitar que los pacientes se sintieran condicionados en sus respuestas. El entrevistador únicamente acudía en el caso de que surgiera alguna duda.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: usuarios del Servicio Murciano de Salud mayores de una edad igual o mayor a 18 años, atendidos en centros de atención primaria o especializada. Fueron excluidos del estudio los usuarios con diagnóstico de demencia previa o enfermedades limitantes en cuanto a la comprensión del cuestionario, los no castellano hablantes, así como quienes rechazaron la participación en el estudio (N=103).

Finalmente, aceptaron responder el cuestionario 2570 pacientes que cumplían los criterios de inclusión antes mencionados, procedentes de 45 centros

asistenciales de la Región de Murcia (10 hospitales y 35 centros de salud), siendo la muestra representativa de la población de estudio.

5.2. CUESTIONARIO.

El cuestionario (Anexo C), compuesto de 41 ítems en total, se divide en cuatro bloques diferenciados.

El primer bloque, **Información del Encuestado**, incluye un total de 6 ítems que constituyen las variables sociodemográficas, definidas como las “variables independientes”, para su posterior análisis estadístico. Dentro de estas se incluyen el género (hombre/mujer), la edad (agrupada en tres o cinco grupos para el manejo posterior de los datos en el análisis estadístico), el nivel de estudios (agrupado en cinco categorías: sin estudios, profesionales técnicos, estudios primarios, medios o superiores), servicio en el que es atendido, uso habitual del sistema público (sí/no), y por último el grado de frecuentación de los servicios en el último año (constituye el ítem de frecuentación y se ha agrupado en menor o igual a 10 veces, entre 10 y 20 veces, o mayor de 20 veces).

El segundo bloque, **Comunicación Profesional sanitario - Paciente**, está compuesto por un total de 20 ítems que abarcan cuestiones en relación con el proceso de información entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Dentro de este bloque hemos creado un indicador para cuantificar el grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente a partir de las respuestas de este a los diferentes ítems. Hemos sumado las puntuaciones de los ítems que realzan una correcta información recibida y restado las que lo dificultan, de manera que, de forma indirecta, el mayor valor de este indicador se corresponde con que el paciente percibe que la información recibida por los profesionales sanitarios previa a la toma de decisiones es más correcta.

- Indicador: **Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente**. Las preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13 y 15 realzan el proceso informativo; las preguntas 11, 14 y 20 dificultan el proceso informativo.

El tercer bloque, **Errores**, se compone de 7 ítems. Dentro de este bloque se ha creado una variable nueva a raíz del ítem número 21 (¿Ha sufrido algún error durante su asistencia? Respuesta Si/No) mediante la que se valora la detección de errores padecidos por el paciente, pero no percibidos por él, pero sí detectados indirectamente por las restantes preguntas del mismo bloque. De esta forma, se revela un porcentaje de pacientes que han sufrido un error, mayor que el porcentaje de error percibido directamente por ellos y referido en la pregunta 21.

El cuarto bloque, **Consentimiento y toma de decisiones**, se compone de 7 ítems. Se pretende conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre el documento de consentimiento informado y el documento de instrucciones previas.

Por último, la pregunta 35 del cuestionario constituye la **Valoración**, en la que se pretende conocer, de forma directa mediante una escala del 1 al 10, el grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios. Esta pregunta, a pesar de estar al final, se incluye dentro de la discusión de resultados dentro del bloque de información por su relevancia en este sentido.

La posibilidad de respuesta se recoge en una escala Likert de 1 a 4, donde 1 es “muy en desacuerdo” y 4 es “muy de acuerdo”; se añade NS/NC para la opción “no sabe/no contesta”. También incluye preguntas con opciones de respuesta y de respuestas dicotómicas “Si/No” (anexo cuestionario).

5.3. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico IBM SPSS 21.0 para Windows, en la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Como primer paso, se realizó una depuración de los datos, para lo que se buscó la incoherencia entre variables y los valores que se situaban fuera de rango. Posteriormente obtuvimos las distribuciones de frecuencias, resumimos los valores de las variables cuantitativas de los distintos grupos mediante media, mediana y

desviación típica, y se representaron gráficamente mediante diagramas de caja (*box plots*).

Se llevó a cabo la comparación de variables de tipo continuo entre las dos muestras generadas por variables binarias mediante el test "t de Student" combinada o con el test de Behrens-Fisher, según hubiera o no homogeneidad de varianzas entre las dos muestras. Cuando la distribución de las variables en cada grupo se alejaba demasiado de la normalidad, se utilizó el test no paramétrico de Mann-Whitney (Armitage y Berry, 1997)³⁰¹.

Las comparaciones de las medias de las variables de tipo continuo entre más de dos muestras generadas por variables como la edad categorizada, el nivel de estudios o la polifrecuentación en los servicios sanitarios, se realizaron mediante un análisis de varianza (ANOVA) de una vía (Armitage y Berry, 1997)³⁰¹. Se realizaron, posteriormente, las comparaciones entre medias dos a dos, con la prueba de comparaciones individuales de Tukey, para obtener qué medias diferían realmente de manera significativa.

Utilizamos un análisis de tablas de contingencia mediante el test Chi-cuadrado de Pearson (Altman, 1991)³⁰² para analizar la relación entre diversas variables cualitativas y para comparar los porcentajes entre los diversos grupos formados, para, a continuación, hacer un análisis de residuos, con el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería significativamente respecto al correspondiente porcentaje global en la muestra.

A continuación, se realizó un análisis de correlación lineal (Everitt, 1989)³⁰³ para valorar si el grado de satisfacción con la información recibida del personal sanitario o el indicador del grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente se relacionaban con la edad o entre sí mismos.

Finalmente, hemos realizado un análisis de regresión logística multivariante (Kleinbaum y Klein, 2010) para valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo haya sufrido algún error durante su asistencia, y para conocer la probabilidad de que un paciente sepa lo que es el consentimiento informado (variables respuesta). Para ello, se han introducido inicialmente en el modelo de regresión logística, como posibles variables explicativas, las variables sociodemográficas, como son el sexo, la edad agrupada en grupos, el nivel de

estudios, el centro en el que está siendo atendido (Hospital o Centro de Salud), el uso habitual del sistema sanitario público o la frecuentación en los servicios sanitarios, y variables relativas a la información recibida como el tener un buen grado de satisfacción con la información recibida del personal sanitario (por encima del tercer cuartil Q3) o poseer un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente (también por encima del tercer cuartil Q3). Tras un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*) de las variables que, por sí mismas, no se relacionan significativamente con la variable respuesta quedaron en el modelo de regresión logística las variables que sí influyen en dicha probabilidad, independientemente del valor de las demás. En este modelo obtenemos las *Odds Ratio* y sus intervalos de confianza al nivel del 95%, a través de las exponenciales de los coeficientes del modelo de regresión logística ajustado a los datos, y se interpretan en términos de riesgo relativo, es decir, como número de veces que es más probable que un individuo haya sufrido algún error durante su asistencia cuando un factor explicativo, recogido en el modelo, está presente que cuando no lo está.

También se realizaron sendos análisis de regresión logística multivariantes similares para valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo tenga un buen grado de satisfacción con la información recibida del personal sanitario (por encima del tercer cuartil Q3) o posea un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente (también por encima del tercer cuartil Q3).

En todos los casos se consideró una diferencia entre grupos o una relación entre variables como estadísticamente significativa cuando el nivel de significación P estaba por debajo de 0,05.

6. RESULTADOS

6.1. INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO.

La muestra definitiva está compuesta por un total de 2570 pacientes. Con respecto a la variable género, el 40% son hombres y el 60% son mujeres (Gráfico 1). En relación con la variable edad, la media es de 44,18 años \pm 15,559 (Rango de 18 a 89 años). Cabe destacar que el 23% de los sujetos tienen una edad menor o igual a 30 años, el 43,5% tienen una edad comprendida entre los 31 y los 50 años, y el 33,5% son mayores de 50 años (Gráfico 2).

Gráfico 1

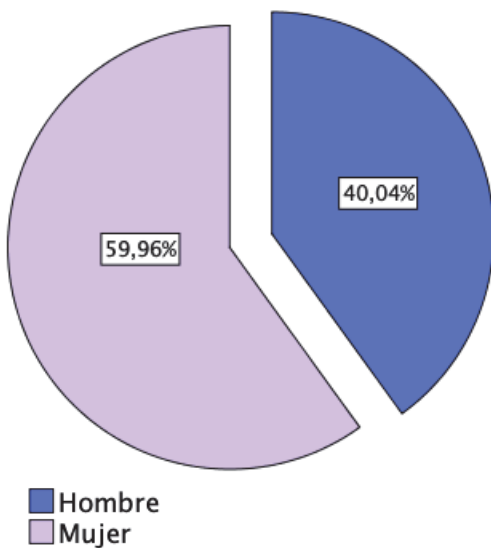
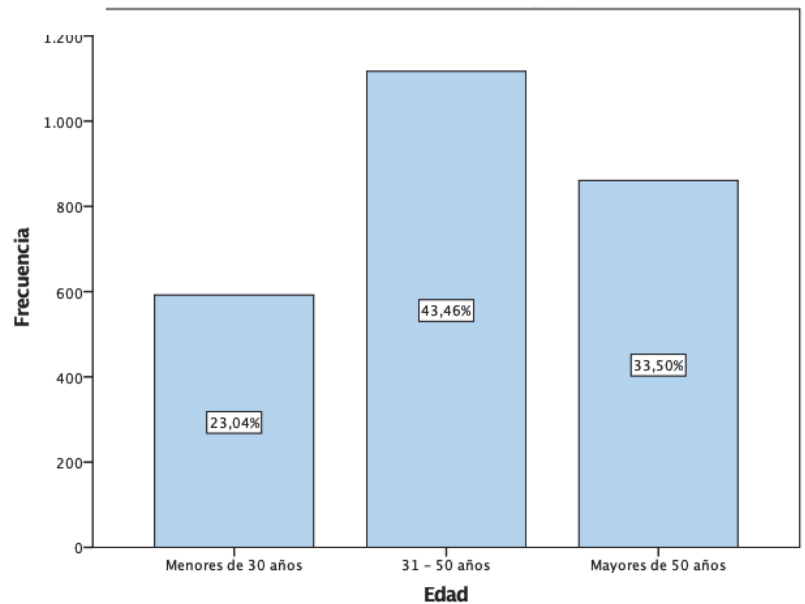
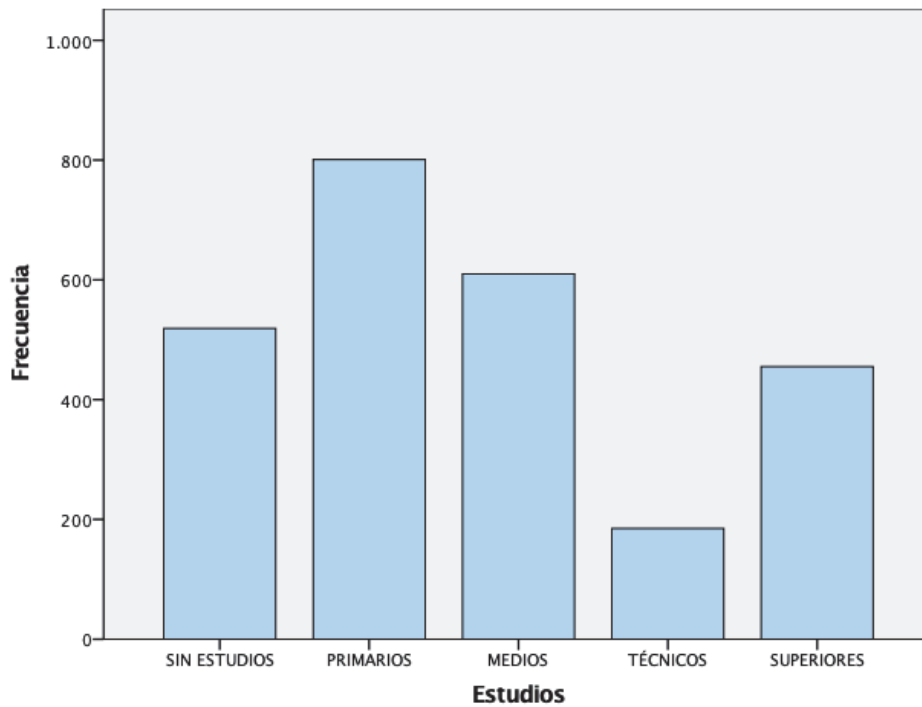


Gráfico 2



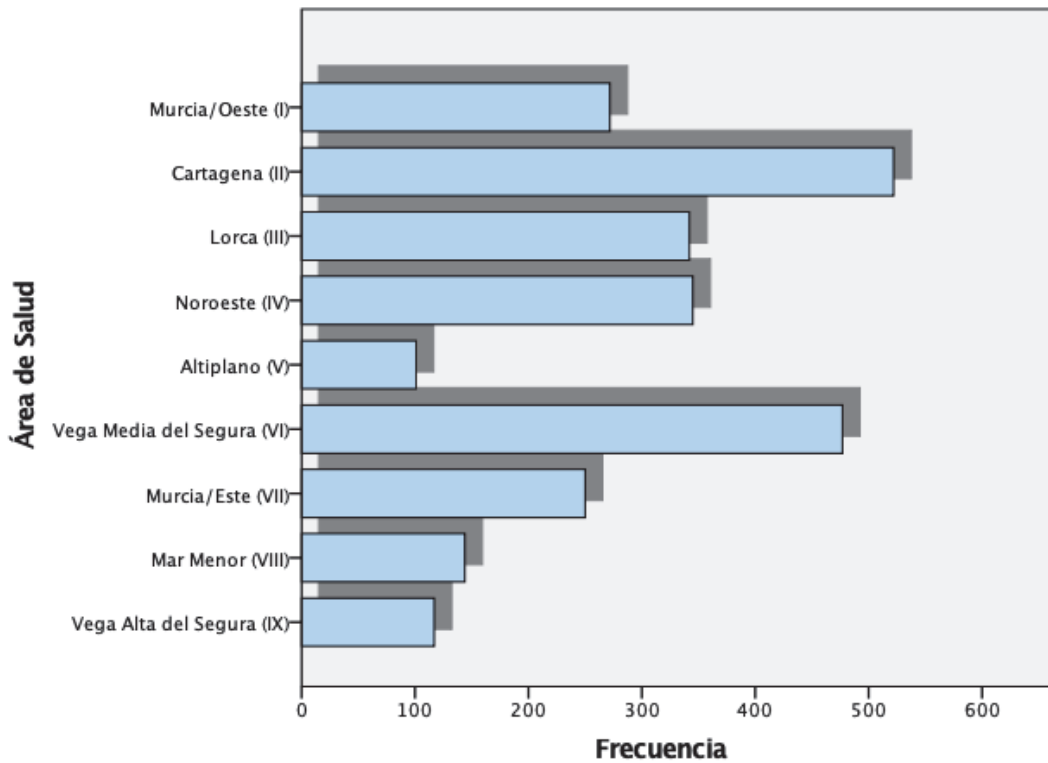
Atendiendo al nivel de estudios de los pacientes encuestados (Gráfico 3), el 31,2% de la muestra afirma tener estudios primarios, el 23,7% estudios medios y el 17,7% tiene estudios superiores. El 20,2% de los encuestados afirma no tener estudios.

Gráfico 3



Con respecto al servicio en el que los pacientes estaban siendo atendidos y por tanto fueron encuestados, el 22,6% se corresponde con el ámbito hospitalario y el 77,4% fueron atendidos en centros de atención primaria distribuidos entre las diferentes áreas de salud de la Región de Murcia. El mayor porcentaje de pacientes proceden del Área II (Cartagena) con un 22,3% de los casos y le sigue, con un 18,6% de los casos, el Área VI (Vega Media del Segura). El área sanitaria con menor representación, con un 3,9% de los casos, es el Área V (Altiplano) (Gráfico 4).

Gráfico 4



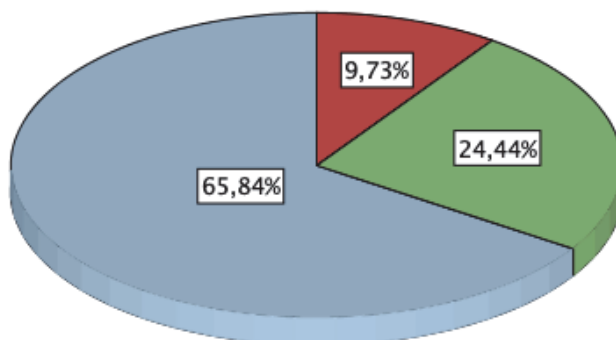
Atendiendo a sí el paciente usa habitualmente el sistema sanitario público, el 78,9% de los pacientes responde de forma afirmativa.

En relación con la frecuentación a los servicios sanitarios en el último año, el 9,7% refiere haber usado el sistema público en más de 20 ocasiones y el 24,4% admite un uso de entre 10 y 20 ocasiones, según se refleja en el Gráfico 5.

Gráfico 5

Número de veces que se ha usado el servicio en el último año

- Menos de 10 ocasiones
- 10-20 ocasiones
- Más de 20 ocasiones



A continuación, presentamos aquellos análisis de asociación estadísticamente significativos obtenidos en relación con las variables sociodemográficas anteriormente comentadas.

Hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa ($P=0,004$) entre la variable género y la edad cuando se consideran tres grupos (menores de 30 años, entre 31 y 50 años, y mayores de 50 años). Del total de hombres de la muestra, el 39,5% tienen entre 31 y 50 años. Del total de mujeres de la muestra, el 46,1% tienen entre 31 y 50 años. Estos resultados se reflejan en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución del género en función de la edad ($P=0,004$)

			Edad dividida en 3 grupos			Total
			≤ 30	31 - 50	> 50	
Recuento	Género	Hombre	254	406	369	1029
		Mujer	338	711	492	1541
	Total		592	1117	861	2570
% dentro de Género	Género	Hombre	24,7%	39,5%	35,9%	100,0%
		Mujer	21,9%	46,1%	31,9%	100,0%
	Total		23,0%	43,5%	33,5%	100,0%
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Género	Hombre	42,9%	36,3%	42,9%	40,0%
		Mujer	57,1%	63,7%	57,1%	60,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Género	Hombre	1,6	-3,3	2,1	
		Mujer	-1,6	3,3	-2,1	

En relación con la distribución del género en función del nivel de estudios de los pacientes (Tabla 2), destaca que en la población masculina predominan los estudios medios y superiores, mientras que en las mujeres predominan los estudios primarios, técnicos o quienes contestan no tener estudios.

Tabla 2

Distribución del género en función de los estudios (P<0,001)

			Estudios					
			Sin estudios	Primarios	Medios	Técnicos	Superiores	Total
Recuento	Género	Hombre	185	282	282	60	220	1029
		Mujer	334	519	328	125	235	1541
	Total		519	801	610	185	455	2570
% dentro de Género	Género	Hombre	18,0%	27,4%	27,4%	5,8%	21,4%	100,0%
		Mujer	21,7%	33,7%	21,3%	8,1%	15,2%	100,0%
	Total		20,2%	31,2%	23,7%	7,2%	17,7%	100,0%
% dentro de Estudios	Género	Hombre	35,6%	35,2%	46,2%	32,4%	48,4%	40,0%
		Mujer	64,4%	64,8%	53,8%	67,6%	51,6%	60,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Género	Hombre	-2,3	-3,4	3,6	-2,2	4,0	
		Mujer	2,3	3,4	-3,6	2,2	-4,0	

Con respecto al género en función del uso habitual del sistema sanitario público (Tabla 3), del total de mujeres encuestadas, un 84,1% afirma hacer un uso habitual del sistema sanitario público. Del total de hombres de la muestra, este mismo porcentaje es del 71%.

Tabla 3

Distribución del género en función del uso habitual del sistema sanitario público (P<0,001)

			¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?		
			Sí	No	Total
Recuento	Género	Hombre	731	298	1029
		Mujer	1296	245	1541
	Total		2027	543	2570
% dentro de Género	Género	Hombre	71,0%	29,0%	100,0%
		Mujer	84,1%	15,9%	100,0%
	Total		78,9%	21,1%	100,0%
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Género	Hombre	36,1%	54,9%	40,0%
		Mujer	63,9%	45,1%	60,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al hacer la misma comparación que en el caso anterior, pero con respecto a la variable de frecuentación, el 11,7% de las mujeres y el 6,8% de los hombres admiten haber acudido en más de 20 ocasiones al servicio sanitario público, según se aprecia en la Tabla 4.

Tabla 4

Distribución del género en función de la frecuentación ($P<0,001$)						
Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?						
			<10	10-20	>20	Total
Recuento	Género	Hombre	710	249	70	1029
		Mujer	982	379	180	1541
	Total	1692	628	250	2570	
% dentro de Género	Género	Hombre	69,0%	24,2%	6,8%	100,0%
		Mujer	63,7%	24,6%	11,7%	100,0%
	Total	65,8%	24,4%	9,7%	100,0%	
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Género	Hombre	42,0%	39,6%	28,0%	40,0%
		Mujer	58,0%	60,4%	72,0%	60,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Género	Hombre	2,8	-0,2	-4,1	
		Mujer	-2,8	0,2	4,1	

Al relacionar la edad dividida en dos grupos (50 años o menos y mayores de 50 años) con el uso habitual del sistema sanitario público (Tabla 5), se observa, con una relación estadísticamente significativa ($P<0,001$), que el 74,8% de los encuestados que afirman no usar habitualmente el sistema sanitario público tiene 50 años o menos.

Tabla 5

Distribución de la edad en función del uso del sistema sanitario público (P<0,001)

		¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?		
		Sí	No	Total
Recuento	Edad 2 grupos ≤ 50	1303	406	1709
	> 50	724	137	861
	Total	2027	543	2570
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos ≤ 50	76,2%	23,8%	100,0%
	> 50	84,1%	15,9%	100,0%
	Total	78,9%	21,1%	100,0%
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Edad 2 grupos ≤ 50	64,3%	74,8%	66,5%
	> 50	35,7%	25,2%	33,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Al hacer esta misma asociación, pero clasificando la variable edad en tres grupos (menor o igual a 30 años, de 31 a 50 años, y mayores de 50 años), observamos que en el grupo de pacientes que tienen 30 años o menos, el 30,2% no hace un uso habitual del servicio. En los pacientes de 31 a 50 años y en los mayores de 50 años, este porcentaje es del 20,3% y 15,9% respectivamente (Tabla 6).

Tabla 6

Distribución de la edad en función del uso habitual del sistema sanitario público (P<0,001)

		¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?			
		Sí	No	Total	
Recuento	Edad 3 grupos	≤ 30	413	179	592
		31 - 50	890	227	1117
		> 50	724	137	861
	Total	2027	543	2570	
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Edad 3 grupos	≤ 30	69,8%	30,2%	100,0%
		31 - 50	79,7%	20,3%	100,0%
		> 50	84,1%	15,9%	100,0%
	Total	78,9%	21,1%	100,0%	
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Edad 3 grupos	≤ 30	20,4%	33,0%	23,0%
		31 - 50	43,9%	41,8%	43,5%
		> 50	35,7%	25,2%	33,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Edad 3 grupos	≤ 30	-6,2	6,2	
		31 - 50	0,9	-0,9	
		> 50	4,6	-4,6	

En relación con la edad dividida en dos grupos (50 años o menos y mayores de 50 años) y la frecuentación al sistema sanitario público en el último año, Tabla 7, observamos que, del total de pacientes de 50 años o menos, el 75,5% admite haber hecho uso del servicio sanitario público en menos de 10 ocasiones en el último año, el 17,6% entre 10 y 20 ocasiones, y el 6,9% admite haber acudido en más de 20 ocasiones. En los pacientes mayores de 50 años, el 38% ha acudido entre 10 y 20 ocasiones y un 15,3% lo ha usado en más de 20 ocasiones en el último año.

Tabla 7

			Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?			Total
			<10	10-20	>20	
Recuento	Edad 2	≤ 50	1290	301	118	1709
	grupos	> 50	402	327	132	861
	Total		1692	628	250	2570
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	75,5%	17,6%	6,9%	100,0%
	grupos	> 50	46,7%	38,0%	15,3%	100,0%
	Total		65,8%	24,4%	9,7%	100,0%
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Edad 2	≤ 50	76,2%	47,9%	47,2%	66,5%
	grupos	> 50	23,8%	52,1%	52,8%	33,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Edad 2	≤ 50	14,5	-11,3	-6,8	
	grupos	> 50	-14,5	11,3	6,8	

Al realizar esta misma asociación, pero dividiendo la edad en tres grupos, del total de pacientes con 30 años o menos, el 84,1% refiere haber hecho uso del servicio sanitario público en menos de 10 ocasiones en el último año, el 11,3% entre 10 y 20 ocasiones, y el 4,6% admite haber acudido en más de 20 ocasiones. En el grupo de pacientes de entre 31 y 50 años, el 70,9% refiere haber frecuentado estos servicios en menos de 10 ocasiones en el último año, el 20,9% entre 10 y 20 ocasiones, y el 8,1% admite haber acudido en más de 20 ocasiones. Estos resultados se describen en la Tabla 8.

Tabla 8

			Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?			Total
			<10	10-20	>20	
Distribución de la edad en función de la frecuentación-2 (P<0,001)						
Recuento	Edad 3 grupos	≤ 30	498	67	27	592
		31 - 50	792	234	91	1117
		> 50	402	327	132	861
	Total	1692	628	250	2570	
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Edad 3 grupos	≤ 30	84,1%	11,3%	4,6%	100,0%
		31 - 50	70,9%	20,9%	8,1%	100,0%
		> 50	46,7%	38,0%	15,3%	100,0%
	Total	65,8%	24,4%	9,7%	100,0%	
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Edad 3 grupos	≤ 30	29,4%	10,7%	10,8%	23,0%
		31 - 50	46,8%	37,3%	36,4%	43,5%
		> 50	23,8%	52,1%	52,8%	33,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Edad 3 grupos	≤ 30	10,7	-8,5	-4,8	
		31 - 50	4,7	-3,6	-2,4	
		> 50	-14,5	11,3	6,8	

Atendiendo al nivel de estudios de los pacientes de la muestra, en función del uso habitual del sistema sanitario público, se obtiene una relación estadísticamente significativa ($P < 0,001$) (Tabla 9). No tener estudios o tener estudios primarios tiende a asociarse más con hacer un uso más habitual del sistema sanitario público.

Tabla 9

Distribución de los estudios en función del uso habitual del sistema sanitario público ($P < 0,001$)

			¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?		
			Sí	No	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	432	87	519
		Primarios	673	128	801
		Medios	453	157	610
		Técnicos	143	42	185
		Superiores	326	129	455
		Total	2027	543	2570
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	83,2%	16,8%	100,0%
		Primarios	84,0%	16,0%	100,0%
		Medios	74,3%	25,7%	100,0%
		Técnicos	77,3%	22,7%	100,0%
		Superiores	71,6%	28,4%	100,0%
		Total	78,9%	21,1%	100,0%
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Estudios	Sin estudios	21,3%	16,0%	20,2%
		Primarios	33,2%	23,6%	31,2%
		Medios	22,3%	28,9%	23,7%
		Técnicos	7,1%	7,7%	7,2%
		Superiores	16,1%	23,8%	17,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	2,7	-2,7	
		Primarios	4,3	-4,3	
		Medios	-3,2	3,2	
		Técnicos	-0,5	0,5	
		Superiores	-4,2	4,2	
		Total			

En lo referente a la asociación entre el nivel de estudios y la variable de frecuentación, según se observa en la Tabla 10, en los pacientes con estudios medios y superiores existe una menor frecuentación del sistema sanitario público, existiendo una tendencia a asociarse a menos de 10 visitas en el último año, de manera significativa ($P<0,001$).

Tabla 10

Distribución de los estudios en función de la frecuentación ($P<0,001$)						
			Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?			
			<10	10-20	>20	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	282	160	77	519
		Primarios	480	231	90	801
		Medios	441	136	33	610
		Técnicos	136	28	21	185
		Superiores	353	73	29	455
	Total		1692	628	250	2570
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	54,3%	30,8%	14,8%	100,0%
		Primarios	59,9%	28,8%	11,2%	100,0%
		Medios	72,3%	22,3%	5,4%	100,0%
		Técnicos	73,5%	15,1%	11,4%	100,0%
		Superiores	77,6%	16,0%	6,4%	100,0%
	Total		65,8%	24,4%	9,7%	100,0%
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Estudios	Sin estudios	16,7%	25,5%	30,8%	20,2%
		Primarios	28,4%	36,8%	36,0%	31,2%
		Medios	26,1%	21,7%	13,2%	23,7%
		Técnicos	8,0%	4,5%	8,4%	7,2%
		Superiores	20,9%	11,6%	11,6%	17,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	-6,2	3,8	4,4	
		Primarios	-4,3	3,5	1,7	
		Medios	3,9	-1,4	-4,1	
		Técnicos	2,3	-3,1	0,8	
		Superiores	5,8	-4,6	-2,7	

Analizando la relación entre el servicio o centro de salud en el que se está atendiendo al paciente encuestado con la variable de frecuentación (Tabla 11), se observa una tendencia al mayor uso del sistema sanitario en los pacientes atendidos en el centro de salud.

Tabla 11

			Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?			Total
			<10	10-20	>20	
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	420	108	53	581
		Centros de Salud	1272	520	197	1989
	Total	1692	628	250	2570	
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	72,3%	18,6%	9,1%	100,0%
		Centros de Salud	64,0%	26,1%	9,9%	100,0%
	Total	65,8%	24,4%	9,7%	100,0%	
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	24,8%	17,2%	21,2%	22,6%
		Centros de Salud	75,2%	82,8%	78,8%	77,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	3,7	-3,7	-0,6	
		Centros de Salud	-3,7	3,7	0,6	

6.2. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO - PACIENTE.

A continuación, procedemos a comentar los resultados obtenidos en lo que respecta al bloque de variables relacionadas con la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.

6.2.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.

En relación con la primera pregunta de este apartado, “¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?”, como se detalla en la Tabla 12, el 76,1% responde afirmativamente, frente al 23,9% de pacientes que refiere no conocer el nombre del último médico que le atendió.

Tabla 12

Pregunta número 1. ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	615	23,9	23,9	23,9
	Sí	1955	76,1	76,1	100,0
	Total	2570	100,0	100,0	

La segunda pregunta del bloque se corresponde con la percepción del paciente acerca de si el personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad. Casi una quinta parte de los pacientes (18,1%) afirman estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con que se les haya informado correctamente sobre su enfermedad (Tabla 13). El 46,8% de los pacientes estudiados, menos de la mitad, están completamente de acuerdo con haber sido informados correctamente sobre su enfermedad por parte del personal sanitario.

Tabla 13

Pregunta número 2. El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	101	3,9	4,0	4,0
	En desacuerdo	358	13,9	14,1	18,0
	De acuerdo	896	34,9	35,2	53,2
	Muy de acuerdo	1191	46,3	46,8	100,0
	Total	2546	99,1	100,0	
Perdidos	N/C	24	0,9		
Total		2570	100,0		

Con respecto a la atención del personal sanitario a las preguntas planteadas por el paciente, ver Tabla 14, el 46,9% de los encuestados considera que el personal sanitario sí ha atendido correctamente a sus preguntas, mientras que el 18,5% de los pacientes reflejan estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación.

Tabla 14

Pregunta número 3. El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	108	4,2	4,2	4,2
	En desacuerdo	367	14,3	14,3	18,6
	De acuerdo	877	34,1	34,3	52,9
	Muy de acuerdo	1206	46,9	47,1	100,0
	Total	2558	99,5	100,0	
Perdidos	N/C	12	0,5		
Total		2570	100,0		

Al analizar las respuestas de la pregunta número 4 (Tabla 15), casi una cuarta parte de los pacientes, el 23,5%, no considera que el personal sanitario se haya preocupado de que entienda toda la información que se le ha transmitido. El 30,8% de los pacientes sí afirma estar de acuerdo y el 45,7% muy de acuerdo con que haya existido preocupación por parte del personal de que se haya entendido la información.

Tabla 15

Pregunta número 4. El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	151	5,9	5,9	5,9
	En desacuerdo	449	17,5	17,6	23,5
	De acuerdo	785	30,5	30,8	54,3
	Muy de acuerdo	1164	45,3	45,7	100,0
	Total	2549	99,2	100,0	
Perdidos	N/C	21	0,8		
Total		2570	100,0		

En relación con la afirmación de que el personal sanitario haya informado correctamente al paciente de cómo seguir el tratamiento (pregunta número 5), el 14,4% de los encuestados no está de acuerdo (Tabla 16). Con respecto al motivo del tratamiento pautado (pregunta número 6), el 21,1% de los pacientes están en desacuerdo o muy en desacuerdo con que se les hayan explicado correctamente las razones por las que precisan el tratamiento. Menos de la mitad de los pacientes, el 46,7%, están completamente de acuerdo con que se les haya dado una explicación correcta del porqué de seguir un tratamiento (Tabla 17).

Tabla 16

Pregunta número 5. El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	86	3,3	3,4	3,4
	En desacuerdo	279	10,9	11,0	14,4
	De acuerdo	859	33,4	33,8	48,2
	Muy de acuerdo	1317	51,2	51,8	100,0
	Total	2541	98,9	100,0	
Perdidos	N/C	29	1,1		
Total		2570	100,0		

Tabla 17

Pregunta número 6. El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	160	6,2	6,4	6,4
	En desacuerdo	370	14,4	14,7	21,1
	De acuerdo	809	31,5	32,2	53,3
	Muy de acuerdo	1174	45,7	46,7	100,0
	Total	2513	97,8	100,0	
Perdidos	N/C	57	2,2		
Total		2570	100,0		

Las preguntas número 7 y 8 (Tabla 18). hacen hincapié sobre si el personal sanitario ha informado correctamente al paciente sobre distintos aspectos de las pruebas diagnósticas solicitadas en consulta. El 22,5% de los pacientes está muy en desacuerdo o en desacuerdo con que el personal sanitario les informase correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de estas, viendo

una tendencia similar en las respuestas al compararlas con las de la pregunta anterior que se refería al tratamiento. El 29,4% de los pacientes, esto es, más de una cuarta parte de los pacientes de la muestra, refieren estar muy en desacuerdo o en desacuerdo con que el personal sanitario les haya informado sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas que precisan.

Tabla 18

Pregunta número 7. El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	152	5,9	6,2	6,2
	En desacuerdo	399	15,5	16,3	22,6
	De acuerdo	750	29,2	30,7	53,3
	Muy de acuerdo	1140	44,4	46,7	100,0
	Total	2441	95,0	100,0	
Perdidos	N/C	129	5,0		
Total		2570	100,0		

Pregunta número 8. El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	258	10,0	10,9	10,9
	En desacuerdo	437	17,0	18,5	29,3
	De acuerdo	642	25,0	27,1	56,5
	Muy de acuerdo	1031	40,1	43,5	100,0
	Total	2368	92,1	100,0	
Perdidos	N/C	202	7,9		
Total		2570	100,0		

Al analizar las respuestas de la pregunta 9, el 24,8% de los pacientes manifiestan no estar de acuerdo con que el personal sanitario tenga en cuenta sus opiniones cuando es necesario tomar una decisión difícil en alguna cuestión de salud (Tabla 19).

Tabla 19

Pregunta número 9. El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	201	7,8	9,3	9,3
	En desacuerdo	335	13,0	15,5	24,8
	De acuerdo	667	26,0	30,8	55,6
	Muy de acuerdo	961	37,4	44,4	100,0
	Total	2164	84,2	100,0	
Perdidos	N/C	406	15,8		
Total		2570	100,0		

A semejanza de lo observado en la pregunta anterior, a la afirmación de si el personal sanitario le ha informado de forma más completa posible e incluso de los inconvenientes previo a tomar una decisión sobre un tratamiento o prueba diagnóstica (Tabla 20), el 29,4% afirman estar muy en desacuerdo o en desacuerdo con esta afirmación.

Tabla 20

Pregunta número 10. El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, para que usted pueda decidir sobre su tratamiento o prueba diagnóstica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	251	9,8	11,2	11,2
	En desacuerdo	408	15,9	18,2	29,4
	De acuerdo	675	26,3	30,1	59,4
	Muy de acuerdo	910	35,4	40,6	100,0
	Total	2244	87,3	100,0	
Perdidos	N/C	326	12,7		
Total		2570	100,0		

Con respecto a la siguiente pregunta, en la que se plantea la posible preferencia de que el profesional sanitario le indique directamente al paciente qué tratamiento debe seguir, el 67,3% de los encuestados, esto es, más de dos tercios, responden que prefieren ser informados sobre los riesgos o consecuencias de un tratamiento. El 22,3% de los pacientes prefieren que el personal sanitario les diga claramente el tratamiento que deben seguir sin aportar más información (Tabla 21).

Tabla 21

Pregunta número 11. Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	1287	50,1	55,2	55,2
	En desacuerdo	283	11,0	12,1	67,3
	De acuerdo	242	9,4	10,4	77,7
	Muy de acuerdo	520	20,2	22,3	100,0
	Total	2332	90,7	100,0	
Perdidos	N/C	238	9,3		
Total		2570	100,0		

En la pregunta número 12 (ver Tabla 22), con respecto al derecho a no saber de los pacientes, el 26,9% afirma que su deseo no se ha respetado por el profesional sanitario. Solamente el 37,8% de los pacientes están muy de acuerdo con que, en una situación en la que no han querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, esto se haya respetado.

Tabla 22

Pregunta número 12. Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	176	6,8	11,1	11,1
	En desacuerdo	250	9,7	15,8	26,9
	De acuerdo	560	21,8	35,3	62,2
	Muy de acuerdo	600	23,3	37,8	100,0
	Total	1586	61,7	100,0	
Perdidos	N/C	984	38,3		
Total		2570	100,0		

En cuanto al tiempo que el personal sanitario le dedica al paciente (Tabla 23), una cuarta parte de los encuestados, el 25,5%, afirman estar muy en desacuerdo o en desacuerdo con que se le haya dedicado el tiempo suficiente a su problema de salud. Menos de la mitad de la muestra (42%) está muy de acuerdo con que el personal sanitario dedique el tiempo suficiente a su problema de salud.

Tabla 23

Pregunta número 13. El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	269	10,5	10,8	10,8
	En desacuerdo	365	14,2	14,7	25,5
	De acuerdo	811	31,6	32,6	58,0
	Muy de acuerdo	1045	40,7	42,0	100,0
	Total	2490	96,9	100,0	
Perdidos	N/C	80	3,1		
Total		2570	100,0		

Al analizar los resultados de la pregunta número 14 (Tabla 24) en referencia a quien se dirigen las explicaciones del profesional sanitario en la consulta, el 34,8% de los pacientes está de acuerdo o muy de acuerdo con que, al ir acompañados de un familiar las explicaciones de los profesionales sanitarios se dirigen preferentemente al familiar.

Tabla 24

Pregunta número 14. Cuando le acompaña algún familiar, el personal sanitario suele dirigirse en sus explicaciones preferentemente a él.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	892	34,7	40,0	40,0
	En desacuerdo	562	21,9	25,2	65,3
	De acuerdo	369	14,4	16,6	81,8
	Muy de acuerdo	405	15,8	18,2	100,0
	Total	2228	86,7	100,0	
Perdidos	N/C	342	13,3		
Total		2570	100,0		

La siguiente pregunta del cuestionario se centra en si el personal sanitario realiza una comunicación continua con el paciente conforme se van produciendo cambios en su estado de salud. En este sentido, el 78,3% de los pacientes opinan que el personal sanitario sí ha ido informando acerca de las modificaciones que se van produciendo en su enfermedad. El 21,7% de los pacientes están en desacuerdo con esta afirmación. Ver Tabla 25.

Tabla 25

Pregunta número 15. El personal sanitario le ha informado conforme se producían modificaciones en su enfermedad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	157	6,1	7,5	7,5
	En desacuerdo	299	11,6	14,3	21,7
	De acuerdo	830	32,3	39,6	61,3
	Muy de acuerdo	812	31,6	38,7	100,0
	Total	2098	81,6	100,0	
Perdidos	N/C	472	18,4		
Total		2570	100,0		

En lo referente a la habilidad de comunicación de “malas noticias” por parte de los profesionales sanitarios, Tabla 26, el 30,9% de los pacientes refleja no estar de acuerdo con las formas en las que el personal les comunicó una noticia desfavorable.

Tabla 26

Pregunta número 16. Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que los profesionales sanitarios lo hicieron de una forma delicada y cuidada.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	215	8,4	14,0	14,0
	En desacuerdo	261	10,2	17,0	30,9
	De acuerdo	445	17,3	28,9	59,9
	Muy de acuerdo	617	24,0	40,1	100,0
	Total	1538	59,8	100,0	
Perdidos	N/C	1032	40,2		
Total		2570	100,0		

Las preguntas 17, 18 y 19 (Tabla 27, Tabla 28 y Tabla 29) pretenden reflejar en qué servicio y qué profesionales son los que informan de una forma más clara y completa a los pacientes. En este sentido, el 45% de los encuestados opinan que el proceso de información ha sido mejor en el hospital, mientras que un 34,3% de los pacientes se han sentido mejor informados en el centro de salud. Tanto en el hospital como en el centro de salud los pacientes están de acuerdo en su mayoría con que es el personal médico el que les ha informado de una forma más adecuada, con un 67,1% y un 74,5%, respectivamente.

Tabla 27

Pregunta número 17. En general, ¿dónde le han informado de forma más clara y completa?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centro de salud	859	33,4	34,3	34,3
	Hospital	1128	43,9	45,0	79,3
	Ambos	518	20,2	20,7	100,0
	Total	2505	97,5	100,0	
Perdidos	N/C	65	2,5		
Total		2570	100,0		

Tabla 28

Pregunta número 18. ¿Quién le ha informado de forma más clara y completa en su Centro de Salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	104	4,0	4,0	4,0
	Personal de enfermería	163	6,3	6,3	10,4
	Personal médico	1914	74,5	74,5	84,9
	Ambos	389	15,1	15,1	100,0
	Total	2570	100,0	100,0	

Tabla 29

Pregunta número 19. ¿Quién le ha informado de forma más clara y completa en el Hospital?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	161	6,3	6,3	6,3
	Personal de enfermería	274	10,7	10,7	16,9
	Personal médico	1724	67,1	67,1	84,0
	Ambos	411	16,0	16,0	100,0
	Total	2570	100,0	100,0	

Al analizar el contexto en el que se desarrolla la consulta sanitaria, Tabla 30, el 38% de los pacientes entrevistados está de acuerdo o muy de acuerdo con que las interrupciones suelen ser frecuentes durante la consulta médica.

Tabla 30

Pregunta número 20. Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy en desacuerdo	998	38,8	41,1	41,1
	En desacuerdo	508	19,8	20,9	62,0
	De acuerdo	527	20,5	21,7	83,7
	Muy de acuerdo	396	15,4	16,3	100,0
	Total	2429	94,5	100,0	
Perdidos	N/C	141	5,5		
Total		2570	100,0		

En nuestro estudio hemos incluido una escala de valoración entre 1 y 10 para calificar el grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida de los profesionales sanitarios. Para poder analizar los resultados hemos agrupado las posibles respuestas (1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10), ver Tabla 31. El 44,4% de los pacientes califican entre el 7-8 sobre 10 su grado de satisfacción con la información recibida por los profesionales sanitarios, siendo esta la respuesta mayoritaria. El 10% de los pacientes califican su grado de satisfacción con una puntuación inferior a 5.

Tabla 31

Valoración agrupada: Califique de uno a diez el grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-2	66	2,6	2,6	2,6
	3-4	186	7,2	7,4	10,1
	5-6	643	25,0	25,7	35,8
	7-8	1111	43,2	44,4	80,1
	9-10	497	19,3	19,9	100,0
	Total	2503	97,4	100,0	
Perdidos	Sistema	67	2,6		
Total		2570	100,0		

A continuación, procedemos a comentar los resultados obtenidos al relacionar las variables sociodemográficas que describen las características de los encuestados con las variables que se refieren a la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.

Cabe recordar el indicador, ya descrito en el apartado de material y métodos, que hemos creado para explicar los resultados de este apartado. Con el fin de cuantificar de forma indirecta la percepción que tiene el paciente de la información recibida por parte del profesional sanitario, hemos creado el indicador del “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente”, a partir de las diferentes preguntas del bloque según realcen o dificulten el proceso informativo. El cuartil 3 (Q3) de este indicador, o lo que es lo mismo, una puntuación de más de 33, se correspondería con un alto grado de información correcta. Además, debido a su relevancia, se realizará un análisis de todas las preguntas de este apartado en relación con la valoración o grado de satisfacción que posee el paciente, de forma directa, con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios según una escala del 1 al 10. El Q3 se corresponde con una puntuación mayor de 7, lo que indicaría una buena satisfacción por parte de los pacientes con la información recibida de los profesionales.

Al analizar la correlación entre el grado de satisfacción del paciente y el indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” se obtiene una buena concordancia entre ambos, pues el coeficiente de correlación es alto ($r=0,657$, $P<0,001$) para un tamaño de muestra tan grande ($n=1419$). Estos resultados se reflejan en la Tabla 32.

Tabla 32

Concordancia entre la satisfacción del paciente con la información y el grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente

		Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	Correlación de Pearson	,657**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	1419	2503
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	Correlación de Pearson	1	,657**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	1446	1419

6.2.2. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En relación con la variable género, aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon, hemos observado diferencias estadísticamente significativas con el indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 33). En este sentido, la valoración media es superior en mujeres (28,52) frente a los hombres (27,90), tal y como se observa en la Tabla 34 y viene representado en el Gráfico 6.

No se observan diferencias estadísticamente significativas con relación al género respecto al grado de satisfacción del paciente con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios (Tabla 33).

Tabla 33

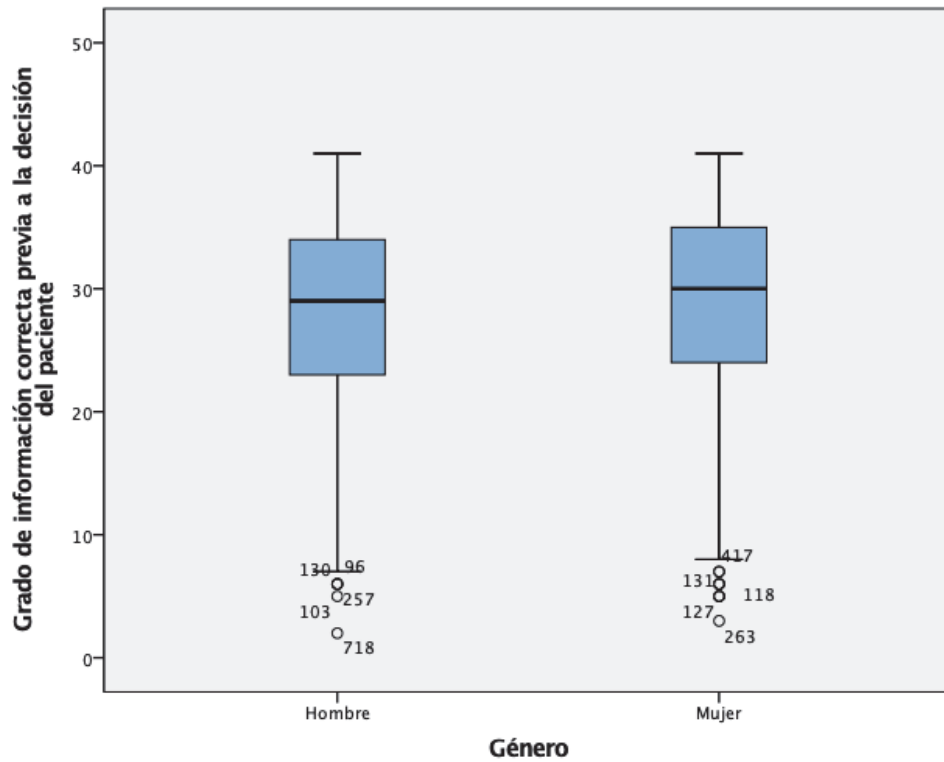
Comparación de la valoración de la información según el género ^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	749501,5	1261067,5	-0,269	0,788
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	233963,0	396698,0	-2,025	0,043

a. Variable de agrupación: Género

Tabla 34

Medias de la valoración de la información según el género				
		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	Hombre	6,99	1011	1,813
	Mujer	6,94	1492	1,998
	Total	6,96	2503	1,925
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	Hombre	27,90	570	7,658
	Mujer	28,52	876	7,885
	Total	28,28	1446	7,799

Gráfico 6



Aun cuando no están íntimamente relacionadas con el bloque que expresa el nivel de percepción sobre la calidad de la información recibida en el proceso asistencial, hemos incluido en este apartado la pregunta número 1 (¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?) y la pregunta número 20 (Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones -entrada de personas, llamadas telefónicas...-). Son cuestiones que, de alguna forma, nos explican aspectos ligados a la empatía o trato recibido durante la atención sanitaria.

Al relacionar el género con la pregunta número 1 (Tabla 35), el 22,3% de las mujeres de la muestra afirma no conocer el nombre del médico que le atendió por última vez. En los hombres, este porcentaje asciende al 26,4% del total de los varones de la muestra. Ser varón se asocia con más frecuencia a no conocer el nombre del médico, mientras que ser mujer se ha visto más asociado a conocerlo, de forma estadísticamente significativa ($P=0,015$).

Tabla 35

Distribución del género en función de la pregunta número 1 ($P=0,015$)					
		¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Género	Hombre	272	757	1029
		Mujer	343	1198	1541
		Total	615	1955	2570
% dentro de Género	Género	Hombre	26,4%	73,6%	100,0%
		Mujer	22,3%	77,7%	100,0%
		Total	23,9%	76,1%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	Género	Hombre	44,2%	38,7%	40,0%
		Mujer	55,8%	61,3%	60,0%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la relación de la variable género con la pregunta número 20 (Tabla 36), del total de hombres de la muestra, el 34,5% refieren que durante la consulta con el médico suele haber interrupciones, observándose un aumento a 40,3% cuando nos referimos al total de mujeres, siendo esta relación significativa ($P=0,004$). Ser mujer se asocia más a percibir que durante la consulta medica suele haber más interrupciones.

Tabla 36

Distribución del género en función de la pregunta número 20 ($P=0,004$)					
			Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...)		
			No	Sí	Total
Recuento	Género	Hombre	631	332	963
		Mujer	875	591	1466
	Total	1506	923	2429	
% dentro de Género	Género	Hombre	65,5%	34,5%	100,0%
		Mujer	59,7%	40,3%	100,0%
	Total	62,0%	38,0%	100,0%	
% dentro de Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...)	Género	Hombre	41,9%	36,0%	39,6%
		Mujer	58,1%	64,0%	60,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Para analizar la variable edad con los ítems relacionados con la comunicación entre el personal sanitario y el paciente, se ha usado tanto la variable edad en años como la edad agrupada en grupos: dos grupos (50 años o menos, mayores de 50 años), tres grupos (30 años o menos, 31 a 50 años, mayores de 50 años) y seis grupos (30 años o menos, 31 a 40 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años, 61 a 70 años, mayores de 70 años).

En relación con la variable edad en años hemos observado diferencias estadísticamente significativas aplicando la Correlación de Pearson, tanto para el grado de satisfacción del paciente con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios, como para el indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 37). En este sentido, la valoración media para el grado de satisfacción del paciente es de 6,96 y para el indicador del grado de información correcta es el 28,28, tal y como se observa en la Tabla 38.

Tabla 37

	Edad en años		
	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)	N
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	0,206	0,000	2503
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	0,193	0,000	1446

Tabla 38

Edad en años	Medias de la valoración de la información según la edad		
	Media	Desviación típica	N
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	6,96	1,925	2503
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	28,28	7,799	1446

En relación con la variable edad al dividirla en dos grupos, aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon, hemos observado diferencias estadísticamente significativas tanto con el grado de satisfacción con la información recibida de forma directa, como con el indicador indirecto del “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 39). En este sentido, la valoración media del grado de satisfacción de los pacientes es superior en los mayores de 50 años (7,49) frente a los de 50 años o menos (6,70), tal y como se observa en la Tabla 40 y viene representado en el Gráfico 7 y Gráfico 8. Esta tendencia también se ve

reflejada en los resultados del indicador indirecto, siendo del grado de información correcta recibida superior en el grupo de mayores de 50 años (30,26) frente al grupo de menor edad (27,18).

Tabla 39

Comparación de la valoración de la información según la edad en dos grupos^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	525737,0	1917683,0	-10,157	0,000
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	181602,0	615448,0	-7,652	0,000

a. Variable de agrupación: Edad </>50

Tabla 40

Medias de la valoración de la información según la edad

		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	≤ 50 años	6,70	1668	1,898
	> 50 años	7,49	835	1,870
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente		6,96	2503	1,925
	≤ 50 años	27,18	931	7,742
	> 50 años	30,26	515	7,513
		28,28	1446	7,799

Gráfico 7

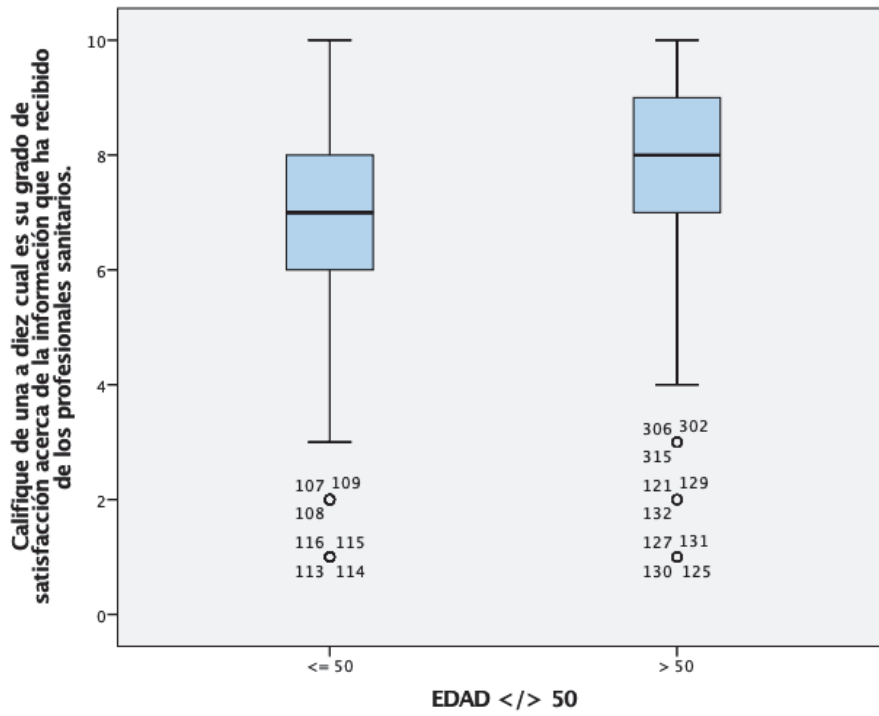
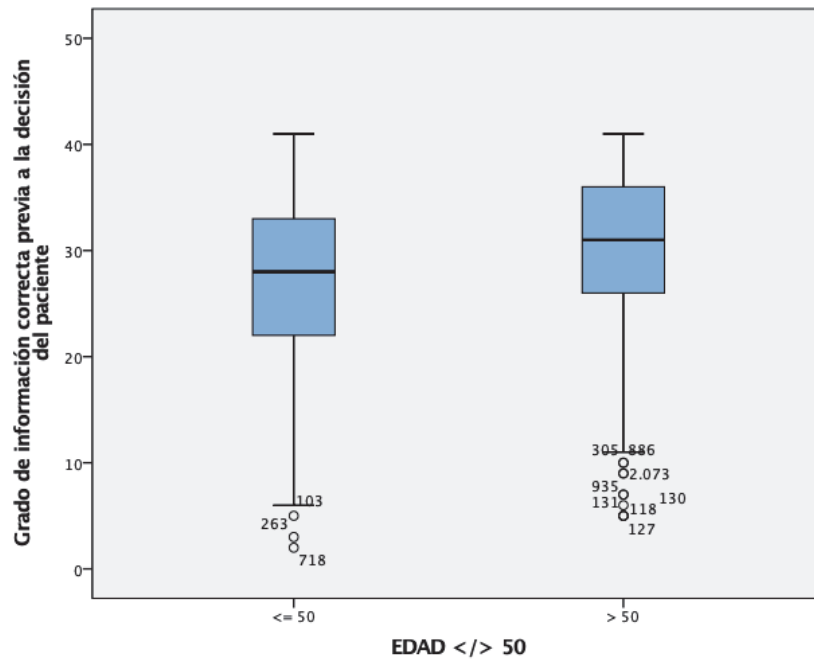
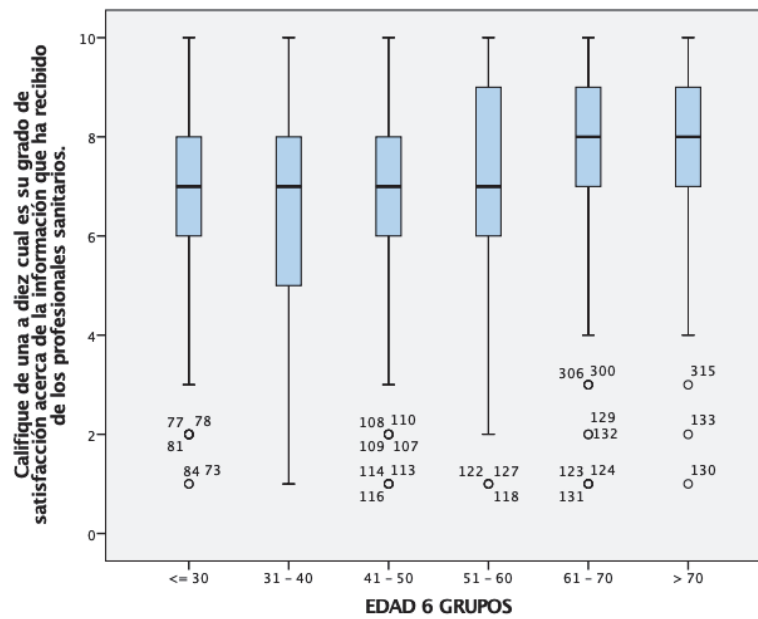


Gráfico 8



Para poder valorar con mayor precisión la relación de la edad con el grado de satisfacción, se fraccionó la edad en seis grupos, observándose en el Gráfico 9 que el grupo de edad de 61 a 70 años es donde se marca la diferencia en la tendencia a una valoración más alta del grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios.

Gráfico 9



A continuación, se reflejan aquellas relaciones más relevantes entre la edad (empleando la división en grupos más representativa) y otras preguntas del bloque de información.

Con respecto a la relación entre la edad dividida en tres grupos y la pregunta de sí conoce el nombre del médico que le atendió por última vez Tabla 41, se observa una asociación estadísticamente significativa ($P < 0,001$). Ser mayor de 50 años se asocia más a saber el nombre del médico que le atendió la última vez. El 15,4% del total de pacientes mayores de 50 años no conoce el nombre del último médico que le atendió, frente al 34% del total de pacientes de 30 años o menos.

Tabla 41

Distribución de la edad en tres grupos en función de la pregunta número 1 ($P < 0,001$)

		¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?		Total	
		No	Sí		
Recuento	Edad 3 grupos	≤ 30	201	391	592
		31 - 50	281	836	1117
		> 50	133	728	861
	Total	615	1955	2570	
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Edad 3 grupos	≤ 30	34,0%	66,0%	100,0%
		31 - 50	25,2%	74,8%	100,0%
		> 50	15,4%	84,6%	100,0%
	Total	23,9%	76,1%	100,0%	
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	Edad 3 grupos	≤ 30	32,7%	20,0%	23,0%
		31 - 50	45,7%	42,8%	43,5%
		> 50	21,6%	37,2%	33,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Edad 3 grupos	≤ 30	6,5	-6,5	
		31 - 50	1,3	-1,3	
		> 50	-7,2	7,2	

Al analizar la edad en años con bloque de comunicación personal sanitario - paciente mediante la Rho de Spearman, todas las preguntas presentan un coeficiente de correlación positivo salvo las preguntas 11 y 20. De este hecho se puede inferir que, en general, a mayor edad de los pacientes, existe una percepción de que están mejor informados.

Con respecto a la pregunta número 11, no tenemos evidencia suficiente para decir que exista relación entre esta y la edad, dividida en dos grupos, pero al existir un coeficiente de correlación negativo, se puede señalar que los pacientes más jóvenes prefieren que se les diga claramente qué tratamiento deben seguir sin dar más información sobre los riesgos o consecuencias, en contraposición a lo que opinan los pacientes de mayor edad (Tabla 42).

