



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2012 / 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

Título: Plan de mejora de información a pacientes sobre su estado de salud en los centros públicos hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Autora: María José Vicente Edo

Tutora: Concepción Tomás

Titulo:

Plan de mejora de información a pacientes sobre su estado de salud en los centros públicos hospitalarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Resumen:

En la *Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón 2010 y 2011* realizadas en los hospitales públicos de la red SALUD de la Comunidad Autónoma (CA) de Aragón en 2010 y 2011, se detectaron que, los usuarios no estaban satisfechos con la información recibida sobre lo que les pasaba. A raíz de estos datos se ha diseñado un plan de mejora que permita planificar acciones correctoras mediante el ciclo de mejora P (planificar acciones), D (desarrollarlas), C (comprobar mediante indicadores de calidad) y A (actuar en base a los resultados obtenidos).

Entre las causas identificadas mediante el diagrama de causa-efecto de Isahikawa y que influyen directamente sobre el problema, están las relacionadas con los profesionales, la organización del sistema sanitario en los Hospitales, los recursos humanos que tienen y en cierta medida de los pacientes. Las intervenciones relacionadas con los recursos, son causas de notificación a la dirección para que tomen las medidas oportunas. En relación a las causas sobre las que podemos intervenir directamente y que además, se considera que influyen directamente sobre el problema que se aborda, son las clasificadas en *profesionales, pacientes y, la organización*. Por lo tanto estas últimas son las que se han buscado medidas correctoras para resolver el problema.

Introducción:

El interés tradicional del sector sanitario público ha estado orientado a los recursos, donde se tiene una fuerte tendencia a medir la calidad según criterios técnicos (clínicos o económicos) que tienen poco que ver con las expectativas de los usuarios. Los modelos de calidad de hoy en día, centran su interés en la mejora de los procesos basándose en la satisfacción del paciente¹.

Uno de los objetivos de cualquier sistema sanitario debería ser la medida de la satisfacción de sus usuarios, debido a que la asistencia está dirigida a ellos y, permite escuchar directamente al ciudadano acerca de qué opinan de los servicios sanitarios que reciben.

Las encuestas de satisfacción, como método de investigación, son el medio más empleado en los hospitales y en países como Suecia, Inglaterra y EEUU que están ya muy desarrolladas y extendidas, pero no es hasta la década de los ochenta cuando han sido introducidas en España²⁻⁴. La finalidad de este tipo de encuestas, es conocer el grado de satisfacción de los usuarios del hospital con los servicios recibidos, las deficiencias y puntos fuertes que han encontrado durante su permanencia en él, y de esta manera, establecer una retroalimentación informativa hacia el personal sanitario y gestor a fin de que conozcan la evaluación de su actividad global⁵.

En un estudio llevado a cabo en ocho países europeos, entre ellos España, sobre la visión que tienen los pacientes sobre el sistema sanitario y sus profesionales, la gran mayoría de los países, indicaron como buenas las habilidades de comunicación del personal médico. Sin embargo, de este estudio se desprende que la mayoría de los pacientes desean ser escuchados, informados y tenidos en cuenta por su médico de familia, pero, en el caso de España, en menor medida desean tomar la decisión de forma autónoma, sobre todo para problemas de tipo biomédico⁶.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de *la autonomía del paciente y, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en el artículo 3 define la información clínica como “*todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir*

o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla y recuperarla". Además, en el artículo 4 y 5 de dicha Ley, se indica que: "los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma (...). Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información (...) comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y, le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad ⁷.

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón tiene entre sus estrategias la mejora del nivel de salud de los ciudadanos que viven en Aragón⁸. Un procedimiento orientado a implementar dicha estrategia, es conocer la opinión que tienen los usuarios sobre las prestaciones ofrecidas por el Sistema de Salud de la Comunidad. En este sentido, es la Dirección de Calidad y Atención al Usuario la que se hace cargo cada año de la realización de la *Encuesta de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Salud de Aragón* a los pacientes, que acceden a los diferentes servicios sanitarios.

En las 12.076 encuestas de satisfacción analizadas en los hospitales públicos de la red SALUD de la Comunidad Autónoma (CA) en 2011, se detectaron que, los porcentajes de usuarios que valoraron como satisfactoria y muy satisfactoria las dimensiones exploradas eran elevados en la gran mayoría de ellas, (situadas todas por encima del 80%), excepto en las relacionadas con el estado de las habitaciones (56,3%), la comida (60,7%), la solución dada a sus problemas en el hospital (79,3%) y, la información recibida sobre su estado de salud (78,7%).

