

Original

# Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica

Gloria E. Lopera Uribe<sup>a,\*</sup>, M.<sup>a</sup> Jesús Albar Marín<sup>b</sup>, Manuel García Ramírez<sup>c</sup>  
y Carmen Fernández Garrido<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Información Periquirúrgica, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>b</sup> Unidad de Investigación de Enfermería, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

<sup>c</sup> Departamento de Psicología Social, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 28 de diciembre de 2010

Aceptado el 5 de abril de 2011

On-line el 6 de agosto de 2011

### Palabras clave:

Derechos del paciente  
Condiciones de trabajo  
Conducta cooperativa  
Quirófanos

### Keywords:

Patient rights  
Working conditions  
Cooperative behavior  
Operating rooms

## R E S U M E N

**Objetivos:** Explorar qué factores del contexto explican la aplicación de la Ley de autonomía del paciente (LAP) por parte de profesionales implicados en el proceso quirúrgico.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla con personal del área quirúrgica. Variable dependiente: aplicación de la LAP. Variables independientes: percepción de características socioestructurales, según modelo de Kanter, percepción de colaboración interprofesional y conocimiento de la LAP. Se realizó análisis exploratorio, bivariado con pruebas paramétricas y no paramétricas, y regresiones simples y múltiples. El nivel de confianza fue del 95%.

**Resultados:** Participantes: 170 profesionales (tasa de respuesta: 60,28%). Los comportamientos acordes con la LAP se presentan entre un nivel medio y alto, en médicos y enfermeras. Respecto a la aplicación de la LAP según las variables sociolaborales, hay diferencias estadísticamente significativas, por parte del personal médico, en el área de trabajo y en la especialidad. El análisis de regresión múltiple muestra la relación de la aplicación de la LAP con la colaboración interprofesional, en el personal médico.

**Conclusiones:** El modelo de Kanter y la escala de colaboración interprofesional pueden ayudarnos a explicar la influencia del contexto hospitalario en la aplicación de la LAP, y los resultados obtenidos podrían orientar el diseño de estrategias dirigidas a la implementación de la ley. Sería necesario superar estructuras tradicionales y generar condiciones descentralizadas y flexibles, que estimulen el trabajo en equipo y la toma de decisiones compartidas.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Factors explaining the application of the law of patient autonomy by surgical staff

### A B S T R A C T

**Objective:** To examine which contextual factors explain the implementation of the Patient Autonomy Law (LAP) by professionals involved in the surgical process.

**Methods:** A descriptive cross sectional study survey. It was conducted at the Hospital Virgen Macarena in Seville with the surgical staff. Dependent variable: the application of LAP. Independent variables: the perception of socio-structural organizational characteristics according to Kanter's model (organizational culture, sociopolitical support, access to information, and access to resources), the perception of inter-professional collaboration, and knowledge of the LAP. We performed exploratory analysis, bivariate with parametric and nonparametric tests depending on the nature of the distributions; simple regression to determine the weight of each explanatory variable on the application of the LAP and, multiples introducing in the models those variables that had obtained significant regression coefficients. The analysis performed with a confidence level of 95%.

**Results:** Participants: 170 professionals (response rate: 60.28%). Behaviour according to the LAP is present in a medium-high level among physicians and nurses. Significant differences were observed in the application of the LAP according to the different sociolaboral variables and considering medical staff, the working environment and the specialty. Multiple regression analyses revealed the relationship between the application of the LAP and interprofessional collaboration, in physicians.

**Conclusions:** Kanter's model and the scale of interprofessional collaboration, may contribute to the explanation of the influence of the hospital context in the implementation of the LAP and the results may guide us when designing strategies to implement the law. It would be necessary to overcome the traditional structures and create decentralized and flexible conditions that encourage teamwork and shared decision making.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: glorialope@yahoo.es (G.E. Lopera Uribe).