Tabla 42

Distribución de la edad en dos grupos en función de la pregunta número 11 (NS)

		Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias.			
		En		Total	
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	Edad 2 grupos	≤ 50	1032	520	1552
		> 50	538	242	780
	Total		1570	762	2332
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos	≤ 50	66,5%	33,5%	100,0%
		> 50	69,0%	31,0%	100,0%
	Total		67,3%	32,7%	100,0%
% dentro de Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias.	Edad 2 grupos	≤ 50	65,7%	68,2%	66,6%
		> 50	34,3%	31,8%	33,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Edad 2 grupos	≤ 50	-1,2	1,2	
		> 50	1,2	-1,2	

En cuanto a la pregunta 20, en relación con la edad dividida en tres grupos, podemos observar que conforme aumenta el rango de edad, disminuye el porcentaje de pacientes que refieren que durante la consulta con el médico suele haber interrupciones (ver Tabla 43). Del total de pacientes con 30 años o menos, el 43,5% refiere que suele haber interrupciones en la consulta. Del total de pacientes entre 31 y 50 años, el 39,1% refiere que hay interrupciones. En los pacientes de más de 50 años, el 32,6% opinan que suele haber interrupciones en la consulta. Cabe destacar que del total de pacientes que afirman que suele haber interrupciones en la consulta médica, el 44,6% se corresponde con los pacientes de entre 31 y 50 años.

Tabla 43

			Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas...)		
			No	Sí	Total
Recuento	Edad 3 grupos	≤ 30	313	244	557
		31 - 50	642	412	1054
		> 50	551	267	818
	Total	1506	923	2429	
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Edad 3 grupos	≤ 30	56,2%	43,8%	100,0%
		31 - 50	60,9%	39,1%	100,0%
		> 50	67,4%	32,6%	100,0%
	Total	62,0%	38,0%	100,0%	
% dentro de Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas...)	Edad 3 grupos	≤ 30	20,8%	26,4%	22,9%
		31 - 50	42,6%	44,6%	43,4%
		> 50	36,6%	28,9%	33,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Edad 3 grupos	≤ 30	-3,2	3,2	
		31 - 50	-1,0	1,0	
		> 50	3,9	-3,9	

Por último, al relacionar la edad en dos grupos con el grado de satisfacción con la información recibida de los profesionales sanitarios en su variable de valoración agrupada, como se observa en la Tabla 44, conforme aumenta la edad, aumenta el grado de satisfacción. De esta manera, en los pacientes mayores de 50 años predomina una valoración de ≥ 7 , de forma estadísticamente significativa ($P < 0,001$).

Tabla 44

			Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.					Total
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	
Recuento	Edad 2	≤ 50	50	147	492	725	254	1668
	grupos	> 50	16	39	151	386	243	835
	Total		66	186	643	1111	497	2503
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	3,0%	8,8%	29,5%	43,5%	15,2%	100,0%
	grupos	> 50	1,9%	4,7%	18,1%	46,2%	29,1%	100,0%
	Total		2,6%	7,4%	25,7%	44,4%	19,9%	100,0%
% dentro de Valoración agrupada: grado de satisfacción	Edad 2	≤ 50	75,8%	79,0%	76,5%	65,3%	51,1%	66,6%
	grupos	> 50	24,2%	21,0%	23,5%	34,7%	48,9%	33,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Edad 2	≤ 50	1,6	3,7	6,2	-1,3	-8,2	
	grupos	> 50	-1,6	-3,7	-6,2	1,3	8,2	

En relación con el nivel de estudios de la muestra hemos observado diferencias estadísticamente significativas aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon tanto con el grado de satisfacción acerca de la información recibida por los profesionales como con el indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 45).

La media de valoración de la información según el grado de satisfacción es mayor en los pacientes sin estudios (7,17) y se obtiene la menor puntuación en pacientes con estudios técnicos (6,58) y superiores (6,68), tal como se observa en la Tabla 45 y viene representado en el Gráfico 10.

En lo que se refiere a la media de valoración según nuestro indicador, la puntuación más alta proviene de los pacientes sin estudios (29,67) y las más bajas de pacientes con estudios técnicos (27) y medios (27,30) (Tabla 45 y Gráfico 11).

Tabla 45

Medias de la valoración de la información en función del nivel de estudios				
		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios. H K-W = 37,181 P<0,001	Sin estudios	7,17	492	2,144
	Primarios	7,15	779	1,894
	Medios	6,87	602	1,882
	Técnicos	6,58	180	1,949
	Superiores	6,68	450	1,705
			6,96	2503
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente. H K-W = 30,575 P<0,001	Sin estudios	29,67	306	8,116
	Primarios	28,75	444	8,041
	Medios	27,30	343	7,397
	Técnicos	27,00	102	8,196
	Superiores	27,60	251	7,034
			28,28	1446

Gráfico 10

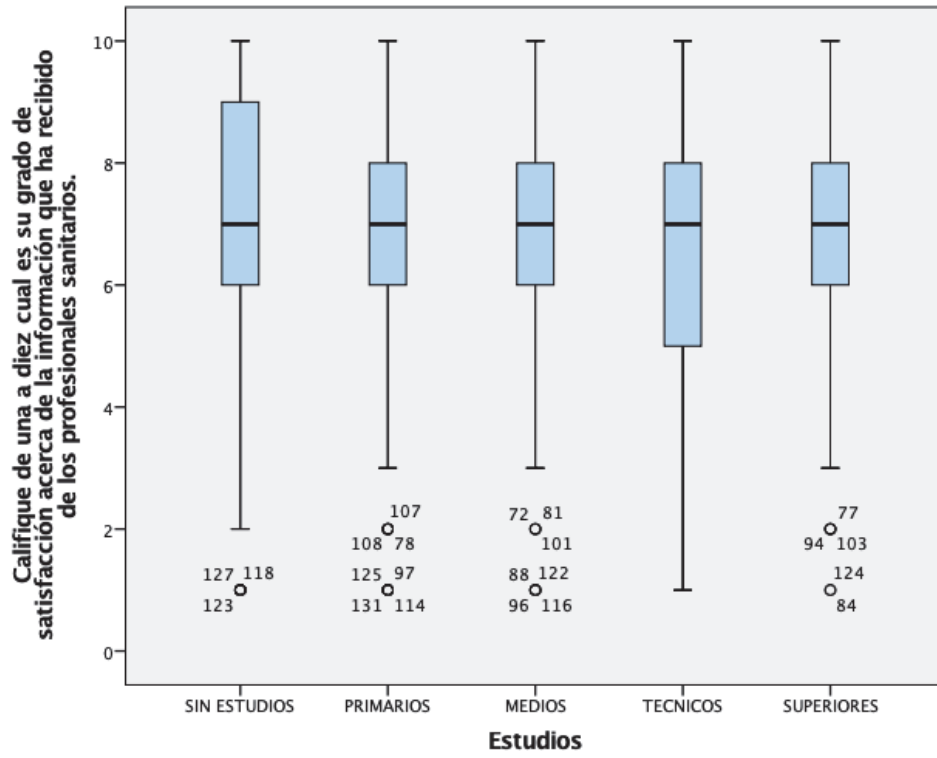
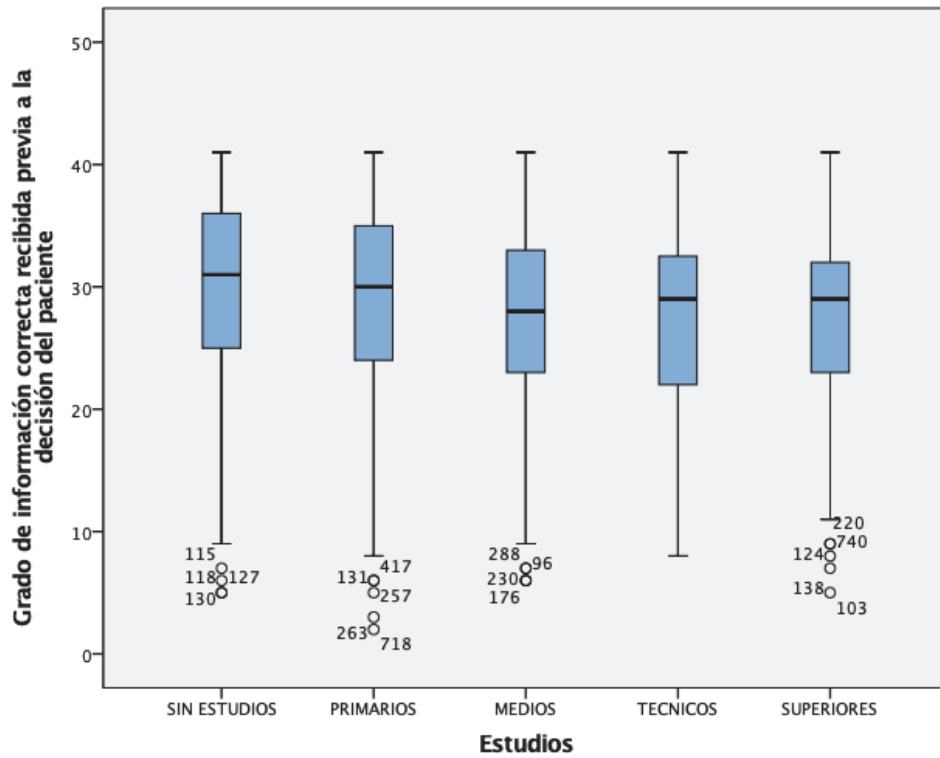


Gráfico 11



Al analizar el nivel de estudios en función de la pregunta número 1 (Tabla 46) se observa una significación más intensa entre no tener estudios o tener estudios primarios con conocer el nombre del médico, de forma estadísticamente significativa ($P=0,002$).

Tabla 46

Distribución del nivel de estudios en función de la pregunta número 1 ($P=0,002$)

			¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?		Total
			No	Sí	
Recuento	Estudios	Sin estudios	101	418	519
		Primarios	173	628	801
	Medios	160	450	610	
	Técnicos	51	134	185	
	Superiores	130	325	455	
	Total		615	1955	2570
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	19,5%	80,5%	100,0%
		Primarios	21,6%	78,4%	100,0%
	Medios	26,2%	73,8%	100,0%	
	Técnicos	27,6%	72,4%	100,0%	
	Superiores	28,6%	71,4%	100,0%	
	Total		23,9%	76,1%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	Estudios	Sin estudios	16,4%	21,4%	20,2%
		Primarios	28,1%	32,1%	31,2%
	Medios	26,0%	23,0%	23,7%	
	Técnicos	8,3%	6,9%	7,2%	
	Superiores	21,1%	16,6%	17,7%	
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	-2,7	2,7	
		Primarios	-1,9	1,9	
	Medios	1,5	-1,5		
	Técnicos	1,2	-1,2		
	Superiores	2,6	-2,6		

Atendiendo a la relación entre el nivel de estudios y el grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios, ver Tabla 47, se observa que no tener estudios o poseer estudios primarios se asocia en mayor medida a calificar con puntuaciones entre 9-10 su grado de satisfacción.

Tabla 47

			Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.					Total
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	
Recuento	Estudios	Sin estudios	17	38	108	188	141	492
		Primarios	17	44	192	355	171	779
		Medios	17	47	152	283	103	602
		Técnicos	5	20	53	77	25	180
		Superiores	10	37	138	208	57	450
	Total	66	186	643	1111	497	2503	
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	3,5%	7,7%	22,0%	38,2%	28,7%	100,0%
		Primarios	2,2%	5,6%	24,6%	45,6%	22,0%	100,0%
		Medios	2,8%	7,8%	25,2%	47,0%	17,1%	100,0%
		Técnicos	2,8%	11,1%	29,4%	42,8%	13,9%	100,0%
		Superiores	2,2%	8,2%	30,7%	46,2%	12,7%	100,0%
	Total	2,6%	7,4%	25,7%	44,4%	19,9%	100,0%	
% dentro de Valoración agrupada grado de satisfacción	Estudios	Sin estudios	25,8%	20,4%	16,8%	16,9%	28,4%	19,7%
		Primarios	25,8%	23,7%	29,9%	32,0%	34,4%	31,1%
		Medios	25,8%	25,3%	23,6%	25,5%	20,7%	24,1%
		Técnicos	7,6%	10,8%	8,2%	6,9%	5,0%	7,2%
		Superiores	15,2%	19,9%	21,5%	18,7%	11,5%	18,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	1,3	0,3	-2,1	-3,1	5,5	
		Primarios	-1,0	-2,3	-0,8	0,8	1,8	
		Medios	0,3	0,4	-0,3	1,5	-1,9	
		Técnicos	0,1	2,0	1,2	-0,5	-2,1	
		Superiores	-0,6	0,7	2,7	0,9	-4,2	

En lo referente al grado de satisfacción con la información recibida y el indicador del grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente, y su asociación con el servicio en el que se atiende al paciente, la relación con ambos ítems resulta estadísticamente significativa ($P < 0,001$) (Tabla 48). La valoración de la información según ambos ítems es más favorable en los pacientes atendidos en el centro de salud, tal como se ve reflejado en la Tabla 49 y viene representado en el Gráfico 12 y Gráfico 13.

Tabla 48

Comparación de la valoración de la información en función del servicio de atención^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	479111,5	634514,5	-4,240	0,000
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	141477,0	187230,0	-4,849	0,000

a. Variable de agrupación: Servicio/CS en el que está siendo atendido

Tabla 49

Medias de la valoración de la información en función del servicio de atención				
		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	Hospital	6,63	557	2,011
	Centro de Salud	7,05	1946	1,890
		6,96	2503	1,925
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	Hospital	26,22	302	8,435
	Centro de Salud	28,82	1144	7,533
		28,28	1446	7,799

Gráfico 12

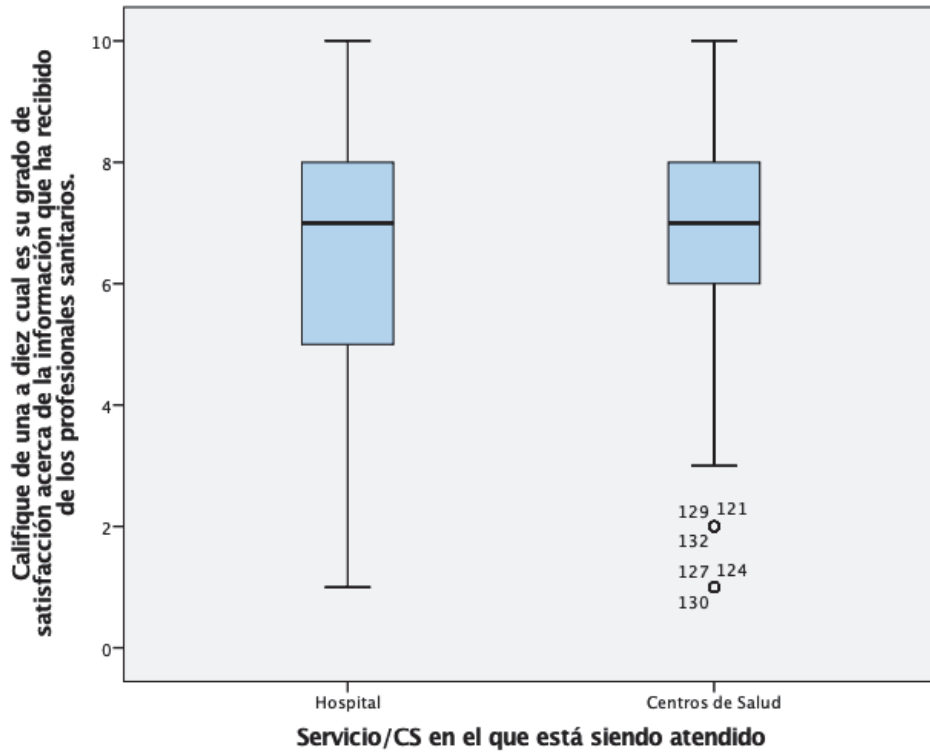
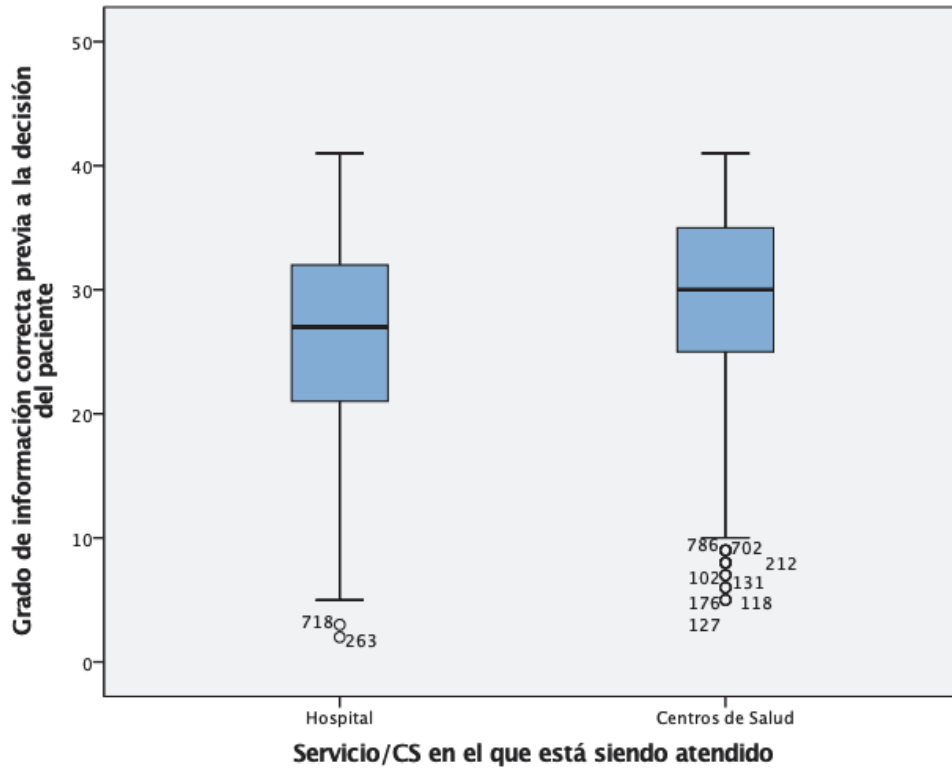


Gráfico 13



Al analizar el servicio en el que el paciente estaba siendo atendido con la variable de “sí conocía el nombre del médico que le atendió la última vez”, Tabla 50, se observa una relación estadísticamente significativa ($P<0,001$). Del total de pacientes entrevistados en el Centro de salud, el 78,3% conocían el nombre del médico que les atendió la última vez. Del total de pacientes entrevistados en un servicio hospitalario, el 68,3% conocían el nombre del médico.

Tabla 50

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 1 ($P<0,001$)

			¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	184	397	581
		Centros de Salud	431	1558	1989
		Total	615	1955	2570
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	31,7%	68,3%	100,0%
		Centros de Salud	21,7%	78,3%	100,0%
		Total	23,9%	76,1%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	29,9%	20,3%	22,6%
		Centros de Salud	70,1%	79,7%	77,4%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto al área de salud, se puede ver en los diagramas de cajas (Gráfico 14 y Gráfico 15) cómo en lo que respecta al grado de satisfacción con la información recibida destaca el área de salud de Lorca, que muestra el valor más elevado, mientras que, según el indicador de la adecuación de la información previa a la decisión del paciente, destaca el área de salud del Mar Menor.

Gráfico 14

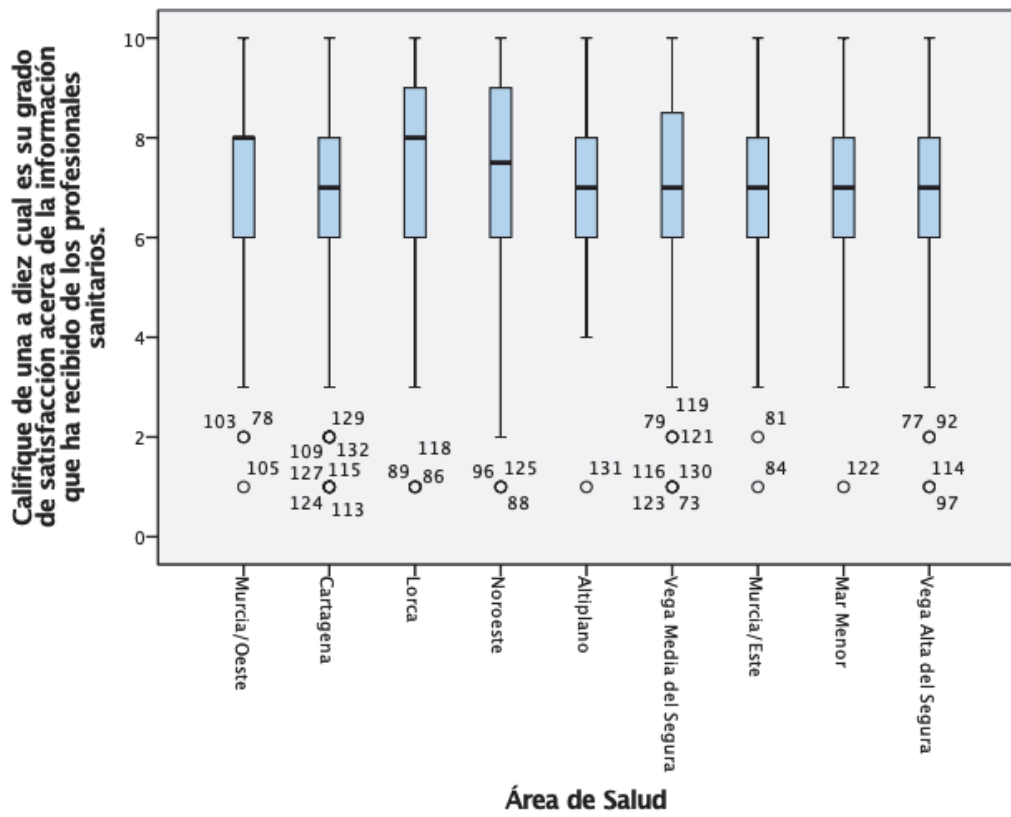
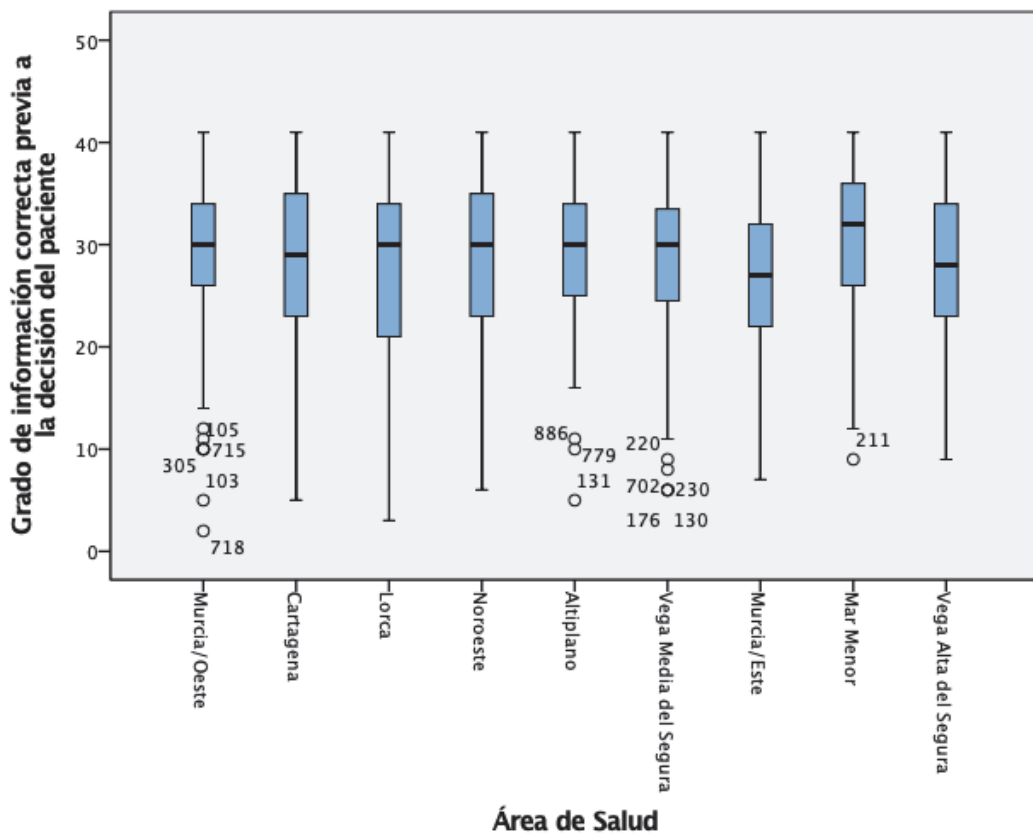


Gráfico 15



En relación con la variable de ser usuario habitual o no del sistema sanitario público hemos observado diferencias estadísticamente significativas aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon con grado de satisfacción acerca de la información recibida y con indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 51).

En este sentido, la valoración media según el grado de satisfacción es superior en los que se consideran usuarios habituales del sistema público (7,11) frente a los que no (6,42), tal y como se observa en la Tabla 52 y viene representado en el Gráfico 16. La valoración media según nuestro indicador también es superior en los usuarios habituales (28,79) frente a los que no lo son (26,32) (Tabla 52 y Gráfico 17).

Tabla 51

Comparación de la valoración de la información en función del uso habitual del sistema sanitario público

	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	417231,0	559542,0	-7,387	0,000
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	137701,0	183454,0	-5,434	0,000

a. Variable de agrupación: ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?

Tabla 52

Medias de la valoración de la información en función del uso habitual del sistema sanitario público

		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	Si	7,11	1970	1,897
	No	6,42	533	1,934
		6,96	2503	1,925
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	Si	28,79	1144	7,744
	No	26,32	302	7,709
		28,28	1446	7,799

Gráfico 16

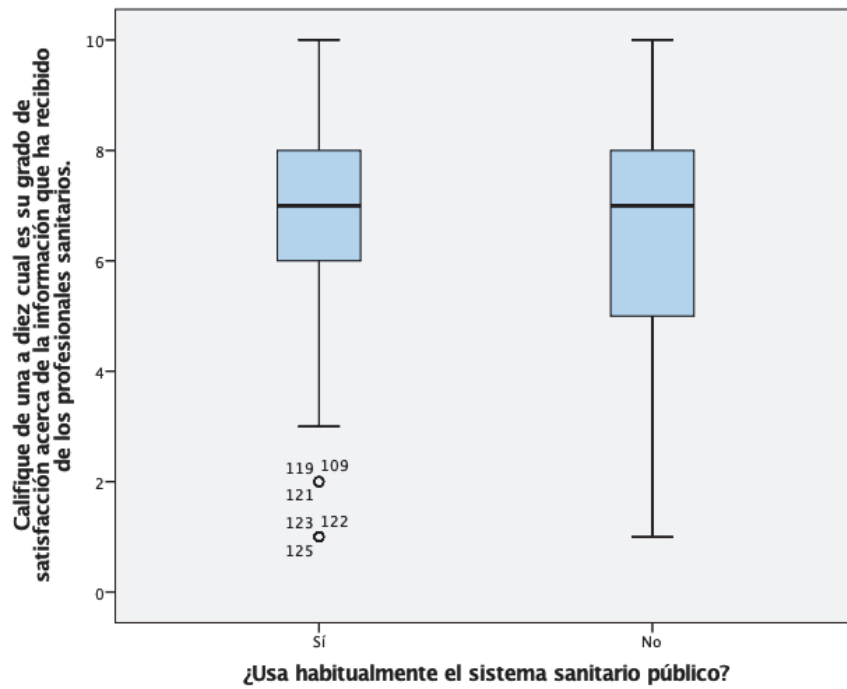
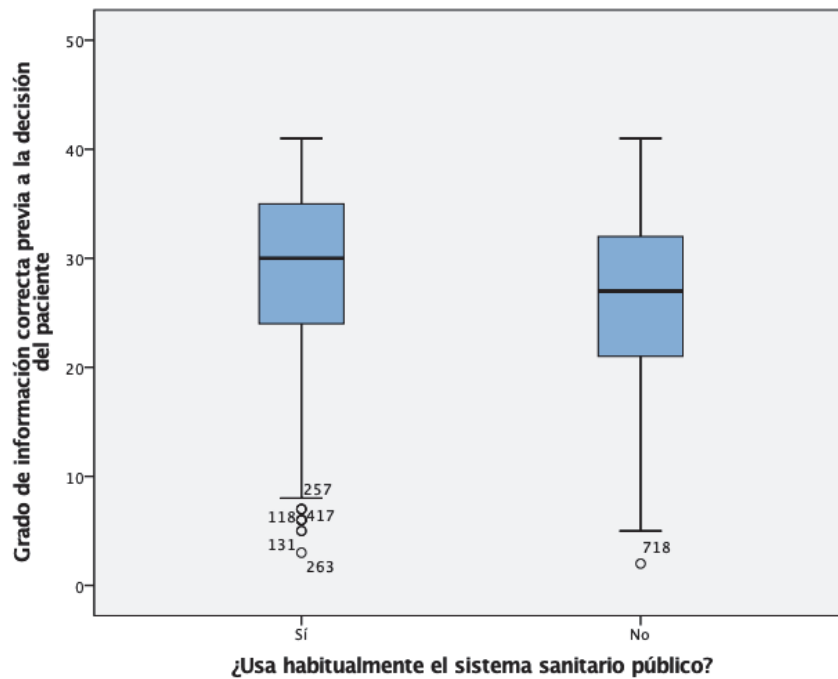


Gráfico 17



Al analizar la relación entre el uso habitual del sistema sanitario público con la primera pregunta del bloque (Tabla 53), destaca que los que afirman ser usuarios habituales del sistema público se asocian más a conocer el nombre del médico que le atendió la última vez, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$). Del total de pacientes que afirman un uso habitual del sistema público, un 81,4% conocen el nombre del médico, mientras que del total de pacientes que no hacen un uso habitual de este sistema, solamente un 56,4% conoce el nombre del médico que le atendió la última vez.

Tabla 53

Distribución del uso del sistema sanitario público en función de la pregunta número 1 ($P<0,001$)					
			¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?		Total
			No	Sí	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	378	1649	2027
		No	237	306	543
	Total		615	1955	2570
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	18,6%	81,4%	100,0%
		No	43,6%	56,4%	100,0%
	Total		23,9%	76,1%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	61,5%	84,3%	78,9%
		No	38,5%	15,7%	21,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al asociar el uso habitual del sistema sanitario público y el grado de satisfacción con la información recibida en su forma de variable agrupada, se observa una relación estadísticamente significativa ($P < 0,001$) según se ve reflejado en la Tabla 54.

De esta forma, hacer un uso habitual del sistema público está asociado a un mayor grado de satisfacción con la información recibida, existiendo una tendencia a puntuaciones de 7 a 10 sobre 10, con respecto a los que no son usuarios habituales, que se asocian a puntuaciones más bajas, de 1 a 6 sobre 10.

Tabla 54

			Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.					Total
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema público?	Sí	43	126	473	893	435	1970
		No	23	60	170	218	62	533
	Total		66	186	643	1111	497	2503
% dentro de usuarios habituales del sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema público?	Sí	2,2%	6,4%	24,0%	45,3%	22,1%	100,0%
		No	4,3%	11,3%	31,9%	40,9%	11,6%	100,0%
	Total		2,6%	7,4%	25,7%	44,4%	19,9%	100,0%
% dentro de valoración agrupada grado de satisfacción	¿Usa habitualmente el sistema público?	Sí	65,2%	67,7%	73,6%	80,4%	87,5%	78,7%
		No	34,8%	32,3%	26,4%	19,6%	12,5%	21,3%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Usa habitualmente el sistema público?	Sí	-2,7	-3,8	-3,7	1,8	5,4	
		No	2,7	3,8	3,7	-1,8	-5,4	

En relación con la variable de frecuentación hemos observado diferencias estadísticamente significativas aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon tanto con el grado de satisfacción acerca de la información recibida expresado de forma directa por el paciente como con el indicador indirecto de grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente (Tabla 55). Según se ve reflejado en la Tabla 55 y viene representado en el Gráfico 18 y el Gráfico 19, la valoración media, según ambos ítems, es mayor en los pacientes más frecuentadores, en concreto, con lo que refieren haber usado el sistema sanitario público en más de 20 ocasiones en el último año.

Tabla 55

Medias de la valoración de la información según la frecuentación				
		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios. H K-W = 67,218 P<0,001	<10	6,76	1647	1,884
	10-20	7,25	612	1,891
	>20	7,59	244	2,066
		6,96	2503	1,925
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente. H K-W = 60,527 P<0,001	<10	27,19	913	7,663
	10-20	30,02	371	7,565
	>20	30,37	162	7,983
		28,28	1446	7,799

Gráfico 18

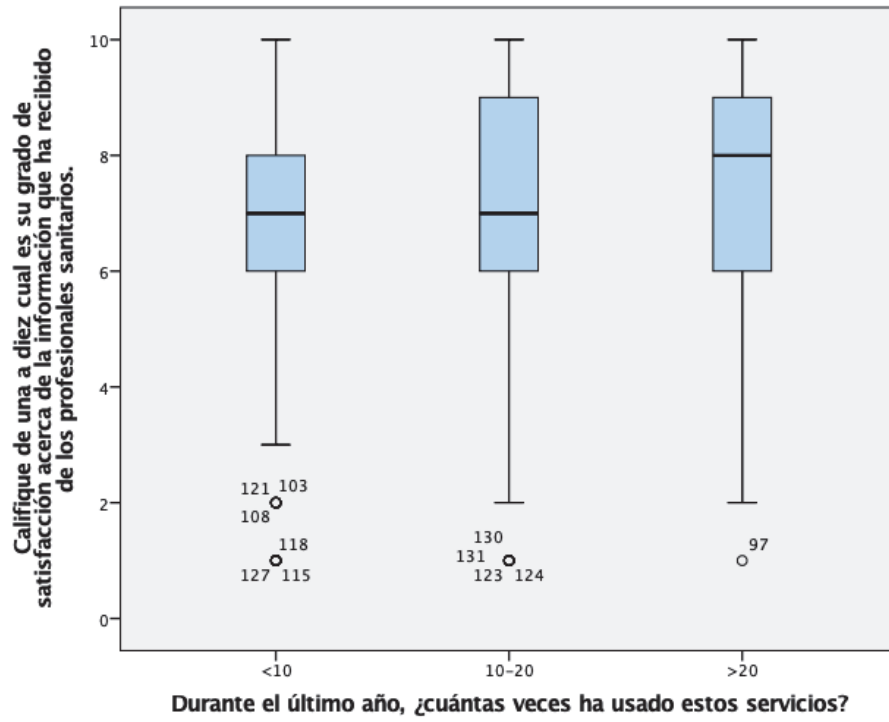
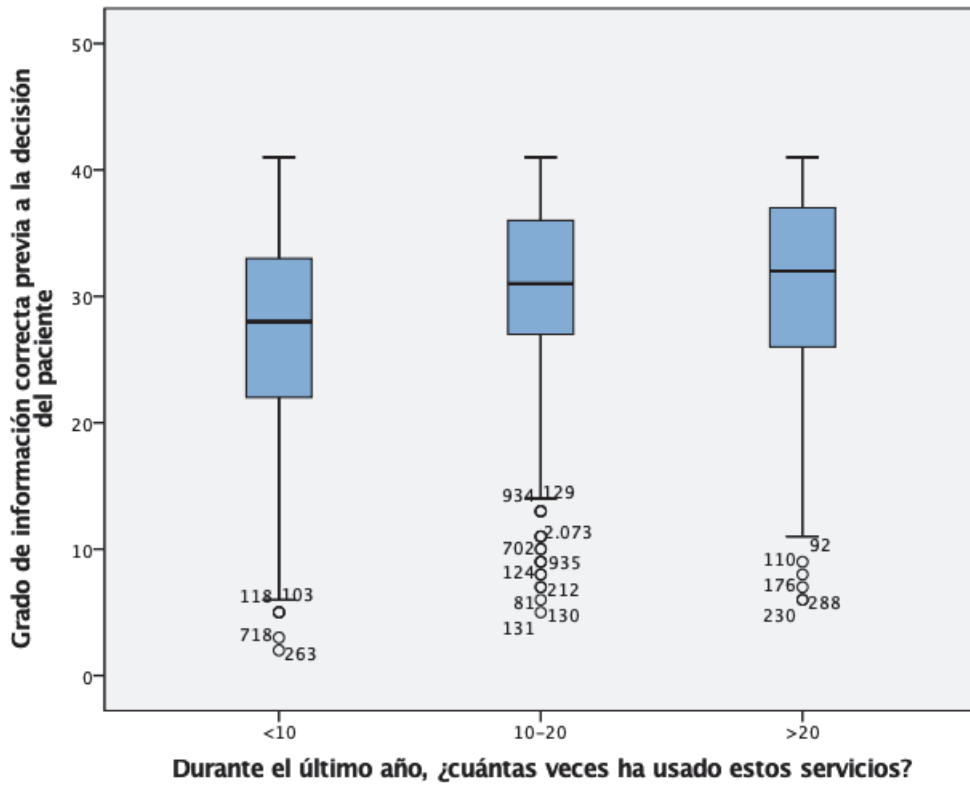


Gráfico 19



Al analizar la frecuentación al servicio sanitario con la pregunta número 1 del cuestionario, destaca que haber acudido en más de 10 ocasiones en el último año a este servicio, se asocia más, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), a conocer el nombre del médico que le atendió la última vez, como refleja la Tabla 56.

Tabla 56

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 1 ($P<0,001$)

			¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	503	1189	1692
		10-20	80	548	628
		>20	32	218	250
	Total		615	1955	2570
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	29,7%	70,3%	100,0%
		10-20	12,7%	87,3%	100,0%
		>20	12,8%	87,2%	100,0%
	Total		23,9%	76,1%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	81,8%	60,8%	65,8%
		10-20	13,0%	28,0%	24,4%
		>20	5,2%	11,2%	9,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	9,6	-9,6	
		10-20	-7,6	7,6	
		>20	-4,3	4,3	

En cuanto a la relación entre la frecuentación y el grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida de los profesionales, según se refleja en la Tabla 57 se observa que un mayor uso del servicio sanitario (haber acudido en >10 ocasiones en el último año) se asocia más a calificaciones de 9-10 respecto al grado de satisfacción.

Tabla 57

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 35 ($P<0,001$)

		Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.						
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Total
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	43	141	477	732	254	1647
		10-20	16	32	124	289	151	612
		>20	7	13	42	90	92	244
		Total	66	186	643	1111	497	2503
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?		<10	2,6%	8,6%	29,0%	44,4%	15,4%	100,0%
		10-20	2,6%	5,2%	20,3%	47,2%	24,7%	100,0%
		>20	2,9%	5,3%	17,2%	36,9%	37,7%	100,0%
		Total	2,6%	7,4%	25,7%	44,4%	19,9%	100,0%
% dentro de Valoración agrupada grado de satisfacción		<10	65,2%	75,8%	74,2%	65,9%	51,1%	65,8%
		10-20	24,2%	17,2%	19,3%	26,0%	30,4%	24,5%
		>20	10,6%	7,0%	6,5%	8,1%	18,5%	9,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos		<10	-0,1	3,0	5,2	0,1	-7,7	
		10-20	0,0	-2,4	-3,5	1,6	3,4	
		>20	0,2	-1,3	-3,2	-2,5	7,4	
		Total						

A continuación, hemos decidido analizar la relación que existe entre que el paciente conozca o no el nombre del médico que le atendió la última vez tanto con el grado de satisfacción con la información recibida como con el indicador de grado de información correcta. De esta forma, según se refleja en la Tabla 58, existe una relación estadísticamente significativa con ambos ítems.

La valoración media de la información según el grado de satisfacción el paciente es mayor en los que conocen el nombre del médico (7,15) con respecto a los que no lo conocen (6,34), en otras palabras, a mayor conocimiento del nombre del médico, el nivel de satisfacción con la información recibida es mayor, según se refleja en la Tabla 58 y se representa en el Gráfico 20.

La valoración media según el indicador también es mayor en los pacientes que conocen el nombre del médico (29,19) en contraposición con lo que no (25,17) (Tabla 58 y Gráfico 21).

Tabla 58

Medias de la valoración de la información según la pregunta número 1

		Estadístico				Error
		Media	Mediana	Desv. típ.	Amplitud intercuartil	típ.
¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?						
Indicador información adecuada previa a la decisión del paciente	No	25,17	26,00	7,749	11	0,428
	Sí	29,19	30,00	7,579	10	0,227
Mann-Whitney Z = 8,894 P<0,001						
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.						
	No	6,34	7,00	2,002	3	0,082
	Sí	7,15	7,00	1,859	2	0,043
Mann-Whitney Z = 8,632 P<0,001						

Gráfico 20

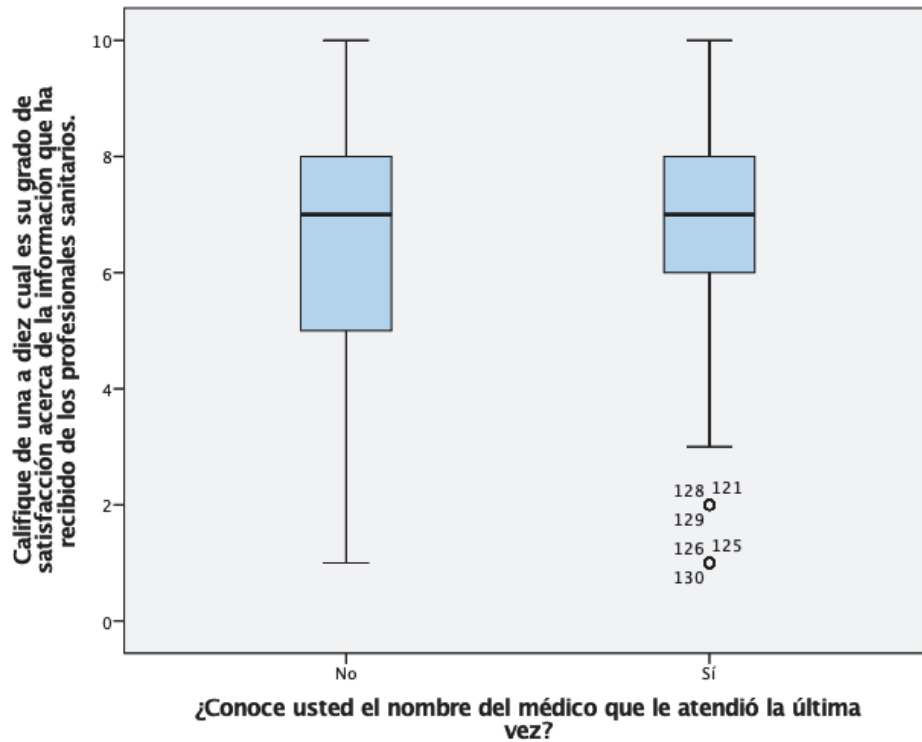
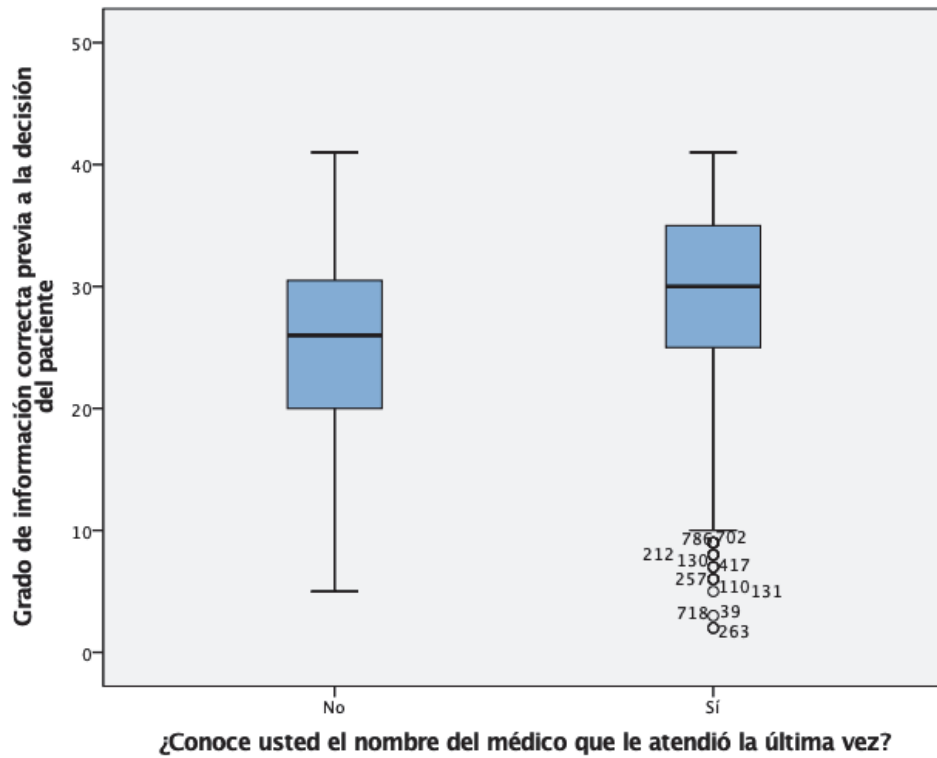


Gráfico 21



Para terminar con el bloque de comunicación entre el profesional sanitario y el paciente se procede a reflejar los resultados del análisis de regresión logística multivariante para valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo tenga un buen grado de satisfacción con la información recibida del personal sanitario o posea un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.

6.2.3. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE.

Tabla 59

Modelo de Regresión Logística para la posibilidad de tener una buena satisfacción con la información recibida

		P	OR	I.C. 95% para OR
Género	Hombre		1	
	Mujer	,737	,959	(0,752-1,223)
Edad	< 30		1	
	30-50	,678	1,067	(0,786-1,449)
	> 50	,004	1,579	(1,152-2,164)
Nivel de estudios	Sin estudios		1	
	Primarios	,271	1,205	(0,864-1,681)
	Medios	,583	1,108	(0,769-1,596)
	Técnicos	,619	,875	(0,517-1,482)
	Superiores	,818	1,047	(0,709-1,547)
Servicio	Hospital		1	
	Centro de Salud	,006	1,502	(1,121-2,011)
Uso habitual	No		1	
	Sí	,001	1,606	(1,199-2,152)
Frecuentación	< 10		1	
	10 – 20	,634	1,051	(0,857-1,289)
	> 20	,002	1,574	(1,182-2,097)
Alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	No		1	
	Sí	<0,001	5,340	(4,102-6,953)

La percepción del paciente de estar satisfecho con la información recibida del profesional sanitario se asocia con los factores recogidos en la Tabla 59, por sí mismos e independientemente cada uno de los demás, es decir, ajustando cada factor por los demás factores del modelo, de la manera siguiente.

La posibilidad de tener una buena satisfacción con la información recibida:

- No difiere significativamente entre hombres y mujeres ($P=0,737$)
- Es 1,579 veces mayor en los mayores de 50 años ($P=0,004$) que, en los menores de 30 años, mientras que entre los pacientes entre 30 y 50 años y en los menores de 30 años no hay diferencias estadísticamente significativas en esa posibilidad ($P=0,678$)

- No muestra diferencias significativas entre los distintos niveles de estudios
- Es 1,502 veces mayor en los que son atendidos en Centros de Salud que en los que lo son en Hospital ($P=0,006$)
- Es 1,606 veces mayor en los que usan habitualmente el sistema sanitario público que en los que no ($P=0,001$)
- Es 1,574 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año que en los que han hecho menos de 10 visitas ($P=0,002$), mientras que ese riesgo en los de 10-20 visitas no difiere significativamente respecto a los de menos de 10 visitas.
- Es 5,340 veces mayor en los individuos en los que se deduce un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente respecto a aquellos en los que no se deduce ($P<0,001$)

Tabla 60

Modelo de Regresión Logística de la posibilidad de deducir un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente

		P	OR	I.C. 95% para OR
Género	Hombre		1	
	Mujer	,241	1,177	(0,896-1,547)
Edad	< 30		1	
	30-50	,420	1,157	(0,812-1,647)
	> 50	<0,001	2,915	(2,045-4,155)
Nivel de estudios	Sin estudios		1	
	Primarios	,111	,749	(0,524-1,069)
	Medios	,007	,584	(0,395-0,854)
	Técnicos	,185	,670	(0,371-1,211)
	Superiores	,002	,499	(0,321-0,774)
Servicio	Hospital		1	
	Centro de Salud	,088	1,313	(0,960-1,795)
Uso habitual	No		1	
	Sí	,009	1,592	(1,124-2,253)
Frecuentación	< 10		1	
	10 - 20	<0,001	1,703	(1,278-2,269)
	> 20	<0,001	2,058	(1,420-2,982)
Buena satisfacción con la información recibida	No		1	
	Sí	<0,001	5,408	(4,141-7,061)

La percepción de un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente se asocia con los factores recogidos en la Tabla 60, por sí mismos e independientemente cada uno de los demás, es decir, ajustando cada factor por los demás factores del modelo, de la manera que sigue.

La posibilidad de deducir un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente:

- No muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres ($P=0,241$)
- Es 2,915 veces mayor en los mayores de 50 años ($P<0,001$) que en los menores de 30, mientras que los de 30-50 años y los menores de 30 no difieren significativamente en esa posibilidad ($P=0,420$)
- Es menor en los que tienen estudios superiores (0,499 veces menos, $P=0,002$) y en los de estudios medios (0,584 veces menos, $P=0,007$) que los que no tienen estudios, no observándose diferencia significativa en los de estudios primarios y los profesionales técnicos respecto a los de sin estudios
- Es 1,313 veces mayor en los que son atendidos en Centros de Salud que en los que lo son en Hospital ($P=0,088$, casi significativa)
- Es 1,592 veces mayor en los que usan habitualmente el sistema sanitario público que en los que no ($P=0,009$)
- Es 2,058 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas ($P<0,001$) y 1,703 veces mayor en los que han realizado 10-20 visitas ($P<0,001$) a los servicios sanitarios en el último año respecto a los que han hecho menos de 10 visitas
- Es 5,408 veces mayor en los individuos que tienen una buena satisfacción con la información recibida del profesional sanitario respecto a aquellos que no la tienen ($P<0,001$)

A continuación, describiremos aquellas variables que se relacionan con la percepción de haber sufrido un error por parte de los pacientes y sus posibles causas.

6.3. ERROR.

Una de las cuestiones planteadas en nuestro estudio es si el paciente ha sufrido un error durante su asistencia. Según vamos a comentar, nos encontramos con respuestas diversas en función de si tal cuestión se plantea de forma directa o analizando respuestas indirectas relacionadas con la posible existencia o no de error. Por esta razón, se exponen tablas en las que el número de posibles errores es diferente.

6.3.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.

La primera pregunta del bloque de errores consiste en una pregunta directa acerca de la percepción del paciente de haber sufrido un error. Como se refleja en la Tabla 61, el 21,6% de los pacientes afirman que sí han sufrido un error durante su asistencia, frente al 78,4% que no.

Tabla 61

Pregunta número 21. ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1888	73,5	78,4	78,4
	Sí	520	20,2	21,6	100,0
	Total	2408	93,7	100,0	
Perdidos	N/C	162	6,3		
	Total	2570	100,0		

Con respecto a esta pregunta y tomando los resultados del resto de respuestas del bloque de errores, se realizó una nueva recodificación de la variable. En la pregunta número 21 original, como se observa en la tabla anterior, solamente 520 pacientes afirmaron que sí habían percibido haber sufrido un error, pero en las siguientes preguntas (22, 24, 25 y 26) un mayor número de encuestados contestaron afirmativamente a las causas por las que habían sufrido un error. Esto deja implícito que han sufrido un error un mayor porcentaje de pacientes que los que en principio contestaron afirmativamente a la pregunta número 21.

Al observar la Tabla 62, tras la nueva reconversión de la variable de la pregunta número 21 teniendo en cuenta el resto de las preguntas del bloque de errores, se estaría ante un 44,9% de pacientes que potencialmente perciben haber sufrido un error durante su asistencia, o lo que es lo mismo 1115 pacientes de un total de 2570.

Tabla 62

¿Ha sufrido algún error durante su asistencia? (respuesta indirecta)					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1369	53,3	55,1	55,1
	Sí	1115	43,4	44,9	100,0
	Total	2484	96,7	100,0	
Perdidos	N/C	86	3,3		
Total		2570	100,0		

Con respecto a la comunicación de un error de diagnóstico o de tratamiento por parte del personal sanitario, el 21,8% afirma que sí se les ha comunicado un error en este sentido (Tabla 63). De estos, en el 15,9% de los casos la comunicación del error la llevo a cabo el personal médico y en un 4,1% el personal de enfermería (Tabla 64).

Tabla 63

Pregunta número 22. ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	1983	77,2	78,0	78,0
	Sí	559	21,8	22,0	100,0
	Total	2542	98,9	100,0	
Perdidos	N/C	28	1,1		
Total		2570	100,0		

Tabla 64

Pregunta número 23. ¿Quién fue?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	1983	77,2	78,0	78,0
	Personal de enfermería	105	4,1	4,1	82,1
	Personal médico	409	15,9	16,1	98,2
	Ambos	45	1,8	1,8	100,0
	Total	2542	98,9	100,0	
Perdidos	N/C	28	1,1		
Total		2570	100,0		

Con respecto a las causas del error, el 11,8% de los encuestados afirman haber sufrido un error a causa de un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería (Tabla 65). Al analizar la posibilidad de error a causa de un fallo en la comunicación entre el especialista hospitalario y el médico de familia, el 11,2% de los encuestados afirman haber sufrido un error de este tipo (Tabla 66).

Tabla 65

Pregunta número 24. ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2024	78,8	88,2	88,2
	Sí	270	10,5	11,8	100,0
	Total	2294	89,3	100,0	
Perdidos	N/C	276	10,7		
Total		2570	100,0		

Tabla 66

Pregunta número 25. ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	2028	78,9	88,8	88,8
	Sí	257	10,0	11,2	100,0
	Total	2285	88,9	100,0	
Perdidos	N/C	285	11,1		
Total		2570	100,0		

La pregunta número 26 pretende reflejar la posibilidad de que el propio paciente haya cometido un error en su tratamiento por no haber entendido correctamente las instrucciones del personal sanitario. Como refleja la Tabla 67, el 30,9% de los pacientes afirman haber cometido un error con el tratamiento por no haber entendido bien las instrucciones. Las instrucciones de cómo seguir el tratamiento en el 36,8% de los casos fueron escritas, verbales en un 32,6% de las ocasiones y en ambos formatos según un 18% de los encuestados. Cabe destacar que en un 12,5% de los casos, las instrucciones que se dieron acerca del tratamiento no fueron ni verbales ni escritas, pudiéndose entender que no se le llegó a dar al paciente ninguna indicación (Tabla 68).

Tabla 67

Pregunta número 26. ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1709	66,5	69,1	69,1
	Sí	763	29,7	30,9	100,0
	Total	2472	96,2	100,0	
Perdidos	N/C	98	3,8		
Total		2570	100,0		

Tabla 68

Pregunta número 27. En el caso anterior, las instrucciones eran...

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	108	4,2	12,5	12,5
	Verbales	281	10,9	32,6	45,2
	Escritas	317	12,3	36,8	82,0
	Ambos	155	6,0	18,0	100,0
	Total	861	33,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1709	66,5		
Total		2570	100,0		

A continuación, procedemos a comentar los resultados obtenidos al relacionar las variables sociodemográficas que describen las características de los encuestados con las variables que se refieren a la percepción de los pacientes de haber sufrido un error durante su asistencia y sus posibles causas.

6.3.2. ERROR SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Al asociar el género con las preguntas del bloque de errores, encontramos una relación estadísticamente significativa con la pregunta número 21 (tanto en su variable de respuesta directa como indirecta), la pregunta número 24 y la pregunta número 27. Con el resto de las variables del bloque, la asociación con el género no ha mostrado significación estadística.

Con respecto a la relación entre el género y la percepción de los pacientes de haber sufrido un error durante su asistencia, Tabla 69, se observa que ser mujer se asocia más con la percepción de haber sufrido un error. De los pacientes que expresan, de forma directa, que han sufrido un error durante su asistencia, el 67,3% son mujeres frente al 32,7% de hombres, mostrando una asociación estadísticamente significativa ($P<0,001$).

Tabla 69

Distribución del género según la pregunta número 21 ($P<0,001$)					
			¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		Total
			No	Sí	
Recuento	Género	Hombre	790	170	960
		Mujer	1098	350	1448
	Total	1888	520	2408	
% dentro de Género	Género	Hombre	82,3%	17,7%	100,0%
		Mujer	75,8%	24,2%	100,0%
	Total	78,4%	21,6%	100,0%	
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	Género	Hombre	41,8%	32,7%	39,9%
		Mujer	58,2%	67,3%	60,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Al analizar el género con la percepción de haber sufrido un error, pero con la reconversión de la variable en forma de respuesta indirecta, se obtienen unos resultados similares, según se observa en la Tabla 70. Del total de hombres de la muestra, el 42,4% percibe que ha podido sufrir un error durante su asistencia. Del total de mujeres, este mismo porcentaje asciende a un 46,5%, existiendo una relación estadísticamente significativa ($P=0,044$).

Tabla 70

Distribución del género según la pregunta número 21 (respuesta indirecta) ($P=0,044$)					
		¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Género	Hombre	574	423	997
		Mujer	795	692	1487
	Total		1369	1115	2484
% dentro de Género	Género	Hombre	57,6%	42,4%	100,0%
		Mujer	53,5%	46,5%	100,0%
	Total		55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	Género	Hombre	41,9%	37,9%	40,1%
		Mujer	58,1%	62,1%	59,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Atendiendo a la relación entre el género y la percepción de los pacientes de haber sufrido un error debido a un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería existe una asociación estadísticamente significativa ($P=0,001$). En este sentido, las mujeres están más de acuerdo con que la causa del error ha podido ser consecuencia de un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería. Del total de mujeres de la muestra, el 13,6% afirma haber sufrido un error por este tipo de causa, frente al 9% si nos fijamos en el total de hombres de la muestra, según queda reflejado en la Tabla 71.

Tabla 71

Distribución del género en función de la pregunta número 24 (P=0,001)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?				
				No	Sí	Total
Recuento	Género	Hombre		831	82	913
		Mujer		1193	188	1381
	Total		2024	270	2294	
% dentro de Género	Género	Hombre		91,0%	9,0%	100,0%
		Mujer		86,4%	13,6%	100,0%
	Total		88,2%	11,8%	100,0%	
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	Género	Hombre		41,1%	30,4%	39,8%
		Mujer		58,9%	69,6%	60,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	

En cuanto a la relación entre el género y el formato en el que los pacientes recibieron las instrucciones de un tratamiento, se observa que, en los hombres encuestados, en el caso de haber cometido un error en su medicación u otro tratamiento por no haber entendido las instrucciones, estas se asociaron más a ser escritas o escritas/verbales, mientras que, en las mujeres, el error se asoció más a instrucciones verbales o a no haber recibido instrucciones, como se refleja en la Tabla 72.

Tabla 72

Distribución del género en función de la pregunta número 27 (P=0,006)

		En el caso anterior, las instrucciones eran...						
				Ninguno	Verbales	Escritas	Ambos	Total
Recuento	Género	Hombre		39	94	126	78	337
		Mujer		69	187	191	77	524
	Total		108	281	317	155	861	
% dentro de Género	Género	Hombre		11,6%	27,9%	37,4%	23,1%	100,0%
		Mujer		13,2%	35,7%	36,5%	14,7%	100,0%
	Total		12,5%	32,6%	36,8%	18,0%	100,0%	
% dentro de En el caso anterior, las instrucciones eran...	Género	Hombre		36,1%	33,5%	39,7%	50,3%	39,1%
		Mujer		63,9%	66,5%	60,3%	49,7%	60,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Género	Hombre		-0,7	-2,4	0,3	3,1	
		Mujer		0,7	2,4	-0,3	-3,1	

A continuación, para reflejar los resultados obtenidos al relacionar la edad con el resto de las variables del bloque de errores, se dividirá esta en diferentes rangos (edad en años, edad en dos grupos, edad en tres grupos, etc.) según el caso.

Al analizar la variable edad, dividida en dos grupos (50 años o menos y mayores de 50 años), encontramos que existe una asociación estadísticamente significativa con todos los ítems del bloque de errores.

En primer lugar, atendiendo a la relación de la edad dividida en dos grupos con la percepción del paciente de haber sufrido algún error durante su asistencia (Tabla 73), existe una tendencia a que la percepción de error es mayor en los pacientes más jóvenes, esto es, los que tienen 50 años o menos, frente a los pacientes de mayor edad. De los pacientes que afirman haber sufrido un error durante su asistencia, el 72,3% tienen 50 años o menos, frente al 27,7% que son mayores 50 años.

