

# Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes

María Dolores Pérez Cárceles<sup>a</sup>, Juan Enrique Pereñíguez Barranco<sup>b</sup>, Domingo Pérez Flores<sup>c</sup>, Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz<sup>d</sup> y Aurelio Luna Maldonado<sup>d</sup>

**Objetivo.** Conocer las actitudes de los médicos de familia hacia los derechos del paciente y las variables socioprofesionales que pueden influir en ellas.

**Diseño.** Descriptivo, transversal, basado en la aplicación de un cuestionario.

**Emplazamiento.** Atención primaria de Murcia.

**Participantes.** En total, 227 médicos de familia.

**Intervenciones.** El cuestionario se envió por correo e incluía variables socioprofesionales, así como una valoración de la satisfacción profesional y de la importancia de los derechos del paciente (mediante escalas tipo Likert).

**Mediciones principales y resultados.** Los profesionales conceden la mayor valoración al derecho a una asistencia adecuada en el plano humano (4,86; intervalo de confianza [IC] del 95%, 4,81-4,91), mientras que el acceso a la historia clínica es el derecho menos valorado (3,91; IC del 95%, 3,76-4,05). La media de la satisfacción total es de 2,79 (IC del 95%, 2,71-2,87). Se observan diferencias estadísticamente significativas en la valoración de los derechos de los pacientes según las distintas características sociolaborales y la satisfacción profesional. Hay una correlación significativa entre la valoración total de los derechos y la satisfacción profesional global ( $p = 0,039$ ).

**Conclusiones.** La valoración global de la importancia que conceden los médicos de familia a los derechos de los pacientes es muy alta. Los médicos de más edad, que trabajan en el ámbito urbano, con menos tarjetas sanitarias asignadas, en centros docentes y con una mayor satisfacción profesional, conceden una mayor importancia a los derechos de los pacientes.

**Palabras clave:** Atención primaria. Derechos del paciente. Satisfacción laboral. Calidad asistencial.

## ATTITUDES OF FAMILY DOCTORS TO PATIENTS' RIGHTS

**Objectives.** To examine the attitudes of family doctors to patients' rights and to ascertain the social and professional variables that influence these views.

**Design.** Descriptive, cross-sectional study based on a questionnaire.

**Setting.** Primary care, Murcia, Spain.

**Participants.** Two-hundred and twenty-seven family physicians, who filled in a postal questionnaire.

**Interventions.** The questionnaire included social and professional variables, evaluation of job satisfaction (by Likert scale 1-5), evaluation of patients' rights (Likert scale 1-5).

**Main measurements and results.** The most valued right in the overall view of the doctors questioned was the right to suitable health care within a humane framework (4.86; 95% CI, 4.81-4.91), while the least valued right was the access to medical records (3.91; 95% CI, 3.76-4.05). Mean job satisfaction was 2.79 (95% CI, 2.71-2.87). We found: statistically significant differences in the assessment of patients' rights, which depended on various social and professional factors; direct associations between doctors' satisfaction and their views on patients' rights; and a significant correlation between overall evaluation of rights and total satisfaction ( $P=0.039$ ).

**Conclusions.** Overall, family doctors attach a lot of importance to patients' rights. However, social and professional characteristics seem to have some influence on their attitudes: older doctors, those working in an urban context, those with few patients on their lists, in teaching centres, and those feeling the greatest professional satisfaction tend to attach greater importance to patients' rights.

**Key words:** Primary car. Patients' rights. Job satisfaction. Quality of health care.

<sup>a</sup>Área de Medicina Legal. Universidad de Murcia. Espinardo. Murcia. España.

<sup>b</sup>Centro de Salud de Espinardo. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia. Espinardo. Murcia. España.

<sup>c</sup>Bioestadística. Universidad de Murcia. Espinardo. Murcia. España.

<sup>d</sup>Medicina Legal y Forense. Universidad de Murcia. Espinardo. Murcia. España.

Correspondencia:  
M.D. Pérez-Cárceles.  
Área de Medicina Legal y Forense.  
Universidad de Murcia.  
Campus de Espinardo. 30100  
Espinardo. Murcia. España.  
Correo electrónico:  
mdperez@um.es

Manuscrito recibido el 19-9-2005.  
Manuscrito aceptado para su  
publicación el 29-5-2006.

