



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

Comunicación y Calidad de Información
entre Profesionales Sanitarios y con sus
Pacientes

D. Antonio Pérez Carrión
2016

***COMUNICACIÓN Y CALIDAD DE
INFORMACIÓN
ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y
CON
SUS PACIENTES.***

***“LA MEDICINA ES:
LA MÁS HUMANA DE LAS ARTES,
LA MÁS ARTÍSTICA DE LAS CIENCIAS Y
LA MÁS CIENTÍFICA DE LAS HUMANIDADES”.***

Edmund Pellegrino.

*A mis padres, por haber hecho de mí, lo que soy
A Lola, Antonio y José Miguel, por apoyarme en lo que soy*

AGRADECIMIENTOS

A D. Francisco Machado Linde, amigo y compañero, por ser el germen inductor de esta tesis doctoral, por su aliento y constantes directrices en los momentos de flaqueza.

A D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz, por la sabia conjugación de amistad y dirección de esta tesis doctoral. La devoción que procesa en la docencia ha constituido para mí un ejemplo científico y personal digno de admiración.

A D. Domingo Pérez Flores, por la exquisita dirección bioestadística, que ha proporcionado un gran peso específico a esta tesis doctoral.

ÍNDICE

ÍNDICE	7
I. INTRODUCCIÓN	13
I.1. LA RELACIÓN CLÍNICA: DESDE EL PATERNALISMO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.....	15
I.1.1. LA RELACIÓN CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.....	19
I.2. MODELOS ÉTICOS DE RELACIÓN CLÍNICA.....	22
I.2.1. MODELO PATERNALISTA.....	22
I.2.2. MODELO INFORMATIVO.....	23
I.2.3. MODELO INTERPRETATIVO.....	25
I.2.4. MODELO DELIBERATIVO.....	26
I.2.5. LOS MODELOS DE EMANUEL Y EMANUEL EN LA REALIDAD ACTUAL.....	29
I.2.6. MODELO BIOPSIOSOCIAL.....	32
I.2.7. RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.....	34
I.3. DELIBERACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN CLÍNICA.....	37
I.4. ¿LA REVOLUCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) NOS CONDUCE A UN NUEVO MODELO DE RELACIÓN?.....	39
I.5. LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.....	48
I.6. 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.....	52
I.7. LEY 3/2009, DE 11 DE MAYO, DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA.....	55
I.8. LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y EL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO COMO DERECHOS DEL PACIENTE.....	59
I.8.1. LA INFORMACIÓN SANITARIA DE TIPO ASISTENCIAL.....	59
I.8.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.....	61
I.8.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64

I.8.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	67
I.9. ELEMENTOS Y PRESUPUESTOS FUNDAMENTALES EN LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	71
I.9.1. ¿QUIÉN DEBE RECIBIR LA INFORMACIÓN? ¿QUIÉN DEBE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?.....	71
I.9.2. ¿QUIÉN O QUIENES ESTÁN OBLIGADOS A INFORMAR? ¿QUIÉN O QUIÉNES DEBEN SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?.....	82
I.9.3. ¿CUÁNDO HAY QUE INFORMAR? ¿CUÁNDO SE DEBE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?.....	84
I.9.4. ¿CÓMO HA DE PROPORCIONARSE LA INFORMACIÓN?.....	86
I.9.5. ¿SOBRE QUÉ HAY QUE INFORMAR?.....	89
I.10. LA COMUNICACIÓN EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.....	92
I.11. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERROR MÉDICO.....	98
II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	107
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	111
III.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO.....	113
III.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA.....	114
III.3. CUESTIONARIO (ANEXO I).....	117
III.4. MÉTODO ESTADÍSTICO.....	120
IV. RESULTADOS.....	123
IV.1. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE. PROCESO 1: INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO.....	125
IV.1.1. Frecuencia y análisis estadístico por preguntas.....	125
IV.1.2. Análisis estadístico agrupado del Proceso.....	137
IV.2. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE. PROCESO 2: COMUNICATIVO-DELIBERATIVO.....	142
IV.2.1. Frecuencia y análisis estadístico por preguntas.....	142
IV.2.2. Análisis estadístico agrupado del Proceso.....	153

IV.3. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE. PROCESO 3: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.....	158
IV.3.1. Frecuencia y análisis estadístico por preguntas.....	158
IV.3.2. Análisis estadístico agrupado del Proceso.....	176
IV.4. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES. PROCESO 4: COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL.....	181
IV.4.1. Frecuencia y análisis estadístico por preguntas.....	181
IV.4.2 Análisis estadístico agrupado del Proceso.....	196
IV.5. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES. PROCESO 5: EVITACIÓN DEL ERROR MÉDICO.....	202
IV.5.1. Frecuencia y análisis estadístico por preguntas.....	202
IV.5.2. Análisis estadístico agrupado del Proceso.....	216
IV.6. VALORACIÓN PREGUNTA 54. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.....	221
IV.7. VALORACIÓN. PREGUNTA 53. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES.....	229
V. DISCUSIÓN.....	237
VI. CONCLUSIONES.....	277
VII. ANEXO I.....	283
VIII. ANEXO II.....	291
IX. REFERENCIAS.....	297

I. INTRODUCCIÓN

1.1. LA RELACIÓN CLÍNICA: DESDE EL PATERNALISMO AL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA.

La relación clínica se mantiene entre una persona que considera que su salud se encuentra amenazada y/o evita la pérdida de la salud, mediante una actividad realizada por un profesional o conjunto de profesionales sanitarios. Es una relación de estructura compleja, tanto por las personas que la integran, como por la forma en que se articula y la amplia variabilidad de situaciones que pueden darse. Puede considerarse también como una relación social de tipo “profesional”, y como tal sujeta a los avatares y a la evolución de la propia sociedad. Se trata de una relación compleja, en la que coexisten elementos técnicos, humanos y socio-grupales, una relación que puede ser puntual o puede ser duradera en el tiempo y siempre provista de dos componentes, el humano y el técnico, que se entrelazan con mayor o menor intensidad.

La relación sanitaria se inicia cuando una persona siente una necesidad de salud, sea por enfermedad real o posible. La actividad médica debe estar siempre en concordancia con aquello que le da origen: la solicitud de ayuda expresada por quien se considera necesitado por encontrarse con un problema de salud, es decir, es la respuesta a una petición de ayuda de parte del enfermo (Osuna y Raposo, 2013)¹.

Es tan antigua como la propia Medicina. El interés por un trato humano y humanizador del médico y de la medicina está presente en todas las épocas y circunstancias. El médico hipocrático consideró un deber moral regirse en el trato con sus enfermos según el denominado criterio de beneficencia (“*en primer lugar no hacer daño*”). Ésta ha sido la premisa que ha presidido la relación del médico con el enfermo hasta hace unas décadas. Bajo esta perspectiva se desarrollaba una visión paternalista de la actividad sanitaria, guiada por la búsqueda del bienestar del paciente donde la toma de decisiones le correspondía al profesional, con nula o escasa intervención de aquel (Osuna, 2010)²

Con el reconocimiento de los derechos de la personalidad en el ámbito sanitario y el ejercicio del “principio de autonomía” por el paciente, se le otorga a éste el protagonismo en las decisiones sobre sus propios intereses, produciéndose un

cambio en el vínculo que contrae con el profesional sanitario y se alcanza un modelo participativo que se materializa en el proceso de obtención del consentimiento informado. Por ello, toda actuación en el ámbito sanitario requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios, que sólo debe obtenerse después de recibir la información adecuada. Nos encontramos, por tanto, ante un modelo equilibrado en el que el profesional sanitario y el enfermo se tratan de forma igualitaria y en la que éste toma un protagonismo activo en las decisiones (Osuna, 2013) ¹.

A lo largo de la historia ha predominado el modelo hipocrático, que mantuvo su vigencia desde el siglo V a.C. hasta mediados del siglo XIX y se caracterizaba por una acción paternalista sobre el enfermo. El médico, desarrollaba un rol casi sacerdotal, sustentado en un concepto de medicina mágico-religiosa, en el que la curación se consideraba como una “*gracia de los dioses*” y donde la enfermedad era considerada tema tabú. Todo ello conducía a una relación asimétrica, consentida por el propio paciente, en la que primaba la autoridad, la posesión del conocimiento y la experiencia en el ámbito de la decisión.

En este contexto, el médico adoptaba una posición vertical. Buscaba el bien del paciente, pero sin tenerlo en cuenta, actuando como su tutor. Presuponía que era mejor para él y concebía la capacidad moral de éste como un mero asentimiento. En general, implica la limitación intencionada de la autonomía o la libertad de decisión y acción de una persona sin tomar en cuenta su parecer, con la finalidad de evitarle un daño (paternalismo proteccionista o no maleficente) o proporcionarle un bien (paternalismo perfeccionista o beneficente). En suma, la esencia del paternalismo es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia (Beauchamp y McCullough, 1984)³.

A comienzos del siglo XIX se vislumbra la entrada de la relación médico-paciente en el mundo del Derecho. El punto de partida puede considerarse la publicación en el año 1803, del libro *Medical Ethics* por Thomas Percival ⁴, cirujano inglés (1740-1804) fundador del colegio profesional de médicos, cirujanos y farmacéuticos a quien se atribuye el mérito de haber escrito un código de ética (1791) donde definía el rol del profesional, la relación terapéutica, la relación entre los colegas y la relación de estos con el Estado, lo cual, era sin lugar a dudas, un

código relativo a la conducta profesional. Este libro constituye un pequeño tratado de reglas que deben regir las relaciones del médico consigo mismo, con los enfermos, con el resto de los profesionales y con la sociedad, basado más en la confianza que en la autoridad.

Se reafirma la primacía de la persona humana que se viene definiendo desde el Renacimiento (el Humanismo) y que alcanza su culmen después de las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial reflejándose también en el ámbito sanitario con la consagración del principio ético de la autonomía que cristaliza en la doctrina del consentimiento informado, 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, consagrado en el marco constitucional de los estados democráticos con lo que el modelo paternalista es finalmente superado (Osuna, 2003) ⁵.

A nivel general, se produce el reconocimiento de los derechos humanos como fundamento de la democracia y se alcanza la emancipación del individuo, que en el ámbito sanitario transforman radicalmente la relación médico-paciente. Las razones, por una parte, se encuentran en la propia Medicina que se convierte en una ciencia cada vez más precisa y más eficaz, pero a su vez, más agresiva, más invasiva y potencialmente más peligrosa y que requiere de la colaboración y del asentimiento del paciente (Días Pereira, 2008) ⁶.

Otras razones estriban en la propia evolución de la sociedad, su democratización y el crecimiento del conocimiento y de la autonomía de los ciudadanos, el desarrollo de la información médica y, sobre todo, el pluralismo de las opciones ideológicas y religiosas.

Así pues, la autonomía de paciente sustituye el paternalismo, lo que implica un cambio de perspectiva total. Si durante siglos la Deontología tradicional se apoyó en el médico virtuoso, que busca el bien aplicando sus conocimientos y que siempre hará lo mejor para su pacientes, la nueva Ética se construirá sobre la idea de que los enfermos son sujetos con derechos (Couceiro, 2004) ⁷. Aún más, el “enfermo” ya no es o está siempre enfermo y ha modificado sus roles: enfermo, paciente, usuario, cliente, consumidor,..., desplazándose desde una posición pasiva a una posición más activa. Algo parecido sucede con el médico, que deja atrás su rol privilegiado y

sacerdotal. Ahora, uno y otro conviven rodeados de terceros: familiares, amigos, y hasta la sociedad en su conjunto, así como otros profesionales que comparten con el médico su función asistencial (personal de enfermería, auxiliares, trabajadores sociales, psicólogos,...) e incluso profesionales no asistenciales (Osuna, 2013) ¹.

El cuidado de la salud ya no se proporciona individualmente, sino por un equipo y la finalidad de la actividad sanitaria ya no es exclusivamente terapéutica, sino que va dirigida a la promoción de la salud, entendiendo esta como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la OMS realizada en su constitución de 1946.

Bajo este prisma de reconocimiento de la autonomía en el ámbito sanitario, la relación médico-paciente se transforma, abandonando un esquema autoritario y vertical. Todo este cambio se vio precedido de una intensa reflexión en el ámbito de la bioética, que culminó con la consideración que el paciente se encuentra tan capacitado como el profesional sanitario para tomar una decisión.

Por todo ello, la incorporación de los derechos de la personalidad en el ámbito sanitario implica una relación más democrática y horizontal, ya que tiene en cuenta al paciente como persona. Se alcanza el modelo de autonomía que interpreta los mejores intereses del paciente desde su propio punto de vista. Este modelo se guía por el juicio de valores propio y específico de cada individuo en función de sus ideales, creencias y proyecto de vida, respetando el derecho del paciente a su autodeterminación (Galán Cortés, 2001)⁸.

Para Beauchamp y McCullough (1987) ⁹ la decisión de una determinada persona es autónoma si procede de sus valores y creencias propias; se basa en una información y comprensión adecuadas y no viene impuesta por coacciones internas o externas. Desde el punto de vista del conocimiento, una acción es comprendida cuando somos capaces de entender su naturaleza y, además, prever sus consecuencias. En este sentido, el proceso comunicativo alcanza un valor primordial y se encuentra presente en todo el proceso de atención entre todos los profesionales que intervienen, el paciente y las personas vinculadas a él.

Por su destacada relevancia es preciso hacer mención al Convenio de Oviedo, suscrito el día 4 de abril de 1997¹⁰, que entró en vigor en España el 1 de enero de 2000, que trata explícitamente sobre el reconocimiento de los derechos de los

pacientes, entre los cuales destaca el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

1.1.1. LA RELACIÓN CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.

Todos somos testigos de los extraordinarios avances que las ciencias médicas han experimentado en las últimas décadas, lo que lleva en muchas ocasiones a darle más importancia al uso de los medios técnicos en la asistencia, olvidando la relación personal con el paciente, el reconocimiento y la promoción de que la persona humana es el centro de la atención sanitaria. El profesional, durante el proceso asistencial, no debe ignorar el sentir propio del paciente, el de sus familiares, y el de la sociedad a la que pertenece.

No debemos obviar comentar la importancia de los conceptos de salud y enfermedad, cuyas definiciones e interpretación son difíciles y complejas en el momento actual, aun cuando existe la falsa creencia de que ambos son términos de un significado preciso y claro y que expresan lo mismo para todos los seres humanos. En la actualidad, la salud ha dejado de entenderse como ausencia de enfermedad. No se trata de una cuestión objetiva, sino que reside en lo más íntimo del ser humano, por lo que la variabilidad de aquello que se entiende por calidad de vida va a impregnar la percepción que cada sujeto tenga por salud.

Nos situamos también ante una sociedad crítica, en la que los ciudadanos buscan la satisfacción de sus derechos y exigen responsabilidades en situaciones que en otro momento achacaban a la suerte y al azar. La realidad actual se refleja en la Paradoja de Barsky (1998): *“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”*.

Este nuevo contexto de la relación sanitaria impregna el ámbito de relaciones asistenciales, traduciéndose en un incremento en el número de quejas y

reclamaciones de los pacientes o usuarios de los servicios sanitarios. El aumento de demandas y denuncias que prosperan en los tribunales y su carácter indemnizatorio ha conducido a los centros sanitarios y a las compañías de seguros a establecer los denominados programas de gestión de riesgos sanitarios, con el fin de identificar, analizar y evaluar los riesgos que conlleva la actividad sanitaria, estableciendo mecanismos de control y de tratamiento. El análisis de las sentencias judiciales muestra con toda claridad que muchos de los hechos juzgados eran previsibles, no sólo por el profesional sino también por la propia organización sanitaria, y la gran mayoría podrían haberse evitado tras la adopción de medidas adecuadas de prevención.

En este contexto, el ejercicio de la Medicina se puede considerar como una “*sucesión de riesgos*”. Constituye una “*tarea de riesgo y con riesgo que se desarrolla en el terreno de la incertidumbre*” (Martínez López y Ruiz Ortega, 2010)¹¹. Por tanto, es deber de los actores del sistema sanitario garantizar la seguridad en la atención, desarrollando estrategias de gestión del riesgo mediante el análisis de la estructura, procesos y resultados de la atención. Las estrategias de abordaje de este fenómeno requieren la adopción de una metodología específica dirigida a la prevención y gestión de los riesgos asociados a la prestación de servicios sanitarios, y a la detección de los factores que puedan dar lugar a quejas, reclamaciones o acciones judiciales mediante la elaboración de normas, reglamentos y manuales de buenas prácticas, y su adecuado seguimiento y control. Para ello, se requiere analizar las deficiencias, las causas que las motivan y las medidas que hay que adoptar.

En este sentido, la seguridad de los pacientes se convirtió en un tema prioritario a partir de la publicación del informe *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Kohn y col., 2002)¹², que situaba los errores médicos como la séptima causa de muerte en Estados Unidos. En este informe se define el evento adverso como el daño o la lesión producidos a los pacientes de manera directa o indirecta por la atención médica. A partir de este informe, se han desarrollado múltiples líneas de investigación en esta área, pero estos esfuerzos se han centrado básicamente en los procesos atendidos en el marco hospitalario, donde varios estudios de relevancia internacional han permitido definir y clasificar los errores

clínicos-eventos adversos, así como sus causas, las situaciones prevenibles y los procesos asociados.

El contexto en el que hemos dibujado la actividad asistencial actual no solo se traduce en carga de preocupación para el médico, sino que además ha desembocado en un cambio sustancial en la relación entre éste y el paciente. Así, un efecto inadecuado, asociado a las circunstancias comentadas, ha sido la aparición de la denominada “*medicina defensiva*”, concepto definido por Tancredi y Barondess en 1978 ¹³ como “*el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas judiciales*”. En este sentido, la solicitud y realización excesiva de pruebas diagnósticas por miedo a que se atribuya al médico, en una supuesta reclamación judicial, el no haber agotado todos los medios diagnósticos, el empleo sistemático de protocolos médicos de actuación sin criterios de personalización clínica y la obtención del consentimiento informado sujeto exclusivamente a criterios legales son algunos ejemplos consecuencia de este medicina defensiva. Lógicamente esto ha supuesto un gran aumento de costes para el sistema sanitario y de forma paradójica, una fuente adicional de riesgos para el paciente (Genovese y col., 2014)¹⁴.

En este marco de relación, se dibuja lo que De Montalvo (2009) ¹⁵ denomina como “*la crisis del paradigma de la autonomía de voluntad*”, en la que profundizaremos más adelante, derivada de la excesiva preponderancia del principio de autonomía en la resolución de los conflictos de la relación clínica, que determina un deterioro de la misma, afectando sobre todo al propio paciente. Como acertadamente señala, una relación en la que una de las partes se sitúa en una posición de vulnerabilidad y de falta de conocimiento específico en la materia, demanda una posición de privilegio para la confianza más que para la autonomía. Hay que optar por la confianza. Los pacientes buscan principalmente en los médicos confianza más que información, por lo que debe promoverse la restauración del principio de confianza en la relación que no puede recuperarse apelando a una sucesiva proclamación de expresiones de la autonomía de voluntad del paciente (Stirrat y Gill, 2005)¹⁶. El deterioro de la confianza no se resuelve incrementando el listado de derechos o el conocimiento de la satisfacción del usuario o instando al paciente a presentar reclamaciones. Coincidimos con Capella (2006) ¹⁷ al señalar que

desde el momento en que la relación clínica se reduce a su dimensión jurídica y pierde 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.

Como conclusión a lo comentado, nos encontramos ante un contexto de relación impregnado con matices de “crisis”, que, en muchas ocasiones son consecuencia de la inexistencia de una adecuada comunicación entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familiares.

1.2. MODELOS ÉTICOS DE RELACIÓN CLÍNICA

Ezequiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel (1992) ¹⁸ analizan el enfoque con el que a lo largo de la historia se ha considerado la información, la participación y la toma de decisiones por parte de los pacientes. Distinguen cuatro modelos posibles de interacción entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Al ya comentado modelo paternalista, añaden tres modelos más: informativo, interpretativo y deliberativo, en base a diferentes concepciones de los objetivos de la relación, las obligaciones del profesional, el papel que desempeñan los valores del paciente y la manera de concebir su autonomía.

1.2.1. MODELO PATERNALISTA.

En este modelo, la interacción médico-paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. El médico utiliza sus conocimientos para determinar la situación clínica y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados al objeto de restaurar la salud del paciente.

En lo que respecta a la información que se proporciona, sólo es importante en la medida que asegura una mayor colaboración con el médico, pero la participación

en la toma de decisiones es irrelevante, porque se presupone que el paciente no se encuentra capacitado para discernir qué es lo mejor, por lo que la prestación del consentimiento, como proceso de toma de decisiones es innecesario.

En este modelo el médico se comporta como tutor del paciente determinando en todo momento lo que a su entender es lo mejor. No obstante, también tiene obligaciones, entre las que se incluyen poner los intereses del paciente por encima de los propios y pedir la opinión de otros médicos cuando carezca de los conocimientos suficientes y necesarios para resolver el problema clínico. Por tanto, se concibe la autonomía del paciente como un asentimiento del mismo al planteamiento médico (Sánchez, 2015)¹⁹.

Sin duda alguna, no tiene sentido en la actualidad y se asume que solo se podría justificar en casos de urgencia, en los que el tiempo empleado para informar y conseguir el consentimiento, con la demora subsiguiente en la atención, podría tener consecuencias sobre la salud del paciente (Bonilla y col., 2013)²⁰.

1.2.2. MODELO INFORMATIVO.

Frente al modelo paternalista, se sitúa el modelo informativo en el que el protagonismo de la relación se desplaza totalmente hacia el paciente, al que se considera como un sujeto capaz de tomar todas las decisiones por sí mismo y recibe del médico toda la información que precisa para tomar una decisión, en función de su propia escala de valores y que sólo él conoce.

También llamado modelo del consumidor, se trata de un modelo técnico en el que el profesional sanitario cumple con unas obligaciones y la firma del consentimiento informado se convierte en el objetivo a cumplir (Galán Cortés, 2001)⁸. Podemos decir que el profesional se limita a “volcar” toda la información sobre el paciente y se convierte en un suministrador de experiencia técnica, que ha de dotar al paciente de los medios precisos para ejercer el control de su situación. El profesional se reduce a la condición de mero informador y ejecutor de las decisiones del paciente. Éste puede llegar a tomar decisiones, pero permanece en un extremo de la relación sin una integración en el proceso de toma de decisiones. Se concibe la

autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones clínicas.

Se establece una clara distinción entre los hechos y los valores. Los valores del paciente son conocidos y están bien definidos, lo que el paciente no conoce son los hechos. Es obligación del médico facilitar al paciente todos los datos disponibles, y será éste, desde sus valores, quien determine las medidas de diagnóstico y de tratamiento que se le deben aplicar. No hay lugar pues, a los valores del médico que está limitado a ser un suministrador de experiencia técnica dotando al paciente de los medios necesarios para ejercer el control de la situación (Arzate-Mireles y col., 2013)²¹. Por tanto, se perpetúa y acentúa la tendencia hacia la especialización y la práctica impersonal dentro de la profesión médica (Nevado-Castellanos, 2013)²².

Se trata de un modelo que vacía de contenido la relación clínica, en el que el profesional queda reducido a un “experto” y el paciente se limita a recibir una información en la que no se incluyen aspectos imprescindibles relacionados con los valores y que deben estar presentes en la comunicación sanitaria. Sin embargo, una correcta e ideal comunicación profesional-paciente, no debe limitarse a proporcionar al paciente una información técnica sobre el proceso o el tratamiento necesario.

Este modelo también es inadecuado en el contexto actual, tanto por sus características como por su aplicabilidad (Diego y Guirado, 2015)²³. El médico cuida del paciente en el sentido de que ejecuta de una manera competente las intervenciones seleccionadas por éste; sin embargo, el médico carece del enfoque humano necesario para comprender lo que el paciente valora o lo que debería valorar, y de qué manera afecta su enfermedad a estos valores. Además, el médico evita hacer sugerencias o recomendaciones por miedo a imponer su voluntad o a asumir un control en la toma de decisiones, que solo corresponde al paciente.

La concepción de autonomía del paciente es filosóficamente insostenible porque presupone en el paciente unos valores fijos y conocidos, siendo este concepto erróneo puesto que en general, los pacientes suelen tener dudas sobre qué es lo que quiere en realidad. Las personas poseen lo que en Filosofía se conoce como “*deseos de segundo orden*”, esto es, la capacidad de rechazar sus propios deseos y de revisar sus anhelos y preferencias. Aún cuando los cambios en la salud o la realización de las distintas alternativas terapéuticas puedan tener importantes efectos sobre aquello

que deseamos, o sobre cómo realizamos aquello que deseamos, la autorreflexión y la deliberación no juegan un papel esencial en una relación médico-paciente de carácter informativo. La concepción de la autonomía del paciente que mantiene el modelo informativo es incompatible con una visión que incorpore los deseos de segundo orden (Cerezo, 2015)²⁴.

1.2.3. MODELO INTERPRETATIVO.

En el modelo interpretativo, el profesional ayuda al paciente a clarificar sus valores y decisiones. El profesional va más allá de proporcionar una información detallada, analizando la situación junto al paciente en un proceso de clarificación de valores, prioridades, expectativas y deseos. Se limita a su aclaración, sin juzgar la coherencia o idoneidad de los valores. El profesional sanitario actúa como consultor o consejero, informando al paciente, igual que en el modelo informativo pero ayudándole a articular sus valores, sin juzgarlos.

El objetivo de este modelo es determinar, por parte del médico, los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir de entre todas las intervenciones médicas disponibles aquellas que satisfagan sus valores. Al igual que en modelo informativo, el médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible. Además, en este modelo el médico ayuda al paciente a aclarar, articular e interpretar sus valores, y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor; el paciente llega a conocer más claramente quién es y cómo las distintas opciones diagnósticas y terapéuticas afectan a su identidad (Mariátegui, 2013)²⁵.

Los valores del paciente no son necesariamente fijos ni conocidos por él. Por consiguiente, es tarea del médico aclarar y hacer coherentes esos valores, determinando qué pruebas y tratamientos los desarrollan mejor. Y lo que es más importante, el médico no debe imponer sus órdenes al paciente, sino que es el paciente quien en última instancia decide qué valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. El médico nunca juzga los valores del paciente; le ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto médico.

El consentimiento informado en este entorno se configura como un proceso abierto de diálogo y encuentro, en orden a tomar aquellas decisiones que optimicen los valores del paciente (Simón y Barrio, 2004)²⁶. En este modelo la autonomía del paciente se concibe como una autocomprensión, no permitiendo al médico juzgar los valores del paciente o tratar de persuadirle para que adopte otros. En la práctica supone una limitación en las orientaciones y recomendaciones que el médico puede ofrecer al paciente sobre todo a nivel de medicina preventiva o en intervenciones que persigan reducir riesgos en su salud.

El modelo interpretativo rectifica las deficiencias del modelo informativo, al reconocer que los pacientes tienen deseos de segundo orden y estructuras de valores dinámicas. Sin embargo, el modelo interpretativo, al evitar juicios de valor por parte del médico, caracteriza de forma incompleta la ideal relación entre el médico y el paciente (Duany y col., 2014)²⁷.

Además, la especialización médica así como el tiempo limitado del que dispone el profesional médico dificulta que éste cultive las habilidades necesarias requeridas en el modelo interpretativo y puede, sin darse cuenta, imponer sus propios valores bajo el aspecto de articular los valores del paciente; el paciente abrumado por su situación médica y la falta de claridad en sus puntos de vista, puede aceptar con demasiada facilidad la decisión médica. Todo ello puede hacer que, en la práctica, este modelo se convierta en modelo paternalista.

1.2.4. MODELO DELIBERATIVO.

Si el profesional, una vez conocidos los valores del enfermo, inicia con él una deliberación conjunta nos situamos ante un modelo deliberativo. A través de este modelo, por medio de un proceso de ponderación de los diversos factores que intervienen se busca la solución óptima o la menos lesiva (Gracia, 2001)²⁸.

Constituye un paso más que el interpretativo al considerar que el papel del profesional no consiste sólo en informar, sino también en clarificar valores y aconsejar. El profesional debe señalar al paciente los valores que desde su óptica tienen prioridad en el contexto sanitario, sin la imposición de su punto de vista, ni

enjuiciando los valores del paciente. Acompaña al paciente mediante la deliberación acerca de los valores relacionados con la salud que deben anteponerse a la hora de tomar decisiones. Señala no sólo qué es lo que el paciente podría hacer sino también, conociendolo y deseando lo mejor para él, qué debería hacer, si bien, en última instancia, será este quien defina y seleccione el orden de valores que va a asumir (Galán Cortés, 2001)⁸. Se concibe la autonomía como un autodesarrollo moral.

El médico solo analizará los valores relacionados con la salud que afectan o son afectados por la enfermedad y su tratamiento, y tendrá presente que muchos elementos morales o éticos se sitúan fuera del alcance de su relación profesional. En último término, el médico debe evitar la coacción, ya que será el paciente quien defina su vida y seleccione el orden de valores que va a asumir. Al comprometerse en esta deliberación ética, el médico y el paciente juzgan la utilidad y la importancia de determinados valores asociados a su salud (Tsalatsanis y col., 2015)²⁹.

En este modelo el médico actúa como maestro y también como amigo, comprometiéndose con el paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor. El paciente está capacitado, no solamente para seguir unas preferencias irreflexivas o valores predeterminados, sino también para analizar, a través del diálogo, los distintos valores relacionados con su salud, su importancia, y sus implicaciones en el tratamiento (Rillo, 2013)³⁰.

Este modelo, evitando actitudes paternalistas, permite la máxima integración posible del proceso de enfermedad, y en los casos límite, ante una enfermedad terminal, del proceso de muerte. La relación con el enfermo sólo puede basarse en una relación de confianza y el proceso comunicativo permite alcanzar el mejor marco posible para su consecución.

Es cierto, que puede darse un conflicto entre los valores presentes en los protagonistas de la relación clínica (médico, paciente, otros profesionales...). Otra objeción puede ser si es propio de los médicos el convertirse en jueces de los valores de los pacientes y de promover aquellos relacionados con su salud, a lo que se añade otra dificultad, la pluralidad en los valores personales que hay en la sociedad actual.

Una crítica factible a este modelo es que puede malinterpretar la relación médico-paciente, en el sentido de que el paciente desea recibir atención de su médico y no involucrarse en un diálogo o revisión ética de sus propios valores. Además, y al

igual que en el modelo interpretativo, el modelo deliberativo puede tener sin querer, tintes paternalistas, origen del debate sobre la relación médico-paciente más idónea (Djulgovic y col., 2015)³¹. En nuestra opinión, el modelo deliberativo no es un paternalismo encubierto. La diferencia fundamental estriba en que el médico debe ser persuasivo y no impositivo.

Como afirma Osuna y col. (2015)³², el uso de la persuasión depende del contexto y de la situación concreta. En este sentido, Shaw y Elger (2013)³³ defienden el uso de la persuasión, que no debe necesariamente entenderse como una práctica paternalista, sino como un componente esencial de la práctica médica moderna. Para estos autores, hay al menos tres tipos diferentes de persuasión. La primera es la eliminación de los sesgos, algo que es obligatorio. La segunda, se recomienda en aquellas situaciones en las que las pruebas demuestran una conducta claramente inadecuada y hay razones más que objetivas para que el sujeto deba ser persuadido. La tercera es ante la creación potencial de nuevos sesgos, en estas ocasiones la persuasión podría cruzar la frontera de la manipulación, que normalmente es inadmisibles, pero en contadas ocasiones aceptable.

Así pues, en muchos casos, en el proceso de información a los pacientes, la persuasión juega un papel decisivo y puede ser compatible con todos los principales tipos de modelos de toma de decisiones médico-paciente (Wirtz y col., 2006)³⁴. Sin embargo, todavía hay opiniones en contra del uso de la persuasión en su relación con el paciente, que mantienen que no se debe influir en la elección libre del paciente (Bono y Rodríguez, 1991)³⁵.

De forma equivocada y como afirman diversos autores (Dubord, 2011; Spahn, 2012)^{36 37}, el uso de la persuasión en el entorno clínico tiende a equipararse con la coacción o manipulación y esta errónea interpretación conduce a una consideración negativa. Rubinelli (2013)³⁸ refiere que la distinción entre aquellas situaciones en las que el médico apoya el punto de vista de un paciente y su intento de persuadir no es clara y no ha sido suficientemente analizada. La manipulación es una forma de persuasión, pero no es lo mismo. La persuasión puede ser constructiva en la comunicación médico-paciente cuando se presenta en forma de persuasión racional y no es coercitiva.

El médico deliberativo debe de tratar persuadir al paciente sobre la importancia de ciertos valores, no de imponer dichos valores; no debe existir sometimiento del paciente sino convencimiento de que el curso de una acción es más deseable para sus intereses globales (Teutsch, 2003)³⁹.

En este ámbito los valores del médico son importantes para los pacientes y además sirven a éstos para la elección del profesional que piensan que mejor va a resolver su problema de salud. El paciente elige un médico, conscientemente o no, en base a los propios valores del médico que orientan sus decisiones clínicas. De hecho, el cambio de médico por parte del paciente no está basado exclusivamente en su ignorancia o su incompetencia práctica –modelo informativo-, sino también en desacuerdos en determinados valores del profesional que entran en confrontación, de forma irreversible, con los del paciente (García Blanco, 2013)⁴⁰.

1.2.5. LOS MODELOS DE EMANUEL Y EMANUEL EN LA REALIDAD ACTUAL.

Es evidente que estos cuatro modelos de relación médico-paciente pueden ser útiles en virtud de las circunstancias clínicas propias de cada caso, sirviendo de guía a médicos y pacientes en diferentes momentos. Sin embargo, es importante adoptar un modelo preferencial que pueda ser asumido por todas las partes, sin desterrar totalmente el resto de modelos que, de forma excepcional y justificada, puedan ser utilizados en determinadas y concretas situaciones clínicas (Loxterkamp, 2013)⁴¹. Por ejemplo, es comúnmente aceptado que en casos de urgencia, donde la demora en la actuación médica puede acarrear un daño irreversible, el modelo paternalista puede guiar de forma correcta la relación médico-paciente. Por el contrario, en pacientes con valores personales claros pero enfrentados, probablemente esté justificado el modelo interpretativo, aunque no es lo deseable (Lafarge, 2013)⁴².

Actualmente el modelo comúnmente más aceptado en nuestra sociedad, es el deliberativo. El ideal de autonomía del paciente requiere que los individuos puedan formarse una actitud crítica sobre sus propios valores y preferencias, determinando tras autorreflexión, si son aceptables y además los más adecuados para justificar sus

acciones; posteriormente ser libres para decidir sobre ellos y elegir de las opciones planteadas la más adecuada para ellos. Esta reflexión integral propuesta por el modelo deliberativo es esencial para el desarrollo de la autonomía del paciente (Piqué, 2013) ⁴³.

El prototipo de médico que demanda nuestra sociedad no es precisamente aquel que transmite al paciente la información más relevante y lleva a cabo las intervenciones de forma competente. Se demanda un médico humanista que integra y proporciona al paciente la información más destacada, así como una recomendación que, justificada a través del diálogo, intenta llevar a la práctica, para conseguir la situación que mejor garantice el bienestar global del paciente (Kelley y col., 2015) ⁴⁴.

La sociedad actual considera lógico y necesario que el médico no sólo ofrezca terapias destinadas a la medicina curativa, sino también, que promueva valores de salud en el cuidado del paciente. De forma similar, en este modelo se aboga por aquel paciente que esté dispuesto para adecuar sus valores y acciones vitales haciéndolos compatibles con las premisas que promocionen su salud (Lewis y col., 2011) ⁴⁵.

El modelo deliberativo aboga por cambios en la asistencia y educación médica tendentes a una relación clínica más humana (Sternlieb, 2012) ⁴⁶. La carencia de algunos profesionales para articular los valores subyacentes en sus recomendaciones y para convencer a los pacientes de que estos valores son los más adecuados es, en parte, consecuencia de la especialización técnica y de la tendencia a evitar debates con el paciente, tendencia perpetuada y justificada en el modelo informativo, resultante de una práctica defensiva. Por tanto, se debe educar al profesional médico en la comprensión más que en la mera transmisión (Phichlhöfer y col., 2013) ⁴⁷. Se debe impulsar para que se emplee más tiempo en la comunicación con el paciente, en aras de descubrir y articular los valores subyacentes en sus decisiones médicas, incluso en las más rutinarias; se debe descartar la idea generalizada de la autonomía del paciente que desplace tanto las expectativas del médico como las del paciente, para el control óptimo de su enfermedad. Obviamente de todo ello se deriva la necesidad que los sistemas de salud deban proveer del suficiente tiempo y formación continuada médica (habilidades en la comunicación) para dialogar sobre estos valores con los pacientes (Moree y col., 2013) ⁴⁸.

Tal y como anteriormente comentábamos, y siguiendo a De Montalvo (2009)¹⁵, en la actualidad nos situamos ante *“la crisis del paradigma de la autonomía del paciente”*, ya que con su absolutización ha perdido su sentido y su indiscutible valor, abocándonos a una ética de carácter formal o procedimental. Por ello, requiere de una reubicación, para evitar un uso inadecuado que atente contra sí mismo. Quizás la solución estribe en lo que para algunos autores se considera como la búsqueda de una *“beneficencia no paternalista”* que pueda sostener una relación más humanizada y una medicina que no esté simplemente a la defensiva ante los derechos cada vez más exigentes de los pacientes (Pellegrino y Thomasma, 1996)⁴⁹. No se trata de decidir por el paciente desde la superioridad del médico, sino decidir con el paciente, conociendo sus valores y permitiéndole al profesional una cierta gestión sobre ellos, confluyendo todo ello en la toma conjunta de decisiones.

A su vez, el paternalismo en determinados contextos puede ser admitido y justificado. Como Atienza y col. (2013)⁵⁰ señalan, puede suponer efectivamente un límite a la autonomía de voluntad del sujeto, pero en nombre de la propia autonomía. Se trata de considerar el paternalismo no como contrapuesto a la autonomía de la voluntad. Consistiría en tomar decisiones cuando el paciente no puede hacerlo de forma autónoma, con la finalidad de ayudarlo evitando un daño o proporcionando indirectamente un bien. Cuando la autonomía se lleva al extremo y se convierte en un principio absoluto y sin excepciones nos acercamos a aberraciones no menores que las del paternalismo que debemos desterrar. La superación del modelo paternalista no debemos entenderla desde el supuesto de que siempre tenemos intereses opuestos e irreconciliables, sino de que muchos de los intereses se comparten. La aceptación de intereses comunes conduce a una relación de interdependencia, basada en la confianza. La relación de confianza no anula la autonomía de la persona, pero no la entiende como una autonomía individualista, sustentada en la independencia, sino en la interdependencia.

Para De Montalvo (2009)¹⁵ no hay que invalidar el modelo fundamentado en la autonomía, pero sí modificarlo, sobre todo ante situaciones próximas al final de la vida. Cardoso (2005)⁵¹ 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 al final de la vida a una mera elección entre alternativas”.

1.2.6. MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

Con anterioridad a los cuatro modelos propuestos por Ezequiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel, Engel en 1977⁵², señaló que en la relación clínica los médicos deben atender simultáneamente a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. Este modelo, conocido como biopsicosocial, ofrece una visión holística alternativa al modelo biomédico de la relación imperante en los países industrializados desde la mitad del siglo XX.

Este ámbito de la relación se ofrece como un "nuevo paradigma médico", al integrar la perspectiva subjetiva del paciente junto a los datos objetivos recogidos en el examen clínico y otorga más poder al paciente en la relación al incrementar su protagonismo en el acto clínico (Borrell Carrió y col., 2006)⁵³.

Engel (1980) ⁵⁴ defendió este novedoso modelo como forma de revertir la creciente deshumanización de la asistencia sanitaria, incrementando los niveles de empatía en la práctica médica. Critica la naturaleza dualística del modelo biomédico con su separación entre cuerpo y mente, concepción atribuida a Descartes. Por tanto, este autor rechaza esta postura que se centra en la enfermedad y excluye al enfermo como persona. También critica la orientación excesivamente materialista y reduccionista del pensamiento médico dirigida a la clínica y que descuida la dimensión humana del paciente. Sitúa la atención sanitaria en un modelo centrado en la relación clínica que requiere la interpretación de la salud y la enfermedad desde una perspectiva intersubjetiva, proporcionándole al paciente espacio para articular sus preocupaciones, manifestar sus expectativas y la capacidad de mostrar un rostro humano.

Este enfoque tiene como principal instrumento el diálogo y la comunicación y representa un modelo dirigido hacia un equilibrio en la relación asistencial. La realidad de cada persona no sólo está interpretada por el médico, sino que es creada y recreada a través de la comunicación.

La tarea del médico es llegar a un entendimiento compartido con el paciente. Tal comprensión no implica la aceptación acrítica de todo lo que el paciente cree u opina, pero tampoco supone la negación acrítica de la perspectiva del paciente, como habitualmente ocurre, por ejemplo, cuando los pacientes se quejan de síntomas que los médicos no pueden entender.

La mayoría de los pacientes desean una mayor información de sus médicos y muy pocos quieren tomar decisiones importantes sin el consejo del médico y la consulta con los miembros de su familia (Torio y García, 1997; Candib, 2002) ⁵⁵ ⁵⁶. Este hecho no quiere decir que los pacientes deseen ser pasivos, incluso los enfermos graves y los pacientes geriátricos (Slivinske y Fitch 1987) ⁵⁷. En algunos casos, los médicos imponen de forma involuntaria la autonomía a los pacientes (Quill y Brody, 1996) ⁵⁸ y cargan al paciente de excesiva información sobre la enfermedad, depositando sobre él la carga y la responsabilidad en la toma de decisiones, sin el consejo del médico y el apoyo de su familia, lo que puede dejarlo desprovisto de la opinión del profesional. Es el modelo informativo, antes comentado. Por el contrario, lo ideal, debe ser "la autonomía en la relación", entendida como una decisión informada con el apoyo de una aproximación al paciente que enfatiza el calor humano, la comprensión, la generosidad y el cuidado.

El modelo biopsicosocial formulado por Engel (1977) ⁵² establece una visión dinámica, interactiva, pero dualista (cuerpo y mente) del ser humano. Su contribución más perdurable, fue ampliar el alcance de la mirada del médico. Su modelo biopsicosocial es una llamada a cambiar nuestra forma de comprender al paciente, expandiendo los conocimientos médicos dirigiéndolos a las necesidades de cada uno. La concepción biopsicosocial ayuda a entender la totalidad del sujeto y sus relaciones. Se parte de un todo en el que existen distintos niveles interrelacionados, desde lo emocional, vincular, social y biológico (Engel, 1977) ⁵². La experiencia del paciente siempre es única y subjetiva, siendo la tarea del equipo de salud comprender su contexto.

El modelo biomédico tradicional emplea la estrategia de "descartar causas orgánicas" antes de explorar otras dimensiones, lo que lleva implícito el concepto de que la enfermedad orgánica posee una importancia primaria y que los fenómenos físicos y mentales tienen fronteras muy delimitadas. En contraste, se sabe que la

expresión de las emociones es reflejo de representaciones físicas y mentales que están modeladas por pautas biológicas, de las historias del sujeto, familiares y culturales.

La forma en que se diagnostica o etiqueta un paciente influye directamente en su comportamiento. Si se aplica una concepción biomédica se fortalecerán los mecanismos de formación de los síntomas y la rigidez en las manifestaciones.

1.2.7. RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE.

En el contexto de un elevado desarrollo de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas se hace más imprescindible una efectiva comunicación entre el médico y el paciente. Balint (1969) ⁵⁹ define "la medicina centrada en el paciente" en términos cognitivos, como "la comprensión del paciente como un único ser humano". McWhinney (1989) ⁶⁰ reduce este concepto al ámbito exclusivo de la experiencia de enfermedad: "el médico intenta entrar en el mundo del paciente, para ver la enfermedad a través de los ojos del paciente". Para Byrne y Long (1976) ⁶¹, la atención centrada en el paciente es principalmente un método de interactuar mediante el que el médico emplea comportamientos particulares en la fase de "diagnóstico" de la consulta para conocer aspectos sobre el paciente y de forma previa a la "fase de prescripción". Se trata de un modelo de relación en el que se destaca el fomento de la participación del paciente en la toma de decisiones.

Son varios los componentes que están presentes en este modelo de atención (Mead y Bower, 2002) ⁶²:

- 1) la exploración de la enfermedad y de la experiencia de sentirse enfermo;
- 2) la comprensión holística de la persona;
- 3) el encuentro de un fundamento común para el manejo del proceso;
- 4) la incorporación de la prevención y de la promoción de la salud;
- 5) la mejora de la relación médico-paciente;
- 6) una postura realista sobre las limitaciones personales y de recursos;

El uso de una perspectiva "biopsicosocial", puede mejorar la confianza de los pacientes en relación a que su problema de salud ha sido explorado y comprendido

de forma suficiente por el médico. A través de la atención “centrada en el paciente” se busca la opinión de los pacientes y se les ofrecen oportunidades para la participación en la toma de decisiones. El paciente se considera responsable de la solución de sus problemas, promoviendo un sentido de "propiedad" compartida de la gestión del problema y con la confianza de que puede resolverse con los recursos psicológicos y físicos disponibles (Mead y Bower, 2002) ⁶².

La atención centrada en el paciente hace hincapié en la primacía de su bienestar (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, 2002) ⁶³. Buetow y col. (2012) ⁶⁴ han publicado un nuevo modelo conceptual de relación clínica, lo que sugiere que médico y paciente comparten los mismos intereses morales y son interdependientes en dar y recibir atención. Este modelo se basa en la metáfora de un "espejo ventana" en el que el médico y el paciente son capaces de "ver y mirarse" el uno en el otro. Sugieren que la satisfacción parte de su interés en dar y la igualdad en el deseo de recibir atención (Buetow, 2012) ⁶⁵.

El modelo propuesto, por tanto, mantiene la atención en el paciente, pero al mismo tiempo la amplía, al destacar la importancia de cuatro direcciones de cuidado y atención en la relación clínica: atención del médico sobre el paciente, autoayuda de los pacientes, atención del médico sobre sí mismo; y el cuidado del paciente sobre el médico. Estos dos últimos puntos están ausentes en los modelos actuales y dominantes de la relación sanitaria.

Por tanto, son cinco las dimensiones presentes en el modelo “centrado en el paciente”:

1. La perspectiva biopsicosocial, una perspectiva de la enfermedad que incluye factores sociales y psicológicos, además de los biomédicos;
2. El “paciente como persona”, comprendiendo el significado de la enfermedad para cada paciente concreto;
3. Compartir poder y responsabilidad, escuchando al paciente y compartiendo también la toma de decisiones, respondiendo de forma adecuada a la decisión tomada;
4. Alianza terapéutica, desarrollando estrategias terapéuticas de forma común, mejorando el vínculo ente el médico y el paciente;

5. El médico “como persona”, mejorando la influencia de las cualidades personales del profesional en el ejercicio de la medicina.

La experiencia y la perspectiva de los pacientes son importantes porque los pacientes están en la mejor posición para hablar sobre el cuidado que reciben, sobre sus intereses y también sobre su capacidad para cuidar (Edwards y Elwyn, 2009)⁶⁶. El punto de vista sobre su propio cuidado, su propia preocupación o incluso la del médico como paciente puede influir en las decisiones que toman.

En el corazón de una buena comunicación y atención clínica eficaz se encuentran la necesidad para los médicos de entender y estar abiertos a la perspectiva del paciente. Medidas válidas, de cómo los pacientes perciben el cuidado que ellos y su médico dan y reciben, pueden fortalecer la voz del paciente como un socio en la educación médica, reducir la jerarquía e informar sobre la perspectiva y el comportamiento de ambas partes por la aclaración de "reglas de conducta" no escritas en su relación.

En suma, la relación médico-paciente es un importante factor en la efectividad del tratamiento. Balint (1955)⁶⁷ destacaba la importancia de la relación en la frase “el doctor como una droga”. Décadas más tarde Peabody (1984)⁶⁸, señalaba que *"la práctica de la medicina, en su sentido más amplio, incluye todo el marco de la relación del médico con su paciente"*. En el ámbito de la atención primaria “el paciente es tan importante como saber de la enfermedad” y la calidad de la relación se asocia con la satisfacción, la adherencia al tratamiento y el resultado terapéutico (Di Blasi y col. 2001; Fuertes y col. 2007)^{69 70}.

Diferentes conceptos se integran en la articulación de una relación médico-paciente considerada como adecuada.

En primer lugar, Hall y col. (2002)⁷¹ consideran la confianza como el atributo global de las relaciones terapéuticas e incluye aspectos auxiliares, tales como la satisfacción, la comunicación, la competencia y la privacidad.

Un segundo concepto, de uso frecuente en psicoterapia, es la alianza terapéutica, es decir, el vínculo de colaboración afectiva entre el terapeuta y los pacientes que, según Bordin (1979)⁷², se compone de los siguientes elementos:

acuerdo sobre los objetivos, la asignación de tareas, y el desarrollo de un vínculo afectivo entre terapeuta y paciente.

En tercer lugar, la empatía ha sido descrita como la característica clave en todas las relaciones (Mercer y col., 2004) ⁷³.

Eveleigh y col. (2012) ⁷⁴ consideran como una relación médico-paciente adecuada, aquella en la que están presentes cuatro elementos principales: conocimiento, confianza, lealtad y respeto y en la que el estilo comunicativo en la relación ejerce un papel clave.

1.3. DELIBERACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN CLÍNICA.

El proceso de comunicación sanitaria requiere de una deliberación conjunta en la que, aparte de la información sobre aspectos de la asistencia, deben incluirse también los relativos a los valores del enfermo que exigen de una deliberación conjunta entre el profesional y el paciente. Como afirman Simón y Barrio (2004) ²⁶, en la relación clínica debe primar un reconocimiento recíproco de los protagonistas de la relación, en el que cada uno aporta elementos imprescindibles. Uno los conocimientos científicos y la experiencia profesional, el otro la vivencia del enfermar y los valores que están presentes en su proyecto de vida. Es una relación basada en el reconocimiento de la igualdad básica inherente a la condición de la persona, y de la diferencia derivada de las diferentes perspectivas de valor y de rol. Sólo si profesional y paciente aceptan este modelo será posible el reconocimiento recíproco que posibilita la consolidación de la relación clínica (Osuna, 2013) ¹.

Para Gracia (2001) ⁷⁵ hay deliberación clínica -aquella que el profesional sanitario realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto- y hay deliberación ética, siendo esta una tarea difícil. Este autor considera que muchos profesionales médicos no saben deliberar y otros no la consideran necesaria. Hay quienes tienen inseguridad y miedo ante el proceso de deliberación, generándose angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso

supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Esto permitirá identificar todos o, al menos, la mayoría de los cursos de acción posibles, situándose el curso óptimo de acción, no generalmente en los extremos, sino en el punto medio o cercano a él. El proceso de deliberación exige la escucha atenta, comprender la situación objeto de estudio, el análisis de los valores implicados, la argumentación racional sobre los cursos de acción posibles y los cursos óptimos, la aclaración del marco legal, el consejo no directivo y la ayuda aun en el caso de que la opción elegida por quien tiene el derecho y el deber de tomarla no coincida con la que el profesional considera correcta, o la derivación a otro profesional en caso contrario.

Es más que evidente, que la comunicación médico-paciente desempeña un papel clave en el modelo deliberativo de relación y en el proceso de obtención del consentimiento informado. Para desarrollarlo correctamente, el profesional sanitario debe de poseer una elevada competencia científico-técnica y relacional-comunicativa, capaz de acompañar a los pacientes en la vivencia de enfermedad y de compartir con ellos el proceso de toma de decisiones. El consentimiento informado se sustenta en el reconocimiento mutuo y en el encuentro en la igualdad personal, desde la diferencia del rol que juegan el profesional y el paciente. Bajo esta perspectiva, el consentimiento informado constituye un proceso continuo, comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere un apoyo escrito. Sin embargo, en ocasiones este cambio no ha sido bien entendido por los profesionales sanitarios quienes, desde posiciones defensivas, tal y como anteriormente hemos comentado, convierten la firma del consentimiento informado en el centro neurálgico de la relación, olvidando que la atención al enfermo debe basarse en una relación de confianza, en la que la comunicación debe estar continuamente presente.

1.4. ¿LA REVOLUCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) NOS CONDUCE A UN NUEVO MODELO DE RELACIÓN?

Como anteriormente hemos comentado el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación es extraordinario. El uso del ordenador, de la telefonía móvil, la expansión de Internet y de la *World Wide Web* se ha traducido en importantes cambios en la manera de comunicarnos y constituye una auténtica revolución en la búsqueda y el acceso a la información, en general, y a la sanitaria, en particular. A su vez, las redes sociales proporcionan espacios virtuales (foros de comunicación, blogs) en los que los individuos se relacionan, intercambian ideas, acceden a la información y buscan asesoramiento. Se estima que más de un tercio de la población mundial tiene acceso a Internet, una cifra que aumenta notablemente al circunscribirnos únicamente a los países desarrollados (en Estados Unidos el 60% de la población entre 18-64 años ha utilizado Internet en alguna ocasión para obtener información médica) (Thackery y col., 2013; Vázquez Fernández y col., 2015)^{76 77}.

Internet en general y el uso del correo electrónico, como medios de comunicación, están cambiando la forma en que las personas se relacionan y comparten información. Estos cambios, aunque de forma lenta, también se están produciendo en el entorno sanitario y facilitan un nuevo medio de acceso de los pacientes a sus médicos, de los profesionales entre sí y, de manera más amplia, entre todos los elementos que intervienen en el sistema sanitario (Truccolo y col., 2011)⁷⁸. En este contexto, los ciudadanos, y también los profesionales sanitarios utilizan Internet como una fuente valiosa para obtener datos o resolver sus dudas. Nadie duda sobre las magníficas posibilidades de acceso a la información que ofrece, pero tampoco se duda sobre los peligros que entraña. La falta de control y la revisión por parte de expertos y las dudosas condiciones mínimas de validez de la información que contiene son las más destacadas (Mazzocut y col., 2014)⁷⁹.

Pero, ¿esta auténtica revolución en las tecnologías de la información y de la comunicación nos conduce a un nuevo marco de relación entre el médico y el enfermo? Osuna y Raposo (2013)¹ señala que nos encontramos ante un novedoso escenario, pero las nuevas tecnologías nunca van a sustituir la atención personalizada que caracteriza la relación. Sí pueden entenderse como complemento y para facilitar la labor asistencial mediante la adquisición de información, siempre lo suficientemente contrastada y convenientemente utilizada; es decir, Internet no

reemplaza al médico sino que, por sus especiales características (accesibilidad, rapidez, etc.), ofrece un importante valor añadido con respecto a las fórmulas tradicionales.

Aunque el término “telemedicina” todavía no se halla incluido en el Diccionario de la Lengua Española, podemos definirla, de forma genérica, como “prestación de servicios de salud vía remota, a través de sistemas de telecomunicación, que incluye consultas interactivas y servicios de diagnóstico”. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la Telemedicina como *“el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades, así como para la formación permanente de los profesionales de atención a la salud”* (Arias, 2008; Kubat, 2015)

^{80 81}

La introducción de cualquier nueva tecnología no sólo tiene efectos sobre los usuarios que la utilizan, sino que también afecta al entorno social en el que éstos se encuentran, produciéndose a su vez una adaptación que debe ser mutua para conseguir el máximo beneficio para todos (Ricur, 2012; Barbosa y Gómez, 2015) ⁸²

⁸³

Con la publicación del Plan de Telemedicina del extinto Insalud en enero del año 2000 ⁸⁴ se pretendió una absorción progresiva de las Nuevas Tecnologías en el Servicio Público de Salud. Éstas debían de servir a la atención de los pacientes y para el trabajo de quienes les atienden, debiendo cumplirse en su ejecución los criterios normativos de eficacia, eficiencia y calidad de la prestación sanitaria. Aunque posteriormente desarrollado por las diversas Comunidades Autónomas, parece claro que se ha generado una responsabilidad patrimonial de las diferentes instituciones sanitarias, puesto que se introducen nuevos riesgos que recaerán, tanto sobre aspectos organizativos como sobre el factor humano (Zaporta, 2015)⁸⁵.

Aunque no hay todavía unas recomendaciones estandarizadas para su correcto uso, se han realizado diversas aproximaciones para dar solución a las dudas que ha generado este medio de comunicación en el entorno sanitario (Khorsadnia y col., 2014) ⁸⁶, y se ha incidido en los aspectos que, como forma de relación médico-

paciente, deben adaptarse a cada circunstancia y situación individuales, teniendo en cuenta además, que la comunicación es precisamente la parte más importante en esta relación (García y col., 2012) ⁸⁷.

Históricamente, la comunicación entre pacientes y médicos se ha basado en dos pilares principales: la visita médica tradicional y los documentos escritos. La aparición del teléfono comportó una nueva forma de comunicarse gracias a su ubicuidad y facilidad de uso, e introdujo un cambio radical en el acceso de los pacientes a sus médicos a partir de la década de los sesenta. El fax también ha constituido otra forma de comunicación no tan extendida y que cumple funciones mucho más limitadas que el teléfono (Sánchez Losada, 2012)⁸⁸.

El concepto de telemedicina no es nuevo. En el pasado siglo XX y más allá del uso del teléfono, hubo numerosos intentos infructuosos de desarrollar programas de telemedicina en la década de los 60, basados la mayoría en la televisión interactiva. Con unas pocas notables excepciones, como la telemetría de datos médicos en el programa espacial, hubo muy poco avance de la telemedicina en las décadas de los 70 y 80.

El interés en la telemedicina emergió de forma importante en la década de los 90 con el desarrollo de dispositivos médicos adecuados para la captura de imágenes, recogida y almacenamiento de datos digitales, así como la implantación de sistemas de telecomunicaciones de banda ancha en todo el mundo. Las aplicaciones clínicas de la telemedicina se encuentran ahora en prácticamente todas las especialidades médicas (Koppel y Soumerai, 2013)⁸⁹.

En efecto, en los últimos veinte años hemos asistido a tres hitos importantes en la gestión de este tipo de información médica: los blogs de salud, también llamados “*medblogs*”, que sirvieron como punta de lanza de la Web social introduciendo nuevas maneras de compartir y distribuir la información; los Registros de Salud Personales, también conocidos por sus siglas inglesas PHR (Palen, 2013) ⁹⁰, que dan la capacidad al paciente de volcar y gestionar “*online*” sus historias y datos clínicos, y conectar además con sanitarios y otros enfermos; y por último, la “*infodemiología*”, una disciplina que surge con la finalidad de analizar, gestionar y dar sentido a toda esa información publicada en Internet con el objetivo de emplear

los resultados para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública (Torres-Salinas y Robinson-García, 2012)⁹¹.

La historia clínica informatizada es actualmente, un elemento esencial para la calidad de la atención sanitaria (Onieva y col., 2015; Rojas y col., 2015)^{92 93}. También es un elemento imprescindible para la desburocratización de las consultas. El uso creciente de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación es uno de los elementos claves que está detrás de la transformación experimentada en el Servicio Nacional de Salud (SNS) y, más concretamente, en nuestro medio, que es el Servicio Murciano de Salud (SMS). Actualmente, el SMS está realizando un importante esfuerzo en este sentido y están informatizados el 100% de los centros de salud y unidades de apoyo, estando implantado el programa informático Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria (OMI-AP); de la misma forma y, a nivel de los hospitales del SMS se está implantando la plataforma informática SELENE que conseguirá en breve tiempo la digitalización plena a nivel hospitalario, tanto en la historia clínica como en pruebas diagnósticas y servicios centrales (Cánovas y col., 2013)⁹⁴.

Como afirman Wojtuszek y col., (2015)⁹⁵, este tipo de práctica médica se nos presenta como un reto de futuro e implica que los médicos debemos tomar conciencia de la necesidad de conocerla, y eso sólo será posible si nosotros mismos y las organizaciones colegiales tomamos el protagonismo en la revolución de la salud electrónica (Rubin y Maida, 2015)⁹⁶. Por lo tanto es necesario sentar las bases de esta nueva relación médico-paciente tanto en la creación de Web médicas como en la consulta virtual, a través del correo electrónico (Morales y Cabello, 2015)⁹⁷.

Como anteriormente comentábamos, una web médica debe tener unos mínimos de calidad y seguridad, puesto que según datos actuales, el 36% de los usuarios de Internet obtiene información médica en las webs; para ello existen diversas instituciones, nacionales (*Web Médica Acreditada del COMB, Guía de Calidad de Contenidos “on line” para la Salud*) e internacionales (*Internet Healthcare Coalition, Health on the Net Foundation*) (Gabarrón y Fernández-Luque, 2012)⁹⁸ que han generado códigos de conducta y certificaciones para la creación de un web médica. Estos códigos hacen especial referencia a la credibilidad y calidad

en sus contenidos, la privacidad, la no interferencia publicitaria y todo ello, sin merma en los estándares de calidad en la praxis médica.

La consulta virtual, a través del correo electrónico, es una herramienta comunicativa entre el médico y el paciente, cada vez más extendida. Desde la década de los setenta, en Estados Unidos se comenzó a utilizar como una forma de comunicación, aunque inicialmente sólo en ámbitos universitarios. En la actualidad, el correo electrónico ya constituye una forma de comunicación habitual, erigiéndose como la segunda herramienta más utilizada de Internet. Por ello, se hace necesaria una valoración adecuada de su uso (ventajas y limitaciones) así como de las consideraciones éticas y legales que emanan del mismo (Weiner, 2012)⁹⁹.

Un hecho importante sobre el que debemos reflexionar, es la alternativa que para la industria farmacéutica supone la visita virtual en la promoción publicitaria de sus productos. Es cierto, que la salud del entorno mundial está directamente relacionada con el avance científico y con la investigación médica, por lo que se hace indispensable una difusión continua y efectiva a los profesionales involucrados en la prescripción de los diferentes avances terapéuticos. La visita médica virtual debe estar basada en la transmisión de los conocimientos técnicos y la valoración objetiva de la utilidad terapéutica, sin que las prácticas comerciales y la publicidad interfieran en la información proporcionada al paciente (Bajaña-Granja y Moncayo-Rojas, 2013)¹⁰⁰.

Actualmente, las guías y recomendaciones en el uso de la comunicación vía correo electrónico con los pacientes y entre los profesionales sanitarios, difieren según los países, las legislaciones, las organizaciones científicas y los colegios profesionales, que han tratado de orientar al profesional para una adecuada utilización que se ajuste a la ética y a las leyes aplicables en cada caso (Quinn y col., 2013)¹⁰¹.

Tal y como se especifica en las Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) (Pujadas y Machín, 2006)¹⁰², el correo electrónico es una forma de telemedicina y, por ello, se destaca la importancia de establecer un marco regulador en el ejercicio de lo que podemos considerar una actividad asistencial (Cruz, 2015)¹⁰³.

De igual forma, al dar un consejo médico a través del correo electrónico, se

deben de tener en cuenta diversos aspectos que difieren ampliamente en los pacientes (aspectos socioeconómicos, culturales y de sistemas sanitarios). Es importante ponerse de acuerdo con el paciente en cuanto al uso que se realizará del correo electrónico y de la mejor forma y condiciones de realizarlo (Jenssen y col., 2015)¹⁰⁴.

El correo electrónico se caracteriza fundamentalmente por:

–Asincronía: las partes no tienen por qué utilizar el correo electrónico a la vez para comunicarse.

–Informalidad: es más fácil, rápido escribir y más cercano un correo electrónico que una carta.

–Permanencia: aunque se trata normalmente de una forma de comunicación informal, puede almacenarse, a diferencia de una conversación telefónica y, por tanto, puede constituirse por sí misma como documentación clínica.

–Carencia de riqueza expresiva: al tratarse de una forma de comunicación escrita es difícil transmitir estados de ánimo, humor o dolor.

Desde el punto de vista didáctico podemos encontrarnos con dos tipos de correos electrónicos en la relación médico-paciente: aquellos procedentes de pacientes conocidos, con los que ya se ha establecido una relación previa presencial con el médico y los procedentes de pacientes no conocidos que envían una consulta no esperada (“*unsolicited patient e-mail*”).

En este último caso, no debe considerarse que se haya establecido una verdadera relación clínica. En efecto, en la actualidad todavía se cuestiona el uso del correo electrónico con pacientes no conocidos, ya que tanto desde un punto de vista médico como ético se considera cuestionable utilizarlo cuando no haya relación médico-paciente previa y presencial; esto se debe a que, al ser un paciente desconocido, el médico depende únicamente de la información que le suministre el paciente y no dispone de datos basados en la exploración clínica que pueden ser

fundamentales para conocer el caso de manera adecuada. Por tanto, el correo electrónico se debe considerar como una herramienta más en la relación sanitaria y como tal, debe estar sujeto a las consideraciones éticas, legales y profesionales de cualquier actividad médica (Miranda y col., 2013)¹⁰⁵.

Los beneficios que aporta el correo electrónico son múltiples. Es un medio rápido y barato, la información transmitida es amplia (texto, fotos, enlaces, sonido...). Facilita la conducta activa del paciente en su salud y además disminuye el sentimiento de alienación que a veces sufre el paciente. Con él, la relación médico-paciente adquiere un matiz superlativo, puesto que introduce la posibilidad de transmisión de información sanitaria que redunde en beneficio del paciente; diversos estudios indican que, gracias a estos medios los pacientes han mejorado su conocimiento acerca de determinados temas de salud (Baker y col., 2003)¹⁰⁶.

El correo electrónico permite un mayor tiempo de reflexión tanto por el paciente como por el profesional médico para la elaboración de la demanda o la respuesta en el proceso. Además, protege jurídicamente a ambas partes en el caso que sea necesario su uso como documento (De Ortuzar y col., 2014)¹⁰⁷. Nos encontramos pues, ante una nueva generación de pacientes, los “e-pacientes”, con una cultura propia, que reconocen el valor de cuidar su salud, ayudan a los médicos a mejorar la calidad de sus servicios y colaboran conjuntamente con sus profesionales sanitarios (Herrera, 2006)¹⁰⁸.

Por otra parte, también se dan situaciones de riesgo con el correo electrónico, sobre todo por problemas técnicos o jurídicos: interrupciones del correo electrónico, falta de integridad en la información enviada o recibida, destrucción de los datos ocasionada por un fallo técnico o un virus, amenazas a la confidencialidad, identificación insuficiente de los interlocutores, posible cobertura insuficiente del seguro de responsabilidad civil de los profesionales, problemas relacionados con el ejercicio transfronterizo de la medicina (especialmente en temas de jurisdicción, de colegiación y de indemnizaciones) y uso inadecuado por el contenido u objetivo de éste (Oliva y col., 2013)¹⁰⁹.

Por tanto, debemos sugerir una serie de recomendaciones prácticas generales

para su utilización en la relación clínica (Strudwick y Eyasu, 2015)¹¹⁰. Quizá una de las más importantes es que el médico debe adaptar su actividad a la legislación del país donde la realiza. Entre las recomendaciones también hemos de destacar que se debe confirmar la recepción y apertura del mensaje, los programas de correo electrónico deben actualizarse periódicamente (importante disponer de un programa de antivirus actualizado) y recomendar a los pacientes que utilicen la herramienta de confirmación de lectura para el envío de estos mensajes (Mirsky y col., 2015)¹¹¹.

La correspondencia a través del correo electrónico forma parte del historial médico del paciente y debería seguir una serie de recomendaciones técnicas para su correcto tratamiento confidencial:

- 1º. Debe existir una cuenta de correo electrónico definido para la correspondencia electrónica, donde el nombre de usuario y las contraseñas de acceso tengan carácter confidencial.
- 2º. El ordenador que se utilice debe situarse en un lugar que no sea visible y que no permita la lectura por otras personas.
- 3º. Los mensajes recibidos o enviados a los pacientes deberán tratarse como otro documento más de la historia clínica e incluirse en ella, ya sea de forma digital o en papel según el caso.
- 4º. El servidor deberá estar en lugar seguro, al cual únicamente podrán tener acceso supervisado las personas autorizadas por el paciente.
- 5º. El médico y los responsables que se designen deberían cerciorarse de que la red, los ordenadores y los programas utilizados funcionen de acuerdo con los requisitos de fiabilidad, actualización y protección antivirus.

Entre los posibles usos del correo electrónico entre el médico y sus pacientes, que se recomiendan desde las directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos y la *American Medical Association*, pueden incluirse:

- Comunicaciones sobre resultados de laboratorio y otras mediciones objetivas.

- Seguimiento de una enfermedad crónica y su tratamiento cuando no es necesaria una visita presencial.
- Asesoramiento en estados no agudos.
- Promoción y educación de la salud.
- Aspectos administrativos como, por ejemplo, una petición de cita o consulta presencial.

No es recomendable su utilización en situaciones de urgencia (Alkatout, 2015)¹¹². Sería importante y conveniente ofrecer a los pacientes información y consejos sobre el uso adecuado del correo electrónico y convenir con ellos las circunstancias en las que debe utilizarse, los temas para los que se ha acordado aplicarlo, los tiempos de espera en la respuesta o el coste de éstos, si es el caso.

A modo de conclusiones en este tema, podemos afirmar, que el correo electrónico es una herramienta de gran utilidad para comunicarse con nuestros pacientes y usuarios de salud, y no hay duda de que es una manera de transformar la relación médico-paciente como la entendemos actualmente y que, si se realiza de una forma adecuada, debe constituirse como una incorporación muy positiva en la atención sanitaria (Pujadas y Machín, 2006)¹¹³.

Es importante, no obstante, que el médico comente con claridad a sus pacientes, y en cada caso, la forma en la que se va a utilizar este medio de comunicación en el marco de esta relación, y que notifique sus limitaciones y los aspectos prácticos necesarios para un correcto uso por ambas partes.

Como señalábamos anteriormente, y creemos preciso insistir, las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación no van a reemplazar la atención médica personalizada que caracteriza la relación clínica. Disponemos en la actualidad de medios de comunicación que complementan de forma inestimable la relación y que pueden mejorar la atención y el seguimiento de muchos pacientes, sobre todo de los que presentan enfermedades crónicas, al compartir el seguimiento y participar más activamente en el control de su propia enfermedad, además de

favorecer un medio ideal para la educación sanitaria.

En lo que se refiere a la solicitud de información por parte de personas o enfermos no conocidos previamente, parece recomendable tomar precauciones a la hora de utilizar el correo electrónico y evitar, de forma general, realizar diagnósticos o recomendar tratamientos concretos que serán inciertos y peligrosos para ambos. En este caso, debemos considerar que se trata de consejos generales y no personificados.

En un futuro próximo asistiremos a cambios tecnológicos que seguirán incorporando utilidades y seguridad a estas herramientas, y deberemos replantearnos nuevamente los límites cada vez más amplios de la forma en la que se desarrolla el marco de la atención sanitaria, definiendo mejor el escenario en el que deben aplicarse. Debemos también ser conscientes de las necesidades de los usuarios de salud y los pacientes en general y adecuar de una forma eficiente los recursos de los que disponemos para mejorar la atención sanitaria; ello exige también insistir en la necesidad de estudiar e investigar cómo se están produciendo todos estos cambios y la forma de incorporarlos al día a día en nuestras consultas (Moorhead y col., 2013)

114

1.5. LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES.

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia.

Ya, desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre

aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión (Abbing y Roscam)¹¹⁵. En Europa Occidental y sobre todo en la segunda mitad del siglo XX se van realizando algunas aproximaciones al tema, recogidas en el Código Internacional de Ética Médica (Londres 1949), la Declaración de Ginebra relativa al Juramento de Fidelidad Profesional del Médico (1948) y la Declaración de los Derechos del Paciente (Lisboa 1981). Por su especial trascendencia es necesario mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones (*World Health Organization*, 1994) (Whitehead, 2004)¹¹⁶.

En España, en 1984, el Plan de Humanización de los Hospitales del INSALUD, incluye por primera vez en España una Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes. La promulgación, dos años más tarde, de la Ley 14/86 de 25 de abril General de Sanidad, aborda de manera específica los derechos de los pacientes. Así pues, hasta 1986 los derechos de los pacientes como derechos de la personalidad no estaban regulados por ningún marco legal específico, sino que encontraban, de forma general, su cobertura legal en la Constitución de 1978, al reconocer en su artículo 10.1 la dignidad de la persona, de la que cabrían considerarse emanados, de forma más o menos directa, todos los derechos que en el ámbito de la salud se confieren. Este artículo, encuadrado dentro del Título I bajo la rúbrica general de “De los derechos y deberes fundamentales”, establece: “*La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social*”.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, como impulsora del Sistema Nacional de Salud y dedicada básicamente al restablecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, recoge en su artículo 10 una serie de derechos con respecto a las distintas administraciones públicas (entre los

que resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado, libre elección de sanitarios...) y, en contraposición, en el artículo 11 obligaciones o deberes de los ciudadanos con la instituciones y organismos del sistema sanitario.