Tabla 73

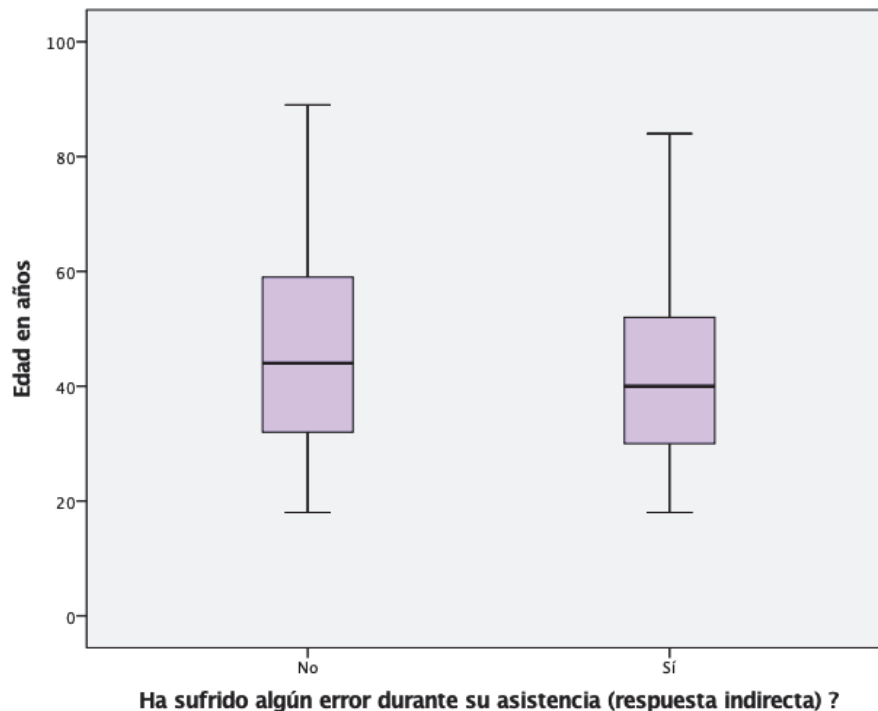
			Distribución de la edad según la pregunta número 21 ($P=0,001$)		
			¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		Total
			No	Sí	
Recuento	Edad 2	≤ 50	1211	376	1587
	grupos	> 50	677	144	821
	Total		1888	520	2408
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	76,3%	23,7%	100,0%
	grupos	> 50	82,5%	17,5%	100,0%
	Total		78,4%	21,6%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	Edad 2	≤ 50	64,1%	72,3%	65,9%
	grupos	> 50	35,9%	27,7%	34,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al usar para este mismo análisis la variable recodificada de la misma pregunta, en su forma de respuesta indirecta, se confirma lo ya expuesto previamente, pero con un mayor nivel de significación estadística ($P < 0,001$), según se refleja en la Tabla 74 y se representa en el Gráfico 22.

Tabla 74

		¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Edad 2	≤ 50	835	810	1645
	grupos	> 50	534	305	839
	Total		1369	1115	2484
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	50,8%	49,2%	100,0%
	grupos	> 50	63,6%	36,4%	100,0%
	Total		55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	Edad 2	≤ 50	61,0%	72,6%	66,2%
	grupos	> 50	39,0%	27,4%	33,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 22

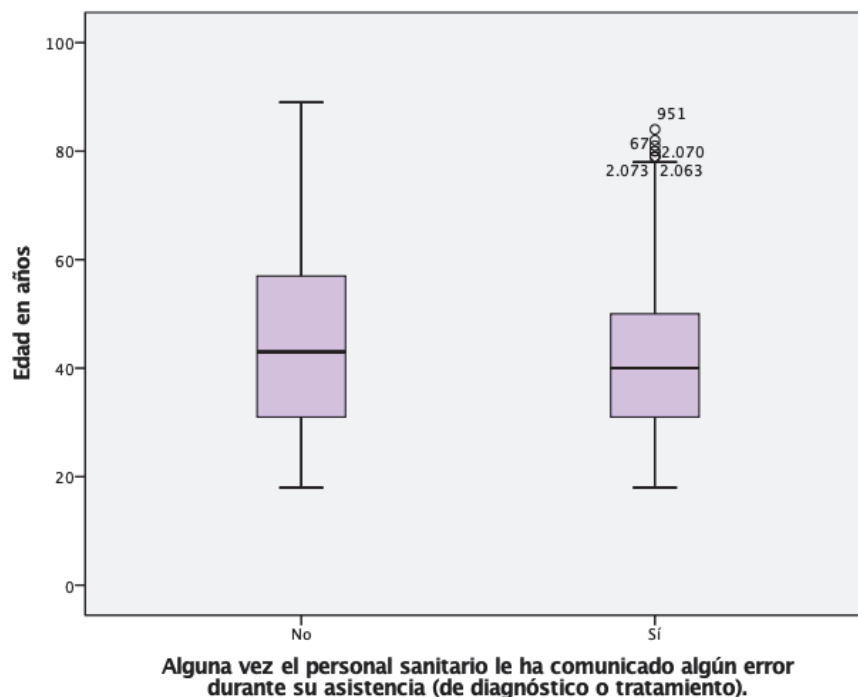


Con respecto a la comunicación del error por parte del personal sanitario y su relación con la edad, el 76,2% de los pacientes que afirmaron que se les había comunicado un error tenían 50 años o menos, frente al 23,8% que eran mayores 50 años, según se refleja en la Tabla 75 y en el Gráfico 23.

Tabla 75

			¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Edad 2	≤ 50	1279	430	1709
	grupos	> 50	727	134	861
	Total		2006	564	2570
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	74,8%	25,2%	100,0%
	grupos	> 50	84,4%	15,6%	100,0%
	Total		78,1%	21,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia?	Edad 2	≤ 50	63,8%	76,2%	66,5%
	grupos	> 50	36,2%	23,8%	33,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 23



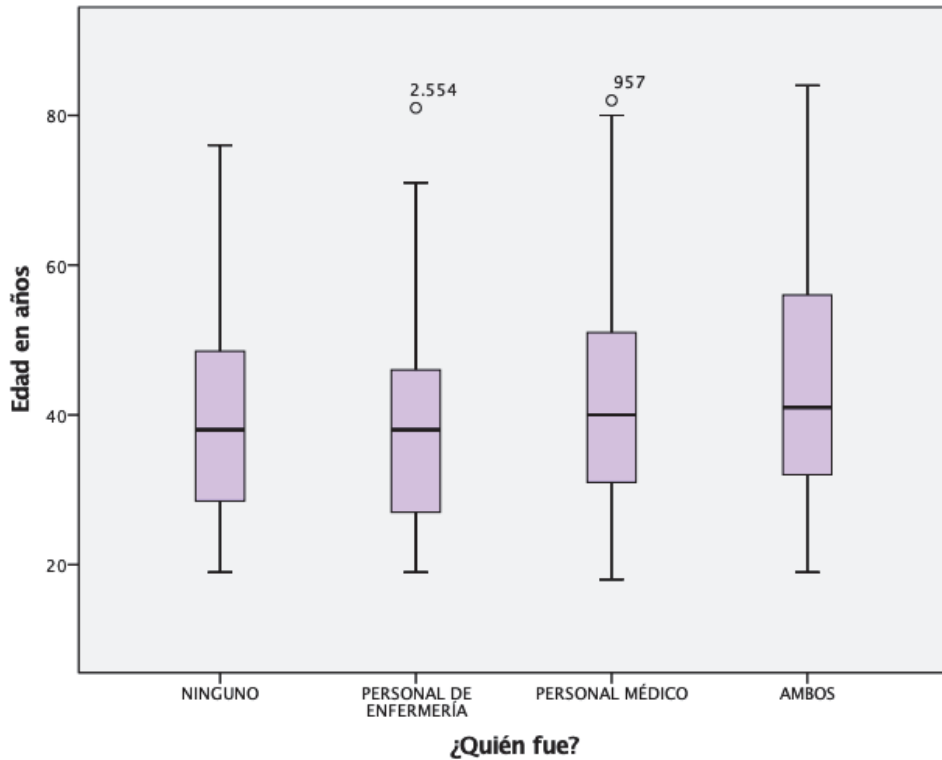
Enlazando con la variable anterior, con respecto a la persona responsable de comunicar dicho error, tener 50 años o menos se asoció más a responder que fue el personal de enfermería o ninguno (ni enfermería ni médico), mientras que en los mayores de 50 años se observó una tendencia a responder que fue el personal médico o ambos (médico o enfermería) el que informó de un posible error durante la asistencia, como refleja la Tabla 76. En ambos grupos de edad la comunicación del error, en más de la mitad de los casos (58% para los de 50 años o menos, y 66,5% para los mayores de 50 años), se llevó a cabo por parte del personal médico.

Tabla 76

			¿Quién fue?				Total
			Ninguno	Personal de enfermería	Personal médico	Ambos	
Recuento	Edad 2	≤ 50	99	92	304	29	524
	grupos	> 50	24	13	105	16	158
	Total		123	105	409	45	682
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	18,9%	17,6%	58,0%	5,5%	100,0%
	grupos	> 50	15,2%	8,2%	66,5%	10,1%	100,0%
	Total		18,0%	15,4%	60,0%	6,6%	100,0%
% dentro de ¿Quién fue?	Edad 2	≤ 50	80,5%	87,6%	74,3%	64,4%	76,8%
	grupos	> 50	19,5%	12,4%	25,7%	35,6%	23,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Edad 2	≤ 50	1,1	2,8	-1,9	-2,0	
	grupos	> 50	-1,1	-2,8	1,9	2,0	

El Gráfico 24 detalla los resultados en base a las medias de edad de cada uno de los grupos.

Gráfico 24



Al relacionar la edad dividida en dos grupos con la percepción de los pacientes de que la causa de haber sufrido un error fuese por un fallo en la comunicación entre el personal médico y el de enfermería (Tabla 77 y Gráfico 25) o por un fallo de comunicación entre el especialista hospitalario y el médico de familia (Tabla 78 y Gráfico 26), podemos observar resultados similares. En ambos casos, la percepción de haber sufrido un error por estas causas es mayor en los pacientes de 50 años o menos.

Tabla 77

Distribución de la edad en función de la pregunta número 24 ($P < 0,001$)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?			
		No		Sí	Total
Recuento	Edad 2	≤ 50	1289	225	1514
	grupos	> 50	735	45	780
	Total		2024	270	2294
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	85,1%	14,9%	100,0%
	grupos	> 50	94,2%	5,8%	100,0%
	Total		88,2%	11,8%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	Edad 2	≤ 50	63,7%	83,3%	66,0%
	grupos	> 50	36,3%	16,7%	34,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 78

Distribución de la edad en función de la pregunta número 25 ($P < 0,001$)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?			
		No		Sí	Total
Recuento	Edad 2	≤ 50	1295	219	1514
	grupos	> 50	733	38	771
	Total		2028	257	2285
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	≤ 50	85,5%	14,5%	100,0%
	grupos	> 50	95,1%	4,9%	100,0%
	Total		88,8%	11,2%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	Edad 2	≤ 50	63,9%	85,2%	66,3%
	grupos	> 50	36,1%	14,8%	33,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 25

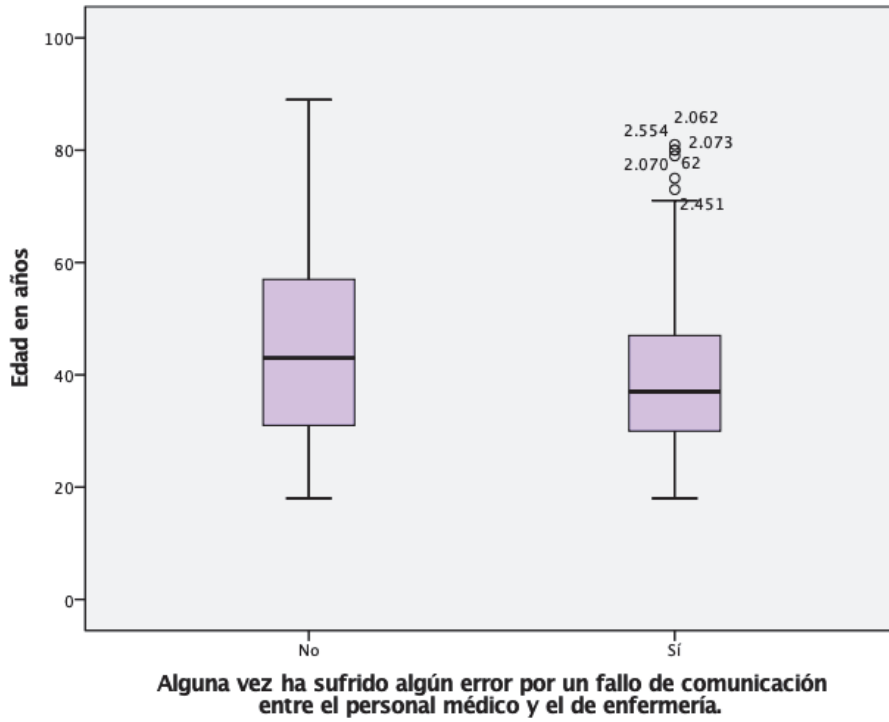
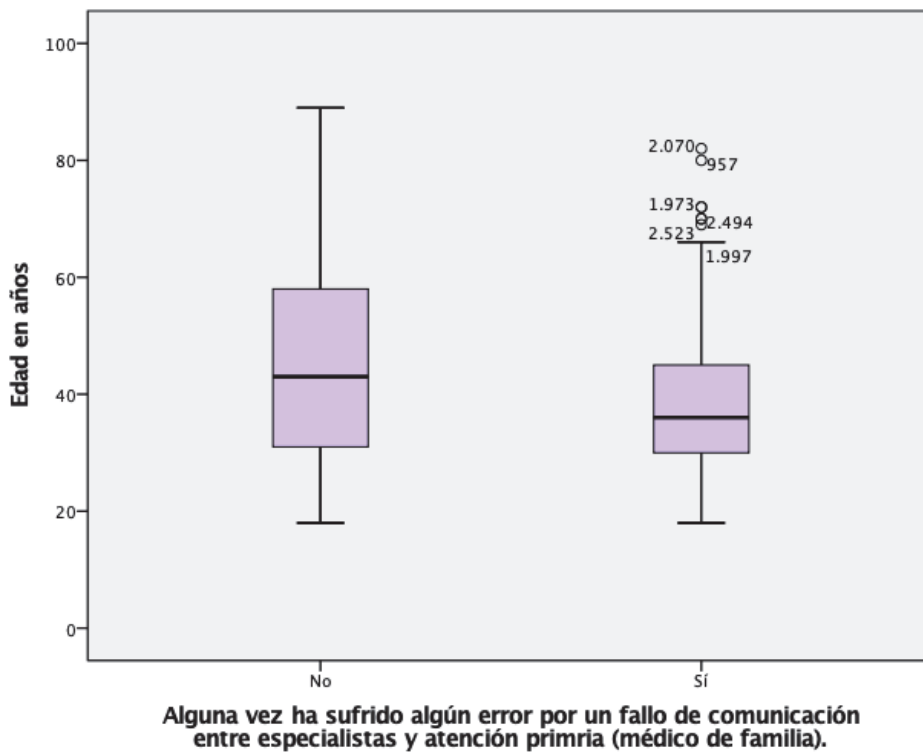


Gráfico 26



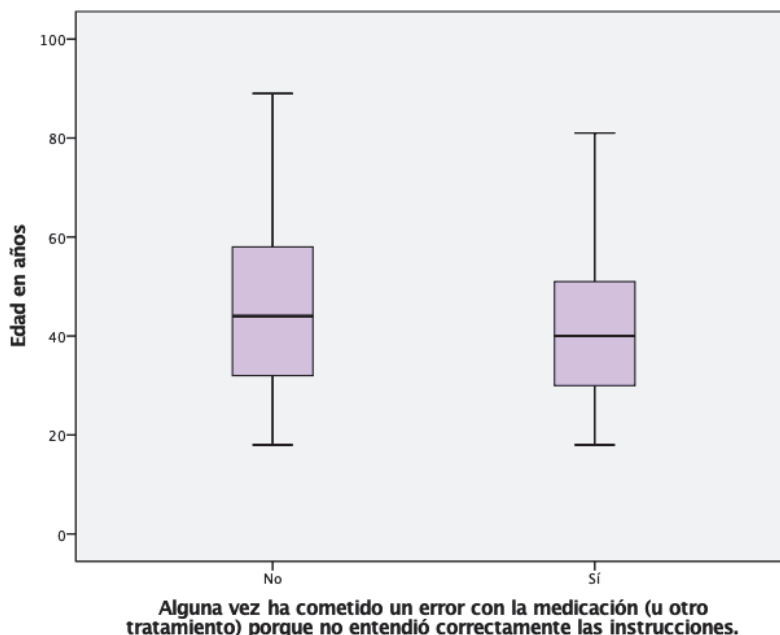
Al relacionar la edad, dividida en dos grupos, con haber cometido un error con la medicación por no haber entendido correctamente las instrucciones, observamos que, de forma estadísticamente significativa ($P < 0,001$), tener 50 años o menos se asocia más a haber cometido un error por este motivo. Del total de pacientes con 50 años o menos, el 34,8% admite haber cometido un error con su tratamiento por no haber entendido las instrucciones. Del total de pacientes mayores de 50 años, este porcentaje es del 23,2%, según se ve reflejado en la Tabla 79 y en el Gráfico 27.

Tabla 79

Distribución de la edad según la pregunta número 26 ($P < 0,001$)

		¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?		
		No	Sí	Total
Recuento	Edad 2 grupos ≤ 50	1065	569	1634
	> 50	644	194	838
	Total	1709	763	2472
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos ≤ 50	65,2%	34,8%	100,0%
	> 50	76,8%	23,2%	100,0%
	Total	69,1%	30,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación porque no entendió correctamente las instrucciones?	Edad 2 grupos ≤ 50	62,3%	74,6%	66,1%
	> 50	37,7%	25,4%	33,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 27



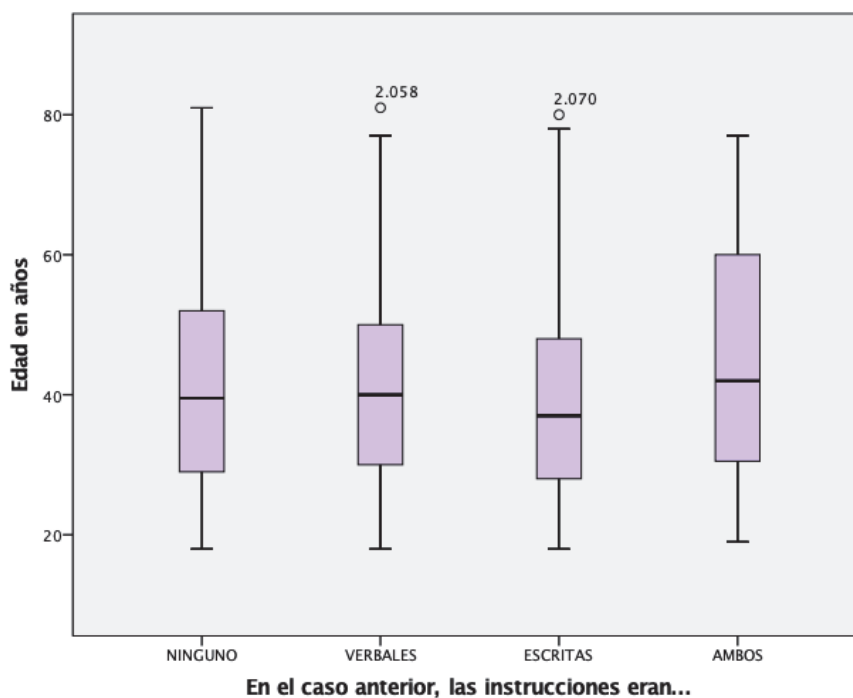
Con respecto a la relación entre la edad y el formato de las instrucciones recibidas (de tratamiento o medicación) por parte del profesional sanitario, para ambos grupos de edad predominó el formato escrito seguido del verbal (Tabla 80 y Gráfico 28). Del total de pacientes mayores de 50 años, un 25,8% recibieron las instrucciones de ambas maneras, siendo este porcentaje del 15,4% para el grupo de edad de 50 años o menos.

Tabla 80

Distribución de la edad en función de la pregunta número 27 (P=0,005)

		En el caso anterior, las instrucciones eran...					
		Ninguno	Verbales	Escritas	Ambos	Total	
Recuento	Edad 2	80	219	246	99	644	
	grupos	28	62	71	56	217	
	Total	108	281	317	155	861	
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2	12,4%	34,0%	38,2%	15,4%	100,0%	
	grupos	12,9%	28,6%	32,7%	25,8%	100,0%	
	Total	12,5%	32,6%	36,8%	18,0%	100,0%	
% dentro de En el caso anterior, las instrucciones eran...	Edad 2	74,1%	77,9%	77,6%	63,9%	74,8%	
	grupos	25,9%	22,1%	22,4%	36,1%	25,2%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	Edad 2	-0,2	1,5	1,4	-3,5		
	grupos	0,2	-1,5	-1,4	3,5		

Gráfico 28



A continuación, se desarrollarán las relaciones que han resultado estadísticamente significativas entre el nivel de estudios de los pacientes encuestados y las diferentes variables incluidas dentro del bloque de errores.

Con respecto a la relación entre el nivel de estudios y la primera pregunta del bloque de error, esto es, la percepción de los pacientes de haber sufrido un error, tal y como se refleja en la Tabla 81, tener estudios primarios o técnicos se asocia más a la percepción de haber sufrido un error durante la atención sanitaria. Si asociamos el nivel de estudios con la variable de respuesta indirecta de esta misma pregunta (Tabla 82), se observa que los pacientes con estudios primarios, medios y técnicos se asocian con más frecuencia a percibir que han sufrido un error, de una manera estadísticamente significativa ($P < 0,001$).

Tabla 81

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 21 (P=0,019)

			¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		
			No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	394	102	496
		Primarios	572	172	744
		Medios	458	115	573
		Técnicos	114	50	164
		Superiores	350	81	431
		Total		1888	520
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	79,4%	20,6%	100,0%
		Primarios	76,9%	23,1%	100,0%
		Medios	79,9%	20,1%	100,0%
		Técnicos	69,5%	30,5%	100,0%
		Superiores	81,2%	18,8%	100,0%
		Total	78,4%	21,6%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	Estudios	Sin estudios	20,9%	19,6%	20,6%
		Primarios	30,3%	33,1%	30,9%
		Medios	24,3%	22,1%	23,8%
		Técnicos	6,0%	9,6%	6,8%
		Superiores	18,5%	15,6%	17,9%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	0,6	-0,6	
		Primarios	-1,2	1,2	
		Medios	1,0	-1,0	
		Técnicos	-2,9	2,9	
		Superiores	1,6	-1,6	
		Total			

Tabla 82

Distribución de los estudios según la pregunta número 21 (respuesta indirecta) ($P < 0,001$)

			¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	309	198	507
		Primarios	406	367	773
		Medios	314	273	587
		Técnicos	79	97	176
		Superiores	261	180	441
		Total	1369	1115	2484
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	60,9%	39,1%	100,0%
		Primarios	52,5%	47,5%	100,0%
		Medios	53,5%	46,5%	100,0%
		Técnicos	44,9%	55,1%	100,0%
		Superiores	59,2%	40,8%	100,0%
		Total	55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	Estudios	Sin estudios	22,6%	17,8%	20,4%
		Primarios	29,7%	32,9%	31,1%
		Medios	22,9%	24,5%	23,6%
		Técnicos	5,8%	8,7%	7,1%
		Superiores	19,1%	16,1%	17,8%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	3,0	-3,0	
		Primarios	-1,7	1,7	
		Medios	-0,9	0,9	
		Técnicos	-2,8	2,8	
		Superiores	1,9	-1,9	
		Total			

Al relacionar el nivel educativo con la pregunta número 22 (Tabla 83), se observa que los pacientes con estudios primarios o técnicos se asociaron con una mayor tendencia a que se les hubiese comunicado algún error durante su asistencia, mientras que tener estudios medios y superiores o no tener estudios se asocia más a que no se le hubiese comunicado ningún error. El 83,1% de los pacientes con estudios superiores afirmaron que no se les había comunicado ningún error durante su asistencia.

Tabla 83

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 22 ($P < 0,001$)						
		¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?				
				No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios		418	101	519
		Primarios		608	193	801
		Medios		477	133	610
		Técnicos		125	60	185
		Superiores		378	77	455
		Total		2006	564	2570
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios		80,5%	19,5%	100,0%
		Primarios		75,9%	24,1%	100,0%
		Medios		78,2%	21,8%	100,0%
		Técnicos		67,6%	32,4%	100,0%
		Superiores		83,1%	16,9%	100,0%
		Total		78,1%	21,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?	Estudios	Sin estudios		20,8%	17,9%	20,2%
		Primarios		30,3%	34,2%	31,2%
		Medios		23,8%	23,6%	23,7%
		Técnicos		6,2%	10,6%	7,2%
		Superiores		18,8%	13,7%	17,7%
		Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios		1,5	-1,5	
		Primarios		-1,8	1,8	
		Medios		0,1	-0,1	
		Técnicos		-3,6	3,6	
		Superiores		2,9	-2,9	

Al relacionar la variable estudios con haber sufrido un error secundario a un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería, se observa que los pacientes con estudios primarios o profesionales técnicos tienen mayor tendencia a contestar afirmativamente a esta pregunta, según se ve reflejado en la Tabla 84. Al analizar que la causa del error se hubiera producido por un fallo de comunicación entre especialistas hospitalarios y atención primaria, son solamente los pacientes con estudios técnicos los que se ven más asociados a esta causa, de forma que, del total de pacientes con estudios técnicos, un 21,4% admiten haber sufrido un error por esta razón (Tabla 85).

Tabla 84

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 24 (P=0,001)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?				
				No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios		429	38	467
		Primarios		621	101	722
		Medios		479	60	539
		Técnicos		127	30	157
		Superiores		368	41	409
		Total		2024	270	2294
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios		91,9%	8,1%	100,0%
		Primarios		86,0%	14,0%	100,0%
		Medios		88,9%	11,1%	100,0%
		Técnicos		80,9%	19,1%	100,0%
		Superiores		90,0%	10,0%	100,0%
		Total		88,2%	11,8%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	Estudios	Sin estudios		21,2%	14,1%	20,4%
		Primarios		30,7%	37,4%	31,5%
		Medios		23,7%	22,2%	23,5%
		Técnicos		6,3%	11,1%	6,8%
		Superiores		18,2%	15,2%	17,8%
		Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios		2,7	-2,7	
		Primarios		-2,2	2,2	
		Medios		0,5	-0,5	
		Técnicos		-3,0	3,0	
		Superiores		1,2	-1,2	

Tabla 85

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 25 (P=0,001)

			¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	424	46	470
		Primarios	634	78	712
		Medios	479	59	538
		Técnicos	125	34	159
		Superiores	366	40	406
	Total		2028	257	2285
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	90,2%	9,8%	100,0%
		Primarios	89,0%	11,0%	100,0%
		Medios	89,0%	11,0%	100,0%
		Técnicos	78,6%	21,4%	100,0%
		Superiores	90,1%	9,9%	100,0%
	Total		88,8%	11,2%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	Estudios	Sin estudios	20,9%	17,9%	20,6%
		Primarios	31,3%	30,4%	31,2%
		Medios	23,6%	23,0%	23,5%
		Técnicos	6,2%	13,2%	7,0%
		Superiores	18,0%	15,6%	17,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	1,1	-1,1	
		Primarios	0,3	-0,3	
		Medios	0,2	-0,2	
		Técnicos	-4,2	4,2	
		Superiores	1,0	-1,0	

Con respecto a la relación entre el nivel educativo y haber cometido un error con el tratamiento por no haber entendido correctamente las instrucciones (Tabla 86), tener estudios primarios, medios y técnicos se asoció más a haber cometido algún error por esta causa. Del total de pacientes de cada nivel de estudios, los que admiten haber cometido un error en este sentido son: el 28,1% de pacientes sin estudios, el 31,9% con estudios primarios, el 33,2% de estudios medios, el 37,9% en profesionales técnicos, y un 26,4% en pacientes con estudios superiores.

Tabla 86

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 26 (P=0,019)					
		¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Estudios	Sin estudios	361	141	502
		Primarios	525	246	771
		Medios	389	193	582
		Técnicos	108	66	174
		Superiores	326	117	443
		Total	1709	763	2472
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	71,9%	28,1%	100,0%
		Primarios	68,1%	31,9%	100,0%
		Medios	66,8%	33,2%	100,0%
		Técnicos	62,1%	37,9%	100,0%
		Superiores	73,6%	26,4%	100,0%
		Total	69,1%	30,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?	Estudios	Sin estudios	21,1%	18,5%	20,3%
		Primarios	30,7%	32,2%	31,2%
		Medios	22,8%	25,3%	23,5%
		Técnicos	6,3%	8,7%	7,0%
		Superiores	19,1%	15,3%	17,9%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	1,5	-1,5	
		Primarios	-0,8	0,8	
		Medios	-1,4	1,4	
		Técnicos	-2,1	2,1	
		Superiores	2,2	-2,2	

Atendiendo a la forma mediante la cual se facilitaron las instrucciones para seguir el tratamiento (Tabla 87), independientemente del nivel educativo del paciente las instrucciones mayoritariamente fueron verbales, obteniéndose los porcentajes más elevados en casos de pacientes sin estudios, estudios primarios o técnicos.

Tabla 87

			En el caso anterior, las instrucciones eran...				Total
			Ninguno	Verbales	Escritas	Ambos	
Recuento	Estudios	Sin estudios	21	48	56	33	158
		Primarios	31	102	110	33	276
		Medios	29	65	81	46	221
		Técnicos	13	31	26	7	77
		Superiores	14	35	44	36	129
	Total		108	281	317	155	861
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	13,3%	30,4%	35,4%	20,9%	100,0%
		Primarios	11,2%	37,0%	39,9%	12,0%	100,0%
		Medios	13,1%	29,4%	36,7%	20,8%	100,0%
		Técnicos	16,9%	40,3%	33,8%	9,1%	100,0%
		Superiores	10,9%	27,1%	34,1%	27,9%	100,0%
	Total		12,5%	32,6%	36,8%	18,0%	100,0%
% dentro de En el caso anterior, las instrucciones eran...	Estudios	Sin estudios	19,4%	17,1%	17,7%	21,3%	18,4%
		Primarios	28,7%	36,3%	34,7%	21,3%	32,1%
		Medios	26,9%	23,1%	25,6%	29,7%	25,7%
		Técnicos	12,0%	11,0%	8,2%	4,5%	8,9%
		Superiores	13,0%	12,5%	13,9%	23,2%	15,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	0,3	-0,7	-0,4	1,0	
		Primarios	-0,8	1,9	1,3	-3,2	
		Medios	0,3	-1,2	-0,1	1,3	
		Técnicos	1,2	1,5	-0,6	-2,1	
		Superiores	-0,6	-1,4	-0,7	3,2	
	Total						

Procedemos, a continuación, a reflejar los resultados obtenidos al relacionar el servicio en el que se atendió al paciente con las variables que tienen que ver con la percepción de errores durante la asistencia sanitaria.

Con respecto a la percepción del paciente de haber sufrido un error durante su asistencia, tanto para la variable directa incluida en el cuestionario como para la variable indirecta creada a partir de las respuestas a otras preguntas del bloque, se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($P < 0,001$) con el servicio

en el que se atendió al paciente (Tabla 88 y Tabla 89, respectivamente). En ambos casos, en los pacientes atendidos en el hospital predomina la percepción de haber sufrido un error durante su asistencia, frente a los atendidos en el centro de salud en los que predomina la percepción de no haber sufrido error.

Tabla 88

Distribución del servicio de la atención según la pregunta número 21 ($P<0,001$)

	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital Centros de Salud	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		Total
			No	Sí	
Recuento					
		Hospital	385	146	531
		Centros de Salud	1503	374	1877
	Total		1888	520	2408
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	72,5%	27,5%	100,0%
		Centros de Salud	80,1%	19,9%	100,0%
	Total		78,4%	21,6%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	20,4%	28,1%	22,1%
		Centros de Salud	79,6%	71,9%	77,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 89

Distribución del servicio de la atención en función de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) ($p<0,001$)

	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital Centros de Salud	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?		Total
			No	Sí	
Recuento					
		Hospital	251	304	555
		Centros de Salud	1118	811	1929
	Total		1369	1115	2484
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	45,2%	54,8%	100,0%
		Centros de Salud	58,0%	42,0%	100,0%
	Total		55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	18,3%	27,3%	22,3%
		Centros de Salud	81,7%	72,7%	77,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En relación con la comunicación de un error por parte del personal sanitario, el 27,2% y el 20,4% del total de pacientes atendidos en el hospital o en el centro de salud, respectivamente, admiten que el personal sanitario sí les ha comunicado alguna vez la existencia de un error durante su asistencia, según se refleja en la Tabla 90.

Tabla 90

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 22 ($P=0,001$)

			¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	423	158	581
		Centros de Salud	1583	406	1989
	Total	2006	564	2570	
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	72,8%	27,2%	100,0%
		Centros de Salud	79,6%	20,4%	100,0%
	Total	78,1%	21,9%	100,0%	
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	21,1%	28,0%	22,6%
		Centros de Salud	78,9%	72,0%	77,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Al analizar el servicio de atención del paciente con la percepción de haber sufrido un error a causa de un fallo de comunicación se observa que: del total de pacientes atendidos en el hospital, el 20,2% afirman haber sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería, mientras que un 16,3% afirman haber sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (Tabla 91 y Tabla 92). Del total de pacientes atendidos en el centro de salud, el 9,3% y 9,8%, respectivamente, afirman haber sufrido un error por las causas anteriores (Tabla 91 y Tabla 92). Ambas variables se asocian de manera significativa con una $P<0,001$.

Tabla 91

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 24 ($P<0,001$)

			¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	410	104	514
		Centros de Salud	1614	166	1780
	Total		2024	270	2294
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	79,8%	20,2%	100,0%
		Centros de Salud	90,7%	9,3%	100,0%
	Total		88,2%	11,8%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	20,3%	38,5%	22,4%
		Centros de Salud	79,7%	61,5%	77,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 92

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 25 ($P<0,001$)

			¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	425	83	508
		Centros de Salud	1603	174	1777
	Total		2028	257	2285
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	83,7%	16,3%	100,0%
		Centros de Salud	90,2%	9,8%	100,0%
	Total		88,8%	11,2%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	21,0%	32,3%	22,2%
		Centros de Salud	79,0%	67,7%	77,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la tercera causa de error según nuestra encuesta, al relacionarlo con el servicio en el que se atendió al paciente, el 39,6% del total de pacientes atendidos en el hospital admiten haber cometido un error con el tratamiento por no haber entendido correctamente las instrucciones, con respecto al 28,3% del total de pacientes atendidos en el centro de salud, según se observa en la Tabla 93.

Tabla 93

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 26 ($P < 0,001$)

			¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	335	220	555
		Centros de Salud	1374	543	1917
	Total		1709	763	2472
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	60,4%	39,6%	100,0%
		Centros de Salud	71,7%	28,3%	100,0%
	Total		69,1%	30,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación porque no entendió correctamente las instrucciones?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	19,6%	28,8%	22,5%
		Centros de Salud	80,4%	71,2%	77,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Atendiendo a si el paciente se considera un usuario habitual del sistema sanitario público y su percepción de haber sufrido un error durante su asistencia, se observa que el mayor uso del sistema sanitario público tiende a asociarse más con un mayor porcentaje de error percibido durante la asistencia, teniendo esto una relación estadísticamente significativa ($P=0,005$). Tal y como se refleja en la Tabla 94, el 82,7% de los pacientes que perciben haber sufrido un error se consideraban usuarios habituales del sistema sanitario público. Al analizar la variable de haber sufrido un error, pero en su forma de respuesta indirecta, se obtienen resultados similares, pero con una mayor potencia estadística ($P < 0,001$) según viene reflejado en la Tabla 95.

Tabla 94

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 21 (P=0,005)

				¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		
				No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		1454	430	1884
		No		434	90	524
	Total			1888	520	2408
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		77,2%	22,8%	100,0%
		No		82,8%	17,2%	100,0%
	Total			78,4%	21,6%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		77,0%	82,7%	78,2%
		No		23,0%	17,3%	21,8%
	Total			100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 95

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) (P<0,001)

				¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?		
				No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		1040	915	1955
		No		329	200	529
	Total			1369	1115	2484
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		53,2%	46,8%	100,0%
		No		62,2%	37,8%	100,0%
	Total			55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		76,0%	82,1%	78,7%
		No		24,0%	17,9%	21,3%
	Total			100,0%	100,0%	100,0%

Al relacionar la variable de uso habitual con la pregunta número 22 (Tabla 96), el 82,8% de los pacientes que refieren que el personal sanitario si les ha comunicado algún error durante su asistencia se consideran también usuarios habituales del sistema público de salud, observándose una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($P=0,01$).

Tabla 96

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 22 ($P=0,01$)					
		¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?			
			No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	1560	467	2027
		No	446	97	543
	Total		2006	564	2570
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	77,0%	23,0%	100,0%
		No	82,1%	17,9%	100,0%
	Total		78,1%	21,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	77,8%	82,8%	78,9%
		No	22,2%	17,2%	21,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En relación con que la causa del error haya sido por un fallo de comunicación y su relación con la variable sociodemográfica que venimos analizando, del total de pacientes que admiten hacer un uso habitual del sistema público se asocian más a haber sufrido un error, tanto por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería (el 88,5%) como por un fallo de comunicación entre especialistas hospitalarios y atención primaria (el 86,8%), según se ve reflejado en la Tabla 97 y en la Tabla 98, respectivamente.

Tabla 97

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 24 ($P<0,001$)

				¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?		
				No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		1578	239	1817
		No		446	31	477
	Total				2024	270
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		86,8%	13,2%	100,0%
		No		93,5%	6,5%	100,0%
	Total				88,2%	11,8%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		78,0%	88,5%	79,2%
		No		22,0%	11,5%	20,8%
	Total				100,0%	100,0%

Tabla 98

Distribución del uso del sistema público con la pregunta número 25 ($P=0,001$)

				¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?		
				No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		1583	223	1806
		No		445	34	479
	Total				2028	257
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		87,7%	12,3%	100,0%
		No		92,9%	7,1%	100,0%
	Total				88,8%	11,2%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí		78,1%	86,8%	79,0%
		No		21,9%	13,2%	21,0%
	Total				100,0%	100,0%

En los pacientes que se consideran usuarios habituales del sistema público, las instrucciones recibidas por parte del profesional sanitario se asociaron más a haber sido verbales o escritas. Como refleja la Tabla 99, del total de pacientes que se considera un usuario habitual del sistema sanitario público, el 39% refieren que las instrucciones recibidas por parte de los profesionales fueron escritas, el 35,4% verbales, el 13,8% responde que en ambos formatos y el 11,9% refiere no haber recibido instrucciones.

Tabla 99

Distribución del uso del sistema público con la pregunta número 27 ($P<0,001$)

			En el caso anterior, las instrucciones eran...				Total
			Ninguno	Verbales	Escritas	Ambos	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	83	247	272	96	698
		No	25	34	45	59	163
	Total		108	281	317	155	861
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	11,9%	35,4%	39,0%	13,8%	100,0%
		No	15,3%	20,9%	27,6%	36,2%	100,0%
	Total		12,5%	32,6%	36,8%	18,0%	100,0%
% dentro de En el caso anterior, las instrucciones eran...	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	76,9%	87,9%	85,8%	61,9%	81,1%
		No	23,1%	12,1%	14,2%	38,1%	18,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	-1,2	3,6	2,7	-6,7	
		No	1,2	-3,6	-2,7	6,7	

Por último, con respecto a este apartado, se analiza la relación entre el número de veces que el paciente ha acudido en el último año a los servicios sanitarios públicos (o frecuentación) con las variables del bloque de errores.

Al analizar la frecuentación en función de la percepción del paciente de haber sufrido un error durante su asistencia, el mayor uso del sistema sanitario (referir haber acudido en más de 20 ocasiones en el último año) se asocia en mayor medida a haber sufrido un error, de forma estadísticamente significativa ($P=0,024$). Así, del total de pacientes que admiten haber usado estos servicios en más de 20

ocasiones en el último año, un 27,7% percibe haber sufrido un error frente al 72,3% que no. Si esta cuestión la comparamos con los pacientes que han acudido de 10 a 20 veces, un 19,1% han sufrido un error frente al 80,9% que no, según se refleja en la Tabla 100.

Tabla 100

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 21 (P=0,024)

		¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?		Total	
		No	Sí		
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1231	339	1570
		10-20	482	114	596
		>20	175	67	242
	Total		1888	520	2408
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	78,4%	21,6%	100,0%
		10-20	80,9%	19,1%	100,0%
		>20	72,3%	27,7%	100,0%
	Total		78,4%	21,6%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	65,2%	65,2%	65,2%
		10-20	25,5%	21,9%	24,8%
		>20	9,3%	12,9%	10,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	0,0	0,0	
		10-20	1,7	-1,7	
		>20	-2,4	2,4	
	Total				

Al analizar los resultados de la variable recodificada como respuesta indirecta a esta misma pregunta (Tabla 101) vemos que los porcentajes cambian, de forma que a mayor frecuentación de estos servicios (más de 10 ocasiones en el último año) se asocia con una menor tendencia a percibir que se ha sufrido un error.

Tabla 101

**Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 21 (respuesta indirecta)
(P=0,006)**

			¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	862	764	1626
		10-20	370	241	611
		>20	137	110	247
		Total	1369	1115	2484
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	53,0%	47,0%	100,0%
		10-20	60,6%	39,4%	100,0%
		>20	55,5%	44,5%	100,0%
		Total	55,1%	44,9%	100,0%
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	63,0%	68,5%	65,5%
		10-20	27,0%	21,6%	24,6%
		>20	10,0%	9,9%	9,9%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-2,9	2,9	
		10-20	3,1	-3,1	
		>20	0,1	-0,1	
		Total			

Con respecto a la frecuentación y su relación con la pregunta número 22, según se observa en la Tabla 102 haber acudido en menos de 10 ocasiones o en más de 20 ocasiones en el último año a los servicios sanitarios se asocia con más frecuencia a que alguna vez el personal sanitario sí le hubiese comunicado la existencia de algún error durante su asistencia.

Tabla 102

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 22 (P=0,001)

		¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1293	399	1692
		10-20	523	105	628
		>20	190	60	250
	Total		2006	564	2570
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	76,4%	23,6%	100,0%
		10-20	83,3%	16,7%	100,0%
		>20	76,0%	24,0%	100,0%
	Total		78,1%	21,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	64,5%	70,7%	65,8%
		10-20	26,1%	18,6%	24,4%
		>20	9,5%	10,6%	9,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-2,8	2,8	
		10-20	3,6	-3,6	
		>20	-0,8	0,8	
	Total				

Con respecto a haber sufrido un error por un fallo de comunicación, ya sea por un fallo entre el personal médico o enfermería (Tabla 103), o por un fallo entre los especialistas hospitalarios y el médico de atención primaria (Tabla 104), los extremos de frecuentación (haber acudido en menos de 10 ocasiones o en más de 20 ocasiones) se asocian más a haber sufrido un error por ambas causas, de forma estadísticamente significativa ($P=0,012$ y $P<0,001$, respectivamente).

Tabla 103

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 24 ($P=0,012$)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?			
			No	Sí	Total
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1304	193	1497
		10-20	521	47	568
		>20	199	30	229
	Total		2024	270	2294
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	87,1%	12,9%	100,0%
		10-20	91,7%	8,3%	100,0%
		>20	86,9%	13,1%	100,0%
	Total		88,2%	11,8%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	64,4%	71,5%	65,3%
		10-20	25,7%	17,4%	24,8%
		>20	9,8%	11,1%	10,0%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-2,3	2,3	
		10-20	3,0	-3,0	
		>20	-0,7	0,7	
	Total				

Tabla 104

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 25 ($P < 0,001$)

			¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?		
			No	Sí	Total
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1303	186	1489
		10-20	532	38	570
		>20	193	33	226
		Total	2028	257	2285
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	87,5%	12,5%	100,0%
		10-20	93,3%	6,7%	100,0%
		>20	85,4%	14,6%	100,0%
		Total	88,8%	11,2%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	64,3%	72,4%	65,2%
		10-20	26,2%	14,8%	24,9%
		>20	9,5%	12,8%	9,9%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-2,6	2,6	
		10-20	4,0	-4,0	
		>20	-1,7	1,7	
		Total			

Con respecto a haber cometido un error con la medicación porque no se entendieron correctamente las instrucciones, es la menor frecuentación del servicio sanitario (menos 10 ocasiones en el último año) lo que se asocia más a este tipo error, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$). Así, del total de pacientes que refieren haber acudido en menos de 10 ocasiones al sistema sanitario en el último año, un 33,9% refieren haber cometido un error con la medicación, según se refleja en la Tabla 105.

Tabla 105

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 26 ($P<0,001$)

			¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1069	548	1617
		10-20	459	155	614
		>20	181	60	241
		Total	1709	763	2472
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	66,1%	33,9%	100,0%
		10-20	74,8%	25,2%	100,0%
		>20	75,1%	24,9%	100,0%
		Total	69,1%	30,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	62,6%	71,8%	65,4%
		10-20	26,9%	20,3%	24,8%
		>20	10,6%	7,9%	9,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-4,5	4,5	
		10-20	3,5	-3,5	
		>20	2,1	-2,1	
		Total			

A continuación, procedemos a comentar los resultados obtenidos al relacionar las variables que se refieren a la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente con el bloque de errores.

6.3.3. ERROR SEGÚN COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.

En relación con la primera pregunta del bloque de errores que pretende conocer la percepción por parte del paciente de haber sufrido un error durante su asistencia, aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon, hemos observado diferencias estadísticamente significativas tanto con el grado de satisfacción acerca de la información recibida por los profesionales como con el indicador “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 106).

La media de valoración de la información según el grado de satisfacción es mayor en los pacientes que no perciben haber sufrido un error durante su asistencia (7,25) frente a los que sí creen haberlo sufrido (5,99), tal como se observa en la Tabla 107 y viene representado en el Gráfico 29.

En lo que se refiere a la media de valoración según nuestro indicador, la puntuación más alta proviene también de los pacientes que no consideran haber sufrido un error durante su asistencia (29,51) frente a los que sí (24,68), según se ve reflejado en la Tabla 107 y Gráfico 30.

Tabla 106

Comparación de la valoración de la información según la pregunta número 21 ^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	315012,0	445828,0	-11,620	0,000
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	125282,0	184967,0	-8,726	0,000

a. Variable de agrupación: Ha sufrido algún error durante su asistencia.

Tabla 107

Medias de la valoración de la información según la pregunta número 21				
Ha sufrido algún error durante su asistencia.		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	No	7,25	1842	1,757
	Si	5,99	511	2,220
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.		6,98	2353	1,938
	No	29,51	1056	7,026
	Si	24,68	345	8,941
		28,32	1401	7,822

Gráfico 29

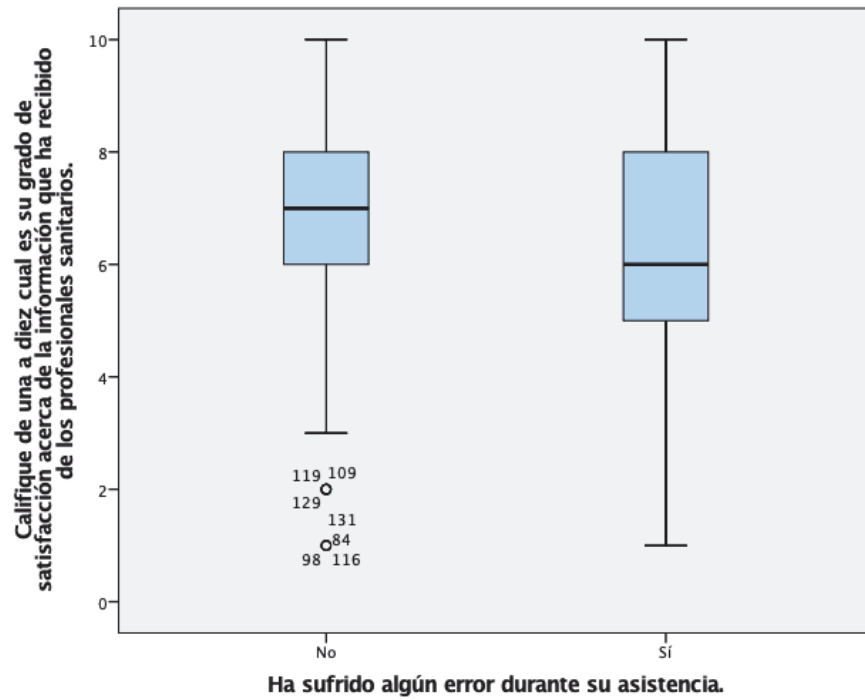
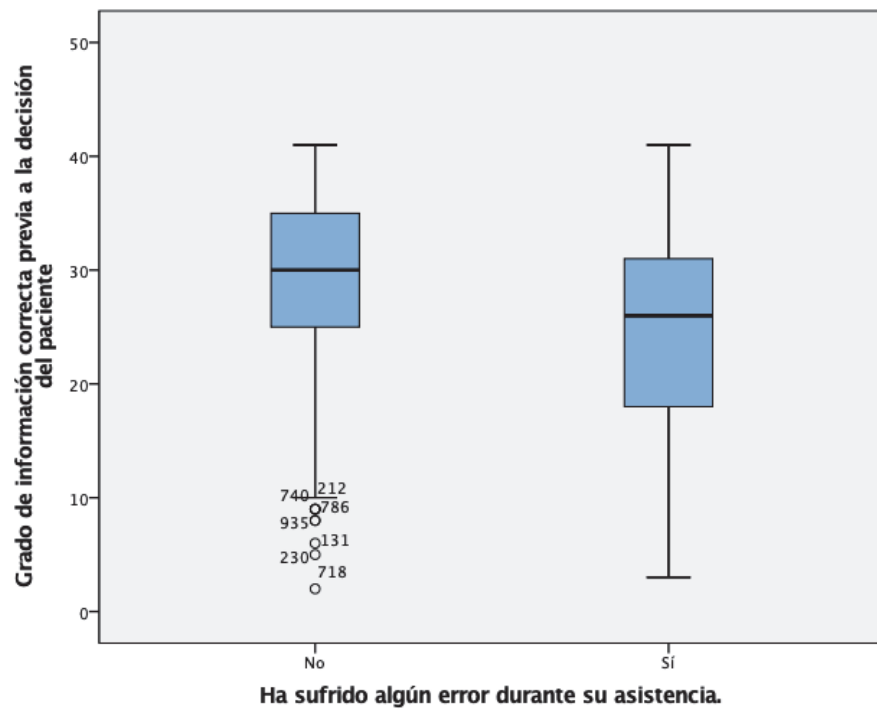


Gráfico 30



Por otro lado, atendiendo a la relación entre la percepción de los pacientes de haber sufrido un error, pero en su forma de respuesta indirecta, también hemos observado diferencias estadísticamente significativas, tanto con el grado de satisfacción acerca de la información recibida como con nuestro indicador (Tabla 108).

La media de valoración de la información según el grado de satisfacción, tal como se observa en la Tabla 109 y viene representado en el Gráfico 31, es mayor en los pacientes que no perciben haber sufrido un error durante su asistencia (7,31), frente a los que sí creen haberlo sufrido (6,55),

En relación con la media de valoración según nuestro indicador, la puntuación más alta proviene también de los pacientes que no consideran haber sufrido un error durante su asistencia (29,93) frente a los que sí (26,45), según se ve reflejado en la Tabla 109 y Gráfico 32.

Tabla 108

Comparación de la valoración de la información según la pregunta número 21 (respuesta indirecta)^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Califique de una a diez cual es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	578911,0	1166981,0	-8,728	0,000
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	193265,0	425486,0	-7,856	0,000

a. Variable de agrupación: ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?

Tabla 109

Medias de la valoración de la información según la pregunta número 21 (respuesta indirecta)				
¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cual es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	No	7,31	1340	1,713
	Si	6,55	1084	2,098
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.		6,97	2424	1,931
	No	29,93	747	7,011
	Si	26,45	681	8,220
		28,27	1428	7,804

Gráfico 31

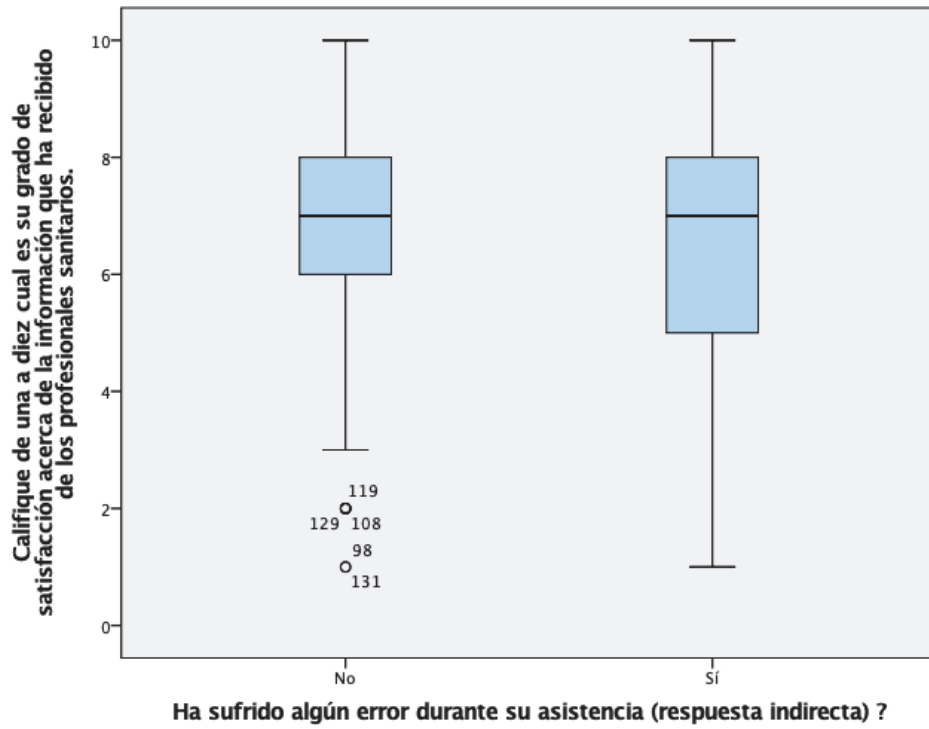
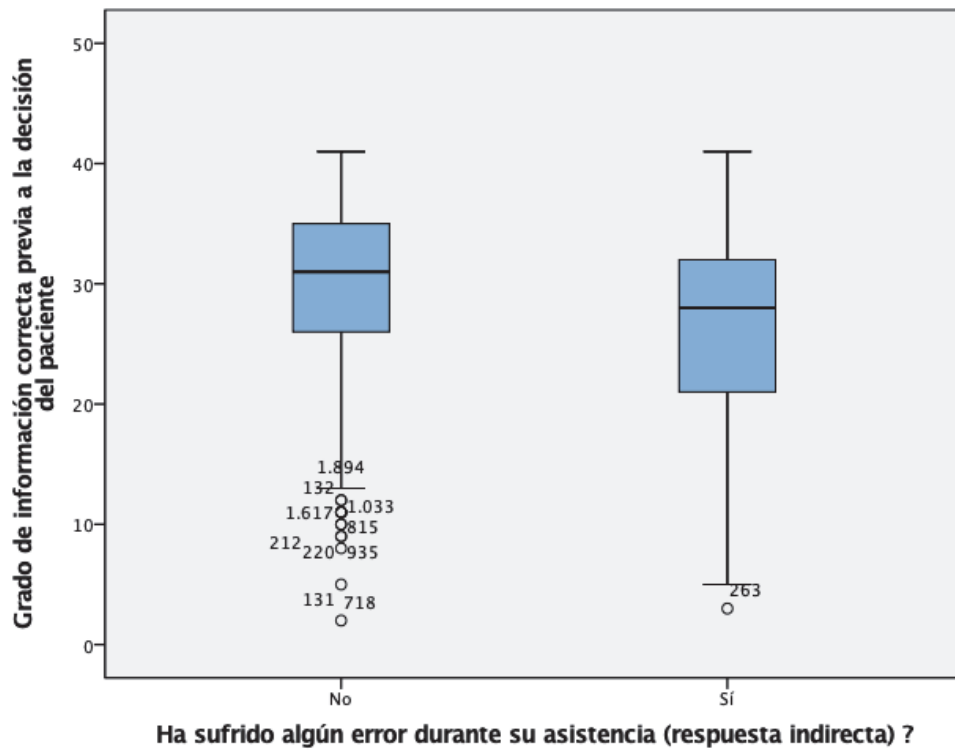


Gráfico 32



Se exponen a continuación la Tabla 110 y la Tabla 111, que reflejan los resultados del análisis entre la percepción de haber sufrido un error (tanto de forma directa como con la variable indirecta) y la última pregunta del bloque de información, en la que los pacientes califican del 1 al 10 su grado de satisfacción acerca de la información recibida por parte de los profesionales. De esta forma, se observa que no haber sufrido un error tiende a asociarse en mayor medida a un mayor grado de satisfacción con la información recibida, o lo que es lo mismo, a calificaciones mayores o iguales a 7 sobre 10, mientras que haber sufrido un error se asocia más a otorgar puntuaciones más bajas (menor o igual a 6 sobre 10), de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$).

Tabla 110

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 35 ($P<0,001$)

			Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.					
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	24	99	424	876	419	1842
		Sí	41	75	162	173	60	511
	Total		65	174	586	1049	479	2353
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1,3%	5,4%	23,0%	47,6%	22,7%	100,0%
		Sí	8,0%	14,7%	31,7%	33,9%	11,7%	100,0%
	Total		2,8%	7,4%	24,9%	44,6%	20,4%	100,0%
% dentro de Valoración agrupada: Grado de satisfacción.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	36,9%	56,9%	72,4%	83,5%	87,5%	78,3%
		Sí	63,1%	43,1%	27,6%	16,5%	12,5%	21,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	-8,2	-7,1	-4,0	5,5	5,5	
		Sí	8,2	7,1	4,0	-5,5	-5,5	

Tabla 111

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 35 ($P<0,001$)

			Valoración agrupada: Grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.					
			1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	14	63	305	648	310	1340
		Sí	51	117	305	434	177	1084
		Total	65	180	610	1082	487	2424
% dentro de	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	1,0%	4,7%	22,8%	48,4%	23,1%	100,0%
		Sí	4,7%	10,8%	28,1%	40,0%	16,3%	100,0%
		Total	2,7%	7,4%	25,2%	44,6%	20,1%	100,0%
Valoración agrupada: Grado de satisfacción.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	21,5%	35,0%	50,0%	59,9%	63,7%	55,3%
		Sí	78,5%	65,0%	50,0%	40,1%	36,3%	44,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	-5,5	-5,7	-3,0	4,1	4,2	
		Sí	5,5	5,7	3,0	-4,1	-4,2	
		Total						

A continuación, se exponen los resultados de las asociaciones estadísticamente significativas encontradas al relacionar la percepción del paciente de haber sufrido un posible error durante la asistencia, tanto en su variable directa (pregunta número 21 ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?) como indirecta (pregunta número 21 respuesta indirecta), con los ítems que guardan relación con el proceso de información y comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Para facilitar el análisis y la comprensión de los resultados se decide agrupar las variables respuesta a las preguntas del bloque de información en “en desacuerdo” y “de acuerdo”.

Recordemos que, tal y como ya se comentó en el apartado de material y métodos, en el bloque de errores se ha creado una variable nueva a raíz de la pregunta número 21, pero teniendo en cuenta las respuestas de los pacientes al

resto de preguntas del bloque, de forma que se detecta el error de forma indirecta y no solo el percibido por el propio paciente.

En primer lugar, al relacionar la percepción de haber sufrido un error con la pregunta número 1 (“¿Conoce el nombre del médico que le atendió la última vez?”) se observa una asociación estadísticamente significativa solamente con la variable de respuesta indirecta ($P=0,002$) (Tabla 112). Del total de pacientes que refieren haber sufrido un error durante su asistencia (de forma indirecta), el 73,4% conocen el nombre del médico que le atendió la última vez. Del total de pacientes que no perciben haber sufrido un error, el porcentaje de pacientes que conoce el nombre del médico es del 78,7%.

Tabla 112

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 1 ($P=0,002$)

		¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?			
			No	Sí	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	292	1077	1369
		Sí	297	818	1115
	Total		589	1895	2484
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	21,3%	78,7%	100,0%
		Sí	26,6%	73,4%	100,0%
	Total		23,7%	76,3%	100,0%
% dentro de ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	49,6%	56,8%	55,1%
		Sí	50,4%	43,2%	44,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al asociar la percepción de haber sufrido un error (en sus dos variantes) con el ítem “El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad”, se observa, en ambos casos, una relación estadísticamente significativa ($P<0,001$). Para ambas variables de error, que el paciente perciba que sí ha sufrido un error durante su asistencia se asocia en mayor medida a estar en desacuerdo con que el personal sanitario le haya informado correctamente sobre su enfermedad. Del total de pacientes que perciben haber sufrido un error (de forma directa), el 31,8%

no están de acuerdo con que el personal le haya informado correctamente sobre su enfermedad, frente a los pacientes que no perciben haber sufrido un error, en donde el 14,1% no están de acuerdo con el ítem mencionado (Tabla 113). Al observar los resultados de la variable error en su forma indirecta según la Tabla 114 se observa la misma tendencia: el 24,6% de los pacientes que afirman haber sufrido un error consideran que el personal sanitario no les ha informado correctamente sobre su enfermedad, mientras que, si nos referimos al total de pacientes que no refieren haber sufrido error, este porcentaje es del 12,4%.