En relación a la dimensión relacionada con la información recibida sobre su estado de salud, en este informe se destaca que, solo 3 de los 9 hospitales que participaron en el estudio, puntuaron por encima de la media de Aragón (78,7%, IC 95%: 77,9-79,5)⁹.

Estos datos obtenidos en la CA de Aragón, son similares a los estudios de satisfacción realizados en centros sanitarios de otras Comunidades Autónomas del país¹⁰⁻¹⁴.

Hay que tener en cuenta también que la información que da el profesional al paciente, generalmente se proporciona verbalmente y, supuestamente, dejando constancia en la historia clínica. Sin embargo no se indica cómo se ha llevado a cabo tal constatación, por lo que podría utilizarse cualquier expresión o indicación de que se ha proporcionado información al paciente.

Como resultado de los datos obtenidos en la encuesta, y teniendo en cuenta que todo paciente tiene derecho a recibir información sobre su estado de salud de forma comprensible, se ha priorizado la dimensión relacionada con la satisfacción de *la información que reciben los pacientes sobre lo que les ocurre cuando están en el hospital* para realizar un plan de mejora de actuación de esta dimensión siguiendo el ciclo de garantía de calidad.

La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, en consecuencia, influir en la calidad del servicio. Además la información es necesaria para que ayude al paciente a tomar decisiones sobre su problema de salud y, puede ser cuantificada, analizada y factible de solucionar.

Objetivo general:

Elaborar un plan para mejorar la satisfacción de los y las usuarias del sistema con especial atención a la, mejora de la calidad de la información que se les da a los pacientes sobre su estado de salud en los centros hospitalarios por parte del personal médico.

Metodología:

Diseño de estudio: para mejorar la calidad de la información que se les da a los pacientes, se va a utilizar el ciclo de mejora continua o rueda de Deming donde se prioriza lo que se quiere conseguir, mediante la definición de los objetivos del plan de mejora, la selección de las acciones para lograrlos y el diseño de los métodos de medición.

Dicho ciclo consta de cuatro fases: P (plan), D (Do), C (Check) y A (Act). En la primera fase del ciclo (Plan, planificar), se identifican las causas del problema a mejorar. En una segunda fase (Do, ejecutar) se ejecuta o pone en marcha toda la planificación.

La tercera fase del ciclo (Check, evaluar) se comprobará si con la puesta en marcha de las acciones planificadas se han logrado los objetivos previstos. Finalmente, en la cuarta fase (Act, Ajustar), se estandarizan las acciones de mejora, si se han conseguido los resultados esperados, y se monitoriza el nivel de calidad alcanzado.

Si los resultados obtenidos tras la evaluación no alcanzan los resultados esperados, entonces se repetirá el ciclo.

Ámbito: El ámbito donde se va a aplicar dicho ciclo de mejora son todos los hospitales públicos de la red SALUD de la CA de Aragón.

Unidades de estudio:

Se incluyen los profesionales de medicina, que trabajan en unidades con pacientes, personas habituadas a dar información y, que estén dentro de la plantilla estable de la unidad donde trabajan.

Declaración de intereses: la autora declara que no tiene conflictos de interés en la realización de este proyecto.

Desarrollo:

Inicialmente el plan de mejora se pilotará únicamente en un hospital. De esta manera se podrá detectar probables obstáculos que puedan surgir.

Primera fase del ciclo (Planificación)