La Ley General de Sanidad, como única norma estatal que existía en nuestro país 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. Carencias notorias eran que no cumplía con la finalidad de proteger la confidencialidad de los datos, ni establecía una regulación específica que pudiera garantizar la intimidad, así como tampoco legislaba el uso y manejo de la historia clínica y la documentación sanitaria. Regulaba en los apartados 5 y 6 del artículo 10, de forma inapropiada, la institución del consentimiento informado, siendo corregido por la jurisprudencia, de forma muy acertada, el exceso cometido a la hora de establecer los límites y el contenido de la información. En este sentido, la STS de 29 de julio de 2008, en su fundamento de derecho tercero, establece “el requisito de la completitud de la información exigido por el artículo 10.5 LGS no comporta que ésta deba ser exhaustiva, sino adecuada en términos razonables conforme a las circunstancias”.

Por otra parte, el Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina, más conocido como Convenio de Oviedo ¹⁰, establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina y desarrolla en su articulado los derechos de los pacientes, entre los cuales destacan el derecho a la información, el consentimiento informado, y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países de estas materias. En su articulado, recoge que una intervención en el ámbito de la sanidad solo 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.

La necesidad de crear una normativa que plasmase los preceptos establecidos en dicho Convenio y "de adaptar la Ley General de Sanidad 14/1986 con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales

sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias" (así se dice en su exposición de motivos) fueron los motivos que impulsaron al legislador a promulgar la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, primera norma estatal que regula en profundidad y de forma específica la relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes, ya que aborda estas relaciones de forma más específica que la Ley General de Sanidad. Esta ley ha establecido una clara y concreta regulación que tiende a equilibrar la balanza en cuanto a las asimetrías en la relación médico-paciente que anteriormente se estaban dando, encauzando las actuaciones de los profesionales sanitarios y su relación con los pacientes en situaciones de igualdad, debido fundamentalmente al importante desarrollo de los derechos de la personalidad.

También, las Comunidades Autónomas legislaron en esta materia dentro del marco que les conceden sus Estatutos de Autonomía. Incluso, la norma catalana, fue desarrollada con anterioridad a dicha Ley Básica, de ahí que se vea su influencia en la norma estatal; otras, como la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia fueron ya redactadas al amparo de la citada ley.

El 16 de mayo del 2003 entró en vigor la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente ¹¹⁷ que reglamenta las cuestiones que la Ley General de Sanidad trataba de forma insuficiente, como el derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado, la documentación sanitaria, la historia clínica y demás información clínica. Así mismo, clasifica las formas de limitación de la capacidad y atribuye a los médicos la competencia de evaluarla. Esta norma, de carácter básica estatal, supuso un gran avance en la regulación de las relaciones clínicas.

Con esta norma el principio de autonomía del enfermo conseguía su pleno reconocimiento. La relación entre el médico y el paciente alcanzaba su máxima expresión y los conceptos de beneficencia y paternalismo por fin comenzaban a ser desterrados de la práctica sanitaria española.

Por su carácter básico en todo su contenido determina, en principio, que las normas autonómicas que se hubiesen dictado o que pudieran dictarse sobre la misma materia, deban ajustarse a sus principios o al marco normativo establecido. El

legislador basa este carácter básico de la ley en la propia Constitución Española, en concreto en sus artículos 149.1.1ª y 149.1.16ª, que atribuyen al Estado la competencia exclusiva para legislar sobre aquellas condiciones esenciales que garanticen la igualdad de los ciudadanos, en concreto sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad.

I.6. 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.

La ley se estructura en seis capítulos y se inicia con una exposición de motivos. En ellos se señala de forma clara que la ley refuerza y da un trato especial al derecho de autonomía del paciente, haciendo una mención especial a la regulación de las instrucciones previas o voluntades anticipadas que contempla los deseos del paciente expresados con anterioridad. De forma sintética los contenidos fundamentales de esta norma son:

1. Derecho a la información sanitaria:
 - a. Información clínico – asistencial
 - b. Derecho a no ser informado
 - c. Información epidemiológica
 - d. Información sobre el sistema nacional de salud
2. Derecho a la intimidad
3. Derecho a la autonomía del paciente:
 - a. Consentimiento Informado
 - b. Instrucciones Previas
4. Historia Clínica:
 - a. Contenido y usos
 - b. Acceso a la Historia Clínica
 - c. Custodia y conservación
 - d. Informe de Alta y otra documentación clínica

Como se objetiva, esta Ley de Autonomía del Paciente no solo desarrolla cuestiones que Ley General de Sanidad trataba de manera insuficiente como es la información, el consentimiento o la historia clínica, sino que, también introduce algunos aspectos novedosos, como la clasificación de las formas de limitación de la incapacidad, la atribución a los médicos de 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 el Capítulo I, dedicado a los principios generales, se especifica que su razón de ser es regular los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Se trata de ofrecer en este terreno las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce el artículo 43 de la Constitución.

El Capítulo II, se ocupa en su integridad del derecho a la información sanitaria. El Capítulo III legisla sobre el derecho a la intimidad. En el Capítulo IV, el legislador expone el respeto a la autonomía del paciente; se trata de uno de los más novedosos respecto a la legislación anterior pues, reconoce por primera vez el principio del Consentimiento Informado.

El artículo 3 de la Ley 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”. Los requisitos de libertad y voluntariedad, constituyen elementos esenciales en la construcción básica del consentimiento informado y son reiterados por el artículo 8.1, el cual, además, hace una remisión al artículo 4 relativo al requisito de la información previa al consentimiento (Galán Cortés, 2013) ¹¹⁸.

En su Capítulo V, sobre la historia clínica, la Ley dedica sus primeros artículos a su definición, archivo, usos y contenido y restricciones a su acceso.

El Capítulo VI regula el informa de alta y otra documentación clínica.

Finalmente la Ley añade una serie de Disposiciones. La Disposición adicional primera, establece que tiene la condición de básica, de conformidad con lo establecido en el artículo 149.1.1.a y 16.a de la Constitución, por lo que el Estado y las Comunidades Autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de esta Ley.

A tenor de la Disposición adicional segunda (Aplicación supletoria) las normas de esta Ley relativas a la información asistencial, la información para el ejercicio de la libertad de elección de médico y de centro, el consentimiento informado del paciente y la documentación clínica, serán de aplicación supletoria en los proyectos de investigación médica, en los procesos de extracción y trasplante de órganos, en los de aplicación de técnicas de reproducción humana asistida y en los que carezcan de regulación especial.

La Disposición adicional tercera de Coordinación de las historias clínicas, la Disposición adicional cuarta sobre las necesidades asociadas a la discapacidad, la Disposición adicional quinta, en relación a la Información y documentación sobre medicamentos y productos sanitarios, y la Disposición adicional sexta que estable el régimen sancionador, cierran las Disposiciones Adicionales.

La Ley añade una Disposición transitoria única en relación al Informe de alta, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en su artículo 20. Por último, establece una Derogación general y de preceptos concretos, específicamente, los apartados 5, 6, 8, 9 y 11 del artículo 10, el apartado 4 del artículo 11 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

1.7. LEY 3/2009, DE 11 DE MAYO, DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO DE LA REGIÓN DE MURCIA.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en virtud de la atribución conferida en el artículo 11.1 del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia ¹¹⁹, promulgó esta Ley ¹²⁰ que, de forma completa y suficiente, aunó y recopiló en un único texto legal el conjunto de derechos y deberes que ostentan los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. De este modo, se establece un marco de una seguridad jurídica añadida, no sólo para los usuarios y pacientes del sistema sanitario de la Región de Murcia que conocen anticipadamente sus derechos y garantías, sino también para el conjunto de profesionales sanitarios que deben respetar su ejercicio, así como para la propia Administración Sanitaria que en último término es la encargada de velar y tutelar su cumplimiento.

La Ley se estructura en nueve títulos, cuatro disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y tres finales. El Título preliminar regula aquellas disposiciones generales relativas al contenido básico de la Ley, definiendo su objeto, la finalidad perseguida, los destinatarios y el ámbito de aplicación; por último, especifica el papel que los profesionales sanitarios y la Administración Sanitaria deben asumir en el cumplimiento y respeto de los derechos sanitarios de los ciudadanos.

Por su parte, el Título I centra su atención en el enunciado de los aspectos más generales y previos que, posteriormente, van a ser objeto de desarrollo en el resto del articulado. Así, su Capítulo I relaciona los principios rectores que, fundamentados en los derechos esenciales de la persona, deben inspirar e informar toda actuación de naturaleza sanitaria, a la que vez que, como declaración de principios, se proclama el deber de la Administración Sanitaria de promover la humanización de la asistencia sanitaria, propiciando un espacio de confianza y respeto entre todos los agentes que participan e intervienen en la sanidad. El Capítulo II enumera los grandes ámbitos o bloques de protección en que se pueden agrupar o concentrar los diferentes derechos sanitarios que los usuarios del sistema sanitario tienen reconocidos, y que posteriormente irán siendo objeto de desarrollo y concreción en los sucesivos títulos de la Ley.

En esta línea, el Título II regula los derechos en materia de promoción de la salud y asistencia sanitaria. El Capítulo I apunta los derechos básicos de los usuarios en el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mientras que el Capítulo II enumera los derechos básicos en relación con la asistencia sanitaria. A estos efectos, relaciona los derechos que ostentan los usuarios del sistema sanitario público de la Región de Murcia, a la vez que especifica aquellos derechos que, como mínimo, tienen que ser garantizados a todos los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. Finalmente, el Capítulo III reconoce la peculiaridad o especificidad de determinados colectivos que merecen una especial protección y, por tanto, una atención adecuada a sus condiciones; entre otros, tienen esta consideración las personas mayores, discapacitados, enfermos mentales, en especial cuando se encuentren en situación de dependencia, menores de edad, enfermos crónicos, terminales etc.

De modo particular, requiere mención especial el artículo dedicado a los ciudadanos extranjeros, por cuanto consagra en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos aquellos extranjeros que, sin derecho a cobertura asistencial y sin recursos, se encuentren en nuestra Comunidad, de conformidad con el procedimiento que reglamentariamente se establezca. De este modo, y siendo una de las Comunidades que proporcionalmente tiene un mayor volumen de población inmigrante, se pone de manifiesto en esta norma la especial sensibilidad y solidaridad con todas aquellas personas que vienen a nuestra Región en busca de un mejor futuro, a través del reconocimiento y garantía de uno de los derechos de la persona más importantes, como es, el de derecho a la protección de la salud.

El Título III se ocupa de los derechos relacionados con la intimidad y confidencialidad de los usuarios, entre los que cabe destacar el derecho a ser acompañados por una persona de su confianza, en especial en aquellos usuarios y pacientes que merezcan especial protección, así como el derecho a la confidencialidad de sus datos personales y de los relativos a su salud, de conformidad con la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

Los derechos en materia de información y participación sanitaria se recogen en el Título IV, que se subdivide en dos Capítulos. El primero de ellos, centra su atención en desarrollar el derecho genérico a la información sanitaria, que se desglosa en diferentes vertientes. En una esfera más personal, todo paciente ostenta un derecho a la información asistencial sobre su propio estado de salud en relación a cualquier proceso asistencial. En un ámbito social o colectivo, se concreta en el derecho a la información epidemiológica, a la información sobre planes sanitarios y sociosanitarios y, en general, a la información sobre el propio sistema sanitario, destacando en este punto el papel que deben desempeñar los servicios de información y atención al ciudadano de los centros sanitarios. El Capítulo II se ocupa del derecho de participación de los ciudadanos a través de los órganos de participación sanitaria, así como mediante el ejercicio individual del derecho a formular sugerencias, reclamaciones, quejas, y agradecimientos por el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dentro de los derechos relativos a la autonomía de la decisión, recogidos en el Título V de esta Ley, el Capítulo I está dedicado a la regulación del derecho a la libertad de elección y al consentimiento informado que en relación a su proceso asistencial debe asumir todo paciente o, en su defecto, aquellas personas que deben emitir este consentimiento por sustitución.

El Capítulo II introduce determinadas previsiones específicas en el ámbito de la experimentación e investigación sanitaria y el Capítulo III contiene la regulación de las instrucciones previas.

El Título VI contiene el conjunto de prescripciones en materia de documentación sanitaria. En el Capítulo I se ocupa de la historia y el Capítulo II se centra en otros informes y documentos clínicos, entre los que destacan los informes de alta, así como de alta voluntaria y forzosa.

La Ley dedica el Título VII a concretar los deberes de los usuarios y pacientes, que deben asumir un papel responsable en relación a la sanidad. Desde este punto de vista, el texto legal recoge tanto las obligaciones que tienen los usuarios respecto de su salud individual y de la salud colectiva como aquellos otros

deberes que son exigibles a los ciudadanos en el acceso y uso de los servicios sanitarios y de las prestaciones sanitarias.

Por último, la Ley, en su Título VIII, se preocupa de establecer un régimen de protección y garantía para salvaguardar el cumplimiento y ejecución de los derechos y deberes definidos en esta norma. De modo específico, el Capítulo I incluye disposiciones genéricas de compromiso de la Administración Sanitaria en defensa de estos derechos y enumera las líneas de actuación y protección que deben favorecer su garantía, y que son posteriormente concretadas en el Capítulo II, entre otras, se incluyen aspectos relativos a la autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, calidad de los servicios sanitarios, sistemas de información, inspección, ética asistencial etc.

En definitiva, la presente Ley no sólo se configura como documento integrador que contiene el conjunto de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad murciana, facilitando a los ciudadanos su conocimiento y ejercicio, sino que, en consonancia con las preocupaciones éticas y jurídicas surgidas en los últimos años, tanto en el ámbito nacional como internacional, sirve de impulso y consolidación del papel que deben asumir los usuarios y pacientes respecto del sistema sanitario como participantes activos de la sanidad, que deben implicarse directamente en todos los procesos y decisiones que afecten a su propia salud individual pero también en la protección y promoción de la salud colectiva. De este modo, podrá propiciarse una relación más estrecha entre profesionales sanitarios y pacientes, sustentada en un clima de respeto y confianza, y en donde la propia Administración Sanitaria tiene el deber de abordar las acciones necesarias que profundicen en la humanización y calidad de la asistencia sanitaria.

1.8. LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y EL OTORGAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO COMO DERECHOS DEL PACIENTE.

1.8.1. LA INFORMACIÓN SANITARIA DE TIPO ASISTENCIAL.

El derecho a la información se recoge con carácter general en el artículo 20 de la Constitución Española ¹²¹ y la jurisprudencia actual lo configura como uno de los derechos humanos fundamentales, para ello, pone de relieve en su fundamentación, la exaltación de la dignidad de la persona (Art. 10.1) y sobre todo, en la libertad (Art. 1.1).

Con anterioridad nos hemos referido al nuevo modelo de relación clínica, totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional, que preside el ámbito asistencial sanitario. En la actualidad el paciente se sitúa como centro de la relación, al ser considerado como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud. Así, el consentimiento informado se ha convertido en un elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes. La normativa actual refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente, por lo que éste adquiere un protagonismo creciente en la toma de decisiones que le afectan (Cerdà, 2015) ¹²².

En nuestra sociedad la información constituye pues, un presupuesto fundamental en la libertad de la persona. En el ámbito sanitario, donde el principio de autonomía, ocupa un lugar preferencial, es la información un elemento primordial para el desarrollo de su actividad constituyendo por tanto, un pilar básico en la relación médico-paciente. Aparte de la consideración de la información como un derecho reconocido y de su carácter básico para otorgar un consentimiento válido, no podemos olvidar su cualidad terapéutica. La necesidad de ayuda que tiene el enfermo es la que justifica la asistencia sanitaria. El individuo debe integrar su enfermedad en sus modelos de vida y la comunicación entre el médico y el enfermo, adecuada a cada caso concreto y evitando pautas generales, es de vital importancia en este aspecto. Y en lo referente a la información, las variaciones individuales son tantas que sólo cabe hablar de necesidades de cada enfermo concreto, siendo éstas, las que deben conformar en última instancia la cantidad, el ritmo, los límites y la forma del proceso de comunicación con el paciente.

En España, la primera norma estatal que regula en profundidad y de forma

específica la relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes es la anteriormente citada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de autonomía del paciente. Refuerza y da un trato especial al derecho de autonomía del paciente, en el que la información constituye un elemento fundamental. El enfoque que da esta norma al derecho a la información sanitaria, aún cuando aparece vinculado como requisito previo al otorgamiento del consentimiento informado, es sin embargo, un derecho autónomo e independiente.

En efecto, no siempre la información se facilita por el facultativo de forma previa al consentimiento, sino que, en ocasiones, la información asistencial es por sí misma necesaria para la mejor comprensión del diagnóstico y seguimiento del tratamiento por el paciente. Por otra parte, el derecho a la información sanitaria, trasciende el ámbito del consentimiento informado, ya que no solo el enfermo, sino también la persona sana, es tributaria de recibir información suficiente para adoptar medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud. Es decir, aparte de la información asistencial, comprende también la información que profesionales, administraciones públicas y autoridades sanitarias deben proporcionar a los ciudadanos sobre la prevención, los cuidados y hábitos de vida saludable, prestaciones o servicios sanitarios (Osuna, 2006; Galende, 2011) ¹²³

¹²⁴

Procedemos, por tanto al análisis del derecho a la información, pero limitándonos a la información dentro del ámbito de la relación asistencial y de forma conjunta al proceso de otorgamiento del consentimiento informado.

1.8.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.

El derecho del enfermo a recibir información sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento, se ha desarrollado tomando como referencia principal el derecho anglosajón. Una de las primeras sentencias data de 1927 y en ella se hace

referencia específicamente a su ausencia. Se trata de la decisión del Juez Mc Cardie sobre el asunto Cooper contra Miron. En este caso, en una paciente se desprendió el fragmento de un diente, que quedó alojado en el bronquio, contrajo una neumonía séptica, a resultas de la cual falleció. Concluye que era un deber del dentista informar al paciente sobre el desprendimiento y la realización de pruebas diagnósticas para su localización y posterior extracción.

Otros ejemplos de sentencias son la Sentencia de California (1957) Salgo contra Lenlaud Stanford J.R. University Board of Trustees en la que el Tribunal consideró que “un médico viola sus deberes hacia el paciente y queda sujeto a responsabilidad si omite circunstancias que son necesarias para la base de un consentimiento informado por parte del paciente para el tratamiento propuesto. Del mismo modo, el médico no puede minimizar los riesgos conocidos de un procedimiento u operación con el fin de inducir al consentimiento de su paciente”, o la Sentencia de Kansas (1960) Natanson contra Kline, en la que se destaca el deber de proporcionar información, “el médico está obligado a proporcionar una razonable explicación al paciente acerca de la naturaleza y consecuencias probables del tratamiento de radiaciones de cobalto que le había recomendado y también está obligado a proporcionarle una información razonable acerca de los peligros que, según su conocimiento, podían previsiblemente o posiblemente suceder en el tratamiento que recomendó administrar”.

En la jurisprudencia española, el deber de información del médico se recoge por primera vez en una sentencia de 8 de octubre de 1963, de la Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, en la que expresamente se considera como requisito previo para la validez del consentimiento.

La Ley 30/1979 de 27 de octubre sobre Extracción y Trasplantes de Órganos, contiene en su articulado referencias a la necesidad y/o derecho de informar al paciente para obtener su aprobación. El deber de información, de forma general, se recogía en la derogada Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios ¹²⁵, en cuyo artículo 2.1.d se establecía como derecho básico la información correcta sobre los diferentes servicios y en su Art.13.2 se recogía el derecho de los consumidores y usuarios a una información cierta, eficaz, veraz, objetiva y suficiente, en la que han de reseñarse los riesgos previsibles.

Referido al ámbito sanitario, el derecho a la información se concreta en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad ¹²⁶.

El Convenio de Oviedo ¹⁰ establece en su artículo 5, que toda intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Añade que “dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias”. En el artículo 10.2 establece que “toda persona tendrá derecho a conocer toda la información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada”.

La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente da al derecho a la información sanitaria, un enfoque de derecho autónomo e independiente. En efecto, no siempre la información se facilita por el facultativo de forma previa a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, sino que, en ocasiones, la información asistencial es por sí misma necesaria para la mejor comprensión del diagnóstico y seguimiento del tratamiento por el paciente. Por otra parte, el derecho a la información sanitaria, trasciende el ámbito del consentimiento informado, ya que no sólo el enfermo, sino la persona sana, como ciudadano, es tributaria de recibir una información suficiente para adoptar medidas preventivas y normas de conducta que redunden en un mejor estado de salud (Osuna, 2006) ¹²³. Es decir, aparte de la información asistencial, comprende también la información que profesionales, servicios, administraciones públicas y autoridades sanitarias deben proporcionar a los ciudadanos sobre la prevención, los cuidados y hábitos de vida saludable, prestaciones o servicios sanitarios (Galende Domínguez, 2011) ¹²⁴.

En 2003 se promulgó la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias¹²⁷, que en su artículo 5.1.f, establece el derecho de los pacientes a recibir información de acuerdo con lo establecido en la norma básica estatal. Otros marcos normativos que regulan aspectos relacionados con la información, más allá del marco estrictamente asistencial, lo constituyen la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales¹²⁸, que tiene por objeto la determinación de garantías y responsabilidades precisas para establecer un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos

derivados de las condiciones de trabajo, la Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios¹²⁹, la Ley 14/2007, de Investigación Biomédica¹³⁰ y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública¹³¹, que dedica su Título I a los derechos y deberes de los ciudadanos y de las obligaciones de las Administraciones en temas relacionados con la salud pública y en su artículo 4 se refiere al derecho que tienen los ciudadanos, bien de forma directa o a través de las organizaciones en que se agrupen o los representen, a recibir información en materia de salud pública por parte de la Administración competente.

Hay que mencionar la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹³², que regula el derecho a la información y la prestación del consentimiento por parte de las personas con discapacidad en formatos adecuados que les resulten accesibles y comprensibles. En su artículo 7 modifica el artículo 9.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Señala que “si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”.

La Ley 3/2009 de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, antes comentada, en su artículo 7, sitúa al Derecho a recibir información sanitaria como uno de los principios rectores que, fundamentados en los derechos esenciales de la persona, deben inspirar e informar toda actuación de naturaleza sanitaria. Como ámbitos de protección en que los que se pueden agrupar o concentrar los diferentes derechos sanitarios que se les reconocen a los usuarios se encuentran los derechos en materia de información y participación sanitaria y los derechos relativos a la autonomía de la decisión.

Desde el punto de vista jurídico, sentencias como la del Tribunal Supremo de 19 de julio de 2013¹³³, dan fe de la trascendencia que ha adquirido tanto el derecho a la información sanitaria por parte del paciente, como el respeto a su autonomía

plasmado en el derecho al consentimiento informado, reflejo de la evolución legislativa en este campo.

1.8.3. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado se ha de considerar como una de las máximas aportaciones del derecho a la medicina en los últimos siglos (Martínez, 2015; Casado, 2015)¹³⁴ ¹³⁵. La teoría del consentimiento informado se basa en principios éticos, se encuentra regulada por normas legales y se lleva a la práctica por los profesionales sanitarios en el marco de la relación clínica. Desde una perspectiva ética amplia se pueden reconocer dos objetivos principales: promover la autonomía individual y estimular la toma de decisiones racional. Las personas tienen derecho a tener sus propios puntos de vista, a tomar sus propias decisiones y a realizar acciones basadas en valores y creencias propias. En este sentido, el consentimiento informado constituye un proceso gradual dentro de la relación establecida entre un profesional sanitario y un paciente a través del cual este decide sobre una actuación que afecta a su salud. Para ello, el profesional sanitario debe informar al paciente y respetar la decisión que éste tome como ejercicio legítimo de su autonomía. Una vez comprendida la información el paciente decide de forma libre y voluntaria sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone.

El consentimiento informado es un concepto que ha evolucionado con el tiempo hasta convertirse en pieza clave de la relación entre los profesionales y los pacientes una vez superada la tradicional concepción paternalista de dicha relación. Las leyes reguladoras de los derechos de las personas en el ámbito sanitario otorgan un protagonismo creciente a los pacientes en la toma de decisiones que les afectan, de modo que los profesionales sanitarios, además de los conocimientos y competencia técnica, tienen que ser capaces de ayudar a los pacientes a comprender la situación en la que se encuentran para poder decidir al respecto.

Esta nueva realidad legal y su implicación en la relación clínica requiere de los profesionales sanitarios un esfuerzo mayor, pues tienen que comunicar y transmitir la información necesaria sobre la que los pacientes sustenten sus

decisiones, y además deben tener en cuenta que la actual regulación no sólo exige que se respete la autonomía del paciente, sino que ésta se formalice en determinados supuestos, cumpliendo ciertos requisitos.

Desde el punto de vista de la Ética Médica moderna el deber del profesional sanitario es no sólo ayudar a una persona con problemas de salud y contribuir a su bienestar, como dice el principio de beneficencia, ni es hacerlo de forma compasiva e igualitaria como pregonaban los filósofos de la Ilustración, sino que es también su deber de respetar la voluntad del paciente aun cuando sea contraria a lo que consideren mejor para el mismo.

El consentimiento informado se define como la autorización autónoma para la práctica de determinada intervención que implica que el individuo no sólo 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. Por consentimiento informado entendemos un proceso continuo, deliberativo y comunicativo dentro de la relación clínica, por el cual se toman conjuntamente las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar cada situación médica (Beauchamp, 2014) ¹³⁶.

También se puede definir como el procedimiento normalizado en la relación médico-paciente, en virtud del cual el médico explica al paciente capacitado el alcance de la intervención diagnóstica o terapéutica que se le va a realizar, sus riesgos y beneficios, así como sus posibles alternativas. El paciente teniendo en cuenta la información recibida en términos comprensibles, podrá decidir libremente si acepta o no someterse a la actuación médica proyectada, propuesta y suficientemente explicada. De Montalvo (2009) ¹⁵, destaca de esta definición que se trata de un proceso gradual, que se desarrolla en el seno de la relación médico-paciente en el que se conocen los interlocutores, y el paciente se prepara para conocer la verdad sobre su enfermedad y para tomar las decisiones necesarias, por lo que es necesario que tenga información a lo largo de todo el proceso. Por tanto, el consentimiento informado es un proceso de diálogo en el seno de la relación médico-paciente.

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente lo define 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 síntesis, podemos decir que es la aprobación, dada por el paciente o usuario de modo previo, a la asistencia médica que va a recibir, basando su decisión en la debida y completa información que el profesional médico ha de proporcionarle (Moreno, 2014) ¹³⁷.

La medicina paternalista basada en el principio de beneficencia (“todo para el enfermo, pero sin el enfermo”) tenía la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no era capaz de tomar decisiones de forma libre, por cuanto la enfermedad no sólo afectaba a su cuerpo, sino también a su alma. En la actualidad rige el principio de libertad y autonomía del paciente, que es el más moderno de los principios de la bioética; por lo tanto, el consentimiento informado constituye un presupuesto esencial de la relación médico-paciente, lo que redundará en una significativa mejora de la calidad asistencial (Galán Cortés, 2001; Loring, 2013) ^{8 138}.

A la vista de estos cambios de las sociedades occidentales dentro del ámbito sanitario, el paciente ha pasado de ser un sujeto pasivo a ser el eje central sobre el que se articula la asistencia médica. Esta mayor implicación del paciente, ha supuesto que éste no solo apruebe las decisiones médicas adoptadas sino que sea él el que las tome de forma libre y responsable a tenor de la información facilitada por el médico.

El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la “*lex artis*” y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad cuando se materializan los riesgos típicos de los que el paciente no ha sido informado (Galán Cortés, 2014) ¹³⁹. Son numerosas las sentencias de nuestro Alto Tribunal que establecen que “constituye un elemento esencial de la *lex artis*” (STS de 2 de octubre de 1997; SSTS de 29 de mayo de 2003 y 23 de julio de 2003). Contribuye a legitimar la actuación médica al ser una manifestación del poder de disposición sobre el propio cuerpo del que toda persona goza. Cuando nos referimos al consentimiento del paciente a un tratamiento médico (llevado a cabo según las normas de la ciencia médica) se está aludiendo a la conformidad del individuo respecto a una modificación de su organismo, es decir, a un hecho que sin el

consentimiento de este sujeto podría constituir un atentado al derecho de su libertad personal. Realizar un tratamiento sin consentimiento o contra la voluntad del paciente se consideraría como un tratamiento médico arbitrario, que puede ser constitutivo de un delito contra la libertad personal y, que en el derecho positivo español, podría dar lugar a un delito de lesiones, de coacciones o en otros casos de detención ilegal o contra la libertad de conciencia.

1.8.4. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento del paciente cuenta con una larga historia. El poder de disposición sobre el propio cuerpo, considerado como un “derecho de la personalidad” tiene su origen en el “*iusnaturalismo racionalista*” del siglo XVII ya que parece que fue Baltazar Gómez de Amescua quien en su “*Tratatus de potestate in se ipsum*” fechado en 1609 quien trató este tema por primera vez al afirmar que: “*no es que todo le esté prohibido al hombre, excepto lo expresamente permitido por el derecho, sino que el ser humano es libre de hacer cualquier cosa respecto a sí mismo, excepto lo que el Derecho le prohíbe*”. Esta disposición sobre el propio cuerpo es una manifestación de la libertad humana. De esta forma, como dice Ataz (1985) ¹⁴⁰ siendo la persona intangible nadie puede actuar sobre ella en contra de su voluntad, ni siquiera cuando la intervención sea objetivamente beneficiosa y en consecuencia el médico que actuara contra la voluntad de su paciente realizaría, en principio, un atentado contra su libertad personal.

La primera sentencia acerca del consentimiento informado tuvo lugar en las Islas Británicas en 1767, con ocasión del caso Slater contra Baker-Stapleton. Pero clásicamente se cita la sentencia emitida por el Juez Cardozo, titular de un juzgado de Nueva York, en el caso Schloendorff contra la *Society of New York Hospital* de 1914. En esta sentencia se examina la realización de una laparotomía exploradora en un paciente, el cual, había dejado expresado de forma explícita que no quería ser operado. Concluye la sentencia del Juez Benjamín Cardozo: “*todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su*

propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión por la que se pueden reclamar legalmente daños”.

Aunque existen sentencias similares en algunos aspectos, ésta tuvo una especial resonancia, por lo que se puede considerar de forma tácita el inicio del consentimiento informado.

En la primera mitad del siglo XX se enfatiza la idea de la autodeterminación de los pacientes y el país que lidera esta corriente es Estados Unidos, en base a la tradición democrática liberal del pueblo americano, defensor a ultranza de los derechos individuales.

Las cuatro etapas de desarrollo del consentimiento, plasmadas en el esquema de Galán Cortés (2014)¹³⁹ (“consentimiento voluntario”, “consentimiento informado”, “consentimiento válido” y “consentimiento auténtico”), vienen a clasificar un importante cuerpo jurisprudencial surgido como consecuencia de las preocupaciones ético-jurídicas ante el gran avance de las ciencias biológicas en el siglo XX.

El Código de Nüremberg de 1948 (Ocampo, 1998)¹⁴¹ resultado del enjuiciamiento de los médicos nazis y la posterior Declaración de Helsinki de 1964 con sus sucesivas modificaciones (Manzani, 2000)¹⁴², supuso un punto de inflexión en la evolución del consentimiento informado al considerar como requisito indispensable la voluntariedad del sujeto para participar en experimentación médica. Es la etapa del “*consentimiento voluntario*” o primera fase en su proceso de desarrollo (Osorio, 2015)¹⁴³.

En la segunda mitad del siglo XX se conforma definitivamente el concepto de consentimiento informado en base sobre todo a resoluciones judiciales (“*Caso Salgo*”, 1957) pero también coincidiendo con movimientos sociales de reivindicación de los derechos civiles en general y de los derechos de los pacientes en particular; es la segunda fase en su proceso de desarrollo, denominándose propiamente “*consentimiento informado*”. Todo ello se recoge en la primera Carta de Derechos de los Pacientes editada por la Asociación Americana de los Pacientes de 1973 (Pantoja Zarza, 2004)¹⁴⁴.

El informe Belmont (1978)¹⁴⁵ elaborado a petición del Congreso de Estados Unidos, establece los principios éticos fundamentales que deben orientar la investigación en seres humanos (Izadi y col., 2012; Lidz, 2011; Sánchez, 2015)^{146 147}¹⁴⁸. Dichos principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, han pasado a ser los pilares básicos de la Bioética (Simon, 2006)¹⁴⁹:

-PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA

Debe evitarse realizar daño físico, psíquico o moral a las personas. Para ello debe evitarse realizarles intervenciones diagnósticas o terapéuticas incorrectas o contraindicadas desde el punto de vista científico-técnico y clínico, inseguras o sin evidencia suficiente, y proteger su integridad física y su intimidad.

-PRINCIPIO DE JUSTICIA

Debe procurarse un reparto equitativo de los beneficios y las cargas, facilitando un acceso no discriminatorio, adecuado y suficiente de las personas a los recursos disponibles, y un uso eficiente de los mismos.

-PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Debe respetarse que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto a su salud y su enfermedad.

-PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Debe promocionarse el bienestar de las personas, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible.

El fundamento ético del consentimiento informado no ha de basarse sólo en el principio de autonomía sino en la articulación correcta de estos cuatro principios clásicos de la bioética moderna, en el marco de las relaciones clínicas¹⁵⁰.

La tercera etapa conceptual en el desarrollo del consentimiento informado es la conocida como “*consentimiento válido*”, en base al “*caso Culver*”: “La obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa”. En esta tercera etapa se percibe una superior implicación social en el debate ético a la vez que una superior autoconciencia colectiva de los científicos e investigadores sobre las consecuencias morales de su trabajo y su responsabilidad pública (Rodríguez, 2007; Sosa y Fernández, 2013)^{151 152}.

Por último, la cuarta etapa y actual de su desarrollo, es conocida como “*consentimiento auténtico*” caracterizada por la decisión auténtica del paciente, entendiendo como tal la que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo (Guzmán, 2015)¹⁵³.

En España, alguna disposición preconstitucional, como el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (orden de 7 de julio de 1972) reconocía a los enfermos asistidos “el derecho a autorizar, bien directamente o bien a través de sus representantes, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran un riesgo notorio previsible”. Pero precisó esperar a la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad para poder hablar de un verdadero derecho a ser informados y con ello poder consentir de forma libre y voluntaria la posterior asistencia.

Como anteriormente hemos comentado, en la actualidad a nivel estatal se encuentra regulado por la Ley 41/2002 y en la Región de Murcia, siguiendo lo establecido por la norma anterior, en la Ley 3/2009.

1.9. ELEMENTOS Y PRESUPUESTOS FUNDAMENTALES EN LA INFORMACIÓN ASISTENCIAL Y EN EL PROCESO DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

1.9.1. ¿QUIÉN DEBE RECIBIR LA INFORMACIÓN? ¿QUIÉN DEBE OTORGAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

La Ley 41/2002, de autonomía del paciente, establece en su artículo 5 que el titular del derecho a la información es el propio paciente. Éste será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. Así mismo, cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Esta norma establece claramente las limitaciones de este derecho a la información cuando quede acreditada la existencia de un estado de necesidad terapéutica, entendiéndose como tal, aquellas situaciones en las que por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. El otro supuesto que recoge la Ley es el de la urgencia que no permite demoras, cuya justificación resulta evidente (Pérez-Quiñones y col., 2015)¹⁵⁴.

La previamente citada Ley 3/2009 de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, en su artículo 30 establece de forma genérica, que todo paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación sanitaria toda la información disponible sobre su salud, salvo determinados supuestos establecidos en la ley. Recibirá la información, incluso en casos en los que tiene limitada su capacidad de comprensión (Art. 31.2), ajustándose a las posibilidades de comprensión. Establece que la información clínica será verdadera y 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 (Art. 30.2). No obstante, si el paciente, según el criterio del médico responsable de su atención, no puede entenderla, se ofrecerá a las personas allegadas, “así como al representante legal en el supuesto de que estuviese legalmente incapacitado o, en su caso, al

representante designado en un documento de instrucciones previas sí así hubiese sido dispuesto por el paciente”.

Por tanto, no hay duda de que el titular del derecho a la información asistencial es el paciente, bien como usuario de un servicio sanitario, bien como sujeto que posee el derecho de otorgar el consentimiento para la actuación médica.

Así pues, ambas normas destacan que es el paciente el único titular del derecho a la información, pero contemplan la posibilidad de que puedan recibir la información personas cercanas al paciente, por razón de vínculo familiar o de hecho, siempre que lo permita de forma expresa o tácita. La prohibición de informar a otra persona debe hacerse constar por escrito.

Para Osuna y Raposo (2013) ¹, llama la atención la inclusión en el articulado de la norma murciana del término allegado, utilizado en el artículo 10.5 de la Ley General de Sanidad, y que, como consecuencia de su indefinición y del carácter ambiguo que poseía, fue sustituido en la Ley 41/2002, por el de personas vinculadas. Subyacen así, cuestiones relacionadas con la colisión entre el derecho a la información, la confidencialidad y la intimidad, cuando los caudales informativos son dirigidos hacia varios destinatarios y en situaciones en las que son frecuentes, tanto la disparidad de criterios entre los familiares como actitudes paternalistas, sobre todo en pacientes geriátricos, menores de edad y enfermos psíquicos.

El derecho a la información sanitaria puede estar limitado por la renuncia a su recepción por parte del propio paciente o cuando el conocimiento de su situación, como consecuencia de la información recibida, pueda perjudicar su salud. Es lo que la norma denomina como estado de necesidad terapéutica y que también se conoce como “privilegio terapéutico”.

Esta excepción a la información del paciente, derivada de un estado de necesidad terapéutica, que para Martínez Correa (2013) ¹⁵⁵, no debe confundirse ni equipararse, en modo alguno, con las situaciones de pronóstico fatal, debe interpretarse de forma restrictiva. Señala por ejemplo, su abuso, en el caso de los pacientes gerontológicos o geriátricos, por la presión de sus propios familiares, de tal manera que la información que se les facilita, especialmente en los pacientes oncológicos, es, en muchas ocasiones, reducida, sesgada, inadecuada e insuficiente.

De esta forma, se produce una situación paradójica, pues la propia sociedad que defiende mayoritariamente la primacía del principio de autonomía, muestra en ocasiones una cierta tolerancia con el modelo paternalista, a veces excesiva, cuando de sus menores o ancianos se trata. En este sentido, al paciente oncológico debe trasladársele toda la información que sea capaz de soportar, esto es, lo que se conoce como “la verdad soportable”.

Por otra parte, en aquellos supuestos en los que el paciente renuncie expresamente a recibir información, se respetará en principio su voluntad, pero limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso, pero será necesario, no obstante, la obtención de su consentimiento previo para la intervención, según establece el artículo 9.1 de la Ley 41/2002.

El derecho a consentir una actuación sanitaria ha generado la correspondiente obligación de los profesionales sanitarios de prestar la información necesaria y la consecución del consentimiento. Sin embargo, es ineludible reconocer al propio sujeto la facultad de renunciar a dicha información pues, de no hacerse así, el derecho que este tenía se habría convertido también en una obligación, en este caso, de recibir información (Gómez Sánchez, 2011) ¹⁵⁶. Hablamos de un “derecho a no saber”, que se recoge en el artículo 5.4 de la Ley 41/2002 y en el artículo 32.1 de la Ley 3/2009 de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. Esta decisión será respetada y se pondrá de manifiesto en la historia clínica. En estas situaciones “el paciente podrá designar a un familiar o allegado para recibir esta información” y la renuncia a recibir información estará limitada por el interés de la salud del propio paciente, al ser vital para el paciente conocer algunos aspectos de su salud o del proceso patológico o por el interés de terceros o de la colectividad, que pueden verse perjudicados en su salud.

El artículo 32.3 de la norma murciana se refiere como excepción al derecho a la información asistencial, las “situaciones de urgencia vital en las que se considere que no existe tiempo para informar adecuadamente al paciente”, que deberá ser informado tan pronto se haya superado dicha situación de urgencia, y “sin perjuicio de que mientras tanto se informe a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”. En este enunciado, la normativa sí recoge, en mi opinión de forma

acertada, el término personas vinculadas al paciente, sustituyendo la palabra allegados.

La ley 41/2002 se refiere en su artículo 9.2 a aquellas circunstancias en las que no es necesario el consentimiento informado previo a la actuación sanitaria, y por consiguiente se podrá prescindir de la información. Nos referimos a aquellas situaciones en las que existe riesgo para la salud pública y riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo. De nuevo hemos de entender la limitación a la información de forma restrictiva, y no como práctica habitual, analizando el caso en cuestión. Es fácil comprender que hay situaciones claras en las que la intervención no se puede demorar y se prescinde de la información en un claro beneficio al paciente. Pero también son muchas las situaciones, en las que, si bien nos encontramos ante una actuación terapéutica urgente, la información puede estar presente. Al respecto la STC 37/2011, de 28 de marzo, en su fundamento jurídico séptimo, y en relación a la omisión del consentimiento informado señala que no basta con que exista una situación de riesgo, sino que debe concurrir con la inmediatez y la gravedad.

En cuanto al consentimiento informado, lógicamente le corresponde su otorgamiento al paciente, que también es titular del derecho a la información. En determinados supuestos, recogidos en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002 se otorga el consentimiento por representación. Son los siguientes: a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho; b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia y c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. La Ley 3/2009 en su artículo 46 sigue básicamente lo establecido en la ley estatal.

En relación a la información en los enfermos mentales se ha de cumplir con la obligación de informar adecuando el contenido a las posibilidades de comprensión del paciente. El enfermo mental, dada la diversidad de procesos patológicos que

pueden darse, su dinamicidad y su desarrollo puede tener capacidad suficiente para comprender la información proporcionada e incluso tomar una decisión.

Especial consideración tienen aquellas situaciones en las que el paciente es un menor de edad. A este respecto, la minoría de edad se considera como un período amplio en el que se va desarrollando la personalidad y el ser del individuo, por lo que para **Osuna (2010)** no es igual la aptitud para su ejercicio en los diferentes momentos cronológicos que comprende.

A los menores se les reconoce como personas dignas de especial protección, titulares de los derechos fundamentales y autónomos en la medida en que avanzan en su desarrollo personal. En España, el tronco fundamental de partida de esta consideración es el texto constitucional, del que se desarrolla normativa específica, como es la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor¹⁵⁷, que refleja una concepción de los menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social y de participar en la búsqueda y satisfacción, no sólo de sus propias necesidades, sino también de las de los demás, reconociéndole la plena titularidad de algunos derechos y una progresiva capacidad para ejercerlos. La norma se marca como objetivo promover la autonomía de los menores. Sin embargo, son muchas las lagunas que mantiene, puesto que en el articulado se ciñe a mencionar al menor en general, no diferenciando etapas en su desarrollo.

El ejercicio de los derechos de la personalidad, dado su carácter personalísimo, está confiado a su titular, en el caso que nos ocupa el menor de edad, y, en principio, se excluye la posibilidad de ejercerlos por sustitución (Pérez Cárceles y col., 2002)¹⁵⁸. Es fácil entender que su ejercicio no se rija por las reglas generales de la capacidad de obrar, sino por la aptitud del titular del derecho para comprender y querer el alcance de sus actos o por las condiciones de madurez. En este sentido, aunque en algunos supuestos el menor carezca de capacidad natural para gobernarse por sí mismo, puede tener capacidad volitiva e intelectual suficiente para llevar a cabo por sí mismo el ejercicio de sus derechos de la personalidad, aunque carezca de capacidad de obrar plena¹⁵⁹, que según nuestro ordenamiento jurídico se adquiere con la mayoría de edad¹⁶⁰.

En la disposición final segunda de la recientemente aprobada Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, publicada en el BOE nº 180 de 29 de julio de 2015, se reforma el artículo 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, incorporando los criterios recogidos en la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. Esta Circular postula en sus conclusiones la necesaria introducción del criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, basado en la edad. Este criterio mixto es asumido en el texto legal.

Así pues, en relación al consentimiento por representación que recoge el artículo 9 de la Ley 41/2002, se introduce, un nuevo apartado 4, referido a los menores emancipados o mayores de 16 años en relación a los cuales no cabe otorgar el consentimiento por representación, salvo cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud.

Por otra parte, se añade a ese artículo 9 un apartado 6, en el que se establece que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, la decisión debe adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente, y en caso contrario deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente.

El BOE de 22 de septiembre se publicó la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, mediante la cual se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que, en su momento extendió la capacidad de otorgar el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo a las menores de 16 y 17 años, equiparándolas al régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad, que está establecido en el Código Civil. Esta Ley de 2010 modificó la Ley 41/2002 de autonomía del paciente en aquellos aspectos

relacionados con el consentimiento de las menores de edad ante la interrupción voluntaria del embarazo.

Mediante la entrada en vigor de esta Ley Orgánica se suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores. De este modo, para la interrupción voluntaria del embarazo de las menores de edad será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad. En concreto en su artículo segundo se establece una nueva modificación del apartado 5 del artículo 9. Tras las modificaciones de los apartados 3, 4 y 5 del referido artículo 9 y añadir los apartados 6 y 7, los aspectos relacionados con el consentimiento por representación quedan de la siguiente forma:

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.”

Con anterioridad a esta modificación, se recogía el “derecho a ser oído” a partir de los 12 años de edad, es decir a opinar, que el Art. 154 del Código Civil dispone con carácter general¹⁶¹. Tras el cambio remite a lo establecido a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que no fija ninguna edad concreta para reconocer esta posibilidad¹⁶².

Los aspectos relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo por parte de las menores de edad también han sido objeto de recientes cambios normativos. En función de los establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la interrupción voluntaria del embarazo precisa, entre otros requisitos, el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, pudiendo prescindirse del mismo en situaciones de urgencia de acuerdo con lo establecido en el artículo 9.2.b) de esta norma. Para ello, tal como dispone el artículo 7 del Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en todos los supuestos de interrupción del embarazo previstos en la Ley Orgánica 2/2010, y con carácter inmediato y previo a la prestación del consentimiento por escrito, se habrá de informar a la embarazada, preferentemente en forma verbal, en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, y, específicamente, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo. Con la modificación operada tras la publicación de la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, se suprime la posibilidad de que las menores de edad puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores. De este modo, será preciso, además de la manifestación de su voluntad, el consentimiento expreso de los titulares de la patria potestad. Y ante la posibilidad de que surjan conflictos de intereses entre la opinión de la menor y la de sus representantes legales añade que “se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil”.

Según señala Galán Cortés (2014) ¹³⁹, en estos casos habrá de acudir a la legislación civil general para solucionar, siempre en interés del menor, las diferencias existentes, y nombrársele al menor por el Juez, si fuere necesario, conforme a lo

dispuesto en los artículos 163 y 299.1º del Código Civil, un defensor judicial. A su vez, el menor, al amparo de lo dispuesto en el artículo 10.2.b) de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, puede poner en conocimiento del Ministerio Fiscal, para la defensa y garantía de sus derechos, las situaciones que considere que atentan contra los mismos con el fin de que éste promueva las acciones oportunas. Y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 158.4º del Código Civil, el Juez, de oficio o a instancia del propio hijo, de cualquier pariente o del Ministerio Fiscal, dictará las disposiciones que considere oportunas a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios.

Por todo ello, aparte de esta concreta situación, los menores deben ser escuchados y la responsabilidad de la decisión debe ser compartida entre el propio menor y los padres o representantes. Para [Osuna \(2010\)](#) encontramos por tanto, la voluntad del legislador de hacer partícipe al menor en sus propias decisiones; el deseo y la necesidad de irlo preparando para su vida de adulto y como aprendizaje de la misma; o también la recogida de la máxima información y elementos de juicio posibles, para que quienes finalmente deban decidir sobre los aspectos que afectan a su vida, sean padres, tutores o administradores o juez, adopten una decisión lo más acorde posible con sus intereses. A partir de los dieciséis años de edad, se le reconoce una capacidad casi plena para la toma de decisiones en el ámbito sanitario (mayoría de edad sanitaria).

Recordemos lo que establece la norma en aquellos casos en los que, según criterio del médico nos situamos ante una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, en los que el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. Son situaciones en las que según criterio de Galán Cortés (2014) ¹³⁹ podrían ser contradictorias con el estado y circunstancias que se han de dar en un menor maduro, ya que si el menor reúne condiciones de madurez suficientes, debería respetarse, en principio, su libre y autónoma decisión.

La teoría del menor maduro surge a finales del siglo XX, y se basa en el principio de que algunos derechos personalísimos, como los que estamos tratando, son derechos que el ser humano tiene desde que los reconoce, debiendo ser respetados desde entonces. No se pueden adoptar decisiones a favor del menor sin

contar con él (criterio del bien del menor), debiendo tomarse en consideración que el menor tiene siempre su reducto de autonomía.

La Ley 3/2009 de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, establece de forma genérica que todo paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación sanitaria toda la información disponible sobre su salud, salvo determinados supuestos establecidos en la ley, y no señala distinción alguna. Evidentemente, hay situaciones en las que el paciente no puede comprender la información y en tales situaciones la información se pondrá en conocimiento de las personas allegadas por razón de vínculo familiar o de hecho. En referencia concreta a los menores de edad, en su artículo 31.3 señala que los menores recibirán la información asistencial “adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, se informará a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres no privados de la patria potestad o, en su caso, tutores que podrán estar presentes en el acto informativo a los menores”. Añade que “los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información”.

La legislación del resto de las Comunidades Autónomas sigue también, lo establecido en la Ley 41/2002 estatal. Algunos ejemplos son los siguientes. La Ley sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de Castilla y León¹⁶³, en su artículo 18 reconoce el derecho por parte del menor a recibir información sobre su salud y tratamiento en lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico. La Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana¹⁶⁴ prevé que “en el caso de los menores se les dará información adaptada a su grado de madurez y, en todo caso, a los mayores de doce años. También deberá informarse plenamente a los padres o tutores que podrán estar presentes durante el acto informativo” y añade que los menores emancipados y los mayores de dieciséis años son los titulares del derecho a la información (Art. 7.3). En el País Vasco, los menores tienen derecho a ser informados de su estado de salud y, en su caso, del tratamiento médico a que son sometidos, atendiendo a su edad, madurez y estado psicológico y afectivo y tienen también derecho a ser informados sus padres, tutores o guardadores legales acerca del estado de salud del niño, niña o adolescente, sin perjuicio del derecho

fundamental de estos últimos a su intimidad en función de su edad, estado afectivo y desarrollo intelectual (Art. 18 de la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia)¹⁶⁵. En Andalucía, el Decreto 246/2005¹⁶⁶ que regula el ejercicio del derecho a los menores de edad a recibir atención sanitaria, en su artículo 5.1, reconoce el derecho de los menores a conocer la información relativa a su salud y añade “que serán tenidos en cuenta la opinión y deseos del padre y de la madre o de los tutores y las tutoras respecto a la cantidad y forma de la información que recibirá la persona menor de edad”.

Lógicamente, la reciente reforma, antes comentada, todavía no se plasma en estas normas.

1.9.2. ¿QUIÉN O QUIENES ESTÁN OBLIGADOS A INFORMAR? ¿QUIÉN O QUIÉNES DEBEN SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Otra cuestión importante es definir quien debe de informar al paciente. Al respecto hemos de decir que incumbe al médico responsable del paciente, sin perjuicio de la que corresponde también a los profesionales que le atiendan durante todo el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.

De la lectura de la Ley 41/2002, parece desprenderse que, si bien todo profesional tiene obligación de informar, se sitúa al profesional responsable como garante último de la prestación de la información o de, al menos, constatar que ésta ha sido proporcionada. Esta norma, define al médico responsable como aquél que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

El Art.11 j. de la Ley 3/2009 de la Región de Murcia se refiere al derecho que tiene el usuario “a que se le asigne un médico, identificado para el paciente, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial y el responsable de garantizar los derechos de información. Se asignará un enfermero en los casos en que proceda”. El artículo 33 señala que es el médico responsable del paciente quien “le garantiza el

cumplimiento de su derecho a la información asistencial”, sin perjuicio que también sean responsables de informar “los profesionales sanitarios que le atiendan durante el proceso asistencial o que le apliquen una técnica o un procedimiento concreto”.

En general, la garantía del cumplimiento de llevar a cabo el proceso de información recae sobre el médico, que actúa como interlocutor principal del paciente, pero una destacada novedad de la norma murciana, en relación a otras, es la posibilidad que en determinadas circunstancias pueda asignarse a un profesional de la enfermería como interlocutor. En este sentido, el Código Deontológico de la enfermería española, señala la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente antes de cada intervención del profesional de la enfermería (Art. 7), teniendo el deber de “informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado” (Art. 11). Esta obligación se extiende a todo profesional sanitario que intervenga en una prueba diagnóstica o aplique un tratamiento propio de su competencia profesional, sin que este hecho suponga la solicitud de un nuevo documento de consentimiento informado, cada vez que el paciente es atendido, dentro del mismo acto asistencial por un profesional diferente (Guerrero, 2004)¹⁶⁷. La Orden de 8 de julio de 2009 de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía¹⁶⁸ establece que “la obligación de ofrecer información alcanza a todo el personal que participe en el proceso de atención a la persona paciente o usuaria del sistema sanitario, aunque limitada a su ámbito de competencia y grado de cualificación y participación”.

Lo que no incluye la de la Región de Murcia es que la labor de interlocución pueda ser desempeñada por otro profesional aparte del profesional médico o de la enfermería. La cuestión surge, como acertadamente señala Galán Cortés (2011)¹⁶⁹, en el uso del término médico responsable, considerado inadecuado e inapropiado, ya que no va a poder garantizar que la información llegue al paciente, en términos adecuados, en aquellos casos en los que es atendido por numerosos especialistas. Es más correcto que dicha responsabilidad recaiga en el profesional que lleva a cabo una determinada intervención, tanto diagnóstica como terapéutica, ya que posee el conocimiento adecuado (Lizarraga, 2004)¹⁷⁰. Así también se pronuncia la

jurisprudencia que establece que “el deber de informar al paciente es de cargo directo y personal del facultativo que va a realizar la intervención, pues debe de conocer la trascendencia y alcance de la misma, detallando las técnicas disponibles” (STS de 26 de septiembre de 2000).

Sin embargo, en la práctica habitual no resulta fácil determinar quién asume el papel de médico responsable (equipos multidisciplinares, intervención de diferentes niveles asistenciales). Lo cierto es que esta Ley traslada lo ya recogido en otras normas como el Código Ético de la Organización Médica Colegial (artículo 10) o la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que establece el principio de cooperación multidisciplinar, el cual se traduce en que se apliquen criterios de distribución de funciones y tareas entre los miembros de los equipos, así como la necesaria cooperación y colaboración. Desde esta perspectiva, las propias instituciones sanitarias son quienes, en el ejercicio del poder de dirección, asumen a su vez una responsabilidad directa, debiendo velar por la implementación y utilización de protocolos y guías que identifiquen a los responsables de proporcionar información asistencial. Es importante, llegados a este punto, destacar que se ha impuesto la doctrina de que sea el profesional o la institución quien acredite que se ha cumplido el deber de informar por cualquiera de los medios admitidos en derecho, de forma que es perfectamente admisible la información verbal (Asua González, 2014) ¹⁷¹.

1.9.3. ¿CUÁNDO HAY QUE INFORMAR? ¿CUÁNDO SE DEBE OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Según Osuna y Raposo (2013) ¹, el cumplimiento de la obligación de informar, más allá de ser un requisito para la obtención del consentimiento informado, debe entenderse como un proceso continuado, presente y mantenido durante toda la actividad asistencial.

La Ley 41/2002, en su artículo 8.1 habla de la necesidad de obtener el consentimiento informado del paciente, una vez recibida la información y “haya valorado las opciones propias del caso”. La norma estatal, a diferencia de algunas legislaciones autonómicas, no especifica la antelación necesaria para reflexionar y prestar el consentimiento, por lo que Galán Cortés (2014) ¹³⁹ considera que la exigencia del tiempo no se ha tomado en suficiente consideración por el legislador estatal, lo que determina, en muchas ocasiones, cierta controversia.

En lo que respecta a la información previa a la obtención del consentimiento del paciente, el artículo 43.1 de la norma de la Región de Murcia señala, de forma expresa, que la información “se ofrecerá al paciente, salvo en supuestos de urgencia, con la debida antelación y preferentemente no en la misma sala en donde se deba practicar la actuación asistencial, a fin de que el paciente pueda reflexionar y, en su caso, solicitar cuantas aclaraciones considere necesarias para adoptar una decisión”. Con ello la normativa autonómica insiste en que la información ha de proporcionarse en las condiciones adecuadas de tiempo y de lugar, para que quien la recibe pueda razonar sobre la decisión que ha de tomar.

Otras normativas autonómicas diferentes a la murciana, aparte de la antelación necesaria, insisten en el hecho de que se facilite “al menos veinticuatro horas antes del procedimiento correspondiente, siempre que no se trate de procedimientos urgentes” y no se proporcione cuando el paciente esté adormecido o con sus facultades mentales alteradas o se encuentre dentro del quirófano o sala donde se practique el acto médico o el diagnóstico. Así lo establecen la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana ¹⁷², en su artículo 11.2 y la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura¹⁷³, en el artículo 28.3. Estas últimas consideraciones entran dentro de la lógica más elemental si nos encontramos ante un adecuado proceso de información al paciente.

Numerosas sentencias (STS de 22 de julio de 2003; STS, Sala 3ª, Sección 6ª, de 27 de octubre de 2009; STS de 20 de enero de 2011) insisten en la infracción del

deber de información cuando no consta acreditado que se lleve a cabo con una inmediatez razonable que garantice el derecho de autodeterminación del paciente, que requiere de una adecuada información y un tiempo razonable de reflexión.

1.9.4. ¿CÓMO HA DE PROPORCIONARSE LA INFORMACIÓN?

La ley 41/2002, en su artículo 4.2 señala que “La información clínica (...) 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.

La Ley 3/2009, en su artículo 11.1.g, reconoce como derecho básico del usuario del sistema sanitario “a ser informado de forma comprensible, suficiente y adecuada sobre su estado de salud, y sobre las distintas opciones de técnicas diagnósticas, terapéuticas y/o farmacológicas que puedan existir en relación a su proceso asistencial”. Más adelante, en su artículo 30.1, y siguiendo lo establecido por la Ley 41/2002, señala que la información, como regla general será verbal dejando constancia de ello en la historia clínica. En el apartado 2, añade que 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. Tal aspecto vuelve a ser recogido en el artículo 41, cuando destaca que los pacientes tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas o terapéuticas que le presente el médico responsable de su caso, tras recibir una adecuada información asistencial sobre su proceso. El artículo 42.2 insiste en la información adecuada previa a la obtención del consentimiento y el artículo 43, en que debe ser comprensible y suficiente. Así pues, la eficacia del consentimiento por parte del paciente se encuentra supeditada a que el profesional cumpla con su deber de información en términos comprensibles (Sánchez Caro y Abellán, 2003)¹⁷⁴.

En efecto, la información debe cubrir los objetivos que se persiguen cuando se proporciona al paciente. Se trata de un proceso por el que tiene conocimiento de una cuestión relacionada con la salud. Es fácil entender que debe ser comprensible,

por lo que debe adaptarse a la capacidad de comprensión de quien la recibe y a su estado anímico. A este respecto, hemos de recordar la modificación del artículo 9.5 de la Ley 41/2002, que introduce la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ¹³², que regula el derecho a la información y la prestación del consentimiento por parte de las personas con discapacidad en formatos adecuados que les resulten accesibles y comprensibles.

También, la información debe adecuarse a lo que quien la reciba desea saber. Y en este sentido, debe ser verdadera, sin olvidar lo anteriormente comentado sobre el estado de necesidad terapéutica, que requiere en ocasiones tamizar la información, mientras que el paciente se prepara para recibir, cuando sea posible, la realidad de la situación (Osuna y Raposo, 2013) ¹. A su vez, la obtención del consentimiento informado requiere de una información verdadera, que no invalide la decisión que toma el paciente, y adecuada a lo que el paciente tiene que conocer para manifestar su opinión (Osuna, 2006) ¹²³. La norma estatal sustituyó el desafortunado el carácter de información completa por la imposibilidad del cumplimiento de este precepto, por el de “adecuada”, con el objeto de que pueda consentir o rechazar una determinada actuación

El otorgamiento del consentimiento informado exige, como es lógico, que la información asistencial se ha de comunicar al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades ayudándole pues, a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. La finalidad última de esta información es precisamente que el paciente pueda decidir libremente, hacer uso o no de los procedimientos que la técnica ofrece en cada momento. Este derecho-deber de información, que tiene como sujetos al paciente y al médico responsable de éste, tiene como fin potenciar y preservar de forma eficaz la autonomía del paciente, y que la decisión acerca de la intervención médica esté guiada por la propia voluntad del usuario, en el marco de un proceso médico que ofrezca toda la información y alternativas disponibles.

El consentimiento verbal es uno de los pilares éticos básicos del ejercicio profesional en la medicina contemporánea. Es un proceso continuo y evolutivo durante toda la relación médico-enfermo. Se fundamenta en el reconocimiento del médico por parte del paciente, como una persona capaz y autónoma para definir las

cuestiones que sean necesarias respecto a su salud y como consecuencia concluir con un adecuado proceso de información. Este consentimiento no requiere ningún tipo de formalidad, es un contrato consensual tácito que puede estipularse exclusivamente de forma verbal, aunque es recomendable que quede reflejado en la historia clínica (Sanguinetti y col., 2015)¹⁷⁵.

El artículo 8.2 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.” En el mismo sentido, se pronuncia el artículo 42.2 de la Ley 3/2009, que a lo anterior añade en toda “mujer embarazada en los supuestos de riesgos o inconvenientes para la salud del feto”.

Debe entenderse el consentimiento informado como una herramienta que complementa el proceso de información y no debe sustituir a la información verbal. No debemos olvidar la finalidad última del proceso de obtención del consentimiento informado que radica en el desarrollo del principio de autonomía por parte del paciente, por lo que es totalmente rechazable el cumplimiento del consentimiento como instrumento de defensa del profesional ante posibles reclamaciones, como también lo es el uso de documentos genéricos o excesivamente técnico (Guerrero Zaplana, 2004)¹⁷⁶, que son objeto de numerosas sentencias condenatorias. En su artículo 44.1 la ley señala que el documento de consentimiento informado, aun cuando se formalice mediante la utilización de impresos normalizados, será específico para cada supuesto. Por ejemplo, también lo establece la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura ¹⁷³, que en su artículo 27.1 señala que el documento de consentimiento deberá ser específico para cada intervención clínica, “sin perjuicio de que se puedan adjuntar hojas y otros medios informativos de carácter general”.

Por tanto, el consentimiento escrito no puede ni debe sustituir a la información verbal que es, sin duda alguna, la más importante y relevante para el paciente. Esta exigencia de la Ley probablemente tiene como finalidad garantizar la obtención del consentimiento. No obstante, en la actualidad existe una creciente y constante preocupación en los profesionales por dejar documentado este

consentimiento ante futuras reclamaciones ya que ante éstas, la carga de la prueba no corresponde al demandante como habitualmente marcan las reglas jurídicas generales, sino al propio médico (Mandava y col., 2013)¹⁷⁷.

En este apartado merece una mención especial las llamadas “directivas anticipadas” o también conocidas como “testamento vital”. Surge como consecuencia de la aplicación de la tecnología sanitaria ante situaciones vitales extremas en el supuesto que el paciente haya perdido su capacidad de competencia, pero que previamente a ello, ha elaborado un documento expresando su voluntad ante esa hipotética situación (voluntad libre sin ningún tipo de presión familiar y/o ambiental).

El documento expresa las instrucciones ante determinadas situaciones o para nombrar un representante legal, capaz de tomar decisiones sobre su salud en su nombre. Así consta en el Art. 11 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre. En este documento quien otorga, también puede elegir un representante como interlocutor válido y necesario con el equipo clínico, y es quien interpretará, en caso de que el paciente no pueda hacerlo, su voluntad. El sistema de atención sanitaria y todos sus componentes están obligados a tenerlo en cuenta y a aplicarlo de acuerdo a lo establecido en la citada ley (Villarasa-Clemente y col., 2015)¹⁷⁸. El otorgamiento de las Instrucciones Previas debe ser el final de un proceso de tipo deliberativo basado en valores, creencias e intereses propios de la persona que lo otorga, con unos límites éticos muy claros como son los del respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente (Casado y Royes, 2013)¹⁷⁹.

1.9.5. ¿SOBRE QUÉ HAY QUE INFORMAR?

Lógicamente, el contenido de la información sanitaria depende de su finalidad. No será igual la destinada a prevención, que la destinada a informar sobre un tratamiento o una prueba diagnóstica. Ciñéndonos a la información asistencial, el argumento que con mayor frecuencia está presente en las reclamaciones judiciales, es que la ausencia total o parcial de la información impide que el consentimiento haya sido válido.

Atendiendo a lo que señala Galán Cortés (2014) ¹³⁹ el consentimiento del paciente se extenderá, en cuanto a su validez y eficacia, hasta donde haya sido informado. El paciente tiene que saber lo que consiente, por lo que ha de recibir del médico la información necesaria para estar en condiciones de adoptar la decisión que estime oportuna, con un conocimiento cabal de la situación en que se encuentra.

No olvidemos que el contenido de la información va a condicionar la decisión que el paciente tome. Según Osuna y Raposo (2013) ¹ en ocasiones, no es fácil para el profesional sanitario informar sobre todo aquello que el paciente debería conocer para decidir, como tampoco es fácil adecuar la información a la idiosincrasia presente en el contexto de la relación clínica, ejemplos son el nivel cultural, la edad o la situación personal, sociofamiliar o profesional del paciente o de sus familiares.

La Ley 41/2002, en su artículo 10, concreta la información básica que el profesional proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, siendo la siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención y las contraindicaciones.

Al respecto, el artículo 43.2 de la Ley de la Región de Murcia señala lo siguiente: “Sin perjuicio de aquellos otros datos que puedan venir exigidos en cada momento por la normativa básica, la información esencial que se debe facilitar al paciente, a fin de recabar el consentimiento informado, es la siguiente: a) Denominación y descripción básica del procedimiento quirúrgico o técnico. b) Objetivo y resultado que se pretende alcanzar. c) Alternativas posibles a la intervención o procedimiento propuesto. d) Riesgos previsibles y frecuentes del procedimiento o intervención en condiciones normales de realización, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia. En su caso, también se informará de aquellos riesgos que siendo infrecuentes pero no excepcionales tengan la consideración clínica de muy graves. e) Consecuencias probables que va a originar su realización y, en su caso, aquellas que se producirían en el supuesto de no practicarse. f) Riesgos y consecuencias previsibles en función del estado clínico y personal del paciente. g)

Contraindicaciones: circunstancias que, pudiendo sobrevenir antes de realizar el procedimiento propuesto, sean motivo de su contraindicación”.

Un aspecto nuclear es la información sobre los riesgos típicos de la intervención, cuestión que es tratada en numerosas sentencias judiciales. Nos referimos a aquellos que son específicos de la actuación médica que se va a realizar, independientemente de la frecuencia con la que puedan aparecer. En este sentido, llama la atención lo contenido en el artículo 27.2 de la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que equipara los riesgos típicos con los frecuentes, “se entiende por riesgos típicos o frecuentes como aquellos cuya realización deba esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia” y que colisiona con lo que se ha comentado en este mismo párrafo. Coincidimos con Galán Cortés (2014) ¹³⁹ cuando al referirse al riesgo típico debemos de huir de criterios estadísticos o porcentuales. Debemos referirnos a los específicos de la actuación concreta a desarrollar, aunque su cuantificación estadística sea muy poco frecuente o casi excepcional, ya que el hecho de que determinados sucesos se produzcan de manera típica no implica que sucedan con una frecuencia numérica.

Por lo que respecta de los riesgos atípicos, en principio, no es exigible a los profesionales sanitarios la información de todos y cada uno de los potenciales riesgos y de las numerosísimas complicaciones que puedan derivarse de la actuación sanitaria.

Aparte de las circunstancias personales y profesionales del paciente, que condicionan el contenido de la información, otros factores también están presentes. La urgencia del caso, la necesidad de tratamiento, su peligrosidad, la novedad de la terapia, la gravedad de la enfermedad, la posible renuncia a recibir información y la mayor o menor incertidumbre del resultado previsible de la intervención son variables que modulan el contenido de la información (Ataz, 1985)¹⁸⁰. En lo que respecta a la cirugía voluntaria o satisfactoria, dada su especial naturaleza, la Jurisprudencia exige un mayor volumen y énfasis en la información sobre los riesgos o complicaciones. En el mismo plano se sitúa la cirugía estética. Es admisible y razonable no informar de un riesgo atípico y excepcional en la cirugía curativa, pero en cirugía estética puede no serlo, la STS de 21 de octubre de 2005 señala que “sólo

quedan excluidos los desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención”.

En conclusión, los requisitos que debe reunir la información previa a la obtención del consentimiento informado podemos resumirlos en los siguientes aspectos. La información ha de ser útil, y por tanto comprensible, utilizando un lenguaje claro y simple, explicando lo esencial y evitando excesivos detalles. Debe adecuarse a la capacidad de comprender y al estado psicológico del paciente o de la persona que la recibe. Debe proporcionarse de forma tranquila y en el lugar adecuado, preservando la intimidad, y constituye una herramienta terapéutica por lo que puede beneficiar al paciente, pero también puede perjudicarlo. Hemos de entender el deber de información como un proceso continuado que no finaliza tras el momento inicial de la relación entre el profesional y el paciente, sino que se mantiene mientras persista el vínculo asistencial que se ha contraído (Osuna, 2006)

123

I.10. LA COMUNICACIÓN EN LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

No hay prácticamente actividad asistencial que no implique comunicación. En todo momento de la relación asistencial, la relación del médico con su paciente se basa en la comunicación efectiva. Tanto las formas verbales, como las no verbales de comunicación constituyen una característica esencial de la práctica médica. La atención sanitaria y sus resultados dependen de cómo el profesional y el paciente y/o sus familiares se comuniquen. Por consiguiente, la efectividad de la actividad profesional técnica del sanitario se ve condicionada por la dimensión humana que tiene lugar en el entorno de la relación. Los conocimientos técnicos, las habilidades clínicas, las costosas inversiones en tecnología, los procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario, de poco sirven si no se contemplan los factores individuales del acto asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación.

Una concepción, ya clásica, de competencia profesional es la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes profesionales para resolver los problemas que

se presentan en el ejercicio de la práctica de la asistencia cotidiana (Kane, 1992)¹⁸¹. Actualmente, existe una tendencia a construir una definición de competencia profesional, basada en diferentes aportaciones relevantes, y que se trata del uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, la toma de decisiones basadas en la evidencia, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para beneficio individual y de la sociedad (Epstein y Hundert, 2002)¹⁸².

Así pues, la comunicación médico-paciente es un componente nuclear del cuidado de la salud y tiene una destacada repercusión en la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento. El enfoque de la relación clínica centrado en el paciente favorece el proceso de comunicación y el resultado de la atención sanitaria.

Tanto los profesionales como los pacientes dan una gran importancia al proceso de comunicación, sin embargo, en el día a día adolece de grandes defectos. Una comunicación centrada en el paciente, contribuye a disminuir la necesidad de realizar pruebas diagnósticas u otros niveles de atención, con lo que repercute de forma positiva en las instituciones sanitarias.

La confianza de los pacientes en el médico y su capacidad "técnica" está condicionada en buena parte por el grado de apoyo emocional que reciben del profesional. El grado de satisfacción con la atención recibida por parte del médico, como de cualquier otro profesional, está directamente ligada al nivel de comunicación. Cuando los pacientes opinan que el médico es un buen comunicador, el 90% salen satisfechos de la consulta.

Egnew y Wilson (2010)¹⁸³ analizan las percepciones de los profesores y los estudiantes de una facultad de medicina neozelandesa sobre la formación en habilidades clínicas en el curriculum formativo y encuentran que la inclusión de un módulo formativo general sobre la relación entre el médico y el paciente es el hilo conductor para la enseñanza de habilidades de relación en el plan de estudios del título de medicina y siempre ante pacientes reales y a la cabecera del enfermo.

Así, la importancia de incorporar habilidades de comunicación en las competencias formativas de las profesiones sanitarias queda justificada, entre otros factores por el propio progreso de la sociedad y la toma de conciencia por parte del ciudadano de sus derechos y su mayor implicación en la toma de decisiones. Por otra

parte, la percepción de pérdida de comunicación en la profesión médica se manifiesta como una herencia más de hábitos paternalistas del propio profesional.

Estudios realizados sobre el análisis del uso de una adecuada comunicación en medicina destacan que la empatía mejora la satisfacción del paciente (Roter y col., 1997)¹⁸⁴, la adhesión terapéutica (Cecil y Killeen, 1997)¹⁸⁵, reduce las quejas y puede tener beneficios terapéuticos para su recuperación (Wofford y col., 2004)¹⁸⁶. Otros estudios también han demostrado la importancia que tiene la inclusión en el curriculum formativo de aspectos relacionados con la formación en profesionalismo (Fipr, 2013)¹⁸⁷, el manejo del dolor (Leila y col. 2006)¹⁸⁸ y el cuidado con los enfermos crónicos y terminales (Lloyd-Williams y col., 2013)¹⁸⁹, con la finalidad de intensificar la formación en aspectos próximos a la relación médico-paciente.

