

# Evaluación de derechos de los pacientes en el proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada

José Luis Zancajo, Jesús Moro y Jesús Miguel Tejedor

*Evaluadores del Proceso de Acreditación para la formación sanitaria especializada del Ministerio de Sanidad y Consumo. Valladolid. España.*

Correspondencia: José Luis Zancajo Castañares.  
Mateo Seoane Sobral, 42, 4.º B. 47014 Valladolid. España.  
Correo electrónico: zancajo@arrakis.es

## Resumen

El objeto del presente trabajo es analizar la protección de los derechos de los pacientes comparando la situación real existente en 9 hospitales generales españoles, con una dotación de entre 403 a 1.600 camas, evaluados entre 2001 y 2003, con los criterios establecidos en el manual del proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada aplicando la metodología de evaluación externa.

El manual incluye criterios sobre difusión y aplicación de los derechos y deberes del paciente, el derecho a la información terapéutica, el consentimiento informado, política de actuación del hospital respecto a los derechos del paciente, desarrollo de la investigación clínica y ensayos clínicos, mantenimiento vital y atención a pacientes terminales, participación de la familia en las decisiones asistenciales y sobre donación y trasplantes de órganos y tejidos.

La evaluación dio como resultado la identificación de áreas de mejora que se centraron fundamentalmente en establecer procedimientos efectivos de información a pacientes, procedimientos de evaluación periódica del grado de implantación del consentimiento informado con análisis de sus resultados y adopción de medidas correctoras precisas, procedimientos que garanticen la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial, en el supuesto de que el paciente no esté en condiciones de adoptarlas por sí mismo, procedimientos relativos a la atención a pacientes terminales y ante interrupción de tratamientos de mantenimiento vital, y procedimientos que salvaguarden la privacidad de los pacientes.

**Palabras clave:** Acreditación. Derechos de los pacientes. Formación sanitaria especializada.

## Introducción: los derechos de los pacientes en los procesos de acreditación

El considerable progreso de la ciencia y la tecnología acaecido durante el siglo pasado, junto a la renovación producida en la propia sociedad con su democratización y cambio de valores hacia la solidaridad, el respeto a la dignidad y la intimidad, la justicia distributiva y la equidad, ha hecho de la medicina una ciencia más participativa, en la que los pacientes requieren más información y mayor respeto a su autonomía, convirtiendo la protección de sus derechos en eje fundamental sobre el que se sustentan las relaciones clínico-asistenciales.

Uno de los cambios sobre los que hay mayor sensibilidad social en la actualidad es la participación de los ciudadanos en las decisiones sobre su proceso asistencial, lo que ha

## Abstract

The object of the present work is to analyze protection of the rights of the patients being compared situation real existing in nine general hospitals of Spain with one capacity of between 403 to 1600 beds and evaluated between years 2001 to 2003, with the criteria established in the Manual of the process of accreditation for the specialized healthcare training applying methodology of assessment external.

The Manual includes criteria on diffusion and application of the rights and duties of the patient, the right to the therapeutic, the informed consent, political information of performance of the hospital with respect to the rights of the patient, clinical development of the clinical investigation and tests, vital maintenance and attention to terminal patients, participation of the family in the welfare decisions and on donation and transplants of organs and weaves.

The evaluation gave like result the identification of improvement areas that were centered fundamentally in establishing effective procedures of information to patients, procedures of periodic evaluation of the degree of implantation of the consent informed with analysis of their results and adoption of precise cogoverning measures, procedures that guarantee the participation of the family in the decision making of welfare character supposing that the patient cannot to adopt them by itself, procedures relative to the attention to terminal patients and before interruption of treatments of vital maintenance, and procedures that safeguard the privacy of the patients.

**Key words:** Accreditation. Rights of the patients. Specialized healthcare training.

originado un desarrollo singularmente llamativo de aspectos tales como el consentimiento informado o las voluntades anticipadas. A ello se une el enorme impulso a una ciencia, la bioética, que se inició en la década de los sesenta como respuesta a la complejidad creciente de la tecnología biomédica y como reacción afirmativa del derecho a la protección de la autonomía moral de los pacientes para decidir sobre su salud<sup>1</sup>. Se trata de concienciar a los profesionales que se trabaja con individuos que tienen derechos, por lo que la actividad asistencial y de gestión se ha de ir adaptando paulatinamente a esta realidad<sup>2-4</sup>.

