CAMBIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE: INFLUENCIA DE LOS DESARROLLOS NORMATIVOS

Pérez-Jover, V., Mira, J.J. y Rodríguez-Marín, J.
Departamento de Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández de Elche

RESUMEN

En este trabajo se describe 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 (LAP) comentando cada una de las aportaciones que realiza en el desarrollo de los derechos y deberes de los pacientes. Se considera una ley importante ya que se espera incida de forma muy especial en el marco de relación entre pacientes y profesionales fomentando una participación más activa de los primeros. También compararemos los contenidos de la LAP con los de la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana.
Palabras clave: derechos, deberes, Ley de Autonomía del Paciente, Ley de Derechos e Información al Paciente

ABSTRACT

In this work Law 41/2002 is described (Law 41/2002, November 14, of Autonomy of the Patient, LAP) commenting each one of the contributions that make in the development of the rights and duties of the patients. It is considered an important law and it is expected to affect of very special form within the framework of

relation between patients and professionals to promote a more active participation of the first group. Also we will compare the contents of the LAP with those of Law 1/2003 (January 28, from the Valencia Regional Government, about rights, duties and autonomy of patients).
Key words: rights, duties, Law of Autonomy of the Patient, Law of Rights and Information to the Patient.

INTRODUCCIÓN

En España, la Ley General de Sanidad (1986) recogió, por primera vez, un catálogo de derechos y deberes de los pacientes. Ahora bien, el ejercicio de estos derechos y, particularmente, de estos deberes no ha tenido todo el éxito que hubiera sido deseable. Recientemente se han aprobado 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 (LAP) en el ámbito nacional, y la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana en nuestra Comunidad Autónoma, que esperamos faciliten el desarrollo de estos derechos y deberes.

La promulgación de estas leyes responde, en gran medida, a los cambios en el papel que desempeña el paciente en los sistemas sanitarios de las sociedades democráticas y que vienen gestándose desde hace casi 20 años (Wensing y Grol, 1989). Es de sobra conocido que, tradicionalmente, el paciente ha tenido un rol eminentemente pasivo, consecuencia de la asimetría de información que poseía frente al profesional sanitario que, siendo este último el que disponía del conocimiento médico sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, era el que ejercía un rol más activo (Arrow, 1963). Ahora bien, conforme su nivel educativo aumenta y la información disponible se incrementa, el rol del paciente deja de ser el mismo. De los factores que inciden en ese cambio de rol, vamos a centrarnos en este trabajo, especialmente, en el desarrollo del marco normativo que creemos va a favorecer el cambio del paradigma paternalista hacia otro en el que prime la autonomía del paciente (Mira y Aranaz, 2000).

En esta revisión haremos un repaso de los cambios que se están produciendo en la relación médico-paciente, sobre la base de las nuevas leyes que potencian los derechos de los pacientes.

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 (LAP).

La aprobación de la LAP supone un hito histórico que, muy probablemente, transformará, en los próximos años, el modelo de relación entre pacientes y profesionales sanitarios, entre ciudadanos y sistema de salud.

La LAP regula de forma más exhaustiva cuestiones que, si bien la Ley General de Sanidad ya consideraba, lo hacía de manera exigua y requería de una mayor profundidad. Así pues se profundiza en temas como el derecho a la libre elección de médico y de centro, a la información sanitaria, a la intimidad y a la autonomía (reflejada en el consentimiento en su sentido más amplio).

Lo que se espera de esta Ley es convertir a los, hasta ahora, agentes más pasivos del proceso asistencial (i.e. el paciente) en el eje de todo el Sistema Sanitario, reforzando y dando un trato preferencial al derecho a la autonomía de la persona (Delgado, Simón y Sanz, 2003). La aparición de esta Ley ha despertado, sin ninguna duda, importantes expectativas y supone una referencia en nuestro país a la hora de hablar de derechos de los pacientes.