## Introducción

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el importante desarrollo de la ciencia y la tecnología sanitaria, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación han condicionado que la práctica médica sea más arriesgada, impersonal y deshumanizada. Todo ello ha llevado a la necesidad de una reformulación y un resurgimiento de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales<sup>1-3</sup>. Además, se ha detectado la necesidad de establecer nuevas formas de protección de los derechos del paciente frente a las consecuencias del desarrollo de la informática, los avances genéticos y la globalización de la investigación clínica<sup>4</sup>.

La regulación existente en España en materia sanitaria es muy completa y, en algunos casos, de las más avanzadas. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ha supuesto un importante avance en la regulación y el desarrollo de los derechos de los pacientes<sup>5</sup>. En ningún caso se podrá conseguir una asistencia de excelencia alcanzando exclusivamente el máximo rigor científico si, además, no se acomoda a las exigencias que establecen las normas, entre las que destacan las dirigidas a la protección de los derechos de los pacientes<sup>6,7</sup>.

A pesar de ello, no hemos encontrado en la bibliografía estudios que valoren la actitud de los profesionales sanitarios hacia los derechos del paciente.

Diversos estudios realizados en distintos países coinciden en que la motivación y la satisfacción de los médicos de familia han disminuido de manera significativa en estos últimos años<sup>8</sup>.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la valoración que hacen los médicos de familia de los derechos del paciente y si hay diferencias según su perfil socioprofesional.

## Métodos

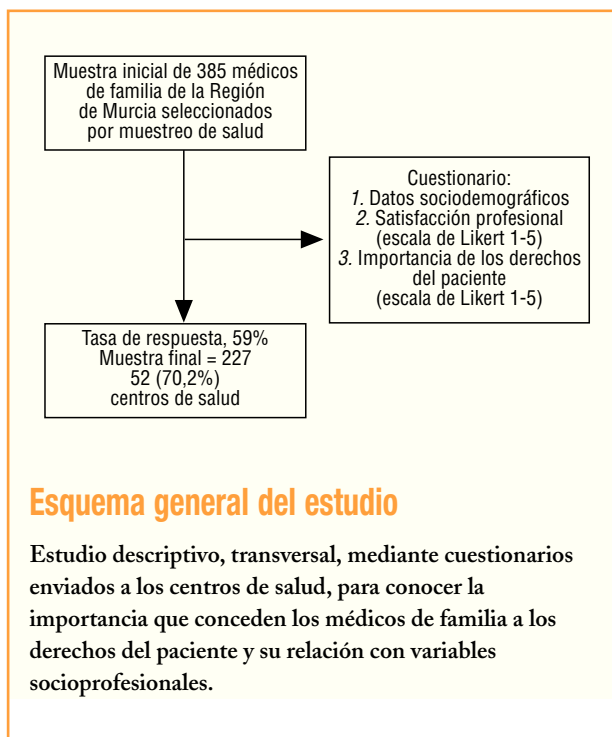
### Tipo de estudio

Estudio descriptivo, transversal.

### Población

La muestra se obtuvo del conjunto de médicos de familia que realizan su actividad profesional en los distintos centros de salud de la Región de Murcia. El tamaño de la muestra inicial fue de 385 ( $p = 0,5$ ; precisión del 5%; nivel de confianza del 95%). La selección de los médicos fue realizada mediante muestreo aleatorio estratificado. La muestra final fue de 227 médicos de familia (tasa de respuesta del 59%).

Los datos se obtuvieron de un cuestionario validado y autoadministrado. En una primera fase fue contestado por 30 médicos que aportaron sugerencias de mejora; con los resultados obtenidos se aplicó el test de la alfa de Cronbach ( $\alpha = 0,85$ ), del que resultaron 11 ítems para definir los condicionamientos sociolaborales (tabla 1), 4 ítems con los que se pregunta al médico acerca de su grado de



satisfacción con la consulta diaria, la pertenencia al grupo profesional, el salario y la actuación de los jefes inmediatos (mediante una escala tipo Likert 1-5, donde 5 es «el mayor grado de satisfacción»), y 8 ítems con los que se pregunta al médico sobre la importancia que concede a diferentes derechos del paciente (tabla 2).

### Método de recogida de datos

Los cuestionarios se enviaron por correo y se remitieron a los responsables de los equipos de atención primaria para que los hicieran llegar a los médicos de los centros seleccionados. La respuesta fue anónima y voluntaria.

### Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS 11.0. Se llevó a cabo un análisis univariante (media, desviación estándar e intervalo de confianza del 95%) y bivariante (test de la  $\chi^2$  de Pearson y correlación de Spearman).