Este movimiento por la protección de los derechos de los pacientes en las organizaciones sanitarias también se ha traducido en el proceso de acreditación mediante la inclusión de criterios concernientes al ámbito señalado en sus respectivos manuales<sup>5-13</sup>. Otros sistemas que preconizan la mejora

continua de la calidad, como el modelo de la International Office of Standards (ISO) o el modelo europeo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM)<sup>14</sup>, se han hecho eco de estos principios, y en sus modelos adaptados a los sistemas sanitarios se han desarrollado criterios referentes a los derechos de los pacientes.

Su justificación parte del hecho de que si el objetivo de la acreditación es la mejora continua de la calidad, en el proceso de atención al paciente resulta necesario reforzar la protección de los derechos fundamentales de los pacientes. En general, las funciones agrupadas en las áreas correspondientes tienen por misión proveer atención, cuidados y servicios que respeten y fomenten la dignidad, la autonomía, los derechos civiles, etc., de los pacientes, con arreglo a principios éticos de comportamiento y considerando sus demandas y expectativas. La familia está implicada en los cuidados, el tratamiento y las decisiones de la atención con la aprobación de los pacientes.

También el proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada considera criterios e iniciativas en el sentido que nos ocupa. La acreditación docente nació en el seno del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1987 como uno de los pilares básicos para la formación sanitaria especializada. En sus comienzos, su manual incluyó criterios estructurales, pero en 1999 el proceso se adaptó a la nueva perspectiva que intenta dar respuesta al análisis de los procesos asistenciales y docentes, para verificar 2 cuestiones fundamentales: si se llevan a cabo procesos correctos y si se realizan de forma correcta, intentando recoger la puesta al día de la filosofía de acreditación al elaborar criterios que se centran más en los resultados y en los procesos que en las estructuras<sup>15</sup> agrupando los criterios en 3 ámbitos: áreas centradas en la atención a los pacientes, áreas centradas en la organización y áreas centradas en la docencia.

La "sensibilización" hacia la protección de los derechos de los pacientes ya se produjo en los trabajos realizados por el grupo de expertos encargado de la elaboración del manual. Así, en el grupo funcional de criterios centrados en el paciente se encuentra el área de "Derechos de los pacientes y aspectos éticos" que incluye criterios sobre difusión y aplicación de los derechos y deberes del paciente, el derecho a la información terapéutica, el consentimiento informado, política de actuación del hospital respecto a los derechos del paciente, desarrollo de la investigación clínica y ensayos clínicos, mantenimiento vital y atención a pacientes terminales, participación de la familia en las decisiones asistenciales y sobre donación y trasplantes de órganos y tejidos (tabla 1). Estudios comparativos efectuados con manuales de otras agencias de acreditación no reflejan diferencias significativas en cuanto al ámbito de los criterios referentes a los derechos de los pacientes incluidos en el manual de acreditación para la formación sanitaria especializada<sup>16</sup>.

El objeto del presente trabajo es analizar la protección de los derechos de los pacientes comparando la situación real existente en 9 hospitales generales españoles evaluados en el trienio 2001-2003, con los criterios establecidos en el manual del proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada.

**Tabla 1. Funciones del área "Derechos de los pacientes y aspectos éticos" integrantes del manual de acreditación para la formación sanitaria especializada**

1. Difusión y aplicación de derechos y deberes del paciente: el hospital garantiza el conocimiento y la difusión de la declaración de derechos y deberes del paciente y es responsable de que en el centro se respeten dichos principios
2. Prescripción terapéutica: el hospital ofrece a los pacientes y familiares una adecuada información en relación con la indicación y administración de medicamentos durante su asistencia en el centro
3. Consentimiento informado: el hospital tiene diseñados e implantados documentos sobre consentimiento informado en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que pueden representar un peligro para el paciente
4. Derechos del paciente: el hospital tiene definida una política de actuación respecto a los derechos del paciente y garantiza su adecuada aplicación en el desarrollo de su actividad asistencial
5. Derechos del enfermo con relación a ensayos clínicos: el hospital garantiza el respeto de los derechos del paciente cuando en el centro se desarrollen proyectos de investigación clínica que impliquen el ensayo en seres humanos
6. Participación de la familia en las decisiones asistenciales: el hospital garantiza la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial cuando el paciente no está en condiciones de adoptarlas con carácter propio
7. Mantenimiento vital y atención a pacientes terminales: el hospital tiene definida una política de actuación en relación con la atención prestada a pacientes terminales y situación de interrupción de tratamientos de mantenimiento vital
8. Donación y trasplante de órganos y tejidos: el hospital garantiza la disponibilidad, abastecimiento y donación de órganos y tejidos, a través de normas y procedimientos elaborados con la participación del personal médico