## Introducción

La ley 41/2002 de autonomía del paciente<sup>1</sup> (LAP) tiene como propósito garantizar el derecho de los pacientes a la información sanitaria y al respeto de su voluntad en decisiones relacionadas con su salud. Esta ley se enmarca en un nuevo modelo de atención sanitaria denominado *autonomista*, que reconoce la importancia de la participación activa de los usuarios en los procesos sanitarios y exhorta a los profesionales a adoptar comportamientos que posibiliten dicha participación. No obstante, la promulgación de la ley, por sí sola, no garantiza su aplicación.

Se han realizado análisis sobre la aplicación de la LAP en las relaciones clínico-asistenciales<sup>2,3</sup>. Los resultados señalan que la LAP representa un progreso ético, pero para trascender las buenas intenciones se requiere un esfuerzo de asimilación, formación y compromiso del conjunto de los involucrados en el ámbito sanitario.

También se han hecho análisis de las implicaciones de esta ley en la práctica quirúrgica<sup>4,5</sup>, ya que su propia dinámica, caracterizada por el trabajo en equipo y situaciones de urgencia, incrementa los conflictos relacionados con la información al paciente y con el consentimiento que éste otorga. Se ha reconocido la importancia de diferenciar el proceso informativo-deliberativo con el paciente (proceso de consentimiento informado propiamente dicho) con la firma del documento de consentimiento, puesto que dicho documento es una garantía de mínimos, pero sólo la buena práctica, una actitud adecuada y una buena interacción con el cirujano pueden garantizar finalmente los derechos del paciente<sup>5</sup>.

Adicionalmente se han explorado factores individuales del personal sanitario, tales como las actitudes ante los derechos de los pacientes y sus percepciones acerca del cumplimiento de éstos, y de manera específica el conocimiento que tienen de la LAP.

Los resultados obtenidos en relación a las actitudes señalan que los médicos que conceden una mayor importancia a los derechos de los pacientes presentan una mayor satisfacción laboral<sup>6</sup>. En cuanto al cumplimiento de los derechos, es de destacar que a mayor conocimiento de éstos por parte de los profesionales hay una menor percepción de cumplimiento de ellos<sup>7</sup>. Por otro lado, la comparación de dos estudios<sup>7,8</sup> (realizados antes y después de la publicación de la «Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria» [CDDUSS] en Cataluña<sup>9</sup>) permite concluir que no hay diferencias en el conocimiento de los derechos y el respeto a ellos por parte de los profesionales. Esto sugiere que la mera publicación de la Carta, sin una estrategia paralela de difusión, no genera cambios.

Finalmente, respecto al conocimiento de los profesionales acerca de la LAP, los estudios existentes señalan que el personal médico y de enfermería, del ámbito hospitalario y de la atención primaria, muestran lagunas que pueden llevarlos a actuar de manera incorrecta, e incluso a verse en dificultades legales<sup>10,11</sup>.

Teniendo en cuenta, por una parte, el modelo de *empowerment* estructural desarrollado por Kanter<sup>12,13</sup>, quien a partir de numerosos estudios demuestra que los comportamientos del trabajador tienen que ver más con las características socioestructurales de las organizaciones (oportunidades para aprender, apoyo sociopolítico, acceso a información y a los recursos) que con las características individuales, y por otra parte la importancia de la colaboración interprofesional para ofrecer servicios efectivos para los usuarios y satisfactorios para los profesionales<sup>14,15</sup>, creemos necesario indagar qué aspectos de la organización sanitaria están influyendo en la aplicación de la LAP.

El objetivo de este estudio fue explorar qué factores del contexto explican la aplicación de la LAP por parte del personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico.

## Método

Estudio descriptivo transversal realizado mediante encuesta, en el Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVVM) de Sevilla. La población de estudio la constituyen los profesionales de medicina y enfermería que atienden pacientes quirúrgicos (hospitalización, quirófanos y reanimación posquirúrgica), en todas las especialidades médicas.