## Resultados

### Características sociolaborales de los profesionales

Las características sociolaborales de la muestra aparecen en la tabla 1. Los profesionales encuestados se encuentran mayoritariamente en el rango de 36-55 años (84,6%). El grupo de médicos con 11-20 años de ejercicio profesional es el mayoritario (52,4%). Con menos de 3 años de antigüedad se encuentra el 30% de los sujetos. El número de pacientes adjudicados a cada profesional está preferentemente entre 1.901 y 2.100 (32,6%), siendo el grupo de menos de 1.500 el 20,3%. No existen diferencias estadística-

**TABLA 1**  
**Características socioprofesionales de la muestra (n = 227)**

Edad (años), media ± DE	44,2 ± 7,14
Varones (%)	64,3
Casados (%)	78,9
Años de ejercicio profesional (media ± DE)	17,8 ± 7,55
Antigüedad en el puesto actual (media ± DE)	6,5 ± 5,97
Medio laboral (%)	
Urbano (> 15.000 habitantes)	29,1
Semiurbano (5.000-15.000 habitantes)	52,4
Rural (< 5.000 habitantes)	18,5
Formación previa (%)	
Médico interno residente	49,8
Otras vías	30,4
Otras especialidades	19,8
Tipo de actividad laboral (%)	
Pública	92,1
Pública y privada	7,9
Tarjetas sanitarias individuales (media ± DE)	1.786 ± 295,24
Demanda asistencial media diaria (%)	
30-40 pacientes	18,9
41-50 pacientes	35,7
51-60 pacientes	29,5
> 60 pacientes	15,9
Centro docente (%)	49,8

DE: desviación estándar.

mente significativas en las características sociolaborales entre los profesionales que respondieron al cuestionario y aquellos que no lo hicieron.

### Satisfacción laboral de los profesionales

Los valores medios de la satisfacción con relación a su retribución económica, pertenencia al grupo profesional, actuación de sus jefes y la consulta diaria son los siguientes respectivamente: 2,59 (IC: 2,47-2,71); 3,24 (IC: 3,11-3,37); 2,33 (IC: 2,18-2,48) y 3,01 (IC: 2,89-3,13). La media de la satisfacción total es de 2,79 (IC: 2,71-2,87).

Los médicos más insatisfechos globalmente son menores de 35 años ( $p < 0,0001$ ), solteros ( $p = 0,001$ ) y trabajan en centros no docentes ( $p = 0,005$ ).

### Valoración de los derechos del paciente

Las puntuaciones de los profesionales según la importancia que conceden a cada uno de los derechos aparecen en la tabla 2.

La valoración de los derechos por los profesionales según su sexo, estado civil y edad aparece en la tabla 3 y según el medio laboral, formación previa, número de tarjetas sanitarias y si trabajan en centro docente, en la tabla 4.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa y directa entre la satisfacción profesional medida en cuatro dimensiones y la valoración de los derechos del paciente, de manera que a mayor satisfacción profesional aumenta el porcentaje de profesionales que le conceden la mayor importancia (tabla 5). Existe una correlación estadísticamente significativa entre la valoración global de los derechos y la satisfacción profesional global ( $p = 0,039$ ).

## Discusión

Una de las principales limitaciones del estudio ha sido no poder contrastar nuestros resultados con investigaciones internacionales. En el ámbito nacional, sólo el estudio de Lachica et al<sup>9</sup> permite comparar los resultados.

**TABLA 2**  
**Distribución de los médicos de familia según la importancia concedida a los derechos de los pacientes**

	Puntuación *					Media	IC del 95%
	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)		
Derecho a una asistencia adecuada en el plano humano	–	1 (0,4)	–	28 (12,3)	198 (87,2)	4,86	4,81-4,91
Derecho a preservar la intimidad	–	1 (0,4)	7 (3,1)	55 (24,2)	164 (72,2)	4,68	4,61-4,76
Derecho a la libre elección del médico	4 (1,8)	1 (0,4)	26 (11,5)	38 (16,7%)	158 (69,6)	4,52	4,41-4,63
Derecho a una asistencia sanitaria técnicamente completa	–	–	10 (4,4)	61 (26,9)	156 (68,7)	4,64	4,57-4,72
Derecho a decidir libremente sobre la aceptación del tratamiento	5 (2,2)	7 (3,1)	18 (7,9)	42 (18,5)	155 (68,3)	4,48	4,35-4,60
Derecho a ser informado sobre la importancia y características del proceso	–	–	4 (1,8)	70 (30,8)	153 (67,4)	4,66	4,59-4,72
Derecho a conservar sus relaciones familiares y de amistad durante su estancia hospitalaria	–	4 (1,8)	33 (14,5)	66 (29,1)	124 (54,6)	4,37	4,26-4,47
Derecho a acceder a su historia clínica	6 (2,6)	22 (9,7)	53 (23,3)	52 (22,9)	94 (41,4)	3,91	3,76-4,05
Valoración total de los derechos						4,51	4,45-4,57

IC: intervalo de confianza.

