MÉTODOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

Mira, J.J.
Dpto. Psicología de la Salud
Universidad Miguel Hernández de Elche.

RESUMEN

Los sistemas sanitarios de los países desarrollados han experimentado en los últimos años cambios notables no solo en la tecnología biomédica sino, fundamentalmente también, en cuanto a las relaciones entre profesionales y pacientes. Algunas de estas consecuencias van de la mano de la mayor participación del paciente. En este trabajo se revisan las formas actuales en las que los pacientes pueden llegar a influir sobre el sistema sanitario haciendo valer sus derechos como ciudadanos.
Palabras clave: derechos ciudadanos, sistema sanitario, participación del paciente, satisfacción del paciente.

ABSTRACT

The healthcare systems of the well-developed countries have experienced changes in the last years, not only in biomedical technology but also in the relationships between providers and patients. Some of these changes have their consequences in the quality of providers-patients relationships. The ways that the patients could influence on the healthcare systems are reviewed in this work, making assert the citizens rights.
Key words: citizens rights, healthcare system, patients' participation, patient satisfaction.

INTRODUCCIÓN

La última década del siglo XX ha venido acompañada de una serie de profundos cambios en la forma en que se organizan y dispensan las atenciones médicas.

Estos cambios no han sido producto de la casualidad sino que obedecen a su vez a la amplia transformación que han sufrido las sociedades desarrolladas. Cambios culturales, económicos, tecnológicos y, en definitiva, en las formas de vivir, que han afectado a muy distintos ámbitos, entre ellos al sanitario.

El crecimiento económico que los países de la OCDE han protagonizado ha supuesto un importante avance en los niveles de vida de los ciudadanos, lo que ha repercutido positivamente en las inversiones sanitarias en estos países. Los ciudadanos disponen ahora de mayores facilidades para acceder a los servicios sanitarios, al tiempo que éstos se han visto ampliados en la variedad y calidad de sus recursos (Buil y Mira, 1996).

Ahora bien, el Estado del Bienestar tiene también sus límites presupuestarios y los gobiernos de estos países, con mayor o menor firmeza, han introducido controles macroeconómicos que limitan las prestaciones y propiciado reformas estructurales y organizativas en sus respectivos Sistemas Sanitarios con las que buscan asegurar la calidad de las prestaciones dentro de los límites presupuestarios (Mira, Rodríguez-Marín, Pérez-Jover y Palazón, en prensa). Estas reformas, como es sabido, han adoptado uno de estos dos enfoques (Enthoven y Kronick, 1989; Saltman y Otter, 1989). Por un lado, el de aquellos países que han optado por un modelo de Competencia pública, en cuyo caso se pretende crear un entorno de competencia entre instituciones públicas. Por otro lado, el de aquellos otros que han preferido un modelo de "Mercado Interno" donde, en el marco del mercado, los proveedores públicos compiten con los privados.

Ambos enfoques suponen para los pacientes un protagonismo del que antes no habían gozado al incrementar su capacidad de decisión de forma notable o, alternativamente, de otorgarles una capacidad de elección donde antes no lo disfrutaban.

Una importante preocupación para los gestores sanitarios es atajar la creciente insatisfacción de profesionales y pacientes motivada, probablemente, por los cambios culturales a los que arriba aludimos. Aunque los datos objetivos indican que los recursos son ahora mayores, que las facilidades se han incrementado y que la efectividad del Sistema Sanitario en su conjunto ha aumentado, la paradoja a la que asistimos es que quienes trabajan en el Sistema y quienes acuden a él para recuperar su salud no se sienten suficientemente satisfechos (Barsky, 1988). Por esta razón, viajemos a donde queramos, una nueva premisa es hacer que el sistema sea más sensible a las expectativas de los pacientes.

De este modo, se han iniciado experiencias particulares, tanto al nivel de la atención primaria como en el ámbito hospitalario que, manteniendo la cobertura del

riesgo, buscan poner a prueba alternativas que permitan asegurar. la igualdad en el acceso a la atención sanitaria (Elola, 1989; Hurst, 1991), maximizar la cobertura sanitaria minimizando costes, satisfacer a los ciudadanos en sus necesidades y expectativas, e introducir fórmulas que permitan la libertad de elección para el paciente y la independencia de quienes prestan los servicios (Buil y Mira, 1996).