## Método

En el proceso de acreditación docente, la evaluación externa persigue comparar el marco que delimitan los criterios incluidos en el manual de acreditación para la formación sanitaria especializada con la realidad existente en los hospitales, mediante la verificación realizada por evaluadores externos a la institución que pretende la acreditación.

Nuestro estudio confronta la situación real encontrada en 9 hospitales generales de la red sanitaria española, tanto públicos como privados, ubicados en 7 comunidades autónomas (Andalucía, Asturias, Cataluña, País Vasco, Castilla-La Mancha, Navarra y Comunidad Valenciana), dotados de entre 403 y 1.600 camas, con lo especificado en los criterios del área "Derechos de los pacientes y aspectos éticos" del manual de acreditación para la formación sanitaria especializada.

La evaluación externa se efectuó en el período comprendido entre 2001 y 2003 por un equipo de 3 evaluadores pertenecientes a un mismo grupo, adoptando la misma metodología que se encuentra documentada en un manual de

utilización interna empleado como guía homogénea para todas las evaluaciones globales de hospitales, la guía de actividades en el proceso de evaluación. Sirven de herramientas para la verificación la observación directa, las encuestas (a pacientes, personal sanitario, personal directivo, etc.) y el análisis documental.

Para llegar a corroborar el cumplimiento de los criterios, se exploran las fuentes de evidencia en numerosas áreas del hospital. Por señalar algún ejemplo indicado en la guía, se verifica la información a los pacientes sobre sus derechos mediante entrevista en las unidades de hospitalización, urgencias, etc., y se les pregunta sobre la entrega de la carta de derechos y deberes de los pacientes; se entrevista a facultativos, personal sanitario y mandos intermedios sobre cómo, cuándo y dónde se realiza la información asistencial, y se complementan las verificaciones mediante análisis documental del plan de información a pacientes y de la carta de derechos y deberes.

En la ponderación de cada una de las funciones, se utilizan escalas cualitativas estandarizadas y delimitadas para cada criterio, y reflejadas por escrito con el propósito de que la ponderación de todos los evaluadores en la totalidad de los hospitales sea homogénea. Las escalas recorren el intervalo entre 1 y 5, asignándose este último valor cuando se consigue en todos los requisitos especificados en el criterio, 1 a la peor puntuación, y 3 si se consigue el nivel de aceptable (o estándar).

La figura 1 expone la puntuación total que se ha calculado para cada hospital (suma de las puntuaciones de cada una de las funciones) y se ha establecido lo que supondría esta puntuación real sobre la misma puntuación posible (si se valoraran todas las funciones con la máxima puntuación de 5), expresada en forma de porcentaje.

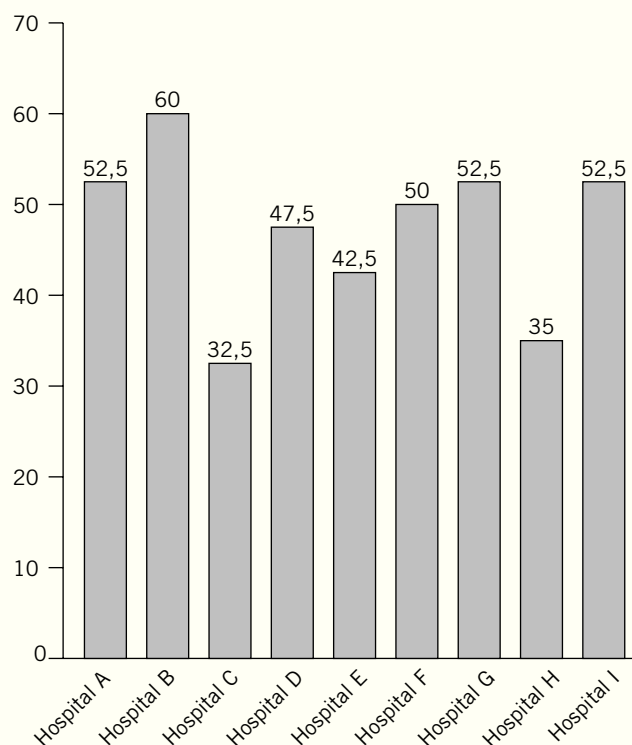
## Resultados

Los resultados obtenidos en la evaluación externa se presentan a continuación agrupados por funciones.