\*Escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 indica ninguna importancia, 2 poca importancia, 3 importancia media, 4 bastante importancia y 5 mucha importancia.

**TABLA 3**

**Distribución de médicos de familia que valoran como muy importantes o bastante importantes (4 y 5 puntos) los derechos de los pacientes según el sexo, el estado civil y la edad de los médicos**

	Sexo			Estado civil				Edad				
	Hombre	Mujer	p	Casado	Soltero	Separado	p	≥ 35	36-45	46-55	≥ 56	p
Asistencia humanizada	100	98,8	NS	99,4	100	100	NS	95	100	100	—	0,015
Intimidad	97,9	93,8	NS	97,2	90,5	96,3	NS	100	96	95,6	100	NS
Información	97,3	100	NS	97,8	100	100	NS	100	99,2	95,6	100	NS
Asistencia, medios técnicos	96,6	93,8	NS	96,1	85,7	100	0,045	100	96	92,6	100	NS
Elección médico	84,9	88,9	NS	87,7	71,4	88,9	0,045	95	80,6	91,2	100	0,001
Aceptación tratamiento	84,9	90,1	NS	90,5	70,4	76,2	0,005	90	87,9	88,2	66,7	NS
Familia y hospital	84,9	81,5	NS	84,9	57,1	96,3	0,001	95	81,5	80,9	100	NS
Acceso historia clínica	63,7	65,4	NS	66,5	52,4	59,3	NS	60	67,7	55,9	80	NS
Total valoración derechos	84,9	85,5	NS	87,7	66,7	85,2	0,035	95	82,3	85,3	100	NS

p: probabilidad  $\chi^2$  de Pearson; NS: no significativo.

**TABLA 4**

**Distribución de médicos de familia que valoran como muy importantes o bastante importantes (4 y 5 puntos) los derechos de los pacientes según el medio laboral, la formación previa, el número de tarjetas sanitarias y que desarrollen su labor profesional en un centro docente**

	Medio laboral				Formación previa				TSI			Centro docente		
	Urbano	Semiurbano	Rural	p	MIR	MFyC Otras vías	Otras especialidades	p	≥ 1.500	1.501-2.000	> 2.000	p	Sí	No
Asistencia humanizada	98,5	100	100	ns	100	100	97,8	NS	98,4	100	100	NS	100	99,1
Intimidad	97,6	94,1	100	0,034	95,6	95,7	100	NS	93,4	96,7	100	NS	97,3	95,7
Información	100	99,2	92,9	0,012	98,2	100	95,6	NS	95,1	99,2	100	NS	98,2	98,3
Asistencia, medios técnicos	93,9	95	100	NS	95,6	97,1	93,3	NS	100	97,8	92,6	0,045	97,3	93,9
Elección médico	94,1	75,8	81	0,001	80,5	92,8	91,1	0,039	86,9	86	86,7	NS	91,1	81,1
Aceptación tratamiento	89,4	85,7	85,7	NS	89,4	84,1	84,4	NS	83,6	87,6	88,9	NS	92,9	80,9
Familia y hospital	78,8	85,7	85,7	NS	77,9	92,8	84,4	0,031	100	80	79,3	0,004	85,7	81,7
Acceso historia clínica	78,8	58	59,5	0,014	59,3	60,9	82,2	0,019	72,1	59,5	66,7	NS	70,5	58,3
Total valoración derechos	93,9	80,7	85,7	0,040	83,2	87,1	93,3	0,036	86,9	86,8	80	NS	90,2	80,9

p: probabilidad,  $\chi^2$  de Pearson; NS: no significativo.