Ahora bien, los cambios normativos aunque, sin duda ayudan, no cambian las conductas necesariamente. En la práctica asistencial encontramos barreras para el ejercicio de estos derechos. Algunas de las más importantes son: razones estructurales en los centros (como por ejemplo, carencias de espacios que permitan la confidencialidad de la información o la privacidad); razones de índole organizativa (tiempos medios de consulta o fórmulas que dificultan que el paciente tenga un médico responsable, o prácticas inadecuadas de consentimiento informado); estilos de práctica centrados más en la tecnología que en el paciente; formación de estudiantes (futuros profesionales) y residentes centrados sobre todo en competencias técnicas que no dejan tiempo para aprender habilidades para interactuar con los pacientes; y actitudes que tienden a la autocomplacencia.

La LAP establece que el titular del ***derecho de información sanitaria*** es el paciente, incluso en el caso de incapacidad, aunque contempla la posibilidad de que también sean informadas aquellas personas vinculadas a él, "por razones familiares o de hecho", en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita o cuando el médico considere que carece de capacidad para entender la información. La información, como regla general, se proporcionará verbalmente aunque debe quedar constancia en la historia clínica. No obstante se expresa, como era de esperar, que la persona también tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.

Actualmente, con el impresionante avance en el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, y la facilidad de acceso desde los hogares, se

está abriendo un novedoso espacio para la información y para la comunicación. El estudio de Wagner, Teh-ewi y Hibbard (2001) es bastante relevante en este sentido, ya que muestran cómo el ciudadano ha cambiado su estrategia de búsqueda de información. Muestran cómo Internet ha pasado a ser una fuente importante de información sanitaria (los ciudadanos que obtienen información médica a través de este recurso han pasado de un 7,8% en el 1996 a un 15% en el 1998). De cualquier forma, la información que facilitan los profesionales todavía es importante aunque, como indican los datos (31% de los ciudadanos consultaban esta información al médico en el año 1996 y un 29,6% lo hace en el 1998), va en decremento.

La LAP establece igualmente ***el derecho a la información para la elección de médico y de centro***. Los pacientes deben recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso. Para ello los servicios de salud deberán de tener una guía o carta de los servicios especificando los derechos y deberes de los pacientes, las prestaciones, características asistenciales y sus dotaciones (de personal, instalaciones y medios técnicos). Con esta información parece ser que el usuario y paciente dispondrá de información relevante y comprensible, que les capacite y les permita realizar la elección de médico y centro de forma responsable (Mira y Rodríguez-Marín, 2001).

No obstante, a tenor de los datos presentados por Mira, Lorenzo y Sanz (2003) parece ser que el hecho de presentar esta información sobre resultados asistenciales es un debate abierto ya que se han encontrado tanto ventajas como inconvenientes. A los sistemas diseñados para difundir resultados asistenciales de tal forma que el paciente pueda decidir dónde acudir en busca de ayuda médica después de analizar la información disponible, se les conoce como *Report Cards* en EE.UU. y cómo *League Tables* en el Reino Unido. En este tipo de documentos puede obtenerse información sobre los recursos de que disponen los hospitales, las técnicas que aplican, e información clasificada que permite comparar, en cuanto a resultados alcanzados, los centros que ofrecen sanitarios entre sí, facilitando a los pacientes potenciales la oportunidad de comparar servicios sanitarios, planes de salud, etc. (Burstin et al, 1999; Fowles, Kind, Braun y Knutson, 2000; Mira et al., 2003; Mukamel y Mushlin, 1998).

Esta nueva información se espera que tenga efectos positivos pero sabemos que pueden generar confusión entre los ciudadanos (Hibbard, 1998), resultar polémicos entre los profesionales (Peiró, 2001) y tienen algunos efectos menos positivos de lo que se esperaba (Hibbard, Jewett, Legnini y Tusler, 1997; Marshall, Shekelle, Leatherman y Brook, 2000).