En este trabajo se revisan las diferentes formas en las que los pacientes participan en la evaluación y mejora del sistema sanitario. Dicha participación se relaciona directamente con los estilos de práctica y con las habilidades y actitudes profesionales, razón por la que, primero, analizaremos algunos de los cambios más significativos que se han venido produciendo en la relación del profesional sanitario con el paciente.

¿UN SECTOR EN TRANSFORMACIÓN?

Decir que el sector sanitario está en transformación es, sin duda un tópico. ¿Cuándo no lo ha estado? Sin embargo, parece apuntarse que la velocidad de esta transformación se ha acelerado en los últimos tiempos.

La tecnología biomédica, literalmente, ha despegado y en la práctica totalidad de las especialidades médicas encontramos avances, que resultan especialmente espectaculares ante enfermedades severas y altamente incapacitantes.

Paralelamente, la población se ha vuelto más exigente hacia el Sistema Sanitario y demanda mayores niveles de prestaciones, especialmente en lo que a las "amenidades" se refiere. La calidad científico-técnica sigue provocando admiración pero los pacientes desean disfrutar de otras comodidades y ventajas a las que consideran que tienen derecho.

El ″arte de la atención″ de la que el médico hace gala y que ha tenido como objetivo tradicional suplir la asimetría de la información entre el paciente y el profesional, ha sufrido una transformación y los ingredientes de la fórmula tradicional han experimentado algunas sensibles modificaciones.

Ha cambiado el entorno, las actitudes y las demandas. Asistimos ahora a la creciente preocupación por la contención de los costes, lo que ha introducido sensibles variaciones en las responsabilidades profesionales; a cambios en la tecnología que han motivado nuevos estilos de práctica profesional; se ha despertado un creciente interés por asegurar la calidad de la prestación sanitaria; y observamos con asombro como las quejas de los pacientes se han incrementado notablemente, al mismo tiempo que la cultura de derechos de los consumidores se ha desarrollado en todas las estructuras sociales. Como consecuencia de todo esto, el rol del paciente ha sufrido una profunda revisión y se ha tornado activo, al menos aparentemente (Mira y Rodríguez-Marín, 2001).

Los cuidados y atenciones médicas a los que estábamos acostumbrados tenían como horizonte atender las necesidades físicas de los pacientes conforme al juicio profesional. Aunque el producto sanitario no ha cambiado sí lo han hecho las condiciones en que se "producen" esos cuidados y atenciones.

No vamos a descubrir la importancia que la relación médico-paciente llega a alcanzar en el resultado final de la intervención médica (Jovell, 1999). Sin embargo, si que podemos destacar que es ahora el paciente quien reclama la calidad de esa relación como parte del armamentario terapéutico.

Si en la década de los 80 se hablaba de la importancia de que el paciente fuera informado convenientemente y se recomendaba al clínico que facilitara al paciente las diferentes alternativas terapéuticas para que pudiera elegir entre ellas, hoy día se exige del clínico que obtenga el consentimiento informado del paciente antes de proceder al diagnóstico y al tratamiento.

En poco tiempo se ha convertido en una exigencia atender también a sus necesidades emocionales y ahora valoramos la eficacia del cuidado emocional para aumentar la efectividad de los tratamientos médicos y quirúrgicos.

La opinión del paciente que empezaba a ser escuchada sin saber muy bien en qué podría ayudar a la mejora de la asistencia sanitaria se considera ahora como un elemento indispensable de los planes de calidad de las instituciones sanitarias (Mira, 1999).

El diseño de los procesos asistenciales que básicamente consistía en un profunda revisión de la literatura y en lograr el consenso entre los expertos ha cambiado sustancialmente cuando los clínicos han incorporado la "voz" de los pacientes y procurando satisfacer no solo las necesidades sino también las expectativas de sus pacientes. El concepto de "cuidados centrados en el paciente" (Berwick, 1997; Goldberg, 1994) obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo (Mira y Rodríguez-Marín, 2001).

