

Esta sección incluye opiniones de los lectores, observaciones científicas formalmente aceptables sobre temas de la revista, así como trabajos que por su extensión reducida no se adecúan a la sección de originales.

## Estudio comparativo de la regulación de la historia clínica en el País Vasco y en Cataluña

**Gerardo Colomar**

*E.U.E. Santa Madrona, Barcelona*

### Sr. Director:

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, reconoce el derecho del usuario de los servicios del sistema sanitario público y de los servicios sanitarios privados, a “que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento” y “a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...”, artículo 10, apartados 5 y 6 de dicha Ley, respectivamente.

Dichos derechos estaban faltos de una regulación más específica, hasta la aparición del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero de 1995, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Sin embargo no es hasta 1998, en el País Vasco, con el Decreto 45/1998, de 17 de marzo, que establece el contenido y regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias, y hasta el 2000 en Cataluña, con la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y documentación clínica, que se elabora una regulación más específica de la Historia Clínica en nuestro país.

Dado su origen diverso -Decretos en el País Vasco, ley en el caso de Cataluña; el tiempo transcurrido entre la publicación de ambas normativas; las referencias normativas en el origen de ambas regulaciones; y su ámbito de aplicación distinto -más amplio en el caso catalán que en el vasco- el resultado en la práctica asistencial de ambas normas será distinto, aún si la catalana está aún pendiente de un desarrollo reglamentario.

Todo ello en un intento, por parte de ambas Comunidades Autónomas, de desarrollar normativamente la Ley General de Sanidad, que ya desde su origen adolecía de falta de concreción en su regulación de la Historia Clínica, -así no quedaba claro en dicha norma qué hacer si el paciente se negaba a que sus

familiares o allegados recibieran información sobre su estancia y/o proceso ni el criterio a seguir en caso de solicitud del acceso a la Historia Clínica-: si la norma vasca reproduce casi íntegramente dicha Ley General de Sanidad, la catalana lo hace con limitaciones, que pueden entenderse como no incluidas en la ley estatal, lo que podría atentar contra los principios de igualdad y de no discriminación recogidos en los artículos 1 y 14 de la Constitución.

Por ello sería deseable una regulación estatal más homogénea con el principio de igualdad antedicho que permitiera a su vez la plasmación de las distintas singularidades que las diversas Comunidades Autónomas pudieran disponer -porqué ¿qué sucedería si un ciudadano español residente en Cataluña confeccionara un documento de voluntades anticipadas, vinculante para el personal asistencial, y exigiera su cumplimiento en otra Comunidad Autónoma, por poner tan sólo un ejemplo?.

La actual organización sanitaria contempla ya órganos, cual podría ser el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, previsto por la Ley General de Sanidad, que podrían afrontar esta cuestión.

## Estudio de la satisfacción del cliente interno de un Servicio de Alergia: una oportunidad de mejora

**Ángel Campos**

*Hospital Universitario La Fe. Servicio de Alergias  
Valencia*

### Sr. o Sra. Director/a:

Ante la relativa escasez de estudios publicados que exploren la opinión de los Clientes Internos de las organizaciones sanitarias y la trascendencia que ello tiene en las actividades susceptibles de Coordinación No Protocolizable (CNP) en el seno de las instituciones, hemos realizado un estudio piloto para analizar la satisfacción de los CI de un servicio hospitalario de Alergología.

Se remitió una encuesta por el correo interno a 73 médicos de distintos servicios o unidades de nuestro Hospital que solicitaron nuestra atención en enfermos hospitalizados durante 12 meses consecutivos a partir de julio de 1999. Se adjuntó un sobre respuesta dirigido a uno de los autores (A.C.) y no se pedía identificación alguna.

Previamente a través de un debate interno llegamos a definir como relevantes una serie de dimensiones de la asistencia prestada (Tabla 1) a las interconsultas hospitalarias internas. No siendo posible disponer de bibliografía adecuada al caso, nos basamos en nuestra experiencia, es decir, en aquellos aspectos que a nosotros mismos nos hubieran satisfecho en el caso de tener que solicitar ayuda a otro servicio. La respuesta era en algunos casos dicotómica y en otros se solicitaba usar una escala de Likert oscilando entre 0 (nada o muy malo) y 5 (todo o muy bien).

Se recibieron en forma adecuada 24 encuestas. A través de algunas conversaciones informales con algunos de los destinatarios de las encuestas se puso de manifiesto que el excesivo

Tabla 1.

| N = 24                                     | Respuesta afirmativa<br>(respuesta dicotómica) | No recuerda<br>o No procede |
|--|--|-----------------------------|
| Constancia escrita de la atención prestada | 90%  | 10%                         |
| Solución del problema concreto             | 90%  | 10%                         |
| Seguimiento del proceso                    | 50%  | 30%                         |
|  | Respuesta mediante<br>escala de Likert (0 a 5) |                             |
| Rapidez en la atención                     | 3,8  |                             |
| Utilidad para el paciente                  | 4,1  |                             |
| Implicación del Alergólogo                 | 3,9  |                             |
| Satisfacción global                        | 4,5  |                             |

lapso entre el hecho asistencial y la encuesta, en alguna ocasión superior a 12 meses dificultaba su recuerdo con nitidez. Algunos médicos no pudieron ser detectados por haber sido MIR en periodos de rotación o abandono del Hospital. En alguna ocasión el nombre del médico era ininteligible. La tabla recoge los resultados en donde la satisfacción global fue de 4.5.