Otro de los derechos que contempla la LAP es el ***derecho a la intimidad***. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. En palabras de García y Cózar (2000) "*el derecho a la intimidad ha sido, con toda proba-*

bilidad, el más repetidamente ignorado en el funcionamiento de los hospitales españoles". En las instituciones sanitarias son muchas las personas que tienen acceso a la información clínica del paciente, que pertenece al ámbito más íntimo de la persona, y parece ser frecuente ver este tipo de información en mesas o salas de reuniones sin control de acceso. Por ello, parece oportuno que se adopten las medidas necesarias para garantizar que se cumpla este derecho, máxime cuando existen diferentes normas (Real Decreto 994/1999, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, el Convenio de Oviedo y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) formuladas con el objeto de garantizar el acceso legal a este tipo de datos. La cuestión fundamental es, por tanto, adaptar todas las estructuras sanitarias al cumplimiento de este derecho (sobre todo en la seguridad de los sistemas informáticos), así como asegurarse de que todo el personal implicado en el manejo de esta documentación conozca estas normas.

En cualquier caso la confidencialidad podría incumplirse en las siguientes circunstancias: cuando hay consentimiento por parte del paciente, cuando revelarlo suponga un bien para el paciente, cuando sea imprescindible para la protección de terceras personas o por imperativo legal.

El ***respeto de la autonomía del paciente*** es contemplado en el Capítulo IV, artículo 8, en el que se exponen los principios por los que se tiene que regir el Consentimiento Informado (CI). La LAP define el CI 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*".

Como norma general el consentimiento será verbal, considerando las siguientes excepciones: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios que se prevea van a tener una repercusión negativa en el paciente. Esto constituye una significativa novedad que facilita enormemente el trabajo del clínico, superando las dificultades prácticas anteriores.

El consentimiento informado no será necesario en el caso de que el paciente manifieste expresamente que no quiere ser informado, que exista un riesgo para la salud pública y cuando la intervención sea indispensable por riesgo vital y no es posible conseguir autorización. Y se hará en representación si ocurre una de estas tres situaciones: incapacidad de hecho del paciente, incapacidad legal y minoría de edad no madura. A esto se añade que, cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, con más cuidado hay que desarrollar los procesos de información y de consentimiento y, por tanto, necesidad de soporte escrito.

Las investigaciones sobre cómo se lleva a la práctica en España este derecho del paciente y las opiniones de médicos y pacientes al respecto, muestran curiosos resultados y algunas preocupantes cuestiones para el debate sobre quién informa, cuánto tiempo se destina a esta información y cómo mejorar el grado de comprensión por parte del paciente de esta información (Batista, Isabal, Macia y Palou, 1994; Herrero, Reyes y García, 2001; Sainz, Martínez-Mondejar y Quintana, 1997). Los datos de las investigaciones sugieren que los médicos encuentran en el CI una herramienta útil para protegerse de posibles riesgos pero también para informar a los pacientes. Para los pacientes es sobre todo, en la actualidad, una herramienta para que los médicos se sientan protegidos, sin que vean en el consentimiento informado una herramienta suficientemente útil para obtener información sobre lo que les ocurre y sobre las posibles alternativas terapéuticas en su caso concreto.

Algunos de los datos resultan especialmente relevantes. Un 16% de los pacientes parecen no entender la información que reciben y el documento que firman, pese a lo cual casi un 90% se declara satisfecho con el CI tal y como se lleva a cabo en los hospitales españoles (Batista et al., 1994). Aunque eso sí, esta satisfacción está directamente relacionada con la posibilidad que se ofrece al paciente de preguntar sus dudas al médico. Todo lo cual invita a sustituir el concepto de informar de aquello que diría un "médico razonable" por el de informar de aquello que desearía conocer una "persona razonable".