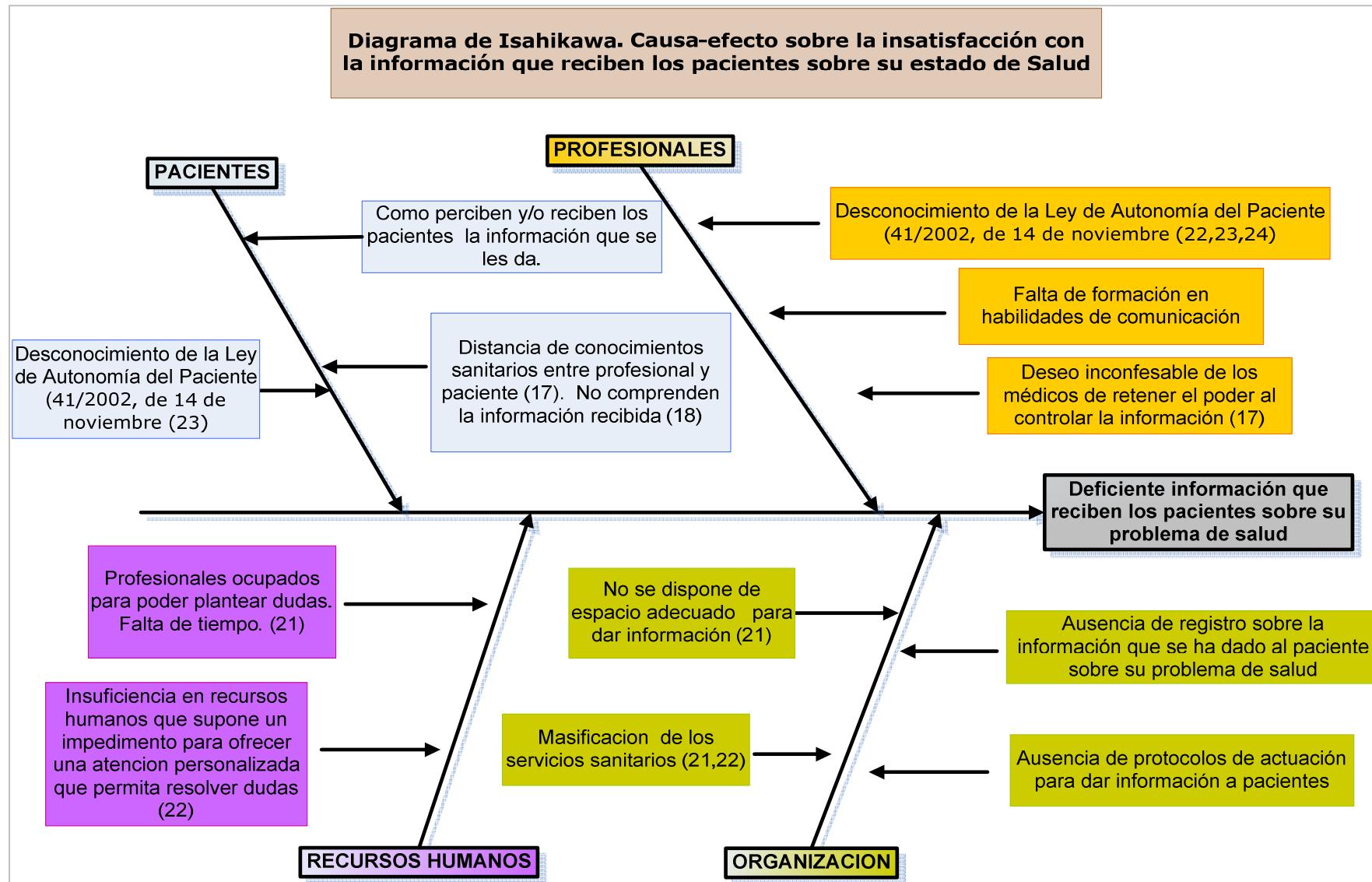
La identificación de la oportunidad de mejora en los hospitales surgió como consecuencia de los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción realizadas en los hospitales públicos de la red SALUD de la Comunidad Autónoma (CA) de Aragón en 2011 anteriormente expuestos.

La información que se les da a los pacientes es un tema importante para ellos, que en reiteradas veces, se cuestionan quién es el principal responsable de esa falta de información, y señalan que en un alto porcentaje, los pacientes consideran a los profesionales sanitarios, y en concreto al médico, principal responsable de la información¹⁵.

Al ser un tema que afecta a un buen número de personas, que conlleva un riesgo sobre la toma de decisiones de los pacientes al no estar bien informados y, es un área viable de resolver, se decide hacer un plan de mejora de este aspecto de la dimensión de satisfacción. Sin embargo, a través de las encuestas, se ha detectado el problema pero no se dispone de información suficiente sobre las causas del mismo.

Para detectar la causa-efecto del problema, averiguar y analizar en qué “falla” el sistema y/o los profesionales para que los pacientes no estén satisfechos con la información que reciben se ha realizado un diagrama de Ishikawa (Tabla 1).