En nuestro conocimiento no existen datos publicados acerca de estudios similares, aunque se insiste en la importancia teórica de conocer la opinión del Cliente Interno<sup>1</sup>. Un problema añadido ha sido diseñar las dimensiones del estudio. Las dimensiones referidas al paciente o cliente externo referidas en la bibliografía<sup>2-4</sup> no resultan útiles en este caso. Tampoco las dimensiones recogidas en los estudios de Marketing<sup>5</sup> son de utilidad.

Creemos que las dimensiones definidas en este trabajo reproducen adecuadamente los fundamentos de una buena atención a las interconsultas hospitalarias y podría servir de base a futuros trabajos. Evidentemente, los datos aquí presentados no pueden extrapolarse al resto de servicios de nuestro hospital y desconocemos datos similares de otros servicios de Alergología. No se consideró de interés incluir preguntas comparativas o de *Benchmarking*.

Obviamente la CNP en el seno de una organización compleja como un hospital, donde es de todo punto imposible una protocolización real del 100% de la asistencia del día a día, cobra su verdadera trascendencia al ser un indicador del funcionamiento interno de las instituciones.

En nuestro caso, el pilotaje ha servido para poner a punto el sistema asequible de recogida de opinión de nuestros Clientes Internos. A la vista de estos resultados nos planteamos realizar encuestas con el sistema de Planes de Muestreo por Lotes y con una cadencia trimestral que evite un periodo de respuesta tan lejano. A fin de mejorar la asistencia hemos diseñado una sistemática interna que designa de forma rotatoria a un médico de plantilla para atender las Interconsultas y la aceptación de peticiones telefónicas procedentes de las unidades de cuidados críticos.

## Bibliografía

1. Sánchez JA, Saturno P. Las encuestas de satisfacción. En: *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid: Dupont Pharma, 1997.

2. Hall J, Dorman M. GAT patients like about their medical care and how often they asked: A meta analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988;27:939-9.
3. Keeble B, Keele A. Satisfaction with NHS: What is it and can we measure it? *J Roy Coll Gr Practit* 1989;39:269-72.
4. Hall J, Dorman M. Meta analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988;27:637-44.
5. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A múltiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail* 1988;63:12-40.

## Vacuna antineumocócica: el Ministerio ha movido pieza

### Juan Gérvás

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid) Equipo CESCA (Madrid)

### Sr. Director:

Ha cedido la presión sobre el público y sobre los médicos para introducir la vacuna antineumocócica. El éxito se debe, en parte, a la difusión de un mensaje anterior (que ha terminado publicado como "carta al director", en el Diario Médico el lunes 15 de octubre), lo que significa que se distribuyó ampliamente y sirvió para ayudar a tomar postura beligerante por parte de muchos profesionales. Hay, pues, posibilidades de respuesta frente a los abusos del mercado farmacéutico. También puede haber contribuido la difusión de un texto elaborado por Juan José Delgado Domínguez, pediatra de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, muy crítico con el laboratorio fabricante de la vacuna (accesible en [www.aepap.org/vacunaneumo.htm](http://www.aepap.org/vacunaneumo.htm)). La crítica se basaba tanto en los problemas científicos de oportunidad para su introducción como en las técnicas de propaganda directa a la población. Estas técnicas tienen un futuro prometedor, pese al daño previsible; son las técnicas de "propaganda directa a la población de medicamentos de prescripción médica", PDPM (*Direct to Consumer Advertising of Prescription Only Medicines*, DTCA); sobre ellas, y sobre cómo defenderse de las mismas, ha escrito un médico general australiano, Peter Mansfield, en la revista *Healthyskepticism* (Sano escepticismo) (accesible en [www.healthyskepticism.org](http://www.healthyskepticism.org)).

El Ministerio de Sanidad y Consumo respondió con prontitud a la alarma provocada por la "semana de las enfermedades neumocócicas en la infancia", y a la difusión del mensaje anterior sobre esta cuestión. Aunque no se había hecho llegar a los médicos, la Comisión de Salud Pública, formada por representantes de las Autonomías y del Ministerio, ya tomó una decisión respecto a la vacuna antineumocócica en reunión de 21 de junio de 2001, recomendándola sólo en a. niños con infección por VIH; b. niños inmunocomprometidos y c. niños inmunocompetentes con enfermedades crónicas y riesgo de enfermedad neumocócica. Estas conclusiones se han hecho llegar a los médicos a finales de septiembre. Tarde, pues ya había circulado la propaganda a favor de la vacuna "universal, y ya".