Los derechos más valorados y respetados por los profesionales de nuestra muestra son los relacionados con la asistencia adecuada en el plano humano y el derecho a la intimidad, y el menos valorado, el acceso a la historia clínica. Estos resultados contrastan con los de Lachica et al<sup>9</sup>, donde los más valorados son una asistencia técnicamente completa y decidir libremente sobre el tratamiento, y el menos valorado, la asistencia en el plano humano. Probablemente, la explicación a estos cambios sea que han transcurrido 15 años, período en que se ha pasado de primar la calidad científico-técnica a valorar con la máxima importancia la calidad humana en la relación médico-paciente. Este derecho ha pasado de ser el menos valorado a convertirse en el más respetado. En contra de la opinión generalizada de la actual deshumanización de la medicina, estos resultados señalan la tendencia en estos últimos años a reconocer la importancia real de los valores de la persona y la recuperación de la dimensión humana en la asistencia sanitaria. El derecho del paciente al acceso a su historia clínica es el menos valorado, lo que puede indicar un cierto desconoci-

miento por parte de los profesionales de la legislación actual. La Ley 41/2002<sup>5</sup> establece que el paciente tiene derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de ésta.

En función de las características socioprofesionales, hemos encontrado diferencias significativas en la valoración de los derechos del paciente. Son los médicos de más edad los que conceden una mayor importancia a algunos de los derechos. Probablemente, la experiencia laboral demuestre al médico que una mayor implicación de los pacientes en las decisiones sobre su tratamiento y una mejor comprensión de los riesgos y beneficios redundan en una interacción más provechosa y un mayor cumplimiento de los tratamientos, lo que, en definitiva, lleva a una mejora de la calidad asistencial<sup>10,11</sup>. Los médicos solteros conceden una valoración global menor y, tal vez por tratarse de profesionales más jóvenes, su experiencia vital, familiar propia y profesional sea menor y estén menos habituados a la toma compartida de decisiones. Los médicos que trabajan en el medio urbano conceden una mejor valoración global de los derechos, mientras que

**TABLA  
5**

**Asociaciones estadísticamente significativas entre el porcentaje de profesionales que valoran con la mayor importancia los derechos del paciente y la satisfacción profesional**

	Salario %					Consulta %					Grupo profesional %					Actuación jefes %				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Asistencia humanizada	76	80	85	96	100 <sup>a</sup>	74	85	97	100	100 <sup>b</sup>	—	—	—	—	—	40	85	86	91	92 <sup>b</sup>
Intimidación	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61	62	75	80	95 <sup>b</sup>	—	—	—	—	—
Elección médico	—	—	—	—	—	58	66	70	80	100 <sup>a</sup>	60	69	71	80	100 <sup>b</sup>	—	—	—	—	—
Asistencia técnica	—	—	—	—	—	60	62	75	100	100 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aceptación tratamiento	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	61	73	74	75 <sup>b</sup>	20	50	73	75	78 <sup>a</sup>
Información	—	—	—	—	—	30	63	67	73	100 <sup>a</sup>	33	65	66	80	100 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—
Familia y hospital	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	50	56	71	75 <sup>a</sup>	20	43	49	62	71 <sup>b</sup>
Acceso historia clínica	30	33	35	36	56 <sup>a</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Escala Likert (1-5), donde 1 indica nada satisfecho y 5, muy satisfecho.

<sup>a</sup>p < 0,01.

<sup>b</sup>p < 0,05.

los que trabajan en el medio rural conceden mayor importancia al derecho a la intimidad. El médico de familia es el médico de un paciente y, con frecuencia, de sus familiares, lo que en ocasiones puede ser fuente de conflictos, en especial de los relacionados con la confidencialidad, y es especialmente difícil limitar el acceso a la información demandada por los familiares<sup>12,13</sup>. Esta situación es más probable en el ámbito rural, por lo que se observa un aumento en la valoración de este derecho por los profesionales que trabajan en ese medio. Sin embargo, los derechos a la información, la elección de médico y el acceso a la historia clínica son más valorados en el medio urbano, donde tal vez el concepto de autonomía esté más desarrollado.

La formación previa de los profesionales también introduce variaciones; así, es uno de los aspectos menos valorados de forma global por los médicos de familia que accedieron a la especialidad por la vía MIR, quizá por tratarse de los médicos más jóvenes o porque la formación en temas éticos y de legislación sanitaria en otros momentos no fuera suficiente. Si es así, probablemente el nuevo programa de la especialidad contribuya al avance y la mejora de esta formación<sup>14</sup>.

La sobrecarga asistencial de los profesionales se asocia con la valoración de algunos derechos, y los profesionales con menor número de tarjetas sanitarias son los que les conceden una mayor importancia. Es evidente que una atención sanitaria de calidad requiere el respeto a la autonomía de la persona, y eso implica escucharla, informarla, recabar su consentimiento y registrar el proceso, actuaciones que necesitan una dedicación de tiempo que se contrapone con la actual masificación de los servicios de salud<sup>2,15,16</sup>.