Tabla 1: Diagrama de causa-efecto de Isahikawa



Segunda fase del ciclo (Do, hacer)

Una vez identificados posibles causas que pueden ser el origen de la insatisfacción de los usuarios sobre la información que reciben, hay una serie de ellas en las que no podemos actuar directamente y tienen relación con los recursos, es decir, son causas de notificación a la dirección del centro para que tomen las medidas oportunas.

Dichas causas, no podrán abordarse desde el equipo directamente, aunque si se evidenciarán y pondrán en conocimiento de aquellos a quien corresponda su solución en la institución las relacionadas con la organización como, la disposición de un espacio físico adecuado donde se pueda dar la información de forma confidencial y privada, la dotación de recursos humanos para que dispongan más tiempo para este tipo de intervenciones y, horario de consulta con profesionales más flexibles.

Hay otra serie de causas que necesitan ser investigadas y/o cuantificadas porque no conocemos el alcance de la influencia en el problema. Uno, es el tiempo, es decir, si la calidad de la información que se proporciona depende del tiempo que se tenga y, si a mayor aumento de las plantillas se reduce la presión asistencial, por lo que aumenta el tiempo que tiene el profesional para poder dar la información a los pacientes.

En relación a las causas sobre las que podemos intervenir directamente y que además, se considera que influyen directamente sobre el problema que se aborda, las clasificadas en *profesionales, pacientes, la organización y los recursos humanos*.

Profesionales

La comunicación sanitario-paciente/usuario, aunque se ha visto muy potenciada por la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente, con frecuencia tropieza con dos problemas fundamentales que dificultan el proceso comunicativo. Por un lado, la escasa formación que tienen la mayoría de los pacientes en temas sanitarios y, los mecanismos psicológicos que determinan como el paciente entiende y vive su problema de salud.

Por otro, la poca formación en *habilidades de comunicación* en los desarrollos curriculares de la mayoría de las carreras profesionales sanitarias.

Es por ello que se debe y se puede intervenir directamente en la formación a los profesionales (como dar la información, a quién, conocer que tipo de información le demanda el paciente sobre su problema de salud etc), como una de las estrategias de mejora. La formación debe estar dirigida a todos aquellos profesionales sanitarios prescindiendo de su nivel jerárquico que trabajan directamente con pacientes y, que habitualmente ejercen de canales de información al paciente sobre su problema de salud.

El objetivo de la formación debería ser el adquirir técnicas, habilidades y metodologías necesarias para la comunicación de noticias en el ámbito clínico a los pacientes. Es decir, saber en qué lugar y momento se debe dar, que persona es la más adecuada para hacerlo, y que información se va a dar que sea adecuada a los deseos y necesidades del paciente. La actividad formativa debería incluir conceptos y modelos teóricos de comunicación, modelos de creencias de salud respecto a las posibles influencias que pueden estar inmersas en los procesamientos de información de salud (la susceptibilidad de un individuo sobre una determinada condición de salud debe ser vista a través de los posibles constructos sociales que han predominado en una persona desde el desarrollo de su niñez. Lo que para una población es bueno no tiene que ser así necesariamente para otra), los atributos que debe contener una comunicación de salud efectiva, como por ejemplo la exactitud en el contenido, disponibilidad de la información, debe además incluir los beneficios y riesgos de acciones potenciales etc, el nivel del lenguaje (sencillo, asertivo y comprensible), forma (fonología, morfología, sintaxis) y formato (incluyendo multimedias) deben ser apropiados para las audiencias específicas¹⁶. También se debe incluir el papel que juega la comunicación verbal y no verbal en el manejo del paciente, uso de habilidades psicológicas y sociales en el desarrollo de una comunicación efectiva entre profesional y paciente, la escucha, asegurarse que la información dada ha sido entendida y lo más importante llegar a satisfacer la necesidad de información conforme surge.

Otro de los problemas detectados es el desconocimiento que tienen los profesionales sobre la *Ley de Autonomía del paciente (41/2002 de 14 de noviembre)*⁷. Este desconocimiento es consistente con la poca iniciativa personal para conocerla, por lo tanto, es inaplazable la concienciación también por parte de las direcciones de los centros hospitalarios y del personal sanitario en general de la necesidad apremiante de aplicar la ley. Para ello es necesario, antes que nada, conocerla, para después poder discutirla y, planificar e implementar estrategias para adecuar los servicios. Los centros hospitalarios, deben de hacer el esfuerzo de divulgar y formar a los profesionales sobre dicha Ley bien sea a través de sesiones clínicas, aprovechando jornadas científicas, cursos de formación etc. No se trata solo de cumplir un mandato legal; se trata de apropiarse de principios éticos reconocidos para garantizar el bienestar de los ciudadanos.