Por tanto, el aprendizaje y desarrollo de habilidades interpersonales son un aspecto importante en la competencia clínica del médico (Stewart 1995)¹⁹⁰.

A su vez, la relación existente entre una insatisfacción del paciente con la relación clínica y la presentación de quejas y reclamaciones por mala praxis, vinculada a dificultades en la comunicación médico-paciente es una realidad (Localio y col., 1991; Hamasaki y col., 2008; Menéndez de Lucas y col., 2009)^{191 192}¹⁹³. En este sentido, el propio Hamasaki y col., (2008)¹⁹² analizan 100 decisiones judiciales entre los años 1990 y 2005, correspondientes a casos por malap Praxis juzgados en tribunales japoneses, en los que estaban presentes aspectos relacionados con explicaciones dadas por el médico al paciente. En sus resultados, encuentran una asociación directa entre la práctica de inadecuadas habilidades de comunicación mostradas por los profesionales y las probabilidades de litigio, como consecuencia de la prestación asistencial. A su vez, estos autores analizan si la forma y el momento dedicado a la explicación influían en la decisión judicial. Demuestran que si la explicación se realizó antes del tratamiento es más probable obtener una decisión judicial favorable para el profesional u hospital. También encuentran que si la explicación es demasiado específica e irrelevante es más probable una decisión favorable a los intereses del paciente.

También señalan Hamasaki y col. (2008)¹⁹² que las decisiones judiciales se relacionan con una adecuada comunicación con los familiares. En este sentido, es importante destacar la trascendencia de incluir a los familiares en el ámbito de la

explicación, siempre que no atente a la confidencialidad e intimidad del paciente (Hagihara y Tarumi, 2007)¹⁹⁴. En este aspecto, Wehbe-Janek y col. (2011)¹⁹⁵ también destacan el carácter preventivo que frente al litigio tiene el desarrollo de habilidades de comunicación con los familiares.

Entre las competencias que el Consejo Americano de Acreditación para Educación Médica (*Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME*) incluye para la formación médica se incluye la formación en habilidades de comunicación interpersonal. La enseñanza y la evaluación de la comunicación como una competencia, constituyen un reto para la educación médica, ya que, como insistimos en este estudio, una comunicación deficiente conduce a la desconfianza, la insatisfacción y el litigio. La formación en habilidades de comunicación abarca múltiples actividades e incluye el aseguramiento de la calidad de la relación médico-paciente (Buyck y Lang 2002; Teutsch 2003; Schirmer, 2005)^{196 39 197}, lo que comprende diversas actividades como cuidar la empatía con el paciente.

Wehbe-Janek y col. (2011)¹⁹⁵ analizan las habilidades de comunicación que poseen los residentes de cirugía y enfatizan la escasa formación en comunicación que tienen estos especialistas, que se enfrentan con frecuencia a situaciones estresantes y límite. A igual conclusión llegaron con anterioridad Lefevre y col. (2000)¹⁹⁸ que encuentran que sólo el 30,1% de los residentes de cirugía contestan recibir formación en comunicación.

Dado el elevado número de demandas y reclamaciones por parte de los pacientes, las agencias de salud y las organizaciones de defensa del consumidor promueven cambios en la conducta de los profesionales. Por ejemplo, una de las recomendaciones es que los pacientes hagan preguntas que les permitan obtener información para mejorar la calidad y la seguridad de la atención que reciben (Kravitz y col. 2005; Lucke, 2010)^{199 200}.

En este sentido, en Australia se desarrolló un programa de defensa del consumidor (Shepherd y Terveen, 2011)²⁰¹, con el objetivo de obtener la información mínima necesaria para la toma de decisiones bajo condiciones de incertidumbre y para ayudar a organizar la información que los médicos proporcionan a los pacientes. Las preguntas son:

1. ¿Cuáles son mis opciones?
2. ¿Cuáles son los posibles beneficios y daños de esas opciones?
3. ¿Qué posibilidades hay de que se produzcan cada uno de los riesgos y beneficios, como consecuencia de esa opción?

Los autores analizaron si el uso, por parte de los médicos de familia, de estas tres preguntas incrementa la calidad de la información que reciben los pacientes cuando comentan y debaten con los médicos las opciones de tratamiento. Demuestran el poderoso efecto de estas tres simples preguntas para implicar a los pacientes en la toma de decisiones. La información que recibieron los pacientes incrementó sus niveles de calidad y les permitió conocer importantes aspectos sobre las opciones terapéuticas, sus beneficios y riesgos sin incrementar el tiempo de la consulta.

Epstein y col. (1993) ²⁰² establecen cuatro modelos de comunicación entre el médico y el paciente:

1. Modelo de las tres funciones del médico: que consiste en recoger la información, responder a las emociones del paciente y educar e influir sobre la conducta del paciente para su mejor manejo.
2. El modelo clínico centrado en el paciente, que sugiere una comprensión compartida del médico y paciente acerca de los fundamentos del problema de salud que motiva la asistencia y su manejo. Exige del médico que entienda y responda a los sentimientos, miedos, percepciones y expectativas, así como los aspectos relacionados con el sufrimiento del paciente. Dicho modelo implica considerar que cada paciente es único, que el médico debe abrirse a sus sentimientos, y que se debe ser capaz de captar las expresiones verbales y no verbales del paciente, así como tener en cuenta que el trato se basa en la confianza y el compromiso bilateral.
3. El modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente, que considera que la familia constituye el contexto más relevante que puede influir en la salud y la enfermedad e interviene en un triángulo terapéutico en el que también participan el médico, el paciente y la familia, siendo esta

última, factor fundamental para obtener buenos resultados y que la mayoría de los problemas de salud son resultado de una interacción compleja de múltiples factores, que afectan al paciente a diferentes niveles y no sólo en el biomédico.

4. El modelo del autoconocimiento del médico, que matiza que a partir del conocimiento que el médico obtenga de sus propios sentimientos, puede valorar más intensamente sus encuentros clínicos.

Los programas de especialización en medicina aunque incluyen cierta formación en la entrevista clínica, parecen basarse en una formación genérica e insuficiente. Hay que destacar la necesidad de llevar a cabo una enseñanza formal y sistematizada en comunicación basándonos en la premisa de que la comunicación puede ser enseñada, y que es una función central de ella, para tratar de acompañar responsablemente al paciente durante todas las fases que implican la recuperación y conservación de su salud. Para ello, se requiere mucho más que una simple capacitación técnica, ya que incluye toda una filosofía y abordaje desde diversas perspectivas del saber humano para poder obtener un compromiso más real y responsable del médico con su paciente (Simpson y col. 1991; Stewart, 1995; Brown y col. 1999; Baile y col. 2000; Gorawara-Bhat y col. 2003; Hernández-Torres y col. 2006)^{203 204 205 206}.

Candib (1995)²⁰⁷ señala que, en muchas ocasiones, la enseñanza de la comunicación se centra en un conjunto de habilidades y no en el trato con el paciente durante la entrevista. Así, una interacción aislada entre paciente y médico es muy diferente a una relación. Una interacción se caracteriza por un intercambio observable de comportamientos, mientras que una relación se caracteriza por cualidades más subjetivas, como el cuidado, la preocupación y el respeto. Este autor define el papel del médico como “cuidar en relación”. Señala que una respuesta al paternalismo de los médicos (y también como resultado del consumismo de los pacientes) ha sido la defensa de un modelo de interacción contractual. Este punto de vista describe al profesional cómo un “cuidador de la salud” informativo pero emocionalmente independiente, que puede verse en el papel de adoptar las decisiones propias de un paciente autónomo. Sin embargo, la relación adecuada está presidida

por un encuentro de iguales y que minimiza las dimensiones profundas de poder de la relación entre paciente enfermo y médico.

El dogmatismo y un exceso de énfasis en la conducta pueden cerrar el paso a ideas y a sentimientos y abocar hacia la arrogancia. Si la educación médica no ofrece a los facultativos la manera de superar barreras para ejercer conscientemente, ni preparación específica tanto para comunicar como para reflexionar, la capacidad para lograr mutua subjetividad y verdadera comprensión hacia los pacientes puede verse limitada (Epstein, 1999) ²⁰⁸. La comunicación puede y debe entenderse como un medio y como un signo de creación de relación.

Por tanto, el desarrollo de habilidades de comunicación de calidad es esencial para la práctica sanitaria. Los conocimientos, habilidades y las actitudes con respecto a la relación médico-paciente deben ser enseñados y evaluados con el mismo rigor que otras materias de los planes de estudio.

1.11. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ERROR MÉDICO.

La Constitución Española, la Ley General de Sanidad y las Leyes autonómicas y estatales que las han desarrollado, garantizan el derecho a la atención sanitaria de todos los españoles, en todo el territorio nacional. Es decir, el Sistema Nacional de Salud es uno solo, conformado por 17 (más dos, de las ciudades de Ceuta y Melilla) Servicios de Salud. Las Comunidades Autónomas tienen la responsabilidad de la gestión y administración de esos recursos para ofrecer servicios sanitarios en su ámbito de responsabilidad. Pero ninguna Comunidad Autónoma puede rechazar la atención de un paciente que resida en otra (Zueras y Salas, 2014)²⁰⁹. El derecho a la protección de la salud es el mismo en toda España y está garantizada la movilidad de los pacientes (Martínez, 2015)²¹⁰.

A nivel asistencial, este Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles, Atención Primaria y Atención Especializada, debiendo existir entre ambos una continuidad asistencial (Aller y col., 2014)²¹¹.

La Atención Primaria constituye el primer nivel de atención, y su cometido es ocuparse de la resolución de los problemas más frecuentes en la población y de las tareas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Así la misión fundamental del nivel primario es modular el acceso espontáneo de los usuarios a los dispositivos sanitarios de mayor complejidad y coste.

La Atención Especializada concentra los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad. Los médicos son expertos en una especialidad clínica y adoptan el papel de consultores y de realizadores de procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados.

En cada nivel asistencial existe una relación inversa entre accesibilidad y complejidad tecnológica. La Atención Primaria tiene una elevada accesibilidad y, por tanto, una baja complejidad tecnológica; mientras que, ocurre lo contrario en la Atención Especializada. Hoy día asistimos a una deficiente coordinación entre estos dos niveles asistenciales (Aller y col., 2014)²¹¹; hecho este, también observado en otros sistemas de salud (Gené y col., 2012; Morilla, 2015)^{212 213}.

La coordinación entre niveles inició su reglamentación jurídica hace ya más de 30 años (Ley General de Sanidad, artículo 65; Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud²¹⁴; Circular 4/87 del INSALUD). Sin embargo, ya desde su puesta en vigor, el primer instrumento de coordinación entre niveles, constituido por el parte de interconsulta, ni ha solucionado ni soluciona la problemática actual, bien por la cumplimentación deficiente de ambos niveles, bien por no resolver los problemas a consecuencia de derivaciones incorrectas (Garrido Elustondo, 2009)²¹⁵.

La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario. El objetivo, al mejorar esta coordinación, es alcanzar una continuidad en la asistencia del paciente, una reducción de costes y un aumento en la calidad de atención sanitaria. Dado que la Atención primaria es la puerta de entrada al sistema sanitario, su fortaleza y credibilidad depende de su capacidad resolutoria desde la perspectiva del paciente (Martín y col., 2015)²¹⁶.

Desde hace ya más de una década, existe un importante debate sobre como mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (Terraiza, 2006; Henao y col., 2009)^{217 218}. Se están postulando diferentes formas de resolver este problema (Merino y col., 2015; Aller y col., 2014; Mira, 2013)^{219 218 220}. En general, la tendencia actual de los servicios de salud para la mejor coordinación entre niveles asistenciales se focaliza en tres conceptos: en primer lugar, la integración de estructuras organizativas de Atención Primaria y Especializada en Gerencias Únicas, para que el paciente perciba una continuidad en su proceso asistencial; la segunda iniciativa la constituye la implantación e integración de las nuevas tecnologías de la información (intranets, correo electrónico, videoconferencias, etc.); por último, y no menos importante, reforzar la autonomía de la Atención Primaria, buscando un incremento en su capacidad resolutoria: acceso a ciertas pruebas especiales que permitan una mayor resolución diagnóstica, protocolos de diagnóstico/derivación y guías de tratamiento consensuadas con Atención Especializada.

Por tanto, la coordinación entre los niveles asistenciales constituye un objetivo a conseguir en la sanidad pública. El funcionamiento óptimo entre la atención primaria y la especializada es de vital importancia en la seguridad del paciente y en la resolución de los problemas de salud de éste, redundando todo ello en una mejor eficacia y eficiencia del sistema sanitario (Estañ, 2013)²²¹.

La seguridad del paciente ha sido uno de los cimientos en los que se ha apoyado la práctica clínica en todos sus escenarios de aplicación (hospitales, centro de salud,...). Desde siempre, y más bien desde una perspectiva ética que desde la mejora de la calidad de la asistencia, no ha habido un buen profesional al que, más o menos implícitamente, no le haya preocupado el hecho de poder producir daño a los pacientes.

Desde el punto de vista de la terminología es importante asumir una taxonomía de uso común. La seguridad del paciente se define como la ausencia para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. Cuando ocurre un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente, se emplea el término de incidente

relacionado con la seguridad del paciente. Cuando el mismo no ha producido daño, hablamos de incidente sin daño y cuando lo ha producido de efecto adverso.

Los incidentes pueden tener su origen en actos intencionados o no intencionados. Los errores son, por definición, no intencionados, mientras que las infracciones son intencionadas, aunque pueden llegar a hacerse rutinarias en algunos contextos. Los errores pueden deberse al desconocimiento de una acción -que la práctica indica que debería hacerse- o una insuficiente formación. La no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, se denomina error de omisión; la aplicación incorrecta de la misma debido a olvidos, despistes o lapsus, se llama error de comisión (Ramírez y col., 2015)²²².

Por otra parte, una infracción implica una transgresión o un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos. El daño relacionado con la atención sanitaria es el que se deriva directamente de los planes o acciones de un profesional sanitario durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente, cuestión para la que se reserva el término de complicación.

Seguridad e inseguridad, expresada esta última en la presencia de incidentes y efectos adversos, no son conceptos distintos y alejados, sino entornos de un continuo de mayor o menor grado de riesgo para el paciente. Conseguir la seguridad para el paciente, precisa de esfuerzos y actuaciones a varios niveles. El primero de ellos, la identificación de los riesgos, implica saber que está ocurriendo, cuáles son los incidentes, efectos adversos, errores y fallos más comunes (Remón, 2013)²²³.

La misión principal de la profesión médica es participar en el proceso de atención a los enfermos, con el propósito de contribuir a la recuperación de su salud. Dentro de este concepto está inmerso el precepto señalado por Hipócrates, relativo a “primero no hacer daño”, y el postulado de Avedis Donabedian de “*procurar para los pacientes el máximo beneficio, exponiéndolos al mínimo riesgo*”.

El médico como parte inherente a su profesión, tiene un compromiso ante el paciente y ante la sociedad. Por ello, debe estar bien preparado para prevenir un error, evitar un evento adverso o identificarlo oportunamente para prevenir sus consecuencias, evitar daños secundarios, secuelas o la muerte de un paciente. Son requisitos indispensables en su práctica: una preparación adecuada, una actualización

permanente, un acto médico realizado conforme a los procedimientos y conocimientos médicos vigentes, con decisiones basadas en criterios sustentados por evidencias y, dentro de lo factible, por una amplia experiencia (Remón, 2015) ²²⁴.

En el año 2010 la OMS reportó más de 6 millones de muertes causadas por reacciones adversas a los medicamentos, estableciéndose dentro de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial.

Hace ya 15 años, en los Estados Unidos, el Instituto de Medicina publicó en su artículo *“To err is human: Building a Safer Health System”*, que entre 44000 a 98000 americanos mueren al año como resultado del error médico ³ y en base a ello, pidió un aumento de seguridad en la práctica médica; cinco años más tarde, y gracias al estímulo que supuso esa publicación en todos los sectores implicados en la seguridad del paciente, se objetivó una mejora sustancial en este problema (Leape y Berwick, 2005) ²²⁵.

Los diferentes estados también se han hecho eco, lógicamente, de lo que supone económicamente este problema (De Rezende, 2012; Gilman, 2015) ^{226 227}. En Estados Unidos, el costo aproximado, asociado a errores médicos, es de 17 a 29 billones de dólares, siendo la causa principal, la administración errónea de los medicamentos (Gamonal, 2013)²²⁸. Hace dos años se publicó el coste que para la Sanidad Española supone la no seguridad del paciente: en pacientes hospitalizados el gasto derivado fue de 2474 millones de euros, siendo de 960 millones para los pacientes no hospitalizados. Todo ello supone el 6% del gasto sanitario público (Antoñanzas, 2013)²²⁹.

En nuestros días en los que la asistencia es considerablemente más compleja y conlleva un mayor riesgo, las referencias a la seguridad del paciente se han limitado clásicamente al mero análisis de incidentes esporádicos, en ocasiones publicables como paradigma de errores que enseñan, sin que se genere un conocimiento útil y completo de los mismos que permita aprovechar su potencial de aprendizaje y evitar su reiteración (Franco, 2013)²³⁰. En general, las distintas iniciativas que proponen mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria asumen empíricamente el reconocimiento y aceptación de la existencia de

estos problemas sin que necesariamente sean cuantificados (Tejedor-Fernández, 2014)²³¹.

En España, a iniciativa del Ministerio de Sanidad, se llevaron a cabo dos estudios descriptivos para caracterizar y medir la frecuencia de los eventos adversos, uno en las unidades de hospitalización, el Estudio ENEAS y otro en atención primaria de salud, el Estudio APEAS.

El Estudio APEAS ²³², es un estudio observacional de prevalencia realizado sobre una muestra de oportunidad y participación voluntaria de centros de atención primaria a nivel nacional. El estudio mostró una prevalencia de eventos adversos de un 11,18%. En cuanto a su naturaleza, el 47,8% de los efectos adversos estuvieron relacionados con la medicación. Al analizar la gravedad e impacto de los mismos pudo observarse que la mayor parte de los mismos tuvieron un carácter leve, resolviéndose en el propio centro de salud.

Puede afirmarse, igualmente, que la aparición de efectos adversos tiene una etiología multicausal, estando la medicación prescrita como factor causal esencial en casi la mitad de los efectos adversos contribuyendo, además, aspectos relacionados con la comunicación, la gestión y los cuidados. El estudio ha demostrado, así mismo, que aplicando el conocimiento disponible, el 70% de los efectos adversos que aparecen en el primer nivel asistencial son valorados por los propios profesionales como evitables.

El estudio ENEAS ²³³ es un estudio de cohortes retrospectivo que tenía como objetivos más destacables la estimación de la incidencia y densidad de efectos adversos, así como el porcentaje de efectos adversos evitables por estrato y servicio hospitalario. Según este estudio, la incidencia de los efectos adversos en hospitales españoles es similar a la que se registra en hospitales americanos y europeos; las tres causas inmediatas de efectos adversos están relacionadas con la medicación, las infecciones nosocomiales y las relacionadas con problemas técnicos. Pero quizás, la conclusión más importante es que el 42,6% de los efectos adversos podrían ser evitables.

En base al estudio ENEAS, se publica en 2009 el “Proyecto Séneca”²³⁴, según el cual la seguridad clínica es un componente fundamental de la calidad asistencial. Este proyecto nacional, avalado también por el Ministerio de Sanidad y Política Social, es un estudio relacionado con estándares de calidad de cuidados sobre la seguridad del paciente hospitalizado. Así, se ha comprobado el nivel de seguridad que tienen los pacientes hospitalizados y como éstos lo perciben, validando así un modelo de seguridad de los cuidados, basado en los criterios del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM).

A partir del estudio APEAS y ENEAS se han puesto en marcha iniciativas institucionales para crear entornos organizativos más seguros, con énfasis en la seguridad de las prescripciones (Carrió, 2012; De la Fuente, 2013)^{235 236}.

Actualmente, y a través de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, existe a nivel nacional el “Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) (Tomás y col., 2013; Beristain, 2013)^{237 238}. Se trata de un sistema de notificación de incidentes que permite poner en conocimiento del resto de los profesionales, de una serie de eventos o errores que afectan de forma directa a la seguridad del paciente; del análisis de estos errores se identifican los factores de riesgo y la forma de evitarlos para anular la posibilidad de que vuelvan a producir efectos adversos.

Por lo tanto, disponer de un diagnóstico de situación permite anticiparse y resolver un problema de importante repercusión sanitaria y preocupación social. Con todo, las instituciones a nivel internacional y nacional, han elaborado informes y guías para entender las causas de la falta de seguridad en la asistencia clínica y encontrar respuestas prácticas para prevenir posibles daños a los pacientes.

A nivel internacional, en mayo de 2007, se publica las “Soluciones para la Seguridad del Paciente”, avalada por la OMS y difundida de manera accesible a todos los estados miembros (Fajardo-Dolci y col., 2010)²³⁹. En España, en el año 2010, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publica la “Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico” (García de Luis, 2013)²⁴⁰, en la cual se determina la importancia de los conocimientos y habilidades de los

profesionales para tomar decisiones clínicas adecuadas, eficientes y seguras. De ámbito más general y en colaboración con las Comunidades Autónomas, el Ministerio de Sanidad ha desarrollado la “Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011” (Pardal-Refoyo y col., 2014)²⁴¹, donde se recogen los objetivos a conseguir en el marco de la seguridad del paciente.

Actualmente, en España, existe un porcentaje alto de implantación de los Sistemas de Notificación de eventos adversos. En casi la totalidad de las Comunidades Autónomas, se llevan realizando acciones de mejora desde que se implantó el sistema de notificación. Es muy importante compartir resultados y conocimientos para fomentar la cultura de la seguridad del paciente, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial (Movilla, 2015)²⁴².

El aprendizaje, en base a los errores cometidos, es fundamental para la consecución del objetivo final: la mejora en la calidad y la seguridad clínica. Como afirma Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (OMS, octubre 2004), *“Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón”*.

II. JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

El objetivo último de la actuación del profesional sanitario no es únicamente la lucha eficaz contra la enfermedad, sino la mejor ayuda al enfermo concreto que, en la inmensa mayoría de los casos, lleva implícita una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica, pero que no es suficiente, puesto que se espera una mayor atención ante las necesidades de cada uno de los pacientes, para adaptarse a ellas. En la actualidad, en una medicina más generalizada, masificada incluso, se necesita una atención mucho más personalizada, que requiere de una mayor “competencia emocional”, mucho más flexible, en la que la comunicación constituye una herramienta destacada.

A lo largo de la introducción de la presente Memoria Doctoral, hemos expuesto los distintos planteamientos existentes a la hora de abordar la relación clínico-asistencial, que ha evolucionado de forma radical, desde una situación de preeminencia absoluta del profesional sanitario, a un nuevo contexto en el que el paciente tiene un protagonismo sustancial. Este proceso de cambio en el ámbito asistencial viene de la mano de la propia evolución social, que se ha extendido al ámbito concreto de la relación clínica.

La actividad asistencial es un proceso comunicativo por excelencia, cuya efectividad requiere del dominio de los preceptos metodológicos esenciales y del entrenamiento por parte del profesional sanitario, para llevar a cabo las acciones pertinentes para promover la salud, prevenir y curar enfermedades. Por tanto, la comunicación desempeña un papel clave, no sólo como elemento destacado en el proceso de obtención del consentimiento informado, sino en la propia base de la relación, como medio nuclear de la propia asistencia. En este sentido, la atención al enfermo debe sustentarse en una relación de confianza y la comunicación debe ser elemento primordial en el desarrollo de estrategias dirigidas hacia la mejora de la calidad en la prestación de los servicios sanitarios. A su vez, una eficaz comunicación entre los profesionales de la salud, en un ámbito de actuación inter y multidisciplinario, es reconocida como indispensable para atenuar la desconfianza del paciente, la insatisfacción laboral de los profesionales y el consiguiente incremento de los niveles de calidad en la atención.

En este marco de reflexión, nos planteamos como hipótesis de trabajo que el proceso de obtención del consentimiento, aspecto nuclear de la relación clínica,

adolece de deficiencias que tiene su origen en una inadecuada información y comunicación, por lo que nos planteamos como objetivo general conocer la percepción de los profesionales sobre la calidad en la comunicación y, también su repercusión sobre la seguridad del paciente y la evitación de errores médicos.

En base a estas premisas, nos hemos marcado como objetivos específicos analizar:

- 1º. Si la información proporcionada al paciente es adecuada para la toma de decisiones;
- 2º Si los profesionales se sienten implicados en el proceso de comunicación con el paciente;
- 3º. La percepción sobre el otorgamiento del consentimiento informado y el documento de instrucciones previas;
- 4º La opinión de los profesionales encuestados sobre la comunicación interprofesional y entre los diferentes niveles asistenciales.

En nuestra opinión, los resultados obtenidos nos permitirán introducir elementos de mejora en el proceso comunicativo, que redunden positivamente en la satisfacción de los pacientes y de los profesionales sanitarios y por ende, en los niveles de calidad en la actividad asistencial.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III.1. CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y observacional, realizado en profesionales sanitarios que ejercen su labor asistencial en centros sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma de Murcia y que se llevo a cabo en la primera mitad del año 2014 (Enero a Julio/2014).

El estudio se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para su desarrollo. En todo momento se ha respetado la normativa que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado, de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal).

Es conveniente resaltar que el objetivo metodológico ha sido que los datos obtenidos puedan generalizarse; por ello, se ha creado una muestra representativa de la población basándonos en los datos oficiales proporcionados por Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

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 (Anexo I).

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 mantuvo una reunión con cada uno de ellos y se presentaron los encuestadores, acreditados por la Consejería y portando en todo momento un distintivo en el que mostraba su identificación oficial.

Contestada la encuesta, fue recogida directamente en el centro sanitario o remitida por los profesionales a la Consejería de Sanidad. Los profesionales respondieron de forma voluntaria y anónima.

Para la realización del estudio se visitaron 57 centros asistenciales de la Región de Murcia (10 hospitales, 35 centros de salud, 11 consultorios y el Centro Regional de Hemodonación) acorde al mapa sanitario de nuestra Comunidad Autónoma (Anexo II) (Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia)²⁴³.

En la elección de los Centros de Salud visitados y para evitar el sesgo en la muestra estudiada, se tuvieron en cuenta criterios poblacionales y geográficos acorde a las directrices de los técnicos de la Consejería de Sanidad. Quedan representados en la misma, tanto los núcleos urbanos como aquellos centros más aislados geográficamente, por lo que la muestra es lo suficientemente representativa de la población total de estudio.

III.2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra está compuesta por un total de 2186 profesionales sanitarios. El 32,4% son varones y el 67,6% son mujeres (Gráfico 1). En relación a la variable edad, la media es de 38,77 años (Rango de 19 a 67 años). Hemos de destacar que el 49,6% de los sujetos tienen una edad comprendida entre 31 y 50 años, el 35,5% de una edad menor o igual a 30 años y el 14,9% son mayores de 50 años (Gráfico 2).

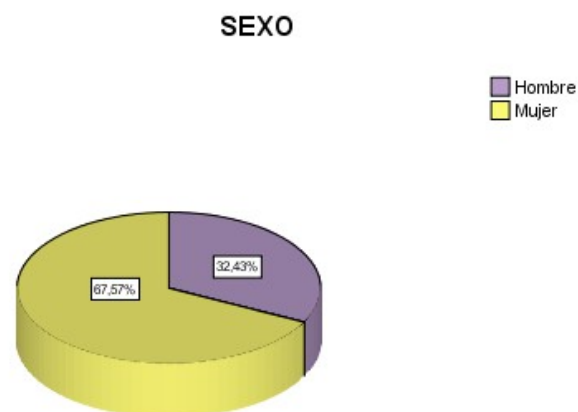


Gráfico 1

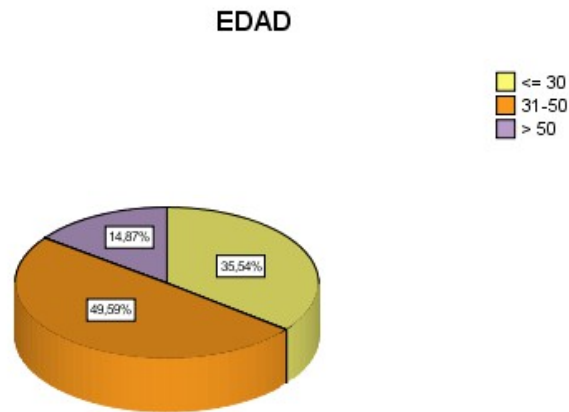


Gráfico 2

Atendiendo a la profesión de los profesionales, los médicos representan el 26,8% de la muestra, el 72,2% son enfermeros/fisioterapeutas/matronas y el 1% son farmacéuticos (Gráfico 3). Según los años de ejercicio profesional, la mayoría (59,62 %) han ejercido ya entre 11 y 30 años (22,47 % menor/igual 10 años; 17,91 % mayor de 30 años) (Gráfico 4). El 95 % de los encuestados tiene contacto directo con los pacientes, en su actividad profesional.

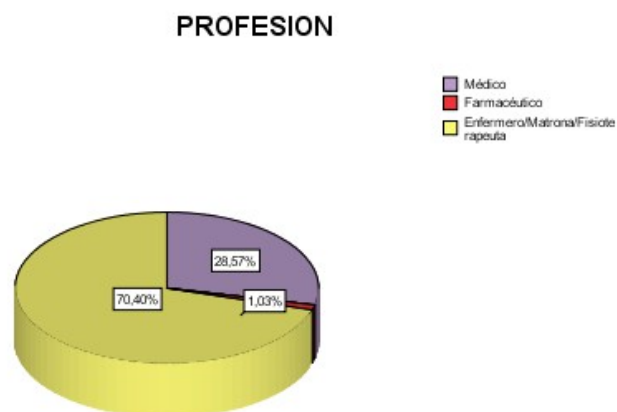


Gráfico 3

TIEMPO PROFESIÓN

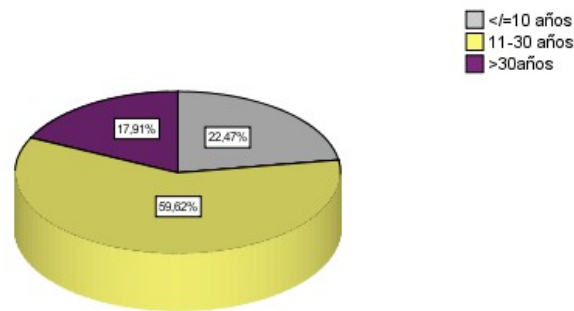


Gráfico 4

Al estudiar el Centro Gestor al que pertenecen los profesionales observamos que, el 21,8 % pertenecen a Atención Primaria y el 78,2 a Atención Especializada (Gráfico 5).

CENTRO GESTOR

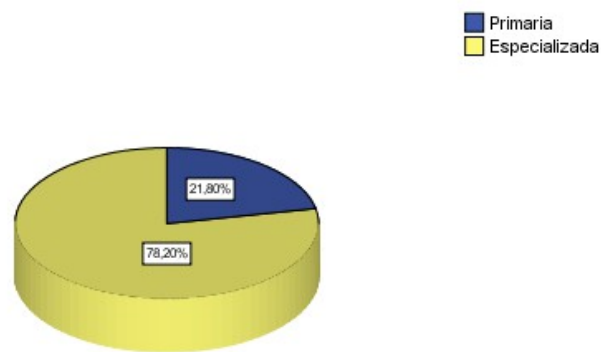


Gráfico 5

El mayor porcentaje de profesionales estudiados proceden del Área II con un 19,44 % de los casos (Cartagena, Hospital Sta. María del Rosell y Hospital General Universitario de Sta. Lucía); seguidamente, el Área VI con un 18,55% (Vega Media del Segura; Hospital Morales Meseguer) (Gráfico 6).

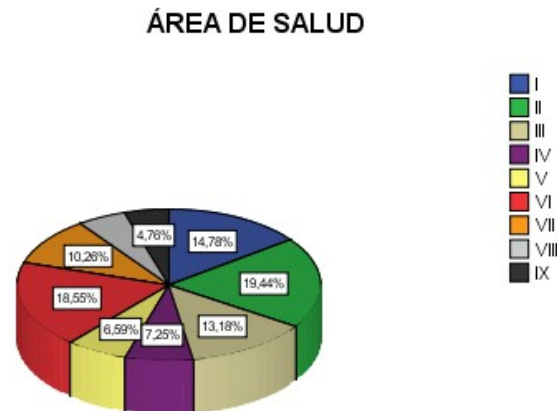


Gráfico 6

III.3. CUESTIONARIO (ANEXO I)

A cada uno de los profesionales se le administró un cuestionario de 62 ítems (método de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas) con un período previo de validación del mismo.

La posibilidad de respuesta se recoge en una escala 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”.

Los primeros 8 ítems recogen aspectos sociodemográficos y aspectos relacionados con el lugar de trabajo (sexo, edad, categoría profesional, años de ejercicio profesional, contacto directo con los pacientes, servicio o unidad clínica y por último, el centro gestor y área de salud a los que pertenecen). Los 54 ítems siguientes analizan cuestiones sobre el proceso de información previo al consentimiento, proceso comunicativo/deliberativo, obtención del consentimiento informado, relación interprofesional y errores médicos.

En función de los objetivos del estudio, la encuesta se divide en cinco grandes bloques de enunciados. Los dos primeros, **Información del Encuestado** y

Características del Encuestado, están compuestos por una serie de preguntas que constituyen las que hemos definido como “variables independientes”, para su posterior análisis estadístico; en relación a este análisis es importante reseñar que:

El ítem **EDAD** se ha agrupado en:

- menor o igual a 30 años
- entre 31-50 años
- mayor de 50 años.

El ítem **PROFESIÓN** se ha agrupado en:

- Médico (Médico y Médico Residente)
- Farmacéutico/a (Farmacéutico/a y Farmacéutico/a Residente)
- Enfermero/a, Fisioterapeuta, Matrón/a

El ítem **AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL** se ha agrupado en:

- menor o igual a 10 años de ejercicio de su profesión
- entre 11 y 30 años de ejercicio de su profesión
- mayor de 30 años de ejercicio de su profesión

Los siguientes dos bloques, **Comunicación Profesional Sanitario-Paciente** y **Comunicación entre Profesionales**, lo constituyen un total de 52 preguntas; éstas las hemos clasificado en cinco Procesos:

-PROCESO 1. *Información Médica previa al Consentimiento del Paciente.*

Incluye las siguientes preguntas:

- 1, 13, 16, 19, 20 y 23. Realzan el proceso informativo.
- 12, 14, 15 y 21. Dificultan el proceso informativo.

-PROCESO 2. *Comunicativo-Deliberativo entre el Profesional y el Paciente.* Incluye las siguientes preguntas:

- 2, 3, 4, 5, 6, 17, 18 y 22. Realzan este proceso.

-- no existen preguntas que lo dificulten.

-PROCESO 3. *Consentimiento e implícitamente toma de decisiones del Paciente*. Incluye las siguientes preguntas:

--7, 8, 9, 10, 25, 26, 27 y 28. Potencian el proceso de Consentimiento.

--11. Dificulta el Proceso de Consentimiento.

--la pregunta 24 la constituyen 3 conceptos verdaderos que el encuestado debe ordenar por importancia para él.

-PROCESO 4. Comunicación entre Profesionales. Están incluidas las siguientes preguntas:

-- 29, 30, 31, 32, 38, 39 y 40. Realzan la comunicación interprofesional.

-- 33, 34, 35, 36 y 37. Dificultan esta comunicación

-PROCESO 5. Evitación del Error Médico. Compuesto por las siguientes preguntas:

-- 41 y 42. A favor de la Evitación del Error Médico.

-- 43. Favorece el Error Médico.

-- 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 y 52 son preguntas SI/NO, donde el "SI" evita Error Médico.

En todos y cada uno de estos procesos hemos construido un indicador que aglutina todo el Proceso. Hemos sumado las preguntas que lo realzan y restado las que lo dificultan, de manera que, a mayor valor de este indicador corresponde al mayor grado de cumplimiento de dicho Proceso.

El quinto y último gran bloque, **Valoración**, lo constituyen las preguntas:

-53 que resume en una escala del 1 al 10, la calidad de Información entre Profesionales.

-54 que resume en una escala del 1 al 10, la calidad de Información entre Profesional y Paciente.

III.4. MÉTODO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 15.0 y 22.0 para Windows, en la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Después de una depuración de los mismos, buscando los valores que estaban fuera de rango y las incoherencias entre variables, se obtuvo una distribución de frecuencias resumiendo los valores de las variables cuantitativas de los distintos grupos mediante media, mediana y desviación Standard, realizando su representación gráfica mediante diagramas de caja (box plots).

Las comparaciones entre los dos grupos generados por el sexo, el contacto directo con los pacientes, el centro gestor (Primaria/Especializada) y el nivel profesional (Médico/Enfermería), de variables de tipo continuo como el tiempo en la profesión o las puntuaciones globales del proceso de información previo, del proceso comunicativo-deliberativo, del proceso de consentimiento, del proceso de comunicación entre profesionales y del proceso de evitación del error médico, así como la valoración de la calidad de la información entre profesionales (pregunta P53) o entre profesionales sanitarios y pacientes (pregunta P54) se realizaron con 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 se trataba de comparar entre dos grupos datos de variables de tipo discreto, como son las respuestas a los ítems de los diversos procesos o cuando la distribución de las variables en cada grupo se alejaba demasiado de la normalidad, se realizó un el **test no paramétrico de Mann-Whitney** ²⁴⁴.

Las comparaciones de las medias de las variables de tipo continua indicadas anteriormente, entre más de dos grupos generados por variables como la edad categorizada, el centro de trabajo o el servicio, se realizaron mediante un **Análisis de Varianza (ANOVA) de una vía**. Se realizaron, posteriormente, las comparaciones entre medias dos a dos, con el **test de comparaciones individuales de Tukey** para obtener qué medias diferían realmente de manera significativa.

Para el estudio de la relación entre diversas variables cualitativas y para la comparación de los correspondientes porcentajes entre los diversos grupos formados, se realizó un análisis de tablas de contingencia mediante el **test Chi-cuadrado** de

Pearson²⁴⁵, realizando a continuación el subsiguiente **análisis de residuos** mediante el que valoramos si el porcentaje de un resultado en algún grupo difería de manera significativa respecto al correspondiente porcentaje global en la muestra²⁴⁶.

Se realizó un **análisis de regresión lineal múltiple** para valorar qué variables influían en la calidad de la información entre profesionales (P53) o en la calidad de la información entre profesionales y pacientes (P54). Se introdujeron inicialmente, como posibles variables explicativas para ambos casos, la edad, el sexo, el tiempo de profesión, el centro gestor (Primaria/Especializada) y el nivel profesional (Médico/Enfermería), además de las puntuaciones del proceso de comunicación entre profesionales y de evitación del error médico, en el primer caso, o las puntuaciones de los procesos de información previo, comunicativo-deliberativo y de consentimiento en el segundo. Mediante un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*), van desapareciendo del modelo las variables que no se relacionaban significativamente, por sí solas, con la variable P53, o la P54 en su caso, quedando al final un modelo de regresión lineal múltiple en el que permanecen en las variables que, independientemente de las demás, se relacionan significativamente con esa variable de calidad¹⁸⁷.

También, hemos realizado un análisis de regresión logística multivariante para valorar qué variables pueden influir, por sí solas, en la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena ($P53 \geq 7$) y lo mismo para la calidad de la información entre profesionales sanitarios y pacientes $P54 \geq 7$). Para ello se han introducido inicialmente en el modelo de regresión logística, como posibles variables explicativas, el sexo, la edad en grupos, el nivel profesional (Médico/Enfermería), el tiempo en la profesión y el centro gestor (Primaria/Especializada), además de las puntuaciones del proceso de comunicación entre profesionales y de evitación del error médico en el primer caso o las puntuaciones de los procesos de información previo, comunicativo-deliberativo y de consentimiento en el segundo. Tras un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*) de las variables que, por sí mismas, no se relacionan significativamente con la probabilidad de que la calidad de la información sea clasificada como buena, quedaron en el modelo de regresión logística las variables que sí influyen, independientemente del valor de las demás, en dicha probabilidad²⁴⁷. 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 la calidad de la información sea clasificada como buena cuando un factor significativo, recogido en el modelo está presente, que cuando no lo está.

En todos los casos se consideró una diferencia entre grupos ó una relación entre variables como estadísticamente significativa cuando el nivel de significación P era menor de 0,05.

IV. RESULTADOS

IV.1. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE. PROCESO 1: INFORMACIÓN PREVIO AL CONSENTIMIENTO

IV.1.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR PREGUNTAS

*****PREGUNTA N° 1 ¿En su opinión, en su centro de trabajo se preocupan por proporcionar información adecuada a los pacientes para la toma de decisiones sobre su problema de salud? (P1). (Tabla 1):***

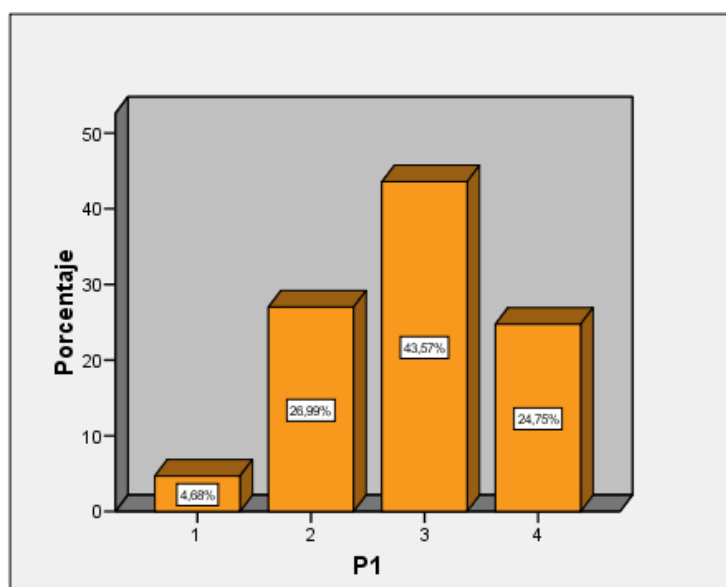


Tabla 1.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	98	565	912	518	2093	93	2186
Porcentaje	4,5	25,8	41,7	23,7	95,7	4,3	100,0
Porcentaje válido	4,7	27,0	43,6	24,7	100,0		
Porcentaje acumulado	4,7	31,7	75,3	100,0			

El 68,3 % de los encuestados están de acuerdo/muy de acuerdo en la información proporcionada a los pacientes. Al analizar esta pregunta con las variables independientes del cuestionario observamos que en relación a la profesión, los médicos están significativamente muy de acuerdo con el enunciado de esta pregunta, por el contrario el grupo de enfermería esta significativamente más en desacuerdo ($p<0,001$). Los profesionales con menos de 11 años de trabajo y los mayores de 30 años están de acuerdo/muy de acuerdo en esta pregunta, mientras que los comprendidos entre 11-30 años están muy en desacuerdo ($p<0,01$). Siguiendo con las correlaciones y el análisis de Chi-cuadrado, es estadísticamente significativo ($p<0,001$) que los profesionales de primaria están más de acuerdo con el enunciado de la pregunta que los trabajadores del sector especializada (Tabla 2).

Tabla 2.

		P1				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	14	79	180	164
		% de CENTRO GESTOR	3,2%	18,1%	41,2%	37,5%
		Residuos corregidos	-1,6	-5,0	-1,0	7,0
	Especializada	Recuento	79	474	690	334
		% de CENTRO GESTOR	5,0%	30,1%	43,8%	21,2%
		Residuos corregidos	1,6	5,0	1,0	-7,0

****PREGUNTA N° 12 ¿Suele haber interrupciones (del personal sanitario del centro) durante una consulta con el paciente? (P12). (Tabla 3):**

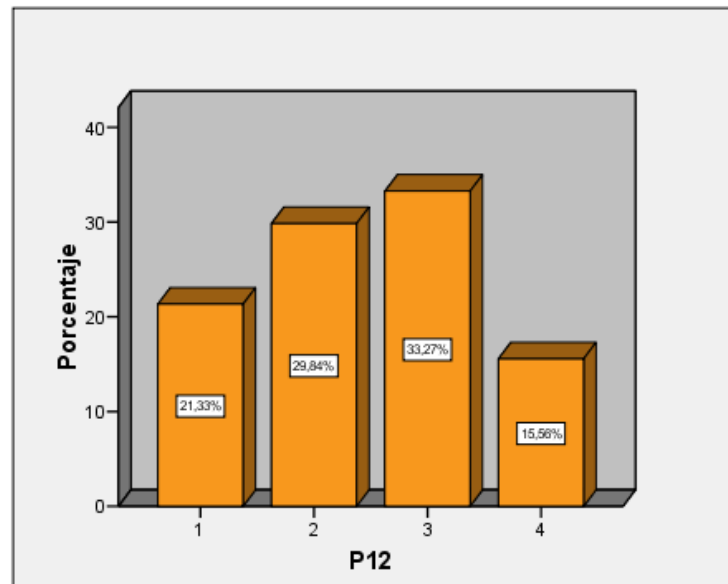


Tabla 3.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total		
Frecuencia	429	600	669	313	2011	175	2186
Porcentaje	19,6	27,4	30,6	14,3	92,0	8,0	100,0
Porcentaje válido	21,3	29,8	33,3	15,6	100,0		
Porcentaje acumulado	21,3	51,2	84,4	100,0			

Ante esta pregunta se objetiva que la población encuestada está dividida prácticamente al 50%. Algo más de la mitad de los encuestados no cree que existan interrupciones en la entrevista médica (51,2%). En esta pregunta no encontramos diferencias significativas al correlacionarla con las variables independientes.

****PREGUNTA N° 13 ¿Cuando se trata de un paciente que no demanda información, se le intenta implicar en las indicaciones terapéuticas? (P13). (Tabla 4):**

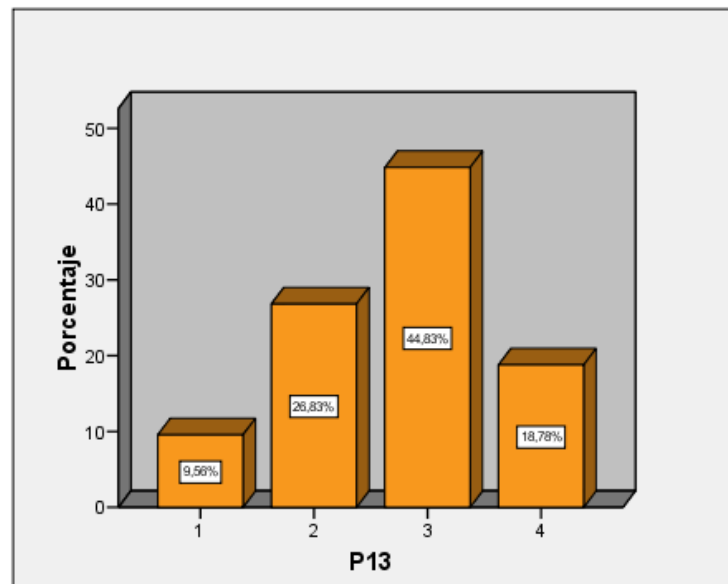


Tabla 4.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total		
Frecuencia	196	550	919	385	2050	136	2186
Porcentaje	9,0	25,2	42,0	17,6	93,8	6,2	100,0
Porcentaje válido	9,6	26,8	44,8	18,8	100,0		
Porcentaje acumulado	9,6	36,4	81,2	100,0			

Casi dos terceras partes de los encuestados (63,6%) están bastante de acuerdo en implicar a los pacientes en la pauta terapéutica necesaria para la resolución de su problema de salud. Al correlacionar esta pregunta con el centro gestor, encontramos que los profesionales de primaria si intentan implicar en la pauta terapéutica al paciente que no demanda información; por el contrario, este hecho no se sigue en el sector de especializada ($p < 0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5.

		P13				
		1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	27	91	218	109
		% de P13	14,2%	17,1%	24,8%	29,7%
		Residuos corregidos	-2,9	-3,5	2,1	3,6
	Especializada	Recuento	163	440	662	258
		% de P13	85,8%	82,9%	75,2%	70,3%
		Residuos corregidos	2,9	3,5	-2,1	-3,6

****PREGUNTA N° 14 ¿Se ha ido perdiendo la capacidad de comunicación necesaria para mantener una buena relación profesional con el paciente? (P14). (Tabla 6):**

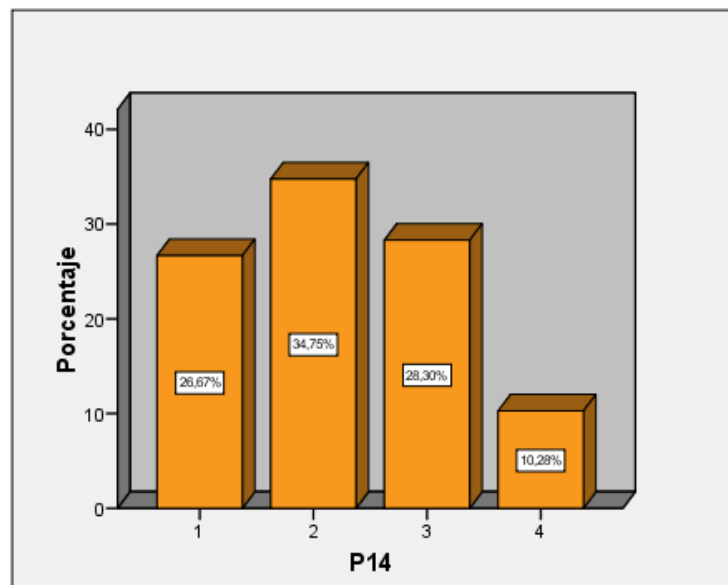


Tabla 6.

	Válidos				Perdidos	Total	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	558	727	592	215	2092	94	2186
Porcentaje	25,5	33,3	27,1	9,8	95,7	4,3	100,0
Porcentaje válido	26,7	34,8	28,3	10,3	100,0		
Porcentaje acumulado	26,7	61,4	89,7	100,0			

El 61,4% de los encuestados están poco de acuerdo o muy en desacuerdo con esta afirmación; esto es, opinan que el personal sanitario ofrece la información

necesaria para el mantenimiento de una relación adecuada entre el profesional y el paciente. Los profesionales con más de 30 años de profesión, se muestran muy de acuerdo ($p < 0,01$).

****PREGUNTA N° 15 ¿No podemos informar de la forma debida al paciente/familiar por falta de tiempo? (P15). (Tabla 7):**

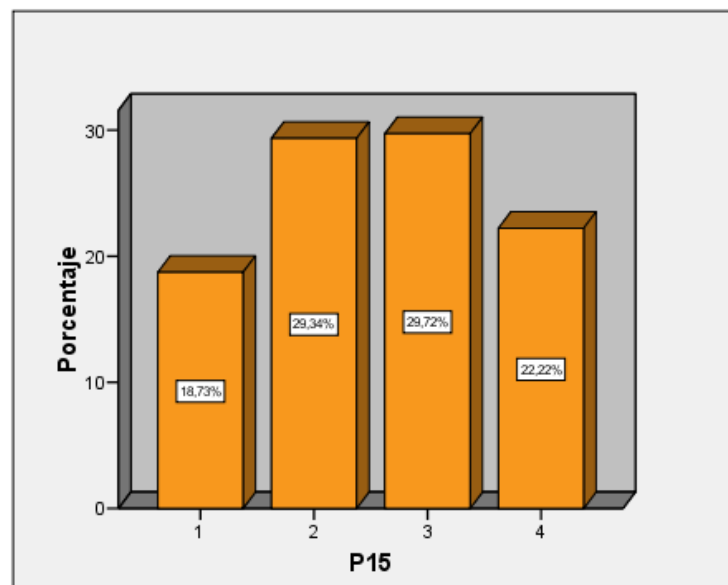


Tabla 7.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	397	622	630	471	2120	66	2186
Porcentaje	18,2	28,5	28,8	21,5	97,0	3,0	100,0
Porcentaje válido	18,7	29,3	29,7	22,2	100,0		
Porcentaje acumulado	18,7	48,1	77,8	100,0			

El 51,9% de los encuestados manifiestan que no disponen de tiempo suficiente para realizar la información al paciente y familiares de forma óptima.

****PREGUNTA N° 16 ¿El tiempo que dedico a informar a los pacientes sobre su enfermedad es suficiente? (P16). (Tabla 8):**

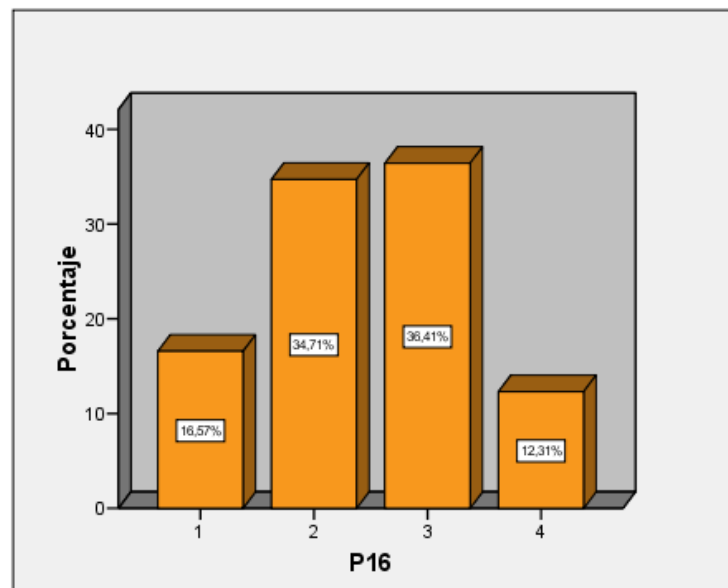


Tabla 8.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	330	691	725	245	1991	195	2186
Porcentaje	15,1	31,6	33,2	11,2	91,1	8,9	100,0
Porcentaje válido	16,6	34,7	36,4	12,3	100,0		
Porcentaje acumulado	16,6	51,3	87,7	100,0			

El enunciado de esta pregunta es bastante similar a la anterior y por tanto, las respuestas van en la misma línea. La mitad de los encuestados 48,72% opinan que el tiempo empleado en informar a los pacientes / familiares es insuficiente.

Tras el estudio de correlación Chi-cuadrado de esta pregunta con las variables independientes observamos que existen diferencias significativas en relación a la edad y su profesión. Los menores de 30 años y los mayores de 50 años están, de acuerdo o muy de acuerdo, respectivamente, en la premisa de que el tiempo dedicado a informar al paciente es suficiente. Los comprendidos entre 30 y 50 años manifiestan lo contrario ($p < 0,05$) (Tabla 9).

Los profesionales con más de 30 años de profesión están muy de acuerdo ($p < 0,001$), por el contrario el grupo entre 11-30 años de profesión lo están muy en

desacuerdo ($p < 0,05$). Los médicos encuestados manifiestan que sí disponen del tiempo suficiente para informar, sin embargo el colectivo de enfermería opina lo contrario ($p < 0,001$) (Tabla 10).

Tabla 9

		P16				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
EDAD	<= 30	Recuento	96	253	287	79
		% de P16	29,1%	36,6%	39,6%	32,2%
		Residuos corregidos	-2,8	,5	2,6	-1,3
	31-50	Recuento	183	347	343	115
		% de P16	55,5%	50,2%	47,3%	46,9%
		Residuos corregidos	2,3	,4	-1,6	-,9
	> 50	Recuento	51	91	95	51
		% de P16	15,5%	13,2%	13,1%	20,8%
		Residuos corregidos	,6	-1,2	-1,3	3,0

Tabla 10

		P16				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
PROFESIÓN	Médico	Recuento	104	163	214	82
		% de P16	33,2%	24,6%	30,9%	36,4%
		Residuos corregidos	1,5	-3,6	,8	2,3
	Farmacéutico	Recuento	3	3	5	0
		% de P16	1,0%	,5%	,7%	,0%
		Residuos corregidos	1,0	-,5	,6	-1,2
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	Recuento	206	496	474	143
		% de P16	65,8%	74,9%	68,4%	63,6%
		Residuos corregidos	-1,6	3,6	-,9	-2,1

****PREGUNTA N° 19 ¿Suelo preguntar al paciente si tiene dudas sobre lo que se le explica? (P19). (Tabla 11):**

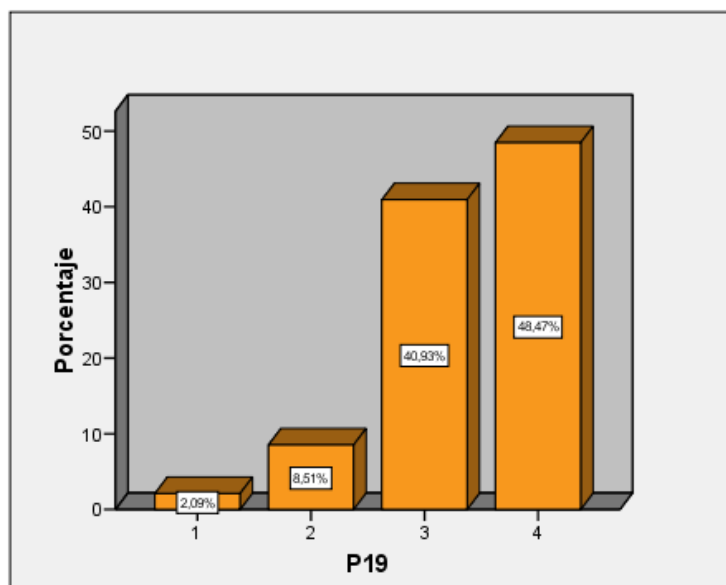


Tabla 11.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	45	183	880	1042	2150	36	2186
Porcentaje	2,1	8,4	40,3	47,7	98,4	1,6	100,0
Porcentaje válido	2,1	8,5	40,9	48,5	100,0		
Porcentaje acumulado	2,1	10,6	51,5	100,0			

El 90 % de los encuestados están de acuerdo en que preguntan a los pacientes si tienen dudas sobre las explicaciones ofrecidas sobre su proceso diagnóstico-terapéutico. No encontramos diferencias significativas en las correlaciones con ninguna de las variables independientes.

****PREGUNTA N° 20 ¿Atiendo las necesidades de información conforme van surgiendo? (P20). (Tabla 12):**

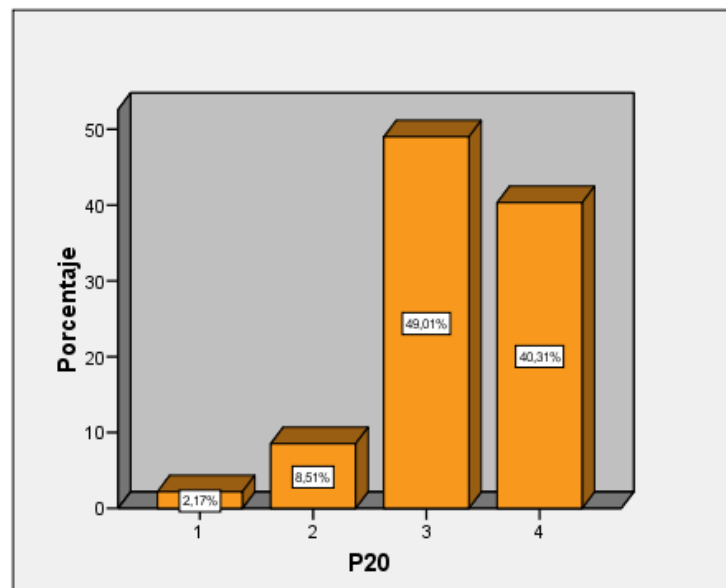


Tabla 12.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	46	180	1037	853	2116	70	2186
Porcentaje	2,1	8,2	47,4	39,0	96,8	3,2	100,0
Porcentaje válido	2,2	8,5	49,0	40,3	100,0		
Porcentaje acumulado	2,2	10,7	59,7	100,0			

El 89% de la población encuestada está de acuerdo con el enunciado de la pregunta, por lo que resuelven las dudas conforme le van surgiendo al paciente. No encontramos significaciones estadísticas en las correlaciones con las variables independientes.

****PREGUNTA N° 21 ¿Sólo informo al paciente de las alternativas terapéuticas posibles cuando se trata de casos graves? (P21). (Tabla.13):**

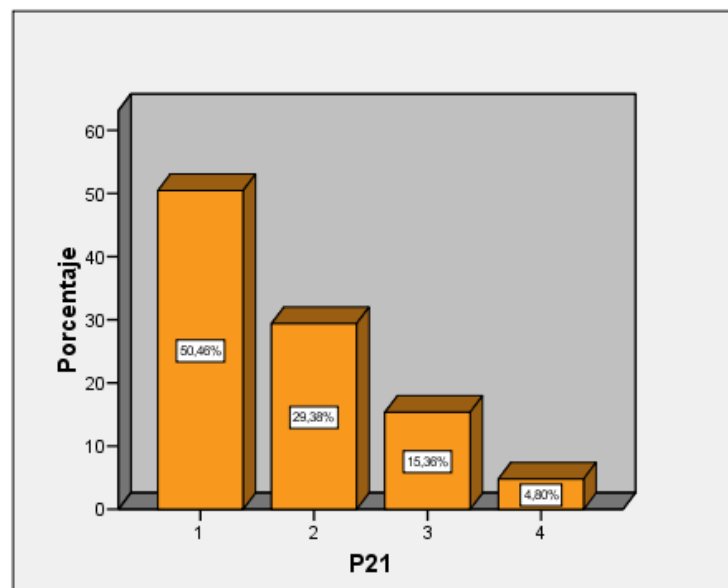


Tabla 13.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	936	545	285	89	1855	331	2186
Porcentaje	42,8	24,9	13,0	4,1	84,9	15,1	100,0
Porcentaje válido	50,5	29,4	15,4	4,8	100,0		
Porcentaje acumulado	50,5	79,8	95,2	100,0			

Según observamos en la anterior tabla y gráfica, el 20,2 % de los encuestados informan a los pacientes de las alternativas terapéuticas existentes sólo ante casos graves. El resto informa de las posibilidades de tratamiento en todos los casos. No encontramos diferencias significativas en las correlaciones con las variables independientes. Observamos que los profesionales entre 11-30 años de profesión están muy en desacuerdo ($p < 0,01$) mientras que los mayores de 30 años de ejercicio están muy de acuerdo ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 23 ¿Me preocupó de que el paciente comprenda de forma suficiente toda la información sobre los cuidados de salud en su domicilio? (P23). (Tabla 14):**

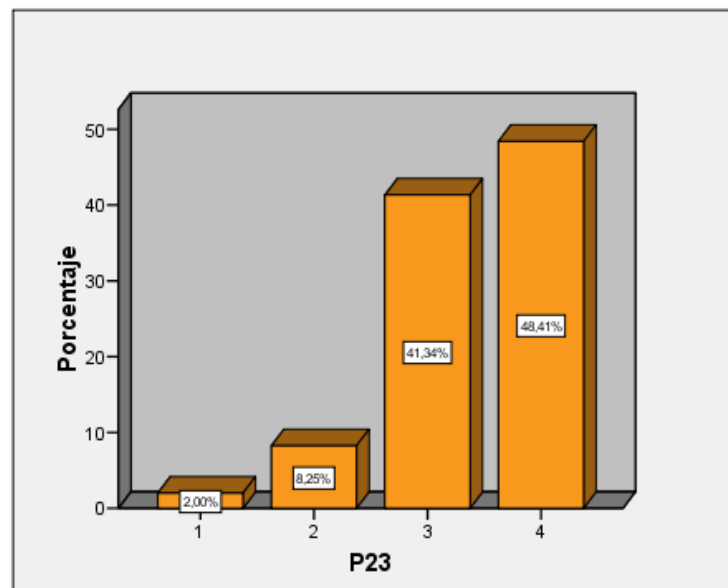


Tabla 14.

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	41	169	847	992	2049	137	2186
Porcentaje	1,9	7,7	38,7	45,4	93,7	6,3	100,0
Porcentaje válido	2,0	8,2	41,3	48,4	100,0		
Porcentaje acumulado	2,0	10,2	51,6	100,0			

La gran mayoría de los encuestados (89,75%) informan y se aseguran del entendimiento por el paciente sobre las medidas necesarias para el cuidado de la salud en su domicilio. No encontramos diferencias significativas en las correlaciones con las variables independientes.

IV.1. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE PROCESO 1: INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO

V.1.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO AGRUPADO DEL PROCESO.

En este apartado se presenta el análisis estadístico de las variables independientes en relación a todas las variables anteriores que, agrupadas, conforman el “Proceso de Información Previo”. De ahí, se nos genera la Tabla 15 con sus correspondientes gráficos de caja.

Tras el análisis de estos datos y tras el tratamiento estadístico con la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

-No se observa una diferencia significativa en el Proceso de Información global por el hecho de ser hombre o mujer.

- En relación a la Edad, solo existe diferencia significativa en el Proceso de Información entre los encuestados <30 años (9,60) y el grupo de 31-50 años (8,95) ($p<0,01$).

-Se observa una diferencia significativa en el Proceso de Información y el Contacto directo con el Paciente. Los que tienen contacto directo con el paciente desarrollan un mayor proceso de información (9,30) que los que no tienen contacto directo con el paciente (7,25) ($p<0,001$).

-No existe una diferencia significativa en el Proceso de Información en función del tipo de profesión: médico, farmacéutico o enfermero/matrona/fisioterapeuta.

-Sí se aprecia una diferencia significativa en el Proceso de Información en relación al Centro Gestor. En Atención Primaria (9,55) existe un mayor desarrollo del proceso de información que en especializada (9,04) ($p<0,03$).

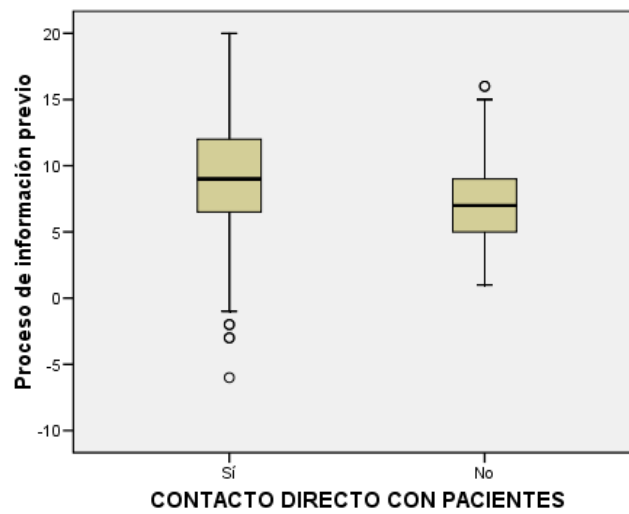
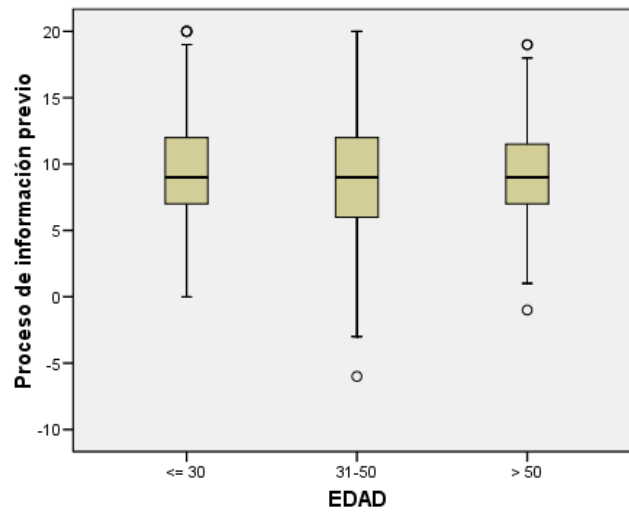
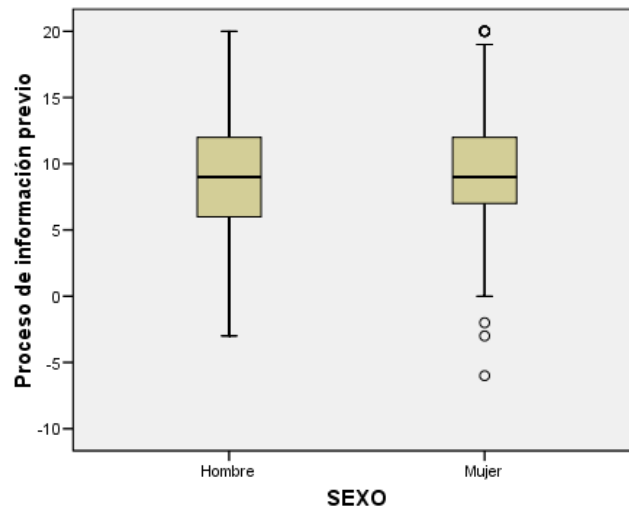
-No se observan diferencias significativas en el Proceso de Información entre las diferentes Áreas de Salud.

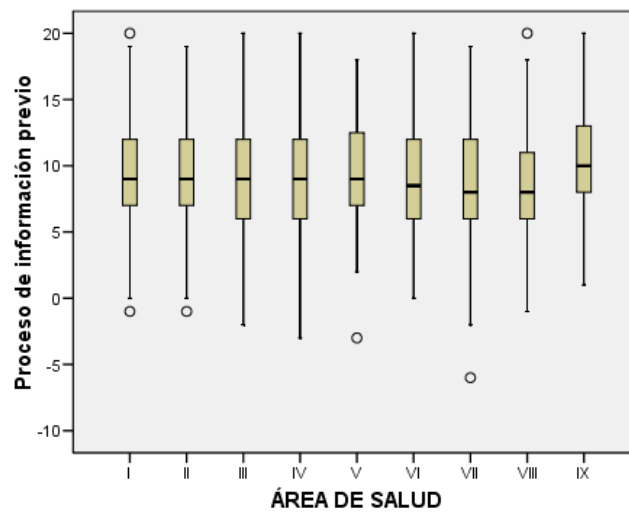
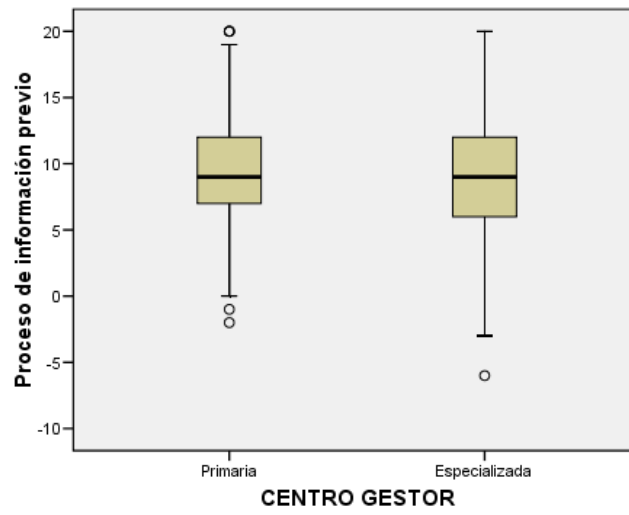
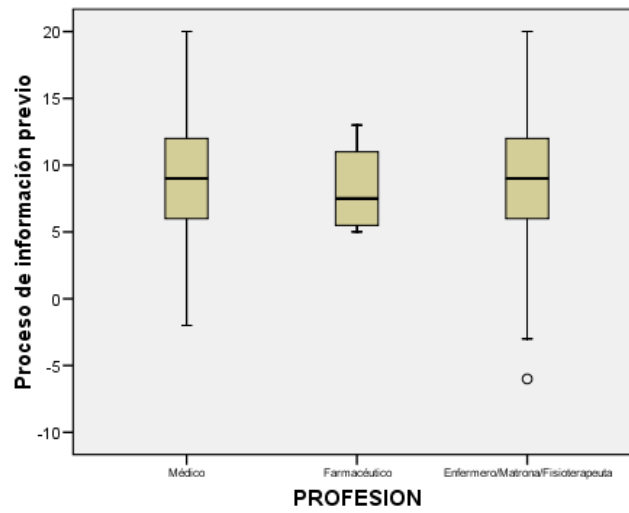
-No hay diferencias significativas en el Proceso de Información entre los diferentes Servicios o Unidades.