Hemos desempolvado técnicas de investigación de carácter cualitativo para que nos ayuden a conocer mejor qué piensa el paciente, qué necesita, en qué se fija, qué es lo importante para él, qué debemos mejorar para que se sienta más cómodo y, en definitiva, aumente su calidad de vida (Mira y Aranaz, 2000).

El efecto inmediato es que además de preocuparnos por la efectividad de nuestro trabajo empezamos a encontrar que otros análisis son indispensables para determinar qué hacer. El análisis del coste-utilidad (Aranaz, Vitaller, Marqués y Mira, 1999) de las intervenciones médicas se abre camino y los clínicos valoran como una medida de resultado el nivel de calidad de vida percibido por el paciente tras sus intervenciones. La percepción de su autonomía, la sensación de bienestar físico

y mental y su satisfacción con el resultado alcanzado son medidas que ahora hemos puesto en práctica.

Los pacientes han pasado a ser considerados como co-productores de los cuidados de salud y co-responsables de preservar, mantener, o recuperar su estado de salud. Su papel ha cambiado y se espera ahora de ellos que adopten decisiones responsables sobre su salud (Reiser, 1993).

FORMAS EN LAS QUE LOS PACIENTES INFLUYEN EN EL SISTEMA SANITARIO

De forma esquemática, siguiendo a Wensing y Grol (1989), podríamos decir que las oportunidades que disfruta un paciente para influir en la organización, planificación y funcionamiento del Sistema Sanitario podrían incluirse dentro de alguna de las siguientes:

1. *Decidiendo dónde acudir en busca de ayuda médica*. Al decidir dónde solicitar los servicios médicos que cree necesitar el paciente hace un uso, supuestamente responsable, de su capacidad de elección de centro o de médico. En nuestro país esta capacidad está limitada normativamente y, sobre todo, por la práctica diaria que condiciona las opciones de libre elección. No obstante, constituye la forma más sencilla con la que el paciente puede influir en el Sistema Sanitario.

   La capacidad de elección se supone que debe afectar a la propia institución y a los profesionales sirviéndoles de aliciente para buscar fórmulas que incrementen la calidad asistencial. Además, tiene como consecuencia una mayor satisfacción en el paciente que se responsabiliza de su decisión (Mira y Rodríguez-Marín, 2001).

   Sin embargo, al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que los pacientes no siempre toman decisiones racionales, y que en ocasiones las razones por las que eligen un centro u otro nada tienen que ver con los datos objetivos de que se disponga. Por otro lado, parece que los clínicos no ven con buenos ojos estas iniciativas dado que incorporan una nueva fuente de presión sobre su trabajo (Sainz y Humet, 2000).

2. *Colaborando activamente durante la consulta dándole al médico información fiable sobre su estado de salud*. El paciente que en forma activa y veraz facilita al médico la información que precisa sobre sus estilos de vida, alergias, antecedentes y dolencias hace que su médico pueda atenderle con mayor efectividad.

Cuanta más información disponga el médico de su paciente parece razonable pensar que estará en mejores condiciones para poner en práctica todas sus habilidades clínicas y lograr un buen resultado.
En la práctica parece que de esta forma el paciente valora más a su médico y se muestra más satisfecho si él es el primero que se involucra en la consulta (Siminoff, Ravdin, Colabianchi y Sturm, 2000).

3. *Co-responsabilizándose en la toma de decisiones sobre su salud*. Una forma adicional en la que el paciente puede participar del proceso terapéutico es decidir conjuntamente con el médico la alternativa terapéutica que piensa que más le conviene (Benbassat, Pilpel y Tidhar, 1997).
A primera vista pudiera parecer que el paciente se beneficia de esta participación. Sin embargo, no es tan evidente que todos los pacientes deseen tomar decisiones sobre el tipo de tratamiento a seguir, sobre todo cuando cursan con un proceso severo y altamente incapacitante (Sutherland, Llewellyn-Thomas, Lockwood, Tritchler y Till, 1989). Mientras que para algunos pacientes saber que pueden participar activamente en la toma de decisiones junto con su médico reduce su ansiedad, aumenta su responsabilidad y el cumplimiento terapéutico del que hacen gala posteriormente, para otros las evidencias apuntan a que prefieren que sea el médico quien tome las decisiones por ellos (Beaver *et al*, 1996).