El estudio de Herrero et al. (2001) es especialmente interesante ya que compara las perspectivas de profesionales y pacientes sobre el consentimiento informado en España. De este modo, por ejemplo, comprobamos que mientras que un 52% de los médicos dice que ha informado al paciente, un 65% de los pacientes dice haber sido informado por el médico. Estos datos muestran que no siempre se llevan a la práctica las directrices del Consejo Interterritorial (1995) respecto de cómo conducir el consentimiento informado y que el paciente no discrimina adecuadamente la fuente de información.

Además, la LAP contempla el ***derecho a las instrucciones previas,*** estableciendo un documento mediante el cual el paciente, como persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que no se encuentre en situación de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez fallecido, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. No obstante, no serán consideradas las instrucciones previas que contravengan las leyes, lo que excluye la posibilidad de cualquier clase de petición de eutanasia activa (León, Galán y Sanz, 2003). Sin embargo, una de las dificultades señaladas es que la LAP deja en manos de las comunidades autónomas el procedimiento de formalización de las instrucciones

previas, por lo que documentos realizados y válidos en una comunidad pueden ser nulos en otra.

Otro documento relevante, en el contexto de esta Ley es la ***historia clínica***. La historia "*comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos [...] dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento actualizado del estado de salud*". Se especifican los contenidos mínimos que debe incluir, indicando que la cumplimentación será responsabilidad de los profesionales que intervengan en la asistencia directa al paciente.

La LAP considera que la historia clínica es un "*instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente*" por lo que, cada centro, establecerá los mecanismos adecuados para que los diferentes profesionales que asistan al paciente puedan tener acceso a la misma. Sin embargo, también contempla que el personal de administración y gestión sólo puedan acceder a los datos relacionados con sus propias funciones. En cualquier caso, establece que la consulta de información de la historia clínica con otros fines (judiciales, epidemiológicos, etc.) se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley General de Sanidad. El paciente tendrá derecho al acceso íntegro y a copia de la historia clínica, exceptuando la información relativa a terceras personas y las anotaciones subjetivas de los médicos. Los familiares y personas vinculadas también pueden acceder, en el caso de fallecimiento, siempre que el paciente no lo hubiera prohibido expresamente. Finalmente destacar que se establece el período mínimo que debe conservarse en los centros sanitarios, siendo un mínimo de 5 años desde el último proceso asistencial.

Por otra parte, todo paciente, familiar o persona vinculada a él recibirá del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta (***derecho al Informe de alta***). La LAP lo define como "*el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*".

Finalmente, los ***deberes del paciente*** quedan expresados sucintamente en el punto 5 de los principios básicos. Los pacientes tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera "leal y verdadera", así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

Parece relevante destacar que, el poco espacio dedicado en esta Ley al desarrollo de los derechos de los pacientes, va paralelo a las investigaciones realizadas en este campo. Así si realizamos una búsqueda en bases de datos sobre documentos que traten sobre derechos y deberes se aprecia cómo, en el período comprendido

entre 1990 a 2002, hallamos 26.512 trabajos que versen de los primeros y solamente 56 que se centren en los deberes de los pacientes. Parece entonces que es un área en la que hay que incidir especialmente para no dejar a un lado las responsabilidades de los pacientes.

LEY 1/2003, DE 28 DE ENERO, DE LA GENERALITAT, DE DERECHOS E INFORMACIÓN AL PACIENTE DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

En el ámbito de la Comunidad Valenciana, se regulan las materias de la LAP, conforme a lo contemplado en el texto de la citada Ley, promulgando la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana. El objetivo de ésta Ley es "proporcionar una clara definición de los derechos y obligaciones de los pacientes, potenciando a su vez la participación activa de los profesionales y de las instituciones sanitarias para lograr una asistencia, promoción, prevención y rehabilitación cada vez mejores y más humanas, en beneficio de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos".