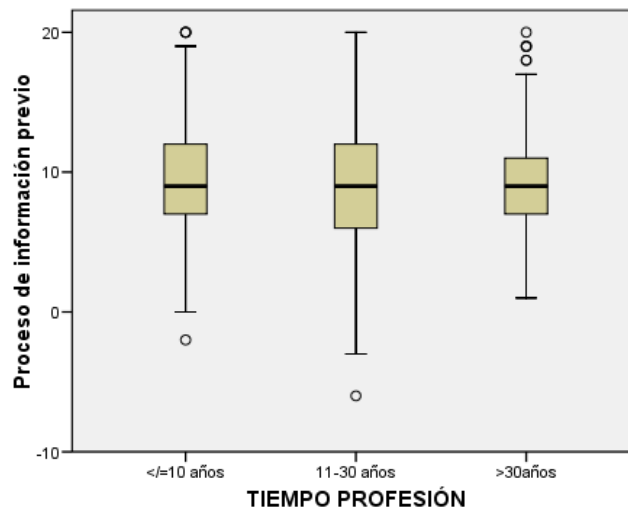
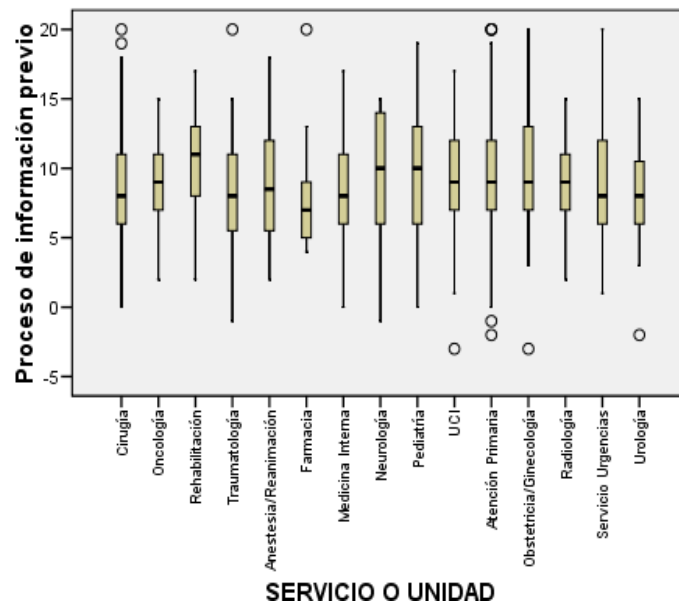
-No existen diferencias significativas en el Proceso de Información en relación al tiempo de ejercicio en la profesión.

Tabla 15. Proceso de información previo & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	520	9,14	4,149
	Mujer	1001	9,27	4,007
EDAD	<= 30	540	9,60	3,933
	31-50	770	8,95	4,188
	> 50	224	9,19	3,744
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	1467	9,30	4,047
	No	60	7,25	3,462
PROFESIÓN	Médico	494	9,30	4,051
	Farmacéutico	4	8,25	3,594
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	974	9,11	4,008
CENTRO GESTOR	Primaria	375	9,55	4,035
	Especializada	1095	9,04	3,997
ÁREA SALUD	I	230	9,55	3,825
	II	268	9,16	3,994
	III	197	9,41	4,482
	IV	111	8,90	4,208
	V	92	9,53	4,120
	VI	278	8,90	3,889
	VII	146	8,73	3,996
	VIII	82	8,40	3,823
	IX	85	10,28	3,813
SERVICIO	Cirugía	140	8,51	3,779
	Oncología	21	9,00	3,017
	Rehabilitación	26	10,54	3,669
	Traumatología	59	7,98	3,888
	Anestesia/Reanimación	56	9,00	4,174
	Farmacia	10	8,40	4,812
	Medicina Interna	159	8,56	3,511
	Neurología	25	9,48	4,584
	Pediatría	65	9,52	4,597
	UCI	68	9,43	3,771
	Atención Primaria	304	9,57	4,010
	Obstetricia/Ginecología	83	9,98	4,317
	Radiología	29	8,86	3,346
	Servicio Urgencias	160	8,79	4,072
Urología	35	7,80	3,579	
TPO. PROFESIÓN	<=10 años	345	9,52	3,851
	11-30años	916	9,14	4,211
	>30 años	264	9,09	3,721







IV.2. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE. PROCESO 2: COMUNICATIVO-DELIBERATIVO

IV.2.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR PREGUNTAS

*****PREGUNTA N° 2 ¿Las habilidades comunicativas de mis compañeros de servicio, unidad, centro de trabajo, son suficientes para proporcionar la mejor asistencia al paciente? (P2). (Tabla 16):***

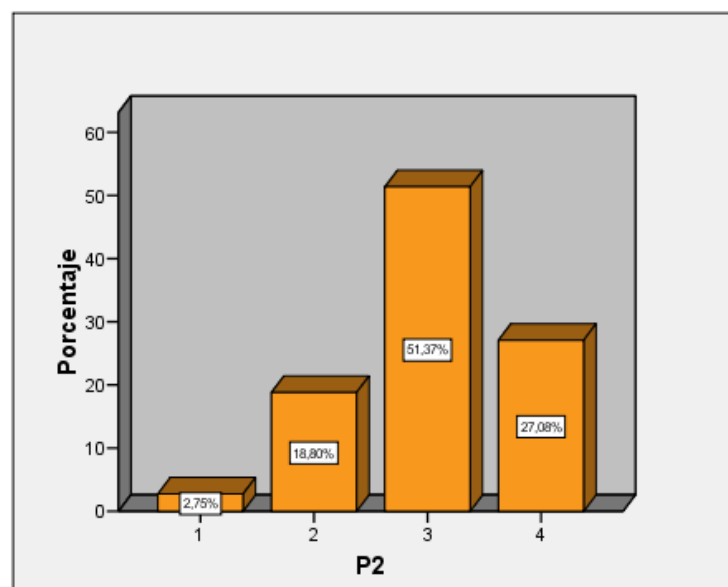


Tabla 16.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	58	397	1085	572	2112	74	2186
Porcentaje	2,7	18,2	49,6	26,2	96,6	3,4	100,0
Porcentaje válido	2,7	18,8	51,4	27,1	100,0		
Porcentaje acumulado	2,7	21,5	72,9	100,0			

Casi el 80% de los encuestados opinan que las habilidades comunicativas en su centro de trabajo son adecuadas para proporcionar la mejor asistencia al paciente. No existen diferencias por sexo. En lo que respecta a la edad, los menores de 30 años están muy de acuerdo en esta pregunta, mientras que el grupo de 30-50 años están poco de acuerdo en esta pregunta ($p < 0,01$ y $p < 0,001$ respectivamente) (Tabla 17).

Tabla 17

			P2			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
EDAD	<= 30	Recuento	18	112	398	230
		% de P2	31,0%	28,2%	36,7%	40,2%
		Residuos corregidos	-,8	-3,5	,8	2,5
	31-50	Recuento	31	226	527	259
		% de P2	53,4%	56,9%	48,6%	45,3%
		Residuos corregidos	,6	3,3	-,8	-2,3
	> 50	Recuento	9	59	160	83
		% de P2	15,5%	14,9%	14,7%	14,5%
		Residuos corregidos	,2	,1	,0	-,2

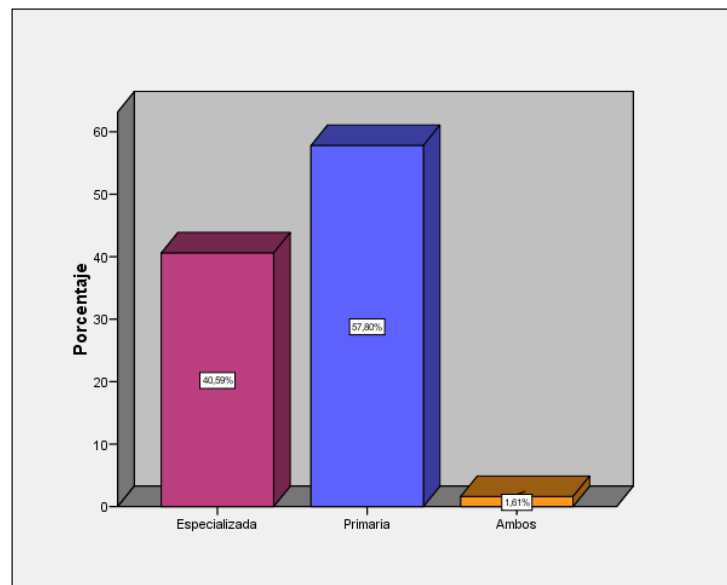
Por profesiones, los médicos están muy de acuerdo ($p < 0,01$), los farmacéuticos muy en desacuerdo ($p < 0,001$) y los enfermeros están poco de acuerdo en el enunciado ($p < 0,01$) (Tabla 18)

Tabla 18

			P2			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Profesión	Médico	Recuento	11	83	291	173
		% de P2	21,6%	22,0%	28,5%	32,8%
		Residuos corregidos	-1,1	-3,0	,3	2,7
	Farmacéutico	Recuento	3	5	7	4
		% de P2	5,9%	1,3%	,7%	,8%
		Residuos corregidos	3,7	,8	-1,3	-,6
	Enfermero/Matrona /Fisioterapeuta	Recuento	37	290	723	351
		% de P2	72,5%	76,7%	70,8%	66,5%
		Residuos corregidos	,3	2,8	,0	-2,6

No existen diferencias significativas ni con la variable “contacto directo con pacientes” ni con el centro gestor ni en relación al Servicio. Según el Área de Salud, el área II está poco de acuerdo y las áreas VIII y IX están muy de acuerdo ($p < 0,05$).

****PREGUNTA N° 3 ¿Dónde se maneja mejor la comunicación con el paciente? (P3):**

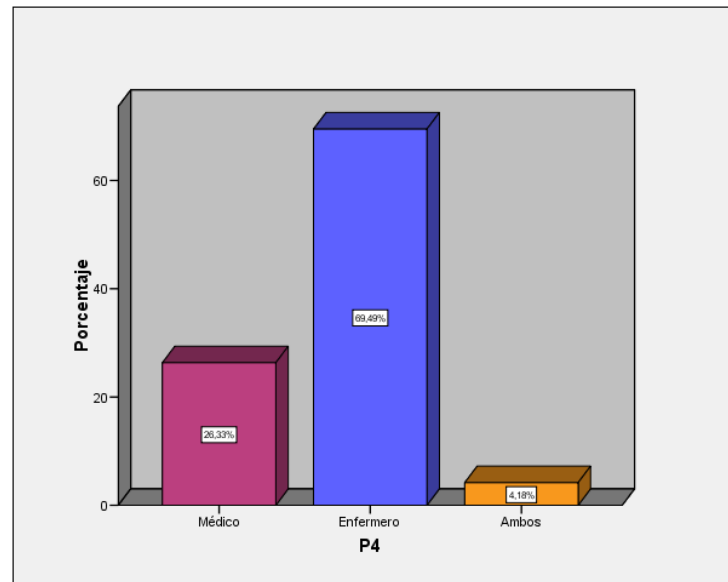


Tras el análisis estadístico de esta pregunta llama la atención que aunque la mayoría de los profesionales del Centro Gestor Especializada opinan que la comunicación con el paciente se maneja mejor en Atención Especializada, el 47% (693 de 1465 encuestados) de ellos opina que se maneja mejor en Atención Primaria ($p < 0,001$) (Tabla 19). No existen diferencias significativas con el resto de las variables independientes.

Tabla 19

		P3			Total	
			Especializada	Primaria	Ambos	
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	14	429	5	448
		Residuos tipificados	-12,3	10,3	-,8	
	Especializada	Recuento	747	693	25	1465
		Residuos tipificados	6,8	-5,7	,4	

****PREGUNTA N° En Atención Primaria, ¿quién maneja mejor la comunicación con el paciente? (P4):**

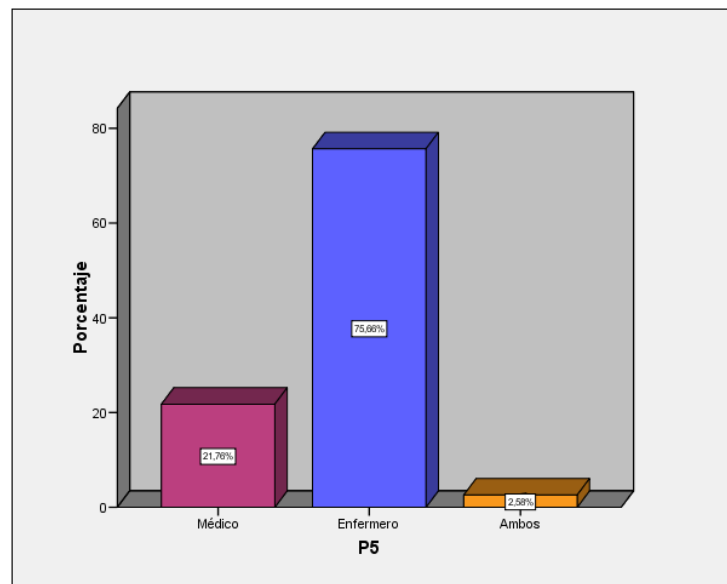


Se observan las siguientes diferencias estadísticas con las variables independientes: los varones mayores de 50 años y más tiempo de profesión opinan que son los médicos los que mejor manejan la comunicación con el paciente ($p < 0,001$); tras el estudio de la variable Centro Gestor, observamos que los trabajadores de Atención Primaria opinan que el médico maneja mejor la comunicación con el paciente; por el contrario, los trabajadores de Atención Especializada opinan que la manejan mejor los enfermeros ($p < 0,001$) (Tabla 20).

Tabla 20

		P4			Total	
			Médico	Enfermero	Ambos	Médico
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	155	227	52	434
		Residuos tipificados	3,9	-4,3	7,7	
	Especializada	Recuento	311	1019	25	1355
		Residuos tipificados	-2,2	2,5	-4,4	

****PREGUNTA N° 5 En Atención Especializada, ¿quién maneja mejor la comunicación con el paciente? (P5):**



Analizando estos datos observamos que mayoritariamente son los enfermeros quienes manejan mejor la comunicación con los pacientes (75,66%). Tras el estudio estadístico con las variables independientes solo destaca el hecho de que para los varones es significativo el hecho de que son los médicos quienes manejan mejor la información en el sector Especializada; por el contrario, para las mujeres es el colectivo de enfermería quien maneja mejor la información (Tabla 21):.

Tabla 21

			P5		
			Médico	Enfermero	Ambos
SEXO	Hombre	Recuento	215	386	22
		Residuos tipificados	6,8	-3,9	1,4
	Mujer	Recuento	212	1095	29
		Residuos tipificados	-4,6	2,7	-1,0

****PREGUNTA N° 6 ¿Sus compañeros de unidad, servicio, centro de trabajo, suelen esforzarse en mantener una buena comunicación con el paciente? (P6). (Tabla 22):**

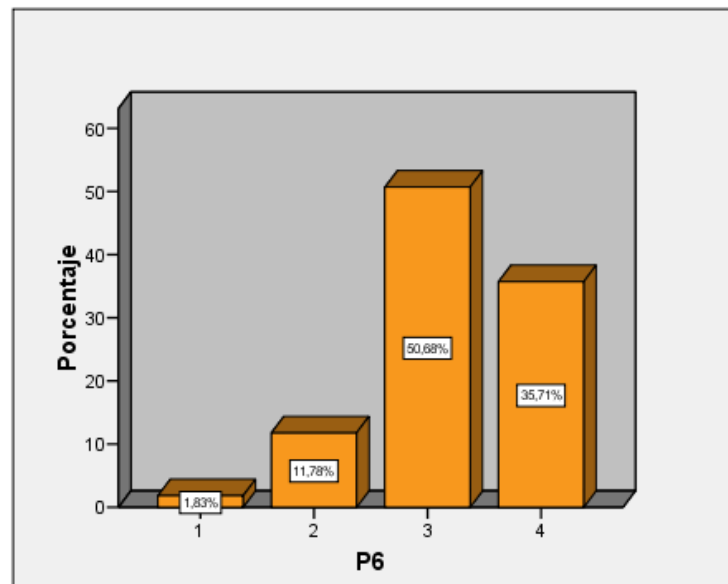


Tabla 22.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	39	251	1080	761	2131	55	2186
Porcentaje	1,8	11,5	49,4	34,8	97,5	2,5	100,0
Porcentaje válido	1,8	11,8	50,7	35,7	100,0		
Porcentaje acumulado	1,8	13,6	64,3	100,0			

Al igual que en la pregunta anterior, el 86 % de los encuestados están “de acuerdo” o “muy de acuerdo” en el hecho de que sus compañeros de trabajo se esfuerzan por mantener una buena comunicación con los pacientes. En esta pregunta no encontramos diferencias significativas con ninguna de las variables independientes.

****PREGUNTA N° 17 ¿Mis habilidades comunicativas son suficientes para proporcionar la mejor atención al paciente? (P17). (Tabla 23):**

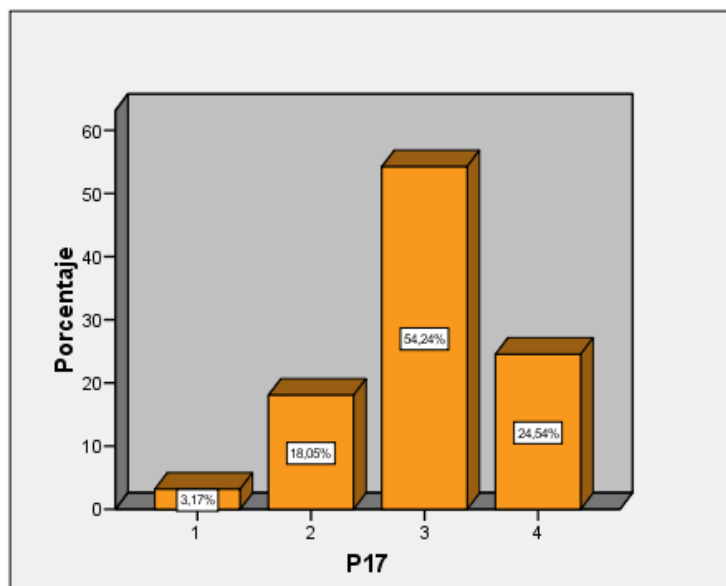


Tabla 23.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	67	381	1145	518	2111	75	2186
Porcentaje	3,1	17,4	52,4	23,7	96,6	3,4	100,0
Porcentaje válido	3,2	18,0	54,2	24,5	100,0		
Porcentaje acumulado	3,2	21,2	75,5	100,0			

El 78,7 % de los encuestados opinan que poseen suficientes habilidades comunicativas para prestar una buena atención al paciente. Los varones están muy de acuerdo ($p < 0,001$) y las mujeres poco de acuerdo ($p < 0,01$) (Tabla 24). Los menores de 30 años y los mayores de 50 están significativamente más de acuerdo que el grupo de 30-50 años que confían poco en sus habilidades comunicativas ($p < 0,05$) (Tabla 25).

Tabla 24

		P17				
		1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	
SEXO	Hombre	Recuento	16	104	361	204
		% de P17	24,2%	27,4%	31,8%	39,9%
		Residuos corregidos	-1,5	-2,5	-1,0	4,0
	Mujer	Recuento	50	276	776	307
		% de P17	75,8%	72,6%	68,2%	60,1%
		Residuos corregidos	1,5	2,5	1,0	-4,0

Tabla 25

		P17				
		1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	
EDAD	<= 30	Recuento	19	149	428	150
		% de P17	28,4%	39,1%	37,4%	29,0%
		Residuos corregidos	-1,2	1,7	2,1	-3,5
	31-50	Recuento	43	189	544	275
		% de P17	64,2%	49,6%	47,5%	53,1%
		Residuos corregidos	2,4	-,1	-2,3	1,7
	> 50	Recuento	5	43	173	93
		% de P17	7,5%	11,3%	15,1%	18,0%
		Residuos corregidos	-1,7	-2,2	,3	2,3

Es de destacar que los médicos están totalmente de acuerdo con este enunciado, sin embargo enfermería considera que no tiene suficientes habilidades comunicativas para la atención al paciente ($p < 0,01$) (Tabla 26).

Según el Centro Gestor, los trabajadores de primaria piensan que sí tienen suficientes habilidades comunicativas, mientras que en especializada opinan estar poco de acuerdo en esta afirmación ($p < 0,01$). El Área de Salud VI se considera con escasez de habilidades comunicativas ($p < 0,01$).

Los que llevan menos de 30 años en la profesión están en desacuerdo / muy desacuerdo con el enunciado ($p < 0,01$) (Tabla 27).

Tabla 26

		P17				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Profesión	Médico	Recuento	9	80	315	167
		% de P17	13,6%	22,0%	28,8%	36,3%
		Residuos corregidos	-2,8	-3,1	,0	4,1
	Farmacéutico	Recuento	1	6	10	1
		% de P17	1,5%	1,7%	,9%	,2%
		Residuos corregidos	,5	1,7	,0	-1,8
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	Recuento	56	277	769	292
		% de P17	84,8%	76,3%	70,3%	63,5%
		Residuos corregidos	2,6	2,8	,0	-3,7

Tabla 27

		P17				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Tiempo en la profesión	<=10 años	Recuento	12	107	268	93
		% de P17	17,9%	28,5%	23,5%	18,0%
		Residuos corregidos	-1,0	2,8	,8	-3,0
	11-30 años	Recuento	50	222	668	305
		% de P17	74,6%	59,0%	58,6%	59,1%
		Residuos corregidos	2,6	-,1	-,7	-,1
	>30años	Recuento	5	47	203	118
		% de P17	7,5%	12,5%	17,8%	22,9%
		Residuos corregidos	-2,2	-3,0	,1	3,5

****PREGUNTA N° 18 ¿Suelo adecuar la comunicación que mantengo con el paciente según su edad y nivel cultural? (P18). (Tabla.28):**

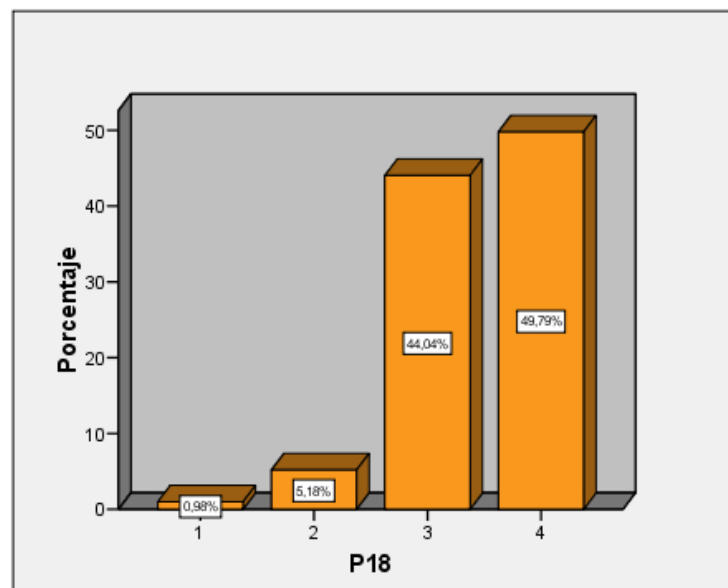


Tabla 28.

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	21	111	943	1066	2141	45	2186
Porcentaje	1,0	5,1	43,1	48,8	97,9	2,1	100,0
Porcentaje válido	1,0	5,2	44,0	49,8	100,0		
Porcentaje acumulado	1,0	6,2	50,2	100,0			

La gran mayoría de los encuestados (93,83%) están de acuerdo o muy de acuerdo en afirmar que adecuan su proceso comunicativo en virtud de la edad y el nivel cultural del paciente. No existen diferencias significativas con ninguna de las variables independientes.

****PREGUNTA N° 22 ¿Si tengo que proporcionar una información sensible, planifico previamente el contenido de lo que quiero transmitir y el modo en que lo voy a comunicar? (P22). (Tabla 29):**

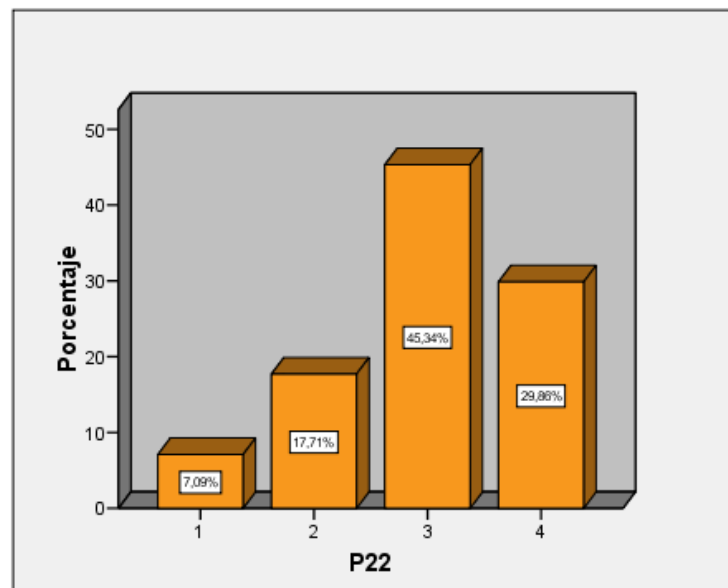


Tabla 29

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	143	357	914	602	2016	170	2186
Porcentaje	6,5	16,3	41,8	27,5	92,2	7,8	100,0
Porcentaje válido	7,1	17,7	45,3	29,9	100,0		
Porcentaje acumulado	7,1	24,8	70,1	100,0			

En relación a esta pregunta, llama la atención que una cuarta parte de los encuestados (24,8%) no planifican previamente la información a proporcionar a sus pacientes, ante procesos médicos más delicados o sensibles. Son los varones, en relación a las mujeres, quienes planifican poco la información en estas situaciones ($p < 0,01$) (Tabla 30). Con el resto de las variables independientes no encontramos diferencias significativas.

Tabla 30

			P22			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
SEXO	Hombre	Recuento	59	138	293	172
		% de P22	41,5%	38,8%	32,3%	28,9%
		Residuos corregidos	2,2	2,5	-,7	-2,6
	Mujer	Recuento	83	218	614	423
		% de P22	58,5%	61,2%	67,7%	71,1%
		Residuos corregidos	-2,2	-2,5	,7	2,6

IV.2. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE

PROCESO 2: COMUNICATIVO-DELIBERATIVO

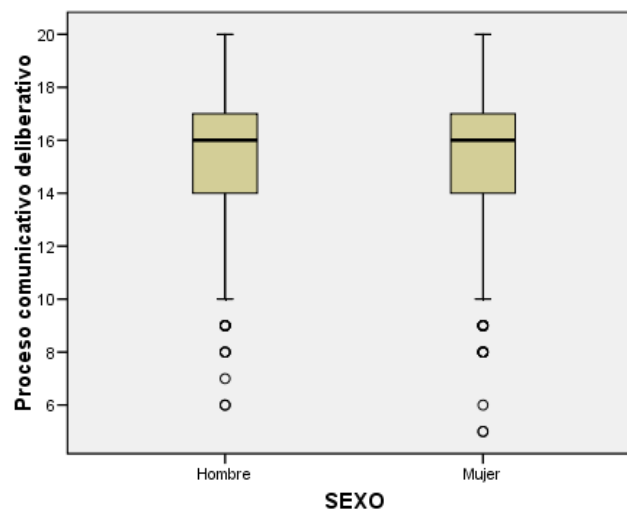
IV.2.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO AGRUPADO DEL PROCESO.

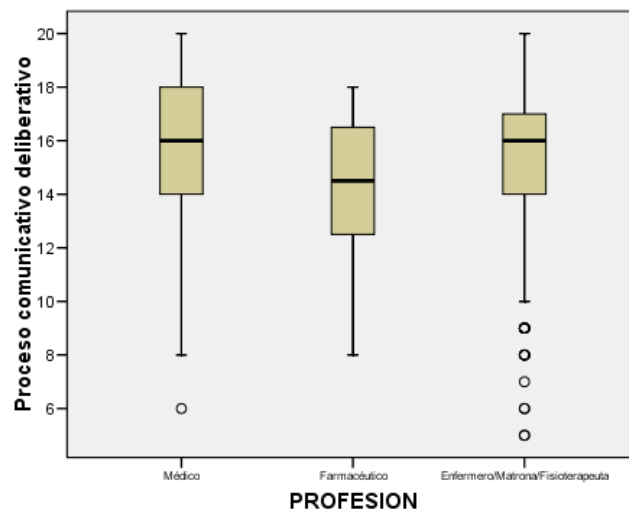
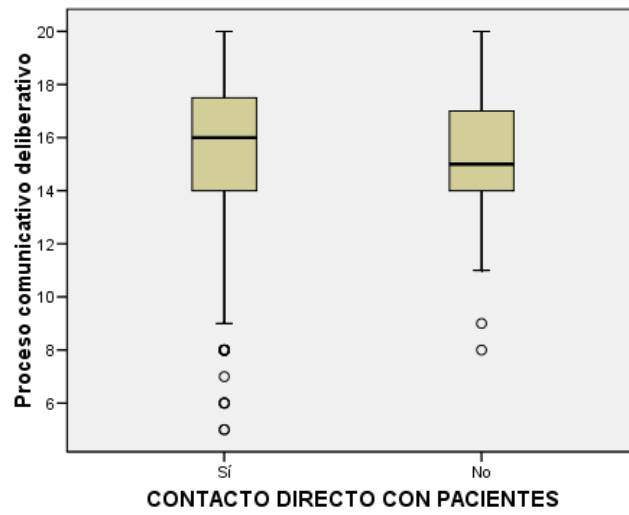
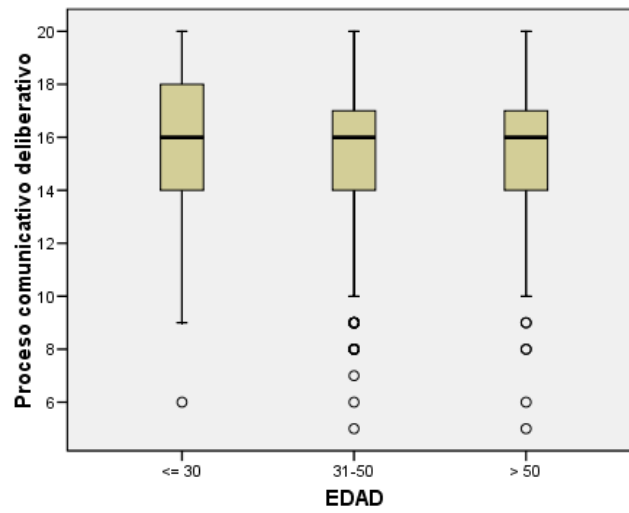
En este apartado nos disponemos a presentar el análisis estadístico de las variables independientes en relación a todas las variables anteriores que, agrupadas, conforman el “Proceso Comunicativo-Deliberativo”. Los resultados se muestran en la Tabla 31, y en sus correspondientes gráficos de caja.

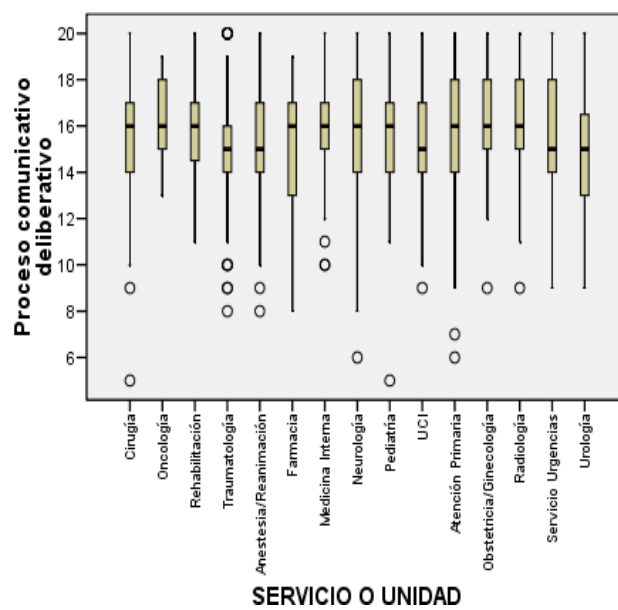
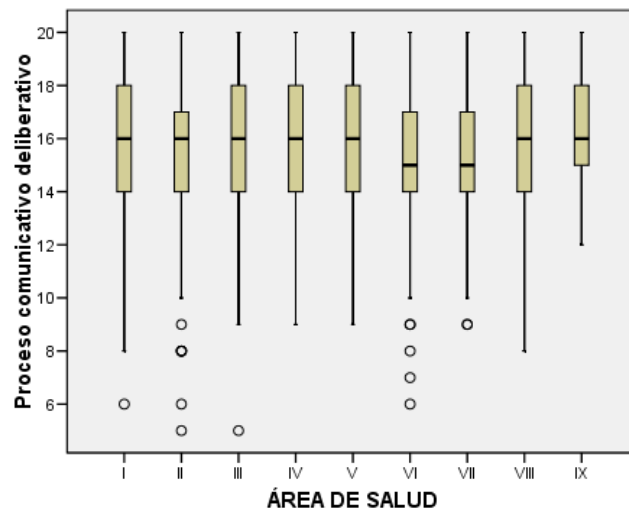
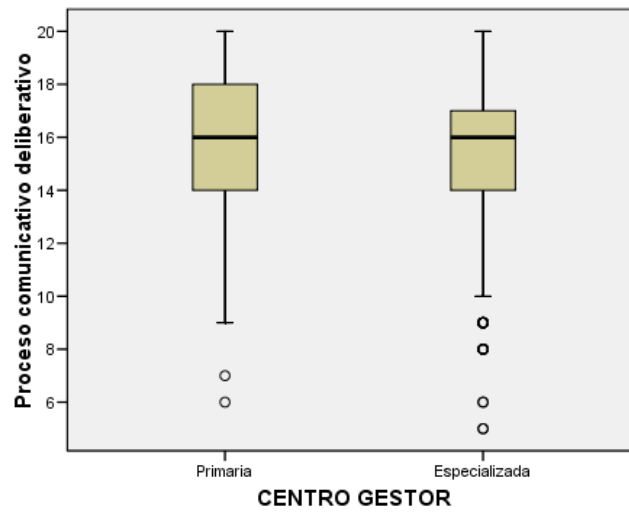
Tabla 31. Proceso comunicativo-deliberativo & Variables independientes

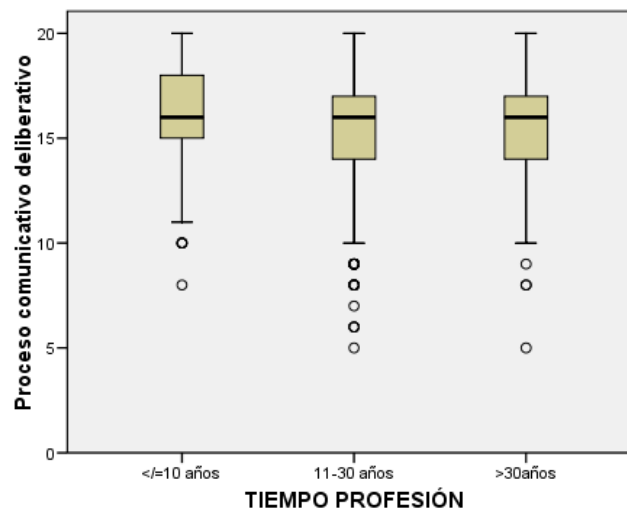
	N	MEDIA	DESV. TIP.
--	---	-------	------------

SEXO	Hombre	629	15,66	2,564
	Mujer	1259	15,69	2,446
EDAD	<= 30	676	15,82	2,333
	31-50	937	15,58	2,555
	> 50	289	15,69	2,590
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	1812	15,71	2,479
	No	84	15,15	2,447
PROFESIÓN	Médico	537	15,86	2,499
	Farmacéutico	12	14,25	3,019
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	1256	15,58	2,466
CENTRO GESTOR	Primaria	412	15,82	2,482
	Especializada	1417	15,65	2,481
ÁREA SALUD	I	278	15,81	278
	II	346	15,60	2,604
	III	245	15,91	2,466
	IV	132	15,64	2,560
	V	116	15,97	2,535
	VI	347	15,23	2,475
	VII	193	15,60	2,285
	VIII	100	15,99	2,521
	IX	90	16,28	1,890
SERVICIO	Cirugía	172	15,53	2,777
	Oncología	27	16,33	1,732
	Rehabilitación	39	15,90	2,137
	Traumatología	67	14,84	2,706
	Anestesia/Reanimación	83	15,13	2,570
	Farmacia	18	14,94	2,980
	Medicina Interna	190	15,92	2,053
	Neurología	37	15,76	3,059
	Pediatría	70	15,56	2,690
	UCI	88	15,20	2,250
	Atención Primaria	337	15,69	2,575
	Obstetricia/Ginecología	104	16,32	2,411
	Radiología	51	16,00	2,506
	Servicio Urgencias	189	15,75	2,421
	Urología	43	14,86	2,346
TPO. PROFESIÓN	<=10 años	434	15,85	2,257
	11-30años	1122	15,63	2,551
	>30 años	333	15,67	2,537









Tras el análisis de estos datos y tras su tratamiento estadístico con la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, podemos afirmar que no existen diferencias significativas entre el Proceso Comunicativo-Deliberativo y todas y cada una de las variables independientes.

IV.3. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE.

PROCESO 3: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

IV.3.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR PREGUNTAS

*****PREGUNTA N° 7 ¿El paciente conoce en todo momento lo que le ocurre, en qué va a consistir el tratamiento y si existen o no otras alternativas? (P7). (Tabla 32):***

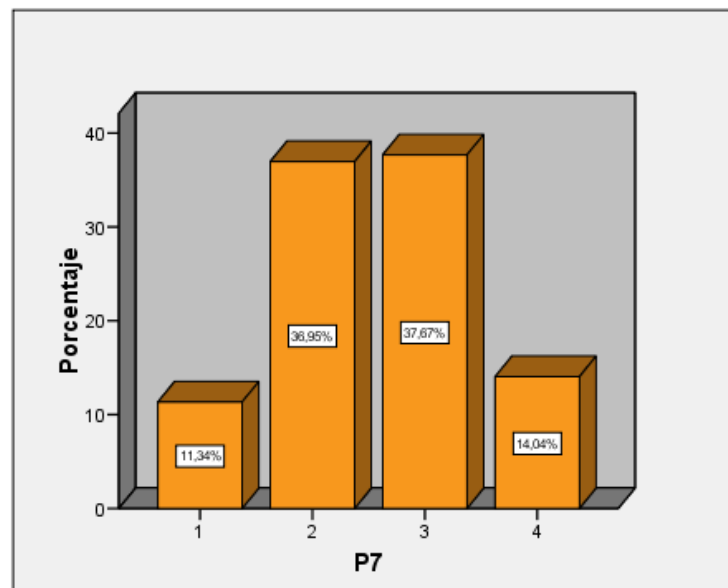


Tabla 32

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	239	779	794	296	2108	78	2186
Porcentaje	10,9	35,6	36,3	13,5	96,4	3,6	100,0
Porcentaje válido	11,3	37,0	37,7	14,0	100,0		
Porcentaje acumulado	11,3	48,3	86,0	100,0			

Como se observa, la muestra de estudio se encuentra prácticamente repartida entre dos grandes opciones (de acuerdo y en desacuerdo). Sí se observa un porcentaje mayor en el grupo de sujetos que se encuentran muy de acuerdo frente al de muy en desacuerdo. Destaca que el grupo de 30-50 años está más en desacuerdo con esta pregunta ($p < 0,02$). Los médicos están mayoritariamente muy de acuerdo en la afirmación que el paciente conoce en todo momento su proceso diagnóstico y las alternativas terapéuticas; por el contrario, enfermería está más en desacuerdo o total desacuerdo en esta afirmación ($p < 0,001$) (Tabla 33).

Se denota una polaridad franca y evidente en la opinión en esta cuestión entre los profesionales que desarrollan su actividad en Primaria (muy de acuerdo en el

enunciado) y en Especializada (en desacuerdo con el enunciado), como apreciamos en la tabla 34 ($p < 0,001$).

Por último, señalar que los profesionales que llevan menos de 11 años de ejercicio profesional opinan mayoritariamente, que los pacientes tienen una adecuada información sobre el tratamiento que van a recibir y sus alternativas ($p < 0,001$) frente al resto de los grupos de edad ($p < 0,01$).

Tabla 33.

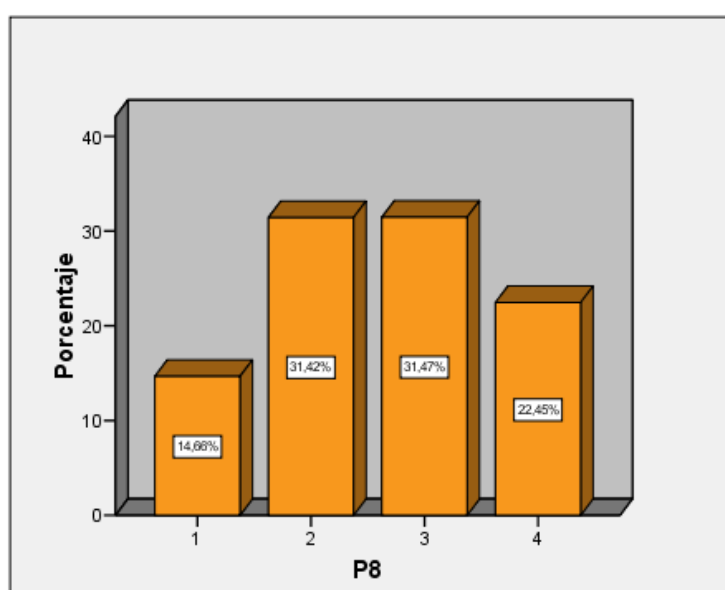
		P7				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Profesión	Médico	Recuento	40	176	235	114
		% de P7	17,7%	23,8%	31,4%	42,9%
		Residuos corregidos	-3,8	-3,6	2,2	5,6
	Farmacéutico	Recuento	3	10	3	1
		% de P7	1,3%	1,3%	,4%	,4%
		Residuos corregidos	,8	1,8	-1,7	-,9
	Enfermero/Mat rona/ Fisioterapeuta	Recuento	183	555	511	151
		% de P7	81,0%	74,9%	68,2%	56,8%
		Residuos corregidos	3,6	3,2	-1,8	-5,3

Tabla 34.

		P7				
			1	2	3	4
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	23	144	191	83
		% de P7	10,0%	19,1%	25,3%	29,0%
		Residuos corregidos	-4,6	-2,3	3,0	3,2
	Especializada	Recuento	206	610	564	203
		% de P7	90,0%	80,9%	74,7%	71,0%
		Residuos	4,6	2,3	-3,0	-3,2

		corregidos				
--	--	------------	--	--	--	--

****PREGUNTA N° 8 ¿El paciente puede cuestionar con total libertad las decisiones de su médico sobre pruebas diagnósticas y tratamiento? (P8). (Tabla 35):**



Analizando estos datos apreciamos que los varones ($p < 0,001$) (Tabla 36), los médicos ($p < 0,001$) (Tabla 37) y los profesionales de Primaria ($p < 0,001$) (Tabla 38) están de acuerdo/muy de acuerdo en afirmar que el paciente puede cuestionar con total libertad las decisiones de su médico sobre pruebas diagnósticas y tratamiento.

Tabla 35

	Válidos	Perdidos	Total
--	---------	----------	-------

	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	301	645	646	461	2053	133	2186
Porcentaje	13,8	29,5	29,6	21,1	93,9	6,1	100,0
Porcentaje válido	14,7	31,4	31,5	22,5	100,0		
Porcentaje acumulado	14,7	46,1	77,5	100,0			

Tabla 36

		P8				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De Acuerdo	4: Muy de acuerdo
SEXO	Hombre	Recuento	77	190	222	177
		% de P8	25,9%	29,6%	34,6%	38,8%
		Residuos corregidos	-2,7	-2,0	1,2	3,1
	Mujer	Recuento	220	451	419	279
		% de P8	74,1%	70,4%	65,4%	61,2%
		Residuos corregidos	2,7	2,0	-1,2	-3,1

Tabla 37

		P8				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De Acuerdo	4: Muy de acuerdo
PROFESIÓN	Médico	Recuento	37	132	220	183
		% de P8	13,2%	21,4%	35,9%	43,4%
		Residuos corregidos	-6,5	-5,4	4,1	7,0
	Farmacéutico	Recuento	3	8	2	1
		% de P8	1,1%	1,3%	,3%	,2%
		Residuos corregidos	,7	2,0	-1,4	-1,3
	Enfermero/Matro	Recuento	241	476	391	238

	na/Fisioterapeuta					
		% de P8	85,8%	77,3%	63,8%	56,4%
		Residuos corregidos	6,3	5,0	-3,8	-6,7

Tabla 38

		P8				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De Acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	43	119	141	129
		% de P8	15,0%	19,2%	22,8%	28,8%
		Residuos corregidos	-3,0	-2,0	,7	4,0
	Especializada	Recuento	243	501	477	319
		% de P8	85,0%	80,8%	77,2%	71,2%
		Residuos corregidos	3,0	2,0	-,7	-4,0

****PREGUNTA N° 9 ¿Se pregunta de forma suficiente para conocer las preferencias del paciente ante un problema de salud? (P9). (Tabla 39):**

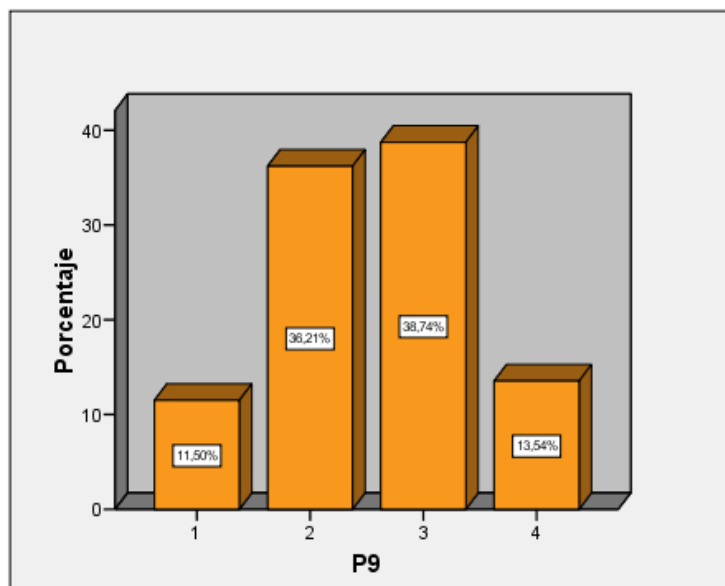


Tabla 39

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	237	746	798	279	2060	126	2186
Porcentaje	10,8	34,1	36,5	12,8	94,2	5,8	100,0
Porcentaje válido	11,5	36,2	38,7	13,5	100,0		
Porcentaje acumulado	11,5	47,7	86,5	100,0			

Existen pocas diferencias por edad o sexo; sí que existe una potente diferencia significativa por profesión (médicos de acuerdo/muy de acuerdo; enfermería desacuerdo/muy en desacuerdo) ($p < 0,001$) (Tabla 40). También, entre los profesionales de Primaria existe un porcentaje mayor que están de acuerdo/muy de acuerdo significativamente en relación con Especializada (desacuerdo/muy en desacuerdo) ($p < 0,001$) (Tabla 41).

Tabla 40

		P9
--	--	----

			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
PROFESIÓN	Médico	Recuento	29	170	257	113
		% de P9	12,9%	23,8%	34,1%	45,4%
		Residuos corregidos	-5,7	-4,1	3,7	6,0
	Farmacéutico	Recuento	2	8	2	0
		% de P9	,9%	1,1%	,3%	,0%
		Residuos corregidos	,6	2,1	-1,6	-1,3
	Enfermero/Matrona/ Fisioterapeuta	Recuento	193	537	494	136
		% de P9	86,2%	75,1%	65,6%	54,6%
		Residuos corregidos	5,6	3,7	-3,4	-5,7

Tabla 41

			P9			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	33	120	204	86
		% de P9	14,4%	16,4%	27,1%	32,7%
		Residuos corregidos	-3,1	-4,9	3,9	4,3
	Especializada	Recuento	196	610	549	177
		% de P9	85,6%	83,6%	72,9%	67,3%
		Residuos corregidos	3,1	4,9	-3,9	-4,3

****PREGUNTA N° 10 ¿Se averigua y consulta la existencia del Documento de Instrucciones Previas? (P10). (Tabla 42):**

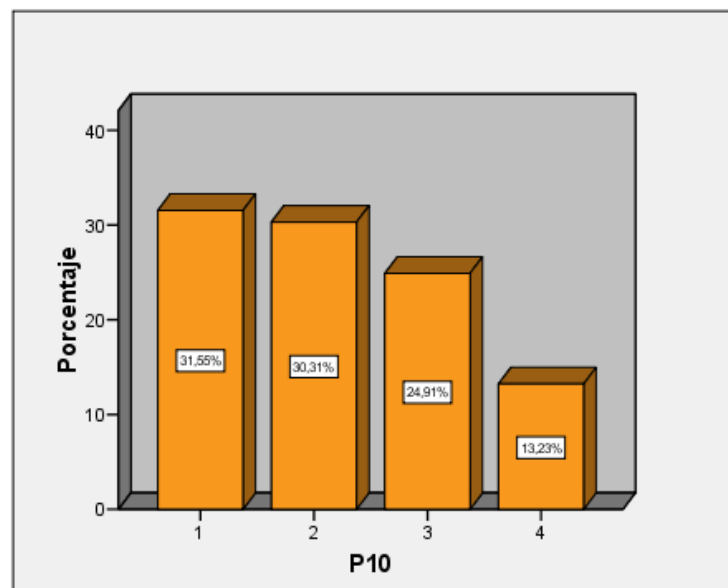


Tabla 42

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	508	488	401	213	1610	576	2186
Porcentaje	23,2	22,3	18,3	9,7	73,7	26,3	100,0
Porcentaje válido	31,6	30,3	24,9	13,2	100,0		
Porcentaje acumulado	31,6	61,9	86,8	100,0			

En primer lugar hay que destacar que el 26,3% de los encuestados han respondido la opción no sabe/no contesta.

El 61,87 % de la población encuestada está en desacuerdo/muy en desacuerdo en averiguar si el paciente ha realizado un Documento de Instrucciones Previas. En los profesionales menores de 30 años y con menos de 10 años de ejercicio profesional si hay mayor porcentaje que preguntan al paciente sobre esta cuestión ($p < 0,001$). Los médicos y los profesionales de Primaria cuestionan menos al paciente sobre la existencia de este documento ($p < 0,001$).

Por último, en el Área de Salud IX hay mayor número de profesionales que averiguan la existencia de este documento con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 11 ¿Se prefiere en su centro de trabajo un paciente que ceda toda la responsabilidad al personal sanitario sobre las decisiones a tomar? (P11). (Tabla 43):**

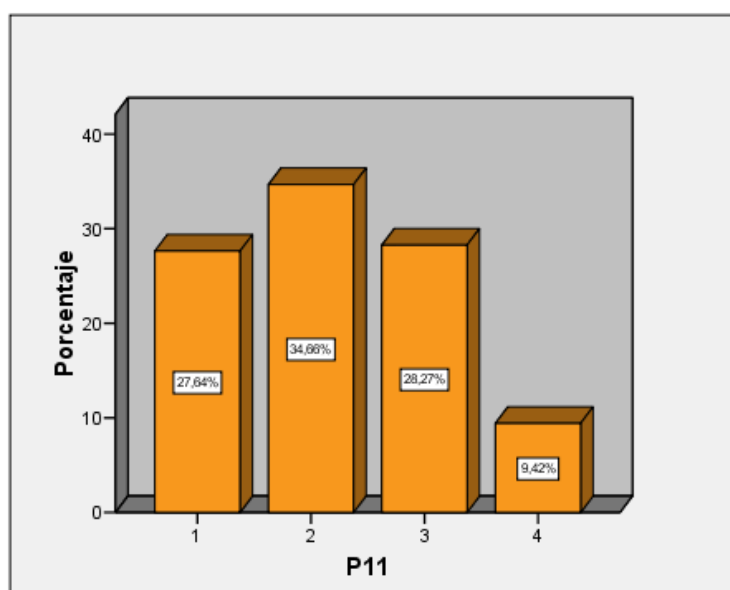


Tabla 43

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	519	651	531	177	1878	308	2186
Porcentaje	23,7	29,8	24,3	8,1	85,9	14,1	100,0
Porcentaje válido	27,6	34,7	28,3	9,4	100,0		
Porcentaje acumulado	27,6	62,3	90,6	100,0			

Mientras que los varones están de acuerdo, las mujeres están significativamente más en desacuerdo ($p < 0,001$). Con el resto de las variables independientes no existen diferencias significativas (Tabla 44).

Tabla 44

			P11			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
SEXO	Hombre	Recuento	136	216	208	67
		% de P11	26,5%	33,3%	39,5%	38,5%
		Residuos corregidos	-4,0	-,2	3,4	1,4
	Mujer	Recuento	377	432	318	107
		% de P11	73,5%	66,7%	60,5%	61,5%
		Residuos corregidos	4,0	,2	-3,4	-1,4

****PREGUNTA N° 24 ¿En su opinión, el consentimiento informado es: (ordene por importancia- 1°, 2°, 3°): un requisito legal, un deber profesional, un derecho del paciente? (P24). (Tabla 45):**

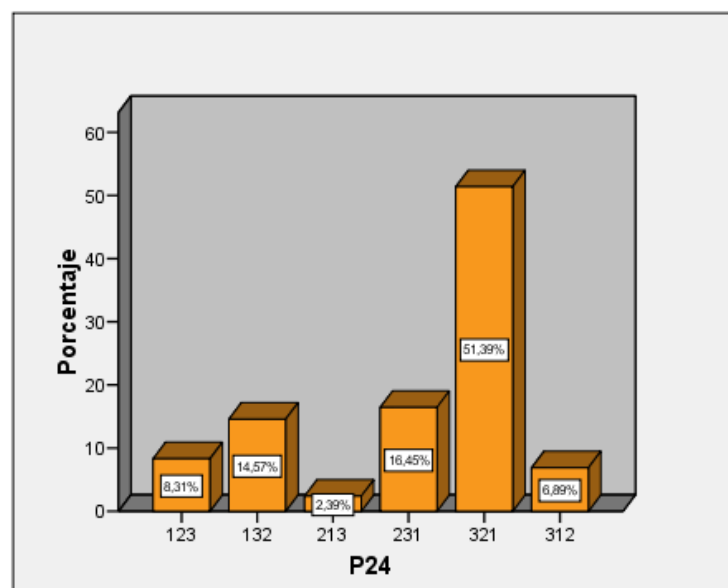


Tabla 45

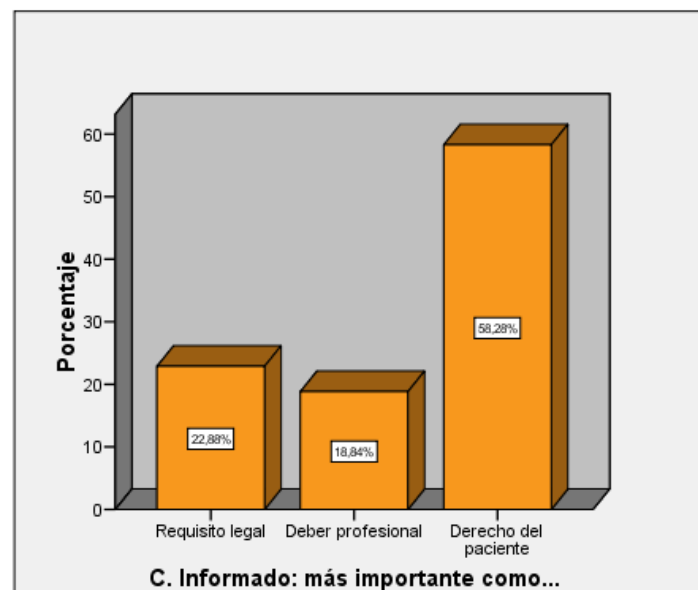
	Válidos							Perdidos	Total
	123	132	213	231	321	312	Total	N/C	123
Frecuencia	146	256	42	289	903	121	1757	429	2186
Porcentaje	6,7	11,7	1,9	13,2	41,3	5,5	80,4	19,6	100,0
Porcentaje válido	8,3	14,6	2,4	16,4	51,4	6,9	100,0		
Porcentaje acumulado	8,3	22,9	25,3	41,7	93,1	100,0			

Observamos que para el 51,39% de los profesionales la secuencia de mayor a menor importancia es: en primer lugar, un derecho del paciente, seguido de un deber profesional y por último, un requisito legal.

Según el grado de importancia que para el encuestado tiene cada una de las tres respuestas (la marcada en primer lugar) se genera la siguiente tabla y gráfico de barras (tabla 46):

Tabla 46. Consentimiento informado: más importante como...

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Requisito legal	402	18,4	22,9	22,9
	Deber profesional	331	15,1	18,8	41,7
	Derecho del paciente	1024	46,8	58,3	100,0
	Total	1757	80,4	100,0	
Perdidos	Sistema	429	19,6		
Total		2186	100,0		



Relacionando estos datos con las variable independiente sexo observamos que existe un porcentaje significativamente mayor al esperado en las mujeres que consideran el Consentimiento Informado como un derecho del paciente ($p < 0,05$) (Tabla 47).

Tabla 47

			Consentimiento informado: más importante como		
			Requisito legal	Deber profesional	Derecho del paciente
SEXO	Hombre	Recuento	140	112	303
		% de SEXO	25,2%	20,2%	54,6%
		Residuos corregidos	1,6	1,0	-2,1
	Mujer	Recuento	260	217	713
		% de SEXO	21,8%	18,2%	59,9%
		Residuos corregidos	-1,6	-1,0	2,1

Observamos la tabla de contingencia obtenida en relación a la edad (Tabla 48) y vemos que existen porcentajes superiores a lo esperado en: los menores de 30 años que consideran al Consentimiento Informado como un derecho del paciente ($p < 0,05$) y en los mayores 50 años que lo consideran como un requisito legal ($p < 0,05$).

Tabla 48

			Consentimiento informado: más importante como		
			Requisito legal	Deber profesional	Derecho del paciente
EDAD	<= 30	Recuento	119	125	389
		% de EDAD	18,8%	19,7%	61,5%
		Residuos corregidos	-3,1	,7	2,0
	31-50	Recuento	222	163	521
		% de EDAD	24,5%	18,0%	57,5%
		Residuos corregidos	1,7	-,9	-,7
	> 50	Recuento	61	43	114
		% de EDAD	28,0%	19,7%	52,3%
		Residuos corregidos	1,9	,4	-1,9

Al estudiar los datos en relación a la profesión del encuestado (Tabla 49) obtenemos unos porcentajes superiores a los esperados de médicos que consideran al Consentimiento Informado un requisito legal y por el contrario, un mayor porcentaje de enfermería que lo considera como un derecho del paciente ($p < 0,05$).

Tabla 49

			Consentimiento informado: más importante como		
			Requisito legal	Deber profesional	Derecho del paciente
Profesión	Médico	Recuento	123	88	256
		% de PROFESIÓN	26,3%	18,8%	54,8%
		Residuos corregidos	2,0	,3	-1,9
	Farmacéutico	Recuento	5	3	11
		% de PROFESIÓN	26,3%	15,8%	57,9%
		Residuos corregidos	,3	-,3	-,1
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	Recuento	256	216	707
		% de PROFESIÓN agrupada	21,7%	18,3%	60,0%
		Residuos corregidos	-2,0	-,2	1,9

Por último, al relacionar los datos con la variable Centro Gestor observamos un mayor porcentaje de profesionales de ATENCIÓN Primaria que lo consideran como un requisito legal (Tabla 50).

Tabla 50

		Consentimiento informado: más importante como			
			Requisito legal	Deber profesional	Derecho del paciente
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	82	62	222
		% de CENTRO GESTOR	22,4%	16,9%	60,7%
		% de Consentimiento informado: más importante como	21,5%	19,5%	22,6%
		Residuos corregidos	2,0	-1,1	1,0
	Especializada	Recuento	300	256	761
		% de CENTRO GESTOR	22,8%	19,4%	57,8%
		% de Consentimiento informado: más importante como	78,5%	80,5%	77,4%
		Residuos corregidos	-2,0	1,1	-1,0

****PREGUNTA N° 25 ¿La lectura del Documento de Consentimiento Informado es útil para que el paciente comprenda el alcance de la actuación? (P25). (Tabla 51):**

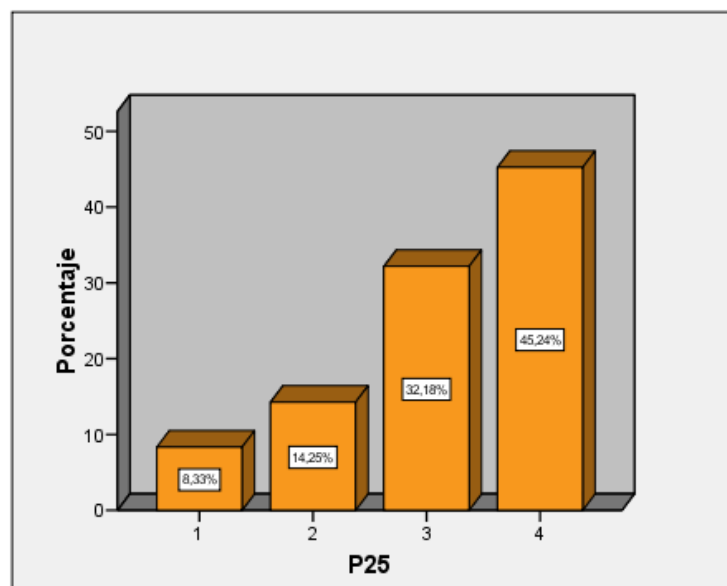


Tabla 51

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	176	301	680	956	2113	73	2186

Porcentaje	8,1	13,8	31,1	43,7	96,7	3,3	100,0
Porcentaje válido	8,3	14,2	32,2	45,2	100,0		
Porcentaje acumulado	8,3	22,6	54,8	100,0			

La gran mayoría de la población encuestada está de acuerdo/muy de acuerdo con el enunciado de esta pregunta (77,42%). Además, no existen diferencias significativamente apreciables en relación a las variables independientes.

****PREGUNTA N° 26 ¿Se proporciona al paciente, con la suficiente antelación, el Documento de Consentimiento Informado? (P26). (Tabla 52):**

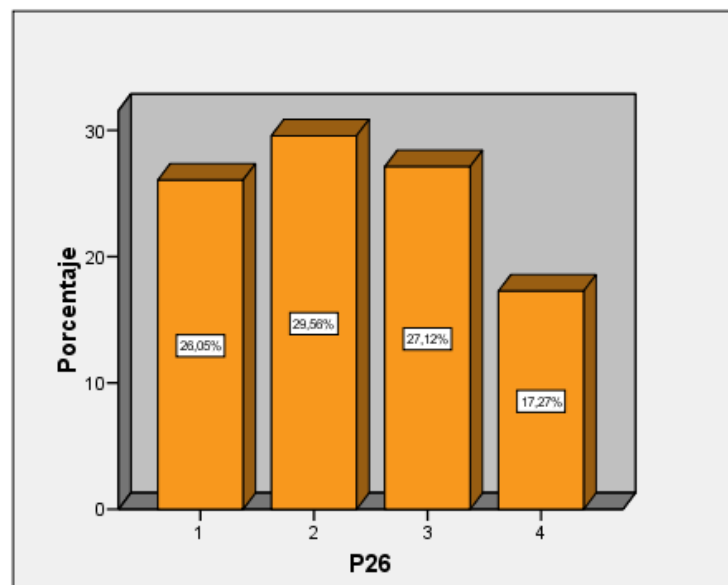


Tabla 52

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	Sistema	Total
Frecuencia	513	582	534	340	1969	217	2186

Porcentaje	23,5	26,6	24,4	15,6	90,1	9,9	100,0
Porcentaje válido	26,1	29,6	27,1	17,3	100,0		
Porcentaje acumulado	26,1	55,6	82,7	100,0			

El 55,61% opinan que no se ofrece con suficiente antelación el Documento de Consentimiento Informado. Esta opinión es mayoritaria entre las mujeres y en el grupo de edad entre 30-50 años ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 27 ¿Se presta el apoyo suficiente a los pacientes para la comprensión del contenido del Documento de Consentimiento Informado? (P27). (Tabla 53):**

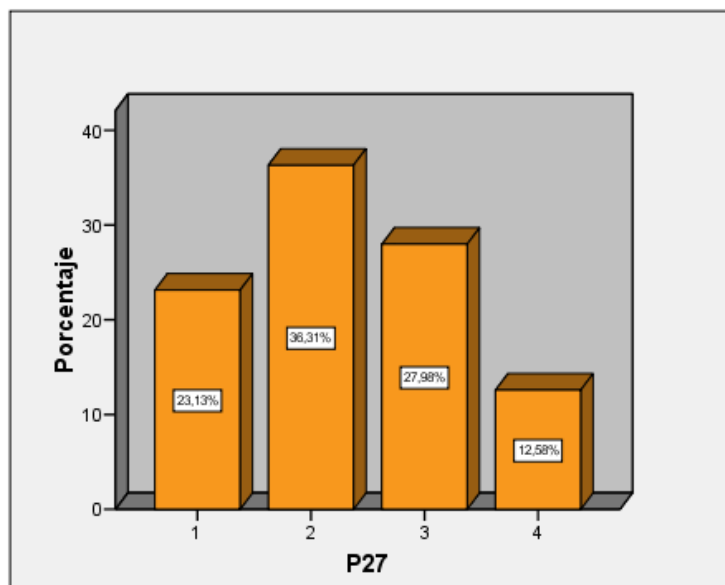


Tabla 53

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	458	719	554	249	1980	206	2186

Porcentaje	21,0	32,9	25,3	11,4	90,6	9,4	100,0
Porcentaje válido	23,1	36,3	28,0	12,6	100,0		
Porcentaje acumulado	23,1	59,4	87,4	100,0			

La mayor parte de los profesionales (60%), especialmente el colectivo médico ($p < 0,01$) y el grupo de profesionales con menos de 10 años de ejercicio profesional ($p < 0,001$), opina que, no se explica suficientemente el contenido del Consentimiento Informado al paciente.

****PREGUNTA N° 28 ¿Con frecuencia se dan explicaciones convincentes al paciente sobre su patología? (P28). (Tabla 54):**

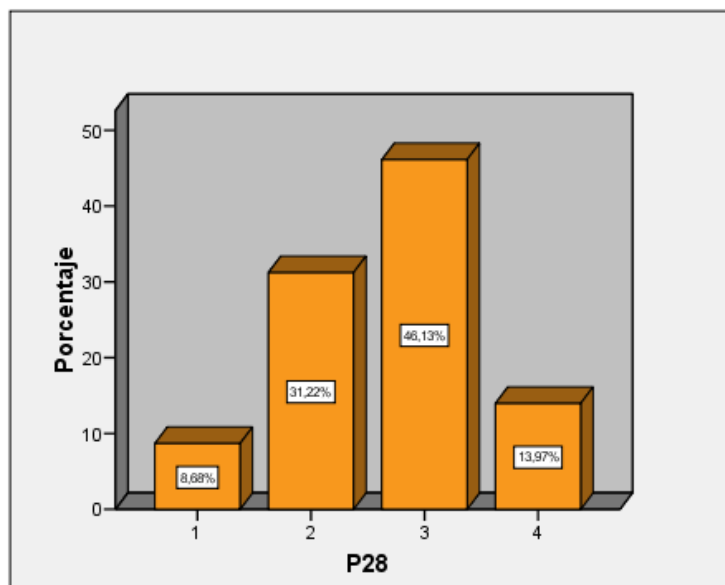


Tabla 54

	Válidos	Perdidos	Total
--	---------	----------	-------

	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	174	626	925	280	2005	181	2186
Porcentaje	8,0	28,6	42,3	12,8	91,7	8,3	100,0
Porcentaje válido	8,7	31,2	46,1	14,0	100,0		
Porcentaje acumulado	8,7	39,9	86,0	100,0			

El 60,1% está de acuerdo/muy de acuerdo con esta pregunta. Destaca la potencia significativa en relación al sexo ($p<0,001$), mientras que los varones están de acuerdo y sobre todo muy de acuerdo con esta cuestión. Las mujeres son justo al contrario (Tabla 55). El colectivo médico y el profesional de Primaria están muy de acuerdo ($p<0,001$), por el contrario, el colectivo enfermería y el profesional de Especializada lo están en franco desacuerdo ($p<0,001$).

Tabla 55

			P28			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
SEXO	Hombre	Recuento	46	159	330	126
		% de P28	26,7%	25,6%	35,8%	46,0%
		Residuos corregidos	-1,9	-4,9	2,3	4,8
	Mujer	Recuento	126	462	592	148
		% de P28	73,3%	74,4%	64,2%	54,0%
		Residuos corregidos	1,9	4,9	-2,3	-4,8

IV.3.COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE

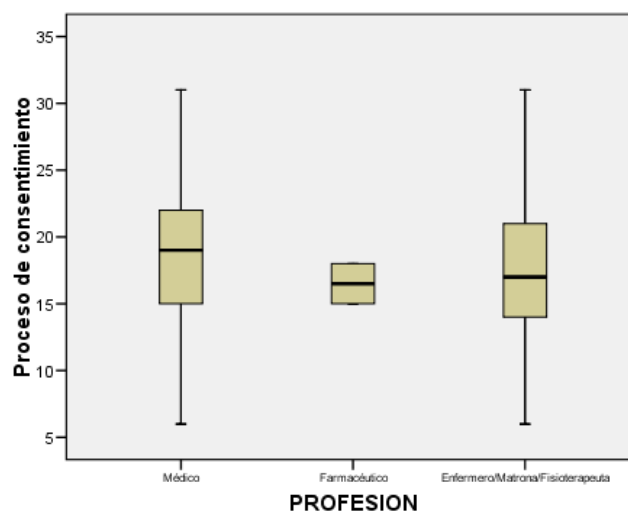
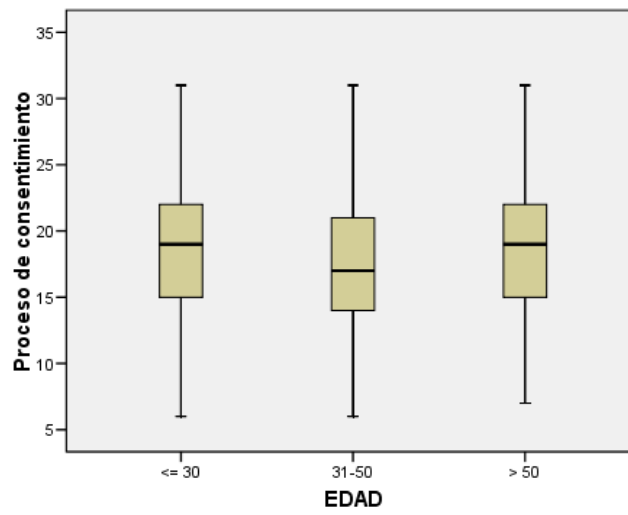
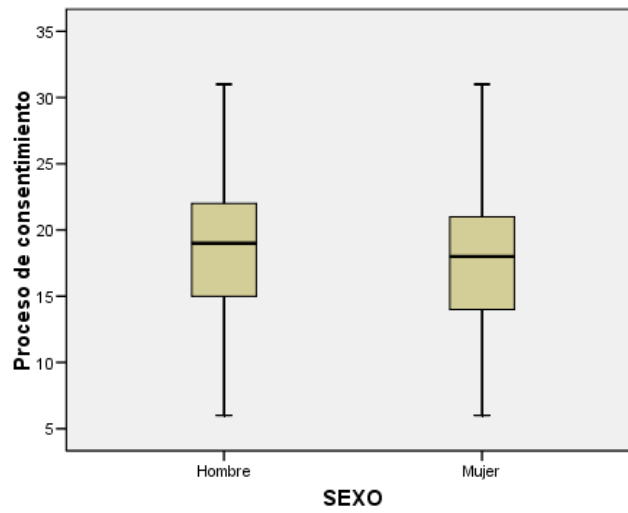
PROCESO 3: CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

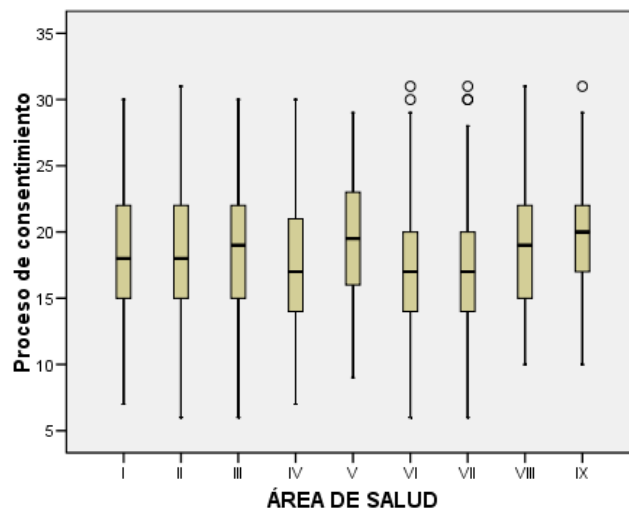
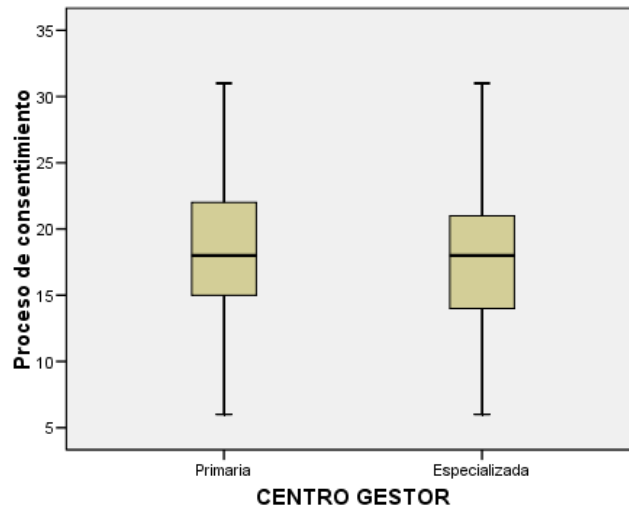
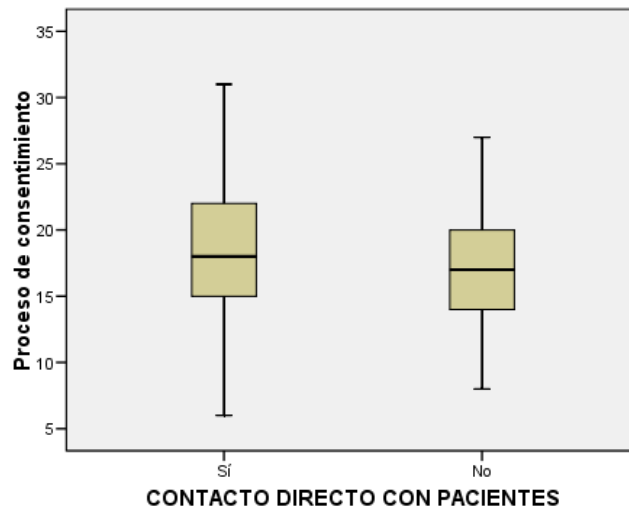
IV.3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO AGRUPADO DEL PROCESO.