Publicar una ley en el Boletín Oficial del Estado no es suficiente. Las autoridades sanitarias deben planificar, al mismo tiempo que los cambios normativos, la forma más efectiva de hacer llegar la información al conjunto de los profesionales cuando se abordan cambios importantes.

Un mejor conocimiento de la Ley de Autonomía del paciente⁷, además de la formación al profesional sanitario relacionado con la información, junto con el deseo de estar cada vez más y mejor informados por parte de los pacientes, puede ayudar al profesional sanitario a entender mejor los nuevos cambios que han roto las barreras sociales y de clase, a la vez que conocer los derechos para minorías y grupos (sexuales, étnicos, de mujeres, de consumidores, etc.)¹⁷. Además, una mayor libertad de expresión en todos los ámbitos, mayor disponibilidad de información médica, principalmente a través de Internet, un mayor deseo de los pacientes de participar en su atención, y el papel central que en la ética sanitaria está tomando la autonomía del paciente hace que poco a poco, se mejore la relación médico-paciente como un acto de decisión y colaboración entre ambos. Con lo que puede ayudar los médicos a dejar de "retener" información para que el paciente tenga más y mejor información.

Pacientes

Recibir una información adecuada y consejos es una de las principales expectativas de los pacientes¹⁷. Sin embargo la tradicional visión de la relación médico-paciente, caracterizada por el paternalismo médico y la escasez de información, ha generado afirmaciones como que es difícil la explicación apropiada de complejos temas a los pacientes sobre la base del conocimiento del médico y la escasa preparación de los pacientes. Por otro lado, la alta carga emocional de la enfermedad, impediría la comunicación racional y su comprensión. El paciente afirma que no comprende totalmente la información que recibe¹⁸, a esto se suma el desconocimiento de la Ley de Autonomía del Paciente.

Los trabajos de Ley¹⁹ sobre los efectos de la información suministrada a los pacientes y el recuerdo que éstos tiene de ella reforzaron la idea de que cuanta más información se proporcionaba a los pacientes, menos cantidad recordaban éstos. Las conclusiones de gran parte de la clase médica fue: «no merece la pena darles mucha información». Estas conclusiones, sin embargo, han sido rebatidas por las investigaciones de Tuckett et al²⁰, que afirmaron que sólo se olvidaba el 10% de la información, en contraposición al 30-50% de los estudios de Ley¹⁹. Las conclusiones de este estudio fueron que para informar efectivamente los médicos deberían: *a) explorar las ideas y creencias del paciente, negociar el modelo explicativo y compartirlo, chequear su interpretación y la reacción a la información que se les da, y b) ofrecer la información con claridad: que el paciente la comprenda y se dé cuenta si existen diferencias en la manera de ver las cosas entre el médico y él/ellas* (conclusiones que se deberían tener en cuenta a la hora de elaborar el plan de formación de los médicos). Es decir, tenemos que ofrecer más información con sentido para el paciente, y no sólo porque el paciente lo desea y los tiempos cambian, sino porque nos permite también obtener consultas más colaborativas y efectivas para ambos.

Por lo tanto, y para facilitar la comprensión de la información, se debe intervenir a través de la educación sanitaria que se da a los pacientes sobre su problema de salud: "alfabetización en Salud". Se pueden utilizar herramientas (guías, dípticos, revistas, pagina web etc), grupos de trabajo etc que les puedan ser útiles para formar a los pacientes en aspectos relacionados con su salud. Este tipo de programas o intervenciones pueden ayudar a reducir la sensación de vulnerabilidad que manifiestan ante los profesionales sanitarios y la burocracia del sistema sanitario. Un mayor conocimiento en salud podría facilitar una comunicación más próxima y fluida con los profesionales. Se puede gestionar esta formación e información desde las Unidades de Atención al Usuario en colaboración con otro tipo de asociaciones, entidades, grupos de pacientes etc.

Organización

A través de la formación a los profesionales, se debería incluir cursos de como elaborar protocolos de actuación que incluya quien debe dar la información, en qué circunstancias concretas, como y donde se debe registrar dicho información.