De forma suplementaria a la LAP, se contemplan los siguientes principios normativos en nuestra Comunidad Autónoma:

El Derecho de información. Es un apartado bastante más completo que el de la LAP y en el que se desarrollan con profundidad todos los aspectos relacionados con la información sanitaria. Destacamos el hecho de hacer mención explícita a que, para facilitar el derecho a la información sanitaria de la Comunidad Valenciana, todos los centros dispondrán de "*una guía o carta en las que se especifiquen los derechos y deberes de los pacientes [...]*" y "*un servicio específico para la información y atención al paciente [...]*".

Carta al paciente: En la orden de 4 de diciembre de 2002, de la Conselleria de Sanitat, se aprueba la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana, como "*expresión de los valores del sistema de salud y de los derechos de los pacientes*". En esta Carta el paciente puede encontrar: los valores que inspiran a nuestro sistema de salud, los derechos como ciudadano y paciente de la Comunidad Valenciana, el acceso a los servicios sanitarios en los diferentes niveles asistenciales, los compromisos que la Conselleria de Sanitat adquiere con los ciudadanos y los cauces de participación y colaboración ciudadana para contribuir a mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

Servicio de Atención e Información al Paciente **(SAIP):** Estos servicios se crean como consecuencia del objetivo planteado, en el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana, acerca de la mejora del nivel de información y atención a los pacientes. El SAIP se define como *"la unidad funcional responsable de atender e informar a los ciudadanos que utilizan el sistema*

sanitario público y tramitar las sugerencias, quejas o reclamaciones que los ciudadanos puedan realizar" (DECRETO 2/2002, de 8 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crean los Servicios de Atención e Información al Paciente). Así pues el SAIP será el responsable del cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes, facilitará información y colaborará con la Dirección del Centro en tareas orientadas a mejorar la atención y la percepción de la calidad asistencial que recibe el paciente.

Así como que, cuando habla del derecho de la información epidemiológica, nuestra Ley establece, en su punto 3, que la Consellería de Sanidad *"informará con carácter periódico del análisis epidemiológico de las distintas áreas de Salud",* aunque no expresa a través de qué medio.

El ***Consentimiento Informado (CI).*** En nuestro ámbito hay una enorme diferenciación respecto a la LAP, ya que se define el CI cómo "*la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud*". Es decir, la Ley Valenciana sigue hablando de CI sólo en estas circunstancias cuando la LAP lo ha ampliado a todos los ámbitos en los que se preste una asistencia sanitaria. En el caso valenciano, la Ley de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, añade que la información sea dada "con tiempo suficiente" aunque no incida el plazo de tiempo pertinente.

Sin embargo se aporta algo novedoso como es el **derecho a una segunda opinión**. Los pacientes de la Comunidad Valenciana tienen derecho, dentro del sistema sanitario público, a una segunda opinión, cuando las circunstancias de su enfermedad le exijan tomar una decisión difícil. No obstante se deja entrever que este derecho no está actualmente desarrollado y se añade que será ejercido a lo que se establezca normativamente. Este derecho, especialmente solicitado cuando el paciente sufre una enfermedad grave o muy grave, es cada vez una práctica más frecuente tanto en las consultas médicas especializadas como a través de Internet. Alguno de los datos disponibles nos hacer pensar que, las razones para solicitar esta segunda opinión, residen más en la imposibilidad de preguntarle al médico las cuestiones que le preocupan al paciente más que en la esperanza de que éste se haya equivocado (Van Dalen et al., 2001).

Las **v*oluntades anticipadas***. En la Ley valenciana se denomina así lo que la LAP llama "instrucciones previas". Tal como hemos comentado anteriormente, la ley nacional deja a las comunidades autónomas el procedimiento de formalización de las mismas. Así pues, en nuestra Comunidad, se deberá realizar ante notario, tres testigos mayores de edad de los que dos no deben tener parentesco o cualquier otro procedimiento legal.