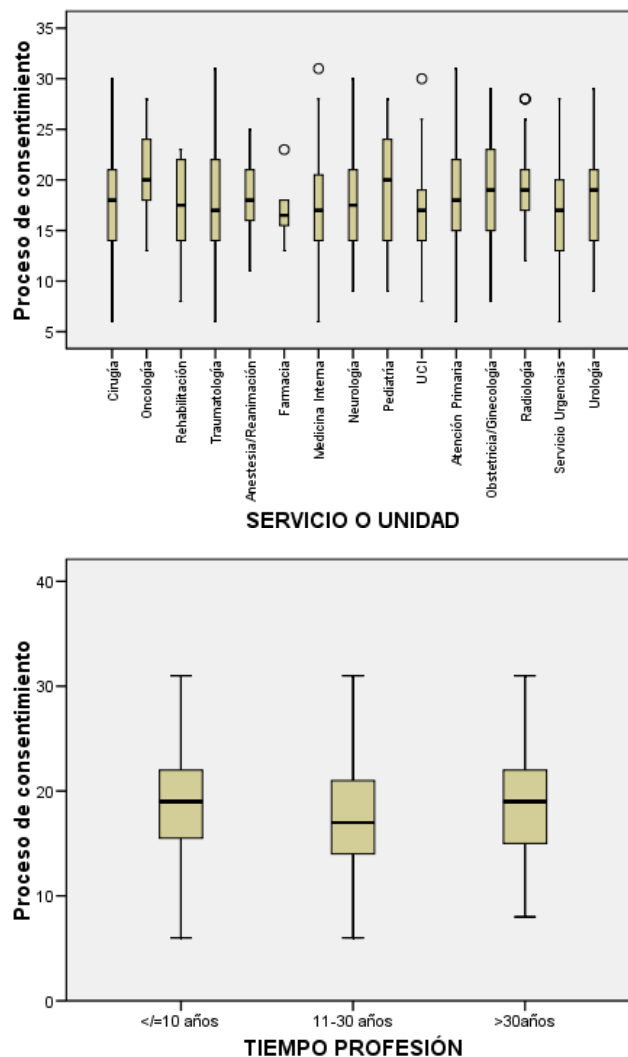
A continuación, nos disponemos a mostrar el análisis estadístico de las variables independientes, en relación a todas las variables anteriores que, agrupadas, conforman el “Proceso de Consentimiento Informado”. De ahí, se nos genera la Tabla 56, con sus correspondientes gráficos de caja.

Tabla 56. Consentimiento Informado & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	459	18,53	4,869
	Mujer	819	17,89	5,012
EDAD	<= 30	447	18,70	4,967
	31-50	649	17,52	4,944
	> 50	194	18,80	4,961
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	1233	18,17	5,006
	No	53	16,85	4,474
PROFESIÓN	Médico	379	19,07	4,910
	Farmacéutico	2	16,50	2,121
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	851	17,56	4,931
CENTRO GESTOR	Primaria	269	18,75	4,943
	Especializada	973	17,90	5,007
ÁREA SALUD	I	186	18,04	4,942
	II	245	18,31	5,353
	III	152	18,86	5,030
	IV	96	17,89	4,663
	V	80	19,38	5,070
	VI	225	16,96	4,836
	VII	136	16,95	4,675
	VIII	69	18,80	5,299
	IX	75	19,83	4,055
SERVICIO	Cirugía	125	17,65	4,881
	Oncología	17	20,82	4,377
	Rehabilitación	10	17,40	4,949
	Traumatología	52	17,94	5,852
	Anestesia/Reanimación	50	17,94	3,328
	Farmacia	8	17,00	2,928
	Medicina Interna	143	17,03	4,667
	Neurología	26	17,69	4,889
	Pediatría	49	18,84	5,543
	UCI	67	16,90	4,469
	Atención Primaria	223	18,65	4,935
	Obstetricia/Ginecología	65	18,85	5,084
	Radiología	33	19,70	4,058
	Servicio Urgencias	136	17,26	4,922
	Urología	34	18,44	4,698
TPO. PROFESIÓN	<=10 años	295	18,88	5,039
	11-30años	758	17,64	4,973
	>30 años	229	18,72	4,733







A la vista de estos datos y tras su análisis estadístico con la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

- No existen diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado en relación al género.
- Sí existen diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado en relación a la Edad:
 - entre los ≤ 30 años (18.7) y el grupo de 31-50 años (17.52) ($p < 0.001$).
 - entre los 30-50 años (17.52) y el grupo de >50 años (18.80) ($p < 0.01$).
- No se observan diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado y el Contacto directo con el Paciente.

-Sí existen diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado en relación a la Profesión. La media del Proceso en los médicos es de 19,07, siendo ésta mayor que la del grupo enfermería (17,56) significativamente ($p < 0,001$).

-No existen diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado en relación al Centro Gestor.

-Sí existe diferencia significativa en el Proceso de Consentimiento Informado en las diferentes Áreas de Salud:

-el área IX es la que mayor media tiene en este proceso (19,83), siendo ésta superior estadísticamente significativa a las medias del área VI (16,96) y del área VII (16,95) ($p < 0,001$ y $p < 0,01$ respectivamente).

-el área III tiene una media superior (18,86) estadísticamente significativa a las áreas VI (16,96) y VII (16,95). ($p < 0,01$ y $p < 0,05$ respectivamente).

-el área V posee una media superior (19,38) estadísticamente significativa a las áreas VI (16,96) y VII (16,95). ($p < 0,01$ y $p < 0,05$ respectivamente).

-las áreas VI y VII son las que tienen una media menor en la ejecución del Proceso de Consentimiento Informado.

-No existen diferencias significativas en el Proceso de Consentimiento Informado entre los diferentes Servicios o Unidades.

-Al relacionarlo con el Tiempo de Profesión observamos que los profesionales con 10 o menos años de profesión y los que tienen mas de 30 años de profesión desarrollan el Proceso de Consentimiento Informado significativamente más que los comprendidos entre 11-30 años de profesión ($p < 0,001$).

IV.4. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES. PROCESO 4: COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL.

IV.4.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR PREGUNTAS.

*****PREGUNTA N° 29 ¿Hay una buena colaboración entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente? (P29). (Tabla 57):***

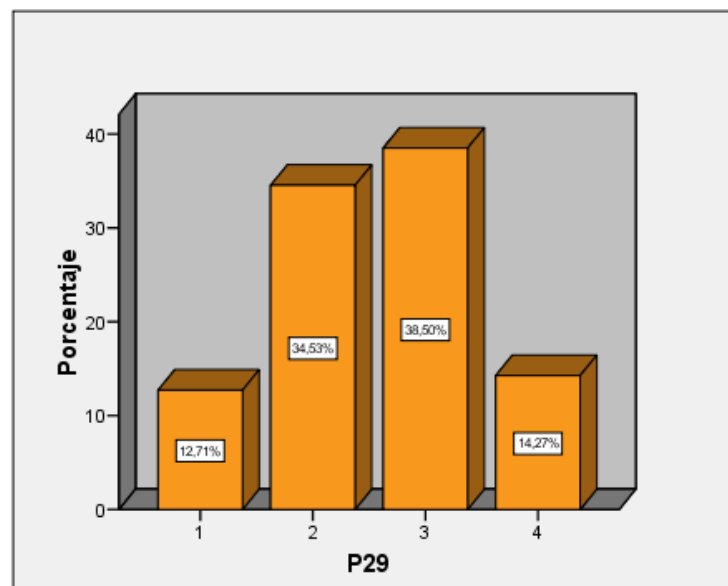


Tabla 57

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	269	731	815	302	2117	69	2186
Porcentaje	12,3	33,4	37,3	13,8	96,8	3,2	100,0
Porcentaje válido	12,7	34,5	38,5	14,3	100,0		
Porcentaje acumulado	12,7	47,2	85,7	100,0			

El 53,76% de los profesionales sanitarios encuestados manifiestan que existe una adecuada colaboración entre las unidades y/o servicios de su ámbito de trabajo. Esta opinión es mayoritaria entre los profesionales mas jóvenes (<30 años y con <10 años de ejercicio). Sin embargo, los profesionales que ejercen en primaria, opinan que esta colaboración es insuficiente ($p<0,001$) (Tabla 58). Así mismo, los pertenecientes al Área de Salud IV también opinan que esta colaboración es mejorable ($p<0,001$).

Tabla 58

			P29			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	78	180	123	63
		% de P29	29,5%	25,5%	15,9%	21,6%
		Residuos corregidos	3,3	2,9	-5,1	-,1
	Especializada	Recuento	186	526	651	228
		% de P29	70,5%	74,5%	84,1%	78,4%
		Residuos corregidos	-3,3	-2,9	5,1	,1

****PREGUNTA N° 30 ¿La comunicación entre profesionales en su centro de trabajo es suficiente para garantizar una adecuada atención sanitaria al paciente? (P30). (Tabla 59):**

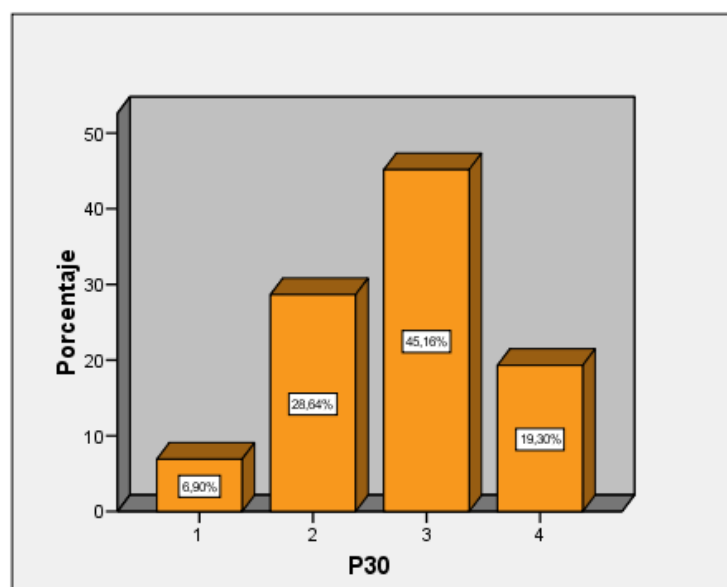


Tabla 59

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	147	610	962	411	2130	56	2186
Porcentaje	6,7	27,9	44,0	18,8	97,4	2,6	100,0
Porcentaje válido	6,9	28,6	45,2	19,3	100,0		
Porcentaje acumulado	6,9	35,5	80,7	100,0			

El 64,5% de los profesionales encuestados opinan que la comunicación interprofesional en su centro de trabajo es suficiente, siendo los profesionales mas jóvenes ($p<0,01$) y con menos años de ejercicio ($p<0,001$) los que mayoritariamente manifiestan estar de acuerdo con este hecho.

Por profesiones, los médicos manifiestan que la comunicación entre profesionales es adecuada, por el contrario, enfermería y farmacéuticos no opinan lo mismo ($p<0,001$).

Según el ámbito de trabajo, los profesionales que realizan su labor en Atención Primaria creen que la comunicación interprofesional es suficiente. ($p<0,001$) (Tabla 60). Destaca el Área IX en la percepción positiva en la comunicación interprofesional ($p<0,001$).

Tabla 60

			P30			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Centro Gestor	Primaria	Recuento	25	105	199	124
		% de P30	17,4%	18,0%	21,7%	30,9%
		Residuos corregidos	-1,4	-2,8	-,4	4,7
	Especializada	Recuento	119	478	718	277
		% de P30	82,6%	82,0%	78,3%	69,1%
		Residuos corregidos	1,4	2,8	,4	-4,7

****PREGUNTA N° 31 ¿En su centro de trabajo se ha impartido formación relacionada con la comunicación interpersonal? (P31). (Tabla 61):**

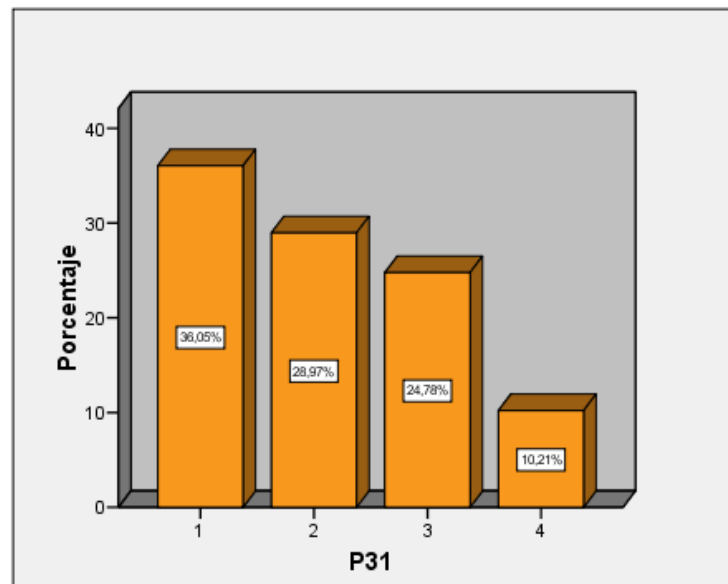


Tabla 61

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	611	491	420	173	1695	491	2186
Porcentaje	28,0	22,5	19,2	7,9	77,5	22,5	100,0
Porcentaje válido	36,0	29,0	24,8	10,2	100,0		
Porcentaje acumulado	36,0	65,0	89,8	100,0			

El 65% de los encuestados manifiesta que se ha impartido formación sobre comunicación interprofesional en su centro de trabajo, destacando en este sentido el colectivo de enfermería y los profesionales de especializada ($p < 0,01$).

****PREGUNTA N° 32 ¿En su centro de trabajo se ha impartido formación sobre como comunicar malas noticias a los pacientes? (P32). (Tabla 62):**

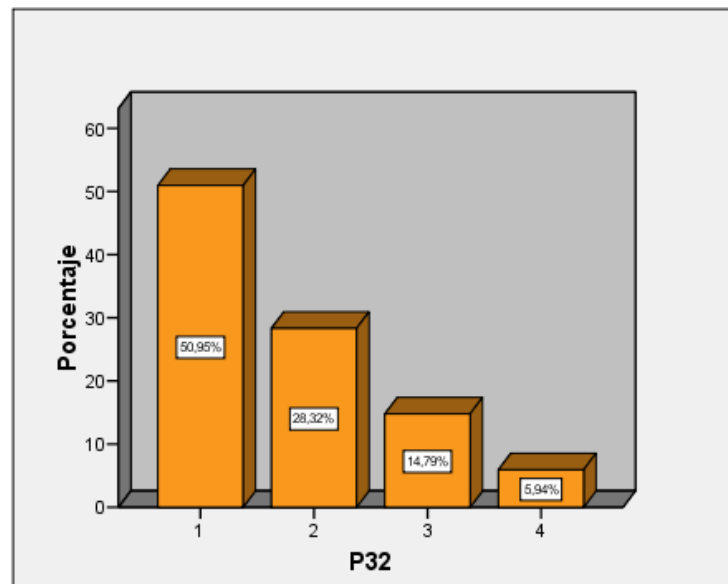


Tabla 62

	Válidos				Total	Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo		5	
Frecuencia	806	448	234	94	1582	604	2186
Porcentaje	36,9	20,5	10,7	4,3	72,4	27,6	100,0
Porcentaje válido	50,9	28,3	14,8	5,9	100,0		
Porcentaje acumulado	50,9	79,3	94,1	100,0			

Mayoritariamente (79%) nuestros encuestados manifiestan que no se ha impartido formación en su centro de trabajo, en la comunicación de malas noticias al paciente. Existe homogeneidad en la relación con todas las variables independientes, no existen diferencias significativas con ninguna.

****PREGUNTA N° 33 ¿La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren de una unidad/servicio a otra? (P33). (Tabla 63):**

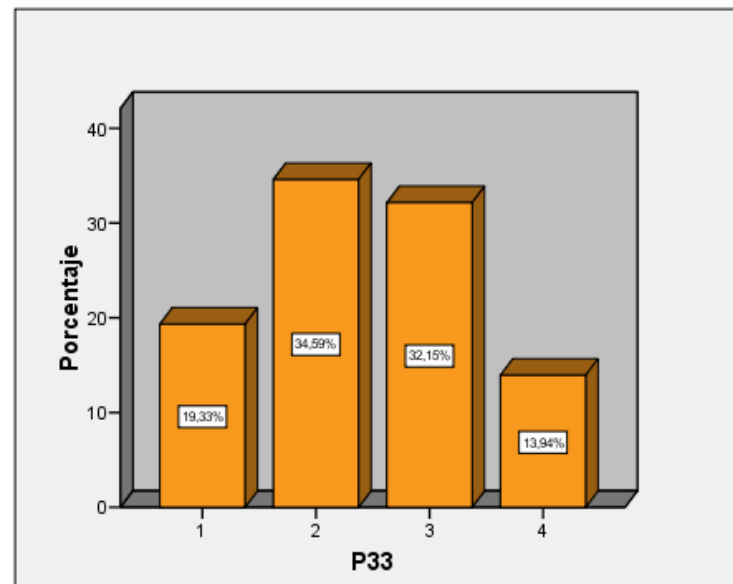


Tabla 63

	Válidos				Total	Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo		5	
Frecuencia	380	680	632	274	1966	220	2186
Porcentaje	17,4	31,1	28,9	12,5	89,9	10,1	100,0
Porcentaje válido	19,3	34,6	32,1	13,9	100,0		
Porcentaje acumulado	19,3	53,9	86,1	100,0			

El 54% de los profesionales opinan que no se pierde información cuando los pacientes se transfieren entre unidades y/o servicios. Sin embargo, el porcentaje de profesionales que manifiestan lo contrario se incrementa en Primaria y en el Área de Salud I ($p < 0,001$) (Tabla 64).

Tabla 64

			P33			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Centro Gestor	Primaria	Recuento	77	111	129	85
		% de P33	21,3%	17,1%	21,1%	31,7%
		Residuos corregidos	,0	-3,2	-,1	4,5
	Especializada	Recuento	285	537	481	183
		% de P33	78,7%	82,9%	78,9%	68,3%
		Residuos corregidos	,0	3,2	,1	-4,5

****PREGUNTA N° 34 ¿Surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico y de enfermería? (P34). (Tabla 65):**

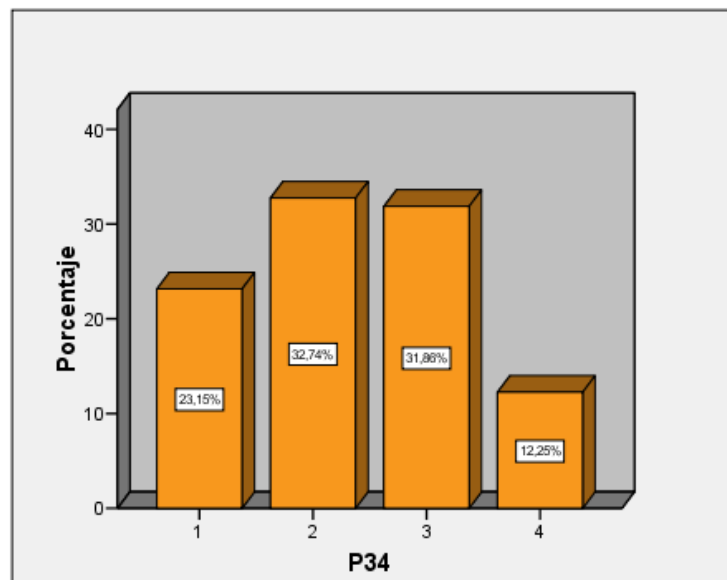


Tabla 65

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	478	676	658	253	2065	121	2186
Porcentaje	21,9	30,9	30,1	11,6	94,5	5,5	100,0
Porcentaje válido	23,1	32,7	31,9	12,3	100,0		
Porcentaje acumulado	23,1	55,9	87,7	100,0			

El 44,2% opina que surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico y de enfermería. Se constata una diferencia significativa entre enfermería (porcentaje mayor en “muy de acuerdo”) y el personal médico (porcentaje mayor en “muy en desacuerdo”) ($p < 0,001$) (Tabla 66). También vemos que en Primaria están muy en desacuerdo, mientras que en Especializada están de acuerdo al afirmar que surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico y de enfermería ($p < 0,001$).

Tabla 66

		P34				
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Profesión	Médico	Recuento	164	190	159	41
		% de P34	35,8%	29,5%	25,9%	17,5%
		Residuos corregidos	4,0	,7	-1,7	-3,9
	Farmacéutico	Recuento	2	5	6	2
		% de P34	,4%	,8%	1,0%	,9%
		Residuos corregidos	-,9	,0	,7	,2
	Enfermero/Matrona / Fisioterapeuta	Recuento	292	450	449	191
		% de P34	63,8%	69,8%	73,1%	81,6%
		Residuos	-3,8	-,7	1,5	3,9

		corregidos				
--	--	------------	--	--	--	--

****PREGUNTA N° 35 ¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno? (P35). (Tabla 67):**

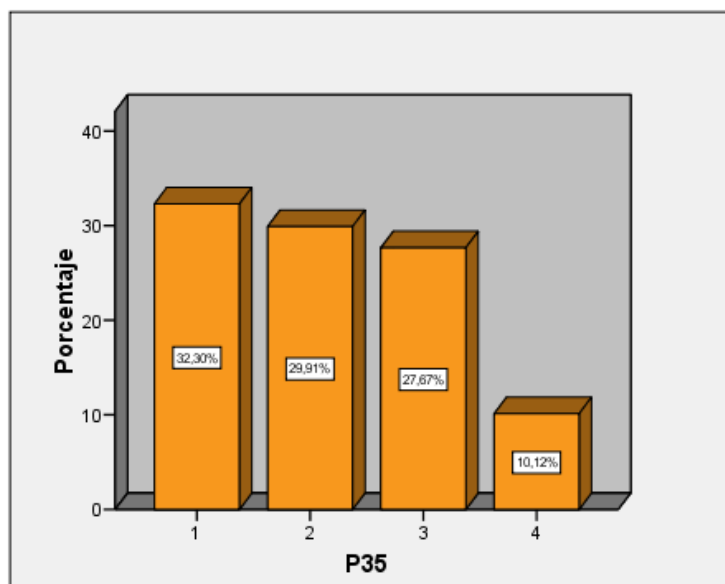


Tabla 67

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	635	588	544	199	1966	220	2186
Porcentaje	29,0	26,9	24,9	9,1	89,9	10,1	100,0
Porcentaje válido	32,3	29,9	27,7	10,1	100,0		
Porcentaje acumulado	32,3	62,2	89,9	100,0			

El 37,8 % de los profesionales contestan que los cambios de turno afectan a la atención del paciente. Este porcentaje es mayor en las respuestas de los profesionales de enfermería con una significación estadística ($p < 0,05$).

****PREGUNTA N° 36 ¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de servicio? (P36). (Tabla 68):**

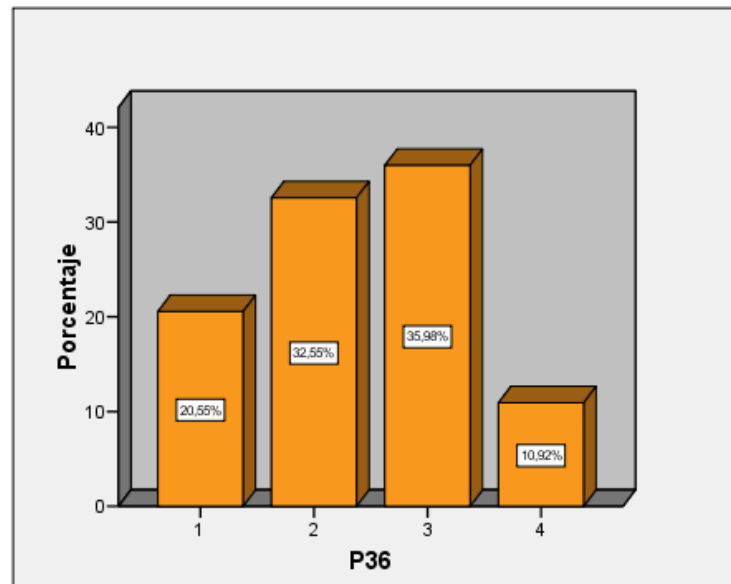


Tabla 68

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	401	635	702	213	1951	235	2186
Porcentaje	18,3	29,0	32,1	9,7	89,2	10,8	100,0
Porcentaje válido	20,6	32,5	36,0	10,9	100,0		
Porcentaje acumulado	20,6	53,1	89,1	100,0			

En relación a esta cuestión, el 47 % opina que aparecen problemas en la atención de los pacientes, como consecuencia de los cambios de servicio. No existen diferencias significativas en relación a las variables independientes.

****PREGUNTA N° 37 ¿Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de las transiciones entre Atención Primaria y Atención Especializada? (P37). (Tabla 69):**

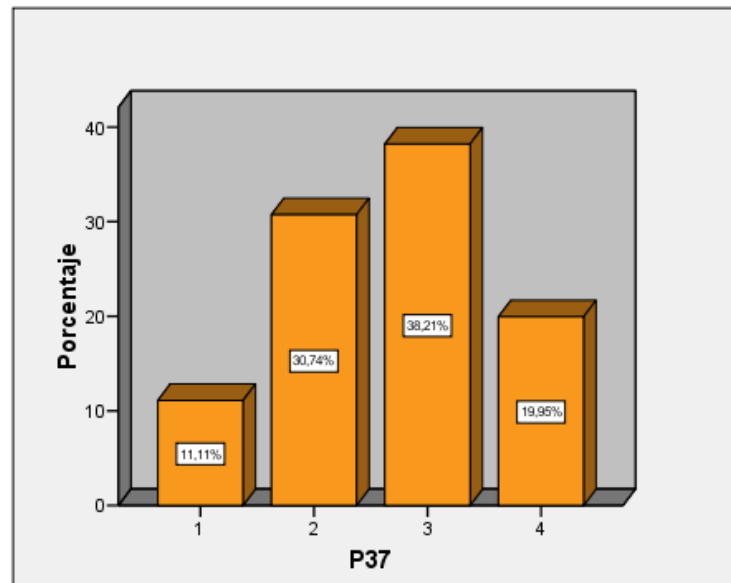


Tabla 69

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	211	584	726	379	1900	286	2186
Porcentaje	9,7	26,7	33,2	17,3	86,9	13,1	100,0
Porcentaje válido	11,1	30,7	38,2	19,9	100,0		
Porcentaje acumulado	11,1	41,8	80,1	100,0			

Casi el 60% de la población opina estar de acuerdo/muy de acuerdo en afirmar que surgen problemas en el tránsito de pacientes entre Atención Primaria y Atención Especializada, siendo más marcada esta contestación entre los profesionales de Atención Primaria ($p < 0,001$) (Tabla 70).

Tabla 70

			P37			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	38	105	170	118
		% de P37	18,6%	18,8%	24,4%	32,2%
		Residuos corregidos	-1,8	-3,2	,6	4,4
	Especializada	Recuento	166	454	527	248
		% de P37	81,4%	81,2%	75,6%	67,8%
		Residuos corregidos	1,8	3,2	-,6	-4,4

****PREGUNTA N° 38 ¿Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente? (P38). (Tabla 71):**

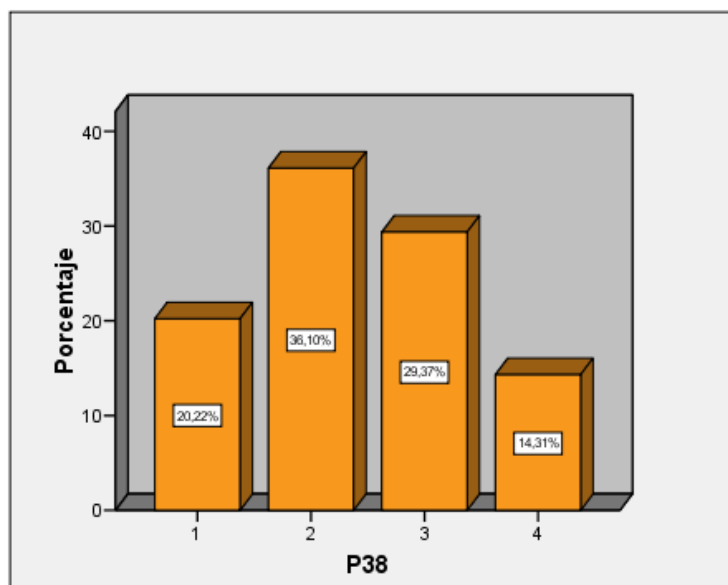


Tabla 71

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	411	734	597	291	2033	153	2186
Porcentaje	18,8	33,6	27,3	13,3	93,0	7,0	100,0
Porcentaje válido	20,2	36,1	29,4	14,3	100,0		
Porcentaje acumulado	20,2	56,3	85,7	100,0			

El 56 % de los encuestados opina que existe una pérdida de información diagnóstica entre profesionales, opinión que es más acusada en los profesionales de Atención Primaria ($p<0,01$) (Tabla 72), en los más jóvenes (10 años o menos de profesión) ($p<0,01$) y en las Áreas I, IV y VI ($p<0,01$).

Tabla 72

			P38			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	112	148	113	62
		% de P38	27,9%	20,9%	20,0%	22,2%
		Residuos corregidos	3,0	-1,1	-1,5	,0
	Especializada	Recuento	289	559	451	217
		% de P38	72,1%	79,1%	80,0%	77,8%
		Residuos corregidos	-3,0	1,1	1,5	,0

****PREGUNTA N° 39 ¿Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente? (P39). (Tabla 73):**

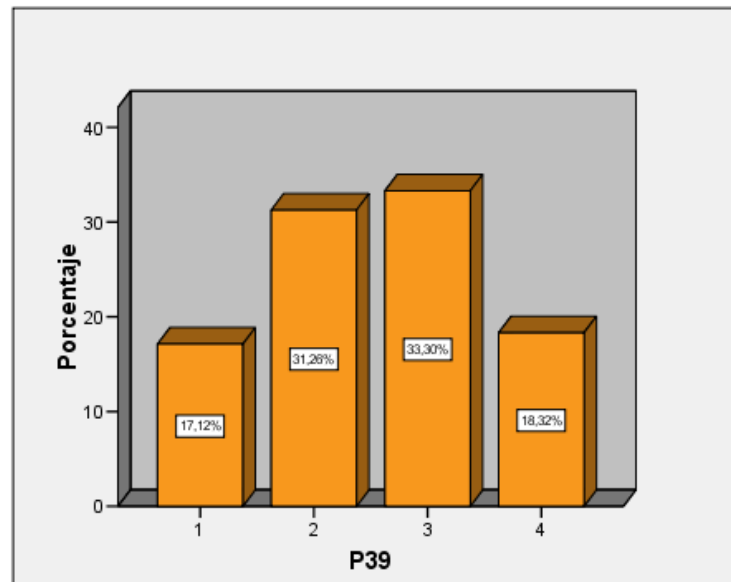


Tabla 73

	Válidos				Total	Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo		5	
Frecuencia	344	628	669	368	2009	177	2186
Porcentaje	15,7	28,7	30,6	16,8	91,9	8,1	100,0
Porcentaje válido	17,1	31,3	33,3	18,3	100,0		
Porcentaje acumulado	17,1	48,4	81,7	100,0			

El 51,5 % de los profesionales manifiesta que los cambios de medicación son comunicados de forma eficiente entre los diferentes profesionales implicados en la atención del paciente. Sin embargo, el colectivo de enfermería opina lo contrario de este hecho ($p < 0,05$).

Al igual que enfermería los trabajadores de Primaria están en franco desacuerdo ($p < 0,001$) (Tabla 74).

Tabla 74

			P39			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
Centro Gestor	Primaria	Recuento	118	150	105	54
		% de P39	34,9%	24,8%	16,5%	15,4%
		Residuos corregidos	6,2	1,9	-4,2	-3,4
	Especializada	Recuento	220	455	531	297
		% de P39	65,1%	75,2%	83,5%	84,6%
		Residuos corregidos	-6,2	-1,9	4,2	3,4

****PREGUNTA N°40 ¿Cuándo se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida? (P40). (Tabla 75):**

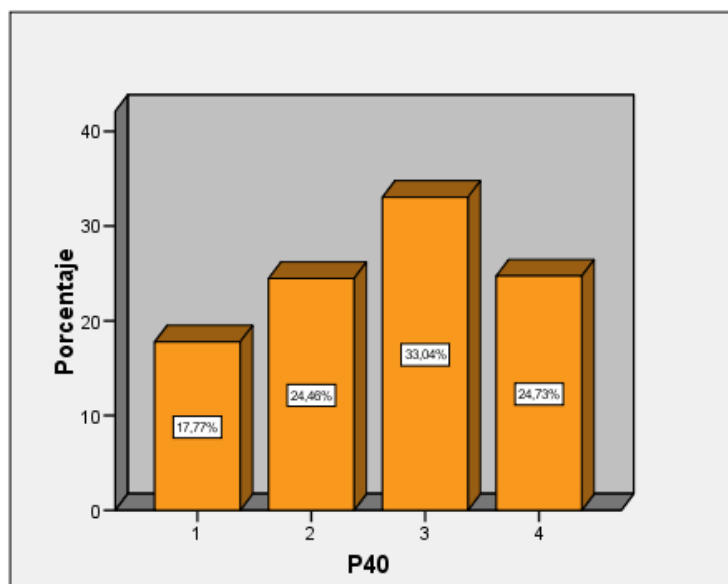


Tabla 75

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	340	468	632	473	1913	273	2186
Porcentaje	15,6	21,4	28,9	21,6	87,5	12,5	100,0
Porcentaje válido	17,8	24,5	33,0	24,7	100,0		
Porcentaje acumulado	17,8	42,2	75,3	100,0			

El 57,77 % de los profesionales opina estar de acuerdo/ muy de acuerdo que la transmisión verbal de las órdenes médicas se realiza de forma adecuada para asegurar su comprensión. En relación a esta pregunta sí encontramos diferencias con las variables independientes; los varones están más en desacuerdo que las mujeres ($p < 0,001$); los menores de 30 años están más de acuerdo en esta afirmación que los mayores de 30 años, que están en manifiesto desacuerdo ($p < 0,001$); los enfermeros están más de acuerdo que los médicos ($p < 0,001$); los profesionales de Primaria están más en desacuerdo que los de Especializada ($p < 0,01$).

IV.4. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

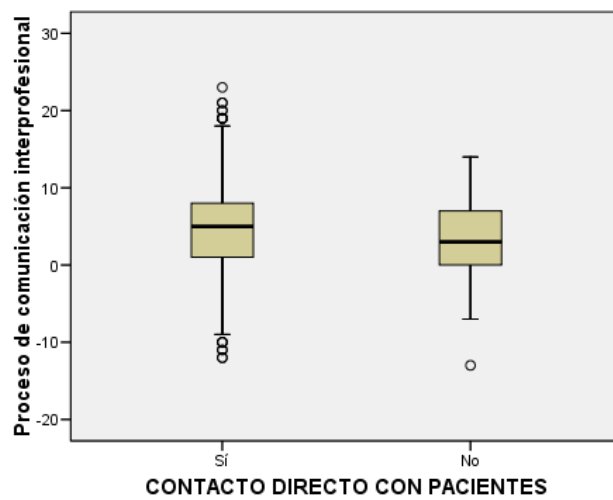
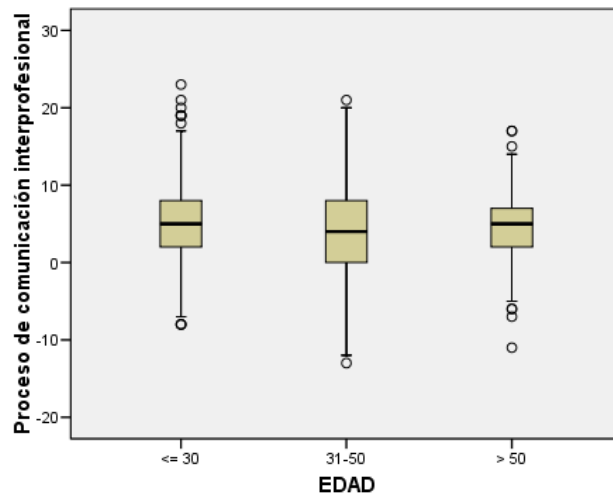
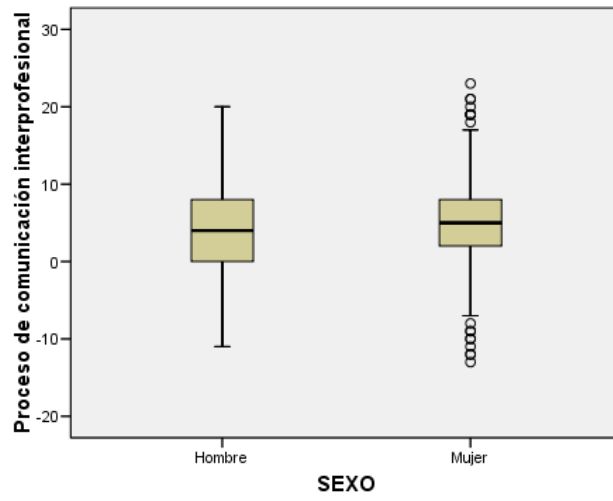
PROCESO 4: COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL.

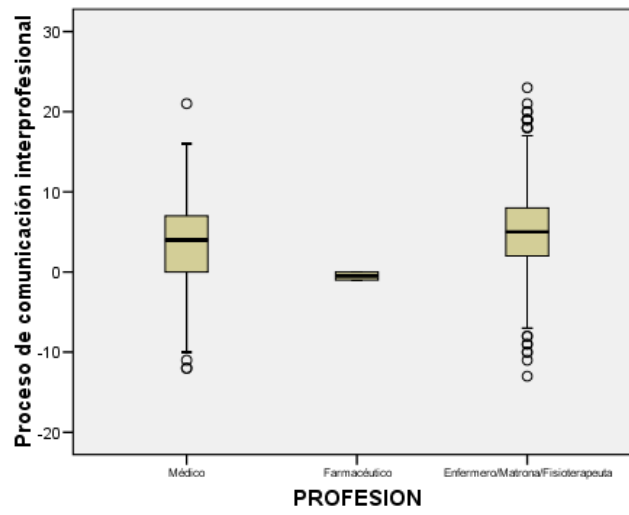
IV.4.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO AGRUPADO DEL PROCESO.

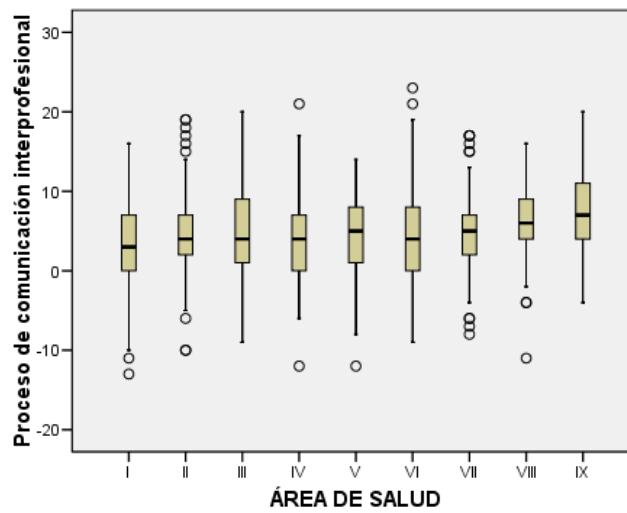
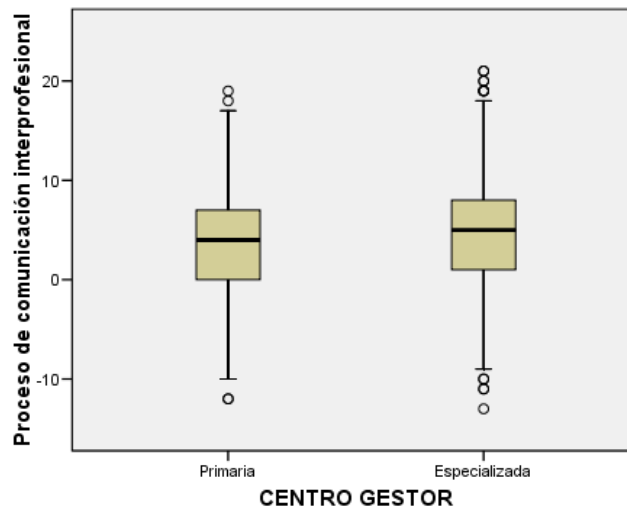
Tras el análisis pormenorizado de cada variable, ahora nos disponemos a presentar el análisis estadístico de todas estas variables agrupadas en “Proceso de Comunicación Interprofesional” en relación a las variables independientes. De ahí, se nos genera la Tabla 76, con sus correspondientes gráficos de caja.

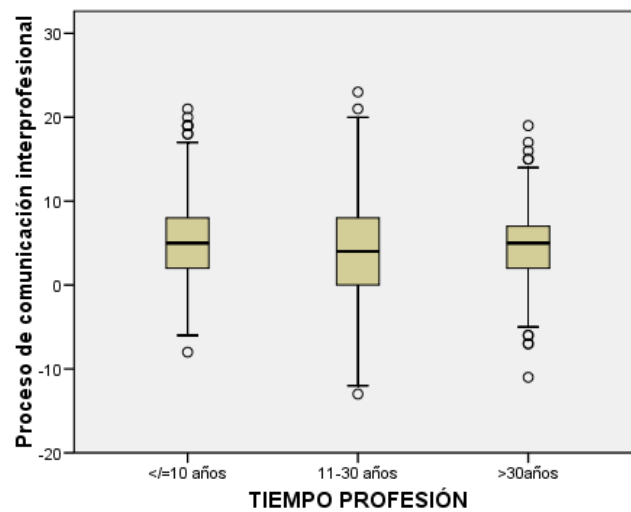
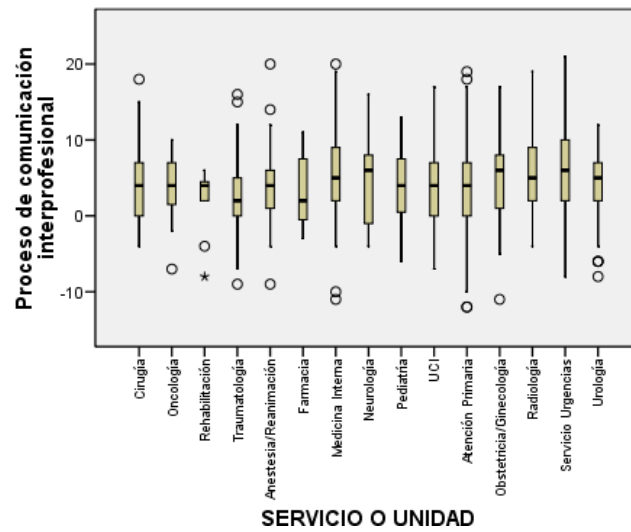
Tabla 76. Comunicación Interprofesional & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	410	4,30	5,290
	Mujer	769	4,64	5,235
EDAD	<= 30	411	5,00	5,210
	31-50	605	4,16	5,375
	> 50	175	4,45	4,920
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	1136	4,57	5,258
	No	50	3,08	5,341
PROFESIÓN	Médico	357	3,68	5,445
	Farmacéutico	2	-,50	,707
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	773	4,88	5,185
CENTRO GESTOR	Primaria	251	3,53	5,193
	Especializada	890	4,67	5,266
ÁREA SALUD	I	172	3,32	4,992
	II	233	4,53	4,716
	III	145	4,47	5,177
	IV	87	3,87	5,924
	V	66	4,33	5,669
	VI	198	4,07	5,700
	VII	115	4,60	5,095
	VIII	73	6,04	4,458
	IX	68	7,32	5,335
SERVICIO	Cirugía	125	4,11	4,618
	Oncología	19	3,84	4,500
	Rehabilitación	11	2,09	4,346
	Traumatología	45	2,53	5,052
	Anestesia/Reanimación	47	3,85	4,934
	Farmacia	8	3,25	5,007
	Medicina Interna	131	5,40	5,255
	Neurología	22	5,09	5,748
	Pediatría	43	4,19	4,915
	UCI	58	4,00	5,604
	Atención Primaria	215	3,48	5,329
	Obstetricia/Ginecología	59	4,69	5,421
	Radiología	17	5,06	5,963
	Servicio Urgencias	133	5,92	5,276
	Urología	32	3,84	5,163
TPO. PROFESIÓN	</=10 años	260	5,41	5,408
	11-30años	703	4,19	5,338
	>30 años	221	4,44	4,690









En vista a estos datos y tras su análisis estadístico con la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

-
-
- No existen diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional en relación al género.
 - Se observan diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional en relación a la Edad: entre los <30 años (5) y el grupo de 31-50 años (4,16) ($p<0,05$).
 - Existen diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional y el Contacto directo con el Paciente: los que si tienen contacto con el paciente tienen una media significativamente superior (4,57) en este proceso que los que no tienen contacto (3,08) ($p<0,05$).
 - Si existen diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional en relación a la Profesión. La media del Proceso en los médicos es de 3,68, siendo ésta menor que la del grupo enfermería (4,8) ($p<0,001$).
 - Se constatan diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional en relación al Centro Gestor: los profesionales de Primaria tienen una media significativamente inferior (3,53) a los trabajadores de Especializada (4,67) ($p<0,01$).
 - Existen diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional en las Áreas de Salud:
 - el área IX es la que mayor media tiene en este proceso (7,32), siendo ésta superior estadísticamente significativa al resto de las áreas de salud ($p<0,05$ a $p<0,001$).
 - el área I tiene una media inferior (3,32) con respecto al área VIII (6,04) ($p<0,01$).
 - Solo existen diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional y los diferentes Servicios o Unidades en la relación entre profesionales de Atención Primaria (3,48) y los de Servicios de Urgencias (5,92) ($p<0,01$).
 - Se observan diferencias significativas en el Proceso de Comunicación Interprofesional y el Tiempo de Profesión, entre el colectivo de menor/igual a 10 años (media del proceso de 5,41) y el colectivo de 11-30 años de profesión (4,19) ($p<0,01$).

IV.5. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES. PROCESO 5: EVITACIÓN DEL ERROR MÉDICO.

IV.5.1. FRECUENCIA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO POR PREGUNTAS.

*****PREGUNTA N° 41 ¿En mi servicio/unidad/centro, el contenido de la historia clínica se consulta suficientemente? (P41). (Tabla 77):***

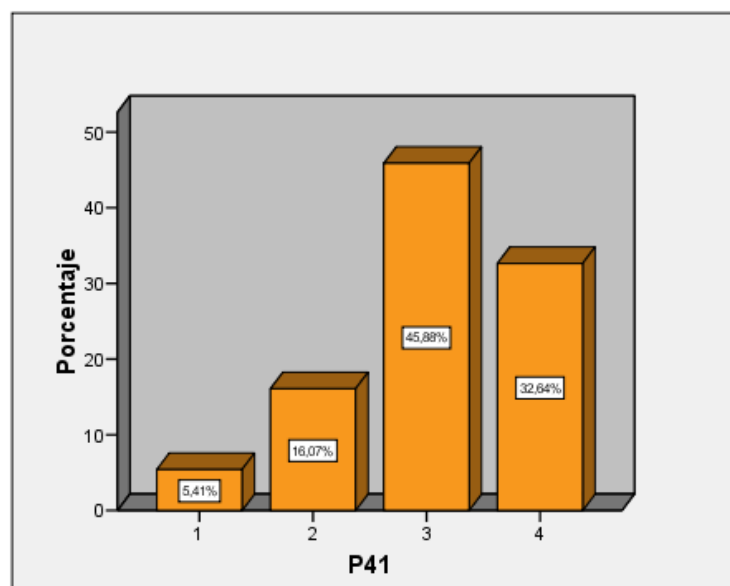


Tabla 77

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	111	330	942	670	2053	133	2186

Porcentaje	5,1	15,1	43,1	30,6	93,9	6,1	100,0
Porcentaje válido	5,4	16,1	45,9	32,6	100,0		
Porcentaje acumulado	5,4	21,5	67,4	100,0			

El 78% de los encuestados están de acuerdo/muy de acuerdo en afirmar que se consulta suficientemente la historia clínica del paciente. Los farmacéuticos opinan que se consulta poco o muy poco la historia clínica ($p < 0.001$). Es importante resaltar el hecho de que en Primaria se piensa que se consulta suficientemente la historia clínica, al contrario que en Especializada ($p < 0.001$) (Tabla 78).

Tabla 78

			P41			
			1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	13	60	183	181
		% de P41	11,9%	18,9%	20,4%	28,0%
		Residuos corregidos	-2,6	-1,5	-1,8	4,4
	Especializada	Recuento	96	258	716	466
		% de P41	88,1%	81,1%	79,6%	72,0%
		Residuos corregidos	2,6	1,5	1,8	-4,4

****PREGUNTA N° 42 ¿En mi servicio/unidad/centro, el contenido de la historia clínica se actualiza y se añaden las anotaciones de forma precisa? (P42). (Tabla 79):**

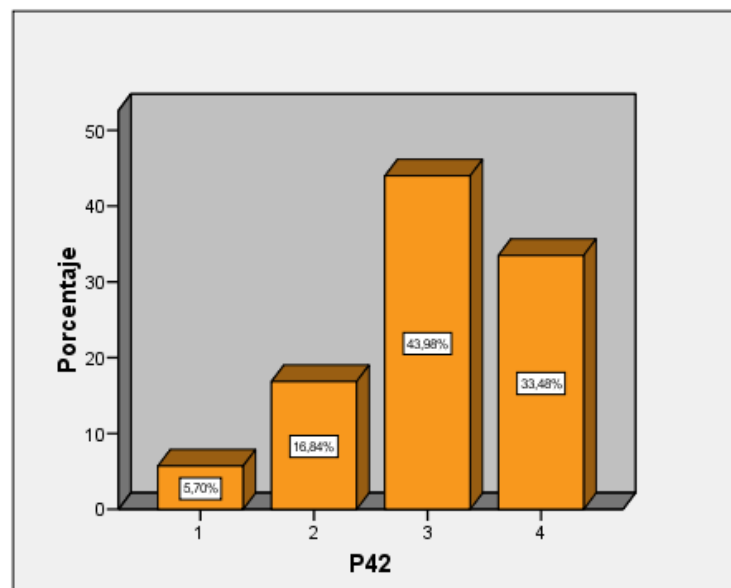


Tabla 79

	Válidos					Perdidos	
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	Total
Frecuencia	115	340	888	676	2019	167	2186
Porcentaje	5,3	15,6	40,6	30,9	92,4	7,6	100,0
Porcentaje válido	5,7	16,8	44,0	33,5	100,0		
Porcentaje acumulado	5,7	22,5	66,5	100,0			

De nuevo, una amplia mayoría (77,46%) está de acuerdo en el enunciado. En esta pregunta, nuevamente destaca el hecho de que los farmacéuticos consideran que no se actualiza bien la historia clínica ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 43 ¿Los fallos de comunicación dentro del equipo asistencial son en parte responsables de algunos errores clínicos? (P43). (Tabla 80):**

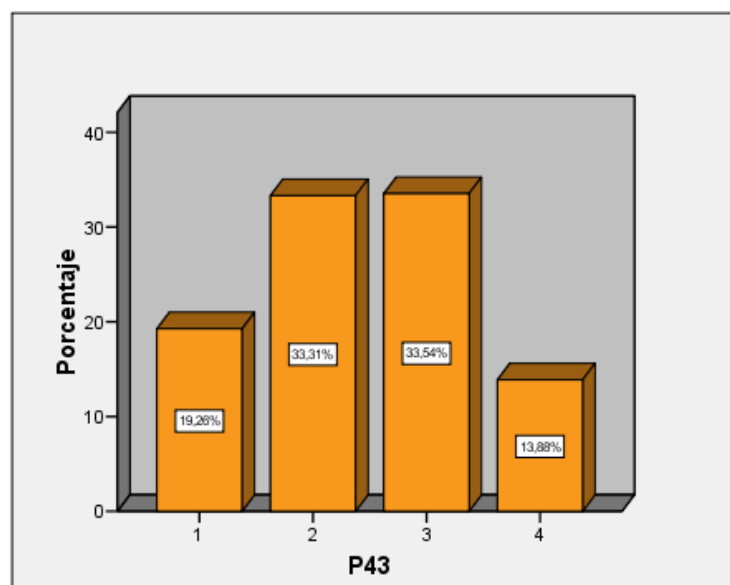


Tabla 80

	Válidos					Perdidos	Total
	1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	Total	5	
Frecuencia	340	588	592	245	1765	421	2186
Porcentaje	15,6	26,9	27,1	11,2	80,7	19,3	100,0
Porcentaje válido	19,3	33,3	33,5	13,9	100,0		
Porcentaje acumulado	19,3	52,6	86,1	100,0			

El 52,57%, están poco o nada de acuerdo en afirmar que los fallos de comunicación dentro del equipo asistencial son en parte responsables de algunos errores clínicos. Por edad, los menores de 30 años se muestran más de acuerdo en el enunciado que los comprendidos entre 31 y 50 años ($p < 0,01$). Es significativo el hecho de que los médicos están muy en desacuerdo mientras que los farmacéuticos y los enfermeros lo están muy de acuerdo ($p < 0,001$) (Tabla 81). También apreciamos el hecho de que en Especializada están muy de acuerdo en la afirmación de la pregunta, mientras que en Primaria lo están muy en desacuerdo ($p < 0,001$).

Tabla 81

		P43				
		1: Muy en Desacuerdo	2: En desacuerdo	3: De acuerdo	4: Muy de acuerdo	
Profesión	Médico	Recuento	122	172	163	48
		% de P43	37,3%	30,7%	29,0%	21,2%
		Residuos corregidos	3,2	,4	-,7	-3,1
	Farmacéutico	Recuento	0	4	6	8
		% de P43	,0%	,7%	1,1%	3,5%
		Residuos corregidos	-2,1	-1,0	,0	3,9
	Enfermero/ Matrona/ Fisioterapeuta	Recuento	205	384	394	170
		% de P43	62,7%	68,6%	70,0%	75,2%
		Residuos corregidos	-2,7	-,1	,7	2,2

****PREGUNTA N° 44 ¿Cuando hago anotaciones en la historia clínica procuro escribir con letra clara? (P44). (Tabla 82):**

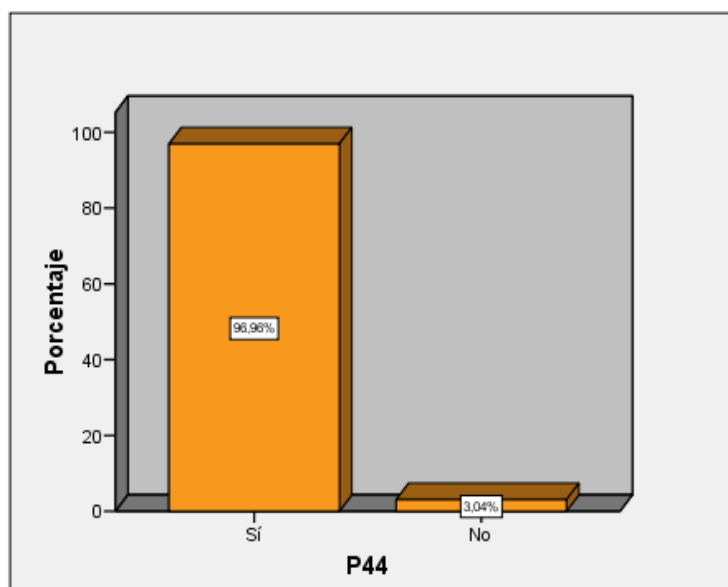


Tabla 82

Válidos	Perdidos	Total
---------	----------	-------

	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	1944	61	2005	181	2186
Porcentaje	88,9	2,8	91,7	8,3	100,0
Porcentaje válido	97,0	3,0	100,0		
Porcentaje acumulado	97,0	100,0			

Como se observa, la gran mayoría opina que sí se escribe con letra clara pero, con puntualizaciones: los varones, los mayores de 31 años y el colectivo médico presenta una frecuencia en el “NO” mayor de lo esperado ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 45 ¿Cuando hago anotaciones respecto a un fármaco con nombre parecido a otro, procuro escribir con letra clara para evitar confusiones? (P45). (Tabla 83):**

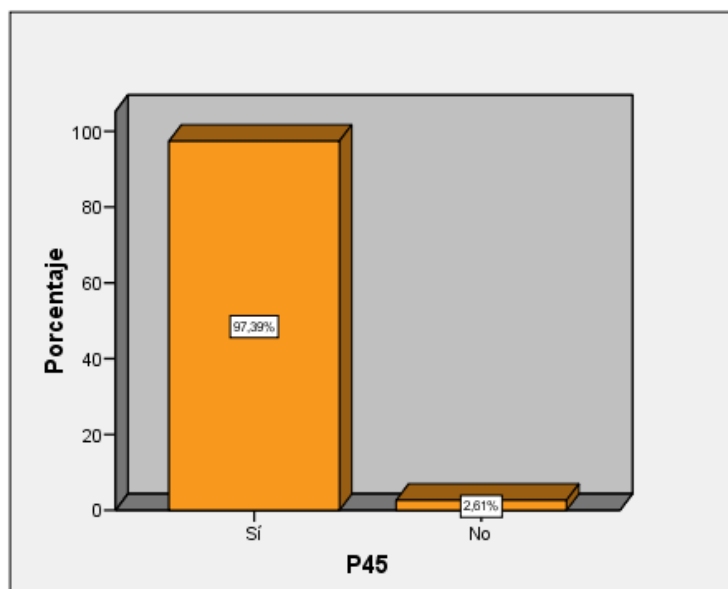


Tabla 83

	Válidos			Perdidos	Total
	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	1866	50	1916	270	2186
Porcentaje	85,4	2,3	87,6	12,4	100,0
Porcentaje válido	97,4	2,6	100,0		
Porcentaje acumulado	97,4	100,0			

Aplastante mayoría en la frecuencia del “Sí” y además sin diferencias significativas en relación a las variables independientes.

****PREGUNTA N° 46 ¿La comunicación de errores beneficia la atención sanitaria en su centro? (P46). (Tabla 84):**

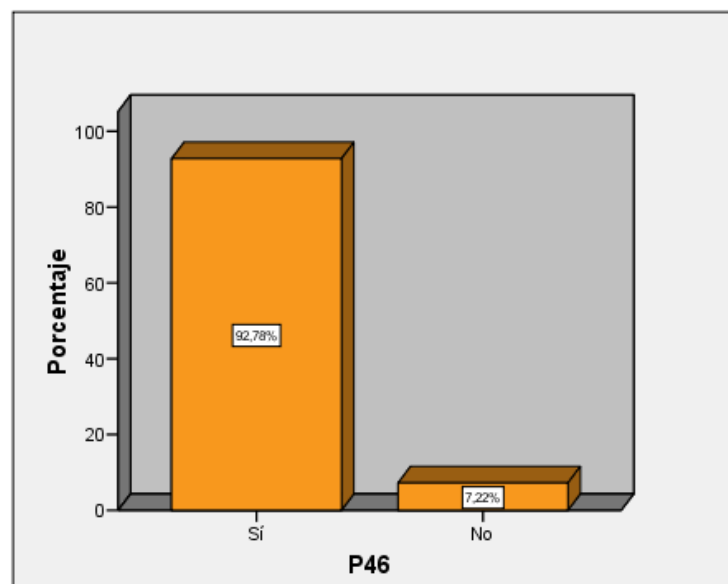


Tabla 84

	Válidos	Perdidos	Total
--	---------	----------	-------

	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	1773	138	1911	275	2186
Porcentaje	81,1	6,3	87,4	12,6	100,0
Porcentaje válido	92,8	7,2	100,0		
Porcentaje acumulado	92,8	100,0			

En general, vemos que la mayoría de la población opina que es beneficiosa la comunicación de errores para la correcta atención sanitaria. La única diferencia significativa encontrada al relacionarlos con las variables independientes ha sido que en el Área de Salud III existe un porcentaje mayor de lo esperado en la respuesta “No” ($p < 0,001$).

****PREGUNTA Nº 47 ¿Existen en su centro de trabajo sistemas de notificación voluntaria de errores? (P47). (Tabla 85):**

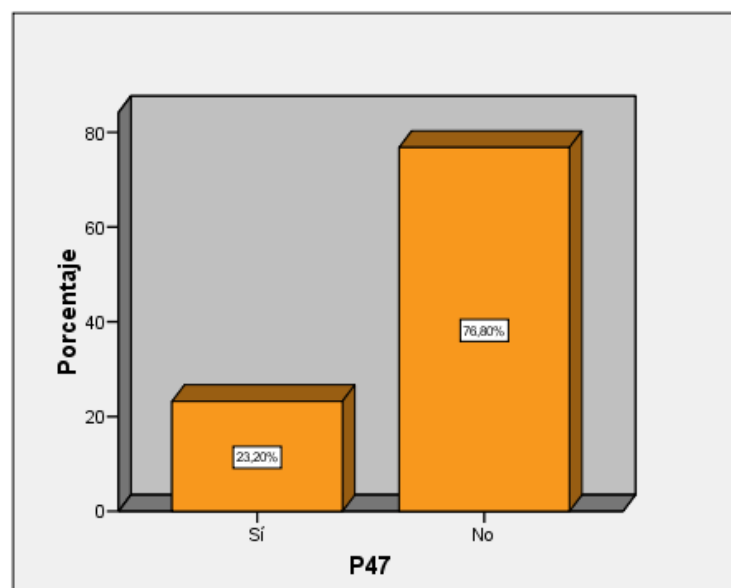


Tabla 85

	Válidos			Perdidos	
	Sí	No	Total	N/C	Total
Frecuencia	264	874	1138	1048	2186

Porcentaje	12,1	40,0	52,1	47,9	100,0
Porcentaje válido	23,2	76,8	100,0		
Porcentaje acumulado	23,2	100,0			

Llegados a esta pregunta es importante resaltar que casi la mitad de la muestra encuestada (47,9 %) desconoce si existe o no “sistemas de notificación voluntaria de errores”. Mayoritariamente son los farmacéuticos y el colectivo Especializada los que sí conocen de su existencia ($p < 0,001$) (Tabla 86). Por áreas de salud, las Áreas II y IV muestran una frecuencia mayor de lo esperado del “No”, mientras que las Áreas VI y VII lo hacen del “Sí” ($p < 0,05$ y $p < 0,001$ respectivamente).

Tabla 86

			P47	
			Sí	No
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	32	242
		% de P47	12,7%	28,7%
		Residuos corregidos	-5,1	5,1
	Especializada	Recuento	220	601
		% de P47	87,3%	71,3%
		Residuos corregidos	5,1	-5,1

****PREGUNTA N° 48 ¿En alguna ocasión ha notificado en su centro de trabajo un error médico? (P48). (Tabla 87):**

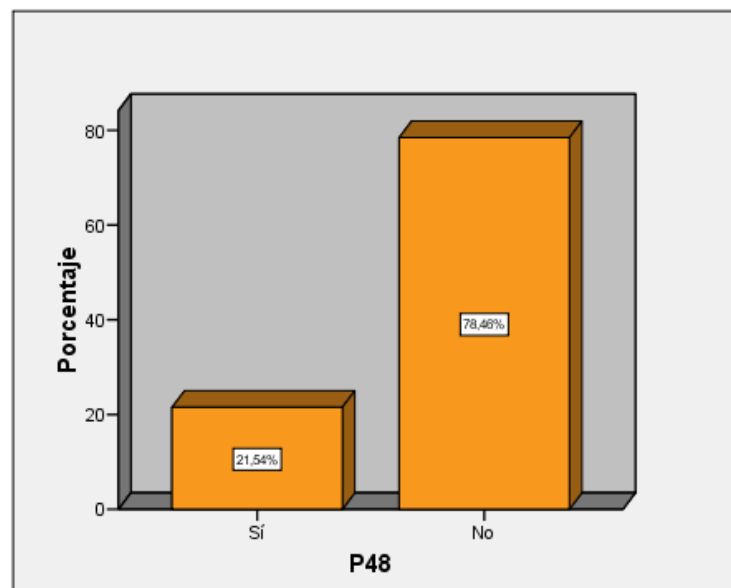


Tabla 87

	Válidos			Perdidos	Total
	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	389	1417	1806	380	2186
Porcentaje	17,8	64,8	82,6	17,4	100,0
Porcentaje válido	21,5	78,5	100,0		
Porcentaje acumulado	21,5	100,0			

Algo más de tres cuartas partes de la población nunca han revelado un error médico en su centro de trabajo, aunque casi un 18% de los encuestados no sabe o no contesta a la pregunta. Por servicios observamos que existe un porcentaje mayor del esperado en la respuesta “Sí” en los servicios de Farmacia ($p < 0,001$) y Medicina Interna ($p < 0,01$); por el contrario, la respuesta “No” tiene una frecuencia mayor de lo esperado en UCI ($p < 0,01$) y Radiología ($p < 0,05$).

****PREGUNTA N° 49 ¿Ha revelado alguna vez a un paciente un error de poca consideración? (P49). (Tabla 88):**

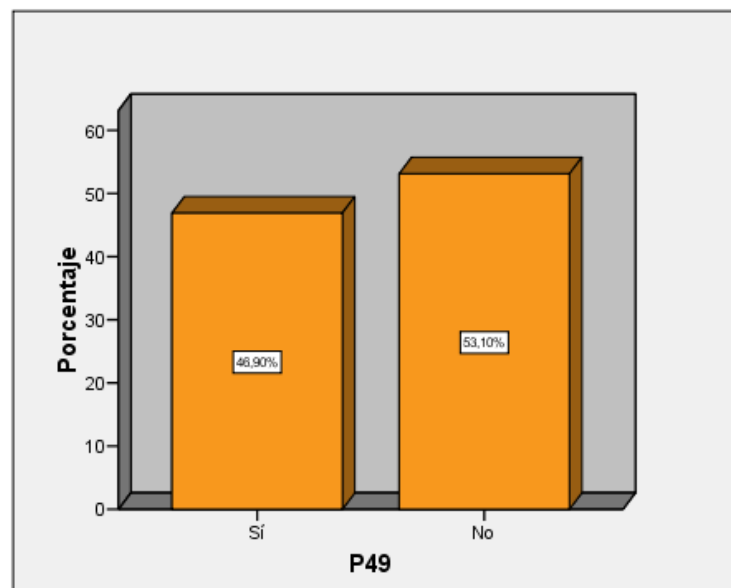


Tabla 88

	Válidos			Perdidos	Total
	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	914	1035	1949	237	2186
Porcentaje	41,8	47,3	89,2	10,8	100,0
Porcentaje válido	46,9	53,1	100,0		
Porcentaje acumulado	46,9	100,0			

Hay que destacar que solo un 10% no contestan a la pregunta. De la población que sí ha revelado alguna vez a un paciente un error de poca consideración, destacan como frecuencias mayor de lo esperado los varones, el personal entre 31 y 50 años, el colectivo médico y los profesionales de Atención Primaria, todos ellos con una significación alta ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 50 ¿Ha revelado alguna vez a un paciente un error médico grave? (P50). (Tabla 89):**

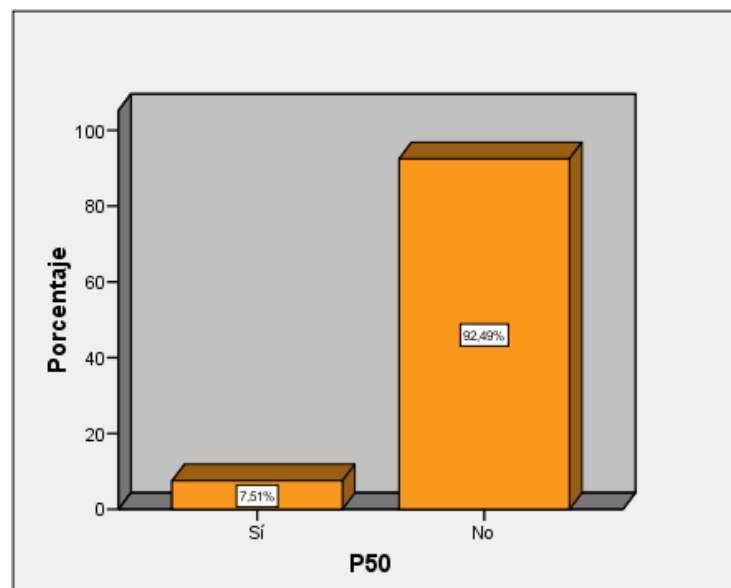


Tabla 89

	Válidos			Perdidos	Total
	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	143	1760	1903	283	2186
Porcentaje	6,5	80,5	87,1	12,9	100,0
Porcentaje válido	7,5	92,5	100,0		
Porcentaje acumulado	7,5	100,0			

Mayoritariamente observamos que no se revela al paciente un error médico grave. Analizando los que “Sí” lo han notificado alguna vez observamos unas frecuencias superiores a lo esperado en los varones, los mayores de 50 años, los médicos y los profesionales de Atención Primaria ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 51 ¿Cuando se comete un error, el personal teme ser objeto de una reclamación judicial? (P51). (Tabla 90):**

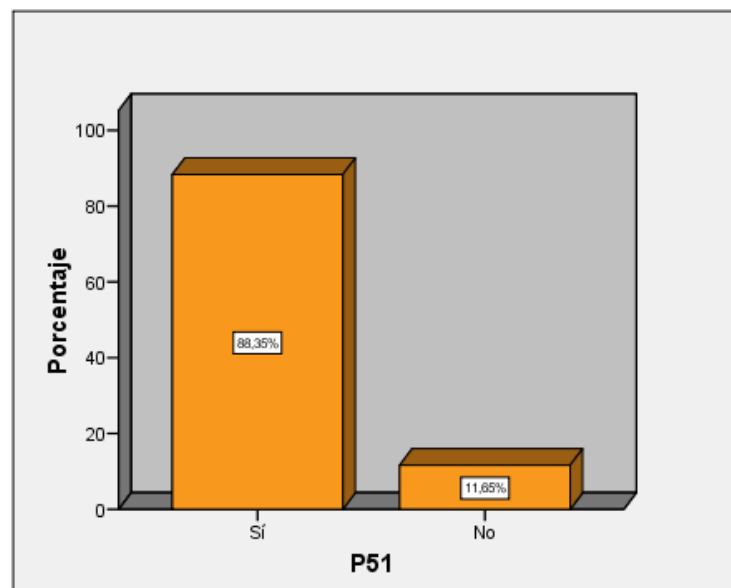


Tabla 90

	Válidos			Perdidos	Total
	Sí	No	Total	N/C	
Frecuencia	1653	218	1871	315	2186
Porcentaje	75,6	10,0	85,6	14,4	100,0
Porcentaje válido	88,3	11,7	100,0		
Porcentaje acumulado	88,3	100,0			

Dentro del 11,65% que no cree que cuando se comete un error, el personal teme ser objeto de una reclamación judicial destacan, las mujeres, los menores/iguales de 30 años y el colectivo de enfermería ($p < 0,001$).