Para la creación de los protocolos se deberían crear comisiones con profesionales expertos en la materia y, comisiones de implementación de los registros dentro de cada centro sanitario.

Es importante además que dichos protocolos y registros, sean comprensibles y accesibles para todos los profesionales sanitarios.

Otros de los problemas identificados es que muchas veces no se dispone de espacio físico adecuado para dar información²¹. La utilización de espacios dedicados a otros fines usados como habitaciones o salas de curas, es cada vez más común, y las habitaciones de pacientes, que en la mayoría de los hospitales públicos son compartidos, supone que muchas veces la información se dé en pasillos o espacios no habilitados para ello con lo que no se dedica el tiempo que se debiera a dar la información. Esta situación "rompe" con el principio de confidencialidad y privacidad al que todos tenemos derecho.

Para ello, las direcciones de cada centro deben de habilitar una habitación en cada unidad donde pueda darse la información y discutir con el paciente dudas que puedan surgir.

La masificación de los servicios sanitarios^{21,22}, responsabilidad de los departamentos que gestionan la sanidad en la Comunidad, es complejo de resolver ya que requiere de cambios estructurales, de organización e inversiones económicas en muchos casos. Sin embargo este problema es causa de otros problemas como los relacionados con los recursos humanos de los centros.

Recursos humanos

La insuficiencia en recursos humanos conlleva el impedimento de ofrecer una atención personalizada que permita resolver las dudas del usuario y promover su participación²². Los profesionales están ocupados para que el paciente pueda plantear dudas por la falta de tiempo²¹. Se atribuye al tiempo gran parte de la culpa de los errores a la hora de informar y de hacer consultas más colaborativas; sin embargo, no hay estudios que demuestren o no esto¹⁷, con lo cual, muchas veces puede ser utilizado ante las dificultades de los profesionales sanitarios para informar. Hay que concienciar, mediante formación, reuniones, grupos de trabajo etc, que el tiempo es limitado en los centros hospitalarios, pero que no debe de ser la causa de la limitada información que se les da a los pacientes. Se debe de “liberar” al profesional de trámites burocráticos, para centrarse más en temas relacionados con la propia asistencia. Los administrativos de las unidades deben de llevar ese peso “burocrático”.

Tercera fase del ciclo (Check, evaluar)

Para comprobar si con la puesta en marcha de las acciones planificadas anteriormente citadas se han logrado los objetivos previstos, en esta fase se procede a la evaluación mediante la elaboración de estrategias.

Inicialmente, pilotará el plan de mejora en una unidad de un hospital público de la comunidad. Se hará la difusión del proyecto a todo el personal que trabaje en dicha unidad para que lo conozcan y posteriormente, se dará la formación (que se ha comentado anteriormente) solamente a los médicos de esa unidad. Los datos, para comprobar si se ha mejorado o no en esa unidad, se obtendrán a través de las encuestas de satisfacción que se realizan anualmente en los hospitales, en las cuales se analizarán los indicadores de calidad incluidos (Anexo 1). De esta manera, y una vez analizados los resultados, podremos observar si se ha producido o no la mejora inicialmente planteada y se podrán planificar estrategias posteriores.

Cuarta fase (Act, Ajustar)

Tras la estandarización de las acciones de mejora instauradas y, los resultados obtenidos de la evaluación, se observará si se han conseguido los resultados esperados, y se monitoriza el nivel de calidad alcanzado. Los resultados obtenidos en las *encuestas de satisfacción* que se realizan anualmente en los hospitales, se observará si ha habido una mejora de la dimensión y, en base a los resultados, se decidirá si continuar o cambiar la estrategia instaurada.