### **Conocimiento y difusión de los derechos de los pacientes**

La primera función que el manual considera es cómo "el hospital garantiza el conocimiento y la difusión de los derechos y deberes de los pacientes y si se siente responsable de su respeto". Su análisis evidenció una situación muy irregular entre ellos, dándose ponderaciones entre hospitales de 1 y otros de 5. Así, de los 9 hospitales evaluados, únicamente 3 entregaban al ingreso del paciente algún documento de acogida que incluía la carta de derechos y deberes del paciente ofreciendo información aclaratoria; de éstos, uno separaba, además, los derechos del niño y otro incorporaba una carta con apartados sobre derechos específicos para la mujer, el niño, los pacientes y usuarios, adaptándose de esta forma a las circunstancias de edad que incluye el criterio. En todos los documentos se respetaba el nivel cultural de los pacientes, y se incluía, en su caso, la redacción bilingüe. Del resto de los hospitales, 3 tenían la declaración impresa, pero no se

Figura 1. **Porcentaje alcanzado por cada hospital sobre la ponderación máxima posible en el área de "Derechos de los pacientes y aspectos éticos".**



entregaba en todos los casos, y en los 3 restantes no se constató la existencia de cartas al respecto.

En todos los hospitales evaluados, había escasa evidencia de que los órganos directivos promocionasen el fomento y la difusión de los derechos del enfermo entre el personal sanitario, con el objetivo de crear una cultura para su respeto escrupuloso.

Se constató en las instituciones objeto de estudio una estructura organizativa (unidades de atención al paciente o similar) que se ocupa de ofrecer a los enfermos información general del centro, gestionar las sugerencias, quejas y reclamaciones y, en el caso de poseer recursos personales de trabajo social, realizar funciones de coordinación al alta con centros de carácter social, para asegurar la continuidad de cuidados. Se ha detectado que estos servicios están constituidos y organizados de forma diferente, con dotaciones de recursos humanos y funciones muy desiguales.

### **Derecho de información a pacientes**

En conexión con la función anterior, el manual explora cómo el hospital define su política de actuación respecto de los derechos del paciente y garantiza su aplicación en el de-

sarrollo de la actividad asistencial. Todos los hospitales informaban al paciente durante el curso evolutivo de su enfermedad (en general verbalmente, aunque en un hospital entregan ocasionalmente un documento en el que se refleja la información asistencial), y al alta (información verbal y documental), teniendo en cuenta el nivel cultural de los pacientes y sus limitaciones sensoriales. En ninguno de ellos el procedimiento estaba reglado mediante planes de información al efecto, sino que seguía pautas habituales perpetuadas en el tiempo, lo que de alguna manera favorece que, aunque la información que se presta pueda ser adecuada, exista una gran dispersión en su metodología al no delimitarse claramente sobre quién, cómo y cuándo se debe realizar y dónde debe ofrecerse.

En ningún hospital evaluado se hallaron procedimientos efectivos que salvaguarden el derecho a la confidencialidad de la información a los pacientes. Las fuentes de evidencia que mayormente utilizamos para verificar este criterio es la observación directa. Aunque una de las desventajas que presenta esta herramienta es la posibilidad de que el observado varíe su modo de trabajo al sentirse observado, en 3 hospitales evaluados se comprobó durante la visita que el personal sanitario facilitaba información en pasillos y habitaciones de unidades de hospitalización, en urgencias, etc., aun teniendo la posibilidad de contar con estructura adecuada y destinada a tal fin. En 4 hospitales la distribución de pacientes en unidades con 3 camas imposibilitaba su protección. Y todo esto incluso en el supuesto de que uno de los artículos del código ético de un hospital hacía referencia a la guarda de la confidencialidad.