****PREGUNTA N° 52 ¿Hablar de efectos adversos genera una mala imagen de los profesionales sanitarios? (P52). (Tabla 91):**

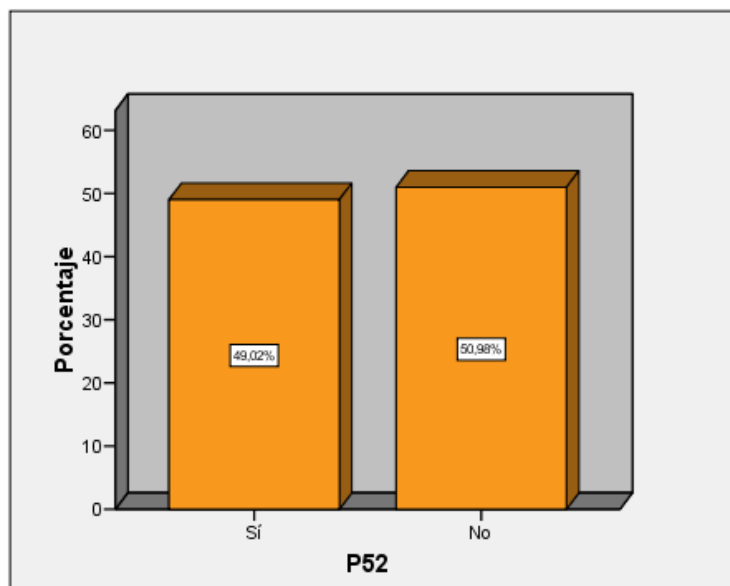


Tabla 91

	Válidos			Perdidos	
	Sí	No	Total	N/C	Total
Frecuencia	879	914	1793	393	2186
Porcentaje	40,2	41,8	82,0	18,0	100,0
Porcentaje válido	49,0	51,0	100,0		
Porcentaje acumulado	49,0	100,0			

La mitad de la muestra (49, 2%) opina que hablar de efectos adversos genera una mala imagen de los profesionales sanitarios. De este porcentaje destacan el colectivo de enfermería ($p < 0,001$) (Tabla 92) y los profesionales de Atención Especializada ($p < 0,001$) (Tabla 93).

Tabla 92

		P52	
		Sí	No

PROFESIÓN	Médico	Recuento	186	329
		% de P52	23,2%	37,1%
		Residuos corregidos	-6,2	6,2
	Farmacéutico	Recuento	5	14
		% de P52	,6%	1,6%
		Residuos corregidos	-1,9	1,9
	Enfermero/Matrona / Fisioterapeuta	Recuento	611	544
		% de P52	76,2%	61,3%
		Residuos corregidos	6,6	-6,6

Tabla 93

		P52		
		Sí		No
CENTRO GESTOR	Primaria	Recuento	146	244
		% de P52	17,2%	27,8%
		Residuos corregidos	-5,3	5,3
	Especializada	Recuento	705	634
		% de P52	82,8%	72,2%
		Residuos corregidos	5,3	-5,3

IV.5. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

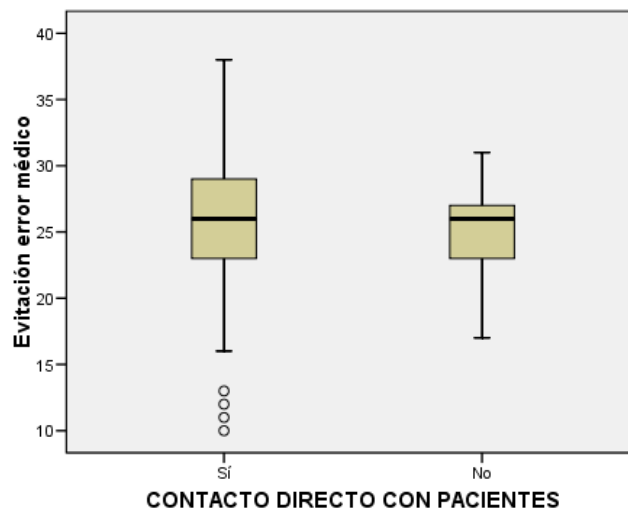
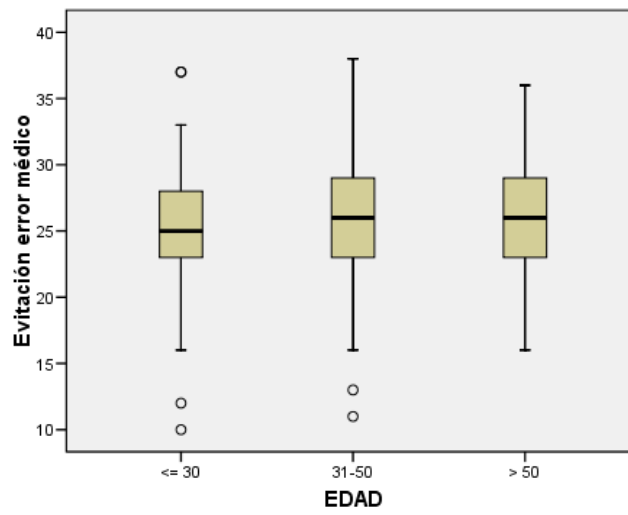
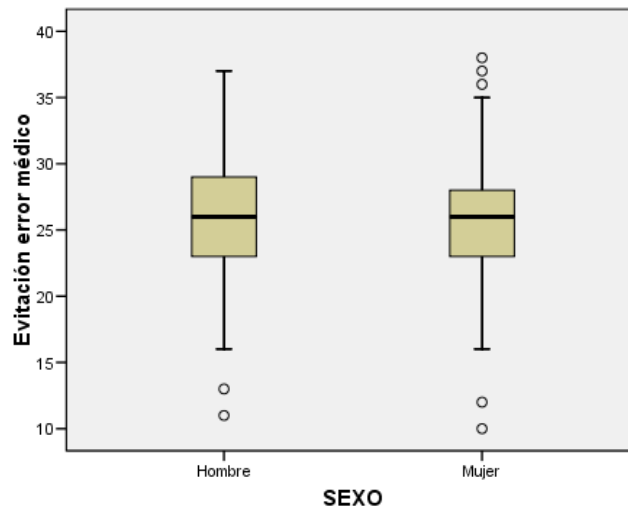
PROCESO 5: EVITACIÓN DEL ERROR MÉDICO.

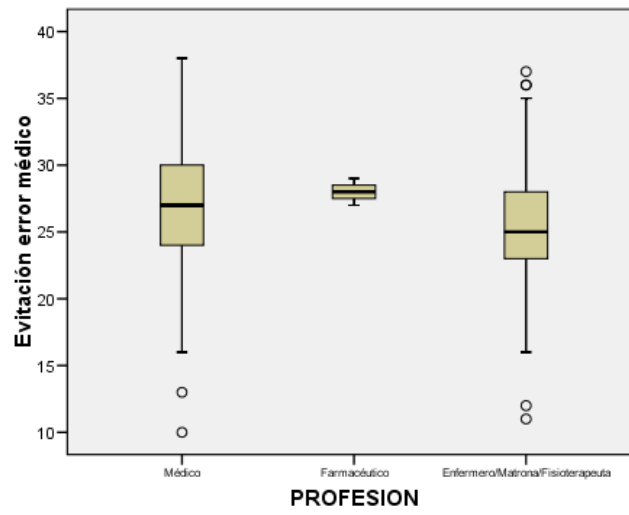
IV.5.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO AGRUPADO DEL PROCESO.

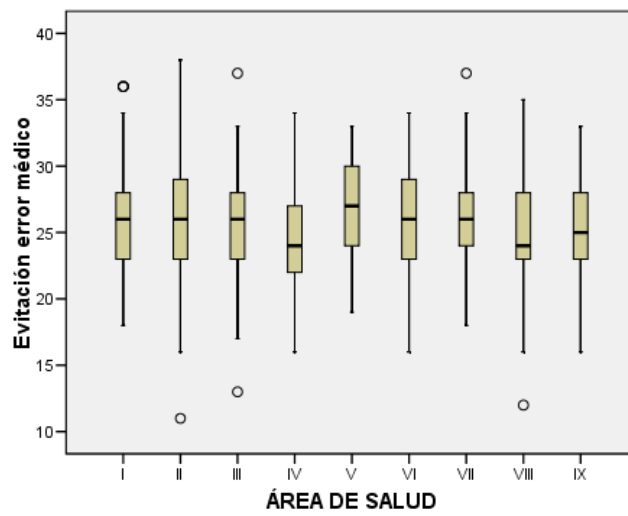
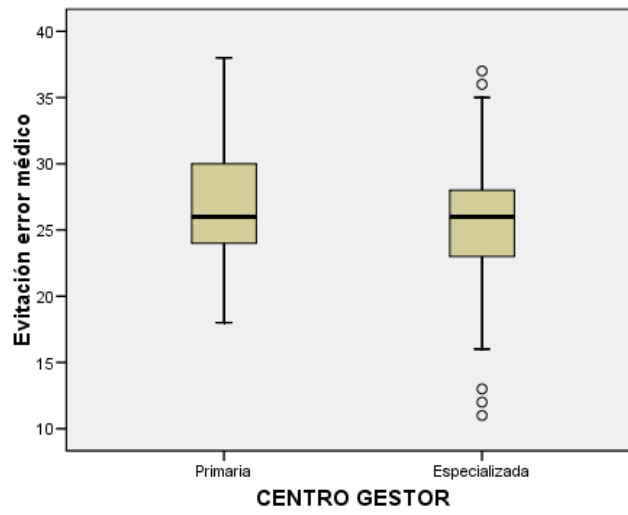
Tras el análisis pormenorizado de cada variable, nos disponemos a presentar el análisis estadístico de todas estas variables agrupadas en “Proceso de Evitación del Error Médico” en relación a las variables independientes. De ahí, se nos genera la Tabla 94, con sus correspondientes gráficos de caja.

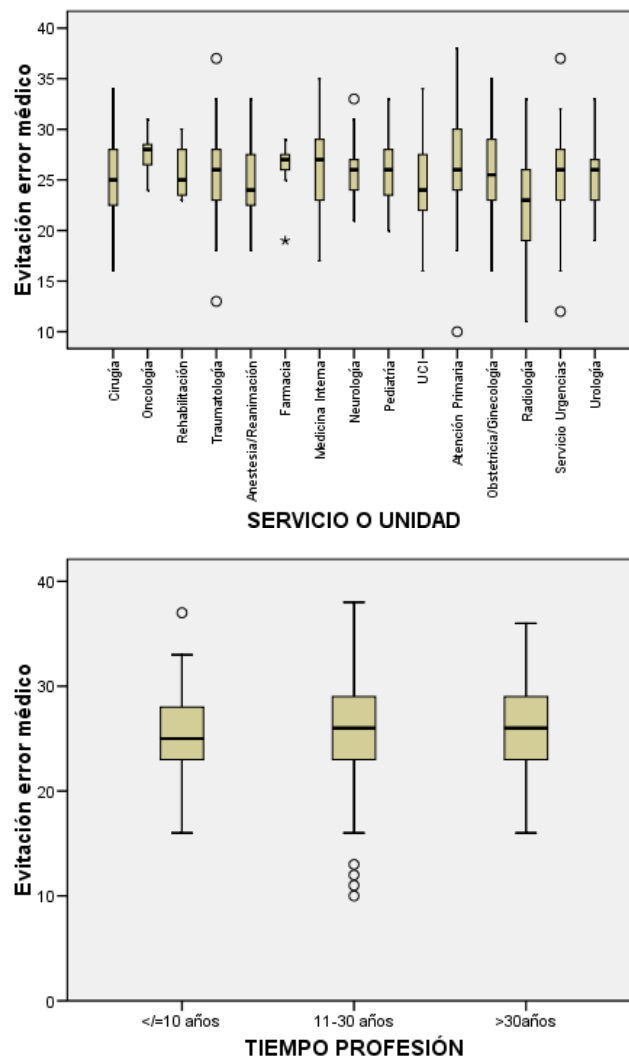
Tabla 94. Evitación del Error Médico & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	282	26,23	4,147
	Mujer	499	25,56	3,943
EDAD	<= 30	243	25,25	3,898
	31-50	416	25,90	4,008
	> 50	127	26,40	4,224
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	746	25,84	4,039
	No	37	25,03	3,403
PROFESIÓN	Médico	262	26,62	4,255
	Farmacéutico	3	28,00	1,000
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	487	25,37	3,822
CENTRO GESTOR	Primaria	181	26,94	4,074
	Especializada	579	25,48	3,922
ÁREA SALUD	I	113	26,34	3,833
	II	168	25,70	4,291
	III	100	25,66	3,851
	IV	56	24,79	3,473
	V	49	26,61	3,587
	VI	119	25,77	3,978
	VII	84	26,31	3,745
	VIII	41	25,27	5,045
	IX	42	25,17	3,975
SERVICIO	Cirugía	79	25,10	3,931
	Oncología	11	27,36	2,111
	Rehabilitación	4	25,75	3,096
	Traumatología	35	25,46	4,553
	Anestesia/Reanimación	27	25,04	3,868
	Farmacia	7	26,00	3,317
	Medicina Interna	97	26,12	3,841
	Neurología	13	26,31	3,497
	Pediatría	36	26,19	3,544
	UCI	43	24,51	4,171
	Atención Primaria	148	26,74	4,375
	Obstetricia/Ginecología	44	25,66	4,086
	Radiología	6	22,50	7,423
TPO. PROFESIÓN	</=10 años	143	25,18	3,916
	11-30años	488	25,86	4,014
	>30 años	153	26,10	4,120









En vista a estos datos y tras su análisis estadístico con la prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

-Se obtienen diferencias significativas en el Proceso de Evitación del Error Médico por el hecho de ser hombre (media de 26,23) o mujer (media de 25,56) ($p < 0,02$).

-Existen diferencias significativas en el Proceso de Evitación del Error Médico en relación a la Edad: entre los <math>< 30</math> años (25,25) y el grupo de >50 años (26,40) ($p < 0,05$).

-No existen diferencias significativas en el Proceso de Evitación del Error Médico y el Contacto directo con el Paciente.

-Se obtienen diferencias significativas en relación a la Profesión. La media del Proceso en los médicos es de 26,62, siendo ésta mayor que la del grupo enfermería (25,37) significativamente ($p<0,001$).

-Si existen diferencias significativas en el Proceso de Evitación del Error Médico en relación al Centro Gestor: los profesionales de Primaria tienen una media significativamente superior (26,94) a los de Especializada (25,48) ($p<0,001$).

-No existen diferencias significativas ni entre las diferentes Áreas de Salud ni entre los diferentes Servicios o Unidades.

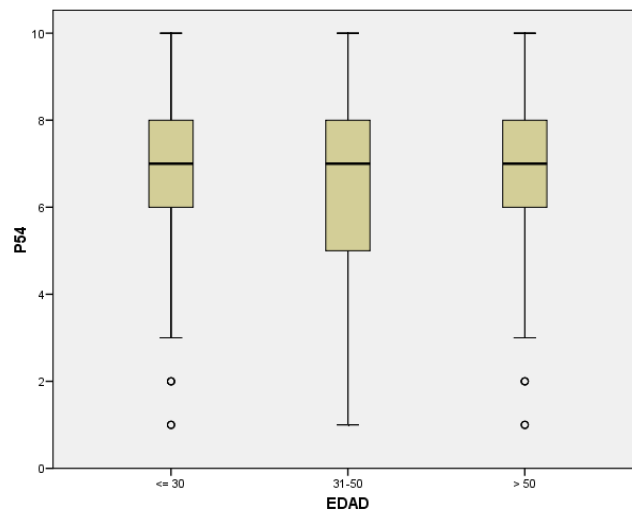
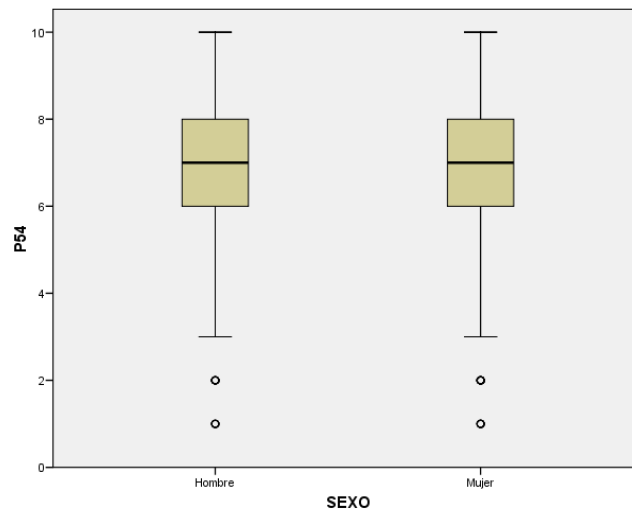
-No existen diferencias significativas en el Proceso de Evitación del Error Médico en relación al tiempo de profesión.

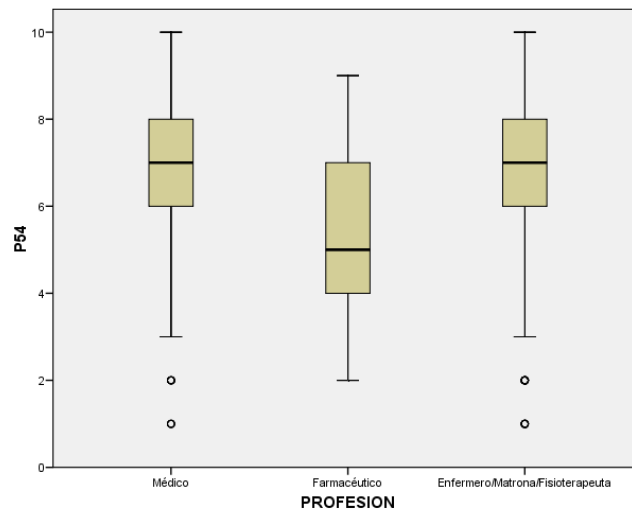
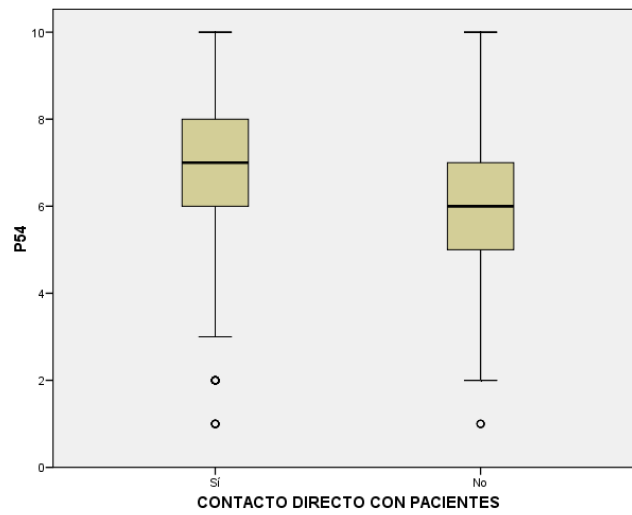
IV.6. VALORACIÓN PREGUNTA 54. COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE

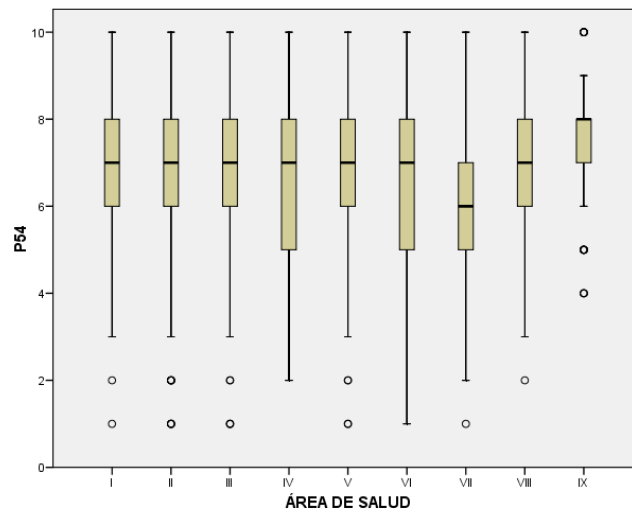
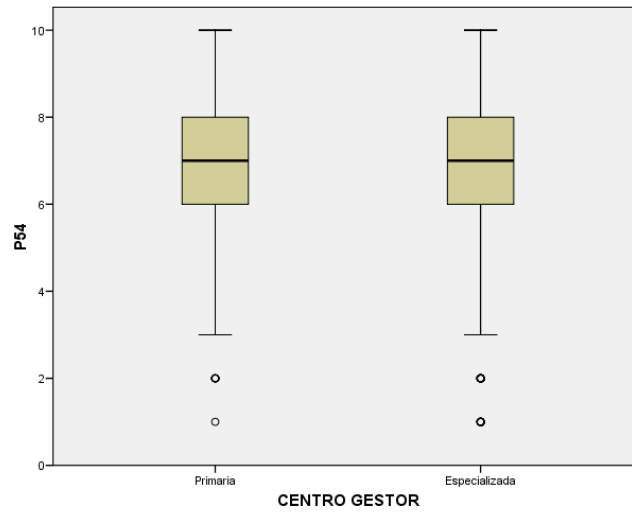
Para la valoración global del apartado Comunicación Profesional Sanitario-Paciente se diseñó en el cuestionario el ítem pregunta 54 (P54: *“Califique, por favor, de uno a diez la calidad de la información entre los profesionales y pacientes en su centro de trabajo”*), la cual, se ha evaluado estadísticamente con las diferentes variables independientes (Tabla 95).

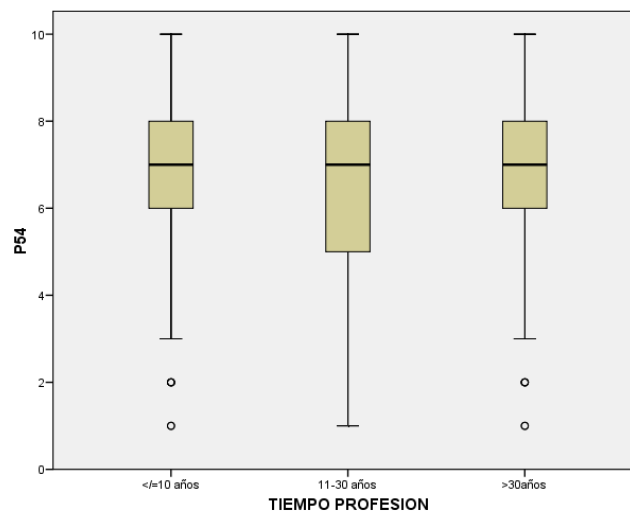
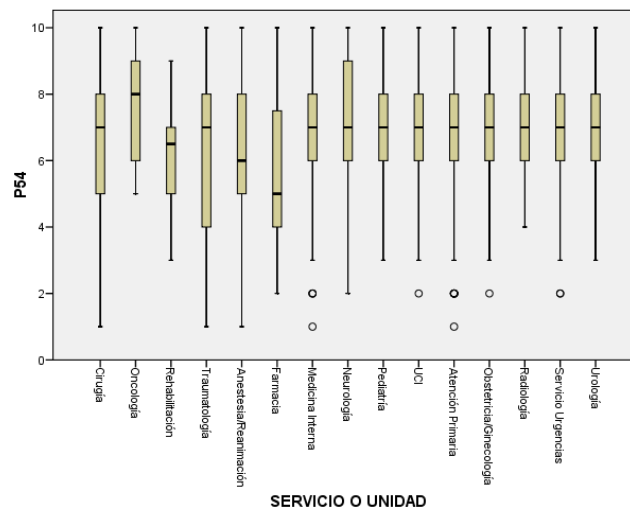
Tabla 95. P54 & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	679	6,77	1,786
	Mujer	1407	6,70	1,702
EDAD	<= 30	756	6,93	1,617
	31-50	1035	6,55	1,762
	> 50	310	6,82	1,805
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Si	1989	6,76	1,701
	No	107	6,03	2,021
PROFESIÓN	Médico	561	6,94	1,678
	Farmacéutico	17	5,18	2,007
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	1395	6,62	1,725
CENTRO GESTOR	Primaria	436	6,97	1,607
	Especializada	1583	6,64	1,756
ÁREA SALUD	I	303	6,94	1,587
	II	397	6,75	1,741
	III	269	6,77	1,768
	IV	148	6,45	1,731
	V	132	6,77	1,780
	VI	380	6,54	1,805
	VII	210	6,33	1,632
	VIII	105	6,67	1,719
	IX	99	7,54	1,335
SERVICIO	Cirugía	200	6,37	1,858
	Oncología	27	7,48	1,740
	Rehabilitación	44	6,34	1,493
	Traumatología	76	6,14	2,070
	Anestesia/Reanimación	88	6,24	1,863
	Farmacia	23	5,83	2,188
	Medicina Interna	218	6,68	1,679
	Neurología	39	7,23	1,754
	Pediatría	75	6,99	1,656
	UCI	101	6,61	1,562
	Atención Primaria	352	6,93	1,638
	Obstetricia/Ginecología	110	6,97	1,799
	Radiología	63	6,89	1,618
	Servicio Urgencias	198	6,91	1,635
	Urología	48	6,92	1,635
TPO. PROFESIÓN	<=10 años	474	7,08	1,537
	11-30años	1245	6,55	1,765
	>30 años	368	6,85	1,766









En vista a estos datos y tras su análisis estadístico con prueba “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

- En relación al sexo, la media en los varones es de 6,77 y en las mujeres de 6,70; no observándose diferencias significativas.
- Sí que encontramos diferencias significativas por razón de edad. La calidad de la información profesional/paciente entre los profesionales menores/iguales a 30 años es mejor valorada, significativamente ($p<0,001$), que por los profesionales entre 31-50 años. No objetivamos diferencias significativas entre los menores/iguales a 30 años y los mayores de 50 años, ni tampoco, entre los profesionales entre 31-50 años y los mayores de 50 años.
- Analizando estos resultados con la variable Contacto Directo con el paciente observamos que los que sí tienen contacto presentan una media de 6,76, la cual es significativamente ($p<0,001$) más alta que la media (6,03) de los que no tienen contacto con el paciente.
- La media de valoración de los médicos es de 6,94, significativamente superior a los farmacéuticos ($p<0,001$) y al colectivo enfermería ($p<0,001$). la media de los enfermeros es de 6,62, significativamente superior a los farmacéuticos ($p<0,01$).
- Cuando el Centro Gestor es Atención Primaria la valoración media de los encuestados es de 6,97, media ésta, significativamente superior ($p<0,001$) a la media 6,64 correspondiente a los profesionales de Especializada.
- El análisis la calidad de la información profesional/paciente por Áreas de Salud nos resalta que el Área IX es la que mejor valoración tiene (7,54), siendo estadísticamente significativa comparada con el resto de las Áreas ($p<0,05/p<0,001$), excepto con el Área I. El área que peor valora la calidad de la información es el Área VII (6,33), aunque no existen diferencias significativas con el resto de las áreas, excepto con las Área I y IX.
- No encontramos diferencias significativas al analizar este ítem P54 entre los diferentes Servicios//Unidades.
- El grupo de encuestados con 10 o menos años de profesión tiene una media de puntuación en esta pregunta de 7,08, significativamente superior al grupo de 11-30 años de profesión (6,55) ($p<0,001$); a su vez este grupo de 11-30 años es significativamente inferior al grupo de más de 30 años de

profesión (6,85) ($p < 0,01$). No existen diferencias significativas entre los grupos menor/igual a 10 años y los mayores de 30 años de profesión.

A continuación, hemos realizado un *modelo de regresión lineal múltiple* de esta variable “*calidad de la información entre los profesionales y pacientes en su centro de trabajo*”, para analizar qué variables se relacionan con la calidad de la información entre profesionales y pacientes (P54).

Inicialmente se han introducido, como variables explicativas, la edad, el sexo, el tiempo de profesión, el centro gestor (Primaria/Especializada) y el nivel profesional (Médico/Enfermería), así como las puntuaciones globales de Procesos de Información previa al consentimiento, Comunicativo-Deliberativo y de Consentimiento Informado.

Tras realizar el proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*), quedan en el modelo las variables que, por sí solas, se relacionan significativamente con P54, habiendo desaparecido las que no se relacionan significativamente con ella. El modelo final es el siguiente (Tabla 96):

Tabla 96.
Modelo de regresión lineal múltiple de P54.
Calidad de la información entre profesionales y pacientes.
Variable dependiente: P54

		Coeficientes no estandarizados		Sig.
		B	Error típ.	
	Proceso de información previo	,069	,015	,000
	Proceso comunicativo deliberativo	,139	,023	,000
	Proceso de consentimiento	,138	,012	,000

Podemos observar que la edad, el sexo, el tiempo de profesión, el centro gestor (Primaria/Especializada) y el nivel profesional (Médico/Enfermería) no se relacionan, por sí solas, con la calidad de la información entre profesionales y pacientes (P54). Sin embargo, constatamos que dicha calidad sí mejora cuanto mayor es, tanto la puntuación del proceso de información previo, como la del proceso comunicativo-deliberativo y la del proceso de consentimiento, dado que sus coeficientes de regresión son significativamente positivos.

De igual forma hemos construido un *modelo de regresión logística* para valorar qué variables pueden influir, por sí solas, en la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales y pacientes sea clasificada como buena/excelente ($P54 \geq 7$) o regular/mala ($P54 < 7$). Como posibles variables explicativas, se han introducido en dicho modelo, el sexo, la edad en grupos, el nivel profesional (Médico/Enfermería), el tiempo en la profesión y el centro gestor (Primaria/Especializada), así como las puntuaciones de los procesos de información previo, comunicativo-deliberativo y de consentimiento.

Se llevó a cabo un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*) de las variables que, por sí mismas, no se relacionan significativamente con la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales y pacientes sea clasificada como buena, quedando finalmente en el modelo las variables que sí influyen, independientemente del valor de las demás, en dicha probabilidad y que se exponen en la siguiente tabla (Tabla 97):

Tabla 97.
Modelo de regresión logística para la variable $P54 \geq 7$
(Buena/excelente calidad de la información entre profesionales y pacientes)
Variable dependiente: $P54 \geq 7$

	B	E.T.	Sig.	OR	I.C. 95,0% para OR	
Proc. Información previa	,130	,027	,000	1,139	1,079	1,202
Proc. Comunic -deliberativo	,164	,042	,000	1,178	1,085	1,279
Proc. Consentimiento	,189	,023	,000	1,208	1,155	1,263

Podemos observar que la posibilidad de que la calidad de la información entre profesionales y pacientes sea clasificada como buena aumenta con las puntuaciones tanto del proceso de información previa (OR = 1.139) como del proceso comunicativo-deliberativo (OR = 1.178) y del proceso de consentimiento (OR = 1.208).

Así, esa posibilidad se multiplica por 1,139 por cada punto que aumente la puntuación del proceso de información previa (IC 95%: 1,079 – 1,202), por 1,178 por cada punto que aumente la puntuación del proceso comunicativo-deliberativo (IC 95%: 1,085 – 1,279) y por 1,208 por cada punto que aumente la puntuación del proceso de consentimiento (IC 95%: 1,155 – 1,263).

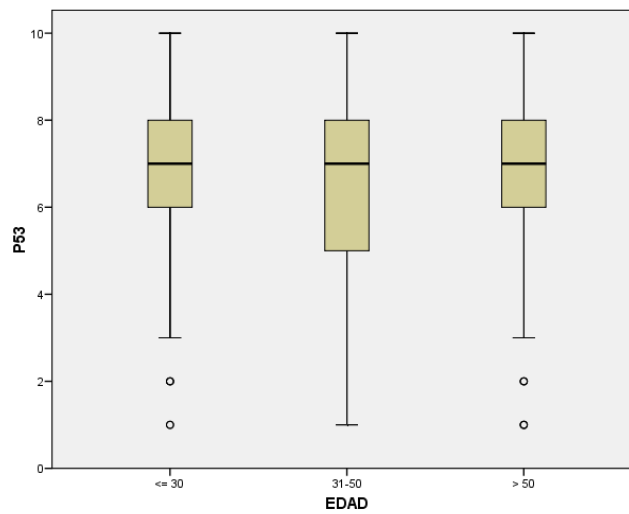
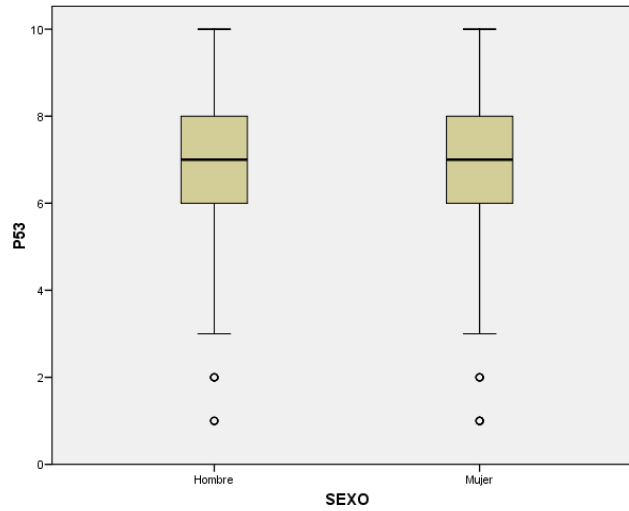
IV.7. VALORACIÓN. PREGUNTA 53. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES.

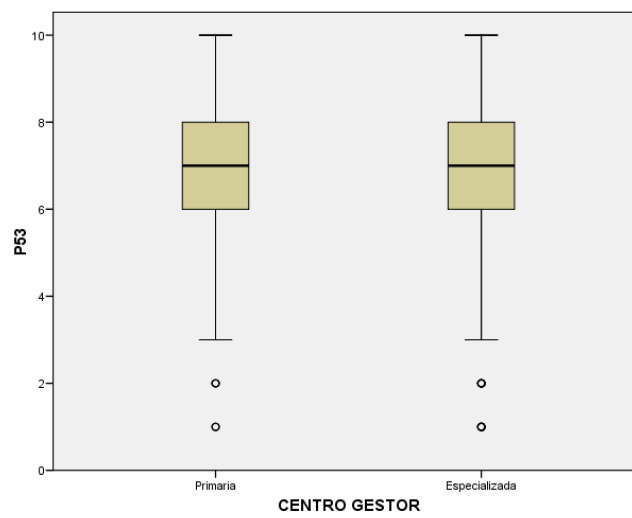
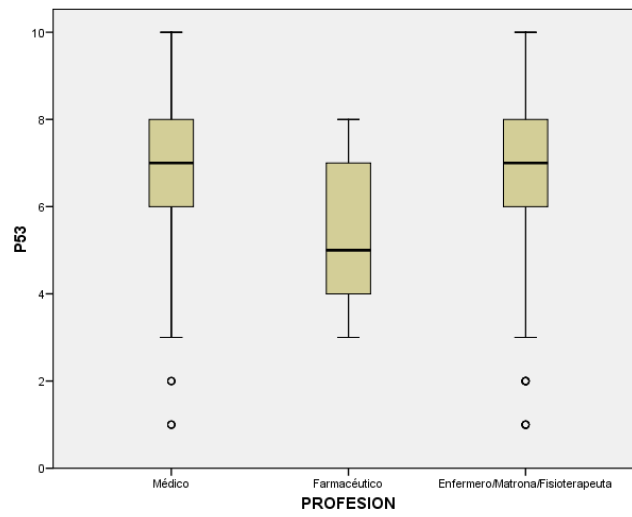
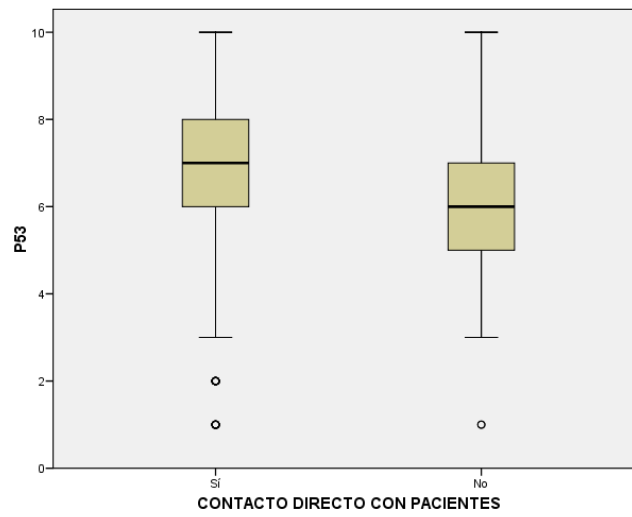
Para la valoración global del apartado Comunicación entre Profesionales se diseñó en el cuestionario el ítem pregunta 53 (P53: *“Califique, por favor, de uno a diez la calidad de la información entre los profesionales en su centro de trabajo”*), la cual, se ha evaluado estadísticamente con las diferentes variables independientes (Tabla 98).

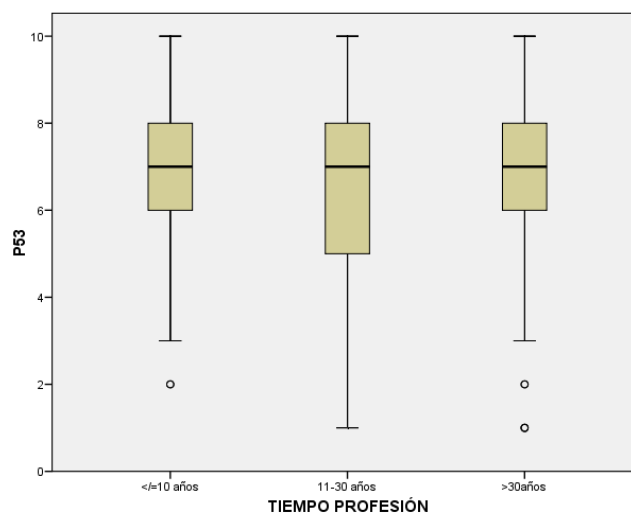
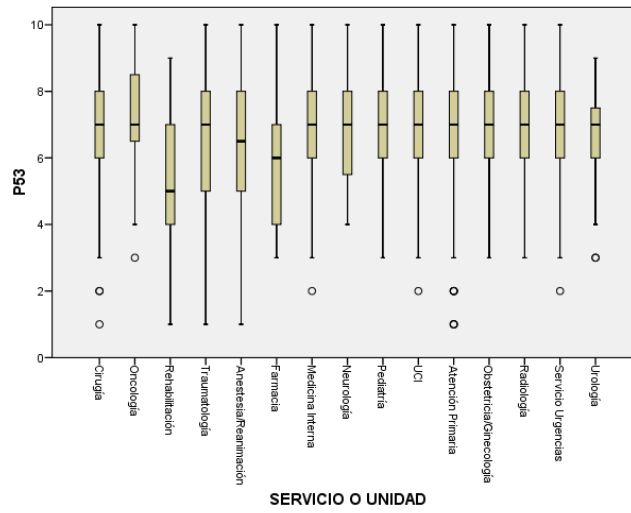
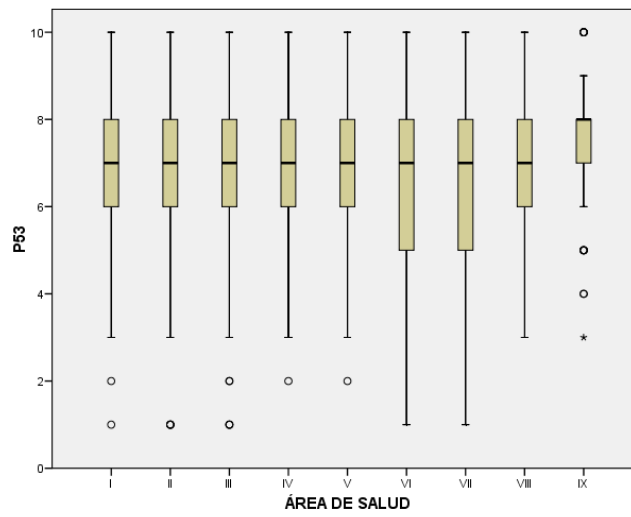
Tabla 98. P53 & Variables independientes.

		N	MEDIA	DESV. TIP.
SEXO	Hombre	681	6,82	1,726
	Mujer	1407	6,75	1,687
EDAD	<= 30	756	6,99	1,588
	31-50	1036	6,60	1,740
	> 50	311	6,79	1,772
CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES	Sí	1989	6,80	1,684
	No	109	109	1,864
PROFESIÓN	Médico	562	6,97	1,698
	Farmacéutico	20	5,40	1,569
	Enfermero/Matrona/Fisioterapeuta	1393	6,70	1,680
CENTRO GESTOR	Primaria	436	6,95	1,672
	Especializada	1584	6,71	1,706
ÁREA SALUD	I	303	6,82	303
	II	396	6,65	1,713
	III	269	6,84	1,751
	IV	148	6,71	1,605
	V	132	6,95	1,716
	VI	381	6,61	1,735
	VII	210	6,42	1,682
	VIII	105	7,18	1,568
	IX	100	7,72	1,319
SERVICIO	Cirugía	200	6,68	1,710
	Oncología	27	7,26	1,913
	Rehabilitación	44	5,41	2,004
	Traumatología	76	6,36	1,888
	Anestesia/Reanimación	88	6,34	1,787
	Farmacia	26	6,00	1,811
	Medicina Interna	218	6,86	1,638
	Neurología	39	7,13	1,704
	Pediatría	74	6,95	1,516
	UCI	101	6,57	1,545
	Atención Primaria	351	6,89	1,710
	Obstetricia/Ginecología	110	7,13	1,735
	Radiología	64	6,86	1,622

	Servicio Urgencias	198	7,19	1,446
	Urología	48	6,56	1,515
TPO. PROFESIÓN	<=10 años	475	7,23	1,437
	11-30años	1246	6,59	1,742
	>30 años	368	6,83	1,740







En vista a estos datos y tras su análisis estadístico con prueba la “t de Student” o ANOVA de un factor y pruebas post-hoc (HSD de Tukey), según corresponda, obtenemos los siguientes resultados:

- En relación al sexo, la media para la P53 en los varones es de 6,82 y en las mujeres de 6,75, no obteniéndose diferencias significativas.
- Encontramos diferencias significativas por razón de edad. La calidad de la información profesional/paciente entre los profesionales menores/iguales a 30 años es mejor valorada, significativamente ($p < 0,001$), que por los profesionales entre 31-50 años. No objetivamos diferencias significativas entre los menores/iguales a 30 años y los mayores de 50 años, ni tampoco, entre los profesionales entre 31-50 años y los mayores de 50 años.
- La media de valoración de los médicos es de 6,97, significativamente superior a los farmacéuticos ($p < 0,001$) y al colectivo enfermería ($p < 0,01$). La media de los enfermeros es de 6,70, significativamente superior a los farmacéuticos ($p < 0,01$).
- Analizando estos resultados con la variable Contacto Directo con el paciente observamos que los que sí tienen contacto, presentan una media de 6,80 significativamente ($p < 0,001$) más alta que la media (6,07) de los que no tienen contacto con el paciente.
- Cuando el Centro Gestor es Atención Primaria la valoración media de los encuestados es de 6.95, media ésta, significativamente superior ($p < 0,02$) a la media 6,71 correspondiente a los profesionales de Especializada.
- El análisis la calidad de la información profesional/paciente por Áreas de Salud nos destaca que el Área IX es la que mejor valoración tiene (7,72), siendo estadísticamente significativa comparada con el resto de las Áreas ($p < 0,05/p < 0,001$), excepto con el Área VIII. El área que peor valora la calidad de la información son el Área VII (6,42) aunque no existen diferencias significativas con el resto de las áreas, excepto con las Áreas VIII y IX.
- No encontramos diferencias significativas al analizar este ítem P53 los entre los diferentes Servicios//Unidades.

- Encontramos diferencias significativas al relacionar la valoración global con el Tiempo en la Profesión. La media del grupo menor/igual a 10 años de profesión (7,23) es mayor significativamente ($p < 0,001$) que la media del grupo 11-30 años (6,59) y también que la media del grupo mayor de 30 años de profesión (6,83) ($p < 0,01$); a su vez, la media del colectivo mayor de 30 años es superior significativamente al grupo de 11-30 años ($p < 0,05$).

-

Para finalizar el análisis estadístico de este ítem P53, se construye un ***modelo de regresión lineal múltiple*** de esta variable “***calidad de la información entre los profesionales en su centro de trabajo***”, para analizar qué variables influían en la calidad de la información entre profesionales (P53). Se introdujeron inicialmente, como posibles variables explicativas, la edad, el sexo, el tiempo de profesión, el centro gestor (Primaria/Especializada) y el nivel profesional (Médico/Enfermería), además de las puntuaciones del proceso de comunicación entre profesionales y de evitación del error médico.

Tras un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*), han ido desapareciendo del modelo las variables que no se relacionaban significativamente, por sí solas, con la variable P53, quedando al final el modelo de regresión expresado en la siguiente tabla, donde permanecen en el mismo las variables que, independientemente de las demás, se relacionan significativamente con P53 (Tabla 99):

Tabla 99.
Modelo de regresión lineal múltiple de P53.
Calidad de la información entre profesionales
Variable dependiente: P53

		Coeficientes no estandarizados		Sig.
		B	Error típ.	
	EDAD	-,029	,007	,000
	Medico/Enfermería	-,555	,140	,000

	CENTRO GESTOR	-,500	,156	,001
	Evitación error médico	,032	,016	,046
	Proceso de comunicación entre profesionales	,151	,012	,000

Observamos en esta tabla que, al ser sus coeficientes de regresión significativamente positivos, el valor de P53, es decir, calidad de la información entre profesionales es mayor conforme aumenta la puntuación del proceso de comunicación entre profesionales y de evitación del error médico. Por otra parte, dado que sus coeficientes de regresión son significativamente negativos, la calidad de la información entre profesionales es peor cuando aumenta la edad, cuando disminuye el nivel profesional y cuando aumenta la especialización en el trabajo.

Para finalizar el análisis estadístico de esta variable P53, hemos construido un modelo de regresión logística para valorar qué variables pueden influir, por sí solas, en la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena /excelente ($P53 \geq 7$) o regular/mala ($P53 < 7$). Para ello se han introducido inicialmente en dicho modelo, como posibles variables explicativas, las puntuaciones del proceso de comunicación entre profesionales y del proceso de evitación del error, el sexo, la edad en grupos, el nivel profesional (Médico/Enfermería), el tiempo en la profesión y el centro gestor (Primaria/Especializada).

Tras un proceso de eliminación por pasos hacia atrás (*back stepwise*) de las variables que, por sí mismas, no se relacionan significativamente con la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena, quedan en el modelo de regresión logística las variables expresadas en la siguiente tabla (Tabla 100), y que son las que sí influyen, independientemente del valor de las demás, en dicha probabilidad:

Tabla 100.
Modelo de regresión logística para la variable P53 ≥ 7
(Buena / excelente calidad de la información entre profesionales)
Variable dependiente: P53 ≥ 7

	B	E.T.	Sig.	OR	I.C. 95,0% para OR	
Comunic. profesionales	,170	,021	,000	1,185	1,136	1,236
Nivel profesional	,680	,216	,002	1,974	1,292	3,017
Tiempo en la profesión	-,051	,010	,000	,950	,931	,970
Primaria/Especializada	,792	,248	,001	2,208	1,359	3,589

Observamos que la posibilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena aumenta con la puntuación del proceso de comunicación entre profesionales (OR = 1,185), pues por cada punto que aumente dicha puntuación, esa posibilidad se multiplica por 1,185 (IC 95%: 1,136 – 1,236).

Esta posibilidad también aumenta con el nivel profesional (OR = 1,974): la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena es casi el doble (1,974 veces) entre médicos que entre enfermería (IC 95%: 1,292 – 3,017)

Sin embargo, la posibilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena, disminuye con el tiempo en la profesión (OR = 0,95) y con el grado de especialización (OR = 2,208). En concreto, por cada año que aumente el tiempo en la profesión, esa posibilidad se multiplica por 0,950 (IC 95%: 0,931–0,970), y la probabilidad de que la calidad de la información entre profesionales sea clasificada como buena es más del doble (2.208 veces) en Atención Primaria que en Especializada (IC 95%: 1,359 – 3,589)

V. DISCUSIÓN

Las políticas sanitarias desarrolladas por las administraciones públicas, tienen como objetivo prioritario la puesta en marcha de acciones, dirigidas al incremento de los niveles de calidad en la atención sanitaria. En la actividad sanitaria actual, en la que el coste de la atención al paciente es cada vez mayor, se exigen no sólo resultados, sino también, determinados niveles de calidad y de seguridad (Gisvold y Fasting, 2011)²⁴⁸. El reto es establecer una cultura de calidad, siendo ésta el elemento clave sobre el que todo el esfuerzo debe realizarse. La búsqueda de la calidad asistencial persigue garantizar que el paciente o usuario del servicio sanitario reciba una óptima atención, desde una posición integral de la prestación realizada, logrando el mejor resultado, interpretado en términos de satisfacción del destinatario final, el paciente, con respecto al procedimiento y servicio prestado (Chukmaitov, 2015)²⁴⁹.

La interacción entre calidad asistencial y la confianza con el paciente es intensa. En este sentido, la calidad en la prestación sanitaria constituye un factor decisivo para elevar la confianza en el sistema de salud, en un momento, en el que se perciben elevados niveles de desconfianza hacia los profesionales sanitarios y hacia las instituciones sanitarias, lo que nos configura una escena, en la que surgen continuas tensiones y conflictos, muchos de ellos con implicaciones judiciales. En efecto, la relación entre las profesiones de la salud y el derecho es en el momento actual intensa. Las reclamaciones, que diariamente se producen en los diferentes ámbitos jurisdiccionales sobre cualquier aspecto de la asistencia sanitaria, son cada vez más importantes, tanto en el número como en el importe en el que se cuantifican las indemnizaciones. Ciertamente nos encontramos en un momento en el que cualquier profesional sanitario, puede ser demandado o denunciado con relativa facilidad (Osuna, 2004)²⁵⁰.

La principal causa de reclamación médica (Fox y col., 2014; Cardoso-Cita, 2015; Fernández Rozas y col., 2014)^{251 252 253} es el error en el diagnóstico y en el tratamiento pero, es de destacar que, entre el 16 y el 25% de los casos hay detrás una insuficiente o nula información médica recibida por el paciente. Como afirma Barth (2015)²⁵⁴, la interacción y la comunicación durante la visita generan un grado de confianza que repercute de forma positiva en los niveles de satisfacción del paciente y del profesional y reduce la posibilidad de litigio ante un resultado no deseado. Por esta razón, la promoción de estrategias de información y comunicación en el sistema

sanitario, constituye una herramienta de gran valor para la prevención de errores y fallos evitables en la práctica asistencial y que, como hemos comentado, son el origen de numerosas reclamaciones judiciales (Rea y Griffiths, 2015)²⁵⁵. Así pues, el profesional sanitario debe de poseer una elevada competencia científico-técnica, pero también relacional-comunicativa, capaz de acompañar a los pacientes en la vivencia de enfermedad y de compartir con ellos el proceso de toma de decisiones. En suma, creemos que éste es un aspecto importante de mejora, pues la formación en habilidades de comunicación, dirigidas a incrementar los niveles de calidad en el manejo de la información y de la comunicación con el paciente, redundaría en una disminución efectiva de las reclamaciones judiciales.

A su vez, la asistencia sanitaria es cada vez más compleja. Todos somos testigos de la intensa evolución tecnológica que posibilita potentes instrumentos de diagnóstico y de tratamiento. Sin embargo, la atención al paciente no se puede concebir desde un punto de vista exclusivamente técnico, con el protagonismo de un profesional (mero aplicador del conocimiento), sino que es imprescindible un profundo sentido del humanismo y de la ética médica. De este conjunto, resultará un elaborado proceso de toma de decisiones, frente a las distintas situaciones que se presentan. Es imperativo pues, la participación de profesionales responsables, éticamente íntegros, con sólida formación científica y técnica, con un irrenunciable compromiso con el paciente y con el único objetivo de tratar de lograr la salud y el bienestar de sus pacientes y de la comunidad.

Nunca ha existido tanta información, pero al mismo tiempo, nunca antes, el peligro de tomar decisiones “desinformadas”, tanto en el ámbito clínico como en el organizativo, ha sido mayor que en la actualidad. La información se multiplica de forma más rápida que nuestra propia capacidad humana de asimilación. En este contexto, la toma de decisiones es cada vez más difícil. La recopilación de la información y su análisis para la decisión correcta es una tarea ardua e impagable, cuando está en juego un bien de tanta trascendencia como es la salud.

Como señalábamos en el apartado de introducción de la presente Memoria Doctoral, una correcta e ideal comunicación profesional-paciente, no debe limitarse a proporcionar al paciente una información técnica sobre el proceso o el tratamiento necesario, por lo que en la relación médico-paciente el proceso informativo debe ser

ante todo un proceso comunicativo. A pesar de los grandes avances en la ciencia clínica, la medicina sigue siendo una disciplina intensamente interpersonal. Una persona con una enfermedad le pregunta a un profesional solicitándole ayuda, lo que convierte la relación médico-paciente en la “piedra angular” de la atención médica (Osuna y Raposo, 2013) ²⁵⁶. A este respecto, Pérez-Cicili y col. (2003) ²⁵⁷ definen la relación clínica como “una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados (...). La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Dado su carácter de relación social la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolla”.

En la relación establecida entre un profesional sanitario y un paciente se persigue la obtención de un diagnóstico clínico, pero la calidad de la relación también tiene una repercusión directa sobre la salud (La Mónica, 1987; Stewart y col., 1999; Blasi y col., 2001; Muñoz Álamo y col., 2002) ^{258 259 260 261}, la satisfacción (Williams y col., 1998; Mira y col., 1999; Wensing y col., 1998) ^{262 263 264} o la adhesión al tratamiento del propio paciente (Haynes y col., 2002; McDonald y col., 2002) ^{265 266}. A su vez, la comunicación eficaz se ha relacionado positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y profesionales, y los resultados de salud (Bellón y Martínez, 2001; Robbins, 1993) ^{267 268}.

Así mismo, la importancia del proceso de comunicación en dicha interacción, ha sido estudiada por varios autores, que apuntan a la correlación existente entre la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos (Ley, 1983; Lassen, 1991; Fernández, 2004) ^{269 270 271}. La trascendencia de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente justifica el elevado número de publicaciones existentes sobre esta materia (Ong y col., 1995) ²⁷². La mayoría de ellas, se centran en el análisis de conductas específicas del médico y/o el paciente y en identificar su repercusión concreta, sin embargo, el número de investigaciones dirigidas al estudio de los comportamientos en la consulta y las

intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación es mucho menor (Hall y col., 2002) ²⁷³. Durante los últimos años, la actitud de los médicos en relación a la atención proporcionada al paciente es más negativa (Kassirer, 1998) ²⁷⁴ y los profesionales comparten la idea de que una inadecuada atención médica administrada tiene un impacto negativo en el cuidado de la salud (Kerr y col., 1997; Halm y col., 1997) ^{275 276}.

Ruiz Moral y col. (2003) ²⁷⁷ destacan de forma importante las habilidades comunicacionales del médico, para adoptar un tipo de relación acorde a las necesidades del paciente, que puede tener matices en sus diferentes etapas, y tiene en cuenta sus aspectos psicológicos y sociales. En la literatura científica, diversos estudios aportan evidencia empírica en este sentido (Koch, 2009) ²⁷⁸ y al respecto, se destaca la escucha activa del médico para el logro de una comunicación más eficaz, así como la participación activa del paciente, que contribuye a la comprensión de la información y a incrementar su satisfacción y confianza en el médico, resultando positivo para el cumplimiento y la efectividad de los tratamientos (Balint, 1961; Mira y col., 2001) ^{279 280}. Nos situamos ante la idea de paciente competente, que Mira (2004) ²⁸¹ vincula con el concepto de autoeficacia, desarrollado tempranamente en la década de los 70 como una alternativa al paternalismo médico.

Con respecto a la satisfacción o insatisfacción que produce una comunicación adecuada, diversos autores (Torío y García, 1997; Levinson y col., 1997; Epstein y col., 1993, Fromentin y Lefevre, 2000; Maguirre y Pitceathly, 2002; Ishikawa y col., 2002; Hamasaki y col., 2008; Shapiro y col., 2009) ^{55 282 283 284 285 286 191 287} encuentran que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información, con la consiguiente disminución de la probabilidad de la reclamación por parte del paciente o de sus familiares.

Gallagher y Levinson (2004) ²⁸⁸ establecen una propuesta para proteger la relación médico-paciente que incluye definir y promulgar normas para su mejora y que también permite ampliar la formación y la evaluación de los médicos en habilidades de comunicación. En lo que respecta a la mejora de la relación, Emanuel y Dubler (1995) ²⁸⁹ señalan que el ideal de la relación médico-paciente consta de seis C (*choice, competence, communication, compassion, continuity, and (no) conflict of*

interest). Traducido al castellano nos referimos a elección, competencia, comunicación, compasión, continuidad, y (no) conflictos de interés.

El principal benefactor de la relación sería un trabajo colaborativo entre el médico y el paciente que facilite la toma de decisiones. Como paso previo, Gallagher y Levinson (2004)²⁸⁸, se refieren a la necesidad de identificar aquellos aspectos de la relación más estrechamente vinculados a los resultados del paciente, incrementando el tiempo dedicado a la relación. Existen numerosos artículos en la bibliografía (Shin, 2012; Fallowfield y col., 2014; Goroll, 2015)^{290 291 292} que abordan el tema de la insuficiencia de tiempo en la entrevista con el paciente. Sin duda, este aspecto choca con las limitaciones horarias de las que disponen los profesionales en su trabajo actual. En efecto, de todos es conocido que el sistema de salud impone tiempos de atención cada vez más breves. Al respecto, está demostrado, según plantea Bellón (2001)²⁹³, que la menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática; mayor número de derivaciones; menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones; menor información por parte del médico de diagnósticos y tratamientos; menos consejos preventivos; peor satisfacción del paciente y del médico; y un aumento de la repetición de visitas de los enfermos.

En nuestro trabajo, constatamos que para el 51,9% de los profesionales encuestados no existe suficiente tiempo en la relación asistencial con el paciente, lo que impide proporcionar una adecuada información clínica. Este porcentaje se incrementa mayoritariamente en el caso del colectivo médico (67,3%). Sin embargo, los médicos de mayor experiencia profesional (>50 años) opinan que sí disponen del tiempo suficiente para informar de forma adecuada. Creemos que una de las razones puede residir en la permanencia de actitudes paternalistas en determinados grupos etarios.

El 48,9% de los profesionales de nuestra muestra percibe que se interrumpe la visita médica en numerosas ocasiones. Diversos estudios examinan el impacto de dichas interrupciones en el desempeño de la labor asistencial y concluyen que aumentan el tiempo necesario para reanudar la tarea primaria, el tiempo total empleado en el proceso clínico y la probabilidad de error (Altmann y Trafton, 2007; Li y col., 2012; Ratwani y Trafton, 2013)^{294 295 296}. Como afirma Weigl²⁹⁷ (2015)

esta circunstancia va en detrimento del proceso de información asistencial y, por ende, en la calidad de la relación médico-paciente. Este mismo autor considera que el número de interrupciones, en su mayoría telefónicas, va en relación a la carga de trabajo y por lo tanto aboga por introducir mejoras en el diseño del entorno sanitario laboral con el objetivo de reducir las interrupciones y distracciones innecesarias; de esta forma, se puede gestionar el trabajo clínico de manera más eficiente y segura. En nuestra opinión, tratar de eliminar todas las interrupciones en la visita clínica, puede ser contraproducente en determinadas situaciones, puesto que algunas de ellas pueden ser necesarias para mantener una atención adecuada a un concreto problema de salud (Sasangohar y col., 2012)²⁹⁸.

Como hemos comentado, la relación entre un profesional sanitario y un paciente está sujeta a un amplio conjunto de variables y factores. Las creencias personales, actitudes e incluso temores, tanto del profesional como del paciente modelan el marco de la relación (Gallagher y Levinson, 2004)²⁸⁸. La normativa existente, obliga al profesional a proporcionar la información al paciente, pero el modelo de relación debe incluir información atendiendo a las necesidades y valores del paciente. El profesional que desarrolla su rol como un exclusivo asesor técnico puede considerar la empatía como un esfuerzo inútil que no tiene influencia en las decisiones clínicas. Importante error, puesto que la evidencia científica (Riess y Kraft-Todd, 2014)²⁹⁹ debe ser informada y comunicada en términos que el paciente pueda comprender y asimilar. La inadecuada información puede tener dos efectos perjudiciales: por una parte una reducción en la capacidad de comprensión y por otra parte, puede aumentar la distancia emocional entre el profesional y paciente.

Los profesionales sanitarios de nuestra muestra son conscientes de la relevancia de este hecho; así, el 61,4% de estos profesionales y sobre todo, los de más edad y experiencia profesional, tienen presente que una óptima comunicación e información médica es necesaria para el mantenimiento de una buena relación médico-paciente.

Conscientes de que hoy día existe una necesidad y una mayor demanda social de información tanto de actividades preventivas como de la enfermedad, prácticamente la totalidad de los profesionales encuestados (89,7%) se implican en que los pacientes reciban y comprendan la información necesaria sobre los cuidados

de salud y hábitos de conducta necesarios que les permita involucrarse en su cuidado y en la toma de decisiones en el ámbito médico.

Estos conceptos se ven corroborados en la literatura actual. Así, Bernad Vallés y col., (2015)³⁰⁰, han publicado recientemente los resultados y conclusiones en relación a esta necesidad de información por parte de los pacientes, con el fin de mejorar el proceso que les permita tomar sus propias decisiones sanitarias. Para estos autores, la consulta centrada en el paciente precisa de profesionales con información actualizada, competencias científico-técnicas, habilidades comunicativas, tiempo suficiente para dialogar con el paciente, conocer sus necesidades informativas y sus preferencias. Con todo, se mejorará de forma clara los resultados y la seguridad de la atención sanitaria.

El consentimiento Informado, además de un deber del profesional de la salud, es un derecho del paciente reconocido como desarrollo máximo de su autonomía personal (Villanueva Cañadas, 2004)³⁰¹. En relación a los datos obtenidos en nuestro trabajo, es preciso destacar que una quinta parte de los encuestados (19,6%) no sabe o no contesta cuando se le pregunta sobre si el consentimiento informado es un requisito legal, un deber o un derecho. Revisando la literatura observamos que en otros estudios realizados en nuestro entorno también se destaca el desconocimiento sobre estos aspectos (Lepine y col., 2012; Meléndez y col., 2013)^{302 303}. Es un hecho a tener en cuenta, dada la gran trascendencia clínica y legal que tiene en el momento actual su cumplimentación. Al respecto, es oportuno recordar lo afirmado por García-Garduza (2014)³⁰⁴ cuando señala que el profesional sanitario debe tener un correcto aprendizaje de sus deberes éticos y jurídicos para una práctica segura de su ejercicio profesional, porque la ignorancia no constituye una defensa ante la ley.

Al solicitarles a los profesionales de nuestra muestra que ordenen la consideración que tiene el consentimiento informado (requisito legal, deber, derecho) mayoritariamente lo consideran ante todo como un derecho de paciente (41,3%); le sigue la consideración de un deber del profesional (25,1%) y en tercer lugar el de un requisito legal de obligado cumplimiento (18,4%). Un aspecto reseñable al obtenerse diferencias significativas con la edad es que, conforme aumenta ésta adquiere más importancia la consideración de “requisito legal” en su cumplimentación (18% en los menores de 30 años frente al 28% en los mayores de 50 años). Nuevamente subyacen

actitudes paternalistas en el marco de la relación clínica en profesionales de mayor edad.

También hemos de analizar los resultados en relación con la profesión. En el colectivo médico tiene una significativa mayor relevancia este aspecto legal del consentimiento informado que en el colectivo de enfermería (26,3% vs. 21,7%). Hemos de recordar que la obtención del consentimiento informado no obliga exclusivamente al profesional médico, sino a cualquier profesional sanitario en el ámbito de su actuación.

La mayoría de los estudios que analizan el proceso de obtención del consentimiento informado se basan en el componente escrito. Al respecto, Brenner y Horowitz (2009)³⁰⁵ formulan las siguientes recomendaciones: 1) El formulario de consentimiento informado no es un sustitutivo de la comunicación con el paciente. Además de asegurar que el paciente ha firmado el documento de consentimiento informado, se debe asegurar una correcta y continuada comunicación; 2) Los formularios deben ser diseñados para ser comprensibles, y todos se debe tener cuidado para asegurar que se logra una correcta comprensión, y no una herramienta para salvar una posible responsabilidad; 3) el médico debe evitar el enfoque paternalista en su relación con el paciente y utilizar la incertidumbre como base para la formación de una alianza terapéutica; 4) Un paciente bien informado no necesita de una lista interminable de complicaciones, sino que debe ser un participante activo en un diálogo acerca de los riesgos inherentes a la intervención médica; 5) se debe acompañar de anotaciones en la historia clínica sobre el resultado del proceso informativo con el paciente o sus familiares.

Tal y como expone Cordasco (2013)³⁰⁶ en una revisión sobre la obtención del Consentimiento Informado, en la comunicación con los pacientes es también esencial tener en cuenta la alfabetización del paciente en cuestiones de salud (Persell y col., 2007; Schmitt y col., 2015)^{307 308}, ya que unos bajos niveles de conocimientos sobre estos aspectos, se han asociado con la incomprensión en cuestiones relacionadas con la toma de medicamentos prescritos por el médico (Schillinger y col., 2004; Davis y col., 2006)^{309 310}. Según datos de un estudio de Kutner y col. (2006)³¹¹ a instancias del *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, la prevalencia de alfabetización por debajo de niveles considerados como óptimos, es

de un tercio de la población, lo que indica que un número sustancial de pacientes puede no ser capaz de comprender adecuadamente los riesgos y beneficios de su tratamiento farmacológico, sin estrategias de comunicación dirigidas adecuadamente.

Por otra parte, en un contexto multicultural en el que nos encontramos en la mayoría de los países, pueden darse diferencias en los valores que entran en juego en el momento de tomar una decisión sobre temas de salud, lo que supone un factor que puede introducir la necesidad de enfatizar determinados aspectos de la comunicación con el paciente. Al respecto, Westra y col., (2009)³¹² analizan el proceso de obtención del consentimiento informado en menores de religión islámica y señalan la necesidad de aclarar las expresiones utilizadas, para algunos significados, ante algunos términos que pueden ser interpretados de manera diferente por los padres del menor. También se requiere precaución y reflexión con respecto a la explicación previa a la toma de decisiones.

Para Waisel y col., (2009)³¹³ la inadecuada obtención del consentimiento informado se traduce en insatisfacción del paciente, el deterioro de la relación y por tanto en factor de riesgo para que se formule una reclamación contra el profesional (Stelfox y col., 2005³¹⁴; Drazen y col. 2013)³¹⁵. A ello se une la insatisfacción del profesional y el incremento de los niveles de estrés emocional laboral, lo que en su grado más elevado puede conducir al *Síndrome de Burnout*, como consecuencia de "una prolongada respuesta al estrés crónico emocional en el ambiente de trabajo" (Maslach y col., 2001)³¹⁶, que engendra conductas que disminuyen la seguridad del paciente (Leiter y Maslach, 1999)³¹⁷.

Como hemos comentado en el apartado de Introducción, el contenido de la información que ha de incluirse en el consentimiento informado sigue siendo un aspecto objeto de numerosas sentencias judiciales. Es la preocupación por parte de los profesionales de una reclamación judicial que pueda prosperar en los tribunales, la que subyace en la información sobre complicaciones raras u oscuras (Brenner y Horowitz, 2009)³⁰⁵. Este temor ha llevado al desarrollo de formularios de consentimiento informado que van más allá de su objetivo y sirven para cubrir la exoneración de la responsabilidad profesional. El objeto de informar al paciente, mediante los formularios de consentimiento informado es sustituido muchas veces por un hecho singular, ya que los documentos parecen ejecutarse de una forma

semejante a una relación mercantil. Así, el primer objetivo del médico que informa es protegerse frente a una posible reclamación por parte del paciente “con excesiva cantidad de información” (Ali, 2003). Para Brenner y Horowitz (2009)³⁰⁵, la conversación educacional entre el médico y el paciente, a través del consentimiento informado se ha perdido y ha sido sustituida por un documento de orientación jurídica, que en muchas ocasiones no está en relación con la capacidad de comprensión del paciente y requiere de una explicación profunda (Sudore y col., 2006.)³¹⁸. No obstante, dada la consideración de ciencia inexacta de la medicina, este procedimiento está sujeto a un porcentaje de lógica incertidumbre, al no alcanzarse la total certeza en la información que una toma de decisiones requiere. Gutheil y col. (1984)³¹⁹ desarrollaron un modelo de comunicación de la incertidumbre basado en la formación de una “alianza terapéutica” profesional-paciente, frente a situaciones de impotencia. Esta alianza comienza cuando el médico se identifica con el deseo de certeza del paciente y ambos comparten la situación de incertidumbre que hay en muchas ocasiones (Brenner y Horowitz, 2009)³⁰⁵.

En nuestro estudio el 48,3 % de los profesionales no consideran que los pacientes conocen los aspectos relacionados con la atención que van a recibir (pregunta 7 del cuestionario); el 46,1 % responde que el paciente no puede cuestionar libremente las decisiones del médico (pregunta 8) y el 47,8% que el médico no le pregunta al paciente suficientemente sobre sus preferencias ante un problema de salud (pregunta 9). A la vista de estos resultados, prácticamente la mitad de nuestros encuestados consideran que determinados requisitos, que son relevantes para la obtención del consentimiento informado, se cumplen de forma inadecuada.

El 77,4% de los encuestados consideran que la lectura del documento de consentimiento informado es útil para que el paciente comprenda el alcance de la intervención (pregunta 25); el 55,6% opina que este documento no se ofrece con suficiente antelación (pregunta 26) y sólo el 40% de la muestra encuestada considera que el tiempo utilizado para que el paciente comprenda el contenido del Documento de Consentimiento Informado es suficiente (pregunta 27).

Recordemos que en nuestros resultados hemos recogido los ítems relacionados en bloques para facilitar de forma global el análisis de los resultados. Pues bien, al compararlos entre los diferentes niveles asistenciales, no observamos

diferencias significativas en las respuestas obtenidas en relación al proceso de cumplimentación entre Atención Primaria y Especializada. Sí se observan (con diferencias estadísticamente significativas) según el Área de Salud donde ejercen su profesión. El Área IX es el que desarrolla un mayor nivel de cumplimentación y las Áreas VI y VII, son las que menos.

A este respecto, conviene destacar un reciente estudio realizado por Calle-Urra y col. (2015)³²⁰ en relación a la evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en hospitales del Servicio Murciano de Salud. Refieren que la calidad de los documentos de consentimiento informado presenta importantes déficits, por lo que destacan la necesidad de establecer medidas correctoras y de control para la mejora de este documento. Al hilo de nuestros resultados, también consideramos necesario reforzar la formación del personal sanitario en estos aspectos.

Uno de los documentos en el que se materializa y concreta el proceso de toma de decisiones en determinadas situaciones límite es el documento de instrucciones previas. El artículo 11 de la Ley 41/2002, define este documento como *“aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, para que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos”*. Por tanto, no solo permite al paciente influir en las futuras decisiones asistenciales, sino que facilita a los profesionales de la salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo, cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo. Este documento también ofrece la posibilidad de nombrar un representante, que vele por el cumplimiento de sus decisiones y actúe como interlocutor con el equipo asistencial. Así pues, el documento de instrucciones previas se puede entender como una extensión del consentimiento informado en situaciones de incompetencia del enfermo, lo que implica un proceso de información, reflexión y conocimiento de los valores y preferencias del paciente, que además de ayudar en la toma de decisiones, favorece la buen práctica médica, que no lo sería si no respetara los deseos del enfermo (Broggi, 2001). Para Zabala y Díaz (2010) constituye la expresión última de

libertad en el ejercicio de una autonomía de carácter prospectivo, y se convierten, por tanto en una forma de consentimiento previo o de asegurar una atención sanitaria basada en la ética de máximos a través del ejercicio de la autonomía de forma prospectiva.

Para asegurar la efectividad de este derecho del paciente en todo el territorio nacional el Real Decreto 124/2007 de 2 de febrero, regula la creación del Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP) y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, así como su adscripción al Ministerio de Sanidad (Casado y Royes, 2013) ¹⁷⁹.

Una constante en numerosos países es su bajo conocimiento, y por tanto, su escasa cumplimentación. Por ejemplo, en Estados Unidos después de 30 años de desarrollo de las voluntades anticipadas, sólo el 10% de los pacientes hace uso de dicho instrumento, debido a que su implantación no es posible sin una mejora paralela de la relación clínica.

En nuestro medio más cercano, Serrano Teruel y col. (2015) ³²¹ afirman que el documento de Instrucciones Previas es visto como algo positivo por los pacientes que acuden a su médico de atención primaria, pero aún está poco difundido entre dichos pacientes. Además, solo el 15,3% de los que conocen su existencia han sido informados por su médico de familia, el resto lo ha sido mayoritariamente por los medios de comunicación. En una reciente Tesis Doctoral realizada en el Área de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Murcia (Gómez Martínez, 2015) ³²² se describe el mayoritario desconocimiento del documento por parte de los usuarios, ya que sólo el 34,3% de una muestra de pacientes que acuden a las consultas de los médicos de Atención Primaria lo conocen; de estos pacientes, el 31,9% describieron como fuente de la información al personal sanitario.

En coincidencia con el anterior estudio, y analizando nuestros resultados, llama poderosamente la atención que prácticamente dos terceras partes de los profesionales encuestados (61,9%) ni consultan ni informan al paciente sobre la existencia de este documento de Instrucciones Previas, excluyéndolo, por lo tanto, de su práctica clínica diaria. No encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar estos datos entre Atención Primaria y Atención Especializada. Son destacables los resultados obtenidos por Molina y col (2011) entre pacientes

ingresados en un Servicio de Medicina Interna que señalan que sólo el 4,5% de la muestra conocía el documento o el de Pérez y col. (2013) que demuestra un conocimiento del 5,3%. Lorenzo y col (2011) en un estudio realizado en pacientes de cuidados paliativos encuentran que sólo el 11,2% sabían lo que era el documento de instrucciones previas.