Los médicos que trabajan en un centro docente valoran más los derechos de los pacientes y, especialmente, los derechos que implican un mejor conocimiento de la norma (elección de médico, aceptación del tratamiento, acceso a la historia clínica).

La importancia de la satisfacción profesional reside, entre otros factores, en que el grado de calidad de los servicios

sanitarios está directamente relacionado con el grado de satisfacción de los profesionales que trabajan en él. La valoración global de la satisfacción de los médicos de familia está por debajo del nivel medio, al igual que han descrito otros autores en España<sup>17,18</sup>.

Encontramos una asociación directa y significativa entre la satisfacción y la valoración de algunos de los derechos; así, a medida que aumenta la satisfacción se incrementa la valoración y el respeto de los profesionales. También encontramos una correlación significativa entre la valoración global de los derechos y la satisfacción total. Es necesario realizar más estudios para poner de manifiesto

### Lo conocido sobre el tema

- En la situación actual, resultan impensables unos criterios de calidad de los servicios de salud que no tengan en cuenta como elementos guía la participación activa de los usuarios y la promoción y difusión de los derechos de los pacientes.
- Hay una situación generalizada de insatisfacción laboral entre los profesionales sanitarios.

### Qué aporta este estudio

- La importancia que conceden los médicos de familia a los derechos del paciente es elevada.
- La edad, el estado civil y las características profesionales, como la formación previa, el medio laboral, el número de tarjetas sanitarias, trabajar en un centro docente y la satisfacción laboral, influyen en la valoración que hacen los médicos de familia de los derechos del paciente.



que la situación profesional puede influir en la valoración de los derechos del paciente. Y, aunque en los últimos años se ha producido un avance formal en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, no se dispone de evaluaciones sobre la efectividad de estas actuaciones normativas, por lo que creemos que es necesario realizar más investigaciones.

## Bibliografía

1. Leenen HJJ, Geves JKM, Pinet G. The rights of patients in Europe. Deventer Boston: Kluwer Law and Taxation Pub.; 1993.
2. Casares Fernández-Alvés M. Derechos de los pacientes. *Tribuna Médica*. 2001;1381:28-35.
3. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:469-9.
4. Hyder AA, Wali SA, Khan AN, Teoh NB, Kass NE, Dawson L. Ethical review of health research: a perspective from developing country researchers. *J Med Ethics*. 2004;30:68-72.
5. 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 n.º 274-2002 de 15 de noviembre de 2002.
6. Montalvo-Jääskeläinen F, Moreno-Alemán J, Santamaría-Pastor M. Incidencia de la Ley de autonomía del paciente en la gestión del riesgo sanitario. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:100-9.
7. Figueras Sabater R. Derechos de los pacientes y calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:318-26.
8. Shearer S, Toedt M. Family physicians' observations of their practice, well being, and health care in the United States. *J Fam Pract*. 2001;50:751-6.
9. Lachica E, García-Ferrer R, Luna A. Actitudes de un grupo de médicos ante los derechos del enfermo. I Jornadas Nacionales sobre los Derechos del Enfermo. Murcia: Consejería de Salud y Consumo; 1987. p. 174-9.
10. Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the medical outcomes study. *Health Psychol*. 1993;12:93-102.
11. Meneu R. Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20:337-42.
12. Delgado Marroquín MT, Martín Espildora N. Aspectos éticos en la consulta del médico de familia. Obligaciones de confidencialidad y secreto médico [citado 22 Mar 2005]. Disponible en: [www.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2004/tema11/etica.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2004/tema11/etica.htm)
13. Luna Maldonado A, Pérez-Cárceles MD, Osuna E. Conflictos en la información sanitaria al enfermo y/o sus familiares. XIII Congreso Mundial de Derecho Médico. Helsinki: Book of Proceedings; 2000. p. 702-9.
14. Fuertes C, Casado V. La especialidad de medicina familiar y comunitaria en 2004 con la aplicación de nuevo programa de formación. *Anales de Navarra*. 2004;26:291-4.
15. Delgado Marroquín MT, Simón Lorda P, Sanz Pozo B. La ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:265-7.
16. Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2002;16:182-7.
17. Sobrequés J, Cebriá J, Segura J, Rodríguez C, García M, Junco-sa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:277-33.
18. Arce Arnáez MA, Martínez Aguayo C, Sánchez Ludeña ML. El clima laboral en los trabajadores de Atención Primaria. *Gac Sanit*. 1994;8:79-84.