Cronograma

Fecha de Inicio del proyecto: 2013

Fecha de finalización: 2015

Descripción del proyecto: Mejora de la formación que se les da a los pacientes sobre su estado de salud

Cronograma de actividades (actividades descritas y los meses de ejecución de cada actividad)

Actividad 2013	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Fase de Formación												
Formación de los profesionales en técnicas de comunicación												
Formación de aspectos Bioéticos												
Formación elaboración de protocolos de actuación de como dar información.								Vacaciones				
Formación pacientes								Vacaciones				

Actividad 2013	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Habilitación de espacios físicos en las unidades												

Actividad 2014	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Fase de Elaboración												
Elaboración de protocolos												
Fase de Implementación												
Puesta en marcha												

Actividad 2015	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Puesta en marcha												
Evaluación (Encuestas de satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario)												

*Recursos humanos necesarios para llevar adelante la actividad:
cuantificación y características:*

Se requerirá personas con diferentes perfiles, formación y conocimientos en:

- Técnicas de comunicación
- Elaboración de protocolos y registros
- Conocimientos bioéticos

Se necesitará también la implicación del departamento de atención al usuario de cada Centro para facilitar la difusión y formación de los pacientes en la adquisición de conocimientos sobre la Ley de Autonomía del paciente.

Conclusiones:

No todas las oportunidades de mejora identificadas son susceptibles de iniciar un ciclo evaluativo. Sin embargo, la dimensión relacionada con la información que se da a los pacientes sobre su estado de salud ofrece una oportunidad de mejora sobre las que es recomendable actuar desde el punto de vista de la calidad de la atención, porque influye directamente en la toma de decisiones que tiene que hacer el paciente respecto a su salud. Además no se prevé que suponga un gasto económico excesivo para el sistema.

Dicha dimensión no será fácil de mejorar debido a diversos factores como la tradición biomédica de la sanidad. Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han sido reacios a admitir la opinión de los pacientes como termómetro de la calidad prestada por ellos mismos o, por las instituciones en la que desempeñan su actividad clínica, con el argumento de que los pacientes no tienen conocimiento suficientes para poder apreciar u opinar sobre un proceso médico²⁵. La ausencia de *empoderamiento* de los pacientes, “miedo” a perder el poder o estatus del profesional, son actitudes complejas de mejora.

Es importante también para que las oportunidades de mejora tengan más posibilidades de triunfar en todos los aspectos y, en este caso, hay que centrar la atención del ciclo de mejora en los profesionales ya que es un factor importante de la organización que influye en la calidad del servicio. No es posible satisfacer las necesidades del cliente externo sin satisfacer antes las necesidades del cliente interno.

Finalmente, el hospital tiene que tener en cuenta el impacto de su gestión en sus pacientes, empleados, y sociedad en general. Por lo tanto, debe promover, apoyar y facilitar iniciativas de mejora de la calidad, orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de la atención. El valor de un servicio es la capacidad para realizar satisfactoriamente las funciones para las que ha sido concebido, y en este caso, la información que se da a los pacientes sobre su estado de salud es uno de los más importantes.

Parece ser que en el futuro, las opiniones de los pacientes se utilizarán como criterio y orientación fundamental para seleccionar a centros y profesionales, y eso transformará la manera de prestar los servicios sanitarios²⁵.

Bibliografía:

- 1-E. Avellana i Revuelta, J.A. Pico Navarro y J. Urís Selles. *Actualización. Calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas II. La medida de la calidad.* Centro de Atención Primaria La Mina. Institut Català de la Salut. Vol. 1, nº 2, Febrero 1994.
- 2-Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.
- 3-Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Sesiones de trabajo sobre el Plan de Humanización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986.
- 4-Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Plan de Humanización. Actividades desarrolladas en 1986. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987.
- 5-Maceiras L. *Encuestas de satisfacción de usuarios.* Salud Pública Educ Salud. 2002; 2 (1): 28-33.
- 6-Coultter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. Eur J Public Health. 2005;15:355-60.
- 7-España. Ley orgánica 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. Boletín Oficial del Estado, 15 noviembre 2002, núm. 274, p. 40127-8
- 8-Compromisos del servicio aragonés de salud [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. [Acceso: 2 octubre 2012]. Disponible en: http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/03_Servicios_y_prestaciones/3.2/index.html

9-Vicente-Edo MJ y Febrel-Bordejé M. Análisis de satisfacción de usuarios de atención hospitalaria del Sistema de Salud de Aragón 2011. Trabajo Fin de Máster de Salud Pública. Zaragoza 2012

10-En cuestas de satisfacción del sistema autonómico de salud de Cantabria 2009. Encuestas de usuarios de hospitalización. [Internet]. Publicado por la Consejería de Sanidad. Dirección general de ordenación inspección y atención sanitaria. Gobierno de Cantabria [Acceso: 28 octubre 2012]. Disponible en:

<http://www.saludcantabria.es/index.php?page=encuesta-de-salud-para-cantabria>

11-En cuestas de satisfacción del sistema autonómico de salud de Cantabria 2009. Encuestas de usuarios de hospitalización. [Internet]. Publicado por la Consejería de Sanidad. Dirección general de ordenación inspección y atención sanitaria. Gobierno de Cantabria [Acceso: 28 octubre 2012].