Fajardo Contreras y col. (2015)³²³ refieren el alto grado de desconocimiento y actitudes tan dispares respecto a este documento en la población sanitaria andaluza estudiada. Intentando explicar estos resultados, Leal Hernández y col. (2015)³²⁴, opinan que en el profesional sanitario (esencialmente médico) todavía coexisten actitudes paternalistas y prevalece el temor a incomodar a los pacientes afectando negativamente a la relación médico-paciente. El ámbito de Atención Primaria, por la continuidad en el proceso clínico-asistencial de los pacientes, a diferencia del proceso hospitalario agudo, constituye un lugar -privilegiado para orientar y asesorar al paciente sobre la cumplimentación del documento de últimas voluntades.

Tal y como se ha insistido con anterioridad, la participación del paciente en la relación asistencial se basa en el principio fundamental del respeto a la dignidad humana y autonomía de las personas. Sin embargo, en el estudio de Oppliger y Bascañán (2011)³²⁵ mediante el que exploran las actitudes y conocimientos de padres, médicos y enfermeras en un Servicio de Pediatría de un Hospital público, respecto al proceso informativo previo a la obtención del consentimiento informado, concluyen que los pacientes reconocen su deseo de ser informados pero no mencionan su posible participación en la toma de decisiones. Añaden, que el hecho que éste sea un derecho no cuestionado en la actualidad no significa su puesta en práctica, destacando la necesidad de llevar a cabo cambios culturales, tanto en los pacientes como en los profesionales. Para abrir la posibilidad de un real intercambio y comunicación entre ellos, de manera no amenazante y satisfactoria, es necesario reconocer y discutir las dificultades y necesidades, no sólo de pacientes sino también de los profesionales.

Symons y col., (2009)³²⁶ realizan un análisis de autoevaluación de las habilidades de comunicación en médicos residentes y encuentran que los residentes de servicios quirúrgicos poseen mejores habilidades de comunicación que el resto, cuando les explican a los pacientes las diferentes opciones de tratamiento. La calidad

de la comunicación con el paciente tiene un impacto sustancial en los resultados terapéuticos, e incluyen un incremento en las tasas de recuperación, la reducción del uso de analgésicos para el tratamiento de dolor post-operatorio y la mejora emocional y la adaptación funcional de los pacientes adultos con cáncer (Meyer y col., 1995). Por otro lado, Ginsburg y col., (2000)³²⁷ destacan la necesidad de que los profesionales sanitarios necesiten aplicar diferentes modelos de habilidades de comunicación dependiendo del contexto de la interacción clínica. Por ejemplo, no es lo mismo la comunicación de un pronóstico infausto en un paciente con cáncer, que la descripción de los riesgos y beneficios o las alternativas de la anestesia epidural durante el parto.

En nuestros resultados, el 89,4 % de los profesionales de la muestra intentan implicar en las indicaciones terapéuticas a los pacientes que no demandan información. Obviamente, se deduce que el 10,6 % restante sí mantienen esa asimetría no deseable en la relación con el paciente. El 63,6% de los profesionales entrevistados (significativamente más en Atención Primaria que en Especializada) son partidarios de informar al paciente e implicarle en el plan terapéutico a desarrollar. Pero quizás es importante destacar que en una tercera parte de los mismos (36,4%), aún se percibe la permanencia de actitudes paternalistas en la relación médico-paciente. Actualmente, y tal y como afirman Baró y González (2014)³²⁸, la tendencia general más establecida es informar al paciente de todo lo que quiere saber y sólo lo que quiere saber, huyendo de los extremos del paternalismo clásico y del encarnizamiento informativo.

Abundando en este concepto, solo la quinta parte de los profesionales sanitarios encuestados (20,2%) informan a los pacientes de su plan diagnóstico-terapéutico exclusivamente en casos graves y llama la atención que prácticamente la mitad de éstos profesionales, tienen más de 30 años de ejercicio profesional.

Sin embargo, el deseo y el grado de participación en la toma de decisiones varían entre los pacientes en función de su condición clínica (Degner y Sloan, 1992; Beaver, 1996; Arora y McHorney, 2000)^{329 330 331}. También depende de la tarea o misión, ya que muchos pacientes no desean participar en aspectos relacionados con la decisión final sobre un determinado tratamiento, pero sí en relación a los resultados que se quieren obtener (Levinson y col., (2005)³³².

Belcher y col. (2006)³³³ analizan la opinión de 51 pacientes mayores de 65 años en relación a su grado de participación en la toma de decisiones sobre la medicación prescrita. La primera conclusión de este trabajo es la variabilidad en las opiniones acerca de si era posible o deseable para los pacientes poder participar en las decisiones relacionadas con la prescripción de medicamentos. Para algunos participantes en el estudio, sus opiniones coincidían con claras actitudes paternalistas, descargando toda la decisión en el médico. Otros, sin embargo, reclamaban una mayor participación en la toma de decisiones, más allá del simple intercambio de información.

En aquellos casos en los que es necesario dar conocimiento de malas noticias, la comunicación adquiere una importancia capital (Ambuel y Mazzone, 2001; Travaline y col., 2005; Durusoy y col., 2011)^{334 335 336}

Durante el proceso de comunicación a los profesionales se les insta a informar a los pacientes para que se involucren en las cuestiones de su salud. Sin embargo, depende del contexto en que se realiza y no se ajusta a pautas generales. En un estudio realizado en enfermos de cáncer, se observó que la totalidad de los encuestados quería que los profesionales fueran honestos en la información que proporcionan, pero el 91% también querían que fueran optimistas (Kutner y col., 1999)³³⁷.

Tampoco debemos olvidar que mientras a algunos pacientes la información puede ayudarle, la misma información a otros puede perjudicarle (Hatem, 2008; Quirk, 2008)^{338 339}. El derecho reconocido a la no información, establecido en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, que afirma explícitamente que todo paciente tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado. Sin embargo, no debemos confundir este precepto con el paciente poco o nada demandante de información médica; es decir, el paciente que no expone explícitamente ese derecho a no ser informado sino, que mantiene una actitud pasiva con el profesional médico, sin la demanda de información, ni la consecuente participación en su proceso terapéutico. En este sentido, el significado de la comunicación para el paciente es subjetivo, ya que en muchas ocasiones, la interpretación de lo que escuchan los pacientes, no sólo depende de lo que se dice, sino del contexto (Egener y col., 2004; Salmon y Young, 2011)^{340 341}. Por tanto, en

ocasiones, la valoración del proceso de comunicación no puede sujetarse a estándares predeterminados, ya que el punto de vista del paciente puede diferir del experto que lleva a cabo la evaluación del procedimiento.

En las últimas dos décadas, se observa una tendencia hacia el aumento de la información en los pacientes oncológicos buscando una mayor participación en la decisiones sobre su tratamiento (Oskay-O'zcelik y col., 2007; Durusoy y col., 2011; Jones y col., 2011)^{342 336 343}. La comunicación en estos pacientes es esencial, ya que aumenta la capacidad para hacer frente a la situación, mejorar su satisfacción y la cooperación con la atención y disminuye el *burnout* de los profesionales (Durusoy y col., 2011)³³⁶.

Comunicar una mala noticia al paciente de manera adecuada no debe ser una habilidad opcional sino, más bien, una parte esencial de la práctica clínica. Baile y col. (2000)²⁰⁴ señala la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico en el ámbito de las malas noticias ya que la mayoría de los profesionales no han tenido un entrenamiento formal para tal función. Por ejemplo, los programas educativos de grado y postgrado no enseñan la manera de comunicar malas noticias al paciente; por lo que los médicos lo aprenden durante el ejercicio de su profesión.

Loayssa-Lara y col. (2007)³⁴⁴ realizan un estudio exploratorio en médicos de familia, mediante el que pretenden identificar y analizar las características esenciales de la relación médico-paciente, con la finalidad de plantear intervenciones dirigidas a mejorar la comunicación en la consulta. La comprensión y el conocimiento no son adquisiciones pasivas, sino que requieren de un esfuerzo constructivo. Comprender es una operación mental que no es gratuita, sino que es fruto de una elaboración activa por parte del sujeto, tanto durante la fase de recepción como en la de mantenimiento. Si se quiere “entender” no basta con adquirir conocimientos, sino que es necesario aplicarlos.

La calidad y cantidad de la comunicación entre el profesional y el paciente se relacionan con los valores y los estándares de calidad del trabajo. Un programa de capacitación que fomente la reflexión sobre las interacciones profesional-paciente conduce a una reducción del conflicto, unos mayores niveles de satisfacción (Kopp y Shafer, 2000)³⁴⁵ y mejores resultados terapéuticos. El paciente bien informado tiene una mayor sensación de control sobre su tratamiento (Brenner y Horowitz, 2009)³⁰⁵.

En este sentido, Andrews (1984)³⁴⁶ estudia enfermos intervenidos de cirugía abdominal y encontró que los que recibieron una información más completa sobre su postoperatorio, necesitaron menores dosis de analgésicos narcóticos y recibieron el alta un promedio de 2,7 días antes que los que no recibieron estas instrucciones. Por otra parte, en la relación asistencial en la que los médicos desarrollan una mejor comunicación centrada en el paciente, los pacientes perciben una mejoría de su salud, y los profesionales solicitan menos pruebas complementarias y realizan menos derivaciones hacia otros recursos (Stewart y col., 2000)³⁴⁷.

Como anteriormente hemos comentado, la falta de adherencia terapéutica es otro de los principales argumentos para investigar la influencia de la comunicación en la relación clínica (Britten y col., 2000)³⁴⁸. La no adherencia a la medicación se describe por la OMS como un “problema mundial de enorme magnitud” (Sabaté, 2003)³⁴⁹, lo que conduce a importantes recaídas y complicaciones de la salud (Hodgson y Cai, 2001)³⁵⁰. Durante los últimos años se ha incrementado el interés en conocer cómo la relación médico-paciente puede afectar la decisión de adherencia a las recomendaciones médicas (Britten y col., 2000)³⁴⁸.

Son varios los factores contextuales y estructurales que hacen que la atención sanitaria pueda variar de un paciente a otro: el nivel cultural, la edad, el género, el estatus socioeconómico o la raza son los más mencionados por los diferentes autores (Ackerson y Viswanath, 2009; Shim 2010; Thornton y col., 2011)^{351 352}. Estas características también se asocian a la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones, la satisfacción del paciente y los resultados del tratamiento (Sitzia y col., 1997; Kalichman y col., 1999; Stevenson y col., 2000; Todd y col., 2000; Ptkin-Derose y col., 2001; Bell y col., 2002)^{353 354 355 356 357 358}.

En 2011 Stavropoulou³⁵⁹ realizó un estudio en el que analiza la percepción general de los sujetos sobre la relación médico-paciente y cómo influye la comunicación entre ellos en la adhesión a las recomendaciones terapéuticas prescritas. Sus resultados demuestran que, independientemente de las características de la enfermedad o de las circunstancias específicas de la consulta, las percepciones de los individuos sobre la relación médico-paciente es la clave para la adherencia a las prescripciones médicas. Concluye sobre la necesidad de mejorar la comunicación médico-paciente como la base de cualquier intervención que se proponga ayudar a

los pacientes a seguir las recomendaciones. Este concepto también se ve avalado más recientemente por Ironson (2015)³⁶⁰, el cual afirma que los puntos clave que contribuyen a un buen ambiente y a mejorar la adherencia terapéutica, son la comunicación con el paciente en el proceso de toma de decisiones y una relación equilibrada entre el profesional y el paciente. De forma específica, la renuncia del paciente a hacerle preguntas al médico es un factor importante a tener en cuenta, lo que impide aclarar las dudas que durante la consulta pueden surgir y son fuente de confusión en relación a la prescripción.

Dambha y Naughton (2015)³⁶¹ encuentran una total unanimidad en la literatura, en relación a que una buena comunicación médico-paciente es crítica para la adquisición y el seguimiento de las pautas terapéuticas. En este sentido, el éxito depende sobre todo de las habilidades de comunicación desarrolladas/adquiridas por los profesionales sanitarios. Los profesionales médicos tienden a una actitud más paternalista en la comunicación en determinados pacientes como son aquellos que acuden acompañados, son mayores, de grave pronóstico y socialmente desfavorecidos (Hall y col., 2002; Fiscella y Epstein, 2008)^{362 363}. Según Wolff y Roter (2011)³⁶⁴, los acompañantes del paciente favorecen el diálogo y la comunicación facilitando el intercambio de información, la adhesión al tratamiento y atención al paciente sobre necesidades y preferencias del paciente.

Refiriéndonos de forma concreta al género del paciente, diversos autores analizan su influencia en la comunicación sanitaria (Bertakis, 2009; Roter y Hall, 2004)^{365 366}. Estos estudios concluyen que los médicos varones son más asertivos, mientras que las mujeres facilitan la participación del paciente, utilizan más la comunicación no verbal y tienen mayor media de duración de la visita, lo que aumenta la satisfacción del paciente con la visita.

Nuestros resultados revelan que prácticamente todos los profesionales encuestados (93,8 %) se esfuerzan en adaptar la comunicación con el paciente en virtud de su edad y nivel cultural. También observamos que una extensa mayoría de los profesionales perciben como buenas y suficientes las habilidades comunicativas con el paciente, tanto propias (78,7%) como de sus compañeros (78,5%). Este concepto es especial y significativamente valorado por los profesionales más jóvenes, tanto en edad como experiencia profesional. En relación al género, las

profesionales mujeres planifican y tienen mejor relación comunicativa con los pacientes, con diferencias estadísticamente significativas, que sus homólogos varones (71,1% mujeres frente al 28,9% de los varones).

La comunicación ideal entre el médico y el paciente es aquella en la que está presente un "intercambio equilibrado de información, ideas y preferencias entre el médico y el paciente, y en el que cada uno desempeña un papel complementario durante la interacción" (Rao y col., 2007)³⁶⁷. En la realidad, la comunicación médico toma una forma asimétrica, deformada por un proceso de "confabulación" que produce sólo una "apariencia de una comprensión compartida" (Robins y col., 2011)³⁶⁸. Estos autores destacan la trascendencia que tiene la transparencia, es decir, la forma utilizada por los médicos para explicar sus acciones y opiniones sobre cuestiones relativas a la salud del paciente. Este concepto forma parte del modelo de relación centrada en el paciente y constituye el conjunto de estrategias de comunicación para promover la información y el reparto del poder entre los protagonistas de la relación clínica, promoviendo la autonomía del paciente y la toma de decisiones de forma equilibrada (Berwick, 2009)³⁶⁹.

Así pues, es de gran trascendencia construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente en cualquier disciplina médica, pero quizá sea mayor en el ámbito de la Atención Primaria (Ruiz Moral y col., 2002; Hernández-Torres y col., 2006)^{370 206}. Aparte de la función clínica relacionada con el diagnóstico y el tratamiento de la patología que motiva la asistencia, el médico debe implicarse no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo que le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente, por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente y disposición para trabajar en equipo (Collins, 2005)³⁷¹.

La comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, sino que también debe emplearse para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad (Walseth y col., 2011)³⁷². Uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo, es que el médico demuestre estar interesado por él,

que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, transmita tranquilidad, aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida (Makoul y col., 1995)³⁷³, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento. Tates y Meeuwesen (2001)³⁷⁴ coinciden en que una de las mayores necesidades del paciente es ser entendido y conocido, por lo que una de las principales cualidades del médico debe ser su conducta afectiva, que le permita reflejar sentimientos, mostrar empatía y preocupación por sus pacientes.

En un estudio realizado por Mas y col. (2009) en el que analizan los factores que dificultan la relación en las consultas de atención primaria concluyen que la principal causa de malestar en los usuarios se debe a un actitud poco empática por parte del facultativo (28%). Señalan que algunos de las sensaciones, opiniones y actitudes que describen los pacientes en sus interacciones con los médicos son las siguientes: sentimientos de haber sido ignorados (3,7%), plantearse solicitar un cambio de médico por el malestar con la relación (5,1%), haber cambiado de médico por la misma razón (15,1%) y considerar a su médico como un profesional “de trato difícil” (3,1%).

En general, los patrones de comunicación médica que son menos dominantes y más participativos y empáticos engendran respuestas positivas en la relación (Schmid Mast y col., 2008; Street, 2009)^{375 376}. En la revisión realizada en 2012 por Maqueda y Martín³⁷⁷ publicada en la “*Revista Española de Comunicación en Salud*”, se concluye que el desarrollo de habilidades comunicativas del personal sanitario aporta una mejora sustancial en las relaciones con el paciente.

Los aspectos no verbales de comunicación son también de considerable importancia en la consulta del paciente (Finset y col., 2007)³⁷⁸. La capacidad para mantener el contacto visual con el paciente y decodificar las emociones a través del canal de voz y los gestos, también son de gran trascendencia para conseguir la complicidad necesaria del paciente de cara al cumplimiento del tratamiento y para mejorar el componente afectivo de la interacción (Mast, 2007; Gorawara-Bhat y Cook, 2011; Butalid y col., 2014)^{379 380 381}. A través de la comunicación no verbal se transmiten actitudes y se comunica el apoyo, el acuerdo y el interés y se facilita la relación (Stepanikova y col., 2012)³⁸². Toda conversación se organiza con un turno de

palabra que tiene como finalidad evitar el silencio o la superposición durante la conversación, o reconducir el diálogo cuando algo se ha entendido mal. Durante la conversación se utilizan diversas señales que organizan el diálogo. Unas son implícitas, como el lenguaje corporal, la mirada, el tono de voz, otras explícitas, como las cláusulas, sugerencias, peticiones o preguntas (Sacks y col., 1974). Se estima que el 80% de la comunicación entre los individuos es de tipo no verbal (Mehrabian, 1968)³⁸³, siendo en el ámbito sanitario un aspecto poco investigado y con escasas herramientas de evaluación (Gorawara-Bhat y col., 2003)²⁰⁵. La comunicación no verbal es especialmente relevante para el intercambio socio-emocional (Roter y col., 2006)³⁸⁴.

La satisfacción del paciente se ha asociado intensamente con comportamientos no verbales, pero emocionalmente expresivos por parte del médico (Di Matteo y col., 1980; Mason y Griffin, 2003; Pawlikowska y col., 2012)^{385 386 387}. La inclinación o el asentimiento con la cabeza, sentarse junto al paciente o dedicar menos tiempo a la lectura de las notas incluidas en la historia también se asocian a un incremento de los niveles de satisfacción del paciente (Hall y col., 1995)³⁸⁸.

Durante la visita del médico a los enfermos en la sala, se mantienen las reglas normales de la conversación y del turno de palabra. Sin embargo, en la elaboración de la historia clínica en soporte papel, también aparecen artefactos que pueden dificultar la conversación. Por ejemplo, el profesional requiere tomar notas escritas, sobre la base de la información que el paciente proporciona. Al hacer esto, el médico tiene su atención dirigida hacia un dispositivo de información. Del mismo modo, el paciente tiene que ser consciente de la situación, para mantener el flujo comunicativo y evitar la interrupción. Los pacientes utilizan sutiles señales, expresiones y la postura del cuerpo para insistir en sus síntomas y problemas de salud. Además, al ser consciente de lo que el médico ha comprendido, el paciente puede entrar en detalles sobre determinados aspectos y desterrar otros a los que resta importancia.

La mirada se vincula de forma estrecha a la palabra hablada y es utilizada en la toma de turnos de palabra para sincronizar la charla. Además, proporciona una información no verbal, que puede elaborar y modificar el mensaje verbal. Por otra parte, la mirada muestra la atención y el interés que una persona muestra a otra y ofrece información sobre cómo están reaccionando los demás. Las personas que

miran más, se perciben como más atentas. De manera similar, no mirar puede indicar falta de interés. Además, el contacto visual mejora la habilidad de escuchar y hace más efectiva la identificación de las señas emocionales (Bensing y col., 1995)³⁸⁹.

Pawlikowska y col., (2012)³⁸⁷ destacan la importancia de la reciprocidad y el reconocimiento entre el médico y el paciente en un ámbito de atención centrada en el paciente, para conseguir la empatía, complicidad y la implicación del enfermo en la atención. Hay una total unanimidad en que el diálogo médico-paciente es crítico para el éxito del tratamiento y la atención. En este sentido, el éxito depende sobre todo de las habilidades de comunicación desarrolladas por el médico, la interacción y el clima de colaboración. Este esfuerzo colaborativo tiene éxito a través de una adecuada relación interpersonal, acertadas decisiones sobre el tratamiento y un abierto intercambio de información Ong y col. (1995)²⁷², que se facilita tanto por la palabra como por la comunicación no verbal que incluye aspectos como el tono de voz, la postura, los gestos y las expresiones de la cara.

Así pues, un eficaz proceso de comunicación entre el médico y el paciente influye de forma positiva en una amplia gama de resultados de salud, como son la reducción de la ansiedad, una mayor adherencia terapéutica, y un mayor control físico y emocional, a través de una amplia serie de vías directas e indirectas (Ong y col., 1995; Cegala, 2000; Street y col., 2009; Zolnierek y Dimatteo, 2009; Peters y col., 2011)^{272 390 376 391 392}. Es por ello, por lo que la formación en comunicación se ha convertido en un componente nuclear de los planes de estudio en numerosos países (Yedidia y col. 2003; Brown, 2008; Von Fragstein y col., 2008)^{393 394 395}.

En nuestra muestra de estudio, aunque la mayoría de los encuestados considera suficiente su formación y habilidad comunicativa con el paciente, llama la atención que los profesionales en rango medio de edad y experiencia profesional (31-50 años) así como el colectivo de enfermería, aluden y reclaman una falta de formación académica y postgrado en esta materia. En este sentido, Moore y col. (2012) destacan la trascendencia que posee la puesta en práctica y potenciación de las habilidades de comunicación en la relación clínica, así como la adquisición de estas destrezas durante la formación universitaria. La Asociación Americana de Colegios Médicos (CMAE) desarrolló en 1999 un proyecto, en el que insta a las Facultades de Medicina a incluir en sus planes de estudio materias para desarrollar

estas habilidades. De igual forma el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) de Estados Unidos definió estas habilidades como competencias básicas a evaluar en los programas de formación médica. (*Learning objectives for medical student education-guidelines for medical schools: report I of the Medical School Objectives Project* 1999) y recomienda que los médicos deben llegar a ser competentes en cinco aspectos clave: (1) escuchar adecuadamente, (2) aprendizaje de habilidades que posibiliten la obtención de información mediante preguntas efectivas, (3) la obtención de información mediante explicaciones correctas, (4) asesoramiento y educación a los pacientes, y (5) la toma de decisiones que tienen como base la información del paciente y sus preferencias (Duffy y col., 2004) ³⁹⁶.

En relación a esta deficiente formación académica, también expresada por los profesionales encuestados en nuestro estudio, Travaline y col. (2005) ³³⁵ establecen los pasos a desarrollar en un proceso de comunicación adecuado entre el médico y el paciente:

1. Valorar lo que el paciente ya conoce. Antes de proporcionar la información, hay que averiguar lo que el paciente sabe sobre su enfermedad y situación, bien de otros profesionales o de otras fuentes, que en ocasiones no son fidedignas y que conducen a generar confusión en el paciente.

2. Valorar lo que el paciente desea conocer. No todos los pacientes con el mismo cuadro desean el mismo nivel de detalle de la información sobre su diagnóstico, pronóstico o tratamiento. La comunicación debe entenderse como un proceso continuo y adicionarse de forma paulatina.

3. Posibilitar la empatía con el paciente. La empatía es una habilidad básica que los profesionales deben desarrollar para ayudar a reconocer las emociones expresadas indirectamente por los pacientes, que una vez reconocidas, deben profundizarse. Dauer (2011) ³⁹⁷ se refiere al término “concordancia” como el grado de empatía o acuerdo entre médico y paciente en una determinada dimensión. Compartir determinadas características de manera específica, las expectativas, creencias y percepciones tiene un efecto positivo sobre la calidad de la atención. Además, constituye una acción de concordancia social entre los profesionales

sanitarios y los pacientes que se manifiesta de forma más intensa en el ámbito afectivo y la comunicación no verbal.

4. Proporcionar la información de forma pausada. Los médicos que proporcionan la información de forma lenta y deliberada permiten que el paciente se tome el tiempo necesario para comprender la nueva información. Para ello, el profesional puede utilizar pausas y silencios junto al lenguaje corporal apropiado lo que permite al oyente formular preguntas. De este modo, un diálogo interrumpido con pausas conduce a una mayor comprensión por ambas partes. Esta estrategia puede ser todavía de mayor utilidad ante la comunicación de malas noticias, en la que las preguntas son de gran trascendencia.

5. Simplificar la información. Los médicos deben evitar caer en largos monólogos. Las explicaciones deben ser claras y sencillas, lo que mejora la comprensión y limita la intranquilidad emocional. Debe evitarse el lenguaje técnico, que debe adecuarse al nivel educativo.

6. Decir la verdad. Es importante ser veraz y además no minimizar el impacto de lo que se está diciendo, comunicando de forma efectiva las circunstancias, reduciendo al mínimo la posible confusión, ante una situación difícil.

7. Tener esperanza. A pesar de la necesidad de decir la verdad, es importante transmitir esperanza, particularmente en el contexto de la atención de una enfermedad terminal y al final de la vida. Por ejemplo, ante la muerte inminente de un paciente, la esperanza puede ser transmitida a los familiares, asegurando que la terapia pueda ser eficaz en el alivio del dolor y del sufrimiento.

8. Cuidar los gestos y estar preparado para la reacción del paciente. Como hemos comentado con anterioridad, mucho de lo que se transmite entre el médico y el paciente forma parte de la comunicación no verbal. El encuentro entre el paciente y el médico consiste en un intercambio bidireccional de información no verbal. A su vez, los gestos y el lenguaje corporal serán recordados durante más tiempo que las propias palabras.

9. Estar preparado para la reacción, que, a su vez, puede ser muy diversa.

Debe, por tanto, señalarse la necesidad de implantar intervenciones educativas que contribuyan a solucionar problemas como los detectados, basadas en

un modelo de abordaje que tome en cuenta ambas partes, pero dado el desbalance de poder, la mayor responsabilidad debe recaer en el médico que está obligado a explorar las ideas y expectativas del paciente, para maximizar lo valioso de tal información en cada consulta.

Al respecto, los planes de estudio del título formativo de Medicina, anteriores a la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior se caracterizaban por una distinción clara entre la docencia preclínica y la clínica, lo que retrasaba, en la mayoría de las ocasiones, el contacto de los estudiantes con el enfermo y la realidad asistencial. Sin embargo, tras la reforma de los planes de estudio el contacto se inicia desde cursos iniciales, lo que sirve, según Dornan y Bundy (2004) ³⁹⁸ para "fortalecer y profundizar cognitivamente, ampliar la afectividad y contextualizar e integrar la educación médica". Anticipar este contacto con el paciente también mejora también el desarrollo de habilidades de comunicación de los estudiantes y su futura interacción y manejo emocional con los pacientes (Littlewood y col., 2005; Peters y col., 2011) ^{399 400}.

Este déficit formativo del personal sanitario en habilidades de comunicación, no solo se objetiva en la bibliografía médica especializada, sino que también se hace eco en revistas propias del colectivo de enfermería. Así, merece destacar un proyecto formativo pionero en España (Programa Paciente Experto Cataluña®) ⁴⁰¹, que consiste en adiestrar al profesional sanitario y, en concreto, al personal de enfermería, para vehicular encuentros docentes entre pacientes más expertos y los menos adiestrados en la enfermedad.

Como afirma Risco de Domínguez (2015) ⁴⁰² actualmente, existe una tendencia en los programas educativos a exigir al profesional sanitario no solo ser garante de la recuperación y promoción de la salud sino, también tener la suficiente preparación en el terreno de la gestión y comunicación con el paciente (Modelo de Educación Basada en Competencias). En las últimas décadas, asistimos pues a un cambio sustancial respecto a la consideración de las habilidades comunicativas en el *currículum* de los títulos de Ciencias de la Salud, que se consideran una competencia nuclear del profesional sanitario, susceptible de entrenamiento y mejora. Por lo tanto creemos, al igual que otros autores (Beatriz Molinuevo, 2014) ⁴⁰³, que uno de los

objetivos docentes en las profesiones sanitarias es la adquisición de un nivel óptimo de competencias comunicativas durante el periodo de formación.

La comunicación entre los miembros de los equipos de atención médica es también esencial para mejorar la seguridad del paciente. El trabajo individual, con escasa y deficiente comunicación dentro del equipo y entre los equipos de una institución médica, es de los impedimentos más nefastos para generar una atención segura (Ceriani Cernadas, 2014)⁴⁰⁴.

Una revisión de más de 3500 eventos centinela (que provocan la muerte o daño grave), realizada por la *Joint Comisión* de EE.UU., determinó que el 60% de las muertes y 50% de los daños graves, se debieron a un fracaso en la comunicación del trabajo en equipo (Felipe, 2015)⁴⁰⁵.

Nuestros resultados en relación a la formación recibida por los profesionales de la muestra en temas de comunicación interprofesional nos revelan que la mayoría de los mismos (65%) no han recibido formación alguna al respecto. Dentro de esa minoría que sí ha recibido formación destacan una mayor proporción del sector especializada, del colectivo de enfermería, del área de salud IX y de los Servicios de Urgencias. En vista a estos resultados, los profesionales encuestados perciben que la comunicación interna no es considerada una línea estratégica preferente dentro de las organizaciones de salud, y por lo tanto no se invierte en planes o estrategias de actuación.

Como señala Marcus (2014)⁴⁰⁶ conocer la forma de aplicar las técnicas más rudimentarias de la entrevista motivacional y la terapia cognitivo-conductual facilita a los médicos a mantener conversaciones más productivas entre ellos mismos y con sus pacientes, generando un cambio positivo en los mismos y en sus familias. Como afirman Arnold y Boggs (2015)⁴⁰⁷, debería ser obligatoria una formación en habilidades comunicativas interprofesionales para el personal en formación ya que, en sus resultados, una buena comunicación interprofesional supuso una mejora sustancial tanto para los pacientes (satisfacción y transmisión de seguridad) como para los propios médicos en formación.

En los equipos médicos integrados por diversos profesionales, la información compartida entre ellos es un elemento fundamental e imprescindible que va a elaborarse, generarse y utilizarse en el transcurso de la actividad médica. Constituye

por tanto un “*bien utilizable*” por los distintos elementos (personas e instituciones) que participan en las diferentes fases de la actividad sanitaria (Rivero y Cruz, 2014)⁴⁰⁸.

Recientemente, Ospina (2013)⁴⁰⁹ analiza el papel de la comunicación interna en el contexto del Sistema Nacional de Salud, especialmente en los escenarios de la Atención Primaria y la Atención Especializada. Se estudia la comunicación interna como parte de los procesos de comunicación en salud que pueden ayudar a potenciar y alcanzar los objetivos de las instituciones sanitarias. Los resultados obtenidos advierten sobre la necesidad de una política de comunicación interna que, entre otros asuntos, trabaje desde líneas como el papel de los líderes, la integración de los empleados, su identificación con lo que hacen, y la investigación de los procesos comunicativos.

Casi la mitad de nuestros profesionales sanitarios encuestados (47,2%) opina que no existe una buena comunicación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente. Analizando con más detalle estos datos observamos que es en Atención Primaria donde más perciben, de forma significativa, esta insuficiente colaboración. Por tanto, prácticamente la mitad de los profesionales sanitarios de nuestra muestra, consideran que la colaboración entre servicios no es la correcta y que se debería mejorar, sobre todo, el flujo de información hacia Atención Primaria por parte del colectivo Especializada. He aquí un punto de mejora importante pues, al igual que afirman otros autores (Oliva y col., 2013)¹⁰⁹ se debería de propiciar la aparición de protocolos y proyectos para su mejora.

Este sentir también se observa en los profesionales de nuestro estudio y coincide con un reciente análisis publicado en el *British Journal of Hospital Medicine* por Shivji y col., (2015)⁴¹⁰ y avalado por informes previos (Nguyen y col., 2014; Shamji y col., 2014; Leyennar y col., 2015)^{411 412 413}. Todos ellos nos alertan sobre este problema y promueven la realización de cursos básicos para la mejora de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada y, por ende, de la atención asistencial, evitando así efectos adversos y reingresos de los pacientes.

En otro trabajo de investigación realizado en Inglaterra por Hammad y col., (2014)⁴¹⁴, se da por hecho que existe una mala comunicación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y esto conlleva un perjuicio notable para la atención al

paciente. Estos autores proponen solucionar este problema con la realización de plantillas electrónicas integrales y comunes a todos los hospitales y centros de Atención Primaria que recojan, como mínimo unos datos clínicos básicos y unos medicamentos de consenso entre los diferentes niveles asistenciales.

Todos los trabajos anteriormente reseñados resaltan que la principal causa de pérdida de atención al paciente en la transición entre Atención Primaria y Especializada, es la falta de comunicación escrita y verbal entre los profesionales que integran ambos colectivos. Algunos autores (Montilla y col., 2013; Smith, 2014)⁴¹⁵⁴¹⁶, concretan la resolución del problema en la creación de una vía estandarizada de comunicación directa entre ambos proveedores de salud, para que exista un diálogo fluido y claro entre los dos niveles.

También se constata en nuestra investigación que el 58,2% de los profesionales encuestados objetivan problemas en la transmisión de información entre el personal médico y el de enfermería, sobre todo entre los profesionales del sector de Atención Especializada. Debemos de detenernos en este punto puesto que, el colectivo de enfermería está muy de acuerdo en que surgen problemas en la transmisión de información médico/enfermería, hecho éste no percibido por los médicos que opinan mayoritariamente que no existen problemas comunicativos.

Si revisamos la bibliografía observamos que esta percepción de enfermería, ni es nueva ni se da solo en nuestro país (Pérez y Díaz, 2005; Sherman, 2012)⁴¹⁷⁴¹⁸. Moreno, (2008)⁴¹⁹ analiza el grado de comunicación interna en atención primaria y para ello, administraron una encuesta anónima que respondieron 1388 profesionales, en la que incluyeron cuestiones sobre la importancia que los profesionales daban a diferentes cuestiones. En sus resultados, demuestran la elevada valoración que dan al grado de comunicación interna, entre profesionales y entre servicios, siendo los profesionales de enfermería quienes la destacan como una importante debilidad en los centros sanitarios. A su vez, los profesionales médicos afirmaban que, aunque la relación personal entre los profesionales era buena, no se traducían en una buena comunicación entre los diferentes servicios. Algunos autores han verificado que, cuando un profesional comete un error clínico, suele encontrar apoyo, comentando sus dificultades con los compañeros del equipo (Borrell Carrió y col., 2006; Borrell Carrió 2008)⁵³⁴²⁰.

Sin duda, un adecuado uso de la comunicación interprofesional, junto al desarrollo de estrategias de potenciación del contacto personal, tanto en el interior de los equipos en un sentido ascendente y descendente, permite avanzar en la mejora de la comunicación interna de la organización sanitaria, lo que redundará en una mejora del clima laboral y, en última instancia, de la atención de los pacientes.

En la búsqueda de estrategias de mejora, merece destacar el trabajo de Yolanda Moñux (2014)⁴²¹, que afirma, que es sobre todo la desorganización del trabajo la que afecta a las relaciones médico-enfermería, lo que genera sentimientos inadecuados. Por ello, considera necesario realizar una planificación del trabajo, clarificar las actividades de cada rol profesional y desarrollar las habilidades comunicativas necesarias para la transmisión de información.

En lo que respecta a la comunicación entre profesionales cuando existen cambios en los tratamientos del paciente, decir que, el 48,9 % está en desacuerdo en que la transmisión de información se realiza de forma clara; de éstos, son los colectivos de enfermería y los profesionales de Atención Primaria quienes consideran, de forma mayoritaria, que surgen problemas en los cambios de tratamiento del paciente.

Después de realizar una revisión bibliográfica, observamos que es un problema frecuentemente tratado en la literatura científica (Andersen, 2006; Saghafi y Zargarzadeh, 2014; Mcleod y col., 2014; Toffoletto y col., 2015)^{422 423 424 425}. Hay numerosas propuestas para la resolución de esta cuestión (Sanmartín, 2012; Verweij y col., 2014; Kellett y Gottwald 2015)^{426 427 428} aunque actualmente, y como afirman García Subiela y col. (2015)⁴²⁹, parece que todas las actuaciones van encaminadas a la puesta en práctica de sistemas informáticos de prescripción de medicamentos, que gozan de diversos y sinérgicos filtros (médicos, farmacéuticos y de enfermería) que en su conjunto mejoran de forma notable la prescripción farmacológica y la seguridad de la actuación médica.

En nuestra Comunidad Autónoma y formando parte de un proyecto a nivel nacional, se está introduciendo la receta electrónica como garante de seguridad y eficacia en este punto (Mora, 2014; Moreno, 2014)^{430 431}. A nivel hospitalario se están implantando diversos *software* de regulación y administración farmacéutica (Ucha Sanmartín y col., 2014; Arrabal-Durán, 2014; Bujaldón-Querejeta y col.,

2014)^{432 433 434}; así, en nuestro hospital y en breve, en todos los hospitales de nuestra Comunidad, se está instaurando el “sistema informático SILICOM” de prescripción farmacológica para pacientes ingresados y de consultas externas.

Sin duda, un adecuado uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, junto al desarrollo de estrategias de potenciación del contacto personal, tanto en el interior de los equipos, en un sentido vertical y horizontal, permite avanzar en la mejora de la comunicación interna de la organización sanitaria, lo que redundará en una mejora del clima laboral y, en última instancia, de la atención de los pacientes.

En conclusión, una deficiente comunicación es causa frecuente de complicaciones y de morbilidad (Lingard, 2004; Davies, 2005)^{435 436}, como también señalaba Berwick (1989)⁴³⁷ en una excelente editorial publicada en *The New England Journal of Medicine* “*We are all in this together, we have a common interest in a job well done*” (estamos todos juntos y tenemos un interés común en un trabajo bien hecho) en la que subraya la responsabilidad del “líder o responsable del equipo”. De hecho, señala que constituye un desafío ser un líder, que debe fomentar un sentimiento de confianza y unión, en el que todos los participantes se sientan cómodos para el debate y la comunicación. Un liderazgo mal ejercido, y una excesiva autonomía del médico en la toma de decisiones en relación al resto de los miembros del equipo sanitario, constituyen un obstáculo para la consecución de mayores niveles de seguridad y de calidad. El buen líder debe actuar como un modelo a seguir, mostrar a sus compañeros de trabajo que es parte del equipo y que está dispuesto a discutir también sus propios problemas y eventos adversos (Reader y Cuthbertson, 2014)⁴³⁸.

En nuestro cuestionario se incluyen unos ítems relacionados con el manejo de la historia clínica en el ámbito de la comunicación asistencial. Laín Entralgo (“*La Medicina Hipocrática*” 1970)⁴³⁹ define la historia clínica como “*el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de su enfermedad*”.

La historia clínica es el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, los actos y actividades médico-

sanitarias realizados con él y los datos relativos a su salud (Luna y Osuna, 1987)⁴⁴⁰; es por tanto, el instrumento básico más importante desde el punto de vista administrativo y es la prueba documental penal más relevante en los procesos judiciales contra profesionales sanitarios (Robinat, 2013)⁴⁴¹.

Analizando los datos obtenidos en nuestra muestra, observamos que el 77,5% de los profesionales considera que el contenido de la historia clínica se suele actualizar, añadiendo las anotaciones adecuadas. Numerosos autores (Del Rio, 1999; Galán Cortés y Castán, 2005; Rivero, 2014)^{442 443 444}, destacan la trascendencia de un adecuado manejo de la historia clínica para evitar los errores médicos. Al respecto, Saura-Llamas y col. (2014)⁴⁴⁵ publican los resultados de un trabajo de investigación sobre la causa de errores clínicos percibidos por cinco generaciones de residentes de familia en nuestra propia Comunidad Autónoma de Murcia; pues bien, es de destacar que el 16% de los errores están relacionados con la comunicación y la mala gestión de los sistemas de información, básicamente con la historia clínica.

La historia clínica, que comenzó como un documento de ayuda para la memoria individual del médico en su trabajo asistencial, ha adquirido una extraordinaria importancia como medio de comunicación entre los diversos protagonistas que intervienen en la relación clínica (Cifuentes y col., 2015)⁴⁴⁶. La pobre legibilidad, la limitada disponibilidad, una deficiente organización y el carácter incompleto de la información que recoge, son algunos de los problemas que tiene el soporte escrito de la historia clínica. Además, en la práctica asistencial diaria, los registros documentales escritos no siempre cumplen con todas las necesidades que requiere el uso de la información. Es por ello, por lo que la historia clínica electrónica puede ser de gran utilidad en la práctica clínica.

La implantación de la historia clínica electrónica es un hecho patente en la actualidad e incluso se puede afirmar, que no es solo una adaptación a las nuevas tecnologías, sino que supone una necesidad ineludible en los sistemas sanitarios actuales (Shuterland y col., 2015)⁴⁴⁷. No cabe duda, que aporta unos beneficios evidentes en la integración y establecimiento de criterios protocolizados en las unidades asistenciales y por tanto, facilita el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente o proceso clínico. Sin embargo, creemos que la implantación de estos desarrollos informáticos, se han

producido con más atención a las características técnicas de los diferentes sistemas y aplicaciones, que al material humano que los maneja, lo que ha facilitado una situación, que por momentos se hace caótica e incluso pone en riesgo la confidencialidad en la misma (Medrano y Pacheco, 2015)⁴⁴⁸. Como afirma Wallace (2015)⁴⁴⁹, aunque la organización sanitaria intente la mejora continua de la confidencialidad en la historia clínica, la responsabilidad final de mantener la confidencialidad en la misma recae en los profesionales sanitarios y en su código ético de conducta.

Otra cuestión analizada en nuestro estudio ha sido la relacionada con la posible aparición de errores médicos, como consecuencia de deficiencias en la comunicación. Al respecto, la implantación de sistemas de notificación voluntaria de errores médicos es un hecho hoy día y parece evidente que, aunque no es la panacea (Harrison y col., 2014; Westbrook y col., 2015)^{450 451}, sí que mejora de forma notable la seguridad del paciente (Mcelroy, 2014; Rahn y col., 2014; Vilà y col., 2015; Simons y col., 2015)^{452 453 454 455}. En nuestra Comunidad Autónoma y formando parte del Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad del Paciente de la Región de Murcia (PAMSP 2012/16)⁴⁵⁶ se tiende a la plena implantación y funcionamiento del SiNASP (Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente)^{457 458}. Éste es un sistema que, al igual que en otros países europeos (Bodina y col., 2013; Maas y Güb, 2014; Donaldson y col., 2014)^{459 460 461}, ha sido desarrollado a nivel de todo el Estado Español por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y que ha contado con el apoyo técnico del *Instituto Universitario Avedis Donabedian*. El objetivo del SiNASP es mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.

El estudio de estas situaciones, del contexto en el que ocurrieron, de los riesgos latentes preexistentes y de los factores que contribuyeron a su aparición se realiza con el fin de promover los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro. El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora (Oliva y col., 2014)⁴⁶².

Analizando nuestros datos, aunque la mayoría de los profesionales encuestados considera positivo para la seguridad del paciente la comunicación de

errores existentes en la asistencia sanitaria, casi la mitad de los mismos (47,9 %) desconocen la existencia del SiNASP. En este punto, hemos de reconocer que solo los farmacéuticos lo conocen en un elevado porcentaje (97,3%) en comparación con el resto de los grupos de profesión. Según Heidebel-Chevalking (2014)⁴⁶³, tras el análisis de 2563 casos de efectos adversos/errores notificados en el área quirúrgica, concluye que, en opinión de los profesionales existe un área de mejora en la seguridad del paciente, en dos campos esenciales: la evitación de errores humanos y en el seguimiento de protocolos establecidos. Por tanto, la notificación de estos efectos adversos contribuye en gran medida a la mejora de la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

El 78,5% de la población encuestada no ha revelado nunca un error médico en su centro de trabajo, sin diferencias significativas entre las variables independientes (sexo, edad, centro gestor, área de salud...). Entre los encuestados que sí lo han notificado alguna vez (21,5%), es el colectivo de farmacia el que significativamente más lo ha realizado, en concordancia con el hecho de que ya eran los más conocedores del SiNASP. En este sentido, existen estudios que analizan este hecho en la profesión médica, atribuyendo esta dificultad en la comunicación a falta de confianza en la seguridad de los sistemas de comunicación de errores, junto con el miedo y vergüenza (Okafor, 2015)⁴⁶⁴.

Siguiendo con el análisis de nuestros resultados, casi la mitad de los profesionales encuestados (46,9%) han revelado alguna vez un error leve y solo una ínfima parte (7%) lo han hecho en caso de error grave siendo éstos últimos profesionales mayores de 50 años. También llama la atención de nuestros resultados el hecho de ser los servicios de Medicina Interna y Urgencias los que con mayor frecuencia notifican errores a los pacientes. Este hecho, va en consonancia con la literatura, al ser un departamento donde estabilizar, diagnosticar y tratar a los pacientes se debe de hacer de una forma muy rápida. Para Schinasi y col. (2015)⁴⁶⁵, el paciente y su familia confían en el médico de urgencias no sólo para proporcionar un tratamiento adecuado, sino también para aliviar la ansiedad. El profesional de la urgencia médica debe de establecer una buena relación médico-paciente tratando de desarrollar la confianza con el paciente y la familia. Solo establecido este ambiente es posible y justificable la revelación de errores médicos.

A tenor de nuestros resultados podemos afirmar que la divulgación o revelación de los errores médicos a los pacientes es una práctica poco desarrollada en la actualidad. Este hecho es concordante con la literatura actual revisada (Leone y col., 2015; Baile y Epner, 2015; Schapira y col., 2015)^{466 467 468}. Sin embargo, aunque no existe evidencia científica de ello (Kachalia y Bates, 2014)⁴⁶⁹, parece que esta revelación y su posterior compensación -moral o incluso material- pueden mejorar la calidad y la seguridad de la atención médica.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo nos revelan que una mayoría amplia de los profesionales encuestados (88,3%) teme ser objeto de una reclamación ante la existencia de un error médico; aquellos pocos que carecen de este temor, son mayoritariamente jóvenes y pertenecientes al colectivo de enfermería.

Por lo tanto, creemos éste un punto importante de mejora pues, el aumento de preparación del profesional en la transmisión eficaz de la información y un aumento en la calidad/cantidad de la misma, redundaría en una disminución efectiva de las reclamaciones judiciales. No solo consiste en introducir protocolos y guías⁴⁷⁰ para su mejora, sino que se trata de una evolución cultural y organizativa, cuyo camino más consistente se desarrolla bajo dos líneas estratégicas centradas en el paciente: calidad y atención (Díaz y col., 2014)⁴⁷¹.

Como se ha expuesto en el apartado de resultados, la percepción de la calidad de la comunicación interprofesional y con el paciente observada por los profesionales de la muestra es notable (7,4 y 7,2 de media en la escala de 1 a 10). Al aumentar el proceso informativo, la comunicación con el paciente y el buen desarrollo del consentimiento informado, aumenta la percepción de calidad en la relación médico-paciente. De la misma forma, al aumentar la relación entre los integrantes del equipo sanitario y los procesos dedicados a la evitación del error médico, se percibe mejor calidad de relación informativa entre los profesionales. En nuestra muestra se observa una relación estadísticamente significativa entre la valoración final de la información con la edad, el ámbito de atención sanitaria (primaria/especializada) y el colectivo profesional encuestado. Así, los profesionales de mayor edad, los que trabajan en Atención Especializada y el colectivo de enfermería, perciben una peor calidad en la comunicación interprofesional.

Analizando estos datos, una de las razones que motiva la influencia negativa del aumento de la edad del profesional en la percepción de la calidad tanto con los pacientes como con sus compañeros de profesión, podría ser el Síndrome de Desgaste Profesional o de *Burnout*, ya que los profesionales de la salud son un colectivo que sufre altos niveles de estrés laboral, que obviamente aumenta al aumentar el tiempo de labor profesional. En un trabajo reciente de Leal-Costa y col. (2015)⁴⁷², realizado en colaboración por profesionales de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, la Universidad Miguel Hernández y el Hospital General Universitario de Alicante nos viene a confirmar esta impresión y a la vez demuestra estadísticamente que el entrenamiento y la mejora de las habilidades comunicativas de los profesionales, es un factor preventivo en el desarrollo de este síndrome de “*desgaste profesional*”. En este sentido, según Cebriá y col. (2006) analizaron los efectos del entrenamiento en habilidades comunicativas sobre el “burnout” en médicos de familia y evidencian que los médicos entrenados en estas habilidades presentan una disminución en el nivel de cansancio emocional y despersonalización.

Los profesionales también valoran el clima emocional de los equipos en los que trabajan. Numerosos autores (Hass y col., 2000; Campbell y col., 2001)^{473 474} señalan que la percepción de salud del profesional, así como la satisfacción con su lugar de trabajo, influyen en la satisfacción del paciente. También, los aspectos organizativos de los equipos sanitarios tienen gran importancia (Palacio y col., (2003). March Cerdá y col., (2008)⁴⁷⁵ encuentran como un aspecto a destacar que en muchas ocasiones los profesionales “no se sienten parte de las decisiones” (Muñoz-Seco y col., 2006; Lammers y col., 2002; Lowe y col., 2003)^{476 477 478}. Diferentes estudios relacionan la presión asistencial con niveles elevados de cansancio emocional y repercusiones en la calidad de la atención al paciente (Matía y col., 2012; Matía y col. 2006). En los médicos que tienen una mayor presión asistencial, sus pacientes perciben una peor relación médico-paciente en cuanto a la disponibilidad para resolver sus problemas, capacidad de escucha, de información, y de entender sus dolencias (Zyzanski, 1998)⁴⁷⁹. Así pues, la mejora en las habilidades de comunicación proporciona una mejor percepción de las condiciones de salud de los pacientes, aumentando la capacidad resolutiva de los profesionales.

A la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir que la mayoría de los profesionales sanitarios encuestados otorgan una gran relevancia a la comunicación médico-paciente e interprofesional en el resultado final del proceso clínico y señalan que la toma de medidas ya sea estructurales (tiempo de consulta, confidencialidad, interrupciones de la visita médica) o formativas que mejoren estas áreas van a redundar en una mejora de la calidad asistencial y en la seguridad del paciente.

Como afirman Gillis y col. (2015)⁴⁸⁰, los ciudadanos sin olvidar que los profesionales sanitarios poseen esta condición, exigen cambios en la relación con los expertos y, en general, una mayor participación en las decisiones que le conciernen. En este contexto, es imprescindible la integración de las habilidades de comunicación en la práctica profesional médica.

A pesar de los indiscutibles esfuerzos que se vienen realizando, todavía quedan pendientes muchos retos respecto a las habilidades de comunicación de la profesión médica. Quizá uno de los más importantes sea inculcar en cada nueva generación de médicos un valor fundamental: considerar que las enfermedades tienen dueños, y que la única manera de conocerlos es mediante una comunicación honesta y genuina (Costa y col. 2003; Silverman y col., 2005; Lanken y col., 2015)^{481 482 483}.

Un trabajo reciente de Ferreira Padilla y col. (2015)⁴⁸⁴, nos analiza el estado presente de la docencia en habilidades de comunicación en las facultades de Medicina Españolas y el grado de implementación de las recomendaciones de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Pues bien, aunque la carga en créditos destinada a esta competencia ha aumentado considerablemente desde 1990 hasta 2015, aún no se han integrado plenamente las recomendaciones en la mayoría de las facultades de medicina españolas. Asimismo, sería interesante reforzar esta competencia en los últimos años docentes. Por tanto, esta transformación debe de partir del proceso de reforma universitario vigente que, acorde al Plan Bolonia, otorga a los universitarios un papel protagonista en su formación que requiere la adquisición de importantes habilidades comunicativas.

En efecto, hemos asistido en los últimos años, a un cambio en la relación médico-paciente, que ha pasado de ser un proceso meramente informativo a ser un proceso esencialmente comunicativo. Diferentes causas han influido en este proceso.

En primer lugar, el ascenso del nivel cultural del paciente ha propiciado que esta relación pase de ser una comunicación vertical a una comunicación horizontal. En segundo lugar, el médico ha abandonado el carácter paternalista y se tiende a que el paciente sea autónomo en sus decisiones. En tercer lugar, la medicalización de la sociedad, fruto, sobre todo, del uso de las nuevas tecnologías (Internet, redes sociales), facilita que el paciente se interese por las cuestiones relacionadas con su salud.

Con todo, y en base a la literatura revisada en esta investigación, hemos observado que cada vez tenemos mayor evidencia científica de que la calidad de la comunicación del médico con el paciente (modelos centrados en el paciente) tiene gran influencia en la adherencia a las prescripciones médicas y por ende, en la salud del paciente. Por tanto, las habilidades comunicacionales de los médicos cobran una importancia esencial en la adaptación a las necesidades del paciente y así, teniendo en cuenta los aspectos psicosociales del mismo, logran una mayor eficacia final en la atención y resolución de sus problemas de salud.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA.

Se constata que la mayoría de los profesionales encuestados considera que un óptimo proceso de comunicación y de implicación del paciente en la toma de decisiones es fundamental en el ámbito de la relación clínica. Sin embargo, se observan deficiencias importantes en el proceso de obtención del consentimiento informado, ya que, un porcentaje destacado de los sujetos de nuestra muestra, opina que los pacientes desconocen aspectos relevantes sobre su asistencia, que son importantes en el proceso de toma de decisiones.

SEGUNDA.

Un porcentaje importante de los profesionales médicos considera el consentimiento informado como un requisito legal en su práctica cotidiana, más allá de la plasmación de un principio de origen ético. Esta opinión, que aumenta de forma significativa con la edad del profesional, nos revela trazas paternalistas en nuestra muestra, al considerar este documento como una herramienta defensiva, frente a una posible reclamación por parte del paciente.

TERCERA.

La mayoría (práctica totalidad) de los profesionales encuestados señalan que se implican en la información previa para que los pacientes comprendan el proceso diagnóstico terapéutico, sin embargo, observamos puntos débiles en la cumplimentación del consentimiento informado, ya que la mayoría opina que éste no se proporciona con la suficiente antelación. Así mismo, los profesionales encuestados opinan que la insuficiencia de tiempo y las interrupciones durante la asistencia al paciente dificultan y distorsionan el proceso de información y de comunicación con el paciente.

CUARTA.

Se constata que el documento de instrucciones previas no se incorpora a la realidad clínica actual, ya que la gran mayoría de los profesionales encuestados no consulta sobre su existencia entre los pacientes. El papel del profesional sanitario es imprescindible en la divulgación y conocimiento de su finalidad entre los pacientes.

QUINTA.

La comunicación interprofesional y entre los distintos niveles asistenciales es clave en la seguridad del paciente. Al respecto, el colectivo de enfermería opina que surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico y de enfermería, hecho éste, no percibido por el colectivo médico. Por otra parte, la comunicación interprofesional entre Atención Primaria y Atención Especializada es percibida como insuficiente por Primaria.

SEXTA.

La elaboración de la historia clínica es trascendental como herramienta en la atención sanitaria. Los profesionales encuestados opinan que una adecuada cumplimentación de la misma redundaría necesariamente en una mayor seguridad del paciente.

SÉPTIMA.

La mayoría de los profesionales encuestados considera positivo para la seguridad del paciente la comunicación de errores en la asistencia sanitaria. Sin embargo, sólo un porcentaje pequeño lo ha revelado en alguna ocasión y la mayoría desconoce la existencia del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP).

OCTAVA.

Un amplísimo porcentaje de los profesionales encuestados expresa su temor a una reclamación judicial ante un error médico. Al respecto, los procesos destinados a la evitación del error médico se desarrollan más en el profesional varón, mayor de 50 años, médico y profesional de Atención Primaria, con diferencias estadísticamente significativas.

NOVENA.

Los profesionales encuestados consideran que una óptima habilidad comunicativa aporta una mejora sustancial en las relaciones con el paciente, por lo que la formación en este ámbito es esencial, y se debe de intensificar en los diferentes niveles formativos (Títulos Universitarios de Ciencias de la Salud).

VII. ANEXO I



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano,
Ordenación Sanitaria y Drogodependencias

“PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”



ENCUESTA SOBRE LA COMUNICACIÓN Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la comunicación en su centro de trabajo y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

Este cuestionario es ***estrictamente confidencial***; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Marque con una X la puntuación que considere más acorde según la escala (1 / 4), donde 1 es ***muy en desacuerdo*** y 4 muy ***de acuerdo***. n/c es: no sabe, no contesta

INFORMACIÓN DEL ENCUESTADO

SEXO Hombre

Mujer

EDAD

¿CUÁL ES SU CATEGORÍA PROFESIONAL EN SU SERVICIO/UNIDAD/CENTRO? (MARQUE UNA SOLA RESPUESTA)

Médico

Médico Residente

Farmacéutico/a

Farmacéutico Residente

Fisioterapeuta

Enfermero/a

Matron/a

Otro...

CARACTERÍSTICAS DEL ENCUESTADO

¿AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL?

¿EN SU PUESTO DE TRABAJO MANTIENE HABITUALMENTE UN CONTACTO DIRECTO CON LOS PACIENTES?

 Sí

 NO

INDIQUE CENTRO GESTOR

 Primaria

 Especializada

MARQUE EL ÁREA DE SALUD DONDE TRABAJA ACTUALMENTE:

- ÁREA SALUD I
 ÁREA SALUD III
 ÁREA SALUD V
 ÁREA SALUD VII
 ÁREA SALUD IX

- ÁREA SALUD II
 ÁREA SALUD IV
 ÁREA SALUD VI
 ÁREA SALUD VIII
 OTRO _____

¿CUÁL ES SU PRINCIPAL SERVICIO O UNIDAD DE TRABAJO?
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

- Cirugía Oncología Rehabilitación
 Traumatología Anestesiología/Reanimación Farmacia
 Medicina interna Obstetricia y Ginecología Pediatría
 UCI Atención Primaria de salud Urología
 Radiología Servicio de Urgencias Neurología
 Otro, por favor, especifique _____

COMUNICACIÓN PROFESIONAL SANITARIO-PACIENTE

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a

<i>su centro de trabajo</i>					
1. En su opinión, en su centro de trabajo se preocupan por proporcionar información adecuada a los pacientes para la toma de decisiones sobre su problema de salud.	n/ c	1	2	3	4
2. Las habilidades comunicativas de mis compañeros de servicio, unidad, centro de trabajo, son suficientes para proporcionar la mejor asistencia al paciente.	n/ c	1	2	3	4

3. ¿Dónde se maneja mejor la comunicación con el paciente?

Atención Especializada Atención Primaria

4. En Atención primaria, ¿quién maneja mejor la comunicación con el paciente?

Personal médico Personal de enfermería

5. En Atención especializada, ¿quién maneja mejor la comunicación con el paciente?

Personal médico Personal de enfermería

6. Sus compañeros de unidad/servicio/centro de trabajo suelen esforzarse en mantener una buena comunicación con el paciente.	n/ c	1	2	3	4
7. El paciente conoce en todo momento lo que le ocurre, en qué va a consistir el tratamiento y si existen o no otras alternativas.	n/ c	1	2	3	4
8. El paciente puede cuestionar con total libertad las decisiones de su médico sobre pruebas diagnósticas y tratamiento.	n/ c	1	2	3	4
9. Se pregunta de forma suficiente para conocer las preferencias del paciente ante un problema de salud.	n/ c	1	2	3	4
10. Se averigua y consulta la existencia del Documento de Instrucciones Previas.	n/ c	1	2	3	4
11. Se prefiere en su centro de trabajo un paciente que ceda toda la responsabilidad al personal sanitario sobre las decisiones a tomar.	n/ c	1	2	3	4
12. Suele haber interrupciones (del personal sanitario del centro) durante una consulta con el paciente.	n/ c	1	2	3	4
13. Cuando se trata de un paciente que no demanda información, se le intenta implicar en las indicaciones terapéuticas.	n/ c	1	2	3	4
14. Se ha ido perdiendo la capacidad de comunicación necesaria para mantener una buena relación profesional con el paciente.	n/ c	1	2	3	4
15. No podemos informar de la forma debida al paciente/familiar por falta de tiempo.	n/ c	1	2	3	4
16. El tiempo que dedico a informar a los pacientes sobre su enfermedad es su-	n/ c	1	2	3	4

ficiente.	c				
17. Mis habilidades comunicativas son suficientes para proporcionar la mejor atención al paciente.	n/ c	1	2	3	4
18. Suelo adecuar la comunicación que mantengo con el paciente según su edad y nivel cultural.	n/ c	1	2	3	4
19. Suelo preguntar al paciente si tiene dudas sobre lo que se le explica.	n/ c	1	2	3	4
20. Atiendo las necesidades de información conforme van surgiendo.	n/ c	1	2	3	4
21. Sólo informo al paciente de las alternativas terapéuticas posibles cuando se trata de casos graves.	n/ c	1	2	3	4
22. Si tengo que proporcionar una información sensible, planifico previamente el contenido de lo que quiero transmitir y el modo en que lo voy a comunicar.	n/ c	1	2	3	4
23. Me preocupo de que el paciente comprenda de forma suficiente toda la información sobre los cuidados de salud en su domicilio.	n/ c	1	2	3	4

24. En su opinión, el consentimiento informado es: (ordene por importancia- 1º, 2º, 3º):

- a. Un requisito legal b. Un deber profesional c. Un derecho del paciente

25. La lectura del Documento de Consentimiento Informado es útil para que el paciente comprenda el alcance de la actuación.	n/ c	1	2	3	4
26. Se proporciona al paciente, con la suficiente antelación, el Documento de Consentimiento Informado.	n/ c	1	2	3	4
27. Se presta el apoyo suficiente a los pacientes para la comprensión del contenido del Documento de Consentimiento Informado.	n/ c	1	2	3	4
28. Con frecuencia se dan explicaciones convincentes al paciente sobre su patología.	n/ c	1	2	3	4

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES

29. Hay una buena colaboración entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	n/ c	1	2	3	4
30. La comunicación entre profesionales en su centro de trabajo es suficiente para garantizar una adecuada atención sanitaria al paciente.	n/ c	1	2	3	4
31. En su centro de trabajo se ha impartido formación relacionada con la comunicación interpersonal.	n/ c	1	2	3	4
32. En su centro de trabajo se ha impartido formación sobre cómo comunicar malas noticias a los pacientes.	n/ c	1	2	3	4

33. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	n/ c	1	2	3	4
34. Surgen problemas en la transmisión de información entre el personal médico y de enfermería.	n/ c	1	2	3	4
35. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	n/ c	1	2	3	4
36. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de servicio.	n/ c	1	2	3	4
37. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de las transiciones entre Atención Primaria y Atención Especializada.	n/ c	1	2	3	4
38. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	n/ c	1	2	3	4
39. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	n/ c	1	2	3	4
40. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	n/ c	1	2	3	4
41. En mi servicio/unidad/centro, el contenido de la historia clínica se consulta suficientemente.	n/ c	1	2	3	4
42. En mi servicio/unidad/centro, el contenido de la historia clínica se actualiza y se añaden las anotaciones de forma precisa.	n/ c	1	2	3	4
43. Los fallos de comunicación dentro del equipo asistencial son en parte responsables de algunos errores clínicos.	n/ c	1	2	3	4
44. Cuando hago anotaciones en la historia clínica procuro escribir con letra clara.	n/ c	SÍ	NO		
45. Cuando hago anotaciones respecto a un fármaco con nombre parecido a otro, procuro escribir con letra clara para evitar confusiones.	n/ c	SÍ	NO		
46. La comunicación de errores beneficia la atención sanitaria en su centro.	n/ c	SÍ	NO		
47. Existen en su centro de trabajo sistemas de notificación voluntaria de errores.	n/ c	SÍ	NO		
48. En alguna ocasión ha notificado en su centro de trabajo un error médico.	n/ c	SÍ	NO		
49. Ha revelado alguna vez a un paciente un error de poca consideración.	n/ c	SÍ	NO		
50. Ha revelado alguna vez a un paciente un error médico grave.	n/ c	SÍ	NO		
51. Cuando se comete un error, el personal teme ser objeto de una reclamación	n/ c	SÍ	NO		

judicial.	c		
52. Hablar de efectos adversos genera una mala imagen de los profesionales sanitarios.	n/ c	SÍ	NO

VALORACIÓN

53. Califique, por favor, de uno a diez la calidad de la información entre los profesionales en su centro de trabajo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Califique, por favor, de uno a diez la calidad de la información entre los profesionales y pacientes en su centro de trabajo.

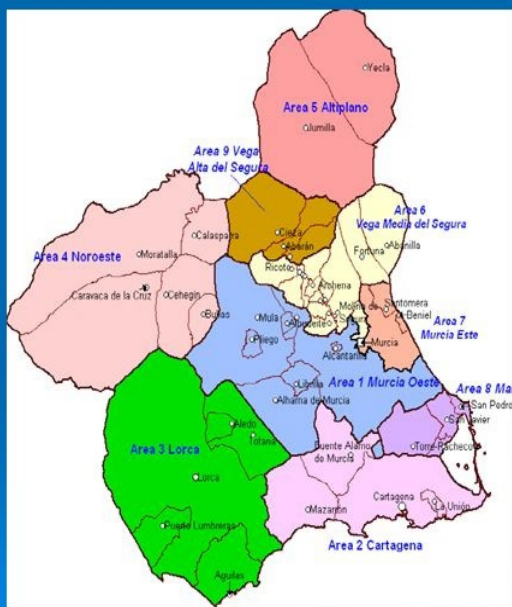
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muchas gracias por su colaboración

“PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

VIII. ANEXO II

Mapa Sanitario de la Región de Murcia



Área de Salud Hospital de referencia

- 1.- Murcia Oeste: Hospital Virgen de la Arrixaca (El Palmar).
- 2.- Cartagena: Hospital Virgen del Rosell (Cartagena). H.U. Sta. Lucia
- 3.- Lorca: Hospital Rafael Méndez (Lorca).
- 4.- Noroeste: Hospital del Noroeste (Caravaca).
- 5.- Altiplano: Hospital Virgen del Castillo (Yecla).
- 6.- Vega Media del Segura: Hospital J. M. Morales Meseguer (Murcia).
- 7.- Murcia Este: Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia).
- 8.- Mar Menor: Hospital Los Arcos (San Javier).
- 9.- Vega Alta del Segura: Hospital de Cieza (Cieza).

CENTROS ASISTENCIALES

1	Centro Regional de Hemodonación
2	Hospital Virgen del Castillo
3	Hospital General Universitario Reina Sofía
4	Hospital Santa María del Rosell
5	Hospital General Universitario Santa Lucía
6	Hospital Rafael Méndez
7	Hospital Comarcal del Noroeste
8	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
9	Hospital General Universitario Morales Meseguer
10	Hospital Lorenzo Guirao, Cieza
11	Hospital de los Arcos del Mar Menor
12	Centro de Salud Barrio Del Carmen
13	Centro de Salud Beniaján
14	Centro de Salud La Alberca
15	Centro de Salud El Palmar

CENTROS ASISTENCIALES	
16	Centro de Salud Puente Tocinos
17	Centro de Salud Mula
18	Centro de Salud Murcia Infante
19	Centro de Salud Murcia Centro
20	Centro de Salud Murcia-San Andrés
21	Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo
22	Centro de Salud Virgen De La Caridad (Cartagena Este)
23	Centro de Salud Virgen De La Caridad (Cartagena-Oeste)
24	Centro de Salud La Manga-Costa-Cálida
25	Centro de Salud Los Alcázares
26	Centro de Salud Mazarrón
27	Centro de Salud Torre Pacheco
28	Centro de Salud San Antón
29	Centro de Salud La Paca
30	Centro de Salud Lorca Centro
31	Centro de Salud Lorca-San Diego
32	Centro de Salud Águilas Norte
33	Centro de Salud Totana
34	Consultorio Aledo
35	Consultorio Paretón
36	Centro de Salud Barranta
37	Centro de Salud Caravaca
38	Centro de Salud Bullas
39	Centro de Salud de Moratalla
40	Centro de Salud Jumilla
41	Centro de Salud Yecla-Oeste
42	Centro de Salud Abanilla
43	Consultorio Barinas
44	Consultorio Cañada de La Leña
45	Consultorio El Cantón
46	Consultorio Macisvenda
47	Centro de Salud Cieza
48	Centro de Salud Torres De Cotillas
49	Centro de Salud Molina. Antonio García
50	Centro de Salud Fortuna , Consultorio La Garapacha
51	Centro de Salud Lorquí
52	Centro de Salud Archena
53	Consultorio La Algaida
54	Consultorio Ojós
55	Consultorio Ricote

CENTROS ASISTENCIALES

56	Consultorio Ulea
57	Consultorio Villanueva

IX. REFERENCIAS

- ¹ Osuna E, Raposo VL. European Convention of Human Rights and Biomedicine. En *Legal and Forensic Medicine*. Springer Berlin Heidelberg, 2013; 1405-1423.
- ² Osuna E. La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario. Morillas Cuevas L. *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*. Madrid: Dykinson. 2010; 797-835
- ³ Beauchamp TL, Mccullough LB. *Medical Ethics: The Moral Responsibilities of Physicians* Prentice-Hall. 1984; Englewood Cliffs, New Jersey.
- ⁴ 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*. 1803; Also Notes and Illustrations. S. Russell.
- ⁵ Osuna E. Los Derechos del enfermo en el Marco Jurídico Español. *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* 2003; 5 (1): 67-71.
- ⁶ Dias Pereira AG. O consentimento informado na relação médico-paciente. *Estudo de direito civil*. Coimbra: Coimbra Editora, 2008; 699.
- ⁷ Couceiro A. *Ética profesional y cuidados paliativos: en busca de la excelencia*. Couceiro A (ed.) *Ética*, 2004; 31-48.
- ⁸ Galán Cortés J C. Responsabilidad médica y consentimiento informado. *Sindicato Médico del Uruguay* . Montevideo: SMU. 2001; 93-104.
- ⁹ Beauchamp TL, Mccullough LB. *Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos*. Labor. 1987; 76-79.
- ¹⁰ Convenio de Oviedo. 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. Recuperado en enero 2014 de <http://www.bioeticanet.info/documentos/oviedo>.
- ¹¹ Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios. Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 2010; 53-67.
- ¹² Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. National Academy of Science, Institute of Medicine. 2002; Vol 6.
- ¹³ Tancredi LR, Barondess JA. The problem of defensive medicine. *Science*. 1978; 200 (4344): 879-882.
- ¹⁴ Genovese U, Amato S, Del Sordo S. et al. Defensive medicine and outcomes for medical malpractice liability. *Igiene e sanita pubblica*. 2014; 70(2): 235-246.
- ¹⁵ De Montalvo F. *Muerte digna y constitución: los límites del testamento vital*. Universidad Pontificia Comillas, 2009.

- ¹⁶ Stirrat GM, Gill R. Autonomy in medical ethics after O'Neill. *Journal of Medical Ethics*, 2005; 31(3): 127-130.
- ¹⁷ Capella V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuadernos de Bioética*, 2006; 17(59): 11-26.
- ¹⁸ Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992; 267 (16): 2221-2226.
- ¹⁹ Sánchez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2015; 55(4): 230-233.
- ²⁰ Bonilla FJ, Piedrahita S, Elvira L. Consentimiento Informado en la práctica clínica: retos del personal de salud. *Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana*. 2013; 17 (2): 58-60.
- ²¹ Arzate-Mireles CE, Ochoa-Carrillo FJ, Alvarado-Aguila S. The doctor-patient-family relationship in Oncology. *GAMO*. 2013; 12(1): 41.
- ²² Nevado-Castellanos KY. Modelo Informativo para la comunicación y toma de decisiones en salud de cara a los usuarios del Centro de Medicina Preventiva Cepre. (Tesis Doctoral en internet). Universidad Industrial de Santander. 2013; Recuperado en marzo 2015 de <http://hdl.handle.net/123456789/9165>.
- ²³ Diego L, Guirado EA. Información de medicamentos a pacientes: necesaria pero insuficiente. *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2015; 22(2): 90-97.
- ²⁴ Cerezo AM. Modelos de relación médico-paciente en adultos mayores con cáncer. Estudio de caso sobre los modelos deliberativo e informativo. (Tesis Doctoral en Internet). Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales, Buenos Aires, Argentina. (2015 feb.). Recuperado en septiembre 2015 de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2740>.
- ²⁵ Mariátegui J. La medicina como ciencia social. *Revista de Neuropsiquiatría*. 2013; 71(1-4): 3-7.
- ²⁶ Simón P, Barrio I M. ¿Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. *Revista de Calidad Asistencial*. 2004; 19(7): 460-472.
- ²⁷ Duany T, Turcáz I, González AM. Ethic values in the stomatologic practice. Commitment from the primary care. *Revista Médica Electrónica*. 2014; 36(6): 846-854.
- ²⁸ Gracia D. Democracia y bioética. *Acta Bioethica*. 2001; 7(2): 343-354.
- ²⁹ Tsalatsanis A, Hozo I, Kumar A, et al. Dual Processing Model for Medical Decision-Making: An Extension to Diagnostic Testing. *PloS one*. 2015; 10(8): e0134800.
- ³⁰ Rillo A. Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología. *Humanidades Médicas*. 2013; 13 (2): 393-411.