Tabla 113

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 2 ($P<0,001$)					
		<u>El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.</u>			
		En		Total	
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	264	1611	1875
		Sí	164	352	516
	Total		428	1963	2391
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	14,1%	85,9%	100,0%
		Sí	31,8%	68,2%	100,0%
	Total		17,9%	82,1%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	61,7%	82,1%	
		Sí	38,3%	17,9%	
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 114

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 2 ($P<0,001$)

			El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	169	1190	1359
		Sí	272	832	1104
	Total		441	2022	2463
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	12,4%	87,6%	100,0%
		Sí	24,6%	75,4%	100,0%
	Total		17,9%	82,1%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	38,3%	58,9%	55,2%
		Sí	61,7%	41,1%	44,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la relación entre la percepción de haber sufrido un error (directo e indirecto) y el ítem número 3 “El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas” se observa en ambos casos una asociación estadísticamente significativa ($P<0,001$). En este sentido, tener la percepción de haber sido víctima de un error durante la asistencia está más asociado a estar en desacuerdo con el ítem, como se refleja tanto en la Tabla 115 como en la Tabla 116.

Tabla 115

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 3 ($P<0,001$)

			El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	261	1620	1881
		Sí	181	336	517
	Total		442	1956	2398
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	13,9%	86,1%	100,0%
		Sí	35,0%	65,0%	100,0%
	Total		18,4%	81,6%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	59,0%	82,8%	78,4%
		Sí	41,0%	17,2%	21,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 116

**Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 3
($P<0,001$)**

			El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	172	1191	1363
		Sí	287	823	1110
		Total	459	2014	2473
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	12,6%	87,4%	100,0%
		Sí	25,9%	74,1%	100,0%
		Total	18,6%	81,4%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	37,5%	59,1%	55,1%
		Sí	62,5%	40,9%	44,9%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

Atendiendo a los resultados de la pregunta número 4, “El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información”, se observa que:

- Tener la percepción de haber sufrido un error, tanto de forma directa como en su variante de respuesta indirecta, está más asociado, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), con estar en desacuerdo con el ítem.
- Del total de pacientes que perciben haber sufrido un error, de forma directa, el 40,9% no están de acuerdo con que el personal sanitario se hubiese preocupado de que se entendiese toda la información. Este porcentaje es del 18,7% en el grupo de pacientes que no perciben que hubiese un error durante su asistencia, tal y como se refleja en la Tabla 117.
- Del total de pacientes que no está de acuerdo con el ítem, el 60,5% se corresponde a los pacientes que perciben haber sufrido un error, de forma indirecta, frente al 39,5% que no perciben error (Tabla 118).

Tabla 117

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 4 ($P<0,001$)

		El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.			
		En			
		desacuerdo	De acuerdo	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	350	1524	1874
		Sí	212	306	518
	Total		562	1830	2392
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	18,7%	81,3%	100,0%
		Sí	40,9%	59,1%	100,0%
	Total		23,5%	76,5%	100,0%
% dentro de El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	62,3%	83,3%	78,3%
		Sí	37,7%	16,7%	21,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 118

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 4 ($P<0,001$)

		El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.					
		En desacuerdo		De acuerdo		Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	229	1133	1362		
		Sí	351	753	1104		
	Total		580	1886	2466		
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	16,8%	83,2%	100,0%		
		Sí	31,8%	68,2%	100,0%		
	Total		23,5%	76,5%	100,0%		
% dentro de El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	39,5%	60,1%	55,2%		
		Sí	60,5%	39,9%	44,8%		
	Total		100,0%	100,0%	100,0%		

Al relacionar la percepción de haber sufrido un error (en sus dos variantes) con el ítem “El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento”, se observa, en ambos casos, una relación estadísticamente significativa ($P<0,001$). Del total de pacientes que perciben haber sufrido un error, de forma directa, el 24% no están de acuerdo con que el personal le haya informado

correctamente sobre las instrucciones del tratamiento, frente a los pacientes que no perciben haber sufrido un error, en donde el 11,6% no están de acuerdo con el ítem mencionado, según se refleja en la Tabla 119. Al observar los resultados de la variable error en su forma indirecta, según la Tabla 120, destaca que el 19,1% de los pacientes que afirman haber sufrido un error consideran que el personal sanitario no les ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento, mientras que, si nos referimos al total de pacientes que no refieren haber sufrido error, este porcentaje es del 10,4%.

Tabla 119

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 5 ($P < 0,001$)

		El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.			
		En		Total	
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	217	1648	1865
		Sí	124	392	516
	Total		341	2040	2381
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	11,6%	88,4%	100,0%
		Sí	24,0%	76,0%	100,0%
	Total		14,3%	85,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	63,6%	80,8%	78,3%
		Sí	36,4%	19,2%	21,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 120

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 5 ($P<0,001$)

			El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	141	1215	1356
		Sí	210	890	1100
	Total		351	2105	2456
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	10,4%	89,6%	100,0%
		Sí	19,1%	80,9%	100,0%
	Total		14,3%	85,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	40,2%	57,7%	55,2%
		Sí	59,8%	42,3%	44,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	-6,1	6,1	
		Sí	6,1	-6,1	

Al analizar los resultados obtenidos al hacer el cruce entre la percepción de haber sufrido un error, y en este caso, con que el personal sanitario haya explicado correctamente las razones del tratamiento, a grandes rasgos, se observa la misma tendencia que la descrita en el ítem anterior: la percepción de haber sufrido un error en sus dos variantes está más asociada, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$ en ambos casos), con estar en desacuerdo con el ítem estudiado, según se refleja en la Tabla 121 y la Tabla 122.

Tabla 121

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 6 ($P<0,001$)

			El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	324	1526	1850
		Sí	170	339	509
	Total		494	1865	2359
% dentro de algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	17,5%	82,5%	100,0%
		Sí	33,4%	66,6%	100,0%
	Total		20,9%	79,1%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	65,6%	81,8%	78,4%
		Sí	34,4%	18,2%	21,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 122

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 6 ($P<0,001$)

			El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	221	1121	1342
		Sí	288	800	1088
	Total		509	1921	2430
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	16,5%	83,5%	100,0%
		Sí	26,5%	73,5%	100,0%
	Total		20,9%	79,1%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	43,4%	58,4%	55,2%
		Sí	56,6%	41,6%	44,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Atendiendo a la relación entre la percepción de haber sufrido un error (directo e indirecto) y el ítem número 7 “El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de estas” se observa en ambos casos una asociación estadísticamente significativa ($P<0,001$). En este sentido, tener la percepción de haber sido víctima de un error durante la asistencia está más

asociado a estar en desacuerdo con el ítem, como se refleja tanto en la Tabla 123 como en la Tabla 124.

Tabla 123

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 7 ($P<0,001$)

		El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	317	1475	1792
		Sí	188	312	500
	Total		505	1787	2292
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	17,7%	82,3%	100,0%
		Sí	37,6%	62,4%	100,0%
	Total		22,0%	78,0%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	62,8%	82,5%	78,2%
		Sí	37,2%	17,5%	21,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 124

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 7 ($P<0,001$)

		El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	214	1082	1296
		Sí	313	750	1063
	Total		527	1832	2359
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	16,5%	83,5%	100,0%
		Sí	29,4%	70,6%	100,0%
	Total		22,3%	77,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	40,6%	59,1%	54,9%
		Sí	59,4%	40,9%	45,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar los resultados del ítem número 8, “El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas”, se observa que:

- Tener la percepción de haber sufrido un error, tanto de forma directa como en su variante de respuesta indirecta, está más asociado, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), con estar en desacuerdo con el ítem.
- Del total de pacientes que perciben haber sufrido un error, de forma directa, el 45,9% no están de acuerdo con que el personal sanitario les hubiese informado correctamente sobre los riesgos de las pruebas diagnósticas. Este porcentaje es del 24,1% en el grupo de pacientes que no perciben que hubiese un error durante su asistencia, tal y como se refleja en la Tabla 125.
- Del total de pacientes refieren estar en desacuerdo con el ítem, más de la mitad, el 57,6% se corresponde a los pacientes que perciben haber sufrido un error, de forma indirecta, frente al 42,4% que no perciben error (Tabla 126).

Tabla 125

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 8 ($P<0,001$)

		El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.			
		En			Total
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	418	1314	1732
		Sí	228	269	497
	Total		646	1583	2229
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	24,1%	75,9%	100,0%
		Sí	45,9%	54,1%	100,0%
	Total		29,0%	71,0%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	64,7%	83,0%	77,7%
		Sí	35,3%	17,0%	22,3%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 126

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 8 ($P<0,001$)

		El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	285	963	1248
		Sí	387	659	1046
	Total		672	1622	2294
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	22,8%	77,2%	100,0%
		Sí	37,0%	63,0%	100,0%
	Total		29,3%	70,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	42,4%	59,4%	54,4%
		Sí	57,6%	40,6%	45,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la relación entre la percepción de haber sufrido un error (directo e indirecto) y el ítem número 9 “El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud” se observa en ambos casos una asociación estadísticamente significativa ($P<0,001$). En este sentido, tener la percepción de haber sido víctima de un error durante la asistencia está más asociado a estar en desacuerdo con el ítem, como se refleja tanto en la Tabla 127 como en la Tabla 128.

Tabla 127

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 9 ($P<0,001$)

		El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	319	1268	1587
		Sí	189	274	463
	Total		508	1542	2050
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	20,1%	79,9%	100,0%
		Sí	40,8%	59,2%	100,0%
	Total		24,8%	75,2%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	62,8%	82,2%	77,4%
		Sí	37,2%	17,8%	22,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 128

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 9 ($P<0,001$)

		El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	212	937	1149
		Sí	309	645	954
	Total		521	1582	2103
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	18,5%	81,5%	100,0%
		Sí	32,4%	67,6%	100,0%
	Total		24,8%	75,2%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	40,7%	59,2%	54,6%
		Sí	59,3%	40,8%	45,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al asociar la percepción de haber sufrido un error con el ítem número 10, destaca, con una asociación estadísticamente significativa ($P < 0,001$), que:

- De los pacientes que refieren haber sufrido un error, de forma directa, casi la mitad, el 48%, están en desacuerdo con que el personal sanitario les hubiese informado de la forma más completa posible para facilitar su decisión acerca de un tratamiento o prueba diagnóstica (Tabla 129).
- De los pacientes que refieren haber sufrido un error, de forma indirecta, el 37,2% están en desacuerdo con el ítem antes mencionado, según se refleja en la Tabla 130.

Tabla 129

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 10 ($P < 0,001$)

			El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, para que usted pueda decidir sobre su tratamiento o prueba diagnóstica.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	397	1250	1647
		Sí	227	246	473
	Total	624	1496	2120	
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	24,1%	75,9%	100,0%
		Sí	48,0%	52,0%	100,0%
	Total	29,4%	70,6%	100,0%	
% dentro de El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	63,6%	83,6%	77,7%
		Sí	36,4%	16,4%	22,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 130

**Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 10
($P < 0,001$)**

			El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, para que usted pueda decidir sobre su tratamiento o prueba diagnóstica.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	279	918	1197
		Sí	365	617	982
		Total	644	1535	2179
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	23,3%	76,7%	100,0%
		Sí	37,2%	62,8%	100,0%
		Total	29,6%	70,4%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	43,3%	59,8%	54,9%
		Sí	56,7%	40,2%	45,1%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

En relación con la pregunta número 11, hemos encontrado un cambio en la tendencia de los resultados al compararlos con las asociaciones antes mencionadas. En este sentido, la percepción de haber sufrido un error durante la asistencia (en su variable de respuesta indirecta) se asocia más a estar de acuerdo con el ítem, o lo que es lo mismo, este grupo de pacientes prefieren que se les diga claramente qué tratamiento deben seguir sin más información sobre posibles riesgos o consecuencias. La asociación es estadísticamente significativa, $P=0,025$, según se refleja en la Tabla 131. La percepción de haber sufrido un error en su variable directa no guarda una relación estadísticamente significativa con este ítem.

Tabla 131

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 11 ($P=0,025$)

			Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin mas información sobre riesgos o consecuencias.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	863	374	1237
		Sí	669	355	1024
	Total	1532	729	2261	
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	69,8%	30,2%	100,0%
		Sí	65,3%	34,7%	100,0%
	Total	67,8%	32,2%	100,0%	
% dentro de Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	56,3%	51,3%	54,7%
		Sí	43,7%	48,7%	45,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Atendiendo a la pregunta número 12 “Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber” se observa una relación estadísticamente significativa con la pregunta número 21 ($P<0,001$) y la misma pregunta en su variable de respuesta indirecta ($P=0,001$). En ambos casos, y según se puede observar en la Tabla 132 y la Tabla 133, la percepción de no haber sufrido un error se asocia en mayor medida es estar de acuerdo con la afirmación mencionada, esto es, refieren que se ha respetado su derecho a no querer saber.

Tabla 132

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 12 ($P<0,001$)

		Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	275	877	1152
		Sí	127	226	353
	Total		402	1103	1505
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	23,9%	76,1%	100,0%
		Sí	36,0%	64,0%	100,0%
	Total		26,7%	73,3%	100,0%
% dentro de Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	68,4%	79,5%	76,5%
		Sí	31,6%	20,5%	23,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 133

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 12 ($P=0,001$)

		Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	180	605	785
		Sí	233	528	761
	Total		413	1133	1546
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	22,9%	77,1%	100,0%
		Sí	30,6%	69,4%	100,0%
	Total		26,7%	73,3%	100,0%
% dentro de Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	43,6%	53,4%	50,8%
		Sí	56,4%	46,6%	49,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la relación entre la percepción de haber sufrido un error y el ítem “El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud”, destaca, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), que el haber sufrido un

error durante la asistencia se asocia en mayor medida con percibir que el personal sanitario no dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud, según se refleja en la Tabla 134 y en la Tabla 135.

Tabla 134

		Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 13 ($P<0,001$)			
		El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.			
		En		Total	
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	377	1458	1835
		Sí	214	297	511
	Total		591	1755	2346
% dentro de algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	20,5%	79,5%	100,0%
		Sí	41,9%	58,1%	100,0%
	Total		25,2%	74,8%	100,0%
% dentro de El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	63,8%	83,1%	78,2%
		Sí	36,2%	16,9%	21,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 135

		Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 13 ($P<0,001$)			
		El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.			
		En		Total	
		desacuerdo	De acuerdo		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	244	1085	1329
		Sí	371	714	1085
	Total		615	1799	2414
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	18,4%	81,6%	100,0%
		Sí	34,2%	65,8%	100,0%
	Total		25,5%	74,5%	100,0%
% dentro de El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	39,7%	60,3%	55,1%
		Sí	60,3%	39,7%	44,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Atendiendo a la pregunta número 14, cuyo objetivo es aclarar si las explicaciones de los profesionales sanitarios suelen dirigirse preferentemente hacia el acompañante y no hacia el paciente, se observa que los pacientes que refieren haber sufrido un error de forma indirecta, se asocian más, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), a estar de acuerdo con que el personal médico se dirige en mayor medida a sus acompañantes (Tabla 136). Del total de pacientes que refieren haber sufrido un error de forma indirecta, el 39,5% está de acuerdo con la afirmación, mientras que del total de pacientes que no refiere haber sufrido un error, este porcentaje es del 30,5%. No se observa una relación estadísticamente significativa entre este ítem y la percepción de haber sufrido un error en su variable de respuesta directa.

Tabla 136

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 14 ($P<0,001$)

			Cuando me acompaña algún familiar, el personal sanitario suele dirigirse en sus explicaciones preferentemente a él.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	815	358	1173
		Sí	602	393	995
	Total	1417	751	2168	
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	69,5%	30,5%	100,0%
		Sí	60,5%	39,5%	100,0%
	Total	65,4%	34,6%	100,0%	
% dentro de Cuando me acompaña algún familiar, el personal sanitario suele dirigirse en sus explicaciones preferentemente a él.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	57,5%	47,7%	54,1%
		Sí	42,5%	52,3%	45,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Al relacionar la percepción de haber sufrido un error, tanto directo (Tabla 137) como indirecto (Tabla 138), con el ítem número 15 “El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad”, se observa en ambos casos una asociación estadísticamente significativa ($P<0,001$).

En este sentido, tener la percepción de haber sido víctima de un error durante la asistencia está más asociado a estar en desacuerdo con lo que se plantea en el ítem.

Tabla 137

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 15 ($P < 0,001$)

		El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad.			
		En			
		desacuerdo	De acuerdo	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	262	1277	1539
		Sí	172	294	466
	Total		434	1571	2005
% dentro de algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	17,0%	83,0%	100,0%
		Sí	36,9%	63,1%	100,0%
	Total		21,6%	78,4%	100,0%
% dentro de El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	60,4%	81,3%	76,8%
		Sí	39,6%	18,7%	23,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 138

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 15 ($P < 0,001$)

		El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad.			
		En desacuerdo		De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	167	919	1086
		Sí	282	689	971
	Total		449	1608	2057
% dentro de algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	15,4%	84,6%	100,0%
		Sí	29,0%	71,0%	100,0%
	Total		21,8%	78,2%	100,0%
% dentro de El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	37,2%	57,2%	52,8%
		Sí	62,8%	42,8%	47,2%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la percepción de haber sufrido un error con el ítem número 16, destaca, con una asociación estadísticamente significativa ($P < 0,001$), que:

- De los pacientes que refieren haber sufrido un error, de forma directa, el 42% no están de acuerdo con la frase que se refiere a la comunicación de una mala noticia por parte de los profesionales sanitarios, según se refleja en la Tabla 139.
- De los pacientes que refieren haber sufrido un error, de forma indirecta, el 35,5% están en desacuerdo con el ítem antes mencionado, según se refleja en la Tabla 140

Tabla 139

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 16 ($P < 0,001$)					
		Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que los profesionales sanitarios lo hicieron de una forma delicada y cuidada.			
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	296	789	1085
		Sí	159	220	379
	Total		455	1009	1464
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	27,3%	72,7%	100,0%
		Sí	42,0%	58,0%	100,0%
	Total		31,1%	68,9%	100,0%
% dentro de Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	65,1%	78,2%	74,1%
		Sí	34,9%	21,8%	25,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 140

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 16 ($P<0,001$)

			Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que los profesionales sanitarios lo hicieron de una forma delicada y cuidada.		
			En desacuerdo	De acuerdo	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	193	540	733
		Sí	276	502	778
		Total	469	1042	1511
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	26,3%	73,7%	100,0%
		Sí	35,5%	64,5%	100,0%
		Total	31,0%	69,0%	100,0%
% dentro de Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que...	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	41,2%	51,8%	48,5%
		Sí	58,8%	48,2%	51,5%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

Al igual que hemos visto con las preguntas número 11 y 14, con el ítem número 20 "Durante la consulta con el médico suele haber interrupciones", se invierte la tendencia con respecto a los cruces del resto de preguntas del bloque de información: la percepción de haber sufrido un error, tanto en su forma directa (Tabla 141) como en su variable de respuesta indirecta (Tabla 142), se asocia más a estar de acuerdo con la pregunta, es decir, el grupo de pacientes que refiere haber sufrido un error está más asociado, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$) con contestar que sí suele haber interrupciones durante la consulta médica.

Tabla 141

		Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...)			
		No	Sí	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1166	652	1818
		Sí	272	232	504
	Total		1438	884	2322
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	64,1%	35,9%	100,0%
		Sí	54,0%	46,0%	100,0%
	Total		61,9%	38,1%	100,0%
% dentro de Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	81,1%	73,8%	78,3%
		Sí	18,9%	26,2%	21,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 142

		Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...)			
		No	Sí	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	869	451	1320
		Sí	605	454	1059
	Total		1474	905	2379
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	65,8%	34,2%	100,0%
		Sí	57,1%	42,9%	100,0%
	Total		62,0%	38,0%	100,0%
% dentro de Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones.	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	59,0%	49,8%	55,5%
		Sí	41,0%	50,2%	44,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En definitiva, en lo que respecta a la relación existente entre las variables del error y aquellas que se refieren a aspectos de la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente, cabe destacar que aquellos pacientes que perciben haber sufrido un error son los que peor valoración le otorgan al proceso de información y quienes consideran que las causas que generan el error están presentes en su asistencia sanitaria.

6.3.4. RELACION ENTRE LAS VARIABLES DE ERROR.

Para reflejar los resultados de este aparato se relacionarán todas las variables del bloque de errores con la pregunta número 21 “¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?” tanto en su forma directa como con la reconversión de la variable a modo de respuesta indirecta. Cabe destacar que todos los cruces de este apartado han resultado estadísticamente significativos.

Atendiendo a la pregunta número 22, “¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?”, se observa que:

- Del total de pacientes que afirma haber sufrido un error durante su asistencia (de forma directa), el 77,9% refiere que el personal sanitario le ha comunicado un error, frente al 22,1% que no., según se refleja en la Tabla 143.
- En la variable de respuesta indirecta, reflejada en la Tabla 144 del total de pacientes que afirma haber sufrido un error durante su asistencia, el 50,6% refiere que el personal sanitario le ha comunicado un error, frente al 49,4% que no.

Tabla 143

		Distribución pregunta número 21 en función de la pregunta número 22 ($P<0,001$)			
		¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?			
		No	Sí	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1762	126	1888
		Sí	115	405	520
	Total	1877	531	2408	
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	93,3%	6,7%	100,0%
		Sí	22,1%	77,9%	100,0%
	Total	77,9%	22,1%	100,0%	
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	93,9%	23,7%	78,4%
		Sí	6,1%	76,3%	21,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 144

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 22 ($P<0,001$)

		¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?		Total	
		No	Sí		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	1369	0	1369
		Sí	551	564	1115
	Total		1920	564	2484
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	100,0%	0,0%	100,0%
		Sí	49,4%	50,6%	100,0%
	Total		77,3%	22,7%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	71,3%	0,0%	55,1%
		Sí	28,7%	100,0%	44,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la pregunta número 24, que pretende identificar si la causa del error ha podido ser debido a un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería, se observa que:

- De los pacientes que perciben haber sufrido un error, el 43% afirman que ha podido deberse a esta causa (Tabla 145).
- En la variable de respuesta indirecta, según se refleja en la Tabla 146, de los pacientes que refieren haber sufrido un error, un 28% afirman que alguna vez han sufrido un error por un fallo de comunicación entre personal médico y de enfermería.

Tabla 145

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 24 ($P < 0,001$)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?			
		No	Sí	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1721	74	1795
		Sí	237	179	416
	Total		1958	253	2211
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	95,9%	4,1%	100,0%
		Sí	57,0%	43,0%	100,0%
	Total		88,6%	11,4%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	87,9%	29,2%	81,2%
		Sí	12,1%	70,8%	18,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 146

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 24 ($P < 0,001$)

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?			
		No	Sí	Total	
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	1303	0	1303
		Sí	696	270	966
	Total		1999	270	2269
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	100,0%	0,0%	100,0%
		Sí	72,0%	28,0%	100,0%
	Total		88,1%	11,9%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	65,2%	0,0%	57,4%
		Sí	34,8%	100,0%	42,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar la percepción de haber sufrido un error con la pregunta número 25, que en este caso pretende identificar si la causa del error ha podido ser debido a un fallo de comunicación entre especialistas hospitalarios o atención primaria, se observa que:

- De los pacientes que perciben haber sufrido un error, el 39,4% afirman que ha podido deberse a esta causa, según se refleja en la Tabla 147.
- En la variable de respuesta indirecta (Tabla 148), el 26,6% del total de pacientes que han percibido un error afirman que ha podido ser por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria.

Tabla 147

		Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 25 ($P < 0,001$)			
		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?			Total
		No	Sí		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1714	82	1796
		Sí	249	162	411
	Total	1963	244	2207	
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	95,4%	4,6%	100,0%
		Sí	60,6%	39,4%	100,0%
	Total	88,9%	11,1%	100,0%	
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	87,3%	33,6%	81,4%
		Sí	12,7%	66,4%	18,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 148

**Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 25
($P < 0,001$)**

		¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?			
			No	Sí	Total
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	1297	0	1297
		Sí	708	257	965
	Total		2005	257	2262
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	100,0%	0,0%	100,0%
		Sí	73,4%	26,6%	100,0%
	Total		88,6%	11,4%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	64,7%	0,0%	57,3%
		Sí	35,3%	100,0%	42,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la relación entre haber sufrido un error y que este haya sido con el tratamiento como consecuencia de no haber entendido correctamente las instrucciones, cabe señalar que:

- El 50% del total de pacientes que han sufrido un error contestan de forma directa que ha podido deberse a no haber entendido correctamente las instrucciones del tratamiento. Estos resultados se reflejan en la Tabla 149.
- De los pacientes que refieren haber sufrido un error (en su forma de respuesta indirecta, Tabla 150), un 69,6%, o lo que es lo mismo, 764 pacientes de un total de 1096 afirman que alguna vez han cometido un error con la medicación porque no entendieron correctamente las instrucciones.

Tabla 149

Distribución de la pregunta número 21 en función de la pregunta número 26 ($P<0,001$)

		¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?		Total	
		No	Sí		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	1403	448	1851
		Sí	252	252	504
	Total		1655	700	2355
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	75,8%	24,2%	100,0%
		Sí	50,0%	50,0%	100,0%
	Total		70,3%	29,7%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación porque no entendió correctamente las instrucciones?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	No	84,8%	64,0%	78,6%
		Sí	15,2%	36,0%	21,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 150

Distribución de la pregunta número 21 (respuesta indirecta) en función de la pregunta número 26 ($P<0,001$)

		¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?		Total	
		No	Sí		
Recuento	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	1333	0	1333
		Sí	333	763	1096
	Total		1666	763	2429
% dentro de ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	100,0%	0,0%	100,0%
		Sí	30,4%	69,6%	100,0%
	Total		68,6%	31,4%	100,0%
% dentro de ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación porque no entendió correctamente las instrucciones?	¿Ha sufrido algún error durante su asistencia (respuesta indirecta)?	No	80,0%	0,0%	54,9%
		Sí	20,0%	100,0%	45,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Para terminar con el bloque de errores se procede a reflejar los resultados del análisis de regresión logística multivariante para valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo perciba haber sufrido algún error durante su asistencia, así como de deducir a través del resto de respuestas del bloque de errores del cuestionario que se forma indirecta el paciente haya sufrido un error.

6.3.5. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE

Tabla 151

Modelo de Regresión Logística del riesgo de expresar que ha sufrido algún error		P	OR	I.C. 95% para OR
Género	Hombre		1	
	Mujer	,014	1,405	(1,070-1,844)
Edad	> 50		1	
	< 30	,853	1,035	(0,718-1,491)
	30-50	,025	1,406	(1,044-1,893)
Nivel de estudios	Superiores		1	
	Sin estudios	,318	1,203	(0,837-1,728)
	Primarios	,028	1,430	(1,039-1,968)
	Medios	,322	1,184	(0,847-1,654)
	Profesionales Técnicos	,019	1,702	(1,092-2,650)
Servicio	Centro de Salud		1	
	Hospital	,004	1,498	(1,142-1,965)
Uso habitual	No		1	
	Sí	<0,001	2,011	(1,408-2,872)
Frecuentación	< 10		1	
	10 - 20	,284	,863	(0,659-1,129)
	> 20	,013	1,553	(1,097-2,195)
Buena satisfacción con la información recibida	No		1	
	Sí	< 0,001	,509	(0,383-0,677)
Alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	No		1	
	Sí	,001	,553	(0,394-0,776)

El riesgo de expresar que ha sufrido algún error se asocia con los factores recogidos en la Tabla 151, por sí mismos e independientemente cada uno de los

demás, es decir, ajustando cada factor por los demás factores del modelo, de la manera que sigue.

El riesgo de expresar que ha sufrido algún error es:

- 1,405 veces mayor en mujeres que en hombres ($P=0,014$)
- 1,406 veces mayor en los pacientes de 30-50 años que en los mayores de 50 años ($P=0,025$) (en los menores de 30 no se observa diferencia significativa en ese riesgo respecto a los mayores de 50)
- Mayor en los que tienen estudios primarios (1,203 veces, $P=0,028$) y en los profesionales técnicos (1,702 veces, $P=0,019$) que en los que tienen estudios superiores, no observándose diferencia significativa en los de estudios medios y los sin estudios respecto a los de estudios superiores.
- 1,498 veces mayor en los que son atendidos en Hospital que en los que los son en Centros de Salud ($P=0,004$)
- 2,011 veces mayor en los que usan habitualmente el sistema sanitario público que en los que no ($P<0,001$)
- 1,553 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año que en los que han hecho menos de 10 visitas ($P=0,013$), mientras que ese riesgo en los de 10-20 visitas no difiere significativamente respecto a los de menos de 10 visitas.
- Los que indican una buena satisfacción con la información recibida por el profesional sanitario tienen aproximadamente la mitad de riesgo (0,509 veces) de expresar que ha sufrido algún error que los que no la indican ($P<0,001$)
- Los individuos en los que se deduce un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente tiene aproximadamente la mitad de riesgo (0,553 veces) de expresar que han sufrido algún error que en los que no se deduce ($P=0,001$)

Tabla 152

Modelo de Regresión Logística del riesgo de deducir (a partir del cuestionario, respuesta indirecta) que ha sufrido algún error

		P	OR	I.C. 95% para OR
Género	Hombre		1	
	Mujer	,265	1,141	(0,905-1,438)
Edad	> 50		1	
	< 30	,002	1,639	(1,192-2,254)
	30-50	,003	1,486	(1,148-1,924)
Nivel de estudios	Superiores		1	
	Sin estudios	,339	1,145	(0,868-1,510)
	Primarios	,004	1,429	(1,117-1,827)
	Medios	,052	1,286	(0,998-1,658)
	Profesionales Técnicos	,004	1,697	(1,186-2,428)
Servicio	Centro de Salud		1	
	Hospital	<0,001	1,520	(1,252-1,847)
Uso habitual	No		1	
	Sí	<0,001	1,855	(1,397-2,462)
Frecuentación	< 10		1	
	10 - 20	,575	,922	(0,6-1,129)
	> 20	,012	1,301	(1,058-1,597)
Buena satisfacción con la información recibida	No		1	
	Sí	,030	,769	(0,606-0,975)
Alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	No		1	
	Sí	<0,001	,575	(0,440-0,750)

El riesgo de deducir (a partir del cuestionario) que ha sufrido algún error se asocia con los factores recogidos en la Tabla 152, por sí mismos e independientemente cada uno de los demás, es decir, ajustando cada factor por los demás factores del modelo, de la manera que sigue.

El riesgo de deducir (a partir del cuestionario) que ha sufrido algún error es:

- Parecido en hombres y en mujeres ($P=0,265$)
- 1,639 veces mayor en los menores de 30 años ($P=0,002$) y 1,486 veces mayor de 30-50 años ($P=0,003$) que en los mayores de 50 años.
- Mayor en los que tienen estudios primarios (1,429 veces, $P=0,004$), en los que tienen estudios medios (1,286 veces, $P=0,052$) y en los profesionales

técnicos (1,697 veces, $P=0,004$) que en los que tienen estudios superiores, no observándose diferencia significativa en los sin estudios respecto a los de estudios superiores.

- 1,520 veces mayor en los que son atendidos en Hospital que en los que los son en Centros de Salud ($P<0,001$)
- 1,855 veces mayor en los que usan habitualmente el sistema sanitario público que en los que no ($P<0,001$)
- 1,301 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año que en los que han hecho menos de 10 visitas ($P=0,012$), mientras que ese riesgo en los de 10-20 visitas no difiere significativamente respecto a los de menos de 10 visitas.
- Los que indican una buena satisfacción con la información recibida por el profesional sanitario tienen 0,769 veces menos riesgo de que se deduzca (a partir del cuestionario) que han sufrido algún error que los que no la indican ($P=0,030$)
- Los individuos en los que se deduce un alto grado de información correcta previa a la decisión del paciente tienen aproximadamente la mitad de riesgo (0,575 veces) de expresar que han sufrido algún error que en los que no se deduce ($P=0,001$)

Por último, describiremos y analizaremos aquellas variables que se relacionan con el consentimiento informado y la toma de decisiones en consulta.

6.4. CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES.

6.4.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS POR PREGUNTAS.

La primera variable de este bloque consiste en una pregunta directa acerca de si el paciente conoce el consentimiento informado, a lo que el 38,6% de los encuestados responde que no (Tabla 153). Además, un 53,5% de los pacientes afirmaron que el personal sanitario no les informó de la función ni del contenido de este documento, como se ve reflejado en la Tabla 154 correspondiente con la pregunta número 29.

Tabla 153

Pregunta número 28. ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	992	38,6	38,6	38,6
	Sí	1578	61,4	61,4	100,0
	Total	2570	100,0	100,0	

Tabla 154

Pregunta número 29. ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1192	46,4	53,5	53,5
	Sí	1036	40,3	46,5	100,0
	Total	2228	86,7	100,0	
Perdidos	N/C	342	13,3		
Total		2570	100,0		

En cuanto a la solicitud del consentimiento por escrito, un 40,7% de los pacientes afirman que no se les ha solicitado antes de realizar un procedimiento quirúrgico (Tabla 155), y el 40,2% afirman que tampoco se les ha pedido antes de someterse a una prueba diagnóstica que entrañase algún riesgo (Tabla 156).

Tabla 155

Pregunta número 30. ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	905	35,2	40,7	40,7
	Sí	1317	51,2	59,3	100,0
	Total	2222	86,5	100,0	
Perdidos	N/C	348	13,5		
Total		2570	100,0		

Tabla 156

Pregunta número 31. ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	891	34,7	40,2	40,2
	Sí	1326	51,6	59,8	100,0
	Total	2217	86,3	100,0	
Perdidos	N/C	353	13,7		
Total		2570	100,0		

Como refleja la Tabla 157, el consentimiento informado ha sido leído detenidamente por el 68,5% de los pacientes, mientras el 31,5% afirman que no se lo han leído. Casi un tercio de los pacientes encuestados, un 27,6%, afirman que el consentimiento no estaba escrito en un lenguaje comprensible (Tabla 158).

Tabla 157

Pregunta número 32. ¿Lo ha leído detenidamente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	476	18,5	31,5	31,5
	Sí	1035	40,3	68,5	100,0
	Total	1511	58,8	100,0	
Perdidos	N/C	324	12,6		
	Sistema	735	28,6		
	Total	1059	41,2		
Total		2570	100,0		

Tabla 158

Pregunta número 33. ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	337	13,1	27,6	27,6
	Sí	883	34,4	72,4	100,0
	Total	1220	47,5	100,0	
Perdidos	N/C	615	23,9		
	Sistema	735	28,6		
	Total	1350	52,5		
Total		2570	100,0		

En relación con la última pregunta del bloque que plantea de forma directa si los pacientes conocen lo que es el Documento de Instrucciones previas, como refleja la Tabla 159, el 79,2% de los encuestados lo desconoce.

Tabla 159

Pregunta número 34. ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	1847	71,9	79,2	79,2
	Sí	486	18,9	20,8	100,0
	Total	2333	90,8	100,0	
Perdidos	N/C	237	9,2		
Total		2570	100,0		

A continuación, procedemos a comentar los resultados obtenidos al relacionar las variables sociodemográficas que describen las características de los encuestados con las variables que se refieren al conocimiento que tiene el paciente del consentimiento informado.

6.4.2. CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Al relacionar el género con la pregunta de sí se ha pedido el consentimiento del paciente por escrito previo a una intervención quirúrgica, se observa que ser mujer se asocia con más frecuencia a responder que sí que se les ha pedido su consentimiento por escrito, en contraposición con ser hombre, según se refleja en la Tabla 160. Del total de hombres de la muestra, un 45,6% responde que no se le ha pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica, frente al 37,7% del total de mujeres, con una relación estadísticamente significativa ($P<0,001$).

Al analizar la relación entre el género y la petición del consentimiento por escrito para la realización de una prueba diagnóstica de riesgo se obtiene una relación estadísticamente significativa ($P=0,004$) y observamos la misma tendencia que para la pregunta anterior, según se refleja en la Tabla 161.

Tabla 160

Distribución del género en función de la pregunta número 30 ($P<0,001$)					
		¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Género	Hombre	409	487	896
		Mujer	496	830	1326
		Total	905	1317	2222
% dentro de Género	Género	Hombre	45,6%	54,4%	100,0%
		Mujer	37,4%	62,6%	100,0%
		Total	40,7%	59,3%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	Género	Hombre	45,2%	37,0%	40,3%
		Mujer	54,8%	63,0%	59,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 161

	Género		¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?		Total
			No	Sí	
Recuento	Hombre		394	505	899
	Mujer		497	821	1318
	Total		891	1326	2217
% dentro de Género	Hombre		43,8%	56,2%	100,0%
	Mujer		37,7%	62,3%	100,0%
	Total		40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	Hombre		44,2%	38,1%	40,6%
	Mujer		55,8%	61,9%	59,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto al género y su relación con que el paciente haya leído detenidamente el consentimiento informado, el 35,4% del total de hombres encuestados y el 29,1% del total de mujeres admiten no haber leído detenidamente el documento de consentimiento informado antes de firmarlo. Del total de pacientes que sí refieren haber leído detenidamente el documento, el 64,6% son mujeres. Entre ambas variables existe una relación estadísticamente significativa ($P=0,01$) según se observa en la Tabla 162.

Tabla 162

	Género		¿Lo ha leído detenidamente?		Total
			No	Sí	
Recuento	Hombre		201	366	567
	Mujer		275	669	944
	Total		476	1035	1511
% dentro de Género	Hombre		35,4%	64,6%	100,0%
	Mujer		29,1%	70,9%	100,0%
	Total		31,5%	68,5%	100,0%
% dentro de ¿Lo ha leído detenidamente?	Hombre		42,2%	35,4%	37,5%
	Mujer		57,8%	64,6%	62,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al relacionar el género con la pregunta de si el paciente conoce el documento de instrucciones previas, tan sólo el 17,5% de los hombres y el 23,1% de las mujeres refieren saber lo que es, existiendo entre ambas variables una relación estadísticamente significativa ($P=0,001$) (Tabla 163). Expresado de otra forma, del total de pacientes que sí saben lo que es el documento, el 33,7% son hombres y el 66,3% son mujeres.

Tabla 163

Distribución del género en función de la pregunta número 34 ($P=0,001$)					
		¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Género	Hombre	773	164	937
		Mujer	1074	322	1396
		Total	1847	486	2333
% dentro de Género	Género	Hombre	82,5%	17,5%	100,0%
		Mujer	76,9%	23,1%	100,0%
		Total	79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	Género	Hombre	41,9%	33,7%	40,2%
		Mujer	58,1%	66,3%	59,8%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%

Para comentar los resultados obtenidos entre la edad y las preguntas del bloque de consentimiento se utiliza la variable edad dividida en dos grupos (pacientes de 50 años o menos y mayores de 50 años) encontrando con todas las preguntas una relación estadística significativa, según se detalla a continuación. Para la representación gráfica de los resultados se utilizará la edad en años.

Con respecto a la primera pregunta del bloque, “¿Sabe lo que es el consentimiento informado?”, se observa que tener más de 50 años se asocia más con conocer el consentimiento informado. Del total de pacientes de más de 50 años, el 65,2% afirma conocer el consentimiento, mientras que en el grupo de pacientes de 50 años o menos, este porcentaje es del 59,5%. Dicho de otra manera, del total de pacientes que admiten no saber lo que es el consentimiento informado, el 69,8% tienen 50 años o menos. Estos resultados se reflejan en la Tabla 164 y el Gráfico 33.

Al analizar este mismo ítem, pero con la edad dividida en tres grupos (30 años o menos, entre 31 y 50 años, o mayores de 50 años), tal y como se observa en la Tabla 165, cabe destacar que el grupo que menor conocimiento tiene acerca del consentimiento es el de 30 años o menos. De los pacientes que afirman no saber lo que es el consentimiento informado, el 28% tienen 30 años o menos, el 41,7% tienen de 31 a 50 años, y un 30,2% son mayores de 50 años.

Tabla 164

Distribución de la edad en función de la pregunta número 28 (P=0,006)

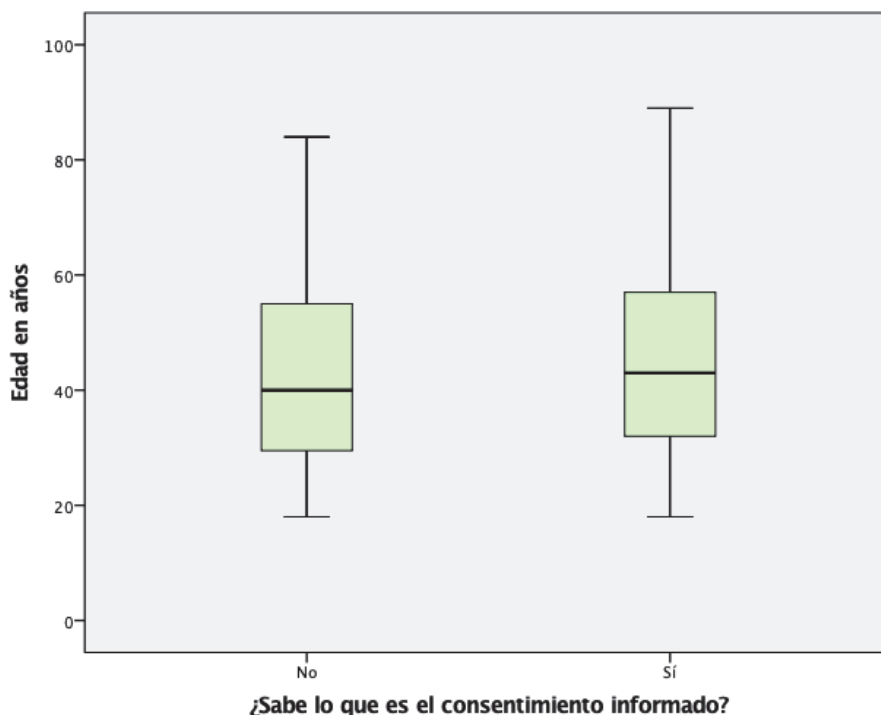
	Edad 2 grupos		¿Sabe lo que es el consentimiento informado?		Total
			No	Sí	
Recuento	Edad 2 grupos	≤ 50	692	1017	1709
		> 50	300	561	861
	Total		992	1578	2570
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos	≤ 50	40,5%	59,5%	100,0%
		> 50	34,8%	65,2%	100,0%
	Total		38,6%	61,4%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	Edad 2 grupos	≤ 50	69,8%	64,4%	66,5%
		> 50	30,2%	35,6%	33,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 165

Distribución de la edad en función de la pregunta número 28 (P<0,001)

	Edad 3 grupos		¿Sabe lo que es el consentimiento informado?		Total
			No	Sí	
Recuento	Edad 3 grupos	≤ 30	278	314	592
		31 - 50	414	703	1117
		> 50	300	561	861
	Total		992	1578	2570
% dentro de Edad dividida en 3 grupos	Edad 3 grupos	≤ 30	47,0%	53,0%	100,0%
		31 - 50	37,1%	62,9%	100,0%
		> 50	34,8%	65,2%	100,0%
	Total		38,6%	61,4%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	Edad 3 grupos	≤ 30	28,0%	19,9%	23,0%
		31 - 50	41,7%	44,6%	43,5%
		> 50	30,2%	35,6%	33,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Edad 3 grupos	≤ 30	4,8	-4,8	
		31 - 50	-1,4	1,4	
		> 50	-2,8	2,8	
	Total				

Gráfico 33

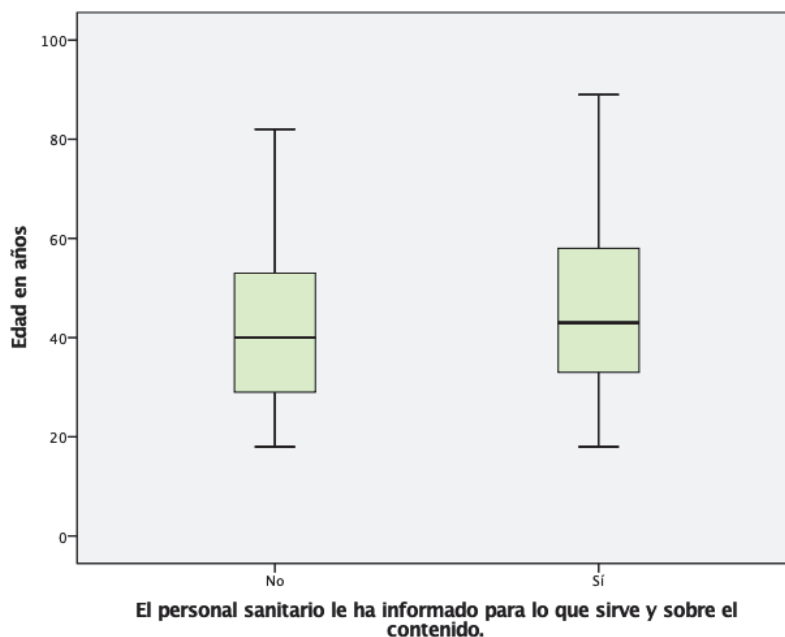


Al relacionar la edad con la siguiente pregunta del bloque (Tabla 166 y Gráfico 34), destaca que del total de pacientes que opinan que el personal sanitario no les ha informado acerca de la función ni sobre el contenido del consentimiento informado, el 72,4% tienen 50 años o menos. Ser mayor de 50 años está más asociado a contestar que el personal sanitario sí les ha informado correctamente de estos aspectos en relación con el consentimiento.

Tabla 166

		¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?		
		No	Sí	Total
Recuento	Edad 2 grupos ≤ 50	863	649	1512
	> 50	329	387	716
	Total	1192	1036	2228
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos ≤ 50	57,1%	42,9%	100,0%
	> 50	45,9%	54,1%	100,0%
	Total	53,5%	46,5%	100,0%
% dentro de ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?	Edad 2 grupos ≤ 50	72,4%	62,6%	67,9%
	> 50	27,6%	37,4%	32,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 34



Con respecto a la petición del consentimiento informado por escrito previo a una intervención quirúrgica (Tabla 167 y Gráfico 35) o para la realización de una prueba diagnóstica con riesgo (Tabla 168 y Gráfico 36), ser mayor de 50 años se asocia más a responder afirmativamente a ambas preguntas, de forma estadísticamente significativa ($P < 0,001$ en ambos casos).

Tabla 167

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?		
			No	Sí	Total
Recuento	Edad 2 grupos	≤ 50	679	803	1482
		> 50	226	514	740
	Total	905	1317	2222	
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos	≤ 50	45,8%	54,2%	100,0%
		> 50	30,5%	69,5%	100,0%
	Total	40,7%	59,3%	100,0%	
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	Edad 2 grupos	≤ 50	75,0%	61,0%	66,7%
		> 50	25,0%	39,0%	33,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Gráfico 35

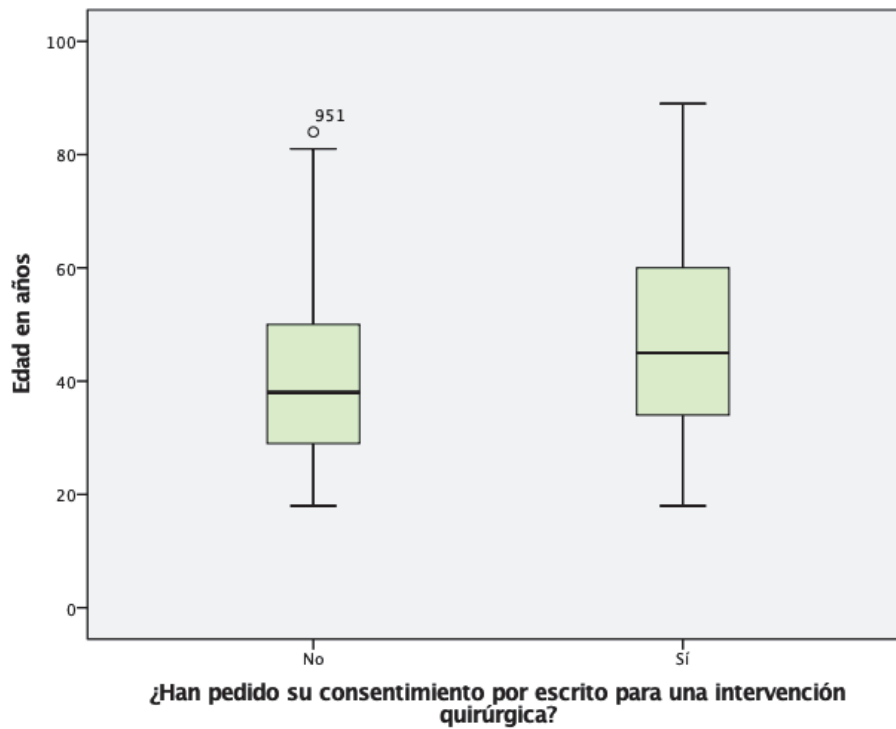
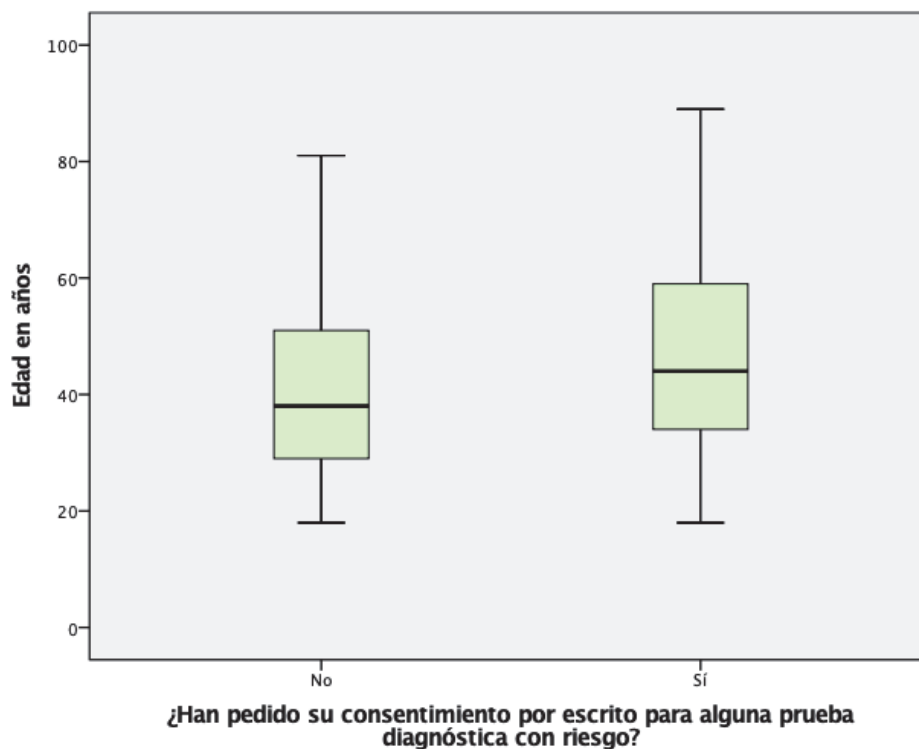


Tabla 168

Distribución de la edad en función de la pregunta número 31 ($P < 0,001$)

		¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?		
		No	Sí	Total
Recuento	Edad 2 grupos ≤ 50	667	819	1486
	> 50	224	507	731
	Total	891	1326	2217
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos ≤ 50	44,9%	55,1%	100,0%
	> 50	30,6%	69,4%	100,0%
	Total	40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	Edad 2 grupos ≤ 50	74,9%	61,8%	67,0%
	> 50	25,1%	38,2%	33,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 36

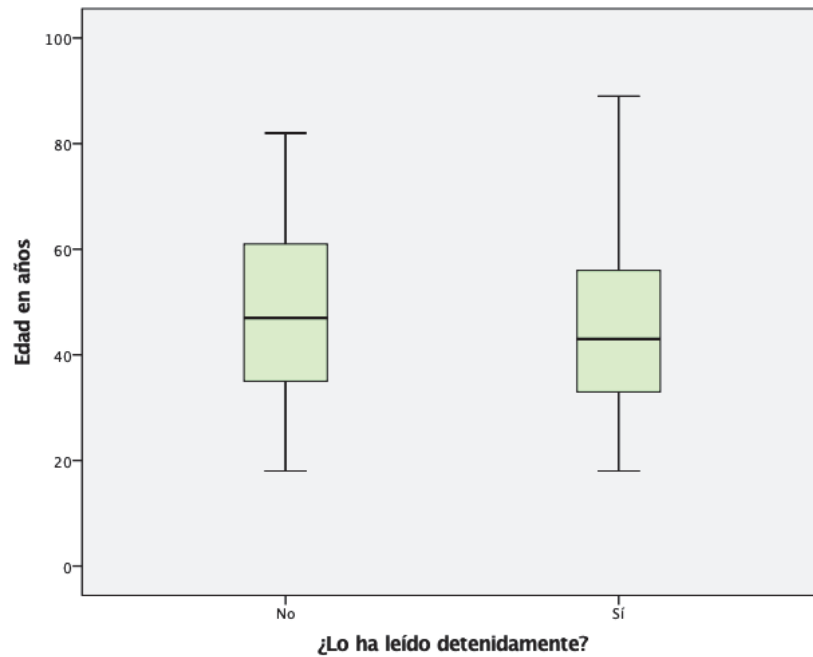


Al asociar la edad con la variable de haber leído el consentimiento informado, ser más joven (tener 50 años o menos) se asocia más con afirmar que se ha leído detenidamente el documento, de manera estadísticamente significativa ($P=0,001$). Del total de pacientes que admiten haber leído detenidamente el consentimiento informado, el 65,8% tenían 50 años o menos, según se refleja en la Tabla 169. En el Gráfico 37 se representan gráficamente estos resultados.

Tabla 169

Distribución de la edad en función de la pregunta número 32 ($P=0,001$)					
		¿Lo ha leído detenidamente?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Edad 2 grupos				
	≤ 50	270	681	951	
	> 50	206	354	560	
	Total	476	1035	1511	
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos				
	≤ 50	28,4%	71,6%	100,0%	
	> 50	36,8%	63,2%	100,0%	
	Total	31,5%	68,5%	100,0%	
% dentro de ¿Lo ha leído detenidamente?	Edad 2 grupos				
	≤ 50	56,7%	65,8%	62,9%	
	> 50	43,3%	34,2%	37,1%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Gráfico 37



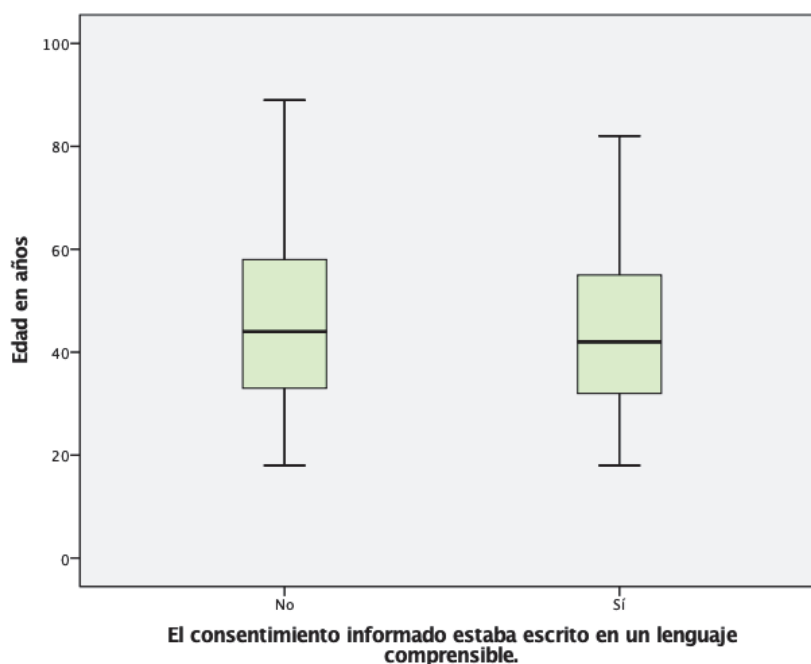
Con respecto a la relación entre la edad y la pregunta “¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?”, se observa que los pacientes de mayor edad, esto es, tener más de 50 años, está más asociado a responder que el documento no estaba escrito en un lenguaje comprensible. Según se refleja en la Tabla 170, del total de pacientes mayores de 50 años, un 31,6% está en desacuerdo con esta pregunta, mientras que este porcentaje es del 25,6% si nos fijamos en el grupo de pacientes de 50 años o menos. Los resultados se representan en el Gráfico 38.

Tabla 170

Distribución de la edad en función de la pregunta número 33 (P=0,027)

		¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?		
		No	Sí	Total
Recuento	Edad 2 grupos ≤ 50	208	604	812
	> 50	129	279	408
	Total	337	883	1220
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos ≤ 50	25,6%	74,4%	100,0%
	> 50	31,6%	68,4%	100,0%
	Total	27,6%	72,4%	100,0%
% dentro de ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?	Edad 2 grupos ≤ 50	61,7%	68,4%	66,6%
	> 50	38,3%	31,6%	33,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 38



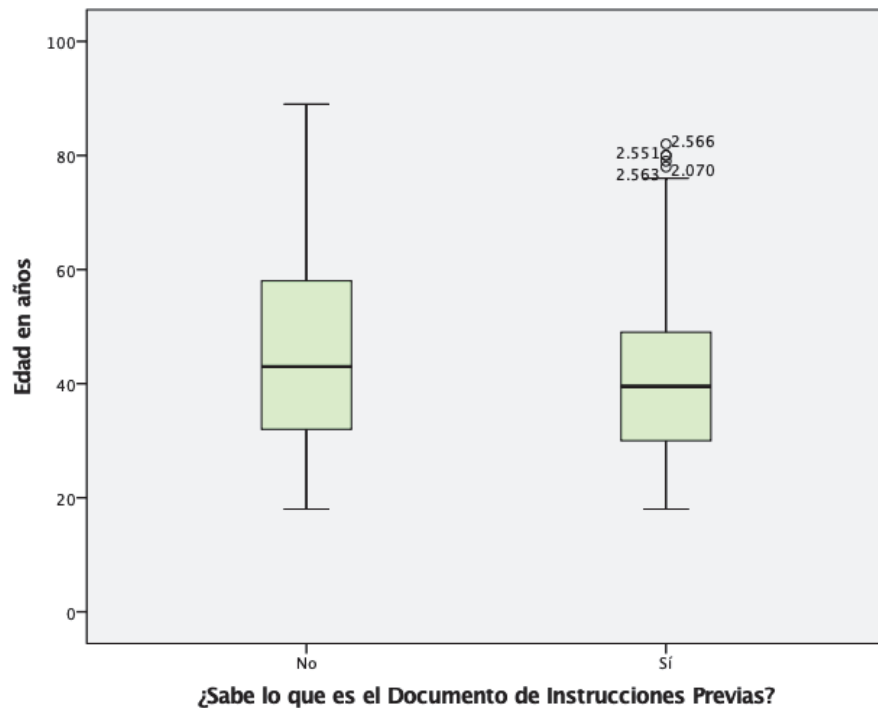
Al relacionar la edad con la última pregunta del bloque, “¿Sabe lo que es el documento de instrucciones previas?”, existe una tendencia a que los pacientes más jóvenes (de 50 años o menos) sí conozcan este documento, frente a los mayores de 50 años, según se observa en la Tabla 171 y el Gráfico 39. Del total de

pacientes que saben lo que es el Documento de Instrucciones Previas, el 77,4% tienen 50 años o menos.

Tabla 171

			¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		Total
			No	Sí	
Recuento	Edad 2 grupos	≤ 50	1154	376	1530
		> 50	693	110	803
	Total		1847	486	2333
% dentro de Edad dividida en 2 grupos	Edad 2 grupos	≤ 50	75,4%	24,6%	100,0%
		> 50	86,3%	13,7%	100,0%
	Total		79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	Edad 2 grupos	≤ 50	62,5%	77,4%	65,6%
		> 50	37,5%	22,6%	34,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 39



Con respecto al nivel de estudios de los pacientes encuestados y su relación con las preguntas del bloque de consentimiento, se obtienen relaciones estadísticamente significativas con todas las variables excepto con la pregunta número 29.

Según se refleja en la Tabla 172, tener estudios superiores se asocia con mayor frecuencia a saber lo que es el consentimiento informado, de manera estadísticamente significativa ($P<0,001$). Un 74,5% de los pacientes con estudios superiores saben lo que es el consentimiento informado, frente a un 56,7% de los pacientes con estudios primarios, 57,8% con estudios técnicos, 59,7% de los pacientes con estudios medios, y del 60,5% de los pacientes sin estudios.

Tabla 172

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 28 ($P<0,001$)

			¿Sabe lo que es el consentimiento informado?		Total
			No	Sí	
Recuento	Estudios	Sin estudios	205	314	519
		Primarios	347	454	801
		Medios	246	364	610
		Técnicos	78	107	185
		Superiores	116	339	455
	Total		992	1578	2570
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	39,5%	60,5%	100,0%
		Primarios	43,3%	56,7%	100,0%
		Medios	40,3%	59,7%	100,0%
		Técnicos	42,2%	57,8%	100,0%
		Superiores	25,5%	74,5%	100,0%
	Total		38,6%	61,4%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	Estudios	Sin estudios	20,7%	19,9%	20,2%
		Primarios	35,0%	28,8%	31,2%
		Medios	24,8%	23,1%	23,7%
		Técnicos	7,9%	6,8%	7,2%
		Superiores	11,7%	21,5%	17,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	0,5	-0,5	
		Primarios	3,3	-3,3	
		Medios	1,0	-1,0	
		Técnicos	1,0	-1,0	
		Superiores	-6,3	6,3	

En cuanto a la relación entre el nivel de estudios y la petición del consentimiento por escrito tanto para una intervención quirúrgica (Tabla 173) como para realizar una prueba diagnóstica de riesgo (Tabla 174) se observa que:

- Los pacientes sin estudios, con estudios primarios o con estudios técnicos están más asociados a contestar que se les ha pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica. Casi la mitad de los pacientes con estudios medios (48,6%) admiten que no se les ha pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica.
- No tener estudios o tener estudios primarios se asocia más a referir que se les ha pedido su consentimiento por escrito antes de llevar a cabo una prueba diagnóstica de riesgo.