Disponible en:

<http://www.saludcantabria.es/index.php?page=encuesta-de-salud-para-cantabria>

12-Tabulación de resultados por sexo y grupos de edad del entrevistado/a. [Internet]. Publicado por El instituto de estudios sociales avanzados (IESA-CSIC). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y bienestar social. [Acceso: 28 octubre 2012]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/totales.asp?tpcentro=ah&periodo=2011>

13-La voz de la Ciudadanía. Cómo la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y el sistema de salud de Cataluña. Edición actualizada con datos de 2011 [Internet]. Publicado por el Departamento de Salud. Servicio de Salud Catalán. [Acceso: 28 octubre 2012]. Disponible en:

http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/veu_ciutadania_pla_enca_castella.pdf

14-Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Año 2011. [Internet]. Publicado por Servicio Madrileño de Salud. Dirección de atención al paciente. [Acceso: 28 octubre 2012]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142536918568&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756

15-Somos pacientes. *La comunidad de asociaciones de pacientes. El medico, principal responsable de la falta de información del paciente sobre su tratamiento* (resultado provisional de la encuesta de Somos Pacientes) [en linea]. Disponible en:

<http://www.somospacientes.com/noticias/construyendo-somos-pacientes/el-medico-principal-responsable-de-la-falta-de-informacion-del-paciente-sobre-su-tratamiento/> (acceso 28 feb. 13)

16-Ríos Hernández I. *Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos*. Perspectivas de la comunicación. 2011 vol. 4, nº 1, p. 123-140

17-Ruiz MR. El reto de la información a los pacientes. Comentario editorial. Aten primaria.2004; 33:365-7

18-Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandre Lázaro G y López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria 2004;33(7):361-7

19-Ley P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom Helm, 1988

20-Tuckett D, Boulton M, Olson C. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock, 1985

21-Fernández C, Lopera GE, Méndez L, Otero A, Gallardo MG, Lagoa C. Conocimiento de la Ley de Autonomía del Paciente (LAP) por personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico. Enferm Clin. 2009;19: 330-4

22-Mira J, Lorenzo S, Vitaller J, Guilabert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gac Sanit. 2010;24:247-50

23-Fernández Garrido C, et al. Características de la información en el proceso quirúrgico y satisfacción de los pacientes. Rev Calid Asist. 2011

24-Iraburu M, Grupo Trabajo EMIC. Estudio multicéntrico de investigación sobre confidencialidad. Med Clin (Barc). 2007; 128:575-8

25- Ignacio Barrasa. Los pacientes saben y opinan. Blog Ideas con Salud. Zaragoza. Lunes, 1 de abril de 2013 [Consulta 5 abril 2013]. Disponible en: <http://ideasconsalud.blogspot.com.es/>

Anexo 1: Indicador de Calidad*

Nombre del indicador:	Percepción de los pacientes sobre la información recibida.
Tipo de indicador:	Resultado
Ámbito:	Hospitalización
Justificación	Es importante el conocer la opinión de los usuarios de un servicio sanitario porque permite introducir acciones de mejora en aquellas áreas que no son valoradas positivamente.
Definición de términos y aclaraciones	Pacientes que perciben haber recibido información suficiente sobre las diferentes pruebas diagnósticas e intervenciones realizadas durante su proceso hospitalario
Formula	$\frac{\text{Pacientes que perciben que han sido correctamente informados de las intervenciones, cuidados o pruebas diagnósticas que se les realizan}}{\text{Total de pacientes que han respondido a las encuestas.}} \times 100$
Estándar⁹:	85%
Fuente de datos:	Encuestas de satisfacción
Población:	Pacientes ingresados en unidades hospitalarias
Responsable de obtención:	Departamento de atención al usuario
Periodicidad de obtención:	Anual
Recomendaciones para la evaluación	Obtener la percepción sobre este aspecto realizando un muestreo aleatorio de pacientes del hospital utilizando la encuesta de satisfacción de pacientes con la atención recibida.

* Adaptación del Indicador de: Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto SENECA: informe técnico 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y política Social; 2009