4. *Declarando sus preferencias para cada tratamiento específico*. Cuando un paciente valora cada uno de los posibles resultados de las intervenciones médicas está aportando una información que posibilita perfilar la "utilidad percibida" de cada resultado.
La lógica de esta enfoque es relativamente sencilla. El médico informa al paciente y le presenta someramente las diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas y los resultados y complicaciones asociados a cada una de ellas. Seguidamente el paciente valora cada una de las opciones atribuyendo un "valor de utilidad" y se decide por la adopción terapéutica que considera más idónea en su caso.
Se han desarrollado diferentes métodos (Kasper, Mulley y Wennberg, 1992) para facilitar al paciente que tome decisiones responsables. Algunas soluciones son más complejas que otras pero comparten la idea de que debe respetarse a la persona y sus deseos siempre que no entren en colisión con la ética del médico.
Los inconvenientes de esta estrategia residen en la dificultad del calculo para cada una de las opciones que se le presentan al paciente, las dudas de que el paciente adopte siempre decisiones racionales y, sobre todo, que entienda la

lógica de estas estrategias de decisión. Las principales dificultades son el coste que implica desarrollar estos sistemas de asesoramiento para el paciente.

5. *Mediante el consentimiento informado el paciente autoriza a que se le practiquen determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos*. Esta opción relacionada con las anteriores supone un reconocimiento expreso de los derechos del paciente.
   El paciente, al menos en el plano teórico, puede en este caso pedir cuantas aclaraciones precise, puede solicitar determinados cambios en el procedimiento y, sobre todo, tiene el derecho a negarse a someterse a dichas intervenciones.
   En la práctica el consentimiento informado es más utilizado como parte de una estrategia de "medicina defensiva" que como la puesta en práctica del derecho de una persona a tomar las decisiones sobre su salud. Por otra parte, en más de una ocasión el paciente firma el documento y otorga su consentimiento a costa de sufrir un incremento en sus niveles de ansiedad y de temor ya que en la lectura del documento descubre efectos secundarios y complicaciones de los que nunca antes había oído hablar.

6. *Realizando un uso racional de los recursos sanitarios el paciente llega a influir notoriamente en la "salud" del propio Sistema Sanitario*. Decidir cuando se debe acudir a buscar ayuda médica o las decisiones sobre el gasto farmacéutico son responsabilidades que el paciente adopta en algún momento de su evolución clínica.
   Aunque desde muy diferentes perspectivas se insista en la necesidad de hacer un uso racional de los recursos la práctica dista mucho de que dicho objetivo sea una realidad. Solo un dato, la variabilidad en el consumo de recursos que observamos habitualmente sugiere que las decisiones no suelen estar basadas en informaciones objetivas (Delgado, 1996).

7. En relación con el punto anterior, una decisión importante que adopta todo paciente en algún momento de su proceso es *si sigue o no las recomendaciones terapéuticas que su médico le ha dado o, alternativamente, que ha acordado con él*. Esta decisión afecta poderosamente a la práctica médica, condiciona su efectividad y lo que es más importante, puede estar restándolo a otro paciente el tratamiento que precisa.
   Son numerosos desde hace tiempo los estudios sobre cumplimentación terapéutica y sobre las relaciones de esta variable con el estilo de práctica del médico, la efectividad o la satisfacción del paciente (Meichenbaum y Turk, 1987).

No obstante, no puede afirmarse que la cumplimentación terapéutica se asocie necesariamente a un mayor nivel de salud en todos los casos.

8. *Participando en actividades de educación sanitaria*. La idea general es que un paciente bien informado será siempre más responsable y capaz de cuidar de su propia salud adoptando estilos de vida saludables. Las evidencias a este respecto son dudosas, el coste de los programas educativos alto y no siempre existen materiales específicos para cada proceso de enfermedad (Wensing y Grol, 1989).