Los **d*eberes de los pacientes***. Finalmente otra gran diferencia es el espacio dedicado a las "**obligaciones**" (en la LAP "deberes") de los pacientes. En nuestro caso la extensión con que se trata es bastante mayor a un párrafo (caso de la LAP), tratándola en nueve puntos, siendo el punto sexto el que coincide con la normativa estatal. En general especifica que tienen la obligación de hacer buen uso de los recursos, prestaciones y derechos; cumplir las prescripciones que se establezca con fines de salud pública; hacer uso racional de las prestaciones sanitarias e incapacidad laboral; cuidar las instalaciones; tratar con consideración y respeto a los profesionales y al resto de pacientes; facilitar de forma veraz sus datos de identificación y los de su salud; firmar los documentos de negación de tratamiento y el de alta; y, por último, cumplir las normas y procedimientos que se le otorguen a través de ésta Ley.

CONCLUSIONES

El derecho a ser informado y a participar de las decisiones que afectan a la propia salud, son derechos reconocidos de los ciudadanos en los países democráticos y tienen su traducción práctica en el consentimiento que se pide otorgue el paciente tras un proceso de información antes de una intervención médica. No obstante, el concepto mismo de "consentimiento informado" ha ido variando a lo largo del tiempo pasando de ser un instrumento meramente legal (dentro de un marco de medicina defensiva), hasta un instrumento para paliar el creciente número de demandas patrimoniales a los que sistemas sanitarios europeos están haciendo frente.

Las estrategias de evaluación y de mejora de la calidad asistencial introducidas en los centros sanitarios han despertado el interés por la gestión por procesos. Este hecho ha supuesto un cambio significativo en la forma en que se organizan y prestan las atenciones y cuidados sanitarios, cambio que pasa por considerar no solo las necesidades, sino también, las expectativas de los pacientes, lo que en definitiva conlleva su participación más activa en el proceso asistencial.

Sabemos que los estilos de práctica del médico afectan a la calidad de la atención sanitaria que recibe el paciente y a su satisfacción (Bertakis, Roter y Putnam, 1991). Estos estilos, donde cuenta especialmente la forma en que se comunica, tienen un efecto directo sobre el cumplimiento terapéutico (DiMatteo et al., 1993). La posibilidad de preguntar dudas o manifestar temores ayuda a conocer mejor la enfermedad, a estar más satisfecho y a una mayor capacidad de afrontamiento de la misma (Siminoff, Ravdin, Colabianchi y Sturm, 2000). Es sabido, también, que lo que induce al paciente a solicitar una segunda opinión no es el miedo al diagnóstico, sino la sensación de frustración por no haber podido preguntar todo lo que se deseaba o por quedarse sin conocer cuestiones para él importantes, junto a la sen-

sación de que no se le ha dedicado la atención y el tiempo suficiente (Eysenbach y Diepgen, 1999). Todo esto hace de la comunicación médico-paciente un arma terapéutica. Pero sin el desarrollo de un marco legal que ofrezca mayores garantías es, sin duda, papel mojado.

La LAP plantea un marco obligatorio común para el conjunto del Estado pero contempla que las comunidades autónomas legislen, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, en esta materia y dicten las disposiciones precisas para garantizar a los pacientes y usuarios los derechos de autonomía, información y documentación clínica adecuando a su propia organización y normativa autonómica el desarrollo de los principios básicos contemplados en la Ley.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review, 5,* 941-973.

Batista, J.E., Isabal, H., Macia, N. y Palou, A. (1994). Encuesta sobre información a los pacientes hospitalizados en un centro monográfico. *Actas Urológicas Españolas, 18*,709-713.

Bertakis, K.D., Roter, D, y Putnam, S.M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice, 32,* 175-181.

Boletín Oficial del Estado (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.* BOE de 29/04/1986.

Boletín Oficial del Estado (1999). *Ley ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.* BOE 298 de 14/12/1999.