Una función que el manual separa específicamente de la general es la referente a cómo el hospital ofrece información adecuada en relación con la indicación y administración de medicamentos y agentes físicos. Se verifica, fundamentalmente mediante entrevistas a pacientes y personal sanitario en unidades de hospitalización y análisis documental de procedimientos, si al paciente se le informa de manera clara y comprensible sobre los razones de su indicación, efectos secundarios, etc., insistiendo en aquellos en los que existe un margen de seguridad estrecho. Para corroborar la información terapéutica, el equipo selecciona a pacientes con procesos que denominamos "procesos guía"; así, para la confirmación sobre si el paciente conoce el tratamiento prescrito, se escoge a pacientes hospitalizados que han iniciado tratamiento con anticoagulantes orales y se les entrevista siguiendo la pauta de Bridgen<sup>17</sup> (tabla 2), y para verificar si el paciente está informado sobre el riesgo en caso de indicación de medicamentos con margen terapéutico estrecho, seleccionamos a pacientes cardiopatas sometidos a tratamientos con digoxina o, lo que resulta más difícil, depresivos ingresados y sometidos a terapias con litio.

En este ámbito, todos los hospitales consiguieron el estándar cuantitativo de aceptable. La información sobre prestación farmacéutica, aunque a veces no es todo lo completa que sería de desear (lo que se cree debido tanto a la inexistencia de actividades educadoras por parte del personal sanitario como a la dificultad de comprensión que algunos pacientes suelen manifestar), en lo esencial es adecuada en todos los hospitales evaluados. Ninguna de las organizaciones

Tabla 2. Aspectos a revisar con el paciente que comienza un tratamiento con anticoagulantes orales

1. Mecanismo de acción de los anticoagulantes
2. Justificación de la indicación del tratamiento y su duración
3. Horario estricto para la toma de la dosis de anticoagulante
4. Necesidad de cumplimiento preciso de las indicaciones
5. Factores que pueden interaccionar con el medicamento: dieta (alimentos con vitamina K), actividad física, enfermedades concomitantes
6. Efectos de la ingesta de alcohol
7. Efectos del ácido acetilsalicílico y los antiinflamatorios no esteroideos
8. Consultar ante el inicio o cese de cualquier medicación
9. Evitar deportes de contacto en los que puedan producirse traumatismos
10. Consultar ante caídas, heridas o hemorragias
11. Consultar antes de acudir al odontólogo u otra cirugía menor
12. Evitar el embarazo
13. Utilizar una tarjeta en la que se anoten resultados y dosificaciones en el tiempo
14. Proporcionar número de teléfono

contaba con procedimientos de información terapéutica documentados.

En lo referente a la información sobre donación y trasplante de órganos y tejidos se comprobó que, excepto en un hospital, cuando se incluía a pacientes en un programa de trasplantes, se les informaba de forma clara y comprensible sobre potenciales beneficios, riesgos y procedimientos a seguir en cada caso.

#### Consentimiento informado

El consentimiento informado protege el derecho a que los usuarios estén bien informados ante procedimientos cruentos a los que se les va a someter y puedan decidir por sí mismos<sup>18</sup>. Desde el ámbito de la ética<sup>19</sup>, su validez tiene relación con el nivel de información acerca de los aspectos más trascendentales de su enfermedad y las alternativas terapéuticas que la institución les ofrece<sup>20</sup>.

Los hospitales evaluados impulsan el respeto a un consentimiento informado, y en 4 se verificó la existencia de "guías de utilización para su uso". Se encontraron numerosos documentos (en una institución se encontraban formalizados hasta 107) que recogían los procedimientos específicos que recomienda el manual de acreditación como básicos: endoscopia digestiva, técnicas de radiología intervencionista con contraste y/o radiología intervencionista, transfusión sanguínea, y anestesia locorregional y general.

La evaluación de los documentos de consentimiento informado detectó bastantes carencias en su cumplimentación, de manera similar a otros estudios realizados al respecto<sup>21</sup>. Aunque el propósito de la acreditación docente no resulta ser

su evaluación exhaustiva, sí se pudo comprobar que, en todos los hospitales objeto de estudio, los documentos incluían apartados relativos a la filiación del paciente, del facultativo que explica su contenido, información relativa a riesgos típicos y personales, firma del paciente o representante legal y firma del médico responsable de la información, a excepción de 2 casos: un hospital cuyo consentimiento no incluía los riesgos específicos derivados de las peculiaridades y la situación clínica del paciente, y otro en cuyo documento de consentimiento del Servicio de Diagnóstico por Imagen faltaba el apartado de firma del radiólogo.