9. *Evaluando los cuidados recibidos*. Se ha convertido en una práctica muy extendida que el paciente exprese su nivel de satisfacción con los cuidados, atenciones recibidas y con los resultados alcanzados (Ford, Bach y Fottler, 1997; Mira, Vitaller, Aranaz, Herrero y Buil, 1992). Pese a que esta medida se realiza prácticamente en casi todos los centros, existen dudas de hasta qué punto los resultados de estas evaluaciones afectan en alguna medida a las decisiones de los médicos o de los responsables de las instituciones sanitarias (Mira y Aranaz, 2001).

10. *Realizando sugerencias y reclamaciones*. Los pacientes influyen también en la medida en que informan de aquellos aspectos que no logran un funcionamiento satisfactorio y que, por razones diversas, escapan al control de las propias instituciones.
    Aportando sugerencias sobre aspectos que consideran podrían ser de otra forma los pacientes colaboran a mejorar las instituciones sanitarias. Por otro lado, al formular una reclamación los pacientes ponen de relieve aquellos aspectos que, probablemente, requieren de una atención especial para prevenir problemas de calidad en el futuro. Ahora bien, no siempre estas reclamaciones reflejan una mala praxis ya que, en ocasiones, sencillamente son consecuencias de problemas estructurales de más compleja solución. Además, no contamos con datos sobre su utilidad real para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

11. *Participando en grupos de discusión, foros de debate o en cualesquiera iniciativas que los centros sanitarios ponen en práctica para conocer las opiniones y expectativas de los pacientes e intentar acomodarse a ellas*. Cada día es más frecuente encontrar iniciativas de las organizaciones sanitarias que tienen como objetivo conocer de cerca cómo viven los pacientes su estancia en los hospitales o sus visitas a las consultas externas (Mira *et al*, 2002). Se trata de buscar aquella información relevante que posibilita adaptar mejor las organizaciones sanitarias a sus niveles de exigencia y a sus preferencias. A diferencia

de las encuestas de posthospitalización lo que se pretende con estas técnicas es conocer las vivencias de los pacientes para, de esta forma, identificar potenciales áreas de mejora.
Este tipo de acciones parten de la idea de que se podrá hacer más agradable a ojos de los pacientes la incómoda situación que conlleva la pérdida de salud. No obstante, es todavía pronto para determinar el alcance de la eficacia de estas acciones.

12. *Participando en asociaciones y en organizaciones no gubernamentales*. La participación de los pacientes en asociaciones, clubes y organizaciones sin ánimo de lucro se ha incrementado notoriamente, especialmente en nuestro país. Las asociaciones de consumidores han realizado curiosas aportaciones donde reflejan algunas de las necesidades que a su juicio tiene el Sistema Sanitario.
Los pacientes adquieren de este modo un mayor protagonismo y, en más de un caso, se convierten en interlocutores que promueven cambios en la organización sanitaria.

13. *Cumpliendo los deberes ciudadanos*. Por ejemplo, asistiendo a los foros de participación establecidos en las leyes y normas que rigen el Sistema Sanitario. Los ciudadanos, en la mayoría de países, tienen la oportunidad de participar en aquellos comités y consejos de salud donde aportan sus puntos de vista, opiniones y reivindicaciones.

14. Aunque no directamente relacionada con las anteriores, en los países democráticos los ciudadanos influyen en las decisiones sobre el Sistema Sanitario con *su participación en las urnas*.

CONCLUSIÓN

El papel del paciente, o mejor dicho del ciudadano, es ahora activo. Ha gozado de un reconocimiento expreso de sus derechos lo que se ha traducido en cambios legales, organizativos y en un incremento de los recursos y de la calidad de las estructuras, procesos y resultados de la actividad sanitaria. Existen hoy día numerosos cauces para participar en la mejora de los Sistemas Sanitarios.

La voz del paciente hemos aprendido que resulta enormemente valiosa para planificar los procesos asistenciales. La satisfacción del paciente es una medida más del resultado de las intervenciones y no solo por cuestiones de marketing. Los

pacientes adoptan decisiones, eligen, abandonan tratamientos y optan por una u otra estrategia terapéutica.

Sin embargo, es también el momento de que los pacientes se hagan responsables de sus decisiones, asuman su papel de co-responsables a la hora de mantener su estado de salud y, también, de procurar activamente que su Sistema Sanitario sea cada día mejor.

