

¿Los pacientes entienden lo que les explicamos en los consentimientos informados?



Do patients understand what we explain to them in Informed Consent forms?

Sra. Directora:

La Ley 41/2002¹, de 14 de noviembre, establece que el respeto a la autonomía del paciente implica que toda actuación en el ámbito de la salud necesite el consentimiento libre y voluntario del afectado, después de haber recibido esta la información suficiente y haber valorado las opciones propias del caso. Esta ley determina que este consentimiento informado (CI) tiene que ser por escrito para determinados procedimientos.

Health literacy (HL) o alfabetización en salud^{2,3} es la capacidad que tienen las personas de obtener, procesar y entender la información sobre temas de salud con la finalidad de tomar las decisiones más adecuadas para mejorar o mantener la suya. Esta capacidad incluye la de entender la información de los CI, pues los pacientes se enfrentan cotidianamente con la complejidad de la información que los profesionales sanitarios quieren transmitirles, y también cada vez más con situaciones en las que tienen que tomar decisiones sobre qué opción terapéutica eligen o si aceptan o no un determinado tratamiento.

En el Hospital Clínic de Barcelona quisimos conocer si los CI que utilizábamos estaban redactados en un lenguaje que facilitara que el paciente entendiera la información que contenían; para ello en el año 2012 realizamos un estudio, escogiendo al azar una muestra de 10 de los 150 CI disponibles en el hospital. Para su análisis utilizamos el programa Inflesz⁴, que evalúa la dificultad de interpretación y el método *Suitability of Assessing Materials* (SAM)⁵⁻⁷ que evalúa la legibilidad. Así mismo se diseñó *ad hoc* una encuesta de opinión en la que una muestra de 76 pacientes nos dio su opinión, anónimamente, sobre los mismos y si estaban o no satisfechos con la información que se les daba. Los resultados de las encuestas sirvieron para contrastar esos resultados con los obtenidos en el análisis de los CI.

El CI debería ser un documento de fácil comprensión para los pacientes, ya que en él se les informa sobre los procedimientos o pruebas que se les va a realizar, los riesgos de estas pruebas y las posibles complicaciones; sin embargo, en nuestro estudio solo el 47,4% de las personas, del 55,3% que manifestó haberlo leído, indicó que había entendido lo que en él se explicaba. Estos porcentajes fueron menores en personas mayores de 60 años. Quizás esto pudiera ser debido a que el 40% de los CI presentaron un nivel de comprensión puntuado como bastante difícil por el Inflesz, y a que el 30% presentaron un nivel legibilidad valorado como inadecuado por el SAM. El insuficiente tamaño de la letra, o el no utilizar un lenguaje llano en su redacción fueron las causas principales de estas bajas puntuaciones.

Una de las principales dificultades expresadas por los pacientes fue el uso de lenguaje técnico en algunas de las partes del CI. Tal como sugieren otros estudios⁸ los documentos de CI acostumbra a ofrecer suficiente cantidad de

información, pero son difíciles de leer y comprender por los pacientes.

En nuestro estudio el 89,5% de los pacientes de la muestra consideró importante recibir información escrita, sin embargo, tal como se reflexiona en un reciente artículo⁹, se observan en los documentos de CI problemas de calidad, muchas veces a causa de su enfoque defensivo, lo cual dificulta el ejercicio de autonomía por parte de los pacientes. El 92,1% de los pacientes encuestados consideró que la información escrita debía ser complementada con información facilitada oralmente por el/la médico. Ello nos orienta a que los pacientes considerarían que es importante para ellos recibir información verbal de su doctor/a, aunque se les dé esa información en un documento escrito. Creemos que la comunicación directa con su médico les permite transmitir dudas y aumenta su confianza¹⁰. Este es un aspecto a tener en cuenta, pues pudiera ocurrir que el hecho de dar información por escrito nos hiciera pensar que ya no es necesaria la comunicación oral, lo cual quizás sería un error si buscamos conseguir una buena comunicación profesional de la salud-paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación para la redacción del presente artículo.

Bibliografía

1. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, 15 de noviembre. 2002;40126-32.
2. Suñer Soler R, Santiñá Vila M. Health literacy y salud. *Rev Calid Asist.* 2013;28:137-8.
3. Rudd RE, Groene OR, Navarro-Rubio MD. On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions. *Rev Calid Asist.* 2013;28:188-92.
4. Barrio-Cantalejo IM, Simón-Lorda P, Melguizo M, Escalona I, Marijuán MI, Hernando P. Validación de la escala INFLEZ, para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos al paciente. *An Sist Sanit Navar.* 2008;3:135-52.
5. Doak C, Doak LG, Root JH. Assessing suitability of materials. En: Belcher M, editor. *Teaching patients with low literacy skills*. 2. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1996.
6. Le Brum M, DiMuzio J, Beauchamp B, Reid S, Hogan V. Evaluating the health literacy burden of Canada's public advisories: A comparative effectiveness study on clarity and readability. *Drug Saf.* 2013;36:1179-87.
7. Suñer Soler R, Santiñá Vila M, editores. *Alfabetización para la salud: estándares y recomendaciones para los profesionales de la salud*. Girona: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, Documenta Universitaria; 2014.
8. Jiménez Álvarez C, Morales Torres JL, Pereira Rodríguez MJ. Evaluación de la exhaustividad y legibilidad de documentos de consentimiento informado en cirugía pediátrica. *Cir Pediatr.* 2000;14:53-6.
9. Calle-Urra JE, Parra-Hidalgo P, Saturno-Hernández PJ, Martínez-Martínez MH, Navarro-Moya FJ. Evaluación de la calidad formal de los documentos de consentimiento informado en 9 hospitales. *Rev Calid Asist.* 2013;28:234-43.

10. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.

M. Santiñà^{a,*}, F.X. Segura-Ciprés^b y E. Barranco-Duran^b

^a Dirección de Calidad y Seguridad Clínica, Hospital Clínic, Barcelona, España

^b Documentación Sanitaria, Institut Bonanova, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msantina@clinic.cat (M. Santiñà).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.09.003>

Análisis de las reclamaciones presentadas en un centro de salud durante los años 2010 a 2012. Estudio descriptivo transversal



Analysis of complaints lodged in a health center from 2010 to 2012. Cross-sectional study

Sr Director:

La principal función de los profesionales de atención primaria es contribuir a mejorar la salud de la población atendida, intentando ofrecer siempre la máxima seguridad y calidad asistencial. Los pacientes, cuando acuden a consulta, no sólo esperan recibir una buena asistencia sanitaria, sino que demandan disfrutar de comodidades y de otras ventajas a las que consideran que también tienen derecho¹. En este contexto, las quejas y reclamaciones constituyen una forma de participación activa de los ciudadanos para expresar insatisfacción respecto al servicio recibido², y son los métodos más frecuentemente utilizados para recoger la opinión de los usuarios³⁻⁵, permiten detectar problemas y disconformidades, las áreas en donde ocurren y los motivos por los que se producen, así como identificar oportunidades de mejora³.

Para conocer la situación de nuestro centro de salud respecto a los principales motivos de queja, la pertinencia de la misma, el perfil de la persona demandante, y el profesional demandado, se analizaron las 261 reclamaciones presentadas durante los años 2010-2012.

El principal motivo de queja (clasificados según: accesibilidad al sistema, demoras en consulta o sala, euskera, atención sanitaria no adecuada, trato personal, organización y coordinación, hostelería e instalaciones y otras) fue la accesibilidad al sistema sanitario con el 39,1% de todas las quejas (122). De ellas el 70,5% fueron presentadas por mujeres (86) y el 86,8% (106) y por usuarios con edad > 35 años.

En relación al perfil de la persona demandante se observó que en el 64,4% de los casos (168), la reclamación fue interpuesta por mujeres, mayoritariamente por las de edad entre 35-45 años, probablemente debido a la mayor frecuentación de las mujeres en atención primaria y a que es más probable que una persona joven, con alto nivel educativo y residente en municipios grandes sea más crítica con el sistema sanitario y se muestre, por tanto, más insatisfecha con los servicios recibidos⁶. La edad es sin duda la variable

externa al sistema sanitario que más influye en la satisfacción del paciente. Las personas de edad avanzada, los más frecuentadores, muestran en muchos estudios una percepción positiva de la atención recibida en atención primaria^{3,6,7} y en nuestro trabajo, de igual manera, fue el grupo con menor número de reclamaciones.

Los profesionales más demandados fueron los pertenecientes al área de atención al cliente (44,4%-138), directamente afectado por las reclamaciones de accesibilidad, fundamentalmente, en relación con la implantación de un nuevo método de cita a finales del 2010, seguido por el médico de atención primaria (51; 16,4%), siendo el profesional sanitario que más quejas ha recibido al igual que en muchos estudios (3 17, 18, 20). Algunos autores han relacionado este resultado con la relevancia de sus decisiones, mayores exigencias, o con otras razones relacionadas con la empatía y capacidad de comunicación del profesional⁴. Lo más destacable es que los pacientes con edad >60 años fueron el grupo que menos demandó a los médicos de atención primaria (3,9%; 2). Igualmente, los médicos con menos de 3 años de antigüedad en nuestro fueron los más demandados (88,6%; 39), lo que podría explicarse por el menor conocimiento de la historia del paciente y la menor confianza depositada en ellos.

Respecto a la pertinencia de las quejas (tabla 1): se definió la reclamación como "pertinente" cuando había un motivo claro de queja; como "no pertinente" cuando se actuó de acuerdo a las guías de práctica clínica ante un problema clínico asistencial, y cuando se siguieron los procedimientos ISO 9001:2008 ante un problema administrativo. Consideramos "indeterminadas" aquellas en la que fue imposible valorar todas las circunstancias de la queja o cuando no se llegó a un acuerdo unánime entre los evaluadores. Las quejas fueron clasificadas inicialmente como pertinentes (197 [63,3%]), no pertinentes (69 [22,2%]) e indeterminadas (45 [14,5%]). Sin embargo, aquellas en las que no se pudo llegar a un acuerdo unánime entre evaluadores, las indeterminadas, se consideraron a efectos del análisis estadístico como pertinentes. Por esta razón, el 77,8% de todas ellas fueron pertinentes.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni por año ni por sexo ($p > 0,05$) pero sí por grupos de edad ($p = 0,004$), correspondiendo el mayor porcentaje de quejas no pertinentes a los pacientes más jóvenes (28 [40,6%]), las dirigidas al colectivo sanitario (42 [60,9%]; $p < 0,001$) y a aquellas en las que el motivo fue asistencia sanitaria o demoras (36 [52,2%]; $p < 0,001$). El hecho de que la mayoría de las quejas no pertinentes se dieran en personas < de 35 años permite inferir un papel más activo de los ciudadanos jóvenes, pero también un grado