El análisis de la muestra de historias clínicas del archivo pasivo que se solicita al hospital permitió verificar que en 2 organizaciones, algunos procedimientos incluidos en el proceso asistencial no contenían su consentimiento informado. Aunque el equipo evaluador extrae más información referente a la cumplimentación de todos los aspectos que forman parte del consentimiento empleando escalas de valoración cuantitativas, de manera muy resumida se puede concluir que su cumplimentación en 3 hospitales fue deficiente por no constar riesgos personalizados y faltar la explicación de alternativas al tratamiento o procedimiento a realizar, y en otros 2 se detectó ausencia de firmas de facultativo de forma reiterada.

Además, mediante entrevistas a los pacientes, se comprobó que, en ocasiones, no se proporciona una explicación personal y completa, sobre todo en lo concerniente a la realización de las pruebas y/o alternativas existentes al tratamiento en cuestión, dándose el caso de que en un hospital se entregaba el documento al paciente para que éste firmase sin facilitar la información verbal correspondiente.

De los 9 hospitales objeto de estudio, 8 no tenían definido un procedimiento de evaluación periódica del grado de implantación del consentimiento con análisis de sus resultados y adopción de medidas correctoras precisas.

#### **Mantenimiento vital y atención a pacientes terminales**

Los criterios que incluye el manual reflejan si el hospital tiene definida una política de actuación cuando se atiende a pacientes terminales y ante interrupción de tratamientos de mantenimiento vital. Únicamente uno de los 9 hospitales

evaluados tenía procedimientos de actuación que reflejaban el control de dolor de forma rápida, el apoyo religioso y psicológico, la voluntad del paciente, criterios clínicos de abandono de maniobras de reanimación cardiopulmonar, la interrupción de tratamiento y cumplimiento de la normativa en vigor.

#### **Derechos del paciente en proyectos de investigación**

Todos los hospitales evaluados contaban con un Comité Ético de Investigación Clínica regulado con normas internas de funcionamiento que se adaptaban a la normativa legal vigente, y elaboradas de forma consensuada con los facultativos. Se ofrece a los pacientes información sobre riesgos y beneficios y sobre la posible renuncia a su participación de forma muy desigual, motivo por el que las puntuaciones entre hospitales oscilan entre 5 y 1.

#### **Otros derechos incluidos en los criterios del manual de acreditación**

En ninguno de los hospitales evaluados existían procedimientos de actuación documentados que garanticen la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial, en el supuesto de que el paciente no esté en condiciones de adaptarlas con carácter propio, como es el caso de pacientes con alteración o pérdida de conciencia, menores de edad o con trastornos mentales incapacitantes, actuando mediante pautas habituales de comportamiento.

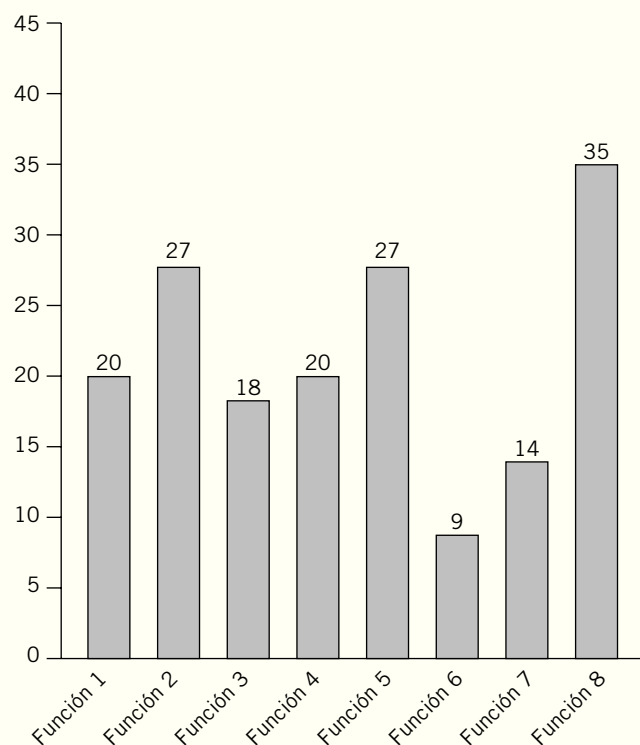
Los hospitales evaluados intentan fomentar los derechos de intimidad y privacidad, aunque como señalamos anteriormente, en 4 hospitales y por dificultades estructurales, se hace dificultosa su protección<sup>22</sup>. La seguridad de los pacientes durante los internamientos se ajusta a la normativa existente, y únicamente en 4 hospitales se constató la existencia de Plan de Autoprotección y Plan de Emergencias y Evacuación.