Para la selección de los participantes se consideraron las especialidades con mayor promedio de intervenciones practicadas al mes, a partir de un punto de corte de 100, y resultaron seleccionadas cirugía general, ginecología, urología, cirugía plástica, dermatología, oftalmología y anestesia. Posteriormente se calculó la población de profesionales que atendían estas especialidades en las áreas de trabajo implicadas (hospitalización, reanimación posquirúrgica y quirófanos). Para una población de referencia de 556 sujetos se estimó un tamaño muestral de  $n = 282$  [256 + 10% (25,6), en previsión de los no respondedores], con un error del 4,5%, un nivel de confianza del 95% y  $p = q = 0,50$ , puesto que no contábamos con estimaciones previas de aplicación de la LAP. Los profesionales incluidos en la muestra fueron informados previamente sobre los objetivos del estudio y la participación voluntaria en él. Quienes aceptaron participar entregaron el documento de consentimiento firmado, de manera independiente a la encuesta de autocumplimentación, para conservar el anonimato. El trabajo de campo se realizó entre febrero y mayo de 2009.

La aplicación de la LAP se definió como variable dependiente o de respuesta. Como variables independientes se eligieron variables sociolaborales (sexo, categoría profesional, tiempo de trabajo y especialidad médica). Las variables psicosociales consideraron la percepción de las características socioestructurales de la organización según el modelo de *empowerment* estructural de Kanter<sup>12,13</sup> (cultura, apoyo sociopolítico, acceso a la información y acceso a los recursos), la percepción de la colaboración interprofesional, y el conocimiento de la LAP como elemento básico del acceso a la información para la aplicación de la ley.

Se elaboró una encuesta con los siguientes instrumentos: registro de características sociolaborales, escala de comportamientos acordes a la aplicación de la LAP, escala de características socioestructurales de la organización<sup>16</sup>, escala de intensidad de la colaboración interprofesional<sup>17</sup> y test de conocimiento de la LAP.

Para diseñar la escala de comportamientos acordes a la aplicación de la LAP se adaptaron las obligaciones del personal sanitario promulgadas por la ley a comportamientos específicos relacionados con la información a ofrecer a los pacientes quirúrgicos y sus familiares. Como las responsabilidades del personal médico y de enfermería son diferentes, los comportamientos se plantearon de manera específica para cada categoría profesional. Los del personal médico se agruparon en cuatro categorías: información para el consentimiento del paciente previo a la cirugía, información después de la intervención, respeto a la voluntad del paciente en relación a las personas que autoriza a ser informadas, y brindar información en un lugar privado. En total se incluyeron nueve ítems. Los comportamientos del personal de enfermería se agruparon en una categoría denominada «información sobre procedimientos enfermeros», que incluía dos ítems. Para los dos grupos, el formato de respuesta incluía un gradiente de cinco puntos referentes a la frecuencia de los comportamientos (1 = nunca, 5 = siempre). Así, los valores de la escala de aplicación de la LAP de los médicos oscilaban entre 9 y 45, y los de enfermería entre 2 y 10. La fiabilidad de la escala de los médicos alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de 0,78, mientras que la de las enfermeras fue de 0,66.

Para conocer la percepción de las características socioestructurales de la organización se utilizó una versión en español de las cuatro subescalas elaboradas por Spreitzer<sup>16</sup>, a partir del modelo

**Tabla 1**

Descriptivos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente en personal médico y de enfermería

Categoría de comportamientos	Nivel bajo, n (%)	Nivel medio, n (%)	Nivel alto, n (%)
<i>Personal médico</i>			
Consentimiento informado	0 (0)	12 (20,7)	46 (79,3)
Información sobre cirugía	10 (17,2)	17 (29,3)	31 (53,4)
Respeto a la voluntad	24 (41,3)	26 (45,6)	7 (12,3)
Privacidad	16 (27,5)	27 (46,6)	14 (24,1)
<i>Personal de enfermería</i>			
Información sobre procedimientos	15 (13,5)	25 (24)	71 (68,3)

de *empowerment* estructural de Kanter<sup>12,13</sup>. La subescala que mide la cultura tiene cinco ítems que valoran la participación, la creatividad, la iniciativa, la autonomía y el trabajo en equipo. La de apoyo sociopolítico, de cuatro ítems, mide el grado de apoyo de compañeros y superiores. La que evalúa el acceso a la información, de tres ítems, mide el acceso a la información estratégica de la organización (visión, estrategias y metas) y la requerida para realizar bien el trabajo. Por último, la subescala de acceso a los recursos contiene tres ítems que hacen referencia a recursos materiales y espacio-temporales, tanto los indispensables como los que permitirían realizar innovaciones y mejoras. Todos los ítems se valoran en una escala tipo Likert de cinco puntos, desde totalmente en desacuerdo (1) hasta totalmente de acuerdo (5), siendo 15 la puntuación mínima y 60 la máxima.

La colaboración interprofesional, entendida como «un proceso complejo y dinámico de interacción entre profesionales interdependientes, que se relacionan como compañeros y que comparten el poder a través de la toma de decisiones, en vistas a alcanzar un objetivo común centrado en el cliente»<sup>17</sup>, se midió con la escala de colaboración interprofesional<sup>18</sup>, que consta de 14 ítems, con un formato de respuesta en un gradiente de 5 puntos (1 corresponde a la menor colaboración y 5 a la mayor), oscilando los valores entre 14 y 70.

El test de conocimientos de la LAP fue elaborado ad hoc por el equipo del proyecto de investigación «Elaboración de una buena práctica en información perioperatoria en el HUVM de Sevilla». Pretendía evaluar el conocimiento de la ley en cuestión, como parte de la información que los profesionales deben tener para el buen desempeño de su trabajo. Los aspectos evaluados se adaptaron a los requerimientos de la actividad quirúrgica y fueron: identificación de la ley, titularidad de la información, concepto y forma de otorgar el consentimiento informado por parte del paciente, mayoría de edad en salud, responsabilidad de los profesionales respecto a ofrecer información a los pacientes, necesidad de solicitar autorización del paciente para dar información a terceras personas, y respeto a la voluntad del paciente. El número total de ítems fue 11 y el formato de respuesta utilizado fue la opción múltiple, con una sola respuesta correcta entre tres o cuatro opciones, siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 11.

Las dos escalas diseñadas sobre la LAP (comportamientos acordes con la aplicación y conocimientos de la ley) fueron revisadas por un experto jurista de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y por la responsable de investigación en enfermería del hospital, y previamente a su aplicación se hizo una prueba piloto con 10 profesionales para verificar la comprensión de los ítems.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS 15.0 y se aplicó un nivel de confianza del 95%. Se calcularon los estadísticos descriptivos de las variables de estudio y, con el fin de establecer el nivel de aplicación de la ley por médicos/as y enfermeras/os, se establecieron tres niveles (bajo, medio y alto) en función de la posible puntuación a obtener en cada una de las categorías definidas. Así, para la categoría «consentimiento informado» correspondiente al personal médico (con seis ítems), el nivel bajo va de 6 a 13 puntos,

el nivel medio de 14 a 21, y el nivel alto de 22 a 30; para las demás categorías médicas («información sobre la cirugía», «respeto a la voluntad» y «privacidad»), con un solo ítem, el nivel bajo corresponde a los valores 1-2, el nivel medio a 3-4 y el nivel alto a 5. Para el personal de enfermería, con dos ítems en una categoría («información sobre procedimientos»), el nivel bajo va de 2 a 4, el medio de 5 a 8, y el alto de 9 a 10. En el resto de los análisis se utilizaron las puntuaciones totales de estas escalas. Los análisis bivariados se realizaron con pruebas paramétricas y no paramétricas, en función de la naturaleza de las distribuciones (correlación, ANOVA, Kruskal-Wallis, ji al cuadrado). Además, para determinar el peso de cada variable explicativa en relación con la aplicación de la LAP se llevaron a cabo regresiones simples. Finalmente, se construyeron dos modelos de regresión múltiple con aquellas variables que habían obtenido un coeficiente de regresión significativo en cada una de las categorías profesionales.

## Resultados

Participaron en el estudio 170 profesionales (tasa de respuesta del 60,28%). El 70,4% (119) eran mujeres, el 34,3% (58) médicos/as y el 65,7% (111) personal de enfermería. Respecto al tiempo de trabajo en el hospital, la media era de 14,22 años (desviación típica = 11,20), con un rango de 1 a 37. La mayoría de los no participantes expresó su desmotivación para colaborar en el estudio por sentirse sobrecargados de trabajo. No obstante, no se profundizó en las características de estos sujetos.

Como se muestra en la *tabla 1*, más del 50% del personal médico presenta un nivel alto de comportamientos acordes con la ley en cuanto a la información ofrecida al paciente antes de que éste otorgue su consentimiento a la cirugía y en relación a la información ofrecida después de la intervención. En contraste, los comportamientos relativos al respeto a la voluntad del paciente para informar a terceras personas, y la privacidad al hacerlo, corresponden en su mayoría al nivel medio. Respecto a la información sobre los procedimientos al paciente, mayor responsabilidad otorgada por la LAP al personal de enfermería, destaca que cerca del 70% de este personal presenta un nivel alto.

En cuanto a los niveles de aplicación de la LAP en función de las variables sociolaborales, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, por parte del personal médico, en el área de trabajo y en la especialidad (*tabla 2*).

En la *tabla 3* se presentan los estadísticos descriptivos de las variables en estudio, así como los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos. Hay que destacar las bajas correlaciones de la aplicación de la LAP, por parte del personal de enfermería, con el resto de las variables.

En las *tablas 4 y 5* pueden verse los coeficientes de regresión simple, así como sus correspondientes intervalos de confianza del 95% obtenidos en la aplicación de la LAP por personal médico y de enfermería, respectivamente. En los primeros, la colaboración interprofesional es la variable que explica un mayor porcentaje de la varianza ( $R^2 = 0,200$ ), seguida del acceso a los recursos ( $R^2 = 0,152$ ) y del apoyo sociopolítico ( $R^2 = 0,150$ ). Respecto a los profesionales

**Tabla 2**  
Grado de aplicación de la Ley de autonomía del paciente en función de variables sociolaborales

Variables	Aplicación de la ley por parte de los médicos			p
	Baja, n (%)	Media, n (%)	Alta, n (%)	
<i>Sexo</i>				
Hombre	4 (11,8)	18 (52,9)	12 (35,3)	0,830
Mujer	2 (8,7)	14 (60,9)	7 (30,4)	
<i>Especialidad</i>				
Cirugía general	0 (0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,046 <sup>a</sup>
Ginecología	0 (0)	10 (58,8)	7 (41,2)	
Urología	0 (0)	7 (77,8)	2 (22,2)	
Cirugía plástica	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Dermatología	0 (0)	3 (50)	3 (50)	
Oftalmología	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Anestesia	5 (33,3)	8 (53,3)	2 (13,3)	
<i>Área de trabajo</i>				
Quirófano	0 (0)	24 (58,5)	17 (41,5)	0,000 <sup>b</sup>
Despertar/URP	6 (37,5)	8 (50)	2 (12,5)	
	<i>Aplicación de la ley por parte de enfermería</i>			
<i>Sexo</i>				
Hombre	2 (13,3)	3 (20)	10 (66,7)	0,775
Mujer	7 (8)	21 (23,9)	60 (68,2)	
<i>Área de trabajo</i>				
Quirófanos	5 (10,2)	14 (28,6)	30 (61,2)	0,220
Despertar/URP	0 (0)	4 (17,4)	19 (82,6)	
Hospitalización	5 (15,6)	6 (18,8)	21 (65,6)	

URP: unidad de reanimación posquirúrgica.

<sup>a</sup> p < 0,05.

<sup>b</sup> p < 0,001.

**Tabla 3**  
Descriptivos y correlaciones de Pearson de las variables en estudio

	Media (DT)	ALAPM	ALAPE	CI	CLAP	CU	AS	AI	AR	TT
ALAPM	35,48 (5,59)	1	-	0,47 <sup>b</sup>	-0,12	0,43 <sup>b</sup>	0,47 <sup>b</sup>	0,37 <sup>b</sup>	0,39 <sup>b</sup>	0,23
ALAPE	7,9 (2,22)		1	0,18	0,26 <sup>b</sup>	0,10	0,20 <sup>a</sup>	0,25 <sup>a</sup>	0,23 <sup>a</sup>	-0,13
CI	29,05 (7,65)			1	-0,04	0,60 <sup>b</sup>	0,58 <sup>b</sup>	0,60 <sup>b</sup>	0,59 <sup>b</sup>	-0,02
CLAP	7,34 (1,82)				1	-0,14	-0,03	-0,02	-0,00	-0,34 <sup>b</sup>
CU	15,14 (4,96)					1	0,61 <sup>b</sup>	0,62 <sup>b</sup>	0,62 <sup>b</sup>	0,02
AS	13,9 (3,52)						1	0,63 <sup>b</sup>	0,54 <sup>b</sup>	-0,01
AI	8,94 (2,83)							1	0,71 <sup>b</sup>	-0,12
AR	8,28 (3,12)								1	-0,07
TT	14,11 (11,19)									1

DT: desviación típica; LAP: Ley de autonomía del paciente; ALAPM: aplicación de la LAP por los médicos; ALAPE: aplicación de la LAP por enfermería; CI: colaboración interprofesional; CLAP: conocimiento de la LAP; CU: cultura unidad; AS: apoyo sociopolítico; AI: acceso a información; AR: acceso a recursos; TT: tiempo de trabajo.

<sup>a</sup> p < 0,05.

<sup>b</sup> p < 0,001.

**Tabla 4**  
Estimación del efecto de factores individuales y del ámbito en la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por médicos/as

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado beta	p	IC95%
	Beta	EE			
Colaboración interprofesional	0,291	0,079	0,447	0,000	0,134-0,449
Conocimiento de la ley	-0,451	0,462	-0,130	0,333	-1,378-0,475
Cultura	0,465	0,141	0,406	0,002	0,182-0,748
Apoyo sociopolítico	1,966	0,631	0,387	0,003	0,702-3,231
Acceso a información	0,684	0,234	0,367	0,005	0,216-1,153
Acceso a recursos	0,708	0,226	0,390	0,003	0,256-0,024
Tiempo de trabajo	0,139	0,081	0,229	0,092	1,160-0,302

EE: error estándar; IC95%: intervalo de confianza para beta del 95%.

**Tabla 5**  
Estimación del efecto de factores individuales y del ámbito en la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por parte de los profesionales de enfermería

	Coeficiente no estandarizado		Coeficiente estandarizado beta	p	IC95%
	Beta	EE			
Colaboración interprofesional	0,034	0,018	0,189	0,055	-0,001-0,069
Conocimiento de la ley	0,311	0,111	0,268	0,006	0,092-0,531
Cultura	0,047	0,044	0,105	0,287	-0,040-0,133
Apoyo sociopolítico	0,160	0,181	0,087	0,380	-0,200-0,519
Acceso a información	0,212	0,084	0,245	0,013	0,046
Acceso a recursos	0,159	0,067	0,390	0,020	0,025-0,063
Tiempo de trabajo	-0,025	0,019	-0,136	0,186	

EE: error estándar; IC95%: intervalo de confianza para beta del 95%.

**Tabla 6**

Modelo de regresión múltiple para las variables psicosociales que explican la aplicación de la Ley de autonomía del paciente

	R cuadrado	B	Error típico	$\beta$	IC95%
<i>Personal médico</i>					
Modelo	0,318				
Colaboración interprofesional		0,708	0,334	0,339 <sup>a</sup>	0,038-1,378
Cultura		0,156	0,221	0,13	-0,287-0,599
Apoyo sociopolítico		0,228	0,308	0,136	-0,391-0,847
Acceso información		0,24	0,368	0,121	-0,5-0,979
Acceso recursos		-0,09	0,386	-0,046	-0,864-0,685
<i>Personal de enfermería</i>					
Modelo	0,152				
Conocimiento de la ley		0,345	0,11	0,297 <sup>a</sup>	0,128-0,563
Acceso a información		0,202	0,117	0,233 <sup>a</sup>	-0,03-0,434
Acceso a recursos		0,051	0,093	0,073	-0,133-0,235

IC95%: intervalo de confianza para beta del 95%.

<sup>a</sup>  $p < 0,05$ .

de enfermería, los valores  $R^2$  obtenidos son muy bajos, siendo el conocimiento de la ley el más alto, pero explica escasamente la variable resultado ( $R^2 = 0,072$ ).

Finalmente, en la **tabla 6** se muestran los modelos resultantes de regresión múltiple, para médicos/as y enfermeras/os. En el personal médico podemos observar la asociación entre la aplicación de la LAP y la colaboración interprofesional. En enfermería, los valores del intervalo de confianza no alcanzan a sustentar la asociación entre la aplicación de la LAP y su conocimiento.

## Discusión

El objetivo de este estudio era identificar factores del marco organizativo que pudieran explicar la aplicación de la LAP por parte del personal médico y de enfermería en el área quirúrgica.

Un primer hallazgo es la existencia de comportamientos acordes con la LAP entre un nivel medio y alto. La ausencia de estudios similares impide comparar estos resultados con otras poblaciones; no obstante, es importante señalar que esta respuesta sorprende, tanto por los escasos conocimientos que sobre la ley tienen los profesionales<sup>10,11</sup> como por la posible existencia de resistencias individuales de algunos de ellos para que los pacientes participen<sup>19</sup>. También es importante considerar que, a pesar del anonimato de la encuesta, es posible que las respuestas tengan un sesgo atribuible a la discapacidad social.

Por otra parte, hay que destacar que los resultados sugieren que el modelo de *empowerment* estructural de Kanter puede ser útil para analizar la influencia del ámbito hospitalario en comportamientos individuales de aplicación de la LAP. Adicionalmente, ello tiene implicaciones prácticas para diseñar estrategias dirigidas a facilitar la implementación de la ley.

En cuanto a los instrumentos de medición utilizados, se consideró pertinente en este estudio usar la escala de colaboración interprofesional<sup>18</sup>, principalmente porque permite reconocer situaciones relacionadas con el plan de trabajo en equipo, que influyen en los comportamientos de los profesionales, y que no son evaluadas en las subescalas de apoyo sociopolítico y cultura de la unidad de Spreitzer.

Puesto que la colaboración interprofesional aparece como el principal factor asociado a la aplicación de la ley por parte del personal médico, sería necesario superar las condiciones obstaculizadoras de las estructuras tradicionales con otras más descentralizadas y flexibles, que apoyen la importancia del trabajo en equipo y la toma de decisiones compartidas, fortaleciendo la

colaboración entre los profesionales<sup>20</sup>. Muy relacionado con la colaboración se encuentra el soporte social de colegas y superiores. Kanter<sup>21</sup> ha señalado que quienes perciben apoyo social emprenden de manera más decidida los cambios en las organizaciones, pues dicho apoyo proporciona fuerzas a los individuos para abordar cuestiones difíciles. Dutton y Ashford<sup>22</sup> también destacan que el apoyo de los superiores es particularmente importante en la mejora de la motivación en los mandos medios, para asumir riesgos y hacer cambios.

Respecto a la aplicación de la LAP por parte de enfermería, es importante tener en cuenta, por un lado, que el coeficiente de Cronbach obtenido en la escala está por debajo de lo deseable, lo cual posiblemente se relacione con el bajo número de ítems que la miden, y por otro lado, que los coeficientes de regresión obtenidos explican escasamente la variable resultado. En este sentido, sería necesario explorar otros factores que aportaran una mayor explicación de esta variable resultado, y elaborar otro instrumento de medida con más fiabilidad.

En cuanto a las limitaciones del estudio, es necesario considerar que al tratarse de un tema que empieza a estudiarse (la aplicación de la LAP), la encuesta utilizada contiene instrumentos que no han sido formalmente validados. Por lo tanto, la interpretación de los resultados debe hacerse con cautela. Además, la utilización de un instrumento de tipo autoinforme, sin complementar con técnicas cualitativas como la observación, entrevistas o grupos focales, ha impedido profundizar y contrastar algunas de las respuestas obtenidas.

También hay que tener en cuenta que la participación voluntaria en el