Boletín Oficial del Estado (2002). *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 de 15/11/2002.

Burstin, H.R., Conn, A., Setnik, G., Rucker, D.W., Cleary, P.D., O'Neil, A., Orav, E.J., Sox, C.M., Delgado, M.T.; Simón, P. y Sanz B. (2003). Ley de autonomía del paciente. *Atención Primaria, 32,* 265-267.

Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (2003). *Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana*. DOGV de 31/01/2003.

Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (2002). *ORDEN de 4 de diciembre de 2002, de la Conselleria de Sanidad, por la que se aprueba la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana.* DOGV de 24/12/2002.

Diario Oficial de la Generalitat Valenciana (2002). *DECRETO 2/2002, de 8 de enero, del Gobierno Valenciano, por el que se crean los Servicios de Atención e Información al Paciente.* DOGV de 14/01/2002.

DiMatteo, M.R., Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., Kravitz, R.L., McGlynn, E.A., Eysenbach, G. y Diepgen, T.L. (1999). Patients looking for information on the Internet and seeking teleadvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. *Archives of Dermatology, 135*, 151-156.

Fowles, J.B., Kind, E.A., Braun, B.L. y Knutson, D.J. (2000). Consumers responses to health plan report cards in two markets. *Medical Care, 38*, 469-481.

García, C. y Cózar, V. (2000). La intimidad del paciente: novedades legislativas. *Medicina Clínica (Barcelona), 115*, 426-427.

Herrero, A., Reyes, A. y García, F. (2001). Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Revista de Calidad Asistencial, 16,* 706-713.

Hibbard, J. y Jewett, J. (1997). Will quality report cards help consumers? *Health Affairs, 16,* 218-228.

Hibbard, J., Jewett, J., Legnini, M. y Tusler, M. (1997). Choosing a Health Plan: do large employers use the data? *Health Affairs, 16*, 172-180.

Hibbard, J. (1998). Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *International Journal for Quality in Health Care, 10*, 503-508.

León, F., Galán, J.C. y Sanz, C. (2003). Repercusión en atención primaria de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II). *Atención Primaria, 33*, 28-30.

Ley de Salud Pública (PHL) 2803. (1)(g) Derechos de los Pacientes. 10 NY CRR, 405.7(a)(1) 405.7(c).

Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S. y Brook, R.H. (2000). The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association, 283*, 1866-1874.

Mira, J.J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica, 114*, 26-33.

Mira, J.J. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica, 116,* 104-110.

Mira, J.J., Lorenzo, S. y Martínez-Sanz, A. (2003). Difusión de resultados asistenciales: ventajas e inconvenientes de los report cards. *Revista de Calidad Asistencial, 18*, 209-224.

Mukamel, D.B. y Mushlin, A.I. (1998). Quality of care information makes a difference. *Medical Care, 36*, 945-954.

Peiró, S. (2001). Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Revista de Calidad Asistencial, 16,* 119-130.

Sainz, A., Martínez-Mondejar, B. y Quintana, O. (1997). Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del INSALUD (XV Congreso de la S.E.C.A). *Revista de Calidad Asistencial, 12*, 100-106.

Siminoff, L.A., Ravdin, S., Colabianchi, N. y Sturm, Ch.S. (2000). Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expectations, 3*, 26-36.

Van Dalen, I., Groothoff, J., Stewart, R., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. y van Horn, J. (2001). Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *Journal of Health Services Research and Policy , 6*, 195-201.

Wagner, T.H., Teh-wei, H. y Hibbard, J.H. (2001). The demand for consumer health information. *Journal of Health Economics, 20*, 1059-1075.

Wensing, M. y Grol, R. (1998). What can patients do to improve health care? *Health Expectations, 1*, 37-49.

Dirección de contacto:
Virtudes Pérez Jover
Universidad Miguel Hernández
Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Medicina
Carretera Valencia s/n
San Juan de Alicante
v.perez@umh.es