Los resultados cuantificados del proceso de acreditación se especifican diferenciados por hospital y funciones en la tabla 3. La figura 1 muestra el porcentaje alcanzado por cada hospital sobre la ponderación máxima posible, y la figura 2 señala la puntuación total obtenida para cada una de las funciones en el conjunto de los hospitales analizados.

Tabla 3. Ponderaciones individualizadas distribuidas por hospital y para cada función

	<b>Función 1</b>	<b>Función 2</b>	<b>Función 3</b>	<b>Función 4</b>	<b>Función 5</b>	<b>Función 6</b>	<b>Función 7</b>	<b>Función 8</b>	<b>Puntuación total</b>
Hospital A	3	3	2	2	4	1	1	5	21
Hospital B	4	3	2	2	2	1	5	5	24
Hospital C	1	3	2	2	2	1	1	1	13
Hospital D	1	3	2	2	4	1	1	5	19
Hospital E	1	3	2	2	2	1	1	5	17
Hospital F	1	3	2	4	5	1	2	2	20
Hospital G	5	3	2	2	2	1	1	5	21
Hospital H	1	3	2	2	2	1	1	2	14
Hospital I	3	3	2	2	4	1	1	5	21

Figura 2. Puntuación total por función del conjunto de los hospitales analizados.



## Discusión

Aunque no se puede asegurar que la muestra que se presenta sea representativa, sí permite explorar la situación sobre el grado de respeto y protección de los derechos de los pacientes, habida cuenta de que se trata de hospitales ubicados en diferentes comunidades autónomas y pertenecientes a grupos y categorías distintas (regionales, provinciales, comarcales, etc.).

Los procesos de acreditación son sistemas de evaluación que, junto a otros modelos de similar metodología, persiguen la mejora continua de la calidad. La evaluación externa en el proceso de acreditación permite identificar áreas de mejora que servirán para marcar líneas de acción que posteriormente se podrán priorizar en función de parámetros como impacto en los usuarios, personal, coste, factibilidad, etc. En este sentido, los hospitales evaluados fueron informados de las deficiencias detectadas, y se les propuso como principales áreas de mejora las siguientes:

- Elaborar la carta de derechos y deberes de los pacientes, ya sea como documento independiente o formando parte del documento de acogida, y desarrollar un procedimiento que persiga su difusión a todos los pacientes.

- Establecer un procedimiento efectivo de información a pacientes sobre su proceso asistencial. Como primer paso, el hospital ha de preparar una guía para elaborar el plan de información a pacientes y familiares que incluya objetivos, actividades, ámbito de aplicación, diseño, etc., y que, como ocurre en otros hospitales evaluados, se efectúe conjuntamente entre los comités de ética, unidades de atención al paciente y unidades de calidad.

- Todas las instituciones evaluadas necesitan realizar procedimientos efectivos que salvaguarden el derecho a la confidencialidad de información a los pacientes.

- Preparar procedimientos documentados de información terapéutica en todos los hospitales evaluados.

- Definir un procedimiento de evaluación periódica del grado de implantación del consentimiento informado con análisis de sus resultados y adopción de las medidas correctoras precisas.

- Determinar el proceso de actuación documentado que garantice la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial, en el supuesto de que el paciente no esté en condiciones de adaptarlas con carácter propio.

- Delimitar procesos de actuación relativos a la atención a pacientes terminales y ante interrupción de tratamientos de mantenimiento vital.

- En los hospitales con dificultades estructurales está muy justificado diseñar un procedimiento efectivo para salvaguardar la intimidad y la privacidad de los pacientes.

Del análisis cuantitativo del proceso de acreditación, se puede concluir que las principales funciones que, en su conjunto, no sobrepasan la puntuación media son las referentes al consentimiento informado y, sobre todo, la escasa implantación de procedimientos que garanticen la participación de la familia en la toma de decisiones de carácter asistencial cuando el paciente no está en condiciones de adoptarlas con carácter propio, y la escasa definición en los hospitales de políticas de actuación en relación con la atención prestada a pacientes terminales y la situación de interrupción de tratamientos de mantenimiento vital. Estos resultados no distan de las ponderaciones asignadas en los primeros estudios presentados al respecto<sup>23</sup>.

Los hospitales tienen que concienciarse de que la protección de los derechos del paciente es un eje básico en la relación clínicoasistencial, y facilitar que pueda asumir decisiones sobre participación en su asistencia o someterse a determinados procedimientos asistenciales que pueden reportar beneficios y/o riesgos. De ahí la necesidad de que, en el aspecto que nos ocupa, los contenidos docentes sobre derechos y ética se incorporen a la formación de todos los profesionales, incluidos los futuros especialistas (en las encuestas de satisfacción realizadas a los residentes resalta la baja puntuación que los profesionales en formación asignan a este ítem).

El proceso de acreditación para la formación sanitaria especializada se puede emplear para la identificación de áreas de mejora en los hospitales y, con su misión educadora, fomentar la defensa e impulso de los derechos de los pacientes y de los aspectos éticos que, junto a la consideración respetuosa de sus valores y creencias, son responsabilidad del cen-

tro y deben plasmarse en actuaciones concretas mediante procedimientos efectivos orientados a su protección.

Por último, perseverar en que el fomento de los derechos de los pacientes ha de ser parte esencial del quehacer de los profesionales, por lo que el hospital se encuentra obligado a plasmar en una política activa la educación, capacitación y sensibilización de sus recursos humanos hacia la protección de los derechos de los pacientes, con el objetivo de crear una cultura organizativa de respeto escrupuloso de tales derechos.

## Bibliografía

1. Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:4:247-59.
2. Suñol R, Humet C. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002. Tomo I. Cap. 22. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, Conselleria de Sanitat, 2002.
3. Simmons JC. Pain management: new initiatives arise to provide quality care. *Rev Qual Lett Healthc Lead* 2001;13:2-11.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. JCAHO gears up for patient confidentiality. *Rev Hospital Peer* 2001;26:32-3.
5. Biblo JD, Christopher MJ, Jonson L, Potter RL. Ethical issues in managed care: guidelines for clinicians and recommendations to accrediting organizations. *Bioethics Forum* 1996;12: MC/1-24.
6. Joint Commission International Accreditation. Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian, 2001.
7. Baldrige National Quality Program. Criteria for performance excellence. Gaitheersburg: Baldrige National Quality Program, 2002.
8. Schyve PM. Patient rights and organization ethics. *Bioethics Forum* 1996;12:13-20.
9. Worth-Staten PA, Poniatowski L. Advance directives and patient rights: a Joint Commission perspective. *Bioethics Forum* 1997;13:47-50.
10. Kobs A. Ethics and patients rights. *Rev Nurs Manage* 1997;28: 20-3.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2004 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. The Official Handbook. Chicago: JCAHO, 2004.
12. Canadian Council on Health Services Accreditation. The AIM Concepts. Ottawa-Ontario, 2000.
13. Agéncie Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Manual d'Accréditation des Établissements de Santé. Paris: ANAES Service Communication et Diffusion, 2003.
14. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación. Directrices para el sector público: salud. Madrid: Club de Gestión de Calidad, 1999.
15. Zancajo JL. Análisis del cambio acontecido en el proceso de acreditación global de los hospitales para la formación docente especializada. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:359-64.
16. Zancajo JL. Correlación entre el manual de acreditación de hospitales para la formación sanitaria especializada en España con el manual de la Joint Commission International Accreditation. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:437-42.
17. Bridgen ML. Oral anticoagulant therapy. Practical aspects of management. *Rev Postgrad Med* 1996;99:81-102.
18. Quintana O. El consentimiento informado. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:73-5.
19. Simón P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:100-9.
20. Sánchez J. El consentimiento informado ante el derecho: una nueva cultura. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:138-44.
21. Fernández J, Sainz A, García J. Evaluación de la calidad de los documentos de consentimiento informado en el INSALUD. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:89-93.
22. Dubbs D. Privace please! Hospitals take a closer look at the design implications of patient confidentiality. *Rev Health Facil Manage* 2003;16:20-4.
23. Bañeres J, Bohigas L, Suñol R. Resultados de la primera evaluación de siete hospitales basados en los estándares de la Joint Commision. *Rev Calidad Asistencial* 1999;14:591.