- ³¹ Djulbegovic B, Ende, J, Hamm RM. et al. When is rational to order a diagnostic test, or prescribe treatment: the threshold model as an explanation of practice variation. *European Journal of Clinical Investigation*. 2015; 45(5): 485-493.
- ³² Osuna E, Cárceles MD, S.Ferrer ML, et al. Caesarean delivery: conflicting interests. *Reproductive Biomedicine online*. 2015; 31(6), 815-818.
- ³³ Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA*. 2013; 309(16): 1689-1690.
- ³⁴ Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient–doctor decision-making about treatment within the consultation. A critical analysis of models. *Social Science & Medicine*. 2006; 62(1): 116-124.
- ³⁵ Bono S, Rodriguez A. Two systems of persuasion to quit smoking. A controlled trial. *Atención Primaria/Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. 1991; 8(1): 12-16.
- ³⁶ Dubord G. Part 10. Persuasion. *Canadian Family Physician*. 2011; 57(9): 1027-1029.
- ³⁷ Spahn A. And lead us (not) into persuasion...? Persuasive technology and the ethics of communication. *Science and engineering ethics*. 2012; 18(4):633-650.
- ³⁸ Rubinelli S. Rational versus unreasonable persuasion in doctor–patient communication: a normative account. *Patient education and counselling*. 2013; 92(3): 296-301.
- ³⁹ Teutsch C. Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 2003; 87(5): 1115-1145.
- ⁴⁰ García-Blanco L. La negación al tratamiento: problemas éticos, deontológicos y jurídicos. *Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria*. 2013; Recuperado de Internet en mayo 2015 de <http://hdl.handle.net/10902/2987>.
- ⁴¹ Loxterkamp D. What do you expect from a doctor? Six habits for healthier patient encounters. *The Annals of Family Medicine*. 2013; 11(6): 574-576.
- ⁴² Lafarge. MTherapeutic relationship and "consent-trust". *Soins*. 2013 Oct.; (779):34-5.
- ⁴³ Piqué JM. ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario?. *Medicina Clínica*. 2013; 140 (11): 514-519.
- ⁴⁴ Kelley M, James C, Alessi S, et al. Patient perspectives on the learning health system: The importance of trust and shared decision making. *The American Journal of Bioethics*. 2015; 15(9): 4-17.
- ⁴⁵ Lewis VO, McLaurin T, Spencer HT, et al. Communication for all your patients. *Instructional course lectures*. 2011; 61: 569-580.
- ⁴⁶ Sternlieb JL. Teaching the value of continuity of care: A case conference on long-term healing relationships. *Families, Systems, & Health*. 2012; 30(4): 302.
- ⁴⁷ Pichlhöfer O, Tönies H, Spiegel W, et al. Patient and preceptor attitudes towards teaching medical students in General Practice. *BMC medical education*; 2013; 13(1): 83.

- ⁴⁸ Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, et al. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; 2.
- ⁴⁹ Pellegrino ED, Thomasma D. The Christian virtues in medical practice. *JAMA*. 1996; 276(19): 1604-1605.
- ⁵⁰ Atienza-Martín FJ, Garrido-Lozano M, Losada-Ruiz C, et al. Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2013; 39(6): 291-297.
- ⁵¹ Cardoso R. Cultura, bioética, sociedad; Un reto para la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*. 2005; 10(1): 41-48.
- ⁵² Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196 (4286): 129-136.
- ⁵³ Borrell-Carrió F, Regadera C, Sala R, et al. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 2006. 38(1): 25-32.
- ⁵⁴ Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137(5): 535-544.
- ⁵⁵ Torío Durántez, J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica: opinión y preferencias de los usuarios. *Atención Primaria*. 1997; 19(1): 27-34.
- ⁵⁶ Candib LM. Truth telling and advance planning at the end of life: Problems with autonomy in a multicultural world. *Families, Systems, & Health*. 2002; 20(3): 213.
- ⁵⁷ Slivinske L, Fitch V. The effect of control enhancing interventions on the well-being of elderly individuals living in retirement communities. *The Gerontologist*. 1987; 27(2): 176-181.
- ⁵⁸ Quill T, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Annals of internal medicine*. 1996; 125(9): 763-769.
- ⁵⁹ Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *JR Coll Gen Pract*. 1969; 17(82): 269-276.
- ⁶⁰ Mcwhinney I. The need for a transformed clinical method. *Communicating with medical patients*. 1989; 9: 25-40.
- ⁶¹ Byrne PS, Long BE. Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. London, England, Her Majesty's Stationary Office. 1976. Recuperado en diciembre 2014 de <http://www.popline.org/node/499530/sthash.TAdQ005P.dpuf>.
- ⁶² Mead N, Bower Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*. 2002; 51(7): 1087-1110.

- ⁶³ Foundation A.B.I.M., Foundation ACP–ASIM. European Federation of Internal Medicine: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *Lancet*. 2002; 359 (9305): 520-522.
- ⁶⁴ Buetow S, Führer A, Macfarlane K, et al. Development and validation of a patient measure of doctor–patient caring. *Patient Education and Counseling*. 2012; 86(2): 264-269.
- ⁶⁵ Buetow S. Person-centred care: Bridging current models of the clinician-patient relationship. *International Journal of Person Centered Medicine*. 2012; 1(1): 196-203.
- ⁶⁶ Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care: Achieving evidence-based patient choice. Oxford University Press. 2009.
- ⁶⁷ Balint M. The doctor, his patient, and the illness. *Lancet*. 1955; 265(6866): 683-688.
- ⁶⁸ Peabody D. Personality dimensions through trait inferences. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 46(2): 384.
- ⁶⁹ Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001; 357(9258): 757-762.
- ⁷⁰ Fuertes J, Mislowack A, Bennett J, et al. The physician–patient working alliance. *Patient education and counselling*. 2007; 66(1): 29-36.
- ⁷¹ Hall W, Shearer K, Mogán J, et al. Weighing preterm infants before & after breastfeeding: does it increase maternal confidence and competence?. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2002; 27(6): 318-326.
- ⁷² Bordin E. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*. 1979; 16(3): 252.
- ⁷³ Mercer S, Maxwell M, Heaney D, et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family practice*. 2004; 21(6): 699-705.
- ⁷⁴ Eveleigh R, Muskens E, Van Ravesteijn H, et al. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of clinical epidemiology*. 2012; 65(1): 10-15.
- ⁷⁵ Gracia Guillén D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*. 2001; 117(1): 18-23.
- ⁷⁶ Thackeray R, Crookston B, West J. Correlates of health-related social media use among adults. *Journal of Medical Internet Research*. 2013; 15(1).
- ⁷⁷ Vázquez Fernández ME, Morell Bernabé JJ, Cuervo Valdés JJ, et al. La web Familia y Salud como fuente de promoción de la salud de niños, familias y adolescentes. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2015; 17(66): 6.

- ⁷⁸ Truccolo I, Bufalino R, Annunziata, MA, et al. National Cancer Information Service in Italy: an information points network as a new model for providing information for cancer patients. *Tumori*. 2011; 97(4): 510-6.
- ⁷⁹ Mazzocut M, Ciolfi L, Ferrarin E, et al. Using the internet: easier said than done. *Information literacy in the library. Journal of the European Association for Health Information and Libraries*. 2014; 10(2): 4.
- ⁸⁰ Arias E. Nuevas formas de investigación y asistencia. *Telemedicina. Respiratoria*. Volumen 11. Número 02. Abril - Junio 2008
- ⁸¹ Kubat B. Telemedicine: Transforming Community Long-Term Care. *Caring for the Ages*. 2015; 16(3): 16.
- ⁸² Ricur G. Telemedicina: generalidades y áreas de aplicación clínicas. Secretario editorial David Rojas Comité editorial. 2012; 169.
- ⁸³ Barbosa W, Gómez J. Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios. *Acta Odontológica Colombiana*. 2015; 5(1): 101-115.
- ⁸⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/telemedicina>. Recuperado en julio 2014.
- ⁸⁵ Zaporta E. Telemedicina y Responsabilidad Patrimonial de la Administración Sanitaria. *Derecho Sanitario*. 2015; 16(1): 1-10.
- ⁸⁶ Khorsadnia B, García G, Dawidowski A, et al. ¿Qué opinan los médicos acerca de la comunicación electrónica con sus pacientes? . XIV Congreso Brasileiro em Informática em Saúde – CBIS. 2014.
- ⁸⁷ García R, Zambrano A, Huerta M, et al. Diseño de una red inalámbrica para aplicaciones de telemedicina. *Universidad Ciencia y Tecnología*. 2012; 14(55).
- ⁸⁸ Sánchez Losada JA. Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: la consulta médica telefónica. Tesis Doctoral. Universidad Complutense Madrid. 2012. Recuperada en julio de 2014 en <http://eprints.ucm.es/13892/>
- ⁸⁹ Koppel R, Soumerai S. Personal health records and medical care use. *JAMA*. 2013; 309(8): 767-768.
- ⁹⁰ Palen T. Personal Health Records and Medical Care Use-Reply. *JAMA*. 2013; 309(8): 767-768.
- ⁹¹ Torres-Salinas D, Robinson-García N. Los blogs de salud y la gestión online de información médica. 2012. Recuperado de Internet en mayo de 2014 de <http://hdl.handle.net/10481/21522>
- ⁹² Onieva-García M, López-Hernández B, Molina-Rueda M, et al. Contribution of Electronic Health Record in Surveillance of Notifiable Diseases. *Revista española de Salud Pública*. 2015; 89(5): 515-522.

- ⁹³ Rojas Mezarina L, Medina C, Alicia C. et al. Registro nacional de historias clínicas electrónicas en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 2015; 32(2): 395-396.
- ⁹⁴ Cánovas I, Piñana L, Luquin M, et al. Web site at www.murciasalud.es for primary care centres in the Murcia Region. *Semergen/Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista*. 2013; 39(5): 285.
- ⁹⁵ Wojtuszek M, Kachnic J, Krysta K. et al. Telepsychiatry in Polish patients' and doctors' opinion. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27: 379-382.
- ⁹⁶ Rubin M, Maida S. Legal Considerations in the Use of Telemedicine in Neurology. *En Teleneurology in Practice*. Springer New York. 2015; 175-181.
- ⁹⁷ Morales E, Cabello F. Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente?. *Revista Medica Herediana*. 2015; 12(3): 96.
- ⁹⁸ Gabarrón E, Fernández-Luque L. eHealth and online videos for health promotion. *Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(3): 197-200.
- ⁹⁹ Weiner J. Doctor-patient communication in the e-health era. *Isr J Health Policy Res*. 2012; 1(1): 33.
- ¹⁰⁰ Bajaña-Granja, W, Moncayo-Rojas C. La visita médica virtual como alternativa en la promoción de los productos farmacéuticos. 2013. Tesis Doctoral. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2013. Recuperado de internet en abril de 2014 de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/419>
- ¹⁰¹ Quinn P, Habbig A, Mantovani E, et al. The Data Protection and Medical Device Frameworks-Obstacles to the Deployment of mHealth across Europe?. *European journal of health law*. 2013; 20(2): 185-204.
- ¹⁰² Pujadas M, Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Atención primaria*. 2006; 37(7): 413-417.
- ¹⁰³ Cruz V, Rolando A. El correo electrónico y su uso óptimo en la búsqueda de información. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2015; 1(1): 8-10.
- ¹⁰⁴ Jenssen B, Mitra N, Shah A. et al. Using Digital Technology to Engage and Communicate with Patients: A Survey of Patient Attitudes. *Journal of general internal medicine*; 2015; 1-8.
- ¹⁰⁵ Miranda M, Jadresic E, Chomali M. et al. El uso del correo electrónico en la comunicación médico-paciente. *Revista médica de Chile*. 2013; 141(6): 21.
- ¹⁰⁶ Baker L, Wagner T, Singer S. et al. Use of the Internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA*. 2003; 289(18): 2400-2406.
- ¹⁰⁷ De Ortuzar M, Busdygan D, Marquez Y, et al. Una revisión crítica del consentimiento informado" EN TELESALUD. *Informes Científicos-Técnicos UNPA*. 2014; 2(1): 1-38.

- ¹⁰⁸ Herrera A. Telemedicina: Una herramienta poco explotada. *Rev. Obstetricia y Ginecología*. 2006; 1(3): 233-236.
- ¹⁰⁹ OLIVA, Xavier, et al. Virtual referral system between specialized endocrinological care and primary care. *Endocrinología y Nutrición (English Edition)*, 2013; 60, no 1, 4-9.
- ¹¹⁰ Strudwick G, Eyasu T. Electronic Health Record Use by Nurses in Mental Health Settings: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2015. 29(4): 238-241
- ¹¹¹ Mirsky J, Tieu L, Lyles C, et al. A Mixed-Methods Study of Patient–Provider E-mail Content in a Safety-Net Setting. *Journal of health Communication*. 2015; 21(1): 85-91.
- ¹¹² Alkatout I. Communicative and ethical aspects of physician-patient relationship in extreme situations. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 2015; 1(1): 1-8.
- ¹¹³ Pujadas MA, Machín A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Atención Primaria*. 2006; 37(7): 413-417.
- ¹¹⁴ Moorhead S, Hazlett D, Harrison L, et al. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *Journal of medical Internet research*. 2013; 15(4): 25.
- ¹¹⁵ Abbing H, Roscam DC. Twenty year who Principles of patients' rights in Europe, a common framework: looking back to the future'. *European journal of health law*. 2014; 21(4): 334-335.
- ¹¹⁶ Whitehead, D. (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on?. *Health Promotion International*. 2004; 19(2): 259-267.
- ¹¹⁷ 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). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ¹¹⁸ Galán Cortés JC. Sentencia de 16 de enero de 2012. Responsabilidad civil médica por omisión del consentimiento informado. Responsabilidad de la entidad aseguradora de asistencia sanitaria. *Cuadernos Civitas de Jurisprudencia Civil*. 2013; 91: 53-70.
- ¹¹⁹ LEY Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia. BORM de 18 de Junio de 1982 y BOE núm. 146 de 19 de Junio de 1982. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de www.carm.es/borm/vista/principal/inicio.jsf
- ¹²⁰ 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). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de www.carm.es/borm/vista/principal/inicio.jsf
- ¹²¹ Artículo 20.1. Constitución Española. “Se reconocen y protegen los derechos: a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de reproducción. b) A la producción y creación literaria, artística, científica y técnica. c)

A la libertad de cátedra. d) A comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades”. Recuperado en mayo 2013 de <http://www.congreso.es/funciones/constitucion/indice.htm>.

¹²² Cerdà JC. El derecho de los pacientes a recibir información. Revista CONAMED. 2015; 19(4): 56-60.

¹²³ Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la ley 41/2002. Cuadernos de Bioética. 2006; 17(59): 27-42.

¹²⁴ Galende I. “Derecho a la información sanitaria”. Romeo Casabona, C.M. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Edit. Comares, Granada. 2011; 544.

¹²⁵ LEY 26/1984, de 19 de julio, General para la defensa de los consumidores y usuarios (BOE núm. 176 de 24 de julio 1984). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹²⁶ LEY General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (BOE núm. 102 de 29 de abril 1986). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹²⁷ LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280 de 22 noviembre 2003). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹²⁸ LEY 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE núm. 269 de 10 de noviembre de 1995). Recuperado de Internet en octubre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹²⁹ LEY 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (BOE núm.178 de 27 de julio 2006). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹³⁰ LEY 14/2007, de Investigación Biomédica 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (BOE núm.159 de 4 de julio 2007). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹³¹ LEY 33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE núm.240 de 5 de octubre 2011). Recuperado de Internet en noviembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹³² LEY 26/2011; de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (BOE núm. 184 de 2 de agosto 2011). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹³³“No se discute que el consentimiento informado es presupuesto y elemento esencial de la *lex artis* y como tal forma parte de toda actividad asistencial (SSTS 29 de mayo; 23 de julio 2003; 21 de diciembre 2005; 20 de enero y 13 de mayo 2011), constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica, antes con la Ley 14/1986...y ahora, con mas

precisión, con la Ley 41/2002..., en la que se contempla como derecho básico a la dignidad de la persona y autonomía de su voluntad...” Recuperado de Internet en julio de 2014 de www.poderjudicial.es/.

¹³⁴ Martínez JA. El consentimiento informado en el orden administrativo actual. *Revista Aranzadi Doctrinal*. 2015; 3: 231-241.

¹³⁵ Casado M. Bioética, un Tema también para Juristas. *Derecho & Sociedad*. 2015. 34: 317-318.

¹³⁶ Beauchamp T. On Common Morality as Embodied Practice. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2014; 23(1): 86-93.

¹³⁷ Moreno D. El consentimiento informado y su trascendencia en el Derecho penal. *Nuevo Foro Penal*. 2014; 10: 82.

¹³⁸ Loring P. Consentimiento Informado. *Doctrina del Tribunal Supremo*. Tesis Doctoral. Universidad Internacional de Andalucía. 2013. Recuperado de Internet en septiembre de 2014 de <http://hdl.handle.net/10334/2581>

¹³⁹ Galán Cortés JC . Consentimiento Informado en anestesiología: La antelación Suficiente Como Requisito de validity. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2014; 61(2): 94-100.

¹⁴⁰ Ataz J . Los médicos y la responsabilidad civil. Montecorvo, 1985.

¹⁴¹ Ocampo J. Del Código de Nüremberg a la Declaración de Helsinki. *Rev. Facultad de Medicina UNAM*. 1998; 41(6): 252.

¹⁴² Manzani JL. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica*; 2000; 6(2): 321-334.

¹⁴³ Osorio L. Lo que todos debemos saber de las buenas prácticas clínicas. *Biomédica*. 2015; 35(2): 25-29.

¹⁴⁴ Pantoja Zarza L. El Consentimiento Informado: ¿solo un requisito legal? .*Revista Española de Reumatología*. 2004; 31(8): 475-478.

¹⁴⁵ BELMONT, Informe. 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: 121-31.

¹⁴⁶ Izadi M, [Fazel M](#), [Nasiri-Vanashi T](#). Informed consent for inclusion into clinical trials: a serious subject to note in the developing world. *Arab J Nephrol Transplant*. 2012 May; 5(2):97-100.

¹⁴⁷ Lidz CW. Informed consent: a critical part of modern medical research. *Am J Med Sci*. 2011 Oct; 342(4): 273-5.

¹⁴⁸ Sánchez Principios básicos de bioética. *Revista Americana de Ginecología y Obstetricia*. 2015; 55(4): 230-233.

¹⁴⁹ Simon, Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.

- ¹⁵⁰ Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*. 2015; 16(1): 3-8.
- ¹⁵¹ RODRÍGUEZ, Kyrenia Sánchez. Consentimiento Informado y Cirugía Estética. *Bioética*. 2007. 46(4): 0-0.
- ¹⁵² Sosa T, Fernández JE. La bioética en la medicina familiar para la protección de la dignidad de las personas epilépticas. *Medwave*. 2013; 13(7): 82-86.
- ¹⁵³ Guzmán F. Bioética, derechos humanos y la investigación en seres humanos. Ed. *Opción*. 2015; 30: 73.
- ¹⁵⁴ Pérez-Quiñones A, Jiménez P, Mateos A. Conocimiento y aplicación de la ley de «muerte digna» entre profesionales de las urgencias hospitalarias. *Medicina Paliativa*. 2015; 1(1): 9.
- ¹⁵⁵ Martínez Correa, CA. Límites Al Derecho De Acceso A La Información Clínica En Los Casos De Estado Necesidad Terapéutica Y Anotaciones Subjetivas. Especial Referencia Al Sistema Español. *Via Inveniendi Et Iudicandi*. 2013; 8(2): 4.
- ¹⁵⁶ Gómez Sánchez Y. “Derecho a no saber”. ROMEO CASABONA, C.M. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Edit. Comares, Granada. 2011; 594.
- ¹⁵⁷ LEY Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE núm. 15 de 17 de enero 1996).
- ¹⁵⁸ Pérez-Cárceles MD, Osuna E, Luna A. Informed consent of the minor. Implications of present day Spanish law. *Journal of medical ethics*. 2002; 28(5): 326-326.
- ¹⁵⁹ ARTÍCULO 162 del Código Civil. “Los padres que ostenten la patria potestad tienen la representación legal de sus hijos menores no emancipados. Se exceptúan: 1. Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo...”. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ¹⁶⁰ ARTÍCULO 315 del Código Civil. “La mayor edad empieza a los dieciocho años cumplidos. Para el cómputo de los años de la mayoría de edad se incluirá completo el día del nacimiento”. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ¹⁶¹ ARTÍCULO 154 Código Civil: “Si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten”. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ¹⁶² ART. 9. Derecho a ser oído y escuchado. 1. El menor tiene derecho a ser oído y escuchado sin discriminación alguna por edad, discapacidad o cualquier otra circunstancia, tanto en el ámbito familiar como en cualquier procedimiento administrativo, judicial o de mediación en que esté afectado y que conduzca a una decisión que incida en su esfera personal, familiar o social, teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones, en función de su edad y madurez. Para ello, el

menor deberá recibir la información que le permita el ejercicio de este derecho en un lenguaje comprensible, en formatos accesibles y adaptados a sus circunstancias. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹⁶³ LEY 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud (BOE núm. 103 de 30 de abril 2003; BOCL núm. 71 de 14 de abril 2003). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹⁶⁴ LEY 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (BOE núm. 48 de 25 de febrero 2003; DOGV núm. 4430 de 31 de enero 2003). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

¹⁶⁵ LEY 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia (BOPV núm. 59 de 30 de marzo 2005). Recuperado de Internet en noviembre 2014 de www.euskadi.eus/bopv/

¹⁶⁶ DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad (BOJA núm. 244 de 16 de diciembre 2005). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/

¹⁶⁷ Guerrero Zaplana J. “El consentimiento informado. Su valoración en la Jurisprudencia”. Edit. Lex Nova, Valladolid. 2004; 78.

¹⁶⁸ BOJA núm. 152 de 6 de agosto de 2009. Recuperado de Internet en septiembre 2014 de www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/

¹⁶⁹ Galán Cortés JC. Responsabilidad Civil Médica. Civitas Thomson Reuters. Cizur Menor (Navarra). 2011; 528.

¹⁷⁰ Lizarraga Bonelli E. La información y la obtención del consentimiento informado en la nueva Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”. En GONZÁLEZ SALINAS, P., LIZARRAGA BONELLI, E. Autonomía del paciente, información e historia clínica (estudios sobre la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Edit. Civitas. Madrid. 2004; 265.

¹⁷¹ Asua González C. Infracción de deberes de información y obligación de indemnizar en el ámbito sanitario. Revista CESCO de Derecho de Consumo 2014; 8: 147-161.

¹⁷² LEY 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (BOE núm. 48 de 25 de febrero 2003; DOGV núm. 4430 de 31 de enero 2003). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>

- ¹⁷³ LEY 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente (BOE núm. 186 de 5 de agosto 2005); DOE núm. 82 de 16 de julio 2005). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ¹⁷⁴ Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Edit. Comaes, Granada. 2003; 1(2):189-202.
- ¹⁷⁵ Sanguinetti JM, Polesel JL, Iriarte SM. et al. Informed consent in colonoscopy: A comparative analysis of 2 modes. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*. 2015; 80(2): 144-149.
- ¹⁷⁶ Guerrero Zaplana J. Las reclamaciones por la defectuosa asistencia sanitaria. 4ª Edición. Edit. Lex Nova, Valladolid. 2004; 233.
- ¹⁷⁷ Mandava A, Pace C, Campbell B. The quality of informed consent: mapping the landscape. A review of empirical data from developing and developed countries. *Journal of Medical Ethics*. 2013; 38(6): 356-365.
- ¹⁷⁸ Villarrasa-Clemente FM, García-Garmendia JL, Barrero-Almodóvar AE. Consentimiento informado por representación en unidades de cuidados intensivos. ¿Necesitan los familiares instrucciones previas?. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015; 41(3), 117-122.
- ¹⁷⁹ Casado M, Royes A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Revista Española de Medicina Legal*. 2013; 39(1): 26-31.
- ¹⁸⁰ Ataz López J, Los médicos y la responsabilidad Civil. Montecorvo. Madrid, 1985. 73.
- ¹⁸¹ Kane M. The assessment of professional competence. *Evaluation & the health professions*. 1992; 15(2):163-182.
- ¹⁸² Epstein R, Hundert T. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287(2): 226-235.
- ¹⁸³ Egnew T, Wilson H. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient education and counseling*. 2010; 79(2): 199-206.
- ¹⁸⁴ Roter DL, Stewart M, Putnam S. et al. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997; 277(4): 350-356.
- ¹⁸⁵ Cecil D, Killeen I. Control, compliance, and satisfaction in the family practice encounter. *Family Medicine*. 1997; 29(9): 653-657.
- ¹⁸⁶ Wofford MM, Wofford JL, Bothra J. et al. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Academic Medicine*. 2004; 79(2): 134-138.
- ¹⁸⁷ Fipr J. Public Relations Education at the Crossroad: Trend and Realities. *Journal Ilmu Komunikasi*. 2013; 5(2): 12.

- ¹⁸⁸ Leila NM, Pirkko H, Eeva et al. Training medical students to manage a chronic pain patient: both knowledge and communication skills are needed. *European Journal of Pain*. 2006; 10(2): 167-167.
- ¹⁸⁹ Lloyd-Williams M, Cobb M, O'Connor C. et al. A pilot randomised controlled trial to reduce suffering and emotional distress in patients with advanced cancer. *Journal of affective disorders*. 2013; 148(1): 141-145.
- ¹⁹⁰ Stewart, M. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1995; 152(9): 1423.
- ¹⁹¹ Hamasaki T, Takehara T, Hagihara A. Physicians' communication skills with patients and legal liability in decided medical malpractice litigation cases in Japan. *BMC family practice*. 2008; 9(1): 1.
- ¹⁹² Localio A, Lawthers A, Brennan T. et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. *New England Journal of Medicine*. 1991; 325(4): 245-251.
- ¹⁹³ Menéndez-de Lucas JA, Luque-Mialdea F, Molina-Seoane V. Denuncias en oftalmología, en España. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*. 2009; 84(9): 459-468.
- ¹⁹⁴ Hagihara A, Tarumi K. Association between physicians' communicative behaviors and judges' decisions in lawsuits on negligent care. *Health Policy*. 2007; 83(2): 213-222.
- ¹⁹⁵ Wehbe-Janek H, Song J, Shabahang M. An evaluation of the usefulness of the standardized patient methodology in the assessment of surgery residents' communication skills. *Journal of surgical education*. 2011; 68(3): 172-177.
- ¹⁹⁶ Buyck D, Lang F. Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY*. 2002; 34(5): 337-343.
- ¹⁹⁷ SCHIRMER JM. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*. 2005; 37(3): 184-192.
- ¹⁹⁸ Lefevre F, Waters T, Budetti A survey of physician training programs in risk management and communication skills for malpractice prevention. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2000; 28(3): 258-266.
- ¹⁹⁹ Kravitz D, Goldshlag DM. Hierarchical key management encoding and decoding. U.S. Patent No 6,907,127, 14 Jun. 2005.
- ²⁰⁰ Lucvke JC. Weak evidence for large claims contribute to the phantom debate Response. *BioSocieties*. 2010; 5(4): 482-483.
- ²⁰¹ Sheppard S, Terveen L. Quality is a verb: the operationalization of data quality in a citizen science community. *EnProceedings of the 7th International Symposium on Wikis and Open Collaboration*. ACM. 2011; 29-38.

- ²⁰²Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole S A. et al. Perspectives on patient-doctor communication. *Journal of family practice*. 1993; 37(4): 377-389.
- ²⁰³Brown SJ. Network media access control system for encouraging patient compliance with a treatment plan. U.S. Patent No 5,933,136, 3 Ago. 1999.
- ²⁰⁴ Baile WF, Buckman R, Lenzi R. et al. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*. 2000; 5(4): 302-311.
- ²⁰⁵ Gorawara-Bhat R, Gallagher T, Levinson W. Patient-provider discussions about conflicts of interest in managed care: physicians perceptions. *Am J Manag Care*. 2003; 9: 564-71.
- ²⁰⁶ Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A. et al. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Arch Med Fam*. 2006; 8(2): 137-144.
- ²⁰⁷ Candib L. Moving on to strengths. *Archives of family medicine*. 1995; 4(5): 397.
- ²⁰⁸ Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999; 282(9): 833-839.
- ²⁰⁹ Zueraqs C, SALAS D. Políticas de bienestar en época de crisis. 2014.
- ²¹⁰ Martínez A. Salud: un análisis de su evolución jurídica y conceptual. *Cuestiones Políticas*. 2015; 13 (18): 12-15.
- ²¹¹ Aller Hernández M, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. La Continuidad entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. 2014.
- ²¹² Gené E, García-Bayo I, Barenys M. et al. Coordination between primary and specialized care in gastroenterology is insufficient. A survey of gastroenterologists and general practitioners]. *Gastroenterología y hepatología*. 2012; 33(8): 555-562.
- ²¹³Morilla JC. Complex chronic care situations and socio-health coordination. *Enfermería clinica*. 2015.
- ²¹⁴ Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, sobre Estructuras Básicas de Salud. 1984, de 11 de enero (BOE 27). Recuperado de Internet en septiembre 2014 de <https://www.boe.es/diario>
- ²¹⁵ Garrido-Elustondo S. Coordinación asistencial entre atención primaria y especializada. Satisfacción con el proyecto especialista consultor. *Revista de Calidad Asistencial*. 2009; 24(6): 263-271.
- ²¹⁶ Martín J M, Velilla TA, Diaz JC. et al. Estudio descriptivo del manejo de la insuficiencia venosa crónica entre niveles asistenciales. *Angiología*. 2015; 67(2): 107-117.
- ²¹⁷ Terraza L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 2006; 20(6): 485-495.
- ²¹⁸ Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gaceta sanitaria*. 2009; 23(4): 280-286.

- ²¹⁹ Merino M, Fullaondo Zabala A, Mora Amengual J. et al. Integración entre niveles asistenciales para pacientes con necesidades complejas: el proyecto europeo Carewell y la perspectiva desde el País Vasco. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2015;7(1): 1.
- ²²⁰ Mira Solves JJ. La necesidad de reinvertirse ante el reto de la cronicidad. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 2013; 379-381.
- ²²¹ Estañ-Torres MC. La organización sanitaria en España. Especial referencia a sus prestaciones. (2013).
- ²²² Ramírez AM, Ramírez SC, Sánchez FJ. et al. 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. *Revista CONAMED*. 2015; 19(4) Sup.
- ²²³ Remón C. Seguridad del paciente en atención primaria de salud: magnitud del problema. *Revista clínica electrónica en atención primaria*, Núm. 18. 2010 oct; 1-4, ISSN 1887-4215
- ²²⁴ Remón C. Cultura de Seguridad del paciente: Repercusiones y Consecuencias de la No Seguridad. Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategias prácticas. 2015; 35.
- ²²⁵ Leape L, Berwick D. Five years after To Err Is Human: what have we learned?. *JAMA*. 2005; 293(19): 2384-2390.
- ²²⁶ De Rezende B. Economic evaluation in patient safety: a literature review of methods. *BMJ quality & safety*. 2012; bmjqs-2011-000191.
- ²²⁷ Gilman M. The Financial Effect of Value-Based Purchasing and the Hospital Readmissions Reduction Program on Safety-Net Hospitals in 2014. *Annals of internal medicine*. 2015; 163(6): 427-436.
- ²²⁸ Gamonal, E. Las reacciones adversas de medicamentos ¿Son identificados por los médicos?. *Rev. cuerpo méd. HNAAA*. 2013; 6(3).
- ²²⁹ Antoñanzas F. "Aproximación a los costes de la no seguridad en el Sistema Nacional de Salud." *Revista Española de Salud Pública*. 2013; 87(3): 283-292.
- ²³⁰ Franco Sardá E. "Estrategias de seguridad del paciente: comparación entre España y Reino Unido." (2013). Recuperado en mayo 2014 de URI: <http://hdl.handle.net/10902/2998>.
- ²³¹ Tejedor-Fernández M. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿ cómo hacerlo?. *Emergencias* 25. (2014); 218-227.
- ²³² APEAS, Estudio. "Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud." Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Recuperado de Internet en junio de 2014 de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/libroAPEAS.pdf>
- ²³³ ENEAS, Estudio. "Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización." Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). Recuperado de Internet en junio de 2014 de <http://www>.

msc.es/ organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/ libroENEAS. pdf

²³⁴ SÉNECA, Proyecto. "Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS." Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). Recuperado de Internet en julio 2014 de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

²³⁵ Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. El enfoque sistémico (I). Atención Primaria. 2012; 44(7): 417-424.

²³⁶ De la Fuente Rodríguez JM. La seguridad en los cuidados de los pacientes en las emergencias extrahospitalarias. Revista de Calidad Asistencial. 2013; 28(2): 117-123.

²³⁷ Tomás S, Chánovas M, Roqueta F. et al. "La seguridad del paciente en urgencias y emergencias: balance de cuatro años del Programa SEMES-Seguridad Paciente." Emergencias 24. 2012; 225-33.

²³⁸ Beristain A. "Gestión de Riesgos y Sistemas de Notificación de Eventos adversos. Análisis técnico-Jurídico del Modelo español (SINASP)." Tratado de Derecho sanitario. 2013; 2: 349-373.

²³⁹ Fajardo-Dolci G, Lamy P, Rodríguez-Suárez J. "Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Revista CONAMED. 2010; 15(1): 29-36.

²⁴⁰ García de Luis G. "Seguridad clínica en el paciente quirúrgico." Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. 2013. Recuperado en mayo 2015 de <http://hdl.handle.net/10902/2183>.

²⁴¹ Pardal-Refoyo JL, Cuello-Azcárate J, Santiago-Peña L. Development of a checklist in risk management in thyroidectomy. Endocrinología y Nutrición (English Edition). 2014; 61(9): 445-454.

²⁴² Movilla C. Estado actual de las iniciativas de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en los sistemas de emergencias de España. Master Universitario. Universidad de Oviedo. 2015. Recuperado en noviembre de 2015 de <http://hdl.handle.net/10651/31483>.

²⁴³ LEY 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. Publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, n.º 176, 4 de agosto de 1994.

²⁴⁴ Armitage, Berry, G.. Estadística para la Investigación Biomédica. Ed. española. Barcelona: Ediciones Doyma. 1997; 444-467.

²⁴⁵ Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall. 1991.

²⁴⁶ Everitt BS. Statistical Methods for Medical Investigations. 2nd Ed. Oxford University Press. New York. 1994.

²⁴⁷ Kleinbaum DG. Logistic Regression. A Self-Learning Text. Statistics in the Health Sciences Series. New York: Springer-Verlag Inc, 1994.

²⁴⁸ Gisvold S, Fasting S. How do we know that we are doing a good job—Can we measure the quality of our work?. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2011; 25(2): 109-122.

- ²⁴⁹ Chukmaitov A. Delivery system characteristics and their association with quality and costs of care: Implications for accountable care organizations. *Health care management review*, 2015; 40, 2, 92-103.
- ²⁵⁰ Osuna E. Calidad de la Información Sanitaria como requisito para el consentimiento informado. *Rev.Latinoam.Der.Méd. Medic. Leg.* 2004 jun; 5 (1): 59-65.
- ²⁵¹ Fox R, Yelland A, Draycott T. Analysis of legal claims-informing litigation systems and quality improvement. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 121(1): 6-10.
- ²⁵² Cardoso-Cita Z. Análisis de sentencias judiciales relativas a negligencias médicas emitidas contra traumatólogos entre 1995 y 2011. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*. 2015; 60(1): 29-37.
- ²⁵³ Fernández Rozas P, Mora Acosta S, Araya Cruz F. Reclamaciones en el servicio de urgencias. Oportunidad de mejora. *Metas de Enfermería*. 2014; 17(7): 60-64.
- ²⁵⁴ Barth RJ. New Findings Highlight the Misdirected Utilization of Patient Satisfaction Surveys and the Importance of Patient Psychology in General Medical Care. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2015; 97(10): e48.
- ²⁵⁵ Rea D, Griffiths S. Patient safety in primary care: incident reporting and significant event reviews in British general practice. *Health & social care in the community*, 2015. doi:[10.1111/hsc.12221](https://doi.org/10.1111/hsc.12221).
- ²⁵⁶ Raposo L, Osuna E.. Convenio Europeo de Derechos Humanos y la Biomedicina. En *Legal y Medicina Legal*. Springer Berlín Heidelberg. 2013; 1405-1423.
- ²⁵⁷ Pérez-Cicili A, Vidaillet EC, Carnot J. et al. La relación médico-paciente en el Sistema Nacional de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2003; 19(6):1.
- ²⁵⁸ LA MONICA E. Empathy and nursing care outcomes. *Research and Theory for Nursing Practice*. 1987; 1(3): 197-213.
- ²⁵⁹ Stewart M, Brown JB, Boon H. et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer prevention & control: CPC Prevention & controle en cancerologie: PCC*. 1999; 3(1): 25-30.
- ²⁶⁰ Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E. et al. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*. 2001; 357(9258): 757-762.
- ²⁶¹ Muñoz Álamo M, Moral R, De Torres L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient education and counselling*. 2002; 48(1): 23-31.
- ²⁶² Willians B, Coyle J, Healdy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social science & medicine*. 1998; 47(9): 1351-1359.
- ²⁶³ Mira JJ, Galdón M, García E. et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Revista Calidad Asistencia*. 1999; 14: 165-178.

- ²⁶⁴ Wensing, M, Jung HP, Mainz J. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Social science & medicine*. 1998; 47(10): 1573-1588.
- ²⁶⁵ Haynes R, McDonald H, Garg A. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA*. 2002; 288(2): 2880-2883.
- ²⁶⁶ McDonald H, Garg A, Haynes R. Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*. 2002; 288(22): 2868-2879.
- ²⁶⁷ Bellón JA, Martínez T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*. 2001; 27(7): 452-458.
- ²⁶⁸ Robbins J. The influence of physician practice behaviors on patient satisfaction. *FAMILY MEDICINE-KANSAS CITY-*, 1993, 25, 17-17.
- ²⁶⁹ Ley D. *A social geography of the city*. New York: Harper & Row, 1983; 62 y ss.
- ²⁷⁰ Lassen L. Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Family practice*, 1991, 8, 2, 154-160.
- ²⁷¹ Fernández I. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria* 2004; 33(7): 361-365.
- ²⁷² Ong L, De Haes JC, Hoos A et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*. 1995; 40(7): 903-918.
- ²⁷³ Hall MA, Zheng B, Dugan E, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Medical care research and review*. 2002; 59(3): 293-318.
- ²⁷⁴ Kassirer J. Doctor discontent. *New England Journal of Medicine*. 1998; 339(21): 1543-1545.
- ²⁷⁵ Kerr EA, Hays RD, Mittman BS. et al. Primary care physicians' satisfaction with quality of care in California capitated medical groups. *JAMA*. 1997; 278(4): 308-312.
- ²⁷⁶ Halm E, Causi N, Blumenthal D. Is Gatekeeping Better Than Traditional Care?: A Survey of Physicians' Attitudes. *JAMA*. 1997; 278(20): 1677-1681.
- ²⁷⁷ Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención primaria*. 2003; 32(10): 594-602.
- ²⁷⁸ Koch S. La Relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *Medula*. 2009; 18(1): 33-39.
- ²⁷⁹ Balint M. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Libros básicos. Buenos Aires. 1961.
- ²⁸⁰ Mira JJ, Aranaz J, Lorenzo S, et al. Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*. 2001; 13(4): 581-585.
- ²⁸¹ Mira JJ. *El paciente competente, una alternativa al paternalismo*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, monografía. 2004; 8.

- ²⁸² Levinson W, Roter DL, Mullooly J. et al. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997; 277(7): 553-559.
- ²⁸³ Epstein R, Franks P, Fiscella K. et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine*. 2005; 61(7): 1516-1528.
- ²⁸⁴ Fromentin O, Boy-lefevre ML. Quality of prosthetic care: patients' level of expectation, attitude and satisfaction. *The European journal of prosthodontics and restorative dentistry*. 2000; 9(3-4): 123-129.
- ²⁸⁵ Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ: British Medical Journal*. 2002; 325(7366): 697.
- ²⁸⁶ Ishikawa H, Takayama T, Yamazaki Y, et al. Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Social science & medicine*, 2002; 55(2): 301-311.
- ²⁸⁷ Shapiro S, Lancee W, Richards-Bentley C. Evaluation of a communication skills program for first-year medical students at the University of Toronto. *BMC medical education*. 2009; 9(1): 11.
- ²⁸⁸ Gallagher T, Levinson W. A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *The American journal of managed care*. 2004; 10(2): 61-68.
- ²⁸⁹ Emanuel EJ, Dubler N. Preserving the physician-patient relationship in the era of managed care. *JAMA*. 1995; 273(4): 323-329.
- ²⁹⁰ Shin D. Predictors and outcomes of feeling of insufficient consultation time in cancer care in Korea: results of a nationwide multicenter survey. *Supportive Care in Cancer*, 2012; 20, 9, 1965-1973.
- ²⁹¹ Fallowfield L, Guarneri V, Ozturk M. et al. Blurring of boundaries in the doctor-patient relationship. *The Lancet Oncology*. 2014; 15(13): 1423-1424.
- ²⁹² Goroll AH. Toward Trusting Therapeutic Relationships-In Favor of the Annual Physical. *New England Journal of Medicine*. 2015; 373(16): 1487-1489.
- ²⁹³ Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *ANALES Sis San Navarra*. 2001; 24 (sup. 2): 25-28
- ²⁹⁴ Altmann E, Trafton J. Timecourse of recovery from task interruption: Data and a model. *Psychomic Bulletin & Review*. 2007; 14(6): 1079-1084.
- ²⁹⁵ Li S, Magrabi F, Coiera E. A systematic review of the psychological literature on interruption and its patient safety implications. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2012; 19(1): 6-12.
- ²⁹⁶ Ratwani R, Trafton J. Developing a predictive model of postcompletion errors. En *Proceedings of the 31st Annual Conference of the Cognitive Science Society*. *Human-Computer Interaction*. 2013; 26(3): 205-245.

- ²⁹⁷ Weigl M, Müller, A, Holland S. et al. Work conditions, mental workload and patient care quality: a multisource study in the emergency department. *BMJ Quality & Safety*. 2015; *BMJ Qual Saf* (Internet) doi:10.1136/bmjqs-2014-003744.
- ²⁹⁸ Sasangohar F, Donmez B, Trbovich P, et al. Not all interruptions are created equal: positive interruptions in healthcare. En *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*. SAGE Publications. 2012; 824-828.
- ²⁹⁹ Riess H, Kraft-Todd G. EMPATHY: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Academic Medicine*. 2014; 89(8): 1108-1112.
- ³⁰⁰ Vallés M, Fernández JA, González P. Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca. *Atención Primaria*. 2015; 48(1): 15-24.
- ³⁰¹ Villanueva Cañadas, E. *Medicina legal y toxicología*. Barcelona, España: editorial Masson, SA. 2004; 322-330.
- ³⁰² Lepine M, Montoya J, Villaronga O, et al. Consentimiento informado: opiniones del personal sanitario de un hospital universitario. *Revista clinica española*. 2012; 207(10): 483-488.
- ³⁰³ Meléndez M, Martínez L, Sánchez M, et al. Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. *Revista CONAMED*. 2013; 18(2): 53-58.
- ³⁰⁴ García-Garduza I. Importancia de la Medicina Legal en la práctica médica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2014; 578(5): 5.
- ³⁰⁵ Brenner A, Horowitz D. Beyond Informed Consent: Educating the Patient. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2009; 467(2): 348.
- ³⁰⁶ CORDASCO, Kristina M. Obtaining informed consent from patients: Brief update review. 2013. Chapter 39.
- ³⁰⁷ Persell S, Osborn C, Richard R. et al. Limited health literacy is a barrier to medication reconciliation in ambulatory care. *Journal of general internal medicine*. 2007; 22(11): 1523-1526.
- ³⁰⁸ Schmidt A, Kowalski C, Pfaff H. et al. The influence of health literacy on information needs among women newly diagnosed with breast cancer, with special reference to employment status. *Journal of health communication*. 2015; 20(10): 1177-1184.
- ³⁰⁹ Schillinger D, Bindman A, Wang F. et al. Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. *Patient education and counselling*. 2004; 52(3): 315-323.
- ³¹⁰ Davis T, Humiston S, Arnold C. et al. Recommendations for effective newborn screening communication: results of focus groups with parents, providers, and experts. *Pediatrics*. 2006; 117(Supp. 3): 326-340.

- ³¹¹ Kutner J, Westfall J, Morrison E. et al. Facilitating collaboration among academic generalist disciplines: a call to action. *The Annals of Family Medicine*. 2006; 4(2): 172-176.
- ³¹² Westra A, Willems D, SMIT B. Communicating with Muslim parents: “the four principles” are not as culturally neutral as suggested. *European Journal of Pediatrics*. 2009; 168(11): 1383-1387.
- ³¹³ Waisel D. Moral responsibility to attain thorough pediatric drug labeling. *Pediatric Anesthesia*. 2009; 19(10): 989-993.
- ³¹⁴ Stelfox H, Palmisani S, Scurlock C. et al. The “To Err is Human” report and the patient safety literature. *Quality and Safety in Health Care*. 2006; 15(3): 174-178.
- ³¹⁵ Drazen J, Solomon C, Greene M. Informed consent and Support. *New England Journal of Medicine*. 2013; 368(20): 1929-1931.
- ³¹⁶ Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001; 52(1): 397-422.
- ³¹⁷ Maslach C, Leiter M.. *Teacher Burnout: A Research Agenda. Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice*. 1999; 295.
- ³¹⁸ Sudore R, Landefeld C, Williams B, et al. Use of a modified informed consent process among vulnerable patients: a descriptive study. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(8): 867-873.
- ³¹⁹ Gutheil T, Burstajn H, Brodsky A. Malpractice prevention through the sharing of uncertainty. *New England Journal of Medicine*. 1984; 311(1): 49-51.
- ³²⁰ Calle-Urra J, Parra-Hidalgo P, Saturno-Hernández P. et al. Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado en nueve hospitales del servicio murciano de salud. *Revista Española de Salud Pública*. 2015; 89(3): 307-319.
- ³²¹ Teruel R, López R, Rodríguez J. et al. Documento de instrucciones previas. ¿ Conocido por nuestros pacientes?. *Educación Médica*. 2015; 16(3): 177-183.
- ³²² Gómez Martínez MD. Actitudes ante el documento de instrucciones previas, deseos al final de la vida y preferencias de tratamiento de soporte vital en población general. Proyecto de investigación: Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 2016. Recuperado en enero de 2016 de <http://hdl.handle.net/10201/47509>.
- ³²³ Contreras M, Bolívar F, Rodríguez JJ. et al. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2015; 41(3): 139-148.
- ³²⁴ Hernández M, Baez J, Monje F. et al. Papel del médico de familia en la cumplimentación y registro del documento de instrucciones previas. *SEMERGEN-Medicina de Familia*. 2015; 41(3): 164-167.

- ³²⁵ Oppliger W, Bascuñán M. Consentimiento informado: Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. *Revista chilena de pediatría*. 2011; 82(3): 204-210.
- ³²⁶ Symons A, Swanson A, McGuigan D, et al. A tool for self-assessment of communication skills and professionalism in residents. *BMC medical education*. 2009; 9(1): 1.
- ³²⁷ Ginsburg M, Kravitz R, Sandberg W. A survey of physician attitudes and practices concerning cost-effectiveness in patient care. *Western Journal of Medicine*. 2000; 173(6): 390.
- ³²⁸ Baro A, González A. La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable The doctor-patient relationship: complexity of an indispensable link. *MEDICIEGO*. 2014; 20(1): 1.
- ³²⁹ Degner L, Sloan J. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play?. *Journal of clinical Epidemiology*. 1992; 45(9): 941-950.
- ³³⁰ Beaver K. Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer nursing*. 1996; 19(1): 8-19.
- ³³¹ Arora N, Mchorney C. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?. *Medical Care*. 2000; 38(3): 335-341.
- ³³² Levinson W, Kao A, Kuby, A, et al. Not all patients want to participate in decision making. *Journal of general internal medicine*. 2005; 20(6): 531-535.
- ³³³ Belcher V, Fried T, Agostini J. et al. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21(4): 298-303.
- ³³⁴ Ambuel B, Mazzone M. Breaking bad news and discussing death. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2001; 28(2): 249-266.
- ³³⁵ Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo G. Patient-physician communication: why and how. *J Am Osteopath Assoc*. 2005; 105(1): 13-8.
- ³³⁶ Durusoy R, Karaca B, Junushova B, et al. Cancer patients' satisfaction with doctors and preferences about death in a university hospital in Turkey. *Patient education and counseling*. 2011; 85(3): e285-e290.
- ³³⁷ Kutner J, Steiner J, Corbett K, et al. Information needs in terminal illness. *Social science & medicine*. 1999; 48(10): 1341-1352.
- ³³⁸ HATEM D. Applying patient perspectives on caring to curriculum development. *Patient education and counselling*. 2008; 72(3): 367-373.
- ³³⁹ QUIRK M. How patients perceive a doctor's caring attitude. *Patient education and counselling*. 2008; 72(3): 359-366.
- ³⁴⁰ Egner B, Cole-Kelly K. Satisfying the patient, but failing the test. *Academic Medicine*. 2004; 79(6): 508-510.
- ³⁴¹ Salmon P, Young B. Creativity in clinical communication: from communication skills to skilled communication. *Medical Education*. 2011; 45(3): 217-226.

- ³⁴² Oskay-Özcelik G, Lehmacher W, Könsgen D. et al. Breast cancer patients' expectations in respect of the physician–patient relationship and treatment management results of a survey of 617 patients. *Annals of Oncology*. 2007; 3(1): 258-260.
- ³⁴³ Jones A. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ: British Medical Journal*. 1999; 318(7178): 253.
- ³⁴⁴ Loayssa-Lara JR, García F, Moral R. Teoría declarada de los médicos de familia sobre la relación con el paciente. *Atención primaria*. 2007; 39(6): 291-297.
- ³⁴⁵ Kopp V, Shafer A. Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology Philadelphia then Hagerstown*. 2000; 93(2): 548-555.
- ³⁴⁶ Andrews L. Informed consent statutes and the decisionmaking process. *Journal of Legal Medicine*. 1984; 5(2): 163-217.
- ³⁴⁷ Stewart M, Meredith L, Brown J, et al. The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2000; 16(1): 25-36.
- ³⁴⁸ Britten N, Stevenson F, Barry C et al. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000; 320(7233): 484-488.
- ³⁴⁹ Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, 2003; Recuperado de internet en septiembre de 2014 de http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf
- ³⁵⁰ Hodgson T, Cai L. Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. *Medical care*. 2001; 39(6): 599-615.
- ³⁵¹ Ackerson L, Viswanath K. The social context of interpersonal communication and health. *Journal of Health Communication*. 2009; 14(S1): 5-17.
- ³⁵² Thornton R, Powe N, Roter D. et al. Patient–physician social concordance, medical visit communication and patients' perceptions of health care quality. *Patient education and counseling*. 2011; 85(3): e201-e208.
- ³⁵³ Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997; 45(12): 1829-1843.
- ³⁵⁴ Kalichman S, Nachimson D. Self-efficacy and disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners. *Health Psychology*. 1999; 18(3): 281.
- ³⁵⁵ Stevenson F, Barry C, Britten N, et al. Doctor–patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social science & medicine*. 2000; 50(6): 829-840.
- ³⁵⁶ Todd K, Deaton C, D'Adamo A, et al. Ethnicity and analgesic practice. *Annals of Emergency Medicine*. 2000; 35(1): 11-16.
- ³⁵⁷ Pitkin-Derose K, Hays R, McCaffrey D. et al. Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department?. *Journal of general internal medicine*. 2001; 16(4):

218-226.

- ³⁵⁸ Bell R, Kravitz R, Thom D, et al. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*. 2002; 17(11): 817-824.
- ³⁵⁹ Stavropoulou, Charitini. La no adherencia a la medicación y la relación médico-paciente: Evidencia de un estudio europeo. *La educación del paciente y el asesoramiento*, 2011; 83(1): 7.13.
- ³⁶⁰ Ironson G, Lucette A, McIntosh R. Doctor-patient relationship: active patient involvement (DPR: API) is related to long survival status and predicts adherence change in HIV. *Journal of AIDS & Clinical Research*. 2015; 6(2): 28
- ³⁶¹ Dambha H, Naughton M. Putting patient-centred care into practice. *InnovAiT: Education and inspiration for general practice*. 2015; 1755738014562010.
- ³⁶² Hall J, Horgan T, Stein T. et al. Liking in the physician-patient relationship. *Patient education and counselling*. 2002; 48(1): 69-77.
- ³⁶³ Fiscella K, Epstein R. So much to do, so little time: care for the socially disadvantaged and the 15-minute visit. *Archives of Internal Medicine*. 2008; 168(17): 1843-1852.
- ³⁶⁴ Wolff J, Roter D. Family presence in routine medical visits: a meta-analytical review. *Social science & medicine*. 2011; 72(6): 823-831.
- ³⁶⁵ Bertakis K. The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient education and counseling*. 2009; 76(3): 356-360.
- ³⁶⁶ Roter D, Hall J. Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu. Rev. Public Health*. 2004; 25: 497-519.
- ³⁶⁷ Rao J, Anderson L, Inui T, et al. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Medical care*. 2007; 45(4): 340-349.
- ³⁶⁸ Robins L, Witteborn S, Miner L, et al. Identifying transparency in physician communication. *Patient education and counseling*. 2011; 83(1): 73-79.
- ³⁶⁹ Berwick D. What 'patient-centered' should mean: confessions of an extremist. *Health affairs*. 2009; 28(4): w555-w565.
- ³⁷⁰ Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador J, Pérula de Torres L. et al. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Atención Primaria*. 2002; 29(3): 132-144.
- ³⁷¹ Collins D. Multidisciplinary Teamwork Approach in Labor and Delivery and Electronic Fetal Monitoring Education: A Medical Legal Perspective. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 2008; 22(2): 125-132.
- ³⁷² Walseth L, Abildsnes E. Lifestyle, health and the ethics of good living. *Health behaviour counselling in general practice*. *Patient education and counseling*. 2011; 83(2): 180-184.

- ³⁷³ Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social science & medicine*. 1995; 41(9): 1241-1254.
- ³⁷⁴ Tates K, Meeuwesen L. Doctor–parent–child communication. A (re) view of the literature. *Social Science & Medicine*. 2001; 52(6): 839-851.
- ³⁷⁵ Mast M, Hall J, Roter D. Caring and dominance affect participants' perceptions and behaviors during a virtual medical visit. *Journal of general internal medicine*. 2008; 23(5): 523-527.
- ³⁷⁶ Street R. Beliefs About Control in the Physicia-patient Relationship. *Journal of general internal medicine*. 2009; 18(8): 609-616.
- ³⁷⁷ Martínez MA, Ibañez L. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2012; 3(2): 158-166.
- ³⁷⁸ Finset A, Zimmermann C, Del Piccolo L. Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological bulletin*. 2007; 133(3): 438.
- ³⁷⁹ Mast M. On the importance of nonverbal communication in the physician–patient interaction. *Patient education and counselling*. 2007; 67(3): 315-318.
- ³⁸⁰ Gorawara-bhat R, Cook N, Sachs G. Nonverbal communication in doctor–elderly patient transactions (NDEPT): Development of a tool. *Patient education and counselling*. 2007; 66(2): 223-234.
- ³⁸¹ Butalid L, Bensing J, Verhaak P. Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor–patient communication in general practice between 1977 and 2008. *Patient education and counselling*. 2014; 94(3): 314-321.
- ³⁸² Stepanikova I, Zhang Q, Wieland D. et al. Non-verbal communication between primary care physicians and older patients: how does race matter? . *Journal of general internal medicine*. 2012; 27(5): 576-581.
- ³⁸³ Mehrabian A. Relationship of attitude to seated posture, orientation, and distance. *Journal of personality and social psychology*. 1968; 10(1): 26.
- ³⁸⁴ Roter D, Frankel R, Hall J. et al. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of general internal medicine*. 2006; 21(S1): S28-S34.
- ³⁸⁵ DiMatteo M, Taranta A, Friedman H, et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical care*. 1980; 376-387.
- ³⁸⁶ Mason C, Griffin M. Identifying group task satisfaction at work. *Small Group Research*. 2003; 34(4): 413-442.
- ³⁸⁷ Pawlikowska T, Zhang W, Griffiths F. et al. Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations-How this relates to patient enablement. *Patient education and counseling*. 2012; 86(1): 70-76

- ³⁸⁸ Hall A, Harrigan J, Rosenthal R. Non verbal behaviour in clinician-patient interaction. *Applied and Preventive Psychology*. 1996; 4(1): 21-37.
- ³⁸⁹ Bensing J, Kerssens JJ, Van der Pasch M. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Non verbal behaviour*. 1995; 19(4): 223-242.
- ³⁹⁰ Cegala D, Marinelli T, Post D, The effects of patient communication skills training on compliance. *Archives of Family Medicine*. 2000; 9(1): 57.
- ³⁹¹ Zolnierek K, Dimateo M. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*. 2009; 47(8): 826.
- ³⁹² Peters S, Young K, Mccracken C. What do medical trainees think is so difficult about communicating with patients?. *Patient education and counselling*. 2011; 85(2): e150-e154.
- ³⁹³ Yedidia M, Gillespie C, Kachur E. et al. Effect of communications training on medical student performance. *JAMA*. 2003; 290(9): 1157-1165.
- ³⁹⁴ Brown T. Cartesian dualism and psychosomatics. *Psychosomatics*. 1989; 30(3): 322-331.
- ³⁹⁵ Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A. et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical education*. 2008; 42(11): 1100-1107.
- ³⁹⁶ Duffy F, Gordon G, Whelan G, et al. Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med*. 2004; 79(6): 495-507.
- ³⁹⁷ DAUER L. Fears, feelings, and facts: interactively communicating benefits and risks of medical radiation with patients. *AJR. American journal of roentgenology*. 2011; 196: 4.
- ³⁹⁸ Dornan T, Bundy C. What can experience add to early medical education? Consensus survey. *BMJ*. 2004; 329(7470): 834.
- ³⁹⁹ Littlewood S, Ypinazar V, Margolis S et al. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review. *BMJ*. 2005; 331(7513): 387-391.
- ⁴⁰⁰ Weaver R, Peters K, Koch J, et al. 'Part of the team': professional identity and social exclusivity in medical students. *Medical Education*. 2011; 45(12): 1220-1229.
- ⁴⁰¹ Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(1): 67-73.
- ⁴⁰² De Dominguez, Gr. (2015). Educación médica: nuevas tendencias, desafíos y oportunidades. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. 2015; 1: 20.
- ⁴⁰³ Molinuevo B, Clèries X, Aradilla-Herrero A. et al. Formación en habilidades comunicativas desde la perspectiva de residentes y tutores en medicina. *FEM: Revista de la Fundación Educación*

Médica. 2014; 17(2): 115-122.

⁴⁰⁴ Ceriani Cernadas JM. La comunicación en los equipos de atención médica: un desafío esencial para mejorar la seguridad del paciente. Archivos argentinos de pediatría. 2014; 112(2): 114-115.

⁴⁰⁵ Felipe R. Introducción a la seguridad del paciente. Seguridad del paciente con el uso del medicamento: evidencias y estrategias prácticas. 2015; 11.

⁴⁰⁶ Marcus J, Mott F.. Difficult Conversations: From Diagnosis to Death. The Ochsner Journal. 2014; 14(4): 712-717.

⁴⁰⁷ Arnol E, Boggs K. Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. Elsevier Health Sciences. 2015.

⁴⁰⁸ Rivero C, Cruz A. La entrevista médica, pilar fundamental en el diagnóstico médico. 16 de Abril. 2014; 53(255): 131-133.

⁴⁰⁹ Ospina E. LA COMUNICACIÓN INTERNA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA. Folios, revista de la Facultad de Comunicaciones. 2013; 28: 39-160.

⁴¹⁰ Shivji F, Ramoutar D, Bailey C. et al. Improving communication with primary care to ensure patient safety post-hospital discharge. British Journal of Hospital Medicine. 2015; 76(1): 46-49.

⁴¹¹ Nguyen O, Kruger J, Greysen SR, et al. Understanding how to improve collaboration between hospitals and primary care in postdischarge care transitions: A qualitative study of primary care leaders' perspectives. Journal of Hospital Medicine. 2014; 9(11): 700-706.

⁴¹² Shamji H, Baier RR, Gravenstein S. et al. Improving the quality of care and communication during patient transitions: Best practices for urgent care centers. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2014; 40(7): 319.

⁴¹³ Leyenaar J, Bergert L, Mallory LA, et al. Pediatric Primary Care Providers' Perspectives Regarding Hospital Discharge Communication: A Mixed Methods Analysis. Academic pediatrics. 2015; 15(1): 61-68.

⁴¹⁴ Hammad EA, Wright D, Walton C. et al. Adherence to UK national guidance for discharge information: an audit in primary care. British journal of clinical pharmacology. 2014; 78(6): 1453-1464.

⁴¹⁵ Montilla J, Oropesa A, Redondo GG. et al. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención primaria y especializada. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2013; 39(2): 89-94.

⁴¹⁶ Smith K. Effective Communication with Primary Care Providers. Pediatric Clinics of North America. 2014; 61(4): 671-679.

⁴¹⁷ Pérez C, Díaz B. Comunicación eficaz para profesionales de la salud. Enfermería científica. 2005; 276: 31-39.

⁴¹⁸ Sherman M. The value of direct care nurses with new health care strategies. Nursing for women's health. 2012; 16(6): 501-504.

- ⁴¹⁹ Moreno JL. Comunicación interna en atención primaria. *Atención Primaria*. 2008; 40(8): 401-406.
- ⁴²⁰ Borell Carrió F. Estudio del paciente conflictivo: guía para profesionales atareados. *Jano: Medicina y humanidades*. 2008; 1698: 41.
- ⁴²¹ Lapeña-Moñux YR, Cibanal-Juan L, Pedraz-Marcos A. et al. Interpersonal relationships among hospital nurses and the use of communication skills. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2014; 23(3): 555-562.
- ⁴²² Andersen S. [Drug dispensing errors]. *Ugeskrift for læger*. 2006; 168(48): 4185-4188.
- ⁴²³ Saghafi F, Zargarzadeh A. Medication error detection in two major teaching hospitals: What are the types of errors?. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2014; 19(7): 617.
- ⁴²⁴ McLeod M, Ahmed Z, Barber N, et al. A national survey of inpatient medication systems in English NHS hospitals. *BMC health services research*. 2014; 14(1): 93.
- ⁴²⁵ Toffoletto M, Canales J, Moreira Arce D, et al. Errores en la preparación y administración de medicamentos: una revisión integradora de la Literatura Latinoamericana. *Enfermería Global*. 2015; 14(37): 350-360.
- ⁴²⁶ Samartín M. Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos tras la integración de un farmacéutico en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 2012; 24(2): 96-100.
- ⁴²⁷ Verweij L, Smeulers M, Maaskant JM, et al. Quiet please! Drug round tabards: are they effective and accepted? A mixed method study. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014; 46(5): 340-348.
- ⁴²⁸ Kellett P, Gottwald M. Double-checking high-risk medications in acute settings: a safer process: Pollyanna Kellett and Mary Gottwald look at the evidence on administration practice in clinical settings to help nurse managers improve patient care. *Nursing Management*. 2015; 21(9): 16-22.
- ⁴²⁹ García JA, Ruiz JA, Guillén MJ, et al. Prescripción electrónica asistida (PEA) y su influencia en la comunicación verbal entre Médicos y Enfermeras en una planta de Medicina Interna, Neumología y Cardiología. *Enfermería Global*. 2015; 14(2): 220-234.
- ⁴³⁰ Mora R. Conciliación y prescripción electrónica. *Atención Primaria*. 2014; 46(10): 529-530.
- ⁴³¹ Moreno JA. Receta electrónica SES: perspectiva sistemas información. *I+ S: informática y salud*. 2014; 106: 22-23.
- ⁴³² Ucha Samartín M, Martín Vila A, López Vidal C, et al. Intervenciones farmacéuticas relacionadas con la prevención de errores de medicación en la transición asistencial de pacientes tratados con apomorfina. *Farmacia Hospitalaria*. 2014; 38(3): 227-230.
- ⁴³³ Arrabal-Durán P. Intervenciones farmacéuticas en las prescripciones de pacientes ingresados con insuficiencia renal crónica. *Nefrología (Madrid)*. 2014; 34(6): 710-715.

- ⁴³⁴ Bujaldón-Querejeta N, Aznar-Saliente T, Esplá-González S, et al. Plan estratégico integral de seguridad en el uso de medicamentos en un departamento sanitario. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(1): 43-50.
- ⁴³⁵ Lingard L. Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*. 2004; 13(5): 330-334.
- ⁴³⁶ Davies JM. Team communication in the operating room. *Acta anaesthesiologica scandinavica*. 2005; 49(7): 898-901.
- ⁴³⁷ Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*. 1989; 320(1): 53-56.
- ⁴³⁸ Reader T, Cuthbertson B. Teamwork and Leadership in the Critical Care Unit. En *The Organization of Critical Care*. Springer New York. 2014; 127-135.
- ⁴³⁹ LAÍN ENTRALGO, Pedro. La medicina hipocrática. 1970. Recuperado de internet en octubre de 2014 de <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc99027>
- ⁴⁴⁰ Luna A. Osuna E. Derecho del paciente al acceso a su Historia Clínica. *Med. Clin*. 1987; 88: 59-60.
- ⁴⁴¹ Robinat A. Criterios medicolegales en la valoración de la responsabilidad profesional médica. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*. 2013; 39(4): 135-141.
- ⁴⁴² Del Rio MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 24-28.
- ⁴⁴³ Galán Cortés J, Castán F. Responsabilidad civil médica. Thomson-Civitas. 2005.
- ⁴⁴⁴ Rivero A. Los expertos analizan la dura condena de prisión al médico que alteró la historia para protegerse de una demanda. *Actualidad del derecho sanitario*. 2014; 216: 466-477.
- ⁴⁴⁵ Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N. et al. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia, España. *Atención Familiar*. 2014; 77
- ⁴⁴⁶ Cifuentes M, Davis M, Fernald D, et al. Electronic Health Record Challenges, Workarounds, and Solutions Observed in Practices Integrating Behavioral Health and Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2015; 28(Supplement 1): S63-S72.
- ⁴⁴⁷ Sutherland SA, Philipson E, SanMarco J. et al. Leveraging the Electronic Medical Record for Obstetric Quality Improvement: A Health System Approach [340]. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125: 107S-108S.
- ⁴⁴⁸ Medrano J, Pacheco L. Historia clínica electrónica y confidencialidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2015; 35: 126.
- ⁴⁴⁹ Wallace I. Is Patient Confidentiality Compromised With the Electronic Health Record?: A Position Paper. *Computers Informatics Nursing*. 2015; 33(2): 58-62.

- ⁴⁵⁰ Harrison R, Lawton R, Stewart K. Doctors' experiences of adverse events in secondary care: the professional and personal impact. *Clinical Medicine*. 2014; 14(6): 585-590.
- ⁴⁵¹ Westbrook J, Li L, Lehnbohm E. et al. What are incident reports telling us? A comparative study at two Australian hospitals of medication errors identified at audit, detected by staff and reported to an incident system. *International Journal for Quality in Health Care*. 2015; 27(1): 1-9.
- ⁴⁵² McElroy L. Detection of medical errors in kidney transplantation: A pilot study comparing proactive clinician debriefings to a hospital-wide incident reporting system. *Surgery*. 2014; 156(5): 1106-1115.
- ⁴⁵³ Rahn D, Kim G, Mundt A. et al. A Real-Time Safety and Quality Reporting System: Assessment of Clinical Data and Staff Participation. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*. 2014; 90(5): 1202-1207.
- ⁴⁵⁴ Vila M, Llop A, Escudero E. et al. [Impact on the improvement of paediatric emergency services using a standardised model for the declaration and analysis of incidents.]. En *Anales de pediatria (Barcelona, Spain: 2003)*. 2015. 83(4): 248-256
- ⁴⁵⁵ Simons P, Houben R, Vlayen A et al. Does lean management improve patient safety culture? An extensive evaluation of safety culture in a radiotherapy institute. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19(1): 29-37.
- ⁴⁵⁶ <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=103307&idsec=1037> (Consultado el 12/jul/2015)
- ⁴⁵⁷ <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=204836&idsec=4974>(Consultado el 12/jul/2015)
- ⁴⁵⁸ Vallejo-Gutiérrez P, Bañeres-Amella J, Sierra E., et al. Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Revista de Calidad Asistencial*. 2014; 29(2): 69-77.
- ⁴⁵⁹ Bodina A, Demarchi A, Castaldi S. A web-based incident reporting system: a two years' experience in an Italian research and teaching hospital. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunita*. 2013; 26(3): 219-225.
- ⁴⁶⁰ Maas M, Güß T. [Patient safety-mission for the future-The importance of Critical Incident Reporting Systems (CIRS) in clinical practice]. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*. 2014; 49(7-8): 466-473.
- ⁴⁶¹ Donaldson L, Panesar S, Darzi A. Patient-safety-related hospital deaths in England: thematic analysis of incidents reported to a national database, 2010–2012. *PLoS Med*. 2014; 11(6): e1001667
- ⁴⁶² Oliva G, Alava F, Navarro L. et al. [Notification of incidents related to patient safety in hospitals in Catalonia, Spain during the period 2010-2013]. *Medicina clinica*. 2014; 143: 55-61.
- ⁴⁶³ Heideveld-Chevalking A, Calsbeek H, Damen J, et al. The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient safety in surgery*. 2014; 8(1): 1-10.

- ⁴⁶⁴ Okafor N. Voluntary Medical Incident Reporting Tool to Improve Physician Reporting of Medical Errors in an Emergency Department. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2015; 16(7): 1073.
- ⁴⁶⁵ Schinasi D, Kolaitis I, Nadel F. Difficult Conversations in the Emergency Department: Spotlight on the Disclosure of Medical Errors. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2015; 16(2):90-95
- ⁴⁶⁶ Leone D, Lamiani G, Vegni E. et al. Error disclosure and family members' reactions: Does the type of error really matter?. *Patient education and counselling*. 2015; 98(4): 446-452.
- ⁴⁶⁷ Baile W, Epner D. Disclosing harmful medical errors. *Clinical Oncology and Error Reduction: A Manual for Clinicians*. 2015; 101.
- ⁴⁶⁸ Schapira L, Betancourt J, Green A. Do cross-cultural differences influence the occurrence and disclosure of medical errors in oncology?. *Clinical Oncology and Error Reduction: A Manual for Clinicians*. 2015; 111.
- ⁴⁶⁹ Kachalia A, Bates D. Disclosing medical errors: The view from the USA. *The Surgeon*. 2014; 12(2): 64-67.
- ⁴⁷⁰ Bruguera M, Arimany J, Bruguera R. et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. *Revista Clínica Española*. 2012; 212(4): 198-205.
- ⁴⁷¹ Díaz C, Braem V, Giuliani A. et al. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. *Medwave*. 2014; 14: 03.
- ⁴⁷² Leal-Costa C, Díaz-Agea J, Tirado-González S. et al. Las habilidades de comunicación como factor preventivo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. *En Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015: 213-223.
- ⁴⁷³ Haas J, Cook E, Puopolo A. et al. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?. *Journal of General Internal Medicine*. 2000; 15(2): 122-128.
- ⁴⁷⁴ Campbell S, Hann M, Hacker J, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001; 323(7316): 784.
- ⁴⁷⁵ Cerdá J, Oviedo-Joekes E, Vallecillos M. Ret al. Mapa emocional de equipos de atención primaria en Andalucía. *Atención primaria*. 2009; 41(2): 69-73.
- ⁴⁷⁶ Muñoz-Seco E, Coll-Benejam J, Torrent-Quetglas M, et al. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención primaria*. 2006; 37(4): 209-214.
- ⁴⁷⁷ Lammers J, Duggan A, Bringing the physician back in: Communication predictors of physicians' satisfaction with managed care. *Health Communication*. 2002; 14(4): 493-513.
- ⁴⁷⁸ Lowe G, Schellnberg G, Shannon H. Correlates of employees' perceptions of a healthy work environment. *American Journal of Health Promotion*. 2003; 17(6): 390-399.

- ⁴⁷⁹ Zyzanski S. How valid are medical records and patient questionnaires for physician profiling and health services research?: A comparison with direct observation of patient visits. *Medical care*. 1998; 36(6): 851-867.
- ⁴⁸⁰ Gillis A, Morris M, Ridgway P, Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: a systematic review. *Postgraduate medical journal*. 2015; 91(1071): 13-21.
- ⁴⁸¹ Costa X, Carrió F, Epstein R. Met al. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*. 2003; 32(2): 110-117.
- ⁴⁸² Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Oxford, UK: Radcliffe Pub., 2005.
- ⁴⁸³ Lanken PN, Novack D, Daetwyler C. et al. Efficacy of an internet-based learning module and small-group debriefing on trainees' attitudes and communication skills Toward patients with substance use disorders: results of a cluster randomized controlled trial. *Academic Medicine*. 2015; 90(3): 345-354.
- ⁴⁸⁴ Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, et al. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia. Un estudio descriptivo. *Atención Primaria*. 2015. 47(7): 399-410