Tabla 173

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 30 ($P<0,001$)

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?		
			No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	168	270	438
		Primarios	231	444	675
		Medios	259	274	533
		Técnicos	64	97	161
		Superiores	183	232	415
		Total	905	1317	2222
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	38,4%	61,6%	100,0%
		Primarios	34,2%	65,8%	100,0%
		Medios	48,6%	51,4%	100,0%
		Técnicos	39,8%	60,2%	100,0%
		Superiores	44,1%	55,9%	100,0%
		Total	40,7%	59,3%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	Estudios	Sin estudios	18,6%	20,5%	19,7%
		Primarios	25,5%	33,7%	30,4%
		Medios	28,6%	20,8%	24,0%
		Técnicos	7,1%	7,4%	7,2%
		Superiores	20,2%	17,6%	18,7%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	-1,1	1,1	
		Primarios	-4,1	4,1	
		Medios	4,2	-4,2	
		Técnicos	-0,3	0,3	
		Superiores	1,5	-1,5	

Tabla 174

Distribución de los estudios en función de la pregunta número 31 (P=0,008)

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?		
			No	Sí	Total
Recuento	Estudios	Sin estudios	167	265	432
		Primarios	239	433	672
		Medios	245	290	535
		Técnicos	66	97	163
		Superiores	174	241	415
	Total		891	1326	2217
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	38,7%	61,3%	100,0%
		Primarios	35,6%	64,4%	100,0%
		Medios	45,8%	54,2%	100,0%
		Técnicos	40,5%	59,5%	100,0%
		Superiores	41,9%	58,1%	100,0%
	Total		40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	Estudios	Sin estudios	18,7%	20,0%	19,5%
		Primarios	26,8%	32,7%	30,3%
		Medios	27,5%	21,9%	24,1%
		Técnicos	7,4%	7,3%	7,4%
		Superiores	19,5%	18,2%	18,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	-0,7	0,7	
		Primarios	-2,9	2,9	
		Medios	3,0	-3,0	
		Técnicos	0,1	-0,1	
		Superiores	0,8	-0,8	
	Total				

Al relacionar el nivel de estudios con la pregunta número 32, se observa que los pacientes sin estudios o con estudios primarios tienen mayor tendencia a contestar que no se han leído detenidamente el consentimiento informado, de forma estadísticamente significativa ($P < 0,001$), según se refleja en la Tabla 175.

Tabla 175

			¿Lo ha leído detenidamente?		
			No	Sí	Total
Distribución de los estudios en función de la pregunta número 32 ($P < 0,001$)					
Recuento	Estudios	Sin estudios	111	191	302
		Primarios	174	333	507
		Medios	95	230	325
		Técnicos	16	93	109
		Superiores	80	188	268
	Total		476	1035	1511
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	36,8%	63,2%	100,0%
		Primarios	34,3%	65,7%	100,0%
		Medios	29,2%	70,8%	100,0%
		Técnicos	14,7%	85,3%	100,0%
		Superiores	29,9%	70,1%	100,0%
	Total		31,5%	68,5%	100,0%
% dentro de ¿Lo ha leído detenidamente?	Estudios	Sin estudios	23,3%	18,5%	20,0%
		Primarios	36,6%	32,2%	33,6%
		Medios	20,0%	22,2%	21,5%
		Técnicos	3,4%	9,0%	7,2%
		Superiores	16,8%	18,2%	17,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	2,2	-2,2	
		Primarios	1,7	-1,7	
		Medios	-1,0	1,0	
		Técnicos	-3,9	3,9	
		Superiores	-0,6	0,6	
	Total				

Al relacionar los estudios con la percepción del paciente de si el documento estaba escrito en un lenguaje comprensible, según se refleja en la Tabla 176, no tener estudios se asocia a percibir que el consentimiento no estaba escrito en un lenguaje comprensible. Del total de pacientes sin estudios, un 36,8% considera que el consentimiento no estaba escrito en un lenguaje comprensible.

Tabla 176

		Distribución de los estudios en función de la pregunta número 33 (P=0,006)			
		¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?			
		No	Sí	Total	
Recuento	Estudios	Sin estudios	82	141	223
		Primarios	104	299	403
		Medios	71	198	269
		Técnicos	18	81	99
		Superiores	62	164	226
		Total	337	883	1220
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	36,8%	63,2%	100,0%
		Primarios	25,8%	74,2%	100,0%
		Medios	26,4%	73,6%	100,0%
		Técnicos	18,2%	81,8%	100,0%
		Superiores	27,4%	72,6%	100,0%
		Total	27,6%	72,4%	100,0%
% dentro de ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?	Estudios	Sin estudios	24,3%	16,0%	18,3%
		Primarios	30,9%	33,9%	33,0%
		Medios	21,1%	22,4%	22,0%
		Técnicos	5,3%	9,2%	8,1%
		Superiores	18,4%	18,6%	18,5%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	3,4	-3,4	
		Primarios	-1,0	1,0	
		Medios	-0,5	0,5	
		Técnicos	-2,2	2,2	
		Superiores	-0,1	0,1	

Por último, con respecto al nivel de estudios, se refleja en la Tabla 177 su relación con la pregunta número 34, observándose que no tener estudios o tener estudios primarios se asocia en mayor proporción a no conocer el Documento de Instrucciones Previas. De los pacientes sin estudios, un 87,4% no saben lo que es, en cambio, atendiendo al total de pacientes con estudios superiores, el porcentaje de pacientes que no conoce el Documento de Instrucciones Previas es del 71,6%.

Tabla 177

			¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		
			No	Sí	Total
Distribución de los estudios en función de la pregunta número 34 (P<0,001)					
Recuento	Estudios	Sin estudios	408	59	467
		Primarios	605	138	743
		Medios	405	129	534
		Técnicos	127	40	167
		Superiores	302	120	422
		Total	1847	486	2333
% dentro de Estudios	Estudios	Sin estudios	87,4%	12,6%	100,0%
		Primarios	81,4%	18,6%	100,0%
		Medios	75,8%	24,2%	100,0%
		Técnicos	76,0%	24,0%	100,0%
		Superiores	71,6%	28,4%	100,0%
		Total	79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	Estudios	Sin estudios	22,1%	12,1%	20,0%
		Primarios	32,8%	28,4%	31,8%
		Medios	21,9%	26,5%	22,9%
		Técnicos	6,9%	8,2%	7,2%
		Superiores	16,4%	24,7%	18,1%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Estudios	Sin estudios	4,9	-4,9	
		Primarios	1,8	-1,8	
		Medios	-2,2	2,2	
		Técnicos	-1,0	1,0	
		Superiores	-4,3	4,3	
		Total	0,0	0,0	0,0

En cuanto a la pregunta número 34, el haber sido entrevistado en un servicio hospitalario se asoció más a conocer el Documento de Instrucciones Previas, con una relación estadísticamente significativa ($P=0,002$). De esta forma, según se refleja en la Tabla 178, del total de pacientes atendidos en un Hospital el 25,8% si afirma conocer el Documento de Instrucciones Previas, frente al 19,4% del total de pacientes atendidos en un Centro de salud.

Tabla 178

Distribución del servicio de atención en función de la pregunta número 34 ($P=0,002$)					
			¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		
			No	Sí	Total
Recuento	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	393	137	530
		Centros de Salud	1454	349	1803
Total			1847	486	2333
% dentro de Servicio/CS en el que está siendo atendido	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	74,2%	25,8%	100,0%
		Centros de Salud	80,6%	19,4%	100,0%
Total			79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	Servicio/CS en el que está siendo atendido	Hospital	21,3%	28,2%	22,7%
		Centros de Salud	78,7%	71,8%	77,3%
Total			100,0%	100,0%	100,0%

Al asociar la variable de uso habitual del sistema sanitario público con las preguntas del bloque de consentimiento se observa una relación estadísticamente significativa con todas salvo con la pregunta número 28 (“¿Sabe lo que es el consentimiento informado?”).

Del total de pacientes que afirman un uso habitual del sistema sanitario público, el 51% afirma que el personal sanitario no le ha informado sobre el contenido del consentimiento informado ni para lo que sirve. En el caso de los usuarios no habituales, este porcentaje es del 62,1%. Estos resultados se reflejan en la Tabla 179.

Tabla 179

			¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?		Total
			No	Sí	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	877	844	1721
		No	315	192	507
	Total		1192	1036	2228
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	51,0%	49,0%	100,0%
		No	62,1%	37,9%	100,0%
	Total		53,5%	46,5%	100,0%
% dentro de ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	73,6%	81,5%	77,2%
		No	26,4%	18,5%	22,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar el uso del sistema sanitario público en función de si se ha pedido el consentimiento del paciente por escrito para una intervención quirúrgica (pregunta 30, Tabla 180) o para alguna prueba diagnóstica con riesgo (pregunta 31, Tabla 181) se observa una tendencia similar. En ambos casos, de forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), considerarse un usuario habitual del sistema sanitario público se asocia más a contestar afirmativamente que sí se le ha pedido su consentimiento por escrito para los supuestos antes mencionados.

Tabla 180

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?		Total
			No	Sí	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	607	1112	1719
		No	298	205	503
	Total		905	1317	2222
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	35,3%	64,7%	100,0%
		No	59,2%	40,8%	100,0%
	Total		40,7%	59,3%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	67,1%	84,4%	77,4%
		No	32,9%	15,6%	22,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 181

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 31 ($P<0,001$)

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?		
			No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	626	1084	1710
		No	265	242	507
	Total		891	1326	2217
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	36,6%	63,4%	100,0%
		No	52,3%	47,7%	100,0%
	Total		40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	70,3%	81,7%	77,1%
		No	29,7%	18,3%	22,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al estudiar la relación entre el uso habitual y la lectura del consentimiento informado, según se refleja en la Tabla 182, se observa que el 30,2% del total de los pacientes que se consideran usuarios habituales no han leído detenidamente el consentimiento informado. En los pacientes que no son usuarios habituales del sistema sanitario público, el porcentaje de los que refieren no haber leído detenidamente el consentimiento es del 37,8%.

Tabla 182

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 32 ($P=0,016$)

			¿Lo ha leído detenidamente?		
			No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	377	872	1249
		No	99	163	262
	Total		476	1035	1511
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	30,2%	69,8%	100,0%
		No	37,8%	62,2%	100,0%
	Total		31,5%	68,5%	100,0%
% dentro de ¿Lo ha leído detenidamente?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	79,2%	84,3%	82,7%
		No	20,8%	15,7%	17,3%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la relación del uso habitual con la pregunta que explora si el consentimiento estaba escrito en un lenguaje comprensible, observamos que para el 25,6% de los pacientes que se consideran usuarios habituales del sistema sanitario público este documento no estaba escrito en un lenguaje comprensible. Este porcentaje es del 39% si nos referimos a los pacientes que no usan habitualmente el sistema público. Los resultados se reflejan en la Tabla 183 y presentan una relación estadísticamente significativa ($P < 0,001$).

Tabla 183

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 33 ($P < 0,001$)

			¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?		
			No	Sí	Total
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	264	769	1033
		No	73	114	187
	Total		337	883	1220
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	25,6%	74,4%	100,0%
		No	39,0%	61,0%	100,0%
	Total		27,6%	72,4%	100,0%
% dentro de ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	78,3%	87,1%	84,7%
		No	21,7%	12,9%	15,3%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En lo referente al conocimiento del Documento de Instrucciones Previas (Tabla 184), el 23,2% del total de pacientes que refieren ser usuarios habituales del sistema sanitario público saben lo que es. Este porcentaje es del 12,4% si nos fijamos en el grupo de pacientes que no usa habitualmente este sistema.

Tabla 184

Distribución del uso del sistema público en función de la pregunta número 34 ($P<0,001$)

			¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		Total
			No	Sí	
Recuento	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	1403	423	1826
		No	444	63	507
	Total		1847	486	2333
% dentro de ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	76,8%	23,2%	100,0%
		No	87,6%	12,4%	100,0%
	Total		79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	¿Usa habitualmente el sistema sanitario público?	Sí	76,0%	87,0%	78,3%
		No	24,0%	13,0%	21,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Con respecto a la variable de frecuentación del servicio sanitario público en el último año y su relación con las preguntas del bloque de consentimiento se observa que con todas ellas existe una asociación estadísticamente significativa.

En primer lugar, al analizar la relación entre la frecuentación y el conocimiento del consentimiento informado ($P=0,008$, Tabla 185), se observa que haber usado el servicio sanitario público en menos de 10 ocasiones o en más de 20 ocasiones en el último año se asocia más a saber lo que es el consentimiento, mientras que el haber acudido entre 10 y 20 ocasiones se asocia más con no saber lo que es el consentimiento informado.

Tabla 185

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 28 ($P=0,008$)

			¿Sabe lo que es el consentimiento informado?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año, <10		635	1057	1692
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	273	355	628
		>20	84	166	250
	Total		992	1578	2570
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, <10		37,5%	62,5%	100,0%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	43,5%	56,5%	100,0%
		>20	33,6%	66,4%	100,0%
	Total		38,6%	61,4%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	Durante el último año, <10		64,0%	67,0%	65,8%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	27,5%	22,5%	24,4%
		>20	8,5%	10,5%	9,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, <10		-1,5	1,5	
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	2,9	-2,9	
		>20	-1,7	1,7	
	Total				

En cuanto a la relación entre la frecuentación en función de la pregunta número 29 ($P=0,005$, Tabla 186), se observa que haber acudido en más de 10 ocasiones al servicio sanitario público en el último año se asocia más a que el personal sanitario le haya informado sobre el contenido del consentimiento informado y para qué sirve. El porcentaje de pacientes que responden afirmativamente a esta pregunta va aumentando según aumenta el número de visitas al sistema sanitario en el último año: menos de 10 ocasiones (44,4%), de 10 a 20 veces (49%) y más de 20 veces (55,1%).

Tabla 186

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 29 ($P=0,005$)

		¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?		
		No	Sí	Total
Recuento	Durante el último año, <10	829	661	1490
	¿cuántas veces ha usado 10-20	267	257	524
	estos servicios? >20	96	118	214
	Total	1192	1036	2228
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, <10	55,6%	44,4%	100,0%
	¿cuántas veces ha usado 10-20	51,0%	49,0%	100,0%
	estos servicios? >20	44,9%	55,1%	100,0%
	Total	53,5%	46,5%	100,0%
% dentro de ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?	Durante el último año, <10	69,5%	63,8%	66,9%
	¿cuántas veces ha usado 10-20	22,4%	24,8%	23,5%
	estos servicios? >20	8,1%	11,4%	9,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, <10	2,9	-2,9	
	¿cuántas veces ha usado 10-20	-1,3	1,3	
	estos servicios? >20	-2,7	2,7	

Con respecto a las preguntas 30 (Tabla 187) y 31 (Tabla 188) observamos la misma tendencia en las respuestas que para la pregunta anterior: una mayor frecuentación al servicio sanitario público en el último año se asocia más, de una forma estadísticamente significativa ($P<0,001$), a que los pacientes respondan que si se les ha pedido su consentimiento por escrito tanto para una intervención quirúrgica como para realizar una prueba diagnóstica de riesgo.

Tabla 187

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 30 ($P<0,001$)

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?		
			No	Sí	Total
Recuento	Durante el último año, <10		665	807	1472
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	199	336	535
		>20	41	174	215
	Total		905	1317	2222
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, <10		45,2%	54,8%	100,0%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	37,2%	62,8%	100,0%
		>20	19,1%	80,9%	100,0%
	Total		40,7%	59,3%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	Durante el último año, <10		73,5%	61,3%	66,2%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	22,0%	25,5%	24,1%
		>20	4,5%	13,2%	9,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, <10		6,0	-6,0	
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	-1,9	1,9	
		>20	-6,8	6,8	
	Total				

Tabla 188

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 31 ($P<0,001$)

			¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?		
			No	Sí	Total
Recuento	Durante el último año, <10		642	827	1469
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	195	335	530
		>20	54	164	218
	Total		891	1326	2217
% dentro de último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, <10		43,7%	56,3%	100,0%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	36,8%	63,2%	100,0%
		>20	24,8%	75,2%	100,0%
	Total		40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	Durante el último año, <10		72,1%	62,4%	66,3%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	21,9%	25,3%	23,9%
		>20	6,1%	12,4%	9,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, <10		4,7	-4,7	
	¿cuántas veces ha usado estos servicios?	10-20	-1,8	1,8	
		>20	-4,9	4,9	
	Total				

Al relacionar la frecuentación con la pregunta número 32 que hace referencia a si los pacientes han leído detenidamente el consentimiento informado observamos, según se refleja en la Tabla 189, que:

- Del total de pacientes que han acudido en menos de 10 ocasiones o en más de 20 ocasiones al servicio sanitario en el último año, el 71,8% y el 71,4% respectivamente, si afirman haber leído el documento detenidamente.
- Del total de pacientes que refieren haber usado estos servicios entre 10 y 20 veces, el 58,9% refieren haber leído detenidamente el consentimiento.

Tabla 189

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 32 ($P<0,001$)

			¿Lo ha leído detenidamente?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año,	<10	268	681	949
	¿cuántas veces ha usado	10-20	156	224	380
	estos servicios?	>20	52	130	182
	Total		476	1035	1511
% dentro de	Durante el	<10	28,2%	71,8%	100,0%
	último año, ¿cuántas veces	10-20	41,1%	58,9%	100,0%
	ha usado estos servicios?	>20	28,6%	71,4%	100,0%
	Total		31,5%	68,5%	100,0%
% dentro de ¿Lo ha leído	Durante el último año,	<10	56,3%	65,8%	62,8%
	detenidamente?	10-20	32,8%	21,6%	25,1%
	¿cuántas veces ha usado	>20	10,9%	12,6%	12,0%
	estos servicios?	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año,	<10	-3,5	3,5	
	¿cuántas veces ha usado	10-20	4,6	-4,6	
	estos servicios?	>20	-0,9	0,9	
	Total				

Al relacionar la frecuentación con la pregunta número 33, “¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?” (Tabla 190), se observa que el grupo de pacientes que refiere haber acudido entre 10 y 20 veces al sistema sanitario en el último año tiende a contestar negativamente a este ítem. Del total de pacientes del grupo que ha acudido entre 10 y 20 veces, el 33,1% refieren que el consentimiento no estaba escrito en un lenguaje comprensible, en contraposición con el 27,1% en el grupo que ha acudido en menos de 10 ocasiones y el 20,1% de los que han acudido en más de 20 ocasiones a este servicio.

Tabla 190

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 33 ($P=0,017$)

		¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?		Total
		No	Sí	
Recuento	Durante el último año, <10	218	586	804
	¿cuántas veces ha usado estos servicios? 10-20	90	182	272
	>20	29	115	144
	Total	337	883	1220
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, <10	27,1%	72,9%	100,0%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios? 10-20	33,1%	66,9%	100,0%
	>20	20,1%	79,9%	100,0%
	Total	27,6%	72,4%	100,0%
% dentro de ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?	Durante el último año, <10	64,7%	66,4%	65,9%
	¿cuántas veces ha usado estos servicios? 10-20	26,7%	20,6%	22,3%
	>20	8,6%	13,0%	11,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, <10	-0,6	0,6	
	¿cuántas veces ha usado estos servicios? 10-20	2,3	-2,3	
	>20	-2,1	2,1	
	Total			

En lo referente al conocimiento del Documento de Instrucciones Previas, admitir haber usado entre 10 y 20 ocasiones el servicio sanitario público en el último año se asocia más a desconocer este documento (Tabla 191), en contraposición a una menor y mayor frecuentación. De este modo, del total de pacientes que ha acudido entre 10 y 20 veces, el 85,2% refieren desconocer el Documento de Instrucciones Previas, en contraposición con el 77,3% en el grupo que ha acudido en menos de 10 ocasiones y el 76,2% de los que han acudido en más de 20 ocasiones a este servicio.

Tabla 191

Distribución de la frecuentación en función de la pregunta número 34 ($P < 0,001$)

			¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		Total
			No	Sí	
Recuento	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	1174	345	1519
		10-20	497	86	583
		>20	176	55	231
	Total		1847	486	2333
% dentro de Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	77,3%	22,7%	100,0%
		10-20	85,2%	14,8%	100,0%
		>20	76,2%	23,8%	100,0%
	Total		79,2%	20,8%	100,0%
% dentro de ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	63,6%	71,0%	65,1%
		10-20	26,9%	17,7%	25,0%
		>20	9,5%	11,3%	9,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	Durante el último año, ¿cuántas veces ha usado estos servicios?	<10	-3,1	3,1	
		10-20	4,2	-4,2	
		>20	-1,2	1,2	

Seguidamente, se reflejarán los resultados obtenidos al estudiar la relación entre las preguntas del bloque de consentimiento informado y las variables que guardan relación con aspectos de la comunicación entre el paciente y el profesional sanitario.

6.4.3. CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES SEGÚN LA COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.

En relación con la pregunta “¿Sabe lo que es el consentimiento informado?”, aplicando la U de Mann-Whitney y la W de Wilcoxon, no hemos observado diferencias estadísticamente significativas tanto con el grado de satisfacción con la información recibida de forma directa, como con el indicador indirecto del “Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente” (Tabla 192). En este sentido, la valoración media del grado de satisfacción de los pacientes es ligeramente superior en los que si conocen este documento (6,97) frente a los que

no (6,95), tal y como se observa en la Tabla 192 y viene representado en el Gráfico 40. En relación con los resultados del indicador indirecto, esta tendencia es inversa, siendo el grado de información correcta recibida superior en el grupo de pacientes que afirman no conocer el consentimiento informado (28,29) frente al grupo que si lo conoce (28,27), tal y como se observa en la Tabla 192 y viene representado en el Gráfico 41. En ambos casos estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 192

Medias de valoración de la información según la pregunta número 28

¿Sabe lo que es el consentimiento informado?		Media	N	Desv. típ.
Califique de una a diez cuál es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.	No	6,95	957	1,920
	Sí	6,97	1546	1,929
		6,96	2503	1,925
Mann-Whitney Z = 0,553 P=0,580 (NS)				
Grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.	No	28,29	446	8,233
	Sí	28,27	1000	7,602
		28,28	1446	7,799
Mann-Whitney Z = 0,508 P=0,611 (NS)				

Gráfico 40

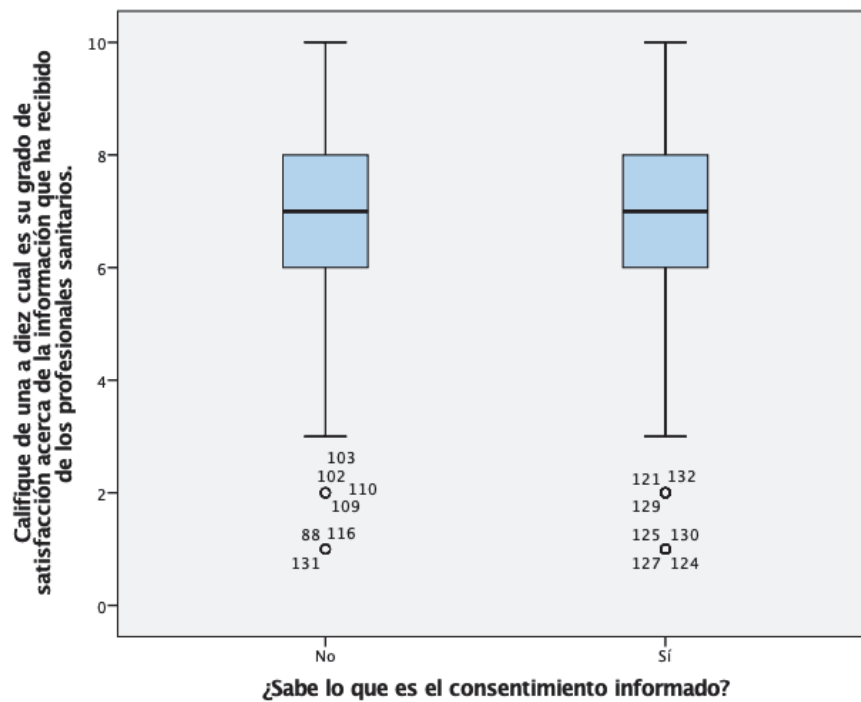
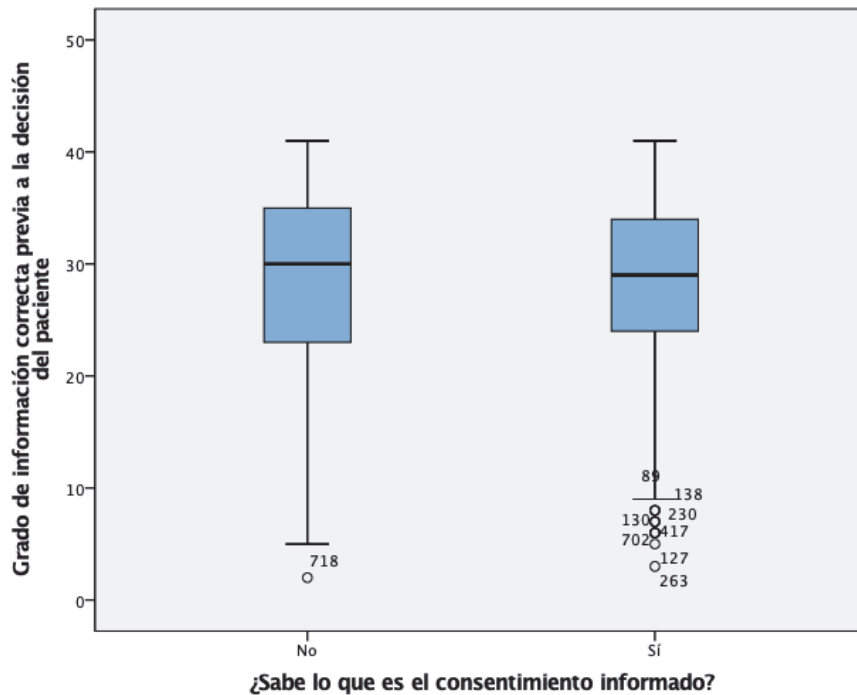


Gráfico 41



A continuación, para analizar la relación entre las respuestas del bloque de consentimiento y toma de decisiones con las preguntas de comunicación entre el personal sanitario y el paciente, se cruza la pregunta número 28 “¿Sabe lo que es el consentimiento informado?” con las preguntas del bloque de comunicación, que, en nuestra opinión, guardan relación con el consentimiento informado.

En primer lugar, en lo que respecta a la percepción del paciente de que el personal sanitario le hubiese informado de forma correcta sobre su enfermedad, tal y como se observa en la Tabla 193, del total de pacientes que están de acuerdo con este ítem, el 67,4% (604 pacientes) sabe lo que es el consentimiento, frente al 32,6% que no (292 pacientes).

Tabla 193

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 2 ($P < 0,001$)

		El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.					
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	51	134	292	498	975
		Sí	50	224	604	693	1571
	Total		101	358	896	1191	2546
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	5,2%	13,7%	29,9%	51,1%	100,0%
		Sí	3,2%	14,3%	38,4%	44,1%	100,0%
	Total		4,0%	14,1%	35,2%	46,8%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	50,5%	37,4%	32,6%	41,8%	38,3%
		Sí	49,5%	62,6%	67,4%	58,2%	61,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	2,6	-0,4	-4,4	3,4	
		Sí	-2,6	0,4	4,4	-3,4	
	Total						

Al asociar el conocimiento del paciente del consentimiento informado con su percepción de que el personal sanitario hubiese atendido de forma correcta a sus preguntas (Tabla 194), se observa, de forma estadísticamente significativa ($P < 0,001$), como de los pacientes que están de acuerdo con esta afirmación, el 66,5% saben lo que es el consentimiento frente al 33,5% que no. Así mismo, de los pacientes que están muy de acuerdo con que el personal sanitario atendiese correctamente a sus preguntas, el 57,3% saben lo que es el consentimiento, frente al 42,7% que no. Al establecer esta misma relación, pero con la pregunta número 4 “El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información”, se obtienen unos resultados muy similares, según se refleja en la Tabla 195.

Tabla 194

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 3 ($P<0,001$)

			El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.				
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	50	128	294	515	987
		Sí	58	239	583	691	1571
	Total		108	367	877	1206	2558
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	5,1%	13,0%	29,8%	52,2%	100,0%
		Sí	3,7%	15,2%	37,1%	44,0%	100,0%
	Total		4,2%	14,3%	34,3%	47,1%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	46,3%	34,9%	33,5%	42,7%	38,6%
		Sí	53,7%	65,1%	66,5%	57,3%	61,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	1,7	-1,6	-3,8	4,0	
		Sí	-1,7	1,6	3,8	-4,0	

Tabla 195

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 4 ($P=0,001$)

			El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.				
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	65	163	263	488	979
		Sí	86	286	522	676	1570
	Total		151	449	785	1164	2549
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	6,6%	16,6%	26,9%	49,8%	100,0%
		Sí	5,5%	18,2%	33,2%	43,1%	100,0%
	Total		5,9%	17,6%	30,8%	45,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	43,0%	36,3%	33,5%	41,9%	38,4%
		Sí	57,0%	63,7%	66,5%	58,1%	61,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	1,2	-1,0	-3,4	3,3	
		Sí	-1,2	1,0	3,4	-3,3	

Como se puede observar en la Tabla 196, atendiendo a la pregunta número 6, que pretende reflejar la percepción del paciente acerca de si el personal sanitario le ha explicado de forma correcta las razones del tratamiento, cabe destacar que del total de pacientes que están muy de acuerdo con esta afirmación, el 57,5% conoce el consentimiento informado.

Tabla 196

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 6 ($P < 0,001$)

		El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.					
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	78	112	276	499	965
		Sí	82	258	533	675	1548
	Total		160	370	809	1174	2513
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	8,1%	11,6%	28,6%	51,7%	100,0%
		Sí	5,3%	16,7%	34,4%	43,6%	100,0%
	Total		6,4%	14,7%	32,2%	46,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	48,8%	30,3%	34,1%	42,5%	38,4%
		Sí	51,3%	69,7%	65,9%	57,5%	61,6%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	2,8	-3,5	-3,0	4,0	
		Sí	-2,8	3,5	3,0	-4,0	

Con respecto a las preguntas 7 y 8, relacionadas con aspectos de las pruebas diagnósticas, se observa una tendencia similar a las respuestas de los ítems anteriores:

- El 66,5% de los pacientes que están de acuerdo con haber sido informados de forma correcta sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de estas, saben lo que es el consentimiento informado (Tabla 197).
- El 64,3% de los pacientes que están de acuerdo con que el personal sanitario les informase correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas complementarias saben lo que es el consentimiento informado (Tabla 198).

Tabla 197

		El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.					Total
		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo		
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	74	136	251	479	940
		Sí	78	263	499	661	1501
	Total		152	399	750	1140	2441
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	7,9%	14,5%	26,7%	51,0%	100,0%
		Sí	5,2%	17,5%	33,2%	44,0%	100,0%
	Total		6,2%	16,3%	30,7%	46,7%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó sobre el tipo de pruebas diagnósticas y sus razones.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	48,7%	34,1%	33,5%	42,0%	38,5%
		Sí	51,3%	65,9%	66,5%	58,0%	61,5%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	2,7	-2,0	-3,4	3,3	
		Sí	-2,7	2,0	3,4	-3,3	

Tabla 198

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 8 ($P<0,001$)

		El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.					
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	110	134	229	429	902
		Sí	148	303	413	602	1466
	Total		258	437	642	1031	2368
% dentro de lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	12,2%	14,9%	25,4%	47,6%	100,0%
		Sí	10,1%	20,7%	28,2%	41,1%	100,0%
	Total		10,9%	18,5%	27,1%	43,5%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le informó sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	42,6%	30,7%	35,7%	41,6%	38,1%
		Sí	57,4%	69,3%	64,3%	58,4%	61,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	1,6	-3,5	-1,5	3,1	
		Sí	-1,6	3,5	1,5	-3,1	

Al analizar las respuestas obtenidas en la pregunta número 9 (Tabla 199), que pretende valorar si el personal sanitario ha tenido en cuenta la opinión del paciente previo a la toma de una decisión difícil con respecto a su salud, cabe destacar que:

- Del total de pacientes que está de acuerdo con el ítem, el 68,8% conocen el consentimiento informado.
- De los pacientes que afirman estar muy de acuerdo con que se hayan tenido en cuenta sus opiniones en este sentido, el 58% conocían el consentimiento informado.

Tabla 199

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 9 ($P < 0,001$)

			El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud.				
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	84	105	208	404	801
		Sí	117	230	459	557	1363
		Total	201	335	667	961	2164
% dentro de lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	10,5%	13,1%	26,0%	50,4%	100,0%
		Sí	8,6%	16,9%	33,7%	40,9%	100,0%
		Total	9,3%	15,5%	30,8%	44,4%	100,0%
% dentro de El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones...	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	41,8%	31,3%	31,2%	42,0%	37,0%
		Sí	58,2%	68,7%	68,8%	58,0%	63,0%
		Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	1,5	-2,3	-3,7	4,3	
		Sí	-1,5	2,3	3,7	-4,3	

En lo referente a si el personal sanitario ha informado al paciente, incluso de los inconvenientes, de las pruebas diagnósticas o del tratamiento, para que este pudiese llevar a cabo una adecuada toma de decisiones, se observa que del total de pacientes que está de acuerdo o muy de acuerdo con esta afirmación, el 68,3% y el 57,5%, respectivamente, saben lo que es el consentimiento informado, según se refleja en la Tabla 200.

Tabla 200

		Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 10 (P<0,001)					
		El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, para que usted pueda decidir sobre su tratamiento o prueba diagnóstica.					
			Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	100	134	214	387	835
		Sí	151	274	461	523	1409
	Total		251	408	675	910	2244
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	12,0%	16,0%	25,6%	46,3%	100,0%
		Sí	10,7%	19,4%	32,7%	37,1%	100,0%
	Total		11,2%	18,2%	30,1%	40,6%	100,0%
% dentro de El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible...	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	39,8%	32,8%	31,7%	42,5%	37,2%
		Sí	60,2%	67,2%	68,3%	57,5%	62,8%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	0,9	-2,0	-3,5	4,3	
		Sí	-0,9	2,0	3,5	-4,3	

Al analizar la pregunta número 11 “Prefiere que el personal sanitario le diga claramente qué tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias” se observa que más de la mitad de los pacientes, el 51,9%, de los que están muy de acuerdo con la afirmación anterior si saben lo que es el consentimiento informado, es decir, pone de manifiesto la posibilidad de que el paciente pueda preferir una actitud más paternalista por parte del profesional sanitario. Estos resultados se detallan en la Tabla 201.

Tabla 201

		Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 11 ($P < 0,001$)						
		Prefiere que el personal sanitario le diga claramente qué tratamiento debe seguir, sin mas información sobre riesgos o consecuencias.						
				Muy en	En	De acuerdo	Muy de	Total
				desacuerdo	desacuerdo		acuerdo	
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No		438	81	90	250	859
		Sí		849	202	152	270	1473
		Total		1287	283	242	520	2332
% dentro de lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No		51,0%	9,4%	10,5%	29,1%	100,0%
		Sí		57,6%	13,7%	10,3%	18,3%	100,0%
		Total		55,2%	12,1%	10,4%	22,3%	100,0%
% dentro de Prefiere que el personal sanitario le diga claramente qué tratamiento debe seguir...	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No		34,0%	28,6%	37,2%	48,1%	36,8%
		Sí		66,0%	71,4%	62,8%	51,9%	63,2%
		Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No		-3,1	-3,1	0,1	6,0	
		Sí		3,1	3,1	-0,1	-6,0	

Para terminar con este apartado, se pretende conocer si se informa de un modo más claro y completo en el primer o segundo nivel asistencial y la relación que esto guarda con el consentimiento informado (Tabla 202). En este sentido, destaca que:

- De los pacientes que opinan que se informa “mejor” en el Centro de Salud, el 58,6% sabe lo que es el consentimiento informado.
- Del total de pacientes que conciben que la información es más clara y completa en el Hospital, el 66,2% conocen el consentimiento.

Tabla 202

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 17 ($P < 0,001$)

		En general, ¿Dónde le han informado de forma más clara y completa?				
		Centro de				Total
		salud	Hospital	Ambos		
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	356	381	215	952
		Sí	503	747	303	1553
	Total	859	1128	518	2505	
% dentro de consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	37,4%	40,0%	22,6%	100,0%
		Sí	32,4%	48,1%	19,5%	100,0%
	Total	34,3%	45,0%	20,7%	100,0%	
% dentro de En general, ¿Dónde le han informado de forma más clara y completa?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	41,4%	33,8%	41,5%	38,0%
		Sí	58,6%	66,2%	58,5%	62,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Residuos corregidos	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	2,6	-3,9	1,8	
		Sí	-2,6	3,9	-1,8	

A continuación, se procede a relacionar las preguntas que abarcan cuestiones del consentimiento informado y la toma de decisiones en consulta entre sí.

6.4.4. RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL CONSENTIMIENTO Y TOMA DE DECISIONES.

Al relacionar la primera pregunta del bloque de consentimiento (pregunta número 28, “¿Sabe lo que es el consentimiento informado?”) con el resto de las variables del bloque se obtienen relaciones estadísticamente significativas con las que se detallan a continuación.

Con respecto a la pregunta número 29 (Tabla 203), del total de pacientes que conocen el consentimiento informado, el 36,7% afirman que el personal sanitario no les ha informado sobre su contenido y para lo que sirve. Del total de pacientes que no saben lo que es el consentimiento, el 90,6% refieren que el personal no les ha informado sobre su contenido ni para lo que sirve.

Tabla 203

		Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 29 ($P<0,001$)			
		¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?		Total	
		No	Sí		
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	628	65	693
		Sí	564	971	1535
	Total		1192	1036	2228
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	90,6%	9,4%	100,0%
		Sí	36,7%	63,3%	100,0%
	Total		53,5%	46,5%	100,0%
% dentro de ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	52,7%	6,3%	31,1%
		Sí	47,3%	93,7%	68,9%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al relacionar la pregunta número 28 con las preguntas 30 (Tabla 204) y 31 (Tabla 205) se obtienen resultados similares:

- No saber lo que es el consentimiento informado se asocia más a contestar que el personal sanitario no ha pedido su consentimiento por escrito previa a una intervención o prueba diagnóstica de riesgo.

- Del total de pacientes que, si conocen el consentimiento, el 30,9% refieren que no han pedido su consentimiento para llevar a cabo una intervención quirúrgica, y el 30,1% refieren que no se les ha pedido su consentimiento previo a una prueba diagnóstica de riesgo.

Tabla 204

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 30 ($P < 0,001$)

		¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?			
			No	Sí	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	444	288	732
		Sí	461	1029	1490
	Total		905	1317	2222
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	60,7%	39,3%	100,0%
		Sí	30,9%	69,1%	100,0%
	Total		40,7%	59,3%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	49,1%	21,9%	32,9%
		Sí	50,9%	78,1%	67,1%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 205

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 31 ($P < 0,001$)

		¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?			
			No	Sí	Total
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	446	292	738
		Sí	445	1034	1479
	Total		891	1326	2217
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	60,4%	39,6%	100,0%
		Sí	30,1%	69,9%	100,0%
	Total		40,2%	59,8%	100,0%
% dentro de ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	50,1%	22,0%	33,3%
		Sí	49,9%	78,0%	66,7%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

Al relacionar el conocimiento del consentimiento informado con la pregunta número 32 (Tabla 206) se observa que el 28,9% del total de pacientes que si conocen este documento no se lo han leído detenidamente. Del total de pacientes que no conocen el consentimiento, el 39,8% refiere que tampoco se lo ha leído.

Tabla 206

			¿Lo ha leído detenidamente?		Total
			No	Sí	
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	142	215	357
		Sí	334	820	1154
	Total		476	1035	1511
% dentro de ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	39,8%	60,2%	100,0%
		Sí	28,9%	71,1%	100,0%
	Total		31,5%	68,5%	100,0%
% dentro de ¿Lo ha leído detenidamente?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	29,8%	20,8%	23,6%
		Sí	70,2%	79,2%	76,4%
	Total		100,0%	100,0%	100,0%

En lo que respecta a la relacion entre conocer el consentimiento informado y conocer el Documento de Instrucciones Previas se observa que el hecho de conocer el consentimiento informado se asocia más a conocer tambien lo que es el documento de instrucciones previas, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Del total de pacientes que conocen el consentimiento, el 27,1% tambien conoce lo que es el Documento de Instrucciones Previas. Del total de pacientes que no conocen el consentimiento, el 9,5% tampoco conoce lo que es el Documento de Instrucciones Previas. Estos resultados se reflejan en la Tabla 207.

Tabla 207

Distribución de la pregunta número 28 en función de la pregunta número 34 ($P < 0,001$)

		¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?		Total	
		No	Sí		
Recuento	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	752	79	831
		Sí	1095	407	1502
	Total	1847	486	2333	
% dentro de que es el consentimiento informado?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	90,5%	9,5%	100,0%
		Sí	72,9%	27,1%	100,0%
	Total	79,2%	20,8%	100,0%	
% dentro de que es el Documento de Instrucciones Previas?	¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	No	40,7%	16,3%	35,6%
		Sí	59,3%	83,7%	64,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Para terminar con el bloque de consentimiento y toma de decisiones se procede a reflejar los resultados del análisis de regresión logística multivariante para valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo conozca el consentimiento informado.

6.4.5. MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA MULTIVARIANTE

Tabla 208

Modelo de Regresión Logística de la posibilidad de conocer qué es el consentimiento informado

		P	OR	I.C. 95% para OR
Género	Hombre		1	
	Mujer	,142	,833	(0,654-1,063)
Edad	≤ 50		1	
	> 50	<0,001	1,959	(1,491-2,575)
Nivel de estudios	Sin estudios		1	
	Primarios	,883	,976	(0,707-1,347)
	Medios	,265	1,223	(0,859-1,742)
	Técnicos	,932	1,022	(0,624-1,672)
	Superiores	<0,001	3,352	(2,151-5,224)
Servicio	Centro de Salud		1	
	Hospital	,645	,934	(0,700-1,248)
Uso habitual	No		1	
	Sí	,507	1,111	(0,815-1,514)
Frecuentación	< 10		1	
	10 - 20	,214	1,179	(0,923-1,656)
	> 20	,007	1,524	(1,118-1,946)
Buena satisfacción con la información recibida	No		1	
	Sí	,319	1,129	(0,890-1,432)
Alta grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente	No		1	
	Sí	,207	,815	(0,606-1,103)

El conocer qué es el consentimiento informado se asocia con los factores recogidos en la Tabla 208, por sí mismos e independientemente cada uno de los demás, es decir, ajustando cada factor por los demás factores del modelo, de la manera que sigue.

La posibilidad de conocer qué es el consentimiento informado:

- No difiere significativamente entre hombres y mujeres ($P=0,142$).
- Es 1,959 veces mayor en los mayores de 50 años ($P<0,001$) que en los menores de 50 años.
- Es 3,352 veces mayor en los que tienen estudios superiores que en los que no tienen estudios ($P<0,001$), no observándose diferencia significativa entre los sin

estudios respecto y los que tienen estudios primarios, medios y los profesionales técnicos.

- Los que son atendidos en Hospital y que los son en Centros de Salud no difieren significativamente en la posibilidad de conocer qué es el consentimiento informado ($P=0,645$).
- Dicha posibilidad es similar en los que usan habitualmente el sistema sanitario público que en los que no ($P=0,507$).
- Es 1,524 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año que en los que han hecho menos de 10 visitas ($P=0,007$), mientras que ese riesgo en los de 10-20 visitas no difiere significativamente respecto a los de menos de 10 visitas.
- Los que indican y los que no indican una buena satisfacción con la información recibida por el profesional sanitario no difieren significativamente en la posibilidad de conocer qué es el consentimiento informado ($P=0,319$).
- Los individuos en los que se deduce una alta adecuación de la información previa a la decisión del paciente y aquellos en los que no se deduce, no difieren significativamente en la posibilidad de conocer qué es el consentimiento informado ($P=0,207$).

7. DISCUSIÓN

La relación que se establece entre los profesionales de la salud y los pacientes ha ido evolucionando a lo largo de los años, estando determinada en gran medida por los cambios poblacionales, sociales y los avances tecnológicos propios de cada época, así como por múltiples factores inherentes a cualquier relación humana, siendo ésta de especial complejidad debido a que se entrelaza con aspectos de salud y enfermedad. La relación clínica constituye la parte central del proceso asistencial tal y como lo conocemos, determinando a su vez la calidad de la propia asistencia sanitaria.

Como ya se ha comentado, la relación clínica ha experimentado un cambio drástico en las últimas décadas, pero quizá a costa de haberse producido un detrimento en la calidad de la comunicación entre el médico y el paciente, que, al fin y al cabo, constituye el elemento nuclear del encuentro entre ambos y resulta imprescindible para el desarrollo de una relación de confianza que permita a su vez un adecuado proceso de toma compartida de decisiones. En este sentido, es necesario destacar que el proceso de información se convierte en un requisito indispensable para el éxito de la relación, por lo que el profesional sanitario debe poseer las habilidades comunicativas necesarias para poder ayudar a los pacientes a comprender su situación de enfermedad, permitiendo que éstos, a su vez, tengan un rol activo en la toma de decisiones, ejerciendo su derecho a la autonomía.

Teniendo esto en mente, conocer la percepción de los pacientes relativa al proceso de comunicación dentro de la relación terapéutica actual resulta indispensable a la hora de pretender mejorar la asistencia sanitaria.

En nuestra muestra observamos el predominio de las mujeres frente a los hombres en un 60%, encontrándose la mayoría de los pacientes en un rango de edad comprendido entre los 31 y los 50 años. Con respecto al nivel de estudios, el mayor porcentaje de la muestra afirma tener estudios primarios (31,2%), siendo los pacientes con estudios superiores (17,7%) o técnicos (7,2%) los minoritarios.

El 77,4% de los pacientes fueron entrevistados mientras se encontraban en un centro de atención primaria. Además, la mayoría (78,9%) considera que hace uso del sistema sanitario público habitualmente, en su mayoría habiendo acudido en menos de 10 ocasiones en el último año a este servicio. Cabe destacar un no despreciable 34,1% de pacientes que admite un mayor nivel de frecuentación de

estos servicios en el último año. Este perfil coincide con lo que otros autores señalan que es el perfil medio que se corresponde con aquellos pacientes que acuden a los centros sanitarios: Villalona y cols. (2020)³⁰⁴ lo encuentran en su muestra de 4940 pacientes atendidos en el servicio de urgencias, tanto Zhou y cols. (2021)¹⁵⁸ como Chen y cols. (2020)¹⁷⁴ trabajan con muestras de similares características en sus estudios realizados en China, y por su parte Amelung y cols. (2020)³⁰⁵ encuentran un perfil similar al nuestro en su muestra de pacientes que acuden a centros de atención primaria en Inglaterra.

Según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021³⁰⁶, la frecuentación media de la población a las consultas médicas de atención primaria es de 5,1 veces por persona y año. Teniendo en cuenta la edad, la frecuentación en medicina y en enfermería se mantiene estable hasta los 45-49 años, momento en el que comienza a aumentar progresivamente. Además, se observan diferencias por sexo, siendo a partir de la adolescencia donde se observa que las mujeres acuden con una frecuencia muy superior a la de los hombres a las consultas médicas. Estos datos coinciden con los observados en nuestra muestra: las mujeres son usuarias habituales del sistema sanitario público con mayor frecuencia que los hombres, y también son más polifrecuentadoras. Los autores Thompson y cols. (2016)³⁰⁷, Matheson y cols. (2014)³⁰⁸ y Rosa-Jiménez y cols. (2005)³⁰⁹ también describen esta tendencia. Esta diferencia en la búsqueda de atención médica por parte de las mujeres podría estar influida por la existencia de una mayor preocupación por la salud en este colectivo, así como un mayor número de visitas médicas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Además, no es infrecuente que las mujeres acudan a consulta por cuestiones que afecten a sus hijos o a personas que tienen a su cuidado, habitualmente en mayor frecuencia que los hombres.

Como era de esperar, en nuestra muestra se pone de manifiesto que dos factores como son el aumento de la edad y el no poseer estudios o contar con estudios primarios, influyen en un mayor aumento de las visitas al sistema sanitario. Este hecho podría explicarse entendiendo que a mayor edad aumenta significativamente la probabilidad de múltiples patologías debidas al propio envejecimiento del organismo produciéndose, por tanto, una mayor necesidad del

uso del sistema sanitario y consultas de seguimiento. Según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020³¹⁰, la población que más acude al médico son las personas mayores de 75 años.

En relación con las diferencias observadas en cuanto al nivel de estudios, generalmente los individuos con un nivel educativo superior, independientemente del ámbito, gozan de un conocimiento mayor en cuanto al mantenimiento de la salud y calidad de vida, ya que una educación superior puede proporcionar los conocimientos necesarios para mantener estilos de vida más saludables que actúen de forma preventiva en relación al desarrollo de ciertas enfermedades, lo que a su vez se traduce en una menor necesidad de uso del sistema sanitario (Ministerio de Sanidad, 2022)³⁰⁶. Waweru y cols. (2020)²⁹ en su estudio observan diferencias importantes en las características de los pacientes que buscan atención en establecimientos públicos en contraposición con privados, siendo éstos últimos personas más jóvenes y con un mayor nivel de alfabetización.

Como anteriormente hemos señalado, la relación clínica se sustenta en un adecuado proceso de comunicación, lo que conlleva que haya factores que potencien la empatía entre los protagonistas de la relación, en este caso, profesional sanitario y paciente.

Llama la atención que casi una cuarta parte de los pacientes entrevistados en nuestro estudio no conocen el nombre del último médico que les atendió. Esto coincide con otros estudios en los que se pone de manifiesto que hasta el 90% de los pacientes hospitalizados no saben el nombre del médico que les ha prestado asistencia durante su estancia en el hospital (Arora y cols., 2009; Olson y Windish, 2010; Maniaci y cols., 2010)^{311, 312, 313}. En un estudio realizado por Muñoz Alonso y cols. (2017)³¹⁴, el 72% de los médicos encuestados reconocen que se presenta en el momento inicial de la entrevista clínica, pero al preguntar a los pacientes y familiares, poco más de la mitad (53%) saben cómo se llama el doctor que lleva su proceso. Consideramos que éste es un elemento importante a tener en cuenta dentro del encuentro asistencial, ya que, para favorecer el proceso de relación, quizá la primera conducta a llevar a cabo por el médico sería la de presentarse, iniciando así una relación más personalizada con el paciente y permitiendo que éste sienta que tiene un interlocutor al que dirigirse en su proceso. En este sentido,

en nuestra muestra también encontramos que, a mayor conocimiento del nombre del médico, el nivel de satisfacción de los pacientes con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios es mayor. Al respecto de estos hallazgos, Morris y cols. (2013)³¹⁵ realizan un estudio en el cual pretenden evaluar el impacto que tiene entregar a pacientes hospitalizados una tarjeta informativa con el nombre, foto y breve sinopsis del profesional a su cargo, observando que la puntuación en términos de satisfacción del paciente para el grupo que recibió dicha tarjeta fue un 22% más alta que en aquellos en los que no se realizó esta intervención.

A día de hoy, la información no sólo constituye un elemento clave de la asistencia sanitaria y de la relación médico-paciente, sino que constituye un derecho para los pacientes sobre el cual se articula la toma de decisiones compartida en consulta. El paciente tiene derecho a recibir toda la información que concierne a su salud, independientemente de que en ese momento deba tomarse o no una decisión diagnóstico-terapéutica (Otero y cols., 2022)³¹⁶. Concretamente en nuestro estudio destaca que menos de la mitad de los pacientes de la muestra están completamente de acuerdo con haber sido informados correctamente sobre su enfermedad por parte del personal sanitario. Este porcentaje tan reducido es un dato alarmante por sí solo, pero además se suma que el 18,5% de los pacientes consideran que el personal sanitario tampoco ha atendido correctamente a sus preguntas. Estos resultados concuerdan con otros estudios publicados, por ejemplo, los pacientes entrevistados en el trabajo de Jalil y cols. (2017)³¹⁷ expresan que los médicos no le explicaron el tipo de diabetes que padecían además de que tenían cierta reticencia a hacer preguntas ya que con frecuencia percibían que molestaban a los profesionales.

Es importante tener en cuenta que las necesidades de cada paciente en cuanto al nivel o detalle de información que desean recibir en lo que respecta a su enfermedad será variable dependiendo de la persona. Algunos pacientes prefieren saber todos los detalles sobre su enfermedad, lo que les ayuda a sentir que tienen el control durante el proceso, mientras que otros sólo querrán un resumen global e indicaciones sencillas por parte de su médico de cuáles serán los siguientes pasos a seguir. Esta variabilidad individual en lo que respecta a “cantidad” o “detalle” de información que se desea recibir o que es manejable según para qué paciente, es

un aspecto importante a tener en cuenta, tanto para el profesional como para el propio paciente, de cara a que la información compartida sea satisfactoria para ambas partes. Igualmente, si el paciente expresa una pregunta a su médico, esto siempre indica un deseo de saber o la necesidad de una aclaración, por lo que es importante que el profesional lo reconozca y se asegure de darle una respuesta adecuada. Dentro del proceso de comunicación, los pacientes valoran que la información aportada por el profesional sea detallada y empleando un lenguaje claro, teniendo además la oportunidad de hacer preguntas y exponer sus dudas si las hubiese (Corrêa y cols., 2021)³¹⁸. Al comparar nuestros resultados con los obtenidos por Pérez Carrión (2016)¹⁰² en su estudio sobre una muestra de profesionales, destaca que la mayoría de los encuestados cree que se preocupa en proporcionarle a los pacientes la información necesaria para la toma de decisiones, pero al mismo tiempo, casi la mitad refiere que no se pregunta lo suficiente a los pacientes en cuanto a conocer sus preferencias ante un problema de salud.

La comunicación es un proceso de transmisión de información mediante el cual se transmite un mensaje desde el emisor al receptor. En concreto durante la relación clínica, el profesional sanitario no debe limitarse únicamente a informar, sino que debe asegurarse de que la información que desea transmitirle al paciente haya sido recibida y también comprendida por éste. Se debe entender y empatizar con el paciente, ya que cuando busca asistencia sanitaria suele estar en una situación de mayor vulnerabilidad por el estrés de una enfermedad real o percibida, por lo que es el profesional el que, además de las explicaciones pertinentes, debe comprobar que el paciente haya comprendido toda la información que se ha pretendido transmitir (Kuosmanen y cols., 2021)¹²⁹.

En nuestra muestra, el 23,5% de los pacientes consideraba que esta faceta del proceso de comunicación no se cumplía, es decir, bajo su percepción, el personal sanitario no se había preocupado de que entendiese toda la información que se le había transmitido. Esto indudablemente puede ser una fuente de errores ya que, si el paciente no ha comprendido adecuadamente, por ejemplo, a qué se debe su dolencia o en qué consiste su proceso de enfermedad, difícilmente podrá encontrar la motivación para seguir correctamente las indicaciones de cara a un

posible tratamiento. Además, el nivel de comprensión de cada paciente será diferente en función de factores como su edad, situación basal, nivel de educación, grado de ansiedad o gravedad de la clínica que presenta, por lo que es importante que los profesionales adapten sus explicaciones según las circunstancias y posteriormente comprueben que toda la información importante se haya entendido.

Dentro de este orden de ideas, cabe recordar que el proceso de comunicación que se establece entre el profesional y el paciente no debería ser un hecho aislado y únicamente producirse a la hora, por ejemplo, de informar de un diagnóstico o de explicar cómo seguir un tratamiento, sino que debería ser continuo y abierto a modificaciones a medida que la situación lo requiera. En otras palabras, la salud de un individuo irá variando a lo largo de su vida, así como los procesos de enfermedad, existiendo algunas enfermedades crónicas que a su vez también irán cambiando en cuanto a su gravedad, pronóstico o tratamiento según pasen los años o favorecidas por ciertas circunstancias. Es imprescindible que durante todo este continuum el profesional establezca una relación de confianza con el paciente y se fomente una comunicación bidireccional en donde puedan abordarse todos los aspectos del proceso, desde las modificaciones que se van produciendo hasta las dudas que puedan surgir. A pesar de lo anteriormente comentado, el 21,7% de los pacientes de nuestro estudio refieren no haber sido informados acerca de las modificaciones que se iban produciendo en su enfermedad. No cabe duda de que si el paciente no está bien informado a lo largo de su proceso de enfermedad (lo que recordemos que ya desde hace años no es sólo un compromiso ético sino también un derecho legal del paciente), será difícil que entienda las posibles implicaciones que ésta pueda tener o las posibilidades de empeoramiento, y por tanto su adherencia al tratamiento previsiblemente sea menor además de que su consentimiento a determinada prueba o intervención podría no considerarse válido por no estar bien informado. En su estudio, Hamid y cols. (2021)¹⁷⁷ destacan que los principales factores que propician una mala relación con los médicos son la falta de una distribución óptima del tiempo para los pacientes y no explicar claramente la enfermedad ni la prescripción.

Tal y como ya se ha mencionado anteriormente en este trabajo, en la sociedad actual de forma global existe una demanda creciente de los servicios

sanitarios, lo que favorece un aumento en la carga asistencial que se traduce en la mayoría de los casos en una disminución del tiempo en consulta dedicado a hablar con el paciente. En nuestro estudio, el 25,5% de los pacientes entrevistados perciben que no se le ha dedicado el tiempo suficiente a su problema de salud. En efecto, disponer de un tiempo suficiente para la consulta con el paciente es un requisito previo para una comunicación eficaz (Liang y cols., 2021)³¹⁹ por lo que las limitaciones de tiempo en consulta suponen una barrera para la toma de decisiones (Wiener y cols., 2018; Pieterse y cols., 2019)^{134, 135}. En una revisión internacional llevada a cabo por Irving y cols. (2017)³²⁰ se constató que la duración media de una consulta de atención primaria variaba en todo el mundo, desde 48 segundos en Bangladesh hasta 22,5 minutos en Suecia. Destaca que los pacientes de 18 países, que representan alrededor del 50% de la población mundial, disponían tan solo de 5 minutos o menos con sus médicos de atención primaria. En España, teniendo en cuenta que el estudio incluido más reciente es del 2009, el tiempo de consulta varió entre 2 y 13,4 minutos. Consideramos que el tiempo que se le dedica al paciente debe ser individualizado según el tipo de paciente, patología y síntomas con los que consulte, pero inevitablemente un menor tiempo disponible repercutirá negativamente en la calidad de la atención al mismo tiempo que incrementará la sobrecarga y ansiedad del profesional.

Según el trabajo de Świątoniowska-Lonc y cols. (2020)¹⁷⁵, los pacientes que percibían que existía una mala comunicación con el médico fueron aquellos que dispusieron de un menor tiempo de consulta, así como menos tiempo para la discusión de sus problemas de salud durante una cita, en comparación con los pacientes que consideraban tener una buena comunicación médico-paciente. En un estudio reciente, Corrêa y cols. (2021)³¹⁸ destacan que la calidad de la comunicación médica podría mejorarse si los profesionales sanitarios tuvieran más tiempo disponible para los pacientes. En la misma línea de ideas, pero desde la perspectiva de los profesionales, Pérez Carrión (2016)¹⁰² destacan que más de la mitad de los profesionales encuestados se quejaban de la falta de tiempo en la relación asistencial con el paciente, lo que, según su percepción, imposibilitaba la transmisión adecuada de información.

En lo que respecta al acto clínico, otro aspecto importante son las pruebas complementarias en caso de necesitarlas. Aquí el consentimiento informado toma especial relevancia ya que actualmente es un requisito contar con la autorización del paciente antes de cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, que se pretenda realizar sobre su cuerpo, precisando además para considerarlo válido, que su consentimiento se sustente sobre una decisión bien informada y voluntaria. En nuestro estudio, casi una cuarta parte de los pacientes refieren que el personal sanitario no les ha informado correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas a realizar ni tampoco de las razones de las mismas. A esto se suma que el 29,4% de los pacientes de la muestra refieren que el personal sanitario tampoco les ha informado sobre los posibles riesgos que estas entrañan. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por otros autores mencionados anteriormente (Busquets y Caïs, 2017; Gong y cols., 2018)^{152, 155} y en última instancia, reflejan que el proceso de obtención del consentimiento informado, como también veremos más adelante, no se está llevando a cabo de forma adecuada. Tran y cols. (2020)³²¹ llevaron a cabo encuestas tanto en pacientes como en profesionales para analizar su percepción sobre aspectos de la consulta médica, obteniendo francas discrepancias en las respuestas de ambos grupos. Así, los pacientes perciben que el médico les informa de lo que va a hacer en el 63,3% de los casos (frente al 91,7% bajo la percepción de los médicos) y solo el 39,4% de los pacientes refiere que el médico discute con ellos las opciones de tratamiento incluyendo ventajas e inconvenientes de cada uno (frente al 73,7% al preguntarle a los médicos). Estos resultados son bastante esclarecedores en cuanto a la importancia de analizar y realizar estudios de investigación teniendo en cuenta las opiniones de los pacientes, ya que difieren de las percibidas por parte de los profesionales sanitarios. La relación clínico-asistencial ineludiblemente necesita poner en contexto tanto la visión del médico como la del paciente de cara a intentar buscar aspectos de mejora, ya que no es representativo usar únicamente la opinión de una de las partes.

Tras la realización de la historia clínica y la indicación de posibles pruebas complementarias para llegar al diagnóstico de una patología, el siguiente escalón que hay que abordar con el paciente son las opciones terapéuticas disponibles. Solamente mediante una adecuada explicación y justificación del tratamiento, así

como de unas pautas claras y correctas para su seguimiento, podremos pretender asegurarnos el adecuado cumplimiento y adherencia por parte del paciente. En nuestro estudio, menos de la mitad de los pacientes están completamente de acuerdo con que se les haya dado una explicación correcta acerca del porqué de seguir un tratamiento. En este sentido, y al igual que en muchos otros aspectos de nuestras vidas, entender las razones y el porqué de una situación, en este caso de la importancia y necesidad de seguir un tratamiento, es fundamental para después tener la motivación y convicción de aceptarlo y adherirse a él. En el trabajo de Mohammed y cols. (2018)³²² se señala que la mayoría de los pacientes encuestados estaban seguros de que el equipo médico no les informó sobre las opciones de tratamiento disponibles. Además, existen muchos tipos de pacientes (jóvenes, ancianos, de mayor o menor competencia intelectual, más o menos ansiosos, etc.) así como diferentes tipos de tratamientos (diferentes posologías, nombres más complejos, con mayores efectos secundarios o no, etc.) por lo que ofrecer unas instrucciones claras de en qué consiste y como seguirlo es muy importante.

En nuestra muestra, el 14,4% de los encuestados consideran que el personal sanitario no les informó de forma correcta con respecto a cómo seguir el tratamiento. En este sentido, Bailey y cols. (2021)³²³, en una revisión de la literatura, recuerdan que el informe de la Organización Mundial de la Salud³²⁴ describe cinco dimensiones interactivas que influyen en la adherencia a los planes de tratamiento en estados de enfermedades crónicas, siendo una de ellas los factores sistémicos/del equipo de atención médica, dentro de la cual se encuentran, entre otras, la relación médico-paciente, la formación profesional, cargas de trabajo e incentivos, las restricciones de tiempo y la educación sistémica del paciente. Por tanto, la adherencia al tratamiento no es sólo responsabilidad del paciente, sino que en ella influyen diversos factores que afectan en gran medida a la actuación y actitudes de los profesionales sanitarios.

Otro punto importante a destacar, bajo la percepción de los pacientes de nuestro estudio, es que el 29,4% afirman estar muy en desacuerdo o en desacuerdo con que el personal sanitario les haya informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, antes de tomar una decisión sobre un tratamiento o

prueba diagnóstica. Esto coincide con Boons y cols. (2018)³²⁵, en cuyo trabajo los pacientes señalan que hubiesen deseado recibir más información sobre temas específicos relacionados con las consecuencias del tratamiento, sus efectos secundarios y la interferencia de éste con ciertos aspectos de su vida diaria. Las respuestas a este ítem enfatizan de nuevo la existencia de un problema evidente en el proceso de información y comunicación de los profesionales sanitarios hacia los pacientes. No se debe olvidar que el consentimiento informado es actualmente una obligación no sólo ética sino también legal que debe otorgarse por el paciente de forma previa a cualquier intervención, en el que, entre otros aspectos, debe incluirse una información detallada del procedimiento que se pretende realizar y sus posibles efectos secundarios para poder considerar el consentimiento del paciente como válido. Quizá el hecho de que, según los pacientes de nuestro estudio, los profesionales informen menos de los inconvenientes o efectos secundarios de una prueba o de un tratamiento, radica en que todavía perdura cierta actitud paternalista dentro de la relación clínica, donde los profesionales deciden revelar menos este tipo de información con la excusa de “proteger” o “no asustar” a los pacientes. A pesar de estos resultados, el 67,3% de los encuestados, esto es, más de dos tercios, responden que sí prefieren ser informados sobre los riesgos o consecuencias de un tratamiento. Esto coincide con el actualmente defendido modelo de atención centrado en el paciente y con los resultados obtenidos por otros autores como Kuosmanen y cols. (2021)¹²⁹, Khan y Muehlschlegel (2018)¹³³ o Chima SC (2015)³²⁶.

Por otra parte, el 24,8% de los pacientes de nuestra muestra manifiestan que el personal sanitario no tiene en cuenta sus opiniones cuando es necesario tomar una decisión difícil sobre alguna cuestión de salud. En contraposición, Chewing y cols. (2012)³²⁷ encontraron que 75 de 119 estudios analizados como parte de una revisión sistemática informaron que la mayoría de los pacientes desean implicarse en las decisiones importantes que conciernan a su salud. Quizá los pacientes todavía no son conscientes de su derecho a participar en la atención sanitaria, por lo que para conseguir su colaboración activa en el proceso de toma de decisiones no es suficiente con que simplemente reciban la información por parte de los profesionales, sino que además es necesario fomentar una adecuada educación sanitaria en la población con el fin de transmitir la importancia de que cada uno se

haga más responsable de su propia salud (Joseph-Williams y cols., 2014; Waweru y cols., 2020; Thomas y cols., 2021)^{328, 29, 329}. La mejoría en conocimientos sanitarios de la población tiene el potencial de mejorar la relación clínica (Zhou y cols., 2021)¹⁵⁸, adecuando las expectativas de los pacientes en el ámbito sanitario (Hu y cols., 2021)³³⁰ y facilitando la toma compartida de decisiones y el entendimiento del paciente con respecto a su proceso, contribuyendo, a su vez, en una mejora en la satisfacción del paciente (Niburski y cols., 2020)³³¹.

En cuanto al papel del familiar dentro de la relación clínica, anteriormente se ha mencionado que constituye un elemento de importante valor debido al apoyo que le proporciona al paciente durante su enfermedad (Espinosa Suárez y cols., 2017)². A pesar de ello, el centro de la relación es el paciente, por lo que sorprende que el 34,8% de encuestados de nuestra muestra refieran que al ir acompañados de un familiar las explicaciones de los profesionales sanitarios se dirigen preferentemente al familiar. Es cierto que en muchas ocasiones son los familiares o cuidadores quienes conocen aspectos relacionados con las prioridades y aspectos que tienen mayor impacto en la calidad de vida del paciente (Corner y cols., 2007; Ramello y Audisio, 2020)^{332, 127}, no obstante, el titular último de la información siempre es el propio paciente por lo que debe ser el principal destinatario de las explicaciones médicas.

En el ámbito de los cuidados paliativos se han realizado múltiples estudios con respecto a la implicación del familiar en la relación clínica y su rol en la conspiración del silencio. El pacto de silencio, conocido como privilegio terapéutico o estado de necesidad terapéutica, que se basa en la creencia que decirle la verdad al paciente sobre su proceso le perjudicará, tiene como resultado que a un gran número de pacientes se les niegue su derecho a la información, que es ocultada por sus familiares y por los mismos profesionales que les atienden, impidiendo que el paciente participe de forma adecuada en la toma de decisiones respecto a su propia salud (Cejudo López y cols., 2015)³³³. Entendemos que los resultados de nuestra muestra dejan entrever que los pacientes entrevistados perciben que se produce una relación con tintes paternalistas tanto por parte de los profesionales como por parte de sus familiares, ya que, si las explicaciones con respecto a su

proceso de enfermedad se dirigen a terceros, a los pacientes no se les da la oportunidad de participar de forma adecuada en la toma de decisiones.

Existen infinitos escenarios clínicos dentro de la relación asistencial, pero en última instancia y en la mayoría de las ocasiones, un paciente buscará atención médica cuando perciba una situación de malestar o enfermedad, que en ocasiones solamente será percibida, pero en muchas otras será real e incluso grave. El profesional sanitario debe estar preparado para este tipo de situaciones que requieren de unas habilidades comunicativas bien establecidas y de un alto grado de empatía, ya que además del diagnóstico de una enfermedad en sí misma, la forma en la que se comunica una noticia influye enormemente en el modo de afrontarla del paciente. Sobre esta base, destaca que el 30,9% de los pacientes de nuestro estudio refleja no estar de acuerdo con las formas en las que el personal les comunicó una noticia desfavorable. Este hecho coincide con lo que ya habíamos expresado anteriormente en este trabajo y respaldan varios autores: la capacidad de comunicarse de manera efectiva es una competencia fundamental para los médicos, siendo necesario enfatizar la educación en humanidades médicas e intensificar la formación en el ámbito de la comunicación para los profesionales desde el inicio de su ejercicio profesional (Pichlhöfer y cols., 2013; Choudhary y Gupta, 2015; Chen y cols., 2020)^{26, 334, 174}. Los propios médicos admiten que carecen de habilidades para comunicar riesgos o inconvenientes (Wiener y cols., 2018)¹³⁴ y consideran que una óptima habilidad comunicativa aportaría una mejora sustancial en las relaciones con el paciente (Pérez Carrión, 2016)¹⁰².

En nuestro estudio, hemos preguntado donde consideran que es mejor el proceso de información, centro de salud u hospital. El 45% de los encuestados opinan que éste es mejor en el hospital, mientras que un 34,3% de los pacientes consideran que es mejor en el centro de salud. A pesar de ello, al analizar el grado de satisfacción con la información recibida y su asociación con el servicio en el que se había atendido al paciente, la valoración de la información resultó ser más favorable en los pacientes atendidos en el centro de salud, de forma estadísticamente significativa. Según el informe del Ministerio de Sanidad de 2022³⁰⁶, la atención primaria es el nivel asistencial mejor valorado por las personas encuestadas con 7,3 puntos sobre 10, seguida del ingreso y asistencia en

hospitales públicos con 7,1 puntos y de la atención especializada ambulatoria con una calificación de 6,8 puntos. Según el informe, el 83,6% de las personas declaran estar satisfechas con su participación en las decisiones sobre su problema de salud y su tratamiento en atención primaria, observando un menor grado de satisfacción en este sentido si nos fijamos en la atención especializada (78,1%). Así mismo, Starfield y cols. (2005)³³⁵ señalan que la salud de la población es mejor en áreas con más médicos de atención primaria, describiendo además las posibles causas que pueden explicar el impacto beneficioso de la atención primaria en la salud poblacional, entre las que se encuentran: la facilidad de acceso a la atención sanitaria, un mayor enfoque en la prevención, el manejo temprano de los problemas de salud que hacen innecesaria la derivación a atención especializada, así como el enfoque de la atención primaria en las personas más que en el manejo exclusivo de sus enfermedades.

España está entre los países europeos con una atención primaria más fuerte (Kringos y cols., 2013)³³⁶ pero en los últimos años, y acrecentado por la reciente pandemia, se ha puesto de manifiesto la necesidad de cambios urgentes en su gestión que aseguren que la calidad asistencial no se pierda. Nos encontramos en una situación de falta de médicos de atención primaria, en relación al incremento en la demanda sanitaria por la población, lo que ocasiona que en muchos centros de salud los cupos no tengan un médico titular, sino que por él pasen varios sustitutos imposibilitando mantener la continuidad asistencial de los pacientes (Abelsson y cols., 2020)³³⁷, y a su vez, en un intento de abarcar todas las demandas, el tiempo de consulta por paciente disminuye. En atención especializada, las consecuencias de la pandemia se observan especialmente en el aumento en las listas de espera tanto en las consultas externas como para procedimientos quirúrgicos, lo que influye negativamente tanto en la satisfacción general con la atención como en la percepción de la información y tratamiento brindado por los profesionales (Bleustein y cols., 2014)³³⁸.

Así mismo, al evaluar las percepciones de los pacientes sobre la comunicación en la interfaz entre la atención primaria y especializada en diferentes países, Scaioli y cols. (2019)³³⁹ encontraron que los pacientes entienden que una mejor comunicación entre ambos niveles es deseable ya que promueve mejores

resultados de salud para ellos, pero en la realidad, varios estudios muestran que existen deficiencias en cuando a la transmisión de información entre el ámbito hospitalario y atención primaria (Pérez y Carrión (2016)¹⁰² siendo la vuelta al domicilio después del alta hospitalaria un punto de especial sensibilidad (Kripalani y cols., 2007)³⁴⁰. Esta puede ser una importante fuente de errores afectando negativamente a la seguridad de los pacientes.

Los pacientes encuestados coinciden en que, independientemente del servicio, el profesional sanitario que mejor informa es el médico. Esto quizá sea debido a que el médico es en su mayoría el profesional que más informa, por lo que este resultado podría estar sesgado, entendiendo que el médico no tiene por qué ser el que mejor informa, sino que es el que informa en mayor número de ocasiones. Gavurova y cols. (2021)³⁴¹ señalan que la satisfacción con el médico es el factor más significativo que tiene un efecto positivo en la satisfacción durante la hospitalización, siendo más importante para los pacientes que la satisfacción con enfermería o el resto del personal. En nuestra muestra, aunque en menor proporción, los pacientes también señalan haber sido informados por enfermería o por ambos miembros del equipo juntos. Quizás esta forma de comunicación es la que podría considerarse como más adecuada, ya que, en el momento actual, la atención se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar, por lo que tendría sentido y probablemente enriquecería el proceso de información si se llevase a cabo de forma rutinaria de manera conjunta. Además, el equipo de enfermería tiene un rol importante en el cuidado del paciente, tanto en las consultas de seguimiento por enfermedades crónicas, curas de heridas o avisos a domicilio, como en la realización de los cuidados diarios en pacientes hospitalizados. Este tiempo dedicado al paciente puede aportar un importante añadido a la hora de afrontar el proceso informativo, habiéndose visto que la comunicación entre el enfermero y el paciente, cuando está centrada en este último, se vuelve terapéutica (Kwame y Petrucka, 2021)³⁴².

Anteriormente nos hemos referido a la evidente falta de tiempo en las consultas médicas, pero otro hecho importante a tener en cuenta es que además no es infrecuente que surjan interrupciones o pausas mientras se produce el encuentro entre el profesional y el paciente en forma de llamadas telefónicas,

interrupciones por otro compañero, la entrada en la consulta sin permiso de otro paciente, etc. El 38% de los pacientes entrevistados manifiestan estar de acuerdo o muy de acuerdo con que las interrupciones suelen ser frecuentes durante la consulta médica. A este respecto, las mujeres tienden a pensar que hay más interrupciones que los hombres, y del total de pacientes que afirman que suele haber interrupciones, el 44,6% se corresponde con los pacientes de entre 31 y 50 años. Este aspecto coincide con los resultados de Pérez Carrión (2016)¹⁰², en cuanto a que el 48,9% de los profesionales de su estudio también perciben que la visita médica se interrumpe en numerosas ocasiones, dificultando el proceso informativo. Este hecho va en detrimento del proceso de información asistencial y por tanto de la calidad de la relación médico-paciente (Weigl y cols., 2015)³⁴³, pudiendo además propiciar errores y actuar como un factor estresor para el médico (Koong y cols., 2015)³⁴⁴. En el trabajo de Casanova Uclés y cols. (2020)³⁴⁵ sobre las interrupciones producidas en las consultas de atención primaria, se observa que existe aproximadamente una interrupción cada 4 visitas, correspondiendo el 53% a interrupciones telefónicas. A esto se suma que más de un tercio de las interrupciones fueron valoradas por los profesionales como no pertinentes, considerando el 18% de los médicos este fenómeno como un problema de calidad asistencial. Según Hernández Moreno y cols. (2012)³⁴⁶, las llamadas originadas por los propios pacientes para hablar directamente con sus médicos constituyen el motivo más frecuente de interrupción telefónica. Estos datos parecen hacer evidente la necesidad de tomar medidas con el fin de minimizar esta fuente de distracción que está sucediendo en nuestras consultas ya que, además de un consumo de tiempo, la pérdida de atención ocasionada sobre el acto médico que se está llevando a cabo podría tener consecuencias sobre la seguridad del paciente que está siendo atendido.

En un intento de resumir lo planteado, para aproximarnos al grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida por parte de los profesionales sanitarios, hemos utilizado una escala de valoración de entre 1 y 10 puntos, agrupada a su vez en intervalos de dos (1-2, 3-4, 5-6, 7-8, 9-10). Más del 44% de los pacientes califican su grado de satisfacción entre una puntuación 7-8, lo que podemos extrapolar a una calificación de notable. El 10% de los pacientes califican su grado de satisfacción con una puntuación inferior a 5, es decir,

manifiestan un serio descontento por la relación clínica mantenida. Estos resultados son similares a los descritos en el último informe del Ministerio de Sanidad (2022)³⁰⁶, donde el 72,1% de la población manifiesta que el sistema sanitario en España funciona “bien” o “bastante bien”, puntuando la satisfacción con el sistema sanitario público con 6,7 puntos en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho). Esto también es avalado por autores como Liang y cols. (2021)³²⁰, Tran y cols. (2020)³²², Poudel y cols. (2020)³⁴⁷ y Shrestha y Devkota (2017)³⁴⁸.

En su estudio, Chen y cols. (2020)¹⁷⁴ subrayan que la habilidad comunicativa de los médicos tiene un papel esencial en la mejora de la satisfacción de los pacientes, destacando como predictor más fuerte de esta satisfacción el nivel de confianza que los pacientes tuvieron depositados en sus médicos. Romanowicz y cols. (2022)³⁴⁹ destacan que los pacientes de su muestra estaban sobre todo satisfechos con la comunicación médico-paciente y la relación interpersonal entre ambos. Para Matsuoka y cols. (2021)³⁵⁰ la comunicación médico-paciente influyó en la satisfacción del paciente con la toma de decisiones sobre el tratamiento, así como la confianza del paciente en los médicos. Jalil y cols. (2017)³¹⁷ encuentran una asociación estadísticamente significativa entre la satisfacción del paciente con la experiencia técnica de los profesionales, aspectos interpersonales, comunicación médico-paciente, tiempo disponible y acceso/disponibilidad a la atención sanitaria. Świątoniowska-Lonc y cols. (2020)¹⁷⁵, encontraron que la satisfacción con la comunicación médico-paciente se correlaciona significativamente con un mejor autocuidado y adherencia al tratamiento. En los últimos años, y de forma global, muchas agencias de evaluación de la calidad de la atención médica han instaurado encuestas de satisfacción del paciente, periódicas y obligatorias, como parte del procedimiento de evaluación (Jenkinson y cols., 2002)³⁵¹. Precisamente la inclusión de medidas de satisfacción del paciente en las evaluaciones de calidad del servicio de atención médica subraya el reconocimiento de la importancia de la experiencia del paciente (Boquiren y cols., 2015)³⁵².

A la hora de valorar qué factores pueden influir, por sí solos, en la probabilidad de que un individuo tenga un buen grado de satisfacción con la información recibida del personal sanitario, cabe destacar que no se observaron diferencias en cuanto al género. En cambio, otros estudios destacan que las

mujeres parecen estar más insatisfechas con el proceso de comunicación respecto a los hombres (Tadiri y cols., 2012; Aguirre y cols., 2021)^{353, 354}. Así mismo, la posibilidad de deducir un alto grado de satisfacción con la información recibida es 1,579 veces mayor en los pacientes mayores de 50 años que en los menores de 30 años. En general, a mayor edad de los pacientes de nuestra muestra, existe una percepción de que están mejor informados, coincidiendo con lo encontrado por otros autores (Abadel y Hattab, 2014; Boons y cols., 2018; Liu y Fang, 2019)^{355, 326, 356}. En otras palabras, el nivel de percepción negativa hacia los médicos es sustancialmente mayor entre los pacientes más jóvenes, así como con el aumento en el nivel de educación (Jalil y cols., 2017; Hamid y cols., 2021)^{317, 177}.

Por otra parte, la posibilidad de deducir un alto grado de satisfacción con la información recibida por parte de los profesionales es 1,502 veces mayor en los pacientes atendidos en Centros de Salud que en los que lo son en Hospital. Esto coincide con los resultados expresados anteriormente. A su vez, también observamos que, en nuestra muestra, la posibilidad de percibir un mejor grado de satisfacción es 1,606 veces mayor en los pacientes que usan habitualmente el sistema sanitario público y 1,574 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año con respecto a los que han hecho menos de 10 visitas. Quizá estos datos puedan explicarse entendiendo que, a mayor número de visitas, se establece una mayor relación con los profesionales que atienden al paciente, lo que aumenta su sensación de cercanía y confianza hacia ellos, repercutiendo a su vez en los niveles de satisfacción. Además, previsiblemente, los pacientes con enfermedades crónicas que requieran controles periódicos de su patología serán en su mayoría los más frequentadores, por lo que, además de establecer una mayor relación con su médico, también crearán vínculos de confianza con el personal de enfermería y el resto de los profesionales del servicio.

Para profundizar más en las características del proceso de información, hemos creado un indicador para cuantificar el grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente, a partir de sumar las puntuaciones de los ítems que realzan el proceso informativo (preguntas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13 y 15) y restar las que lo dificultan (preguntas 11, 14 y 20). Es decir, de forma indirecta,

el mayor valor obtenido en este indicador se corresponde con que el paciente percibe que la información recibida por los profesionales sanitarios previa a la toma de decisiones es más correcta. En cuanto a la valoración media obtenida a través de este indicador en nuestro estudio, cabe destacar que es superior en mujeres y en los pacientes mayores de 50 años, sobre todo en el grupo de edad de 61 a 70 años. Además, las puntuaciones más altas provienen de los pacientes sin estudios y de los pacientes atendidos en el centro de salud, siendo también superior en los usuarios habituales y en los polifrecuentadores, sobre todo en aquellos pacientes que han acudido a los servicios sanitarios en más de 20 ocasiones en el último año. El indicador también obtiene una puntuación superior por parte de los pacientes que conocen el nombre del médico en contraposición con los que no.

En cuanto al intento de valorar qué variables pueden influir por sí solas en la posibilidad de deducir un alto grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente, obtenemos resultados similares a los previamente comentados en cuanto al grado de satisfacción. En nuestro trabajo destaca que, de forma significativa, es casi el triple en los mayores de 50 años con respecto a los menores de 30, es menor en los pacientes que tienen estudios superiores y en los de estudios medios en comparación con los que no tienen estudios, es 1,592 veces mayor en los pacientes que se consideran usuarios habituales del sistema sanitario público, 2,058 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas y 1,703 veces mayor en los que han realizado 10-20 visitas a los servicios sanitarios en el último año respecto a los que han hecho menos de 10 visitas.

En definitiva, la calidad de la comunicación médico-paciente influye en gran medida en la satisfacción del paciente, favoreciendo la creación de una mayor confianza entre ambos, lo que a su vez se relaciona con varios aspectos en cuanto a la calidad de la atención y, en consecuencia, con la salud del paciente (Wei y cols., 2019)³⁵⁷.

La seguridad del paciente es un aspecto cada vez más estudiado y relevante en la asistencia sanitaria, estando el papel de la comunicación en la aparición de eventos adversos y errores médicos cada vez más presente en las investigaciones en este campo en los últimos años. Uno de los principios que se persigue en la medicina es el de “No hacer daño”, pero teniendo presente que, como toda

actividad humana, está expuesta inevitablemente a la aparición de errores y fallos, por lo que el principal objetivo en cuanto a seguridad del paciente se centrará en intentar prevenirlos en la medida de lo posible o en aprender de ellos cuando se produzcan. En este sentido ya hemos comentado que uno de los problemas hoy en día es que, cuando suceden, los eventos adversos y los errores médicos con frecuencia no son comunicados por los profesionales debido a las implicaciones tanto personales, como sociales o legales que puedan ocasionar. De acuerdo con la revisión de la literatura realizada por Mazor y cols. (2004)²⁸⁸, la evidencia indica que los eventos adversos y errores médicos frecuentemente no se comunican, a pesar de que tanto la población como los médicos creen que deben comunicarse, pero para estos últimos la información respecto a qué, cuándo y cómo hacerlo resulta escasa. En muchas ocasiones puede llegar a ser difícil comprender la causa subyacente de un error médico debido a que generalmente es multifactorial, pero mediante el fomento y aumento de los informes de incidentes se consigue un mejor análisis del núcleo del problema, así como el desarrollo de políticas destinadas a mejorar la calidad de la atención al paciente (Sergi y David, 2020)³⁵⁸.

Igualmente llama la atención que la mayoría de los estudios encontrados en la literatura sobre seguridad del paciente se centran en la experiencia de los profesionales, encontrándose menos trabajos que hayan examinado los errores en la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente (Carey y cols., 2019)²⁹⁰. Los pacientes, como usuarios y principales beneficiarios del sistema sanitario, gozan de un punto de vista único de cara a aportar información valiosa sobre la atención recibida, por lo que las iniciativas de participación de los pacientes son esenciales en la gestión de la calidad de la atención médica y sus perspectivas deben tenerse en cuenta a la hora de buscar cambios para mejorar la seguridad del paciente (Hincapie y cols., 2016)³⁵⁹. Según Lang y cols. (2016)³⁶⁰, la integración de la perspectiva de los pacientes amplía la comprensión existente de los eventos adversos y debe considerarse como una herramienta de medición complementaria de la seguridad del paciente.

Al analizar los resultados de nuestra muestra en relación con la percepción de la aparición y características de los errores durante la atención sanitaria, el 21,6% de los pacientes afirmaron que sí habían sufrido un error durante su

asistencia, frente al 78,4% que no. La prevalencia de errores encontrada en nuestro estudio es similar a la descrita por los autores Bryant y cols. (2017)³⁶¹, Mazor y cols. (2013)³⁶² así como O'Hagan y cols. (2009)³⁶³.

Como ya se ha comentado en el apartado de Material y Métodos del presente trabajo, a raíz de la pregunta número 21 “¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?” se ha creado una nueva variable que pretende valorar los errores padecidos por el paciente, pero no percibidos directamente por él, sino que hemos detectado indirectamente a raíz de las respuestas obtenidas de las restantes preguntas del mismo bloque del cuestionario. De esta forma, destaca que potencialmente el 44,9% de los pacientes encuestados percibe haber sufrido un error durante su asistencia. En el estudio de Burroughs y cols. (2007)³⁶⁴, llevado a cabo en pacientes hospitalizados, el 39% declara haberse preocupado por los errores médicos, sobre todo por los errores de medicación. Los datos de nuestra muestra al usar la nueva variable también son similares a los encontrados en el trabajo de Sundwall y cols. (2020)³⁶⁵, en el que la tasa general de errores y daños médicos autopercebidos entre pacientes adultos en el entorno de atención ambulatoria fue del 36%. En un estudio mediante encuestas a pacientes, Carey y cols. (2019)²⁹⁰ señalan que 1 de cada 8 pacientes atendidos por cáncer percibe que se ha cometido un error en su atención. Por otra parte, Giardina y cols. (2020)³⁶⁶ llevaron a cabo un análisis de 334 eventos adversos reportados por pacientes, encontrando que más de la mitad de los pacientes de la muestra experimentaron daños emocionales, físicos y/o financieros. Además, los pacientes que experimentaron los tres tipos de daño tenían más probabilidades, entre otras cosas, de comunicar el error, así como de haber experimentado problemas relacionados con la comunicación y el comportamiento del profesional.

Quizás el hecho de que no se hayan encontrado otros estudios que demuestren una prevalencia tan elevada de errores como cuando nosotros hemos aplicado la nueva variable para la pregunta número 21, se debe a que estos se centran en las respuestas directas del paciente, sin hacer un ajuste posterior como en nuestro caso, según sus respuestas en relación con el resto de las preguntas del cuestionario. Esto quiere decir que en nuestro estudio no sólo hemos analizado la percepción de haber sufrido un error por parte del paciente, sino incluso el

porcentaje de error del que ellos mismos no son conscientes al haber contestado, teniendo en cuenta, por ejemplo, las respuestas a la pregunta número 21 que indica que no han sufrido un error durante su asistencia, y las contestaciones afirmativas en las preguntas 22 y 26, relacionadas con que se les ha llegado a comunicar un error o que han cometido un error con respecto a su tratamiento, respectivamente.

En lo que se refiere al perfil de los pacientes de nuestra muestra que perciben haber sufrido error, destaca que predominan las mujeres en un 67,3%, los pacientes más jóvenes, esto es, los que tienen 50 años o menos (72,3%) y los pacientes con estudios primarios o técnicos. Además, la percepción de haber sufrido un error predomina en los pacientes atendidos en el hospital respecto a los encuestados en centros de salud. El mayor uso del sistema sanitario también se asocia en mayor medida a percibir que se ha sufrido un error durante la asistencia, sobre todo en los pacientes que han acudido en más de 10 ocasiones en el último año. Estos resultados coinciden, en su mayoría, con el perfil medio de pacientes que perciben haber sufrido un error según otros autores (Sundwall y cols., 2020; McSweeney y cols., 2021)^{365, 367}.

En lo que respecta al género, Homan (2019)³⁶⁸ destaca que "los médicos y las instituciones sanitarias no ofrecen una atención médica equitativa, imparcial y apropiada para las mujeres" lo que quizá podría explicar nuestros resultados. En este sentido, Jean-Pierre (2022)³⁶⁹ considera a las mujeres como un colectivo vulnerable en lo que se refiere al error médico, ya que constata que la mayoría de las investigaciones en medicina se realizan sobre varones cuando está demostrado que existen diferencias en cuanto al género en lo que se refiere a la salud y la enfermedad, por lo que los resultados no siempre serán extrapolables a este colectivo, lo que ocasiona diferencias en la percepción y el trato de las mujeres dentro de la atención de la salud, que van desde retrasos en el diagnóstico por tener las mujeres presentaciones clínicas de enfermedad diferentes a las de los hombres, así como problemas con la dosificación de fármacos por ser su farmacocinética diferente en las mujeres.

Con respecto a la edad, encontramos evidencias dispares en la literatura: algunos autores apuntan que los errores son más frecuentes con el aumento de la edad mientras que otros no observan diferencias significativas o defienden que se

producen de forma más frecuente en pacientes más jóvenes (O'Hagan y cols., 2009; Kistler y cols., 2010; Sundwall y cols., 2020)^{363, 370, 365}. Burroughs y cols. (2007)³⁶⁴ encontraron que la preocupación de sufrir un error fue más alta para los pacientes de entre 30 y 59 años, justificando estos datos con que quizá la menor preocupación en los pacientes más jóvenes podría estar asociada con la invulnerabilidad percibida, mientras que para los pacientes mayores podría deberse a un mayor nivel inherente de confianza en los proveedores de atención médica.

Por otro lado, se ha visto que las consecuencias de una menor alfabetización en salud incluyen el incumplimiento de las instrucciones médicas, la incapacidad para articular y reconocer los síntomas o signos que requieren atención, la falta de comprensión de las opciones de tratamiento y el uso excesivo o insuficiente de los recursos de atención médica (Andersson Mattox, 2010)³⁷¹, todas ellas posibles causas de errores o eventos adversos. En contraposición a lo observado en nuestra muestra, Carey y cols. (2019)²⁹⁰ describen que los pacientes con estudios universitarios fueron significativamente más propensos a informar de un error en la atención. Discuten que debido a que los niveles más altos de educación se asocian además con una mayor alfabetización en materia sanitaria, este hallazgo puede reflejar mayores expectativas de atención y conciencia de los errores entre estos pacientes, pero sin tener por qué justificar la existencia de una diferencia en la tasa de errores. Nuestras diferencias con respecto a este trabajo pueden radicar en que nosotros hemos preguntado quién ha percibido haber sufrido un error, sin profundizar en si este error lo han comunicado o no.

En nuestra muestra, para determinar qué variables influían por sí solas en la percepción de los pacientes de haber sufrido un error, se realizó un análisis de regresión logística tanto con las respuestas de los pacientes a la pregunta número 21, como con el riesgo de deducir (a partir del cuestionario) que el paciente había sufrido algún error durante su asistencia (variable de respuesta indirecta). En su mayoría, los resultados de ambas variables son similares y coinciden con los que anteriormente hemos comentado. Así, el riesgo de expresar que ha sufrido un error es 1,405 veces mayor en mujeres que en hombres, pero en cambio al deducirlo del cuestionario mediante la nueva variable, no se observaron diferencias entre hombres y mujeres. Según la edad, el riesgo de percibir un error es 1,406 veces

mayor en los pacientes de 30-50 años que en los mayores de 50 años, pero con la variable indirecta, además de ser 1,486 veces mayor en los pacientes de 30-50 años también es 1,639 veces mayor en los menores de 30 años. En cuanto al nivel de estudios, la posibilidad de percibir un error es mayor en los pacientes que tienen estudios primarios (1,203 veces) y en los profesionales técnicos (1,702 veces) que en los que tienen estudios superiores, pero, además, según la variable indirecta, también es 1,286 veces mayor en los pacientes con estudios medios.

Atendiendo a dónde se encontraba el paciente en el momento de realizar el cuestionario, hemos visto que la probabilidad de percibir un error es, para ambas variables, mayor en los que son atendidos en el hospital (1,498 veces según el ítem 21 y 1,520 veces para la nueva variable). Por último, con respecto al uso del sistema sanitario, la probabilidad de percibir que se ha sufrido un error es el doble para los pacientes que se consideran usuarios habituales del sistema público, siendo 1,553 veces mayor en los que han realizado más de 20 visitas a estos servicios en el último año. En la variable indirecta el riesgo es 1,855 veces mayor y 1,301 veces mayor para ambos ítems, respectivamente. Sundwall y cols. (2020)³⁶⁵ coinciden en que el mayor uso de los servicios sanitarios se asoció con una mayor percepción de errores por parte de los pacientes.

En lo que respecta al perfil de los profesionales, Austin y cols. (2021)³⁷² realizaron una revisión de artículos en la que identificaron que una mayor edad, ser hombre y ser médico general o especialista en atención primaria son factores asociados con los profesionales médicos que tenían mayor riesgo de recibir quejas de sus pacientes o reclamaciones por mala praxis. Por otra parte, el aumento de la carga de trabajo se asoció con un aumento de las quejas, errores médicos y desempeño laboral deficiente. Así mismo, una mayor cantidad de horas trabajadas por semana, una mayor cantidad de pacientes atendidos y más años en la práctica médica se asociaron con un riesgo 1.0 a 1.1 veces mayor de reclamaciones por mala práctica. Otro estudio reciente de Perea Pérez y cols. (2021)¹⁹⁹, cuyo objetivo fue conocer la opinión de los profesionales de los Servicios de Urgencias en España sobre la práctica de medicina defensiva, señalan que el 88,7% declaró actuar condicionado por la amenaza de una reclamación judicial, el 89,8% admitió realizar pruebas diagnósticas que podrían no ser necesarias (actitud predominante en

médicos con menos años de ejercicio profesional) y un 63% de los profesionales declaró alargar la estancia de los pacientes en las Urgencias (más usual en profesionales con una mayor experiencia profesional). En su revisión, Miziara y Miziara (2022)³⁷³ concluyen que “la actitud esencial para evitar la responsabilidad médica es una buena práctica médica ética con el uso adecuado de la tecnología, basada en el conocimiento de la evidencia científica y los principios éticos de la medicina, en beneficio de los pacientes”.

Como venimos comentando, además del estudio de los errores en sí mismo, es importante asegurar que éstos se comuniquen de forma adecuada, tanto por los profesionales como por los pacientes o familiares de cara a aprender de ellos e intentar prevenirlos en futuras ocasiones. En este sentido, el 10,9% de los pacientes de nuestra muestra afirman que se les ha comunicado un error de diagnóstico o de tratamiento ocurrido durante su asistencia por parte del personal sanitario. En el trabajo de Mira y cols. (2015)³⁷⁴, el 39,6% de los profesionales habían informado a un paciente de un error. Esta diferencia en cuanto al aumento en la percepción de haber informado de un error con respecto a nuestra muestra, probablemente se deba a que los resultados derivan de la percepción de los profesionales sanitarios.

Según Giraldo y cols. (2017)³⁷⁵, la divulgación y el ofrecimiento de disculpas tras un error médico no es una práctica frecuente, incluso después de una situación de una mala praxis médica. A pesar de ello, en el trabajo de Carey y cols. (2019)²⁹⁰, el 84% de los pacientes encuestados coincidían en que, si se cometía un error, los profesionales sanitarios siempre debían informar al respecto. Según los resultados de Pérez Carrión y cols. (2018)²⁷², la mayoría de los profesionales encuestados consideraba la comunicación de errores como algo positivo para la seguridad del paciente, pero a la vez expresaban su temor a una reclamación judicial si se producía un error. En otro estudio sobre profesionales, Gallagher y cols. (2006)³⁷⁶ observaron que la voluntad de los médicos de revelar errores a los pacientes aumentaba según la gravedad del daño por el error cometido, pero al mismo tiempo reconocían la existencia de ciertos factores que podían hacer menos probable que se revelase el error, como por ejemplo; pensar que el paciente no iba a entender lo que se le estaba diciendo, la creencia de que el paciente no iba a querer ser informado del error, si el paciente no sabía que había ocurrido un error o si cabía

la posibilidad de ser demandado independientemente del grado del error. También se ha visto que las probabilidades de informar son mayores en los médicos con más años de experiencia, en contraposición con los residentes y los médicos más jóvenes (Kaldijan y cols., 2007)³⁷⁷. Esto quizá se deba a que sus habilidades comunicativas estén más formadas a raíz de los años de ejercicio profesional, además de haber desarrollado una mayor destreza en la comunicación de malas noticias que los lleve a sentirse más capacitados a la hora de enfrentarse tanto a la posible reacción del paciente ante el error como a su propia inseguridad y frustración en caso de haber sido responsables del error.

Con respecto a la comunicación del error, en nuestra muestra, de forma predominante, esto se llevó a cabo por los profesionales médicos. Según Carey y cols. (2019)²⁹⁰ de los pacientes que experimentaron un error, el 38% informaron que ellos mismos habían identificado el error y se lo habían planteado a su médico u otros profesionales de la salud, el 34% informaron que su médico u otro profesional de la salud había identificado el error y el 28% indicaron que el error se había identificado por algún otro medio.

En cuanto al perfil de los pacientes que refieren que se les había comunicado un error, sus características coinciden con las de los pacientes de la muestra que perciben haber sufrido un error que anteriormente hemos comentado. Podemos destacar que el 76,2% tenían 50 años o menos, predominantemente tendían estudios primarios o técnicos y en su mayoría (82,8%) se consideraban usuarios habituales del sistema sanitario público. Además, el porcentaje de comunicación del error fue superior en aquellos pacientes encuestados en el hospital. En el trabajo de Mira y cols. (2015)³⁷⁴ casi la mitad de los médicos de Atención Primaria y hasta el 64% de los médicos que trabajaban en hospitales declararon haber informado a un paciente de un evento adverso. Además, la gran mayoría de los profesionales de ambos ámbitos expresaron su interés por recibir formación específica sobre cómo informar a los pacientes en caso de un evento adverso.

Resulta evidente que quizá el dato de mayor interés con respecto al ítem de comunicación del error radica en cuantificar a qué porcentaje del total de pacientes que perciben haber sufrido un error durante su asistencia finalmente se les ha comunicado por parte de los profesionales. En este sentido, en nuestra muestra,

del total de pacientes que afirman haber sufrido un error, el 77,9% refiere que el personal sanitario se lo ha comunicado. No obstante, si analizamos estos resultados teniendo en cuenta la nueva variable, es decir, se analiza desde una perspectiva indirecta, la comunicación de un error por parte del personal sanitario se ha llevado a cabo solamente en la mitad de los casos (50,6%) en los que se ha producido.

Según Hannawa (2014)³⁷⁸ y Hannawa y Frankel (2018)³⁷⁹ los errores médicos se comunican en menos de un tercio de todos los casos y cuando se hace, bajo la percepción de los pacientes, no se lleva a cabo de la forma adecuada. Los pacientes prefieren una declaración explícita de que hubo un error y esperan explicaciones en cuanto a qué salió mal y por qué, además de una disculpa sincera en la cual se reconozca su sufrimiento. Nuestros resultados también son similares de los de Carey y cols. (2019)²⁹⁰, en donde menos de la mitad (45%) de los pacientes que percibieron que se había cometido un error informaron de haber recibido una explicación de este, además de que sólo en aproximadamente un tercio de los casos se recibió una disculpa o el personal les informó de que se habían tomado medidas para evitar que el error volviera a ocurrir. Según estos mismos autores, y bajo la perspectiva de los pacientes, una respuesta adecuada ante un error debería incluir una explicación de lo que ocurrió, una disculpa y un compromiso para evitar que el error vuelva a ocurrir en el futuro. Bascuñán y Arriagada (2016)²⁸⁵ coinciden en que los pacientes no sólo desean ser informados de las causas y consecuencias de los errores, sino que esperan disculpas y apoyo emocional tras lo sucedido. Además, ponen de manifiesto que los datos tienden a mostrar que “las explicaciones, disculpas, reconocimiento y responsabilidad por el daño infligido disminuyen la probabilidad de una demanda legal”. Múltiples estudios han identificado que, si las situaciones propensas a errores se comunican y se gestionan realizando modificaciones en el sistema, se conseguirá una disminución en la frecuencia del error y los errores concomitantes asociados (Rodziewicz y cols., 2022)²²⁵. Varios estudios en profesionales ponen de manifiesto la inseguridad de los profesionales en cuanto a cómo divulgar un error, por lo que también existen iniciativas en forma de talleres de formación que se ha visto que mejoran la capacidad de los profesionales para la comunicación de errores (Mansour y cols., 2020)²⁹⁵. No obstante, para Carver y cols. (2020)³⁸⁰, a pesar del control y

regulaciones para minimizar los errores a nivel del sistema, la única forma de reducirlos eficazmente radica en la conciencia constante al respecto de cada miembro del equipo interprofesional.

Por lo que respecta a las causas del error médico, existen múltiples factores que contribuyen a su aparición (Vincent, 2003)²³⁷, siendo los fallos de comunicación a distintos niveles una importante fuente de errores (Escrivá Gracia y cols., 2019)²⁵⁷. Los pacientes incluidos en el trabajo de Ricci-Cabello y cols. (2016)³⁸¹ corroboran la generación de errores por esta causa. En nuestro estudio, el 11,8% de los encuestados afirman haber sufrido un error a causa de un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería, con un porcentaje similar (11,2%) en pacientes que consideran que se ha producido por un fallo en la comunicación entre el especialista hospitalario y el médico de familia.

Al tener en cuenta el total de pacientes que perciben haber sufrido un error, el 43% afirman que ha podido deberse a un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería. En la variable de respuesta indirecta, de los pacientes que refieren haber sufrido un error, un 28% afirman que alguna vez han sufrido un error por esta causa. En la revisión de Sandars y Esmail (2003)³⁸² varios estudios constatan la existencia de una mala comunicación y coordinación en la atención entre los profesionales de la salud, tanto dentro de la atención primaria como entre la atención primaria y secundaria. Según Alsaleh y cols. (2021)³⁸³ el 42,8 % de los profesionales coincidían en que una causa común de error se debía a la falta de comunicación entre el propio personal sanitario. Para Noviyanti y cols. (2021)³⁸⁴ hasta el 70-80% de los errores que ocurren son causados por una mala comunicación y entendimiento dentro del equipo sanitario, encontrando en su trabajo una relación estadísticamente significativa entre el nivel de satisfacción de la comunicación de enfermería y la calidad en cuanto a la cultura de seguridad del paciente. En este sentido, la comunicación colaborativa y el trabajo en equipo son factores importantes en el cuidado de enfermería, capaz de mejorar la seguridad del paciente (Liu y cols., 2016)³⁸⁵. Las órdenes mal leídas o no leídas y la existencia de una comunicación deficiente o nula durante los relevos del personal aumentaron significativamente las probabilidades de errores de medicación (Manias y cols., 2021)³⁸⁶. Además, los errores en el cálculo de medicación, las dosis incorrectas y

la administración de medicación no indicada constituyen los errores de medicación no inyectable más comunes en lo que respecta al personal de enfermería, estando además todos relacionados con las condiciones de trabajo de este colectivo (Sabzi y cols., 2019)³⁸⁷. Por otra parte, los hallazgos de Matziou y cols. (2014)³⁸⁸ sugieren que los médicos y el personal de enfermería no comparten los mismos puntos de vista sobre la eficacia de su comunicación y el papel de enfermería en el proceso de toma de decisiones, siendo la barrera más importante para fomentar una buena relación el hecho de que los médicos infravaloraban el papel de sus compañeros de enfermería. El estudio también indicó que la ausencia de colaboración interprofesional puede resultar en una mayor posibilidad de errores y omisiones en la atención de los pacientes.

En el mismo orden de ideas, en nuestro estudio también hemos pretendido aproximarnos a la percepción de los pacientes sobre la comunicación entre los especialistas hospitalarios y los profesionales de atención primaria. En este sentido, de los pacientes que perciben haber sufrido un error, el 39,4% afirman que ha podido deberse a un fallo de comunicación entre el hospital y atención primaria. En la variable de respuesta indirecta, el 26,6% del total de pacientes que han percibido un error afirman que ha podido ser por esta causa. Varios estudios durante la última década han identificado deficiencias en la comunicación y la transferencia de información entre el hospital y los proveedores de atención primaria (Hellesø y cols., 2004; Boockvar y cols., 2004; Kripalani y cols., 2007; Hasselink y cols., 2012)^{389, 390, 340, 391}. En este sentido, además del riesgo de errores inherente a la propia hospitalización, que en algunas series usando la percepción de los pacientes consideran que se ha producido al menos un error de medicación durante su ingreso (Mader y cols., 2022)³⁹², el problema mayoritario parece estar en la transición desde el alta hospitalaria al domicilio, cuando los pacientes vuelven a quedar bajo la responsabilidad de los profesionales de atención primaria.

En España, durante el 2020 se han notificado numerosos errores de medicación en las transiciones asistenciales motivados por fallos en la comunicación sobre los tratamientos que reciben los pacientes (ISMP-España, 2021)³⁹³. De esta forma, una comunicación deficiente entre los entornos de atención primaria y secundaria explica las discrepancias o incidentes en la

medicación tras el alta hospitalaria (Ozavci y cols., 2021)³⁹⁴, habiéndose visto además que las transiciones en condiciones subóptimas al alta del hospital favorecen las re-hospitalizaciones y conducen a una disminución de la calidad de la atención sanitaria (Hasselink y cols., 2012)³⁹¹. En el trabajo de Enguidanos y Brumley (2005)³⁹⁵ se analizaron las percepciones de pacientes y de médicos de atención primaria con respecto a su satisfacción con las instrucciones y registro de medicación al alta hospitalaria. Destaca que sólo el 40% de los pacientes estuvo totalmente de acuerdo en que la información aportada al alta fue fácil de entender, además de que un 41% no estaban totalmente de acuerdo en que la hoja de medicación que recibieron al alta estuviera completa. Los médicos señalaron que los registros de medicamentos al alta no se comunicaban adecuada o consistentemente desde el hospital, además de percibir que sus pacientes no tenían claro ni los fármacos ni la posología que debían seguir tras el alta.

Desde otro punto de vista, los fallos con el tratamiento constituyen otra de las causas principales de eventos adversos durante la asistencia, siendo los errores de medicación uno de los tipos de error más prevalente en el ámbito sanitario. Ya hemos comentado que varios autores han identificado que los factores humanos son los que más influyen en la tasa de errores de este tipo (Simonsen y cols., 2011; Lu y cols., 2013; Escrivá Gracia y cols., 2019; Garzón González y cols., 2020)^{255, 256, 257, 260}. Al respecto, en nuestra muestra el 30,9% de los pacientes afirman haberse cometido un error con el tratamiento por no haber entendido correctamente las instrucciones dadas por los profesionales sanitarios. Sorprende que en el 12,5% de los casos, las instrucciones que se dieron no fueron ni verbales ni escritas, pudiéndose entender que no se le llegó a dar al paciente ninguna indicación respecto a cómo seguir el tratamiento.

Según la revisión internacional de los autores Sears y cols. (2012)³⁹⁶, el porcentaje de encuestados que informaron errores de medicación osciló entre el 4,7% en Alemania y el 14,2% en los Estados Unidos. Teniendo en cuenta el total de participantes del estudio y a todos los países, el porcentaje total de errores de medicación que se comunicaron por los propios pacientes fue del 9,5%. Las diferencias en los datos con respecto a nuestra muestra podrían deberse a que en este estudio se les pidió a los participantes que reflexionaran sobre errores

pasados, lo que posiblemente disminuya el porcentaje debido a la existencia de un sesgo de recuerdo. Igualmente, una cuestión es la aparición de error y otra diferente el porcentaje de estos que se comunica, lo que hace imposible tener constancia del verdadero número de errores producidos. Se ha descrito que los errores asociados a una incorrecta administración de los medicamentos en el domicilio, además de ser frecuentes, tienen su causa principal en una falta de información a los pacientes y/o sus familiares o cuidadores de cómo deben utilizar los medicamentos (ISMP-España, 2021)³⁹³. Así, la información y asesoramiento insuficiente sobre la medicación de los pacientes se asoció con mayores probabilidades de errores de este tipo (Manias y cols., 2021)³⁸⁶. Por su parte, Garzón González y cols. (2020)²⁶⁰ realizaron un estudio para describir los errores de medicación notificados desde atención primaria encontrando que, en el entorno del paciente, la causa más frecuente de error fue el fallo en la comunicación profesional-paciente seguida por equivocaciones y despistes del propio paciente.

Los pacientes esperan una comunicación personalizada, clara y escrita sobre su medicación, expresando frustración especialmente cuando se cambiaba el tratamiento o se prescribía medicación nueva, sin dar las explicaciones pertinentes (Ozavci y cols., 2021)³⁹⁴. No podemos pretender que los pacientes recuerden la indicaciones y posología de su medicación sin explicárselas, siendo responsabilidad del profesional asegurarse de que se han entendido completa y adecuadamente las instrucciones. Las instrucciones de tratamiento comunicadas de forma oral a menudo son mal escuchadas, mal entendidas, mal interpretadas o transcritas incorrectamente por los pacientes, por lo que, para disminuir la oportunidad de estos malentendidos, los profesionales de la salud deberían tenerlo en cuenta (Grissinger y Kelly, 2005)³⁹⁷. En este sentido, es recomendable aportar un apoyo escrito a nuestras palabras para que los pacientes puedan consultarlo posteriormente, ya que en el momento de la consulta podrían estar nerviosos o abrumados, dependiendo de lo que se haya hablado.

Igualmente, se debe tener en cuenta que existen altas tasas de error de prescripción que pueden deberse a la escritura ilegible o el uso de abreviaturas en las recetas (Alsaleh y cols., 2021)³⁸³. Anteriormente hemos nombrado el estudio de Enguidanos y Brumley (2005)³⁹⁵ en el que, tras una revisión de informes médicos,

se encontraron serios fallos en la medicación del paciente, incluida la ilegibilidad de las instrucciones, el uso de abreviaturas médicas así como documentación incompleta o directamente la ausencia de ciertos medicamentos que sí estaba tomando el paciente. Un estudio diferente, realizado por Bell y cols. (2020)²⁹⁹, pretendió evaluar la frecuencia y los tipos de errores identificados por los propios pacientes al leer sus notas de visita ambulatoria. Se encontraron francas discrepancias entre lo apuntado por el médico y las opiniones de los pacientes, ya que, por ejemplo, los pacientes percibieron que tenían enfermedades diagnosticadas de las cuales no eran conscientes, había anotadas respuestas a preguntas que según ellos nunca se les habían formulado y percibieron múltiples fallos en cuanto a su medicación crónica, lo que hace que los autores expongan que quizá compartir notas con los pacientes puede ayudar a involucrarlos en su propia salud además de mejorar la precisión de los registros y por tanto la seguridad de la atención médica.

El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos, en su Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación del 2021³⁹³, recomienda algunas prácticas para disminuir los errores por problemas de comprensión de los pacientes en cuanto al uso de los medicamentos, entre las que destacan: dar explicaciones adecuadas cuando se prescribe un nuevo fármaco tanto a pacientes como a familiares o cuidadores, asegurarse de que se ha comprendido la información cuando las indicaciones se dan por teléfono, pedirle al oyente que las repita y proporcionar o ayudar a los pacientes a mantener una lista de los medicamentos que están tomando.

Analizando el perfil de los pacientes de nuestra muestra que en mayor medida han cometido un error con su tratamiento por no haber entendido las instrucciones, destaca que predominan los que tienen 50 años o menos, los pacientes con menor nivel de estudios (primarios, medios y técnicos), los atendidos en el hospital (39,6% en contraposición con 28,3% del total de pacientes atendidos en el centro de salud), y los que habían acudido en menos de 10 ocasiones en el último año a los servicios sanitarios. Con respecto a la razón por la cual en nuestra muestra se observa que los pacientes más jóvenes incurren en mayor medida en este tipo de error no hemos encontrado justificación clara en la literatura.

Atendiendo al estudio de Sears y cols. (2012)³⁹⁶, las probabilidades de experimentar un error de medicación fueron menores para las personas de entre 18 a 24 años en comparación con los pacientes de mayor edad. Parecería evidente pensar que los pacientes más jóvenes tendrían más capacidad de comprensión en cuanto a las instrucciones dadas por el profesional, pero quizá también pecarían de estar menos preocupados por su salud por lo que prestarían menos atención cuando se les da este tipo de información. En el trabajo de Manias y cols. (2021)³⁸⁶ encontraron que los pacientes mayores de 65 años tenían significativamente más probabilidades de sufrir daños por errores de medicación, pero el estudio se hizo sobre el error de medicación de forma general y no únicamente centrado en el error derivado de no haber entendido correctamente las instrucciones.

Con respecto a los resultados obtenidos en cuanto al nivel de estudios, ya hemos comentado que el nivel de alfabetización en salud aumenta con el grado de escolarización y el nivel de estudios (Plaza Zamora y cols., 2020)³⁹⁸. En este sentido, Grissinger y Kelly (2005)³⁹⁷ señalan que la baja alfabetización en salud muchas veces no es obvia para el profesional, lo que puede ser debido a que las personas que tienen dificultades para leer o comprender la información sanitaria pueden sentirse avergonzadas a la hora de reconocerlo por lo que no hacen preguntas y simplemente simulan haber entendido las instrucciones.

En lo que se refiere al predominio de pacientes atendidos en el hospital en el grupo de pacientes que refiere un error con el tratamiento por no haber entendido las instrucciones, anteriormente se ha comentado que los fallos de medicación son frecuentes precisamente en el paso desde la atención hospitalaria a atención primaria, por lo que estos resultados coincidirán con la literatura descrita. Sin embargo, hay estudios que reflejan otros resultados, como por ejemplo el de los autores Sears y cols. (2012)³⁹⁶ en el que aproximadamente 4 de cada 5 errores de medicación auto informados por los pacientes se produjeron en el ámbito comunitario. Igualmente, quizá las características de los pacientes de este estudio influyeron en sus resultados, al tratarse de pacientes con enfermedades crónicas que frecuentaban los servicios de urgencias y los hospitales. Por otro lado, el hecho de que en nuestra muestra predomine este tipo de error en pacientes que acuden menos a los servicios sanitarios podría explicarse entendiendo que los

profesionales conocerán menos a estos pacientes y quizá, de estar cometiendo un error con la medicación, existe menos posibilidad de darse cuenta y subsanarlo por parte del profesional.

Ahora bien, la mitad de los pacientes que refieren haber sufrido un error durante su asistencia contestan que han cometido un error con el tratamiento por no haber entendido correctamente las instrucciones del profesional. En cuanto a la variable de respuesta indirecta este porcentaje asciende, de forma que el 69,6% de los encuestados, o lo que es lo mismo, 764 de un total de 1096 pacientes, afirman que alguna vez han cometido un error por esta causa. En definitiva, en nuestra muestra, el error relacionado con la medicación es el que mayoritariamente perciben los pacientes, lo que coincide con la bibliografía al ser uno de los tipos de error más prevalentes en el ámbito sanitario.

En lo que respecta a la relación existente entre las variables del error y aquellas que se refieren a aspectos de la comunicación y toma de decisiones entre los profesionales sanitarios y el paciente, como hallazgo de mayor relevancia hemos encontrado que aquellos pacientes que perciben haber sufrido un error son también los más insatisfechos y por tanto los que valoran de una forma más negativa el proceso de información durante la asistencia sanitaria. En otras palabras, la media de valoración de la información según el grado de satisfacción del paciente y según el indicador creado respecto al grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente, en ambos casos son mayores en los pacientes que no perciben haber sufrido un error durante su asistencia.

Esta tendencia es la que se observa en la mayoría de las cuestiones del apartado de comunicación profesional sanitario–paciente cuando se analiza en relación con la percepción de error. Por ejemplo, del total de pacientes que perciben haber sufrido un error, el 40,9% no están de acuerdo con que el personal sanitario se hubiese preocupado de que se entendiese toda la información (pregunta número 4). Este porcentaje es del 18,7% en el grupo de pacientes que no perciben que hubiese un error durante su asistencia. Al analizar los resultados de la pregunta número 8, en la que el 45,9% de los pacientes que perciben haber sufrido un error contestan que el personal sanitario no les había informado correctamente sobre los riesgos de las pruebas diagnósticas, observamos que este porcentaje disminuye

hasta el 24,1% en el grupo de pacientes que no perciben que se hubiese producido un error durante su asistencia.

Al realizar el análisis de regresión logística, observamos que los pacientes que indican una buena satisfacción con la información recibida por el profesional sanitario tienen aproximadamente la mitad de riesgo (0,509 veces) de expresar que han sufrido algún error y 0,769 veces menos riesgo de que se deduzca (a partir del cuestionario) que han sufrido algún error, respecto a los que refieren una menor satisfacción con la información. Además, los individuos en los que se deduce un alto grado de información correcta recibida tienen aproximadamente la mitad de riesgo, tanto de expresar que han sufrido algún error o de deducirlo a partir del cuestionario, que en los que no se deduce un alto grado de información según el indicador.

Kim y cols. (2020)²⁹⁸ señalan la importancia de la participación del paciente en la mejora de su seguridad al reducir los errores médicos. Según su estudio, si se hace a los pacientes participes del proceso asistencial, mejoran no sólo su alfabetización en salud, sino también el autocuidado y el cumplimiento de las instrucciones del médico, lo que a su vez mejora los resultados del tratamiento y la satisfacción de los pacientes. Según Lang y cols. (2016)³⁶⁰, una comunicación profesional sanitario–paciente eficiente podría tener consecuencias positivas en cuanto a la prevención directa de eventos adversos, reducción de la ansiedad de los pacientes y aumento de su satisfacción, lo que a su vez provocaría una reducción de la susceptibilidad a los eventos adversos, mala interpretación de los desafíos normales en el diagnóstico o tratamiento y, por lo tanto, una disminución del número de demandas por mala práctica.

Mader y cols. (2022)³⁹² revelaron que mejorar los aspectos de las relaciones interpersonales ayuda a aumentar la sensación de seguridad personal de los pacientes. Así, el valor de una buena comunicación se hace evidente al constatar que, en su mayoría, las quejas y denuncias sobre los médicos no se basan en su competencia profesional, sino en problemas relacionados con la comunicación o el trato (Ha y cols., 2010; McSweeney y cols., 2021)^{399, 367}. Este aspecto es especialmente importante, ya que se ha demostrado que los pacientes que se sienten bien atendidos y adecuadamente informados presentan significativamente

menos quejas y experimentan menos errores de medicación o complicaciones en su tratamiento (Cydulka y cols., 2011)⁴⁰⁰. Atendiendo a la visión de los profesionales, estos perciben que la carga de trabajo y la falta de suficientes descansos eran las causas más comunes de errores médicos (61,5%), seguidas por la falta de comunicación, ya sea entre el personal médico (42,8%) o entre el personal y los pacientes (39,4%) (Alsaleh y cols., 2021)³⁸³.

Es necesario destacar que al analizar la percepción del error con dos de las preguntas del apartado de comunicación profesional sanitario–paciente se observa un cambio en la tendencia de las respuestas antes comentadas. Así, para la pregunta número 11, “Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias”, la percepción de haber sufrido un error durante la asistencia (en su variable de respuesta indirecta) se asocia más a estar de acuerdo con el ítem, o lo que es lo mismo, este grupo de pacientes prefieren que se les diga claramente qué tratamiento deben seguir sin aportarles más información. Quizá estos resultados puedan deberse a que, tras sufrir un error, los pacientes sientan mayor vulnerabilidad y desconcierto hacia el ámbito sanitario, o incluso culpa si perciben que el error se ha debido a su propio desconocimiento, prefiriendo una actitud más paternalista por parte de los profesionales que los “libere” de la responsabilidad de tener que tomar un rol activo en su salud.

Por otro lado, en la pregunta número 20, “Durante la consulta con el médico suele haber interrupciones”, se invierte también la tendencia con respecto al análisis del resto de preguntas del bloque de información, de forma que la percepción de haber sufrido un error, tanto en su forma directa como en su variable de respuesta indirecta, se asocia más a estar de acuerdo con la pregunta, es decir, el grupo de pacientes que refiere haber sufrido un error está más asociado con contestar que sí suele haber interrupciones durante la consulta médica. Varios autores coinciden en que las interrupciones durante el trabajo aumentan las posibilidades de error (Escrivá Gracia y cols., 2019; Manias y cols., 2021)^{257, 386}.

Los pacientes que sufren un error o evento adverso tienen la necesidad y el derecho a recibir explicaciones sobre las circunstancias y las razones por las cuales ocurrió, además de las medidas que se han adoptado para evitar que se vuelva a

repetir. Los profesionales deben tener presente los factores que influyen en el error médico y comunicarlo de forma adecuada si se llega a producir, teniendo en cuenta que los principios éticos de beneficencia y no maleficencia se transgreden cuando no se informa de un error (Rodziewicz y cols., 2022)²²⁵. Consideramos que, además, desde las propias organizaciones médicas, se debería fomentar una cultura de seguridad del paciente que se centrara en la mejora del sistema al considerar la ocurrencia de errores médicos como una oportunidad de aprendizaje.

Enlazando con lo anterior, Liu y cols., (2020)²⁴² concluyen en su trabajo que un requisito importante para evitar errores relacionados con el aspecto humano de la medicina y sus repercusiones legales es asegurar que el proceso de consentimiento informado se lleve a cabo de forma adecuada. Al respecto, como apartado final de nuestro estudio, hemos querido aproximarnos al conocimiento que tienen los pacientes del consentimiento informado y sus características para hacernos una idea de las condiciones bajo las cuales los pacientes perciben que dan su autorización a las intervenciones o tratamientos propuestos en el contexto de su atención sanitaria.

El proceso de obtención del consentimiento informado está íntimamente ligado a la toma compartida de decisiones, por lo que, una de las premisas principales para poder considerar válida su aplicación es que provenga de un paciente al que previamente se le haya dado y además haya comprendido, toda la información necesaria acerca del proceso al que posteriormente va a consentir. En nuestro país, el consentimiento informado es un requerimiento legal desde 1986 cuando los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios se incluyeron en la Ley General de Sanidad, por lo que el primer resultado que sorprende de nuestra muestra es que el 38,6% de los pacientes refiere que no conoce el consentimiento informado. Hasta donde alcanza nuestra revisión, no hemos encontrado ningún estudio en el que se analice de forma directa si el paciente conoce o desconoce el consentimiento informado, sino que, partiendo de la idea de que el paciente lo conoce y lo ha firmado, se ha pretendido analizar su percepción acerca de la calidad de la información aportada por los profesionales, así como su nivel de comprensión del proceso. Los estudios encontrados en la literatura que analizan la percepción de los pacientes entorno al proceso de consentimiento informado, en su mayoría,

se hacen sobre pacientes quirúrgicos que, o están hospitalizados de cara a una cirugía o que se la han realizado recientemente. Esta población difiere mucho de la de nuestra muestra, en donde los cuestionarios se han realizado sobre pacientes ambulatorios que se encontraban en las salas de espera tanto de centros de salud como de diferentes servicios hospitalarios. Consideramos que esto puede modificar nuestros resultados ya que indudablemente existirá una proporción de pacientes de nuestra muestra que nunca hayan necesitado realizarse una intervención o prueba que requiera su consentimiento, lo que puede incurrir en su desconocimiento de este proceso.

Lo que sí queda claro tras hacer una revisión de la literatura es que el ámbito del consentimiento informado presenta muchos déficits y posibilidades de mejora, no sólo a la hora del proceso en sí, sino que tanto los pacientes como los profesionales parecen no haber entendido conceptos clave con respecto a su significado y trascendencia.

En este sentido, varios autores ponen de manifiesto que los pacientes no tienen claras las implicaciones médico-legales que conlleva la firma del documento de consentimiento (Rajesh y cols., 2013; Arshad y cols., 2022)^{401, 402} entendiéndolo sobre todo como una herramienta de protección de los profesionales y del hospital en caso de que algo saliese mal (Doherty y cols., 2017)⁴⁰³. Alazmi (2018)⁴⁰⁴, entre otros resultados, destaca que el 39,1% de los pacientes creían que se les dejaría morir si no firmaban el consentimiento, el 37% pensaba que al firmarlo renunciaban a su derecho a cualquier compensación y más de la mitad de los pacientes, el 59,5%, creían que su finalidad era para proteger al médico de ser demandado. Según el trabajo de Rajesh y cols. (2013)⁴⁰¹, el nivel de comprensión del consentimiento fue satisfactorio solamente en el 32% de los pacientes, por lo que los autores concluyen que el consentimiento en su forma actual no es informado y por tanto debe ser reevaluado para posibilitar que se tenga en cuenta la autonomía del paciente. Estos hallazgos coinciden con los de una revisión sistemática llevada a cabo por Pietrzykowski y cols. (2021)⁴⁰⁵ donde constatan que la comprensión por parte de los pacientes de los fundamentos básicos del consentimiento informado es baja.

Con el fin de conocer qué variables influyen de forma independiente en la posibilidad de conocer el consentimiento informado, hemos encontrado que no difiere significativamente según el género, ni entre el lugar de la atención (hospital o centro de salud), ni entre ser usuario habitual o no. Con respecto a la edad, la posibilidad de conocer el consentimiento es casi el doble (1,959 veces mayor) en los pacientes mayores de 50 años con respecto a los pacientes de menor edad. Quizá esto se deba a que, a mayor edad, aumenta la probabilidad de enfermedad, lo que supone que el paciente precise un mayor número de intervenciones o pruebas que requieran su consentimiento, por lo que inevitablemente serán más conscientes de su existencia y habrán tenido más oportunidades de hablar sobre ello con su médico. Por otro lado, observamos que conocer el consentimiento es 3,352 veces más probable en los pacientes que tienen estudios superiores que en los que no tienen estudios. La relación entre el nivel educativo y la comprensión del proceso de consentimiento ha sido confirmada por múltiples autores (Chaisson y cols., 2011; Rajesh y cols., 2013; Guillén Perales y cols., 2013; Schumacher y cols., 2017; Glaser y cols., 2020)^{406, 401, 407, 408, 409}. Además de con la capacidad de comprensión, Ghasempouri y cols. (2021)⁴¹⁰ refieren que tener estudios superiores se asocia con una mayor concienciación respecto al proceso de consentimiento. También hemos observado que, en nuestra muestra, la posibilidad de conocer el consentimiento es 1,524 veces mayor en los pacientes que han realizado más de 20 visitas a los servicios sanitarios en el último año con respecto a los que han acudido en menos de 10 ocasiones. Estos resultados podrían deberse a que una mayor polifrecuentación, especialmente de más de 20 visitas en el último año, probablemente guarde relación con el peor estado de salud del paciente, con lo que sería normal pensar que haya precisado alguna intervención, prueba o tratamiento que requiriese un proceso de consentimiento por su parte. Además, en nuestra muestra, según aumenta el número de visitas a los servicios sanitarios, aumenta el porcentaje de pacientes que responden que los profesionales sí les han informado acerca de este documento.

Enlazando con los resultados anteriores, cabe destacar que el 53,5% de los pacientes encuestados manifestaron que el personal sanitario no les informó de la función ni del contenido del documento de consentimiento. Además, teniendo en cuenta únicamente a los pacientes de la muestra que sí conocen el consentimiento

informado, el 36,7% afirman que el personal sanitario no les ha informado sobre su contenido ni para lo que sirve. Agozzino y cols. (2019)⁴¹¹ obtuvieron resultados similares en su estudio, encontrando que el consentimiento solamente se les explicó al 65,6% de los pacientes.

Para intentar explicar esta falta de información por parte de los profesionales, lo primero que llama la atención al realizar una revisión de la literatura son los hallazgos respecto a quienes son los responsables de llevar a cabo el proceso de consentimiento. En el trabajo de Rodríguez Piñero y cols. (2018)⁴¹² que, al igual que el nuestro, tiene en cuenta la percepción de los pacientes, destaca que el 51,69% de los consentimientos fue entregado por los médicos, mientras que el 48,31% fue entregado por personal de enfermería, administrativos u otro personal. Además, en aquellas situaciones en las que los documentos fueron entregados por los médicos, el 14,75% entregó y leyó el consentimiento, pero sin aclarar las dudas ni las alternativas de tratamiento a los pacientes. Por otra parte, de los consentimientos entregados por el personal no médico, en la mayoría de los casos (84,21%) el profesional se limitó a entregarlo y leerlo, no considerando dentro de sus competencias ofrecer información o aclarar dudas. Williams y cols. (2021)⁴¹³ encontraron que los residentes completaron la mayoría (74%) de la documentación de consentimiento. En el estudio de Arshad y cols. (2022)⁴⁰² solamente el 40,6% de los pacientes obtuvo el consentimiento previo a la cirugía por el propio médico cirujano, en el resto de los casos (59,4%) fue tramitado por los residentes o personal administrativo. En este sentido, Wood y cols. (2016)⁴¹⁴ declararon que la mayoría de los médicos eran conscientes de que la responsabilidad de obtener el consentimiento era del cirujano responsable de la operación, pero, aun así, la mayoría coincidieron en que esta responsabilidad se solía pasar a un médico de menor experiencia. Entendiendo que el proceso de consentimiento resulta crucial para una adecuada toma compartida de decisiones y para el respeto de la autonomía del paciente, lo lógico sería pensar que semejante responsabilidad, en situaciones en las que el médico es el responsable de la intervención diagnóstica o terapéutica debería recaer en el propio profesional responsable de llevarla a cabo. Al delegar esta responsabilidad en otros profesionales, se está asumiendo y partiendo ya desde el principio de un proceso de consentimiento deficiente.

Pero ¿cuál podría ser la razón de que los profesionales, entendiendo la importancia del proceso de consentimiento, confiaran en que esta labor la realice otra persona? Pérez Carrión (2016)¹⁰² pone de manifiesto que un porcentaje importante de los profesionales de su muestra entendían el consentimiento como una herramienta defensiva frente a una posible reclamación, confirmándose un deterioro en el proceso de obtención del consentimiento, al perder de vista el verdadero sentido de este proceso. Teniendo esto en cuenta, en realidad no sorprende que los médicos adjuntos decidan muchas veces relegar esta tarea “administrativa” en los residentes u otro personal, ya que, bajo su punto de vista, únicamente supondría un aumento de trabajo burocrático.

En este sentido, varios autores han analizado el proceso de consentimiento desde la perspectiva de los médicos residentes, coincidiendo en la necesidad de adquirir mejores habilidades de comunicación para mejorar la relación con los pacientes. Salgaonkar y cols. (2021)⁴¹⁵ encontraron que, tras recibir un taller de habilidades de comunicación, los residentes de anestesia incluidos en su muestra mejoraron en su comportamiento durante la visita preoperatoria y el proceso de consentimiento informado. En otro estudio reciente de Alomar (2021)⁴¹⁶, el 67,1% de los residentes consideraba que necesitaba más capacitación en lo que se refiere al proceso de consentimiento. Del total de su muestra, solo el 4,2% de los residentes divulgaba de forma rutinaria toda la información esencial del consentimiento informado a los pacientes, siendo el conocimiento inadecuado y las barreras de comunicación las dificultades más expresadas por los médicos. Otros estudios también enfatizan la necesidad de mejorar las habilidades de comunicación de los médicos para garantizar que los pacientes estén adecuadamente informados antes de someterse a cualquier procedimiento (Ashraf y cols., 2014; Agozzino y cols., 2019)^{417, 411}. Es importante destacar el trabajo de García Garduza (2014)⁴¹⁸ que señala que la ignorancia no sirve como defensa ante un proceso legal, por lo que es imprescindible que el profesional sanitario aprenda y tenga en cuenta los deberes éticos y jurídicos inherentes a su práctica médica.

Así mismo, otro problema a la hora del proceso de información en torno al consentimiento es que parece que los médicos prefieren informar sobre el procedimiento en sí y sus beneficios, dejando algo apartadas las posibles

complicaciones que pudieran surgir, así como las alternativas disponibles (Bernat y Peterson, 2006; Khan, 2008; Hammami y cols., 2014; Arshad y cols., 2022)^{419, 420, 421, 402}. Esto constituye una grave coartación del derecho a la información del paciente, que, sin toda la información necesaria, incluidos los riesgos o complicaciones, no podrá tomar una decisión informada respecto a la situación que se le plantea. En contraposición con estos datos, en una revisión sistemática relativamente reciente, Glaser y cols. (2020)⁴⁰⁹ encontraron que en el 85% de los estudios analizados, los profesionales priorizaron y enfatizaron en que los pacientes comprendiesen los riesgos de los procedimientos, lo que para estos autores sugiere un ejemplo de medicina defensiva, centrando el consentimiento informado en la protección del médico en vez de en la autonomía del paciente.

A pesar de estos hallazgos, la mayoría de los pacientes sí desean y expresan la necesidad de estar informados en lo que respecta a su salud y los procedimientos o tratamientos que se van a llevar a cabo, incluidos los riesgos, complicaciones involucradas y posibilidades de éxito en caso de tratarse de una cirugía (Rajesh y cols., 2013; Alazmi, 2018)^{401, 404}. Igualmente, y como ya hemos enfatizado a lo largo de este trabajo, se defiende una atención centrada en la persona, esto es, personalizada con respecto a la singularidad del paciente, lo cual se aplica también a la hora del proceso de consentimiento. Al respecto, Convie y cols., en una revisión sistemática realizada en 2020⁴²² demuestran que un enfoque único de divulgación de información no es apropiado para todos los pacientes, enfatizando la necesidad de individualizar y determinar desde el principio los deseos y las necesidades de cada paciente, en particular dependiendo de su situación.

En cuanto a la solicitud del consentimiento por escrito, un 40,7% de los pacientes de nuestra muestra afirman que no se les ha solicitado antes de realizar un procedimiento quirúrgico, y el 40,2% afirman que no se les ha pedido antes de someterse a una prueba diagnóstica que entrañase algún riesgo. Para poner estos resultados en contexto, tras analizar nuestros datos también hemos observado que, como era de esperar, no saber lo que es el consentimiento informado se asocia más a contestar que el personal sanitario no ha pedido su consentimiento por escrito ante los dos supuestos mencionados. En cambio, del total de pacientes que sí refieren conocer el consentimiento, el 30,9% y el 30,1% contestan que no se les

ha pedido antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica o para realizar una prueba diagnóstica invasiva o de riesgo, respectivamente.

Estos hallazgos respaldan todo lo que anteriormente hemos comentado: el proceso de obtención del consentimiento informado tal y como está estructurado en la actualidad no es adecuado. En realidad, podemos inferir que los pacientes, a pesar de creer conocer este proceso, no son conscientes de lo que firman, ya que pedir el consentimiento por escrito ante determinados supuestos es obligatorio en la práctica asistencial según la Ley 41/2002¹¹⁵, básica reguladora de la autonomía del paciente, que establece en su artículo 8.2 que “El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”. Además, cuanto más incierto sea el resultado de una intervención o menos necesaria sea para la salud del paciente, tanto más importante será su consentimiento informado previo por escrito (Otero y cols., 2022)³¹⁶.

A pesar de los cambios acontecidos en la relación clínica con el objetivo de abandonar el modelo paternalista anterior, parece que determinados matices de esta actitud persisten en el ámbito del consentimiento, al observarse deficiencias en el proceso de información previo por parte de los profesionales y centrarse en obtener la firma del paciente en el documento (Simon 2006; Busquets y Caïs 2017)^{147, 152}. Galán Cortés (2014)¹⁴⁶, enfatiza que la validez del consentimiento del paciente únicamente abarcará hasta donde este haya sido informado. Así, el hecho de que un paciente firme un documento de consentimiento no significa que realmente lo haya leído o que haya comprendido todos los aspectos relacionados con el procedimiento propuesto (Rosique y cols., 2006; Dufour y cols., 2017; Otero y cols., 2022)^{423, 424, 316}. En este contexto, en el que sabemos que el consentimiento se obtiene de forma sistemática para los supuestos dictaminados por ley, pero que al mismo tiempo tenemos pruebas de que los pacientes no son conscientes de lo que implica su firma o directamente no entienden ni se les explica lo que están firmando, podemos inferir en que en realidad el consentimiento dista mucho de ser “informado” y por tanto, esté firmado o no, no resulta válido. En el trabajo de Guillén

Perales y cols. (2013)⁴⁰⁷, a pesar de haber obtenido el consentimiento de todos los pacientes de cara a la anestesia, menos de la mitad entendieron la información recibida durante el proceso.

Según Agozzino y cols. (2019)⁴¹¹, todos los pacientes firmaron el documento de consentimiento, sin embargo, posteriormente el 13,9% no sabía o recordaba haberlo hecho. Además, estos autores señalan otro posible problema que está ocurriendo en relación con la obtención del consentimiento: la antelación y el tiempo del que se dispone para este proceso. Así, de los que recibieron el formulario de consentimiento escrito, el 52% de los pacientes lo había recibido el día anterior a la cirugía, mientras que el 41,1% lo recibió algunas horas o inmediatamente antes del procedimiento. Este hecho indica disponer de muy poco tiempo para emplear en el proceso de información y toma de decisiones, imprescindible para que el consentimiento pueda ser informado, sin contar con que el paciente apenas tendrá tiempo para reflexionar sobre la información que ha recibido o plantear posibles dudas. Rodríguez Piñero y cols. (2018)⁴¹² también encontraron que el 19,17% de los pacientes manifestaron no haber tenido el tiempo suficiente para tomar una decisión. Además, consideramos que la situación personal y emocional del paciente puede no ser la adecuada para poder tomar una decisión si esta se produce tan cerca del procedimiento en sí mismo. Coinciden con esta consideración en su revisión los autores Convie y cols. (2020)⁴²² que encuentran que la presión con respecto al tiempo y factores como el miedo y la ansiedad afectan la capacidad del paciente para entender la información transmitida durante el proceso de consentimiento. Desde el punto de vista de los profesionales, también parece existir un problema de falta de tiempo. Según Pérez Carrión (2016)¹⁰², sólo el 40% de los profesionales encuestados consideraba que los pacientes disponían de un tiempo suficiente para poder comprender el contenido del documento de consentimiento.

En otro orden de ideas, cabe hacer una mención a la documentación del consentimiento en sí misma. Williams y cols. (2021)⁴¹³ mediante un estudio retrospectivo, se propusieron identificar la integridad de la documentación de todos los elementos del consentimiento informado para la colecistectomía laparoscópica, esto es, detalles del procedimiento, posibles complicaciones y alternativas a la

intervención. Sorprendentemente encontraron que solamente el 2% de los casos tenían la documentación completa, siendo las alternativas al procedimiento las encontradas en menor medida al hacer la revisión de casos. En un trabajo realizado en la Región de Murcia, Calle Urra y cols. (2015)⁴²⁵ enfatizan la necesidad de mejora que perciben en los documentos de consentimiento de los hospitales del Servicio Murciano de Salud, al haber encontrado graves deficiencias. Otros autores como Özhan y cols. (2014)⁴²⁶ también concluyen que la documentación de consentimiento debería modificarse para facilitar su lectura además de ofrecer un apoyo visual al material verbal y escrito. En este sentido, Glaser y cols. (2020)⁴⁰⁹ pretendieron objetivar cómo podría mejorarse la comprensión del paciente de estos documentos, encontrando que, en comparación con el consentimiento informado estándar, considerado como una breve información verbal seguida de la firma de un documento tipo, se observó una mejora estadísticamente significativa en la información retenida por el paciente si se utilizaba material escrito, audiovisual, intervenciones digitales con aplicaciones interactivas, o si la discusión verbal incluía una evaluación posterior de la comprensión y según el nivel alcanzado, se les repetía o daba información adicional.

Enlazando con los resultados de nuestro estudio, y partiendo de la base de un documento escrito de consentimiento, casi un tercio de la muestra, o lo que es lo mismo, el 31,5% de los pacientes, refiere no haberlo leído. Poniendo estos datos en contexto, el 28,9% del total de pacientes que sí conocen este documento, es decir, que contestaron previamente que sí a la pregunta número 28 del cuestionario “¿Sabe lo que es el consentimiento informado?”, no se lo habían leído detenidamente, lo cual deja implícito que a pesar de afirmar que saben lo que es, no entienden bien su importancia, implicaciones ni su sentido. El porcentaje de pacientes que no se lo leen aumenta hasta un 39,8% teniendo en cuenta al total de pacientes que no saben lo que es el consentimiento. También hemos encontrado según nuestros resultados que ser mujer, usuaria habitual del sistema sanitario, joven (50 años o menos) y tener estudios medios y superiores se asocia más a haber leído el documento.

Con respecto a la literatura revisada podemos destacar la similitud de nuestros hallazgos con los obtenidos por otros autores. Ghasempouri y cols.

(2021)⁴¹⁰ coinciden en que la mayoría de los pacientes había leído muy poco o poco el formulario de consentimiento. Según Agozzino y cols. (2019)⁴¹¹ sólo el 51,8% de los pacientes afirmó haberlo leído detenidamente, encontrando además que eran los pacientes más jóvenes (de 60 años o menos) y los pacientes con niveles educativos más altos los que tenían más probabilidades de leer el consentimiento escrito. Hallazgos similares se obtuvieron en el estudio de Özhan y cols. (2014)⁴²⁶, donde más de la mitad de los pacientes admitieron no haberse leído el consentimiento. Analizando las razones por las cuales no se lo habían leído, el 50,3% expresó que no era de su interés porque de todos modos aceptaría la intervención quirúrgica, el 13,4% manifestó que no dispuso del tiempo suficiente para leerlo, al 11,9% le resultó difícil de entender, el 5,9% de los pacientes no pudo leerlo porque no tenía sus gafas y el 5,2% lo encontró aterrador y desistió de seguir leyéndolo. Además, en este estudio los pacientes ambulatorios y los pacientes más jóvenes y con menor patología tenían más posibilidad de leer el documento de forma estadísticamente significativa.

Cabe mencionar a Otero y cols. (2022)³¹⁶ que recalcan la importancia de no confundir el consentimiento informado con los documentos de consentimiento informado. Esto es, el obtener el consentimiento válido de un paciente constituye un proceso que requiere que tanto el profesional como el paciente establezcan una comunicación adecuada, facilitada por la confianza y la empatía, en donde se llegue a transmitir toda la información necesaria en lo que respecta al procedimiento a realizar para posibilitar la toma de decisiones lo más informada posible por parte del paciente, que culminará en su firma como paso final del acto asistencial. Por tanto, el proceso de firmar la documentación no es ni mucho menos el aspecto nuclear del consentimiento, aunque la realidad sea que, a raíz del aumento de una medicina defensiva, todo este proceso esté intensamente burocratizado y derive muchas veces en un acto rutinario tanto para el profesional como para el paciente, que muchas veces se limita a firmar un documento que no entiende y por tanto quizá ni siquiera lea.

Conviene recordar de nuevo la Ley 41/2002¹¹⁵ que, dentro del capítulo del derecho de información sanitaria, en su artículo 4.2 señala que “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se

comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.” En este sentido, casi un tercio de los pacientes encuestados de nuestra muestra, un 27,6%, afirman que efectivamente el consentimiento no estaba escrito en un lenguaje comprensible. Esto coincide con lo expresado en los trabajos de otros autores (Busquets y Caïs, 2017; Otero y cols., 2022)^{152, 316}. Además, en nuestro estudio, ser mayor de 50 años se asoció más a pensar que no estaba escrito de forma comprensible, así como no tener estudios y no ser usuario habitual. Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado en cuanto a que se debe tener presente que la alfabetización en salud no es igual en todas las personas y que guarda relación con el nivel educativo, no sorprende que sean los pacientes más mayores y sin estudios los que más dificultad le encuentren a la comprensión del consentimiento escrito. El no usar de forma regular el sistema sanitario quizá haga que el paciente esté menos familiarizado con el proceso de consentimiento, así como con la lectura de material médico, a pesar de que éste debería ser adaptado e individualizado atendiendo a las características de cada paciente.

En su trabajo sobre la percepción de los pacientes, Rodríguez Piñero y cols. (2018)⁴¹² destacan que menos de la mitad de la muestra lo firmó por haber entendido y aceptado la información, el 41,67% sintieron la obligación de hacerlo para poder realizarse el procedimiento, el 8,33% accedió al consentimiento por vergüenza de parecer ignorantes, y un 2,5% refiere que lo hizo por sentir presión (social, familiar, laboral, etc.). Estos datos de nuevo demuestran claras deficiencias a la hora de la obtención del consentimiento bajo la perspectiva de los pacientes. Es responsabilidad tanto del sistema como de los propios profesionales el ser conscientes de ello y actuar sobre los factores que limiten su adecuada aplicación, recordando además que el consentimiento escrito no debería ser un sustituto del proceso de comunicación verbal y bidireccional entre el profesional y el paciente (Brenner y Horowitz, 2009)⁴²⁷.

En otro orden de ideas, con respecto a la última pregunta de nuestro cuestionario incluida en el bloque de consentimiento informado, pretendimos aproximarnos al conocimiento de los pacientes de otro documento importante en el

que se concreta el proceso de toma de decisiones en determinadas situaciones: el documento de instrucciones previas.

La Ley 41/2002¹¹⁵, dentro del capítulo 4 que abarca el respeto de la autonomía del paciente, en su artículo 11, entiende “por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”. De esta forma, se puede concebir el documento de instrucciones previas como una extensión del consentimiento informado pero que se hace de cara a un posible futuro en el que el paciente no tendrá la competencia para expresar sus últimas voluntades por sí mismo. Como anteriormente comentamos, hay que diferenciar el proceso de obtención del consentimiento con el documento del consentimiento, de la misma forma que es preciso discernir entre la planificación anticipada de las decisiones con el documento de instrucciones previas (Ameneiros Lago y cols., 2011)⁴²⁸. El proceso de planificación anticipada de decisiones requiere de una profunda reflexión por parte del paciente con el fin de esclarecer y especificar, según sus propios valores e ideas, cuáles serán sus deseos con respecto a su asistencia en caso de no estar en condiciones para expresarlas llegado el momento. Esto precisa de un proceso informativo y de diálogo, en la mayoría de los casos con sus familiares o allegados, además de con su profesional sanitario más cercano, en muchos casos, su médico de familia, para poner en conocimiento sus deseos y poder comentar sus opiniones. Este proceso también ayuda a los profesionales en el ejercicio de una buena práctica médica, respetuosa con la voluntad del paciente y preservando su autonomía hasta el final de la vida.

En nuestro estudio, coincidiendo con los hallazgos de otros autores, la mayoría de los pacientes (79,2%) no conoce el Documento de instrucciones previas. Así mismo, hemos encontrado que ser mujer, ser más joven (50 años o menos), tener un mayor nivel de estudios, haber sido atendido en el hospital y hacer un uso habitual del sistema sanitario esta más asociado, de forma significativa, con

conocer el documento. Además, el hecho de conocer el consentimiento informado se asoció más a conocer también lo que es el documento de instrucciones previas.

De los pacientes que opinan que se informa “mejor” en el centro de salud, el 58,6% sabe lo que es el consentimiento informado. Del total de pacientes que conciben que la información es más clara y completa en el hospital, el 66,2% conocen el consentimiento. Teruel y cols., (2015)⁴²⁹ y Gómez Martínez (2016)⁴³⁰ constatan que el conocimiento de este documento está poco difundido entre los pacientes que acuden a su médico de atención primaria, encontrando en la muestra de este último, realizado sobre usuarios de atención primaria del Servicio Murciano de Salud, que el 65,7% no lo conocen. En un estudio reciente de Fernández Rodríguez y cols. (2021)⁴³¹, realizado sobre los residentes de un geriátrico, sus familiares y profesionales del centro, también observaron una falta de conocimiento con respecto a este tema, quizá reforzado por el tabú social existente en torno a la muerte. A pesar de ello, una vez que los participantes fueron informados de su existencia y propósito, la mayoría tuvieron una actitud positiva y los consideraron de utilidad.

Desde la perspectiva de los profesionales, también parece haber claras deficiencias en el conocimiento y participación en la divulgación de su existencia y finalidad (Pérez Carrión, 2016)¹⁰². Los profesionales analizados en el estudio de Simón Lorda y cols. (2008)⁴³² autoevaluaron su conocimiento del documento de instrucciones previas con una media de 5,29 sobre 10, lo equivalente a una nota de aprobado, lo que deja ver la existencia de un amplio margen de mejora en este ámbito en lo que respecta a los profesionales sanitarios.

En nuestro estudio, al analizar la valoración media del grado de satisfacción de los pacientes con la información recibida por los profesionales y su relación con el consentimiento, observamos que esta es ligeramente superior, pero de forma no significativa, en aquellos pacientes que conocen el consentimiento. Revisando las respuestas a las preguntas del bloque de comunicación profesional sanitario-paciente, observamos esta tendencia en su gran mayoría, así, por ejemplo, con respecto a la percepción del paciente de que el personal sanitario le hubiese informado de forma correcta sobre su enfermedad, del total de pacientes que están de acuerdo con este ítem (pregunta número 2), el 67,4% sabe lo que es el

consentimiento. Desde esta, hasta la pregunta número 9 (“El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud”), más de la mitad de los pacientes que están de acuerdo con lo planteado en el ítem saben lo que es el consentimiento informado.

Es necesario destacar las respuestas de los pacientes a la pregunta número 11 (“Prefiere que el personal sanitario le diga claramente qué tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias”), ya que se observa que más de la mitad de los pacientes de los que están muy de acuerdo con esta afirmación, saben lo que es el consentimiento informado, es decir, pone de manifiesto la posibilidad de que el paciente pueda preferir una actitud más paternalista por parte del profesional sanitario. En este sentido, varios autores también ponen de manifiesto la existencia de trazas paternalistas en los pacientes. Por ejemplo, Rajesh y cols. (2013)⁴⁰¹ observó que el 61,6% de los pacientes confiaba en que su médico hiciera lo correcto y no le importaba lo que les sucediera siempre que mejoraran. En menor proporción, Alazmi (2018)⁴⁰⁴ reportó que el 15,9% de los pacientes confiaba en que su médico hiciera lo correcto y creían que una explicación detallada no era importante.

A pesar de estos hallazgos, al realizar la regresión logística para discernir qué variables, por sí solas, influyen en la posibilidad de conocer el consentimiento, no observamos diferencias significativas en cuanto a la valoración de la información, ni con el grado de satisfacción ni con el indicador de grado de información correcta recibida previa a la decisión del paciente.

En cuanto a la revisión de la literatura, Hallock y cols. (2017)⁴³³ encuentran en su muestra de estudio una asociación significativa entre la satisfacción y conocimiento del consentimiento informado. Otros autores también ponen de manifiesto que generalmente, los pacientes bien informados están más satisfechos y presentan menos reclamaciones legales (Leclercq y cols., 2010 y 2013; Jahan y cols., 2014; Agozzino y cols., 2019)^{434, 435, 436, 411}. En un estudio reciente, Yu y Pun (2021)⁴³⁷ tras analizar las grabaciones de 14 sesiones de consentimiento informado y posteriormente entrevistar a los pacientes, sugieren cuatro estrategias para conseguir una adecuada comunicación durante el proceso de consentimiento que

incluyen: buscar la comprensión de los pacientes sobre su condición con el fin de enmarcar la conversación teniendo en cuenta los aspectos importantes para el paciente, intentar explicar la información médica por referencia al conocimiento que tenga el paciente, reconocer y abordar las inquietudes psicológicas de los pacientes y por último, asegurarse de repetir información crítica y verificar que los pacientes la hubiesen entendido.

En definitiva, parece que existe un amplio margen de mejora en lo que respecta al proceso de obtención del consentimiento, demostrado también en nuestros hallazgos, ya que parece que ni los profesionales transmiten adecuadamente la información médica ni los pacientes la reciben de manera efectiva, lo que impide que estos puedan tomar una decisión clínica autónoma e informada (Gong y cols., 2018)¹⁵⁵.

8. CONCLUSIONES

PRIMERA.

Los pacientes de nuestra muestra perciben deficiencias importantes en la atención prestada, específicamente en lo que se refiere al proceso de información por parte de los profesionales sanitarios y la toma compartida de decisiones.

SEGUNDA.

Un porcentaje importante de pacientes (38,6%) no conoce el consentimiento informado ni es consciente de sus implicaciones médico-legales al no haber sido informados sobre su finalidad por parte de los profesionales sanitarios.

TERCERA.

Un elevado porcentaje de pacientes refiere que no se le ha solicitado su consentimiento por escrito previo a someterse a una intervención quirúrgica o a una prueba diagnóstica de riesgo (40,7% y 40,2% respectivamente). Al contemplarse en la ley que bajo estos supuestos se requiere un consentimiento escrito, consideramos que muchos de los pacientes de nuestra muestra no son conscientes de lo que están firmando cuando se le aportan los documentos de consentimiento.

CUARTA.

Los pacientes encuestados, en su mayoría (67,3%), manifiestan una preferencia clara a ser informados sobre aspectos de su salud.

QUINTA.

De forma general, los pacientes parecen estar satisfechos con la información recibida por los profesionales, calificando más del 44% de ellos la calidad de la información con una puntuación de notable. El 10% manifiestan un serio descontento con la relación clínica mantenida, al calificar con un suspenso la información recibida.

SEXTA.

La calidad de la comunicación médico-paciente repercute en la satisfacción de los pacientes. Los pacientes que parecen estar más satisfechos con la información recibida son los mayores de 50 años, usuarios habituales, polifrecuentadores (más de 20 visitas en el último año) y los atendidos en centros de salud. El profesional sanitario que mejor informa es el médico.

SÉPTIMA.

La percepción por parte de los pacientes de errores cometidos durante la atención sanitaria es considerable. No obstante, se trata de un aspecto subjetivo y para conocer si se trata de una percepción o es una realidad hubiese exigido un análisis más profundo de cada una de las situaciones. Según los pacientes de nuestro estudio, los errores se comunican en menor proporción de la que se producen.

OCTAVA.

La posibilidad de percibir que se ha sufrido un error durante la asistencia sanitaria es mayor en mujeres, pacientes de entre 30 y 50 años, nivel de estudios primarios o profesionales técnicos, usuarios habituales, polifrecuentadores (sobre todo más de 20 visitas en el último año) y en individuos atendidos en el ámbito hospitalario.

NOVENA.

La percepción de los pacientes según hayan sufrido o no un error influye en su grado de satisfacción con la información recibida. Los pacientes que perciben haber sufrido un error son los que peor valoración le otorgan al proceso de información.

DÉCIMA.

Entre los pacientes que perciben haber sufrido un error durante su atención, la causa que lo ha motivado de forma mayoritaria es un fallo en la medicación por no haber entendido adecuadamente las instrucciones de los profesionales. También se constata un alto porcentaje de error derivado de fallos en la comunicación a otros niveles, tanto entre el personal médico y el de enfermería como entre el especialista hospitalario y el médico de familia.

DECIMOPRIMERA.

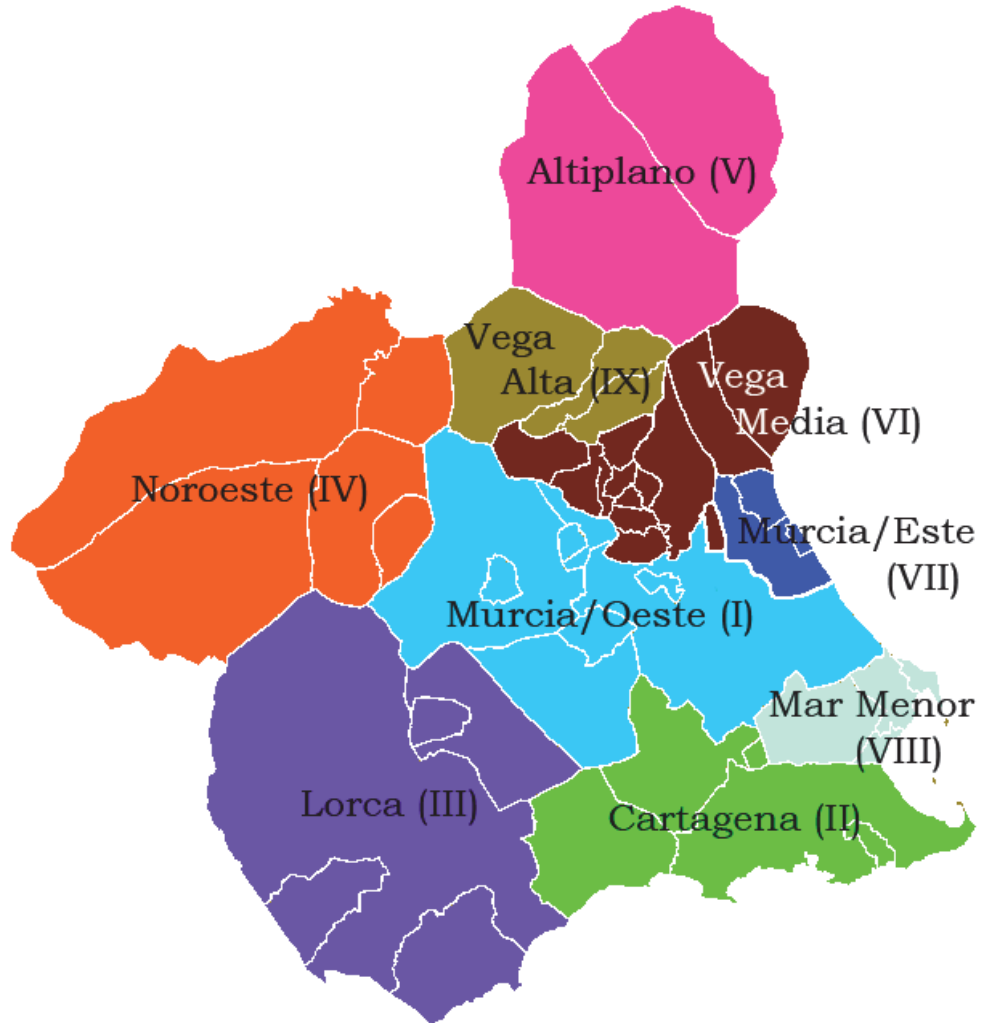
Se ha de concienciar a los profesionales sanitarios sobre la adopción de medidas de prevención de los errores médicos. La comunicación del error al paciente y a sus familiares incrementa la confianza en la relación clínica y reduce la litigiosidad.

DECIMOSEGUNDA.

Se debe promover y fomentar el aprendizaje y mejora de habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios y su implicación en el proceso de toma de decisiones compartidas, teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO A. MAPA REGIÓN SANITARIA MURCIA.



9.2. ANEXO B. INFORME COMITÉ DE ÉTICA.

UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Vicerrectorado de Investigación
e Internacionalización



Comisión de
Ética de
Investigación



INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia,

CERTIFICA:

Que D.^a Raquel Georgina Padín Pérez ha presentado la memoria de trabajo de la Tesis Doctoral titulada "*Comunicación, toma de decisiones y errores en el ámbito clínico: percepción de los pacientes*", dirigida por D. Eduardo Javier Osuna Carrillo-Albornoz a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día veintiocho de julio de dos mil veinte¹, por unanimidad, se emite INFORME FAVORABLE, desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan firmo esta certificación con el visto bueno de la Presidenta de la Comisión.

Vº Bº
LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: María Senena Corbalán García

ID: 2925/2020

¹A los efectos de lo establecido en el art. 19.5 de la Ley 40/2015 de 1 de octubre de Régimen Jurídico del Sector Público (B.O.E. 02-10), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación



Código seguro de verificación: RUXFMkhd-barZ6ETv-aSH7vMDb-4PYD18QD

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>

9.3. ANEXO C. CUESTIONARIO.

ENCUESTA SOBRE LA COMUNICACIÓN Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la comunicación en su centro de salud u hospital. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Marque con una **X** su respuesta. En las preguntas con escala de puntuación del 1 al 4, marque la puntuación que considere más acorde, donde **1** es **muy en desacuerdo** y **4** **muy de acuerdo**. **n/c** es: no sabe, no contesta.

INFORMACION DEL ENCUESTADO

- Género: Hombre Mujer
- Edad:
- Nivel de estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Técnicos Superiores
- Servicio/Centro de Salud en el que está siendo atendido:
- ¿Usa habitualmente el sistema sanitario público? No Si
- Durante el último año, ¿cuántas veces ha utilizado estos servicios?

1. ¿Conoce usted el nombre del médico que le atendió la última vez?	n/c	NO	SÍ		
2. El personal sanitario le ha informado correctamente sobre su enfermedad.	n/c	1	2	3	4
3. El personal sanitario ha atendido correctamente a sus preguntas.	n/c	1	2	3	4
4. El personal sanitario se ha preocupado de que entienda toda la información.	n/c	1	2	3	4
5. El personal sanitario le ha informado correctamente sobre cómo seguir el tratamiento.	n/c	1	2	3	4
6. El personal sanitario le ha explicado correctamente las razones del tratamiento.	n/c	1	2	3	4
7. El personal sanitario le informó correctamente sobre el tipo de pruebas diagnósticas y las razones de las mismas.	n/c	1	2	3	4
8. El personal sanitario le informó correctamente sobre los posibles riesgos de las pruebas diagnósticas.	n/c	1	2	3	4
9. El personal sanitario ha tenido en cuenta sus opiniones cuando ha tenido que tomar una decisión difícil y delicada en alguna cuestión de salud.	n/c	1	2	3	4
10. El personal sanitario le ha informado de la forma más completa posible, incluso de los inconvenientes, para que usted pueda decidir sobre su tratamiento o prueba diagnóstica.	n/c	1	2	3	4
11. Prefiere que el personal sanitario le diga claramente que tratamiento debe seguir, sin más información sobre riesgos o consecuencias.	n/c	1	2	3	4
12. Si alguna vez no ha querido saber más que lo justo sobre su enfermedad, han respetado su derecho a no saber.	n/c	1	2	3	4
13. El personal sanitario dedicó el tiempo suficiente a su problema de salud.	n/c	1	2	3	4
14. Cuando me acompaña algún familiar, el personal sanitario suele dirigirse en sus explicaciones preferentemente a él.	n/c	1	2	3	4
15. El personal sanitario me ha informado conforme se producían modificaciones en mi enfermedad.	n/c	1	2	3	4
16. Si alguna vez le han tenido que comunicar una "mala noticia", considera que los profesionales sanitarios lo hicieron de una forma delicada y cuidada.	n/c	1	2	3	4

17. En general, ¿Dónde le han informado de forma más clara y completa?:

Centro de Salud Hospital Ambos Ninguno n/c

18. ¿Quién le ha informado de forma más clara y completa en su CENTRO DE SALUD?

Personal médico Personal de enfermería Ambos Ninguno n/c

19. ¿Quién le ha informado de forma más clara y completa en el HOSPITAL?

Personal médico Personal de enfermería Ambos Ninguno n/c

20. Durante la consulta con el médico, suele haber interrupciones (entrada de personas, llamadas telefónicas, ...)	n/c	1	2	3	4
21. ¿Ha sufrido algún error durante su asistencia?	n/c	NO	SÍ		
22. ¿Alguna vez el personal sanitario le ha comunicado algún error durante su asistencia (de diagnóstico o tratamiento)?	n/c	NO	SÍ		

23. ¿Quién fue?

Personal médico Personal de enfermería Ambos Ninguno n/c

24. ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre el personal médico y el de enfermería?	n/c	NO	SÍ
25. ¿Alguna vez ha sufrido algún error por un fallo de comunicación entre especialistas y atención primaria (médico de familia)?	n/c	NO	SÍ
26. ¿Alguna vez ha cometido un error con la medicación (u otro tratamiento) porque no entendió correctamente las instrucciones?	n/c	NO	SÍ

27. En el caso anterior, las instrucciones eran:

Escritas Verbales Ambos Ninguno n/c

28. ¿Sabe lo que es el consentimiento informado?	n/c	NO	SÍ
29. ¿El personal sanitario le ha informado para lo que sirve y sobre el contenido?	n/c	NO	SÍ
30. ¿Han pedido su consentimiento por escrito para una intervención quirúrgica?	n/c	NO	SÍ
31. ¿Han pedido su consentimiento por escrito para alguna prueba diagnóstica con riesgo?	n/c	NO	SÍ
32. ¿Lo ha leído detenidamente?	n/c	NO	SÍ
33. ¿El consentimiento informado estaba escrito en un lenguaje comprensible?	n/c	NO	SÍ
34. ¿Sabe lo que es el Documento de Instrucciones Previas?	n/c	NO	SÍ

VALORACIÓN

35. Califique, por favor, de uno a diez cual es su grado de satisfacción acerca de la información que ha recibido de los profesionales sanitarios.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Osuna E. La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica. Discurso de ingreso en Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Murcia. Diego Marin Librero-Editor. 2013.
- ² Espinosa-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía-Pérez LA. Conspiración del silencio en la enfermedad terminal. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017;80(2):125–136.
- ³ Noto T, Osuna E (dir), Fernández-Campos JA (dir), Maniaci G (dir). Libertad y autonomía en la relación clínica en la etapa final de la vida. Un estudio comparado desde la perspectiva del Bioderecho [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 2021.
- ⁴ Simón P, Barrio IM. ¿Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. *Rev Calid Asist.* 2004;19(7):460-472.
- ⁵ Turabian JL. Psychology of doctor-patient relationship in general medicine. *Arch Community Med Public Health.* 2019;5(2):62–68.
- ⁶ García D. La relación clínica. *Bioética Clínica* (1ª. ed.). Estudios en Bioética. Santa Fé de Bogotá. El Buhó. 1998;2:61-67.
- ⁷ Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990;17:121-131.
- ⁸ Osuna E. La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario. En: *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios (1ª. Ed.)*. Morillas-Cuevas L (director), Suárez-López JM (coordinador). Madrid. Dykinson. 2010;797-835.
- ⁹ Percival T. *Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons: to which is Added an Appendix; Containing a Discourse on Hospital Duties; Also Notes and Illustrations.* S. Russell, 1803.
- ¹⁰ Osuna E. Los Derechos del enfermo en el Marco Jurídico Español. *Revista Latinoamericana Derecho Médico y Medicina Legal.* 2003;5(1):67-71.
- ¹¹ Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002. *Cuadernos de Bioética.* 2006;17:27-42.

-
- ¹² Osuna E. Asistencia sanitaria y avances científico-tecnológicos en un ámbito multicultural. En: Retos y propuestas para el sistema de salud. Pérez-Gálvez JF (director). Valencia. Tirant lo Blanch. 2019:375-405.
- ¹³ Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-2226.
- ¹⁴ Bonilla FJ, Piedrahita S, Elvira L. Consentimiento Informado en la práctica clínica: retos del personal de salud. *Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana*. 2013;17(2):58-60.
- ¹⁵ Epstein RM, Borrel F. Pudor, honour and authority: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Educ Couns*. 2001;45:722-725.
- ¹⁶ Borrel-Carrio F, Epstein R, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:337-342.
- ¹⁷ Diego L, Amado-Guirado E. Información de medicamentos a pacientes: necesaria pero insuficiente. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2015;22(2):90-97.
- ¹⁸ Duany-Mejías T, Turcáz-Castellanos IM, González-Concepción AM. Ethic values in the stomatologic practice. Commitment from the primary care. *Revista Médica Electrónica*. 2014;36(6):846-854.
- ¹⁹ Djulbegovic B, van den Ende J, Hamm RM, Mayrhofer T, Hozo I, Pauker SG y cols. When is rational to order a diagnostic test, or prescribe treatment: the threshold model as an explanation of practice variation. *Eur J Clin Invest*. 2015;45(5):485-493.
- ²⁰ Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Sánchez-Ferrer ML y Machado F. Caesarean delivery: conflicting interests. *Reprod Biomed Online*. 2015;31(6):815-818.
- ²¹ Galán-Cortés JC. Responsabilidad médica y consentimiento informado. *Sindicato Médico del Uruguay*. Montevideo: SMU. 2001;93-104.
- ²² Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003;87:1115-1145.
- ²³ Seoane, JA. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *Derecho y salud*. 2008;16(1):79-86.
- ²⁴ Sternlieb JL. Teaching the value of continuity of care: A case conference on long-term healing relationships. *Fam Syst Health*. 2012;30(4):302-307.

- ²⁵ Kelley M, James C, Kraft SA, Korngiebel D, Wijangco I, Rosenthal E, y cols. Patient perspectives on the learning health system: The importance of trust and shared decision making. *Am J Bioeth.* 2015;15(9):4-17.
- ²⁶ Pichlhöfer O, Tönies H, Spiegel W, Wilhelm-Mitteracker, Maier M. Patient and preceptor attitudes towards teaching medical students in General Practice. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):83.
- ²⁷ Moore PM, Rivera-Mercado S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7(7):CD003751.
- ²⁸ Piqué JM. ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario?. *Med Clin (Barc).* 2013;140(11):514-519.
- ²⁹ Waweru E, Smekens T, Orne-Gliemann J, Ssengooba F, Broerse J, Criel B. Patient perspectives on interpersonal aspects of healthcare and patient-centeredness at primary health facilities: A mixed methods study in rural Eastern Uganda. *PLoS ONE.* 2020;15(7):e0236524.
- ³⁰ Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open.* 2018;8(1):e019189.
- ³¹ De Montalvo-Jääskeläinen F. Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital. 1ª Edición. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2009:65-104.
- ³² Kirkley C, Bamford C, Poole M, Arksey H, Hughes J, Bond J. The impact of organisational culture on the delivery of person-centred care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health Soc Care Community.* 2011;19(4):438–448.
- ³³ Sidani S, Fox M. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. *J Interprof Care.* 2014;28(2):134–141.
- ³⁴ Burgers JS, van der Weijden T, Bischoff EWMA. Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. *Front Med (Lausanne).* 2021;8:669491.
- ³⁵ Al-Surimi K, Alhayek Z, Edvardsson D, Al-Khateeb B, Shaheen N. Person-centered-care climate in a tertiary hospital: Staff perspective. *Risk Manag Health Policy.* 2021;14:4269–4279.
- ³⁶ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st century. Washington (DC): National Academy Press (US). 2001.

-
- ³⁷ De Pinho LG, Lopes MJ, Correia T, Sampaio F, Do Arco HR, Mendes A y cols. Patient-centered care for patients with depression or anxiety disorder: An integrative review. *J Pers Med.* 2021;11(8):776.
- ³⁸ Jackson SE, Chester JD. Personalised cancer medicine. *Int J Cancer.* 2015;137:262–266.
- ³⁹ Thomas H, Mitchell G, Rich J, Best M. Definition of whole person care in general practice in the English language literature: A systematic review. *BMJ Open.* 2018;8(12):e023758.
- ⁴⁰ Thomas H, Best M, Mitchell G. Whole-person care in general practice: The nature of whole-person care. *Aust J Gen Pract.* 2020;49(1):54–60.
- ⁴¹ Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implement Sci.* 2018;13(1):40.
- ⁴² Leidner C, Vennedey V, Hillen H, Ansmann L, Stock S, Kuntz L, y cols. Implementation of patient-centred care: Which system-level determinants matter from a decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open.* 2021;11(9):1–12.
- ⁴³ Leech M, Katz MS, Kazmierska J, McCrossin J, Turner S. Empowering patients in decision-making in radiation oncology – can we do better? *Mol Oncol.* 2020;14(7):1442–1460.
- ⁴⁴ Higgins T, Larson E, Schnall R. Unraveling the meaning of patient engagement: a concept analysis. *Patient Educ Couns.* 2017;100:30–36.
- ⁴⁵ Saha S, Beach MC. The impact of patient-centered communication on patients' decision-making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient Educ Couns.* 2011;84:386-392.
- ⁴⁶ Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):13.
- ⁴⁷ Rocco N, Scher K, Basberg B, Yalamanchi S, Baker-Genaw K. Patient-centered plan-of-care tool for improving clinical outcomes. *Qual Manag Health Care.* 2011;20(2):89–97.
- ⁴⁸ Choi J, Kim DE, Yoon JY. Person-centered care environment associated with care staff outcomes in long-term care facilities. *J Nurs Res.* 2020;29(1):e133.

- ⁴⁹ Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):155–164.
- ⁵⁰ Pelletier LR, Stichler JF. Patient-centered care and engagement: nurse leaders' imperative for health reform. *J Nurs Adm*. 2014;44 (9):473–480.
- ⁵¹ American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(10):1-25.
- ⁵² American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(1):15–18.
- ⁵³ Kanat M, Schaefer J, Kivelitz L, Dirmaier J, Voigt-Radloff S, Heimbach B, y cols. Patient-centeredness in the multimorbid elderly: a focus group study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):1–12.
- ⁵⁴ Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, y cols. "Same same or different?" a review of reviews of person- centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):3–11.
- ⁵⁵ Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;14:1087-1110.
- ⁵⁶ Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006;184:213–216.
- ⁵⁷ Cha WC, Shin SD, Cho JS, Song KJ, Singer AJ, Kwak YH. The Association Between Crowding and Mortality in Admitted Pediatric Patients from Mixed Adult-Pediatric Emergency Departments in Korea. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27:1136–1141.
- ⁵⁸ Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: Population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983.
- ⁵⁹ McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, y cols. Crowding Delays Treatment and Lengthens Emergency Department Length of Stay, Even Among High-Acuity Patients. *Ann Emerg Med*. 2009;54: 492–503.
- ⁶⁰ Van der Linden MC, Meester BE, van der Linden N. Emergency department crowding affects triage processes. *Int Emerg Nurs*. 2016;29:27–31.

- ⁶¹ Jeanmonod D, Jeanmonod R. Overcrowding in the emergency department and patient safety. En: *Vignettes in Patient Safety*. Firstenberg MS, Stawicki SP (editores). Londres. IntechOpen. 2018;2. Disponible en: <https://www.intechopen.com/chapters/55529>
- ⁶² Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Piccini GB, Longhitano Y, Zanza C, y cols. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med*. 2022;12(2):279.
- ⁶³ Onieva-García M, López-Hernández B, Molina-Rueda M, Cabrera-Castro N, Mochón-Ochoa MM. Aportación de la historia clínica digital a la vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(5):515-522.
- ⁶⁴ Rojas-Mezarina L, Cedamano-Medina CA, Vargas-herrera J. Registro nacional de historias clínicas electrónicas en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(2):395-396.
- ⁶⁵ We Are Social Ltd [Blog]. Entrada del 26 de enero de 2022. Disponible en: <https://wearesocial.com/uk/blog/2022/01/digital-2022-another-year-of-bumper-growth-2/>
- ⁶⁶ Grosberg D, Grinvald H, Reuveni H, Magnezi R. Frequent surfing on social health networks is associated with increased knowledge and patient health activation. *J Med Internet Res*. 2016;18(8):e212.
- ⁶⁷ Hood M, Wilson R, Corsica J, Bradley L, Chirinos D, Vivo A. What do we know about mobile applications for diabetes self-management? A review of reviews. *J Behav Med*. 2016;39(6):981–94.
- ⁶⁸ Mohammadi R, Ayatollahi Tafti M, Hoveidamanesh S, Ghanavati R, Pournik O. Reflection on mobile applications for blood pressure management: a systematic review on potential effects and initiatives. *Stud Health Technol Inform*. 2018;247:306–310.
- ⁶⁹ Al-Arkee S, Mason J, Lane DA, Fabritz L, Chua W, Haque MS, Jalal Z. Mobile Apps to Improve Medication Adherence in Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*. 2021;23(5):e24190.
- ⁷⁰ Rukavina TV, Viskić J, Poplašen LM, Relić D, Marelić M, Jokic D y cols. Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*. 2021;23(11):e25770.
- ⁷¹ Schwarz I, Houck DA, Belk JW, Hop J, Bravman JT, McCarty E. The Quality and Content of Internet-Based Information on Orthopaedic Sports Medicine Requires Improvement: A Systematic Review. *Arthrosc Sports Med Rehabil*. 2021;3(5):1547–1555.

⁷² Wald H, Dube C, Anthony D. Untangling the Web. The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship. *Patient Educ Couns*. 2007;68:218-224.

⁷³ Mira-Solves JJ, Llinás-Santacreu G, Lorenzo-Martínez S, Aibar-Remón C. Internet use by primary care and hospital doctors: perception of how it influences their relationships with patients. *Aten Primaria*. 2009;41:308-314.

⁷⁴ Marin-Torres V, Valverde-Aliaga J, Sánchez-Miró I, Sáenz del Castillo MI, Polentinos-Castro E, Garrido-Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2013;45:46-53.

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. WHO Global Observatory for eHealth. 2010. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>

⁷⁶ Li JO, Liu H, Ting D, Jeon S, Chan R, Kim JE, y cols. Digital technology, tele-medicine and artificial intelligence in ophthalmology: A global perspective. *Prog Retin Eye Res*. 2021;82:100900.

⁷⁷ Mann DM, Chen J, Chunara R, Testa PA, Nov O. COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *J Am Med Inform Assoc*. 2020;27(7):1132–1135.

⁷⁸ Brørs G, Norman CD, Norekvål TM. Accelerated importance of eHealth literacy in the COVID-19 outbreak and beyond. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(6):458–461.

⁷⁹ Osuna E. El proceso de muerte en la pandemia por coronavirus. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2021;10(2):267-276.

⁸⁰ Roubille C, Ribstein J, Hurpin G, Fesler P, Fiat E, Roubille F. Confidence vanished or impaired until distrust in the doctor-patient relationship because of COVID-19. *Rev Med Interne*. 2021;42:58-60.

⁸¹ Ghosh A, Sharma K, Choudhury S. Covid-19 and physician-patient relationship: potential effects of 'masking', 'distancing' and 'others'. *Fam Pract*. 2021;38(2):193–194.

⁸² Van Erkel FM, Pet MJ, Bossink EHM, van de Graff FM, Hodes MTJ, van Ogtrop SN, y cols. Experiences of patients and health care professionals on the quality of telephone follow-up care during the COVID-19 pandemic: a large qualitative study in multidisciplinary academic setting. *BMJ Open*. 2022;12:e058361.

-
- ⁸³ Aliberti GM, Bhatia R, Desrochers LB, Gilliam EA, Schonberg MA. Perspectives of primary care clinicians in Massachusetts on use of telemedicine with adults aged 65 and older during the COVID-19 pandemic. *Prev Med Rep.* 2022;26:101729.
- ⁸⁴ Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med.* 2021;34:61–70.
- ⁸⁵ Itamura K, Rimell FL, Illing EA, Higgins TS, Ting JY, Lee MK, y cols. Assessment of patient experiences in otolaryngology virtual visits during the COVID-19 pandemic. *OTO Open.* 2020;4(2):2473974X20933573.
- ⁸⁶ Itamura K, Tang DM, Higgins TS, Rimell FL, Illing EA, Ting JY, y cols. Comparison of Patient Satisfaction Between Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic and In-person Visits Pre-pandemic. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2021;130(7):810–817.
- ⁸⁷ Villalobos J, Calvanese N. La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma?. *Rev Med Chil.* 2021;149:1070-1074.
- ⁸⁸ Constitución de la Organización Mundial de la Salud, firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946. Enmiendas a los artículos 24 y 25 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptadas en la XII Asamblea, en Ginebra, el 28 de mayo de 1959. BOE núm 116 de 15 de mayo de 1973. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-682>
- ⁸⁹ Duffy EY, Ashen D, Blumenthal RS, Davis DM, Gulati M, Blaha MJ, y cols. Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. *Clin Cardiol.* 2021;44(9):1199–1207.
- ⁹⁰ Barsky AJ. The Paradox of Health. *N Engl J Med.* 1988;318:414-418.
- ⁹¹ Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, y cols. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):1–14.
- ⁹² Wahezi SD, Kohan LR, Spektor B, Brancolini S, Emerick T, Fronterhouse JM y cols. Telemedicine and current clinical practice trends in the COVID-19 pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2021;35(3):307-319.
- ⁹³ Pappot N, Taarnhøj GA, Pappot H. Telemedicine and e-Health solutions for COVID-19: patients' perspective. *Telemed J E Health.* 2020;26(7):847-849.
- ⁹⁴ Real Academia Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n>

- ⁹⁵ Crawford T, Candlin S, Roger P. New perspectives on understanding cultural diversity in nurse-patient communication. *Collegian*. 2017;24(1):63-69.
- ⁹⁶ Schöpf AC, Martin GS, Keating MA. Humor as a communication strategy in provider-patient communication in a chronic care setting. *Qual Health Res*. 2017;27(3):374–390.
- ⁹⁷ Madula P, Kalembo WF, Yu H, Kaminga CA. Healthcare provider-patient communication: A qualitative study of women’s perceptions during childbirth. *Reprod Health*. 2018;15(135):1–10.
- ⁹⁸ Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):1–10.
- ⁹⁹ Back AL. Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):866–876.
- ¹⁰⁰ Hobma S, Ram P, Muijtjens A, Van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor-patient communication: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56:580-586.
- ¹⁰¹ Burns J, Agarwal V, Catanzano TM, Schaefer PW, Jordan SG. Talking Points: Enhancing Communication Between Radiologists and Patients. *Acad Radiol*. 2021;1–9.
- ¹⁰² Pérez Carrión A, Machado-Linde F (dir), Osuna E (dir), Pérez-Flores D (dir). *Comunicación y Calidad de información entre Profesionales sanitarios y con sus Pacientes [Tesis Doctoral]*. Universidad de Murcia. 2016.
- ¹⁰³ Germaine P, Catanzano T, Patel A, Mohan A, Patel K, Pryluck D, y cols. Communication Strategies and Our Learners. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2021;50(3):297–300.
- ¹⁰⁴ Forsey J, Ng S, Rowland P, Freeman R, Li C, Woods NN. The Basic Science of Patient-Physician Communication: A Critical Scoping Review. *Acad Med*. 2021;96(11):109–118.
- ¹⁰⁵ Amelung D, Whitaker KL, Lennard D, Ogden M, Sheringham J, Zhou Y, y cols. Influence of doctor-patient conversations on behaviours of patients presenting to primary care with new or persistent symptoms: A video observation study. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(3):198–208.
- ¹⁰⁶ *Schloendorff v. Society of New York Hospital (211 N.Y. 125, 105 N.E. 92)* de 1914.
- ¹⁰⁷ Mitscherlich A, Mielke F. Doctors of infamy: the story of the Nazi medical crimes. The Nuremberg Code (1947). New York: Schuman, 1949: Vol: XXIII-XXV. Disponible en: <http://www.cirp.org/library/ethics/nuremberg/>

-
- ¹⁰⁸ *Salgo v. Leland Stanford Jr. Univerity Board of Trustees*, 317 P.2d 170 (Cal. Dist. Ct. App. 1957).
- ¹⁰⁹ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 1964. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- ¹¹⁰ Constitución Española. BOE núm 311, de 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
- ¹¹¹ Ley 26/1986, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. BOE núm 176, de 24 de julio de 1984. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-16737>
- ¹¹² WHO Regional Office for Europe. The proceedings of the European Consultation on the Rights of Patients are published in: *Promotion of the rights of patients in Europe*. 1994.
- ¹¹³ Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE núm 251, de 20 de octubre de 1999. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>
- ¹¹⁴ Romeo-Casabona, CM. 25 años de legislación biomédica en España. *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*. 2022;15-25.
- ¹¹⁵ Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 noviembre 2002. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>
- ¹¹⁶ Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. BORM núm 114, de 20 de mayo 2009. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-2493-consolidado.pdf>
- ¹¹⁷ Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez-Barranco JE, Pérez-Flores D, Osuna E, Luna-Maldonado A. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Aten Primaria*. 2007;39(1):23–28.
- ¹¹⁸ Backman WD, Levine SA, Wenger NK, Harold JG. Shared decision-making for older adults with cardiovascular disease. *Clin Cardiol*. 2020;43(2):196–204.

-
- ¹¹⁹ Bukstein DA, Guerra DG, Huwe T, Davis RA. A review of shared decision-making: A call to arms for health care professionals. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2020;125(3):273–279.
- ¹²⁰ Gurtner C, Schols JMGA, Lohrmann C, Halfens RJG, Hahn S. Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021;28(4):531–548.
- ¹²¹ Stiggelbout AM, van der Weijden T, De Wit MPT, Frosch D, Legare F, Montori VM, y cols. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ.* 2012;344:e256.
- ¹²² Kraus CK, Marco CA. Shared decision making in the ED: ethical considerations. *Am J Emerg Med.* 2016;34(8):1668–1672.
- ¹²³ Van Bruchem-Visser RL, van Dijk G, de Beaufort I, Mattace-Raso F. Ethical frameworks for complex medical decision making in older patients: A narrative review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2020;90:104160.
- ¹²⁴ NICE-National Institute for Health and Care Excellence [internet]. Shared Decision Making (NICE guideline ng197). London: NICE; 2021 [Consulta el 20 de Enero de 2022]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng197
- ¹²⁵ Carmona C, Crutwell J, Burnham M, Polak L. Shared decision-making: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2021;373:n1430.
- ¹²⁶ Stalnikowicz R, Brezis M. Meaningful shared decision-making: complex process demanding cognitive and emotional skills. *J Eval Clin Pract.* 2020;26(2):431–438.
- ¹²⁷ Ramello M, Audisio RA. Understanding older patients: Communication as the key step for a comprehensive approach. *Eur J Surg Oncol.* 2020;46(3):301–304.
- ¹²⁸ Glatzer M, Panje CM, Sirén C, Cihoric N, Putora PM. Decision Making Criteria in Oncology. *Oncology.* 2020;98(6):370–378.
- ¹²⁹ Kuosmanen L, Hupli M, Ahtiluoto S, Haavisto E. Patient participation in shared decision-making in palliative care – an integrative review. *J Clin Nurs.* 2021;30(23–24):3415–3428.
- ¹³⁰ Jacus JP, Bayard S, Raffard S, Gély-Nargeot MC. Decision-making in normal and pathological aging. *Rev Neuropsychol.* 2013;5(2):93-105.
- ¹³¹ Gaubert F, Chainay H. Decision-Making Competence in Patients with Alzheimer's Disease: A Review of the Literature. *Neuropsychol Rev.* 2021;31(2):267–287.

- ¹³² Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennet CL, Eden KB, y cols. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;12(4):CD001431.
- ¹³³ Khan MW, Muehlschlegel S. Shared Decision Making in Neurocritical Care. *Neurosurg Clin N Am*. 2018;29(2):315–321.
- ¹³⁴ Wiener RS, Koppelman E, Bolton R, Lasser KE, Borrelli B, Au DH, y cols. Patient and clinician perspectives on shared decision-making in early adopting lung cancer screening programs: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2018;33(7):1035-1042
- ¹³⁵ Pieterse AH, Stiggelbout AM, Montori VM. Shared decision making and the importance of time. *JAMA*. 2019;322(1):25-26.
- ¹³⁶ Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J of Clin Oncology*. 1999;17(1):371-379.
- ¹³⁷ Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. 2002;132(1):5-9.
- ¹³⁸ Epstein RM, Hadee TH, Carroll MSC, Lardner J, Shields CG. “Could this be something serious”? Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Med*. 2007;22(12):1731-1739.
- ¹³⁹ Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: “Being connected... a key to my survival”. *JAMA*. 2009;301(11):1155-1164.
- ¹⁴⁰ Aggarwal R, Guanci N. Teaching empathy during clerkship and residency. *Acad Psychiatry*. 2014;38(4):506-508.
- ¹⁴¹ Ospina NS, Phillips KA, Gutierrez RR, Guarderas AC, Gionfrido MR, Branda ME y cols. Eliciting the patient's agenda-secondary analysis of recorded clinical encounters. *J Gen Intern Med*. 2019;34(1):36-40.
- ¹⁴² Hargraves BI, Leblanc A, Shah ND, Montori VM. Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(4):627–629.
- ¹⁴³ Rego S, Grove ME, Cho MK, Ormond KE. Informed consent in the genomics era. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2020;10(8):1–13.

- ¹⁴⁴ Beauchamp T. On Common Morality as Embodied Practice. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2014;23(1):86-93.
- ¹⁴⁵ Normahani P, Sounderajah V, Harrop-Griffiths W, Chukwuemeka A, Peters NS, Stanfield NJ y cols. Achieving good-quality consent: review of literature, case law and guidance. *BJS Open*. 2020;4(5):757–763.
- ¹⁴⁶ Galán-Cortés JC. Consentimiento Informado en anestesiología: La antelación suficiente como requisito de validez. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2014;61(2):94-100.
- ¹⁴⁷ Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. *Anales del Sistema sanitario de Navarra*. 2006;29(3):29-40.
- ¹⁴⁸ Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Med*. 2015;16(1):3-8.
- ¹⁴⁹ Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. BOE núm 132, de 03 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
- ¹⁵⁰ Raposo VL, Osuna E. “European Convention of Human Rights and Biomedicine”. En: *Legal and Forensic Medicine* (1a. ed.). Beran R (Editor). Heidelberg: Springer Berlin. 2013:1405-1423.
- ¹⁵¹ Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. An Ethical Framework for Biomedical Research. En: *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics* (1a.ed). New York: Oxford University Press. 2008:130-131.
- ¹⁵² Busquets M, Caïs J. Informed consent: A study of patients with life-threatening illnesses. *Nurs Ethics*. 2017;24(4):430–440.
- ¹⁵³ White EM, Miller SM, Esposito AC, Yoo PS. “Let's get the consent together”: rethinking how surgeons become competent to discuss informed consent. *J Surg Educ*. 2020;77:47-51.
- ¹⁵⁴ Martin DE, Muller E. In Defense of Patient Autonomy in Kidney Failure Care When Treatment Choices Are Limited. *Semin Nephrol*. 2021;41(3):242–252.
- ¹⁵⁵ Gong N, Zhou Y, Cheng Y, Chen X, Li X, Wang X, y cols. Practice of informed consent in Guangdong, China: A qualitative study from the perspective of in-hospital patients. *BMJ Open*. 2018;8:e020658.
- ¹⁵⁶ Vázquez-Cardoso RD. Cultura, bioética, sociedad; Un reto para la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*. 2005;10(1): 41-48.

- ¹⁵⁷ Stirrat GM, Gill R. Autonomy in medical ethics after O'Neill. *J Med Ethics*. 2005;31(3):127-130.
- ¹⁵⁸ Zhou Y, Chen S, Liao Y, Wu Q, Ma Y, Wang D, y cols. General Perception of Doctor–Patient Relationship From Patients During the COVID-19 Pandemic in China: A Cross-Sectional Study. *Front Public Heal*. 2021;9:1–11.
- ¹⁵⁹ Bellver-Capella V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuadernos de Bioética*. 2006; 17(59):11-26.
- ¹⁶⁰ Osuna E. La información en el contexto de la atención sanitaria a los pacientes mayores vulnerables. En: *Autonomía del paciente mayor. Vulnerabilidad y E-salud*. Andreu Martínez B y Salcedo JR (Coordinadores). Editorial Mimesis. Valencia. 2018:125-148.
- ¹⁶¹ De Montalvo-Jääskeläinen F. El paradigma de la autonomía en salud pública ¿Una contradicción o un fracaso anticipado? El caso concreto de la política de vacunación. *Derecho y Salud*. 2014;24:27-40.
- ¹⁶² Versluijs Y, Brown LE, Rao M, Gonzalez AI, Driscoll MD, Ring D. Factors Associated With Patient Satisfaction Measured Using a Guttman-Type Scale. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1211–1218.
- ¹⁶³ Gopichandran V, Chetlapalli SK. Factors influencing trust in doctors: a community segmentation strategy for quality improvement in healthcare. *BMJ Open*. 2013;3(12):e004115.
- ¹⁶⁴ Ling L, Jinming F. Study on potential factors of patient satisfaction: based on exploratory factor analysis. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:1983-1994.
- ¹⁶⁵ Ahmad I, Nawaz A, Khan S, Khan H, Adnan-Rashid M, Hussain-Khan M. Predictors of patient satisfaction. *Gomal J Med Sci*. 2011;9(2):183-188.
- ¹⁶⁶ Farooq A, Khaliq MA, Toor MA, Amjad A, Khalid W, Butt F. Assessment of Patient Satisfaction in a Military and Public Hospital: A Comparative Study. *Cureus*. 2020;12(8):e10174.
- ¹⁶⁷ Godillot C, Jendoubi F, Konstantinou MP, Poncet M, Bergeron A, Gallini A, y cols. How to assess patient satisfaction regarding physician interaction: A systematic review. *Dermatol Ther*. 2021;34(2):1–11.
- ¹⁶⁸ Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature. *J Patient Exp*. 2018;5(2):101-106.
- ¹⁶⁹ Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015;35:114–131.

- ¹⁷⁰O'Connor AM, Bennet CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, y cols. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CDOO1431.
- ¹⁷¹Świątoniowska N, Sarzyńska K, Szymańska-Chabowska A, Jankowska-Polańska B. The role of education in type 2 diabetes treatment. *Diabetes Res Clin Pract.* 2019;151:237–246.
- ¹⁷²Larsen MH, Krogstad AL, Aas E, Moum T, Wahl AK. A telephone- based motivational interviewing intervention has positive effects on psoriasis severity and self-management: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2014;171(6):1458-1469.
- ¹⁷³Chisholm A, Nelson PA, Pearce CJ, Littlewood AJ, Kane K, Henry AL, y cols. Motivational interviewing-based training enhances clinicians' skills and knowledge in psoriasis: findings from the Pso well[®] study. *Br J Dermatol.* 2017;176(3):677-686.
- ¹⁷⁴Chen W, Feng Y, Fang J, Wu J, Huang X, Wang X, y cols. Effect of trust in primary care physicians on patient satisfaction: A cross-sectional study among patients with hypertension in rural China. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):1–13.
- ¹⁷⁵Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1–9.
- ¹⁷⁶González-De Paz L, Kostov B, Solans-Julian P, Navarro-Rubio MD, Sisó-Almirall A. Do patients and health care professionals view the communication processes of clinical research differently? A Rasch analysis from a survey. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(5):790-797.
- ¹⁷⁷Hamid SA, Begum A, Azim R, Islam S. Doctor-patient relationship: Evidence from Bangladesh. *Health Science Reports.* 2021;4(4):1–10.
- ¹⁷⁸Sternke EA, Abrahamson K, Bair MJ. Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy. *Pain Manag. Nurs.* 2016;17(6):363–371.
- ¹⁷⁹Astrom MG, Carvell CA, Alder CA, Gao S, Boustani M, LaMantia M. Workforce development to provide person-centered care. *Aging Ment. Health.* 2015;20(8):781–792.
- ¹⁸⁰Baungaard N, Skovvang P, Hvidt EA, Gerbild H, Andersen MK, Lykkegard J. How defensive medicine is defined and understood in European medical literature: protocol for a systematic review. *British Medical Journal open.* 2020;10(2):1-2.

¹⁸¹ Katz ED. Defensive medicine: a case and review of its status and possible solutions. *West J Emerg Med* [internet];2019 [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible en: <https://westjem.com/cpc-em/defensive-medicine-a-case-and-review-of-its-status-and-possible-solutions.html>

¹⁸² Williams PL, Williams JP, Williams BR. The fine line of defensive medicine. *J Forensic Leg Med*. 2021;80:102170.

¹⁸³ Giménez-Pérez D, Pujol-Robinat A, Castellá-García J, Espinal-Berenguer A, Vázquez-Fariñas A, Medallo-Muñiz J. Denuncias por responsabilidad profesional médica en Barcelona (2004-2009). Análisis medico forense. *Rev Esp Med Legal*. 2020;46(2):56-65.

¹⁸⁴ Robinson GO. The Medical Malpractice crisis of the 1970's: a retrospective. *Law Contemp Probl*. 1986;49(2):5-35.

¹⁸⁵ Hernández-Herrero M, Cayón-De Las Cuevas J (dir). *Medicina Defensiva y Judicialización: radiografía del Litigio en la Sanidad Pública* [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia; 2021.

¹⁸⁶ Panella M, Leigheb F, Rinaldi C, Donnaumma C, Tozzi Q, Di Stanislao F. Overview della letteratura scientifica sul tema medicina difensiva [Defensive Medicine: Defensive Medicine: Overview of the literature]. *Ig Sanita Pubbl*. 2015;71(3):335-351.

¹⁸⁷ Ries NM, Jansen J. Physicians' views and experiences of defensive medicine: An international review of empirical reserch. *Health Policy*. 2021;125(5):638-639.

¹⁸⁸ Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978;200(4344):879-882.

¹⁸⁹ OTA-Office of technology assessment. *Defensive medicine and medical malpractice*. Washington (DC): OTA; 1994 [Consultado el 22 de julio de 2021]. Disponible en: <https://ota.fas.org/reports/9405.pdf>

¹⁹⁰ Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, y cols. Evidence for underuse of effective medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):169–177.

¹⁹¹ Shenoy A, Shenoy GN, Shenoy GG. Patient safety assurance in the age of defensive medicine: a review. *Patient Saf Surg*. 2022;16(1):1–5.

¹⁹² Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract*. 2000;50(456):565–566

¹⁹³ Toker A, Shvarts S, Perry ZH, Doron Y, Reuveni H. Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two. *Am J Otolaryngol*. 2004;25(4):245–250.

¹⁹⁴ Sethi MK, Obremskey WT, Natividad H, Mir HR, Jahangir AA. Incidence and costs of defensive medicine among orthopedic surgeons in the United States: a national survey study. *Am J Orthop*. 2012;41(2):69–73.

¹⁹⁵ Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013;29(14):42.

¹⁹⁶ Schleiter KE. Difficult Patient-Physician relationships and the Risk of medical malpractice Litigation. *American Medical Association Journal of Ethics*. 2009;11(3): 242-246.

¹⁹⁷ Lam JH, Pickles K, Stanaway FF, Bell KJL. Why clinicians overtest: development of a thematic framework. *BMC Health Services Research*. 2020;20(1):1-11.

¹⁹⁸ OMC-Organización Médica Colegial de España [internet]. Art. 21.2 del Código Deontológico aprobado por la Organización Médica Colegial de España. Madrid: OMC; 2011 [Consultado el 24 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf

¹⁹⁹ Perea-Pérez B, Garrote-Díaz JM, Hernández-Gil Á, Martínez-Hernández S, García Martín ÁF, Santiago-Sáez A. Medicina defensiva en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1–10.

²⁰⁰ Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain. *Clin J Pain* 2016;32(9):800–816.

²⁰¹ Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, y cols. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018;391:2356–2367.

²⁰² Sharma S, Traeger AC, Reed B, Hamilton M, O'Connor DA, Hoffmann TC, y cols. Clinician and patient beliefs about diagnostic imaging for low back pain: a systematic qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2020;10(8):e037820.

²⁰³ Austin JD, Tehranifar P, Rodriguez CB, Brotzman L, Agovino M, Ziazadeh D, y cols. A mixed-methods study of multi-level factors influencing mammography overuse among an older ethnically diverse screening population: implications for de-implementation. *Implement Sci Commun*. 2021;2(1):1–14.

- ²⁰⁴ ECDC-European Centre For Disease Prevention and Control [Internet]. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) Annual Epidemiological Report for 2020. Estocolmo: ECDC; 2021 [Consultado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ESAC-Net%20AER-2020-Antimicrobial-consumption-in-the-EU-EEA.pdf>
- ²⁰⁵ Hosoglu S, Classen AY, Akturk Z. Antibiotic prescription in primary care from the perspective of family physicians: a qualitative study. *J Infect Dev Ctries*. 2021;15(8):1117-1123.
- ²⁰⁶ Zapata-Cachafeiro M, Piñeiro-Lamas M, Guinovart MC, López-Vázquez P, Vázquez-Lago JM, Figueiras A. Magnitude and determinants of antibiotic dispensing without prescription in Spain: A simulated patient study. *J Antimicrob Chemother*. 2019;74(2):511-514.
- ²⁰⁷ Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, y cols. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA*. 2005;293(21):2609-2617.
- ²⁰⁸ Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *Int J Heal Policy Manag*. 2014;2(3):119-123.
- ²⁰⁹ Andersen MK, Hvidt EA, Pedersen KM, Lykkegaard J, Waldorff FB, Munck AP, y cols. Defensive medicine in Danish general practice. Types of defensive actions and reasons for practicing defensively. *Scand J Prim Health Care*. 2021;39(4):413-418.
- ²¹⁰ Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Health I, y cols. Evidence of Overuse of Medical Services Around the World. *The Lancet*. 2017;390(10090):158.
- ²¹¹ Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP. Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Aten Primaria*. 2018;50:86-95.
- ²¹² Ahn HS, Kim HJ, Welch G. Korea's thyroid-cancer "Epidemic" - Screening and overdiagnosis. *N Engl J Med*. 2014;371:1765-1767.
- ²¹³ Mira JJ, Carrillo I, Silvestre C, Pérez-Pérez P, Nebot C, Olivera G, y cols. Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests. *BMJ Open*. 2018;8(6):1-10.

-
- ²¹⁴ WHO-World Health Organization [Internet]. Immunisation coverage. Geneve: WHO; 2016 [Consultado el 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>
- ²¹⁵ Drolet M, Bénard É, Boily M-C, Ali H, Baandrup L, Bauer H, y cols. Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2015;15(5):565–580.
- ²¹⁶ Dikshit R, Gupta PC, Ramasundarahettige C, Gajalakshmi V, Aleksandrowicz L, Badwe R, y cols. Cancer mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet.* 2012;379(9828):1807–1816.
- ²¹⁷ Tolentino VR, Derevlany L, DeLaMothe C, Vick S, Chalyavski L. The effects of the COVID-19 pandemic on risk management practice: A report from the epicenter of the epicenter in New York City. *Journal of Healthcare Risk Management.* 2021;40(4):46-57.
- ²¹⁸ Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated trial. *Diagnosis (Berl).* 2017;4(3):133-139.
- ²¹⁹ Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez- Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. *Rev Clin Esp.* 2011;211(1):17-22.
- ²²⁰ Al-Balas QAE, Al-Balas HAE. The ethics of practicing defensive medicine in Jordan: a diagnostic study. *BMC Med Ethics.* 2021;22(1):1–7.
- ²²¹ Organización Mundial de la Salud [internet]. Geneve: Organización Mundial de la Salud; 2022 [Consultado el 27 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- ²²² Institute of Medicine (US) Committee on Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human: Building a safer health system.* Washington (DC): National Academy Press; 1999.
- ²²³ Grober ED, Bohnen JMA. Defining medical error. *Canadian Journal of Surgery.* 2005;48(1):42-43.
- ²²⁴ Martínez-Ramírez A, Chevez-Ramírez S, Barrera-Sánchez FJ, Kumazawa-Ichikawa MR, Cambero-González EG, Ortega-Larios EK. Reflexiones acerca de los principios éticos y legales de mayor trascendencia en la práctica médica y su relación en la calidad y seguridad de los pacientes. *Rev CONAMED.* 2014;19(1):29-32.

- ²²⁵ Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls [internet];2022 [Consultado el 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763131/>
- ²²⁶ Aranaz JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Los efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. Med Clíin (Barc). 2004;123:21-25.
- ²²⁷ Nayar R, Barkan GA, Benedict C, Booth C, Chhieng DC, Mody D, y cols. Laboratory management curriculum for cytopathology subspecialty training. J Am Soc Cytopathol. 2018;7(2):61-78.
- ²²⁸ Stanley IH, Simpson S, Wortzel HS, Joiner TE. Documenting suicide risk assessments and proportionate clinical actions to improve patient safety and mitigate legal risk. Behav Sci Law. 2019;37(3):304-312.
- ²²⁹ AbuDagga A, Carome M, Wolfe SM. Time to End Physician Sexual Abuse of Patients: Calling the U.S. Medical Community to Action. J Gen Intern Med. 2019;34(7):1330-1333.
- ²³⁰ Garon-Sayegh P. Analysis of medical malpractice claims to improve quality of care: Cautionary remarks. J Eval Clin Pract. 2019;25(5):744-750.
- ²³¹ Bono MJ, Wermuth HR, Hipskind JE. Medical Malpractice. StatPearls [Internet];2022 [Consultado el 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470573/>
- ²³² Hanefeld J, Powell-Jackson T, Balabanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. Bulletin of the World Health Organization. 2017;95(5):371.
- ²³³ World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: Forward programme. Geneva: WHO; 2004.
- ²³⁴ World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- ²³⁵ Ministerio de Sanidad [internet]. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Sanidad (MSSSI); 2016 [Consultado el 13 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

- ²³⁶ Romeo-Casabona CM, Urruela-Mora A, Peiró-Callizo E, Alava-Cano F, Gens-Barbera M, Iriarte-Aristu I, y cols. ¿Qué normativas han desarrollado las comunidades autónomas para avanzar en la cultura de seguridad del paciente en sus organizaciones sanitarias? *J Healthc Qual Res.* 2019;34(5):258-265.
- ²³⁷ Vincent C. Understanding and responding to Adverse Events. *N Engl J Med.* 2003;348(1):1052.
- ²³⁸ Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):1–14.
- ²³⁹ Garcia CDL, De Abreu LC, Ramos JLS, De Castro CFD, Smiderle FRN, Dos Santos JA, y cols. Influence of burnout on patient safety: systematic review and meta-analysis. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(9):1–13.
- ²⁴⁰ Owoc J, Mańczak M, Tombarkiewicz M, Olszewski R. Burnout, well-being, and self-reported medical errors among physicians. *Polish Arch Intern Med.* 2021;131(7–8):626–632.
- ²⁴¹ WHO-World Health Organization [internet]. Patient safety. Geneva: WHO; 2019 [Consultado el 29 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- ²⁴² Liu J, Liu P, Gong X, Liang F. Relating medical errors to medical specialties: A mixed analysis based on litigation documents and qualitative data. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:335–345.
- ²⁴³ Schacht K, Furst W, Jimbo M, Chavey WE. A Malpractice Claims Study of a Family Medicine Department: a 20-Year Review. *J Am Board Fam Med* 2022;35:380-386.
- ²⁴⁴ Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med.* 2005;165(13):1493-1499.
- ²⁴⁵ Singh H, Graber ML. Improving diagnosis in health care — the next imperative for patient safety. *N Engl J Med* 2015;373:2493–5.
- ²⁴⁶ Griffin JA, Carr K, Bersani K, Piniella N, Motta-Calderon D, Malik M, y cols. Analyzing diagnostic errors in the acute setting: A process-driven approach. *Diagnosis.* 2022;9(1):77–88.
- ²⁴⁷ Newman-Toker DE, Pronovost PJ. Diagnostic errors—the next frontier for patient safety. *JAMA.* 2009;301:1060–1062.

-
- ²⁴⁸ WHO-World Health Organization [internet]. Diagnostic Errors: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: WHO; 2016 [Consultado el 3 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252410/9789241511636-eng.pdf>
- ²⁴⁹ Haddad M, Sheybani F, Naderi HR, Sasan MS, Najaf Najafi M, Sedighi M, y cols. Errors in Diagnosing Infectious Diseases: A Physician Survey. *Front Med.* 2021;8:1–8.
- ²⁵⁰ Singh H, Meyer AND, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(9):727-731.
- ²⁵¹ ISMP-España. Sistema de Notificación y Aprendizaje de errores de Medicación. Salamanca: ISMP-España; 2015 [Consultado el 29 de Mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/estaticos/view/19>
- ²⁵² WHO-World Health Organization [internet]. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO; 2017 [Consultado el 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- ²⁵³ Elliott RA, Camacho E, Jankovic D, Sculpher MJ, Faria R. Economic Analysis of the Prevalence and Clinical and Economic Burden of Medication Error in England. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(2):96-105.
- ²⁵⁴ ISMP-España [internet]. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación. Boletín número 51 (Junio 2022). Salamanca: ISMP-España [Consultado el 9 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/index/3>
- ²⁵⁵ Simonsen BO, Johansson I, Daehlin GK, Osvik LM, Farup PG. Medication knowledge, certainty, and risk of errors in health care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):175.
- ²⁵⁶ Lu MC, Yu S, Chen IJ, Wang KW, Wu HF, Tang FI. Nurses' knowledge of high-alert medications: a randomized controlled trial. *Nurse Educ Today.* 2013;33(1):24–30.
- ²⁵⁷ Escrivá-Gracia J, Brage-Serrano R, Fernández-Garrido J. Medication errors and drug knowledge gaps among critical-care nurses: A mixed multi-method study. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):1–9.
- ²⁵⁸ Tamayo-Rodríguez M, González-Valverde FM, Pérez-Fernández P, Madrigal-de Torres M, Pérez-Cárceles MD, Osuna-Carrillo de Albornoz E. Use of non-standard abbreviations and symbols in medical prescriptions: implications for patients' health. *J Contemp Med Edu.* 2013;1(1):54–58.

-
- ²⁵⁹ Otero MJ, Cjosina C, Tamés J, Pérez M. Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación. *Farm Hosp.* 2003;27(3):136-149.
- ²⁶⁰ Garzón-González G, Montero-Morales L, de Miguel-García S, Jiménez-Domínguez C, Domínguez-Pérez N, Mediavilla-Herrera I. Descriptive analysis of medication errors notified by Primary Health Care: Learning from errors. *Aten Primaria.* 2020;52(4):233–239.
- ²⁶¹ Aidah S, Gillani SW, Alderazi A, Abdulazeez F. Medication error trends in Middle Eastern countries: A systematic review on healthcare services. *J Edu Health Promot.* 2021;10:227.
- ²⁶² Borges-Rosa M, Martins-Gonzaga do Nascimento M, Benfica-Cirilio P, de Almeida-Santos R, Flores-Batista L, Perini E, y cols. Electronic prescription: frequency and severity of medication errors. *Rev Assoc Med Bras.* 2019;65(11):1349–1355.
- ²⁶³ Makary M, Michael D. Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ.* 2016;353(7):2139-2140.
- ²⁶⁴ Panagioti M, Khan K, Keers RN, Abuzour A, Phipps D, Kontopantelis E, y cols. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2019;366:14185.
- ²⁶⁵ Ministerio de Sanidad y consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- ²⁶⁶ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, Estudios e Investigación 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2008 Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>
- ²⁶⁷ Tomás-Vecina S, Chanovas-Borrás M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias: Revista de la sociedad Española de Medicina de Urgencias y emergencias.* 2010;22(6):415-428.
- ²⁶⁸ Real Academia Española de la Lengua [internet]. Madrid: Asociación de Academias de la Lengua Española; 2022 [Consultado el 1 de Junio de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/v%C3%ADctima>

-
- ²⁶⁹ Clarkson M, Haskell H, Hemmelgarn C, Skolnik P. “Abandon the term: “second victim”. *BMJ*. 2019; 364:1-2.
- ²⁷⁰ Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients’ and Physicians’ Attitudes Regarding The Disclosure of Medical Errors. *Journal American Medical Association*. 2003;289(8):1006-1007.
- ²⁷¹ Mira-Solves JJ, Romeo-Casabona CM, Astier-Peña MP, Urruela-Mora A, Carrillo-Murcia I, Lorenzo-Martínez S, y cols. Si ocurrió un evento adverso piense en decir “lo siento”. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40:279-290.
- ²⁷² Pérez-Carrión A, Machado F, García-Calvo T, Osuna E. La notificación de los eventos adversos. Percepciones de los profesionales sanitarios. *Derecho y Salud*. 2018;28:160–167.
- ²⁷³ Martos-Algarra C, Fernánder-Capo M (dir), Giraldo-Matamoros P (dir). The role of forgiveness in disclosure and victim support after a patient safety incident [Tesis Doctoral]. Universitat Internacional de Catalunya, 2021.
- ²⁷⁴ Wei Z, Wang Y, Yang S, Sun L. Association Between Perceived Medical Errors and Suicidal Ideation Among Chinese Medical Staff: The Mediating Effect of Depressive Symptoms. *Front Med*. 2022;9:1–8.
- ²⁷⁵ Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice risk according to physician specialty. *N Engl J Med*. 2011;365:629–36.
- ²⁷⁶ WHO-World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO, Organization for Economic Co-operation and Development, and The World Bank; 2018.
- ²⁷⁷ OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY: From Analysis to action. OECD Publishing; 2020. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- ²⁷⁸ Ministerio de Sanidad [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [Consultado el 1 de Junio de 2022]. Disponible en: <https://sinasp.es/>
- ²⁷⁹ Ministerio de Sanidad [internet]. Informes, estudios e investigación 2021. Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP): Incidentes de seguridad notificados en 2019; Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [Consultado el 1 de junio de 2022]. Disponible en:

https://sinasp.es/storage/Documentos/Publicacion/informes_de_notificaciones_si_n_a_s_p/xhA_SINAPS2019accesible.pdf

²⁸⁰ Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el análisis de los incidentes de seguridad del paciente con daño (eventos adversos) Cuestiones metodológicas y legales. Informes, estudios e investigación 2021. Madrid: Ministerio de sanidad. 2022. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/recomendaciones-para-el-analisis-de-los-incidentes-de-seguridad-del-paciente-con-dano-eventos-adversos/>

²⁸¹ Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 2000;320(7237):759-763.

²⁸² FIDISP [internet]. Madrid: FIDISP; 2018 [Consultado el 1 de junio de 2002]. Disponible en: <https://fidisp.org/sistemas-notificacion-mejora-indirecta-seguridad-paciente/>

²⁸³ Aljabari S, Kadhim Z. Common Barriers to Reporting Medical Errors. *Sci World J*. 2021;1-8.

²⁸⁴ Ock M, Lim SY, Jo MW, Lee S II. Review frequency, expected effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: A systematic review. *J Prev Med Public Heal*. 2017;50(2):68–82.

²⁸⁵ Bascuñán ML, Arriagada AM. Comunicación de errores médicos a pacientes y familiares: Interrogantes y herramientas. *Rev Med Chile*. 2016;144(9):1185–1190.

²⁸⁶ Astier-Peña MP, Romeo Casabona CM, Urruela Mora A. Tendiendo puentes entre regulación jurídica y cultura de seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Journal of Healthcare Quality Research*. 2018; 33: 65-67.

²⁸⁷ Naome T, James M, Christine A, Mugisha TI. Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: A cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–9.

²⁸⁸ Mazor K, Simon S, Gurwitz J. Communicating With Patients About Medical Errors A Review of the Literature. *Arch Intern Med*. 2004;164(15):1690-1697.

²⁸⁹ Helo S, Moulton CAE. Complications: Acknowledging, managing, and coping with human error. *Transl Androl Urol*. 2017;6(4):773–782.

²⁹⁰ Carey M, Boyes AW, Bryant J, Turon H, Clinton-Mcharg T, Sanson-Fisher R. The Patient Perspective on Errors in Cancer Care: Results of a Cross-Sectional Survey. *J Patient Saf*. 2019;15(4):322–327.

- ²⁹¹ Al Dweik R, Stacey D, Kohen D, Yaya S. Factors affecting patient reporting of adverse drug reactions: a systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2017;83(4):875-883.
- ²⁹² Aranaz JM, Moya C. Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):331-332
- ²⁹³ Harrison R, Walton M, Smith-Merry J, Manias E, Ledem R. Open disclosure of adverse events: exploring the implications of service and policy structures on practice. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019;12:5–12.
- ²⁹⁴ Lane AS, Roberts C. Phenomenological study of medical interns reflecting on their experiences, of open disclosure communication after medication error: linking rationalisation to the conscious competency matrix. *BMJ Open*. 2020;10(5):1-8.
- ²⁹⁵ Mansour R, Ammar K, Al-Tabba A, Arawi T, Mansour A, Al-Hussaini M. Disclosure of medical errors: Physicians' knowledge, attitudes and practices (KAP) in an oncology center. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):1–9.
- ²⁹⁶ Mauti G, Githae M. Medical error reporting among physicians and nurses in Uganda. *Afr Health Sci*. 2019;19(4):3107–3117.
- ²⁹⁷ Giardina TD, Royse KE, Khanna A, Haskell H, Hallisy J, Southwick F, y cols. Health Care Provider Factors Associated with Patient-Reported Adverse Events and Harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2020;46(5):282–290.
- ²⁹⁸ Kim YS, Kim HS, Kim HA, Chun J, Kwak MJ, Kim MS, y cols. Can patient and family education prevent medical errors? A descriptive study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(269):1–8.
- ²⁹⁹ Bell SK, Delbanco T, Elmore JG, Fitzgerald PS, Fossa A, Harcourt K, y cols. Frequency and Types of Patient-Reported Errors in Electronic Health Record Ambulatory Care Notes. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):1–16.
- ³⁰⁰ van Hunsel F, Härmark L, Rolfes L. Fifteen years of patient reporting –what have we learned and where are we heading to? *Expert Opin Drug Saf*. 2019;18(6):477–484.
- ³⁰¹ Armitage P, Berry G. *Métodos estadísticos para la investigación biomédica*, Ed. española. Barcelona: Elsevier España, 1997.
- ³⁰² Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall; 1991

-
- ³⁰³ Everitt BS. *Statistical Methods for Medical Investigations*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1989.
- ³⁰⁴ Villalona S, Boxtha C, Webb WA, Cervantes C, Wilson JW. "If at Least the Patient Could Not Be Forgotten About": Communication in the Emergency Department as a Predictor of Patient Satisfaction. *J Patient Exp*. 2020;7(6):1015–1021.
- ³⁰⁵ Amelung D, Whitaker KL, Lennard D, Ogden M, Sheringham J, Zhou Y, y cols. Influence of doctor-patient conversations on behaviours of patients presenting to primary care with new or persistent symptoms: A video observation study. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(3):198–208.
- ³⁰⁶ Ministerio de Sanidad. *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Informes, estudios e investigación 2022*. Madrid: Ministerio de sanidad; 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualS NS2020_21/INFORME ANUAL 2020_21.pdf
- ³⁰⁷ Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: A QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1):1–7.
- ³⁰⁸ Matheson FI, Smith KLW, Fazli GS, Moineddin R, Dunn JR, Glazier RH. Physical health and gender as risk factors for usage of services for mental illness. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(10):971–978.
- ³⁰⁹ Rosa-Jiménez F, Montijano-Cabrera AM, Ília-Herráiz-Montalvo C, Zambrana-García JL. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres?. *An Med Interna*. 2005;22(11):515-519.
- ³¹⁰ Instituto Nacional de Estadística [internet]. Madrid: Instituto Nacional de estadística; 2021 [Consultado el 12 de Marzo de 2022]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagina me=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- ³¹¹ Arora V, Gangireddy S, Mehrotra A, Ginde R, Tormey M, Meltzer D. Ability of hospitalized patients to identify their in-hospital physicians. *Arch Intern Med*. 2009;169:199-201.
- ³¹² Olson DP, Windish DM. Communication discrepancies between physicians and hospitalized patients. *Arch Intern Med*. 2010;170:1302–1307.

- ³¹³ Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Increasing a patient's ability to identify his or her attending physician using a patient room display. *Arch Intern Med*. 2010;170:1084–1085.
- ³¹⁴ Muñoz-Alonso S, Palomar-Calvo V, Mustapha-Abadie L, Muñoz-Alonso E, Mateos-Andrés M, Fuentes-Pardo L, y cols. Entrevista clínica: ¿se presentan los médicos de nuestro hospital? *Nuevo Hosp*. 2017;13(2):11-13.
- ³¹⁵ Morris BJ, Richards JE, Archer KR, Lasater M, Rabalais D, Sethi, MK, Jahangir AA. Improving Patient Satisfaction in the Orthopaedic Trauma Population. *J Orthop Trauma*. 2014;28(4):80–84.
- ³¹⁶ Otero M, Oishi N, Martínez F, Ballester MT, Basterra J. Informed consent in dentistry and medicine in Spain: Practical considerations and legality. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022;27(3):294–300.
- ³¹⁷ Jalil A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):155.
- ³¹⁸ Corrêa M, Del Castanhel F, Grosseman S. Patients' perception of medical communication and their needs during the stay in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(3):401-411.
- ³¹⁹ Liang H, Xue Y, Zhang Z. Patient satisfaction in China: a national survey of inpatients and outpatients. *BMJ Open*. 2021;11:e049570.
- ³²⁰ Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, y cols. International variations in primary care physician consultation time: A systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):1–15.
- ³²¹ Tran TQ, Scherpbier AJJA, van Dalen J, Do Van D, Wright EP. Nationwide survey of patients' and doctors' perceptions of what is needed in doctor - patient communication in a Southeast Asian context. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):1–11.
- ³²² Mohammed ES, Seedhom AE, Ghazawy ER. Awareness and practice of patient rights from a patient perspective: an insight from Upper Egypt. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(2):145–151.
- ³²³ Bailey R, English J, Knee C, Keller A. Treatment Adherence in Integrative Medicine—Part One: Review of Literature. *Integr Med (Encinitas)*. 2021;20(3):48-60.
- ³²⁴ Sabate E. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization. [internet];2003 [Consultado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

- ³²⁵ Boons CCLM, Timmers L, van Schoor NM, Swart EL, Hendrikse NH, Janssen JJWM, y cols. Patient satisfaction with information on oral anticancer agent use. *Cancer Med.* 2018;7(1):219–228.
- ³²⁶ Chima SC. "Because I want to be informed, to be part of the decision-making": Patients' insights on informed consent practices by healthcare professionals in South Africa. *Niger J Clin Pract.* 2015;18:46-56.
- ³²⁷ Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):9–18.
- ³²⁸ Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;94(3):291–309.
- ³²⁹ Thomas EC, Bass SB, Siminoff LA. Beyond rationality: Expanding the practice of shared decision making in modern medicine. *Soc Sci Med.* 2021; 277:113900.
- ³³⁰ Hu L, Bai L, Zhao S, Lu R. Analysis of Doctor–Patient Relationship in Post-COVID-19 Period: Perspective Differences Between Citizen and Medical Staff. *Inquiry.* 2021;58:1-10.
- ³³¹ Niburski K, Guadagno E, Abbasgholizadeh-Rahimi S, Poenaru D. Shared Decision Making in Surgery: A Meta-Analysis of Existing Literature. *Patient.* 2020;13(6):667-681.
- ³³² Corner J, Wright D, Hopkinson J, Gunaratnam Y, McDonald JW, Foster C. The research priorities of patients attending UK cancer treatment centres: findings from a modified nominal group study. *Br J Canc.* 2007;96:875-881.
- ³³³ Cejudo-López Á, López-López B, Duarte-Rodríguez M, Crespo-Serván MP, Coronado-Illescas C, de la Fuente-Rodríguez C. El pacto de silencio desde el punto de vista de las personas cuidadoras de pacientes en cuidados paliativos. *Enferm Clin.* 2015;25(3):124-132.
- ³³⁴ Choudhary A, Gupta V. Teaching communications skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J App Basic Med Res.* 2015;5:41-44.
- ³³⁵ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
- ³³⁶ Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, y cols. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(616):742–750.

- ³³⁷ Abelson T, Morténus H, Bergman S, Karlsson AK. Quality and availability of information in primary healthcare: the patient perspective. *Scand J Prim Health Care*. 2020;38(1):33–41.
- ³³⁸ Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *Am J Manag Care*. 2014;20(5):393-400.
- ³³⁹ Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, van den Berg M, Schellevis FG, y cols. Patients' perception of communication at the interface between primary and secondary care: a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:1-11.
- ³⁴⁰ Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007;297(8):831–841.
- ³⁴¹ Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:11337.
- ³⁴² Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):1–10.
- ³⁴³ Weigl M, Müller A, Holland S, Wedel S, Woloshynowych M. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:499-508.
- ³⁴⁴ Koong AYL, Koot D, Eng SK, Purani A, Yusoff A, Goh CC, y cols. When the phone rings - Factors influencing its impact on the experience of patients and healthcare workers during primary care consultation: A qualitative study Knowledge, attitudes, behaviors, education, and communication. *BMC Fam Pract*. 2015;16:114.
- ³⁴⁵ Casanova-Uclés A, López-Torrent E, Zurilla-Duarte E, Montero-Alía JJ. Caracterización de las interrupciones que se producen en las consultas de los médicos de familia. *Observatorio de la Medicina de Familia del Maresme. Aten Primaria*. 2020;52(9):645–647.
- ³⁴⁶ Hernández-Moreno A, Isanta-Pomar C, Montiu-Pomar JA, Vecino-Lafoz R, Melón-Juncosa P, Orna-Esteban I. Interrupciones por llamadas telefónicas en la consulta del médico de familia en 2 centros de salud de Zaragoza. *Semergen*. 2012;38(4):214–219.
- ³⁴⁷ Poudel L, Baskota S, Mali P, Pradhananga P, Malla N, Rajbhandari B, y cols. Patient satisfaction in out-patient services at a tertiary care center: A descriptive cross-sectional study. *J Nepal Med Assoc*. 2020;58(225):301–305.

- ³⁴⁸ Shrestha S, Devkota R. Patient Satisfaction in Nepal Medical College Teaching Hospital. *Nepal Med Coll J.* 2017;19(4):196-203.
- ³⁴⁹ Romanowicz M, Oesterle TS, Croarkin PE, Sutor B. Measuring patient satisfaction in an outpatient psychiatric clinic. What factors play a role? *Ann Gen Psychiatry.* 2022;21(2):2-5.
- ³⁵⁰ Matsuoka K, Ishikawa H, Nakayama T, Honzawa Y, Maemoto A, Hirai F, y cols. Physician – patient communication affects patient satisfaction in treatment decision-making: a structural equation modelling analysis of a web-based survey in patients with ulcerative colitis. *J Gastroenterol.* 2021;56:843–55.
- ³⁵¹ Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002;14(5):353–358.
- ³⁵² Boquiren VM, Hack TF, Beaver K, Williamson S. What Do Measures of Patient Satisfaction with the Doctor Tell Us? *Patient Educ Couns.* 2015;98(12):1465-1473.
- ³⁵³ Tadiri CP, Gisinger T, Kautzky-Willer A, Kublickiene K, Herrero MT, Norris CM, y cols. Determinants of perceived health and unmet healthcare needs in universal healthcare systems with high gender equality. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–9.
- ³⁵⁴ Aguirre S, Jogerst KM, Ginsberg Z, Voleti S, Bhullar P, Spegman J, y cols. COVID-19 Impact on the Doctor-Patient Relationship: Patient Perspectives on Emergency Physician Empathy and Communication. *Bull Emerg Trauma.* 2021;9(3):125–132.
- ³⁵⁵ Abadel FT, Hattab AS. Patients' assessment of professionalism and communication skills of medical graduates. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):28.
- ³⁵⁶ Liu L, Fang J. Study on potential factors of patient satisfaction: Based on exploratory factor analysis. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:1983–1994.
- ³⁵⁷ Wei D, Xu A, Wu X. The mediating effect of trust on the relationship between doctor–patient communication and patients' risk perception during treatment. *PsyCh J.* 2019;9(3):383–391.
- ³⁵⁸ Sergi C, Davis DD. Incident Reporting. StatPearls Publishing [internet];2022 [Consultado el 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560498/>
- ³⁵⁹ Hincapie AL, Slack M, Malone DC, MacKinnon NJ, Warholak TL. Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis. *Qual Manag Health Care.* 2016;25(1):13–21.

- ³⁶⁰ Lang S, Garrido MV, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: A systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract.* 2016;17(6):1–9.
- ³⁶¹ Bryant J, Carey M, Sanson-Fisher R, Turon H, Wei A, Kuss B. The patients' perspective: haematological cancer patients' experiences of adverse events as part of care. *J Patient Saf.* 2021;17(5):387-392.
- ³⁶² Mazor KM, Greene SM, Roblin D, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J, y cols. More than words: patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Educ Couns.* 2013;90:341–346.
- ³⁶³ O'Hagan J, MacKinnon NJ, Persaud D, Etchegary H. Self-reported medical errors in seven countries: implications for Canada. *Healthc Q.* 2009;12:55–61.
- ³⁶⁴ Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Jeffe DB, Dunagan WC, y cols. Patients' concerns about medical errors during hospitalization. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2007;33(1):5–14.
- ³⁶⁵ Sundwall DN, Munger MA, Tak CR, Walsh M, Feehan M. Lifetime Prevalence and Correlates of Patient-Perceived Medical Errors Experienced in the U.S. Ambulatory Setting: A Population-Based Study. *Health Equity.* 2020;4(1):430–437.
- ³⁶⁶ Giardina TD, Royse KE, Khanna A, Haskell H, Hallisy J, Southwick F, y cols. Health Care Provider Factors Associated with Patient-Reported Adverse Events and Harm. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2020;46(5):282–290.
- ³⁶⁷ McSweeney W, Leaning M, Dastouri D, Parkinson D, Hendahewa R. It's not you, it's me: a descriptive study of patient complaints and surgeon understanding. *ANZ J Surg.* 2021;91(10):1991–1995.
- ³⁶⁸ Homan P. Structural Sexism and Health in the United States: A New Perspective on Health Inequality and the Gender System. *American Sociological Review.* 2019;84(3):486-516.
- ³⁶⁹ Jean-Pierre P. Medical Error and Vulnerable Communities. *Bost Univ Law Rev.* 2022;102(1):327–392.
- ³⁷⁰ Kistler CE, Walter LC, Mitchell CM, Sloane PD. Patient perceptions of medical errors in ambulatory care. *Arch Intern Med.* 2010;170(16):1480–1487.

- ³⁷¹ Andersson-Mattox E. Identifying vulnerable patients at heightened risk for medical error. *Crit Care Nurse*. 2010;30(2):61–70.
- ³⁷² Austin EE, Do V, Nullwala R, Fajardo-Pulido D, Hibbert PD, Braithwaite J, y cols. Systematic review of the factors and the key indicators that identify doctors at risk of complaints, malpractice claims or impaired performance. *BMJ Open*. 2021;11(8):1–25.
- ³⁷³ Miziara ID, Miziara CSMG. Medical errors, medical negligence and defensive medicine: A narrative review. *Clinics* [Internet]. 2022 [Consultado el 5 de agosto de 2022];77. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2022.100053>
- ³⁷⁴ Mira JJ, Carrillo I, Lorenzo S, Ferrús L, Silvestre C, Pérez-Pérez P, y cols. The aftermath of adverse events in spanish primary care and hospital health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):1–9.
- ³⁷⁵ Giraldo P, Sato L, Castells X. The Impact of Incident Disclosure Behaviors on Medical Malpractice Claims. *J Patient Saf*. 2020;16(4):225–229.
- ³⁷⁶ Gallagher T, Waterman A, Garbutt J, Kapp J, Chan D, Levinson W, y cols. US and Canadian physicians' attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med*. 2006;166:1605–1611.
- ³⁷⁷ Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Disclosing medical errors to patients: attitudes and practices of physicians and trainees. *J Gen Intern Med*. 2007;22(7):988–996.
- ³⁷⁸ Hannawa AF. Disclosing medical errors to patients: Effects of nonverbal involvement. *Patient Educ Couns*. 2014;94(3):310–313.
- ³⁷⁹ Hannawa AF, Frankel R. "It Matters What I Think, Not What You Say": Scientific Evidence for a Medical Error Disclosure Competence (MEDC) Model. *J Patient Saf*. 2021;17(8):1130-1137.
- ³⁸⁰ Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Error. In: *StatPearls*. [internet];2020 [Consultado el 4 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>
- ³⁸¹ Ricci-Cabello I, Pons-Vigués M, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Slight SP, Valderas JM. Patients' perceptions and experiences of patient safety in primary care in England. *Fam Pract*. 2016;33(5):535–542.
- ³⁸² Sandars J, Esmail A. The frequency and nature of medical error in primary care: Understanding the diversity across studies. *Fam Pract*. 2003;20(3):231–236.

- ³⁸³ Alsaleh FM, Alsaeed S, Alsairafi ZK, Almandil NB, Naser AY, Bayoud T. Medication Errors in Secondary Care Hospitals in Kuwait: The Perspectives of Healthcare Professionals. *Front Med.* 2021;8:1–10.
- ³⁸⁴ Noviyanti LW, Ahsan A, Sudartya TS. Exploring the relationship between nurses' communication batisfaction and patient safety culture. *J Public health Res.* 2021;10(2):317–320.
- ³⁸⁵ Liu W, Gerdtz M, Manias E. Creating opportunities for inter- disciplinary collaboration and patient-centred care: how nurs- es, doctors, pharmacists and patients use communication strategies when managing medications in an acute hospital set- ting. *J Clin Nurs* 2016;25:2943–2957.
- ³⁸⁶ Manias E, Street M, Lowe G, Low JK, Gray K, Botti M. Associations of person-related, environment-related and communication-related factors on medication errors in public and private hospitals: a retrospective clinical audit. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1–13.
- ³⁸⁷ Sabzi Z, Mohammadi R, Talebi R, Roshandel GR. Medication errors and their relationship with care complexity and work dynamics. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019;7(21):3579–3583.
- ³⁸⁸ Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K. Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care.* 2014;28(6):526–533.
- ³⁸⁹ Hellesø R, Lorensen M, Sorensen L. Challenging the information gap—the patients transfer from hospital to home health care. *Int J Med Inform.* 2004;73: 569-580.
- ³⁹⁰ Boockvar K, Fishman E, Kyriacou CK, Monias A, Gavi S, Cortes T. Adverse events due to discontinuations in drug use and dose changes in patients trans- ferred between acute and long-term care facilities. *Arch Intern Med.* 2004;164:545-50.
- ³⁹¹ Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gedeman P, Kalkman C y cols. Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care. A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2012;157:417-428.
- ³⁹² Mader JK, Aberer F, Drechsler KS, Pöttler T, Lichtenegger KM, Köle W, y cols. Medication errors in type 2 diabetes from patients' perspective. *PLoS One.* 2022;17:1–10.
- ³⁹³ ISMP-España. Boletín de Recomendaciones para la Prevención de Errores de Medicación. Boletín 50; Febrero 2021. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2050%20%28Febrero%202021%29.pdf>

- ³⁹⁴ Ozavci G, Bucknall T, Woodward-Kron R, Hughes C, Jorm C, Joseph K, y cols. A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2021 [Consultado el 2 de agosto de 2022];17(2):273-291. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.023>
- ³⁹⁵ Enguidanos SM, Brumley RD. Risk of medication errors at hospital discharge and barriers to problem resolution. *Home Health Care Serv Q*. 2005;24(1-2):123-135.
- ³⁹⁶ Sears K, Scobie A, MacKinnon NJ. Patient-related risk factors for self-reported medication errors in hospital and community settings in 8 countries. *Can Pharm J*. 2012;145(2):88-93.
- ³⁹⁷ Grissinger MC, Kelly K. Reducing the risk of medication errors in women. *J Women's Heal*. 2005;14(1):61-67.
- ³⁹⁸ Plaza-Zamora J, Legaz I, Osuna E, Pérez-Cárceles MD. Age and education as factors associated with medication literacy: a community pharmacy perspective. *BMC Geriatr*. 2020;20(501):1-11
- ³⁹⁹ Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
- ⁴⁰⁰ Cydulka RK, Tamayo-Sarver J, Gage A. Association of patient satisfaction with complaints and risk management among emergency physicians. *J Emerg Med*. 2011;41(4):405-411.
- ⁴⁰¹ Rajesh DR, Singh A, Chopra M, Singh GP, Venkateshan M, Bhardwaj A y cols. Perceptions towards Legal Nature of Informed Consent. *J Indian Acad Forensic Med*. 2013;35(1):40-43.
- ⁴⁰² Arshad MA, Omar N, Amjad Z, Bashir K, Irfan M, Ullah I. Perceptions and practices regarding the process of obtaining informed consent from surgical patients at a tertiary care hospital. *Ann Med Surg* [Internet];2022 [Consultado el 24 de julio de 2022];73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103195>
- ⁴⁰³ Doherty C, Stavropoulou C, Saunders MNK, Brown T. The consent process: Enabling or disabling patients' active participation? *Health*. 2017;21(2):205-222.
- ⁴⁰⁴ Alazmi SF. Patients' Perception of Informed Consent for Surgical Operations in Kuwait. *J High Inst Public Heal*. 2018;48(2):92-96.
- ⁴⁰⁵ Pietrzykowski T, Smilowska K. The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension—systematic review. *Trials*. 2021;22(1):1-8.
- ⁴⁰⁶ Chaisson LH, Kass NE, Chengeta B, Mathebula U, Samandari T. Repeated assessments of informed consent comprehension among HIV-infected participants of a three-year clinical trial in

Botswana. PLoS One. [internet];2011 [Consultado el 24 de julio de 2022];6(10). Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022696>

⁴⁰⁷ Guillén-Perales J, Luna-Maldonado A, Fernández-Prada M, Guillén-Solvas JF, Bueno-Cavanillas A. Calidad de la información en el proceso del consentimiento informado para anestesia. *Cir Esp*. 2013;91:595–601.

⁴⁰⁸ Schumacher A, Sikov WM, Quesenberry MI, Safran H, Khurshid H, Mitchell KM, y cols. Informed consent in oncology clinical trials: a Brown University Oncology Research Group prospective cross-sectional pilot study. PLoS One. [internet];2017 [Consultado el 24 de julio de 2022];12(2). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172957>

⁴⁰⁹ Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-fedyshin M, y cols. Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: An Updated Systematic Review. *Med Decis Making*. 2020;40(2):119–143.

⁴¹⁰ Ghasempouri SK, Azar MS, Kariminasab MH, Zakariaei Z, Khademloo M, Danaei HR, y cols. Obtaining informed consent from patients hospitalized in the surgical wards as a major legal challenge. *Ann Med Surg*. [Internet]; 2021 [Consultado el 1 de agosto de 2022];72. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.103053>

⁴¹¹ Agozzino E, Borrelli S, Cancellieri M, Carfora FM, Di Lorenzo T, Attena F. Does written informed consent adequately inform surgical patients? A cross sectional study. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):4–11.

⁴¹² Rodríguez-Piñero JE, Tabernero-Duque MJ, Rodríguez-Calvo MS. Estudio descriptivo sobre la aplicación del consentimiento informado en centros sanitarios de Galicia (España). *Cuadernos de Bioética*. 2018;29(95):69-70.

⁴¹³ Williams E, Selvam R, Hopman W, Nanji S. Are patients truly informed? A retrospective chart review of the documentation of informed consent in laparoscopic cholecystectomy. *Can J Surg*. 2021;64(4):435–441.

⁴¹⁴ Wood F, Martin SM, Carson-Stevens A, Elwyn G, Precious E, Kinnersley P. Doctors' perspectives of informed consent for non-emergency surgical procedures: a qualitative interview study. *Health Expect*. 2016;19(3):751–761.

⁴¹⁵ Salgaonkar SV, Kulkarni AD, Chapane SP. Assessment of communication skill during process of preoperative visit and informed consent by anesthesiology residents. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2021;37:548-553.

- ⁴¹⁶ Alomar AZ. Confidence level, challenges, and obstacles faced by orthopedic residents in obtaining informed consent. *J Orthop Surg Res.* 2021;16(1):1–13.
- ⁴¹⁷ Ashraf B, Tasnim N, Saaq M, Zaman KU. An audit of the knowledge and attitudes of doctors towards surgical informed consent (SIC). *Int J Health Policy Manag.* 2014;3:315–321.
- ⁴¹⁸ García-Garduza I. Importancia de la Medicina Legal en la práctica médica. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2014;578(5):5.
- ⁴¹⁹ Bernat JL, Peterson LM. Patient-centered informed consent in surgical practice. *Arch Surg.* 2006;141(1):86–92.
- ⁴²⁰ Khan RI. Informed consent and some of its problems in Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2008;58(2):82–84.
- ⁴²¹ Hammami MM, Al-Jawarneh Y, Hammami MB, Al Qadire M. Information disclosure in clinical informed consent: “reasonable” patient’s perception of norm in high-context communication culture. *BMC Med Ethics.* [internet];2014 [Consultado el 15 de julio de 2022];15(3). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/3>
- ⁴²² Convie LJ, Carson E, McCusker D, McCain RS, McKinley N, Campbell WJ, y cols. The patient and clinician experience of informed consent for surgery: a systematic review of the qualitative evidence. *BMC Medical Ethics.* [internet];2020 [Consultado el 15 de julio de 2022];21(58). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00501-6>
- ⁴²³ Rosique I, Pérez-Cárceles MD, Romero-Martín M, Osuna E, Luna A. The use and usefulness of information for patients undergoing anaesthesia. *Med Law.* 2006;25:715-727.
- ⁴²⁴ Dufour F, Gillion N, Grassi V, Polliand C, Champault G. Value of the informed consent in digestive surgery? Prospective study 259 cases. *J Chir (Paris).* 2007;144:25-28.
- ⁴²⁵ Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Saturno-Hernández P, Fonseca-Miranda Y, Martínez-Martínez MJ. Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en nueve hospitales del servicio murciano de salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2015; 89(3):307-319.
- ⁴²⁶ Özhan MÖ, Süzer MA, Çomak I, Çaparlar CÖ, Aydın GB, Eşkin MB, y cols. Do the patients read the informed consent?. *Balkan Med J.* 2014;31(2):132–136.
- ⁴²⁷ Brenner A, Horowitz D. Beyond Informed Consent: Educating the Patient. *Clin Orthop Retal Res.* 2009;467(2):348-351.

- ⁴²⁸ Ameneiros-Lago E, Carballada-Rico C, Garrido-Sanjuán JA. Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia Clin*. 2011;72(3):121–124.
- ⁴²⁹ Serrano-Teruel R, López-López R, Illana-Rodríguez J, Alfonso-Cano C, Sánchez-López MI, Leal-Hernández M. Documento de instrucciones previas. ¿Conocido por nuestros pacientes?. *Educación Médica*. 2015;16(3):177-183.
- ⁴³⁰ Gómez-Martínez MD, Pérez-Cárceles MD (dir), Luna-Maldonado A (dir). Actitudes ante el documento de instrucciones previas, deseos al final de la vida y preferencias de tratamiento de soporte vital en población general [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 2016.
- ⁴³¹ Fernández-Rodríguez Á, Sarabia-Cobo C, Molina-Mula J. Knowledge and attitudes towards living wills among healthcare professionals, residents and relatives in nursing homes: A qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2021;00:1–10.
- ⁴³² Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Pena-González J, Jiménez-Zurita P. Knowledge and Attitudes of Medical Staff in Two Health Districts Concerning Living Wills. *Aten Primaria*. 2008;40(2):61–68.
- ⁴³³ Hallock JL, Rios R, Handa VL. Patient satisfaction and informed consent for surgery. *Am J Obstet Gynecol* [internet];2017 [Consultado el 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.020>
- ⁴³⁴ Leclercq WK, Keulers BJ, Scheltinga MR, Spauwen PH, van der Wilt GJ. A review of surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World J Surg*. 2010;34:1406–1415.
- ⁴³⁵ Leclercq WK, Keulers BJ, Houterman S, Veerman M, Legemaate J, Scheltinga MR. A survey of the current practice of the informed consent process in general surgery in the Netherlands. *Patient Saf Surg*. 2013;7:4.
- ⁴³⁶ Jahan F, Roshan R, Nanji K, Sajwani U, Warsani S, Jaffer S. Factors affecting the process of obtaining informed consent to surgery among patients and relatives in a developing country: results from Pakistan. *East Mediterr Health J*. 2014;20:569–577.
- ⁴³⁷ Yu QJ, Pun J. Promoting Patient Engagement in Medical Informed Consent—A Qualitative Study of Chinese Doctors' Communication Strategies. *Health Commun* [Internet];2021 [Consultado el 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1932287>