REFERENCIAS

Aranaz, J.M., Vitaller, J., Marqués, J.A. y Mira, J.J. (1999). La evaluación económica en los servicios sanitarios. En J. Merino, V. Gil, D. Orozco y F. Quirce (Eds.), *Investigación y práctica clínica, Unidad 40*, (pp. 221-239). Alicante: UMH.

Barsky, A.J. (1988). The paradox of health. *New England Journal of Medicine, 318*, 414-418.

Beaver, K., Lucker, K., Owens, R.G., Leinster, S.J., Degner, L. y Sloan, J.A. (1996). Treatment decision-making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing, 19*, 8-19.

Benbassat, J., Pilpel, D. y Tidhar, M. (1997). Patient's preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine, 24*, 81-88.

Berwick, D.M. (1997). The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth. *Journal on Quality Improvement, 23*, 245-250.

Buil, A. y Mira, J.J. (1996). Las características del sector sanitario. Tendencias actuales del sistema sanitario español en el marco de la Unión Europea. *Revista de Psicología de la Salud, 8*, 3-22.

Delgado, R. (1996). La variabilidad de la práctica clínica. *Revista de Calidad Asistencial, 11*, 177-183.

Elola, J. (1989). Democracia y sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria, 13*, 472-5.

Enthoven, A.C. y Kronick, R. (1989). A consumer health plan for the 1990's. Universal health insurance in a system designed to promote quality and economy. *New England Medicine, 320*, 29-37, 94-101.

Ford, R.C., Bach, S.A. y Fottler, M.D. (1997). Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review, 22*, 74-89.

Goldberg, M.C. (1994). A new imperative for listening to patients. *JONA, 24*, 11-12.

Hurst, J.W. (1991). Reforming Health Care in Seven European Nations. *Health Affairs, 10* (3), 7-21.

Jovell, A. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Medicina Clínica (Barcelona), 113*, 173-175.

Kasper, J.F., Mulley, A.G. y Wennberg, J.E. (1992). Shared decision-making programs to improve the quality of health care. *QRB, June*, 183-189.

Meinchenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.

Mira, J.J. (1999). Innovaciones en la satisfacción de los pacientes. *Revista de Calidad Asistencial, 14*, 781-784.

Mira, J.J. y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica (Barcelona), 114* (Supl 3), 26-33.

Mira, J.J. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Medicina Clínica (Barcelona), 116* (3), 104-110.

Mira, J.J., Buil, J.A., Lorenzo, S., Sitges, E. y Aranaz, J. (1999). Marketing de Servicios en la Organización Sanitaria: Una herramienta para la mejora de la calidad de la asistencia. (pp 9-26). En J.L. Balibrea (Ed.), *Formación continuada en Cirugía*. Madrid: Pulso Ediciones.

Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Pérez-Jover, V. y Palazón, I. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes. En prensa

Mira, J.J., Vitaller, J., Aranaz, J., Herrero, J.F. y Buil, J.A. (1992). La satisfacción del paciente. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Psicología de la Salud, 4*, 89-116.

Reiser, S.J. (1993). The era of the patient: using the experience of illness in shaping the missions of health care. *JAMA, 269*, 1012-1017.

Sainz, A. y Humet, C. (2000). Jornada INSALUD-Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Revista de Calidad Asistencial, 15*, 448-451.

Saltman, R.B. y Von Otter, C. (1989). Public competition versus mixed markets. An analytic comparison. *Health Policy, 11*, 43-55.

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.

Sutherland, H., Llewellyn-Thomas, H., Lockwood, G., Tritchler, D.L. y Till, J.E. (1989). Cancer patients: Their desire for information and participation in treatment decisions. *Journal Review of Social Medicine, 82*, 260-263.

Wensing, M. y Grol, R. (1989). What can patients do to improve health care? *Health Expectations, 1*, 37-49.

Nota:
Conferencia pronunciada en el Curso Internacional sobre Cuidados Psicosociales en Pacientes Hospitalizados, organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Alicante Noviembre 2000.

Correspondencia:
José Joaquín Mira Solves
Universidad Miguel Hernández
Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Medicina
Carretera Valencia s/n
San Juan de Alicante
jose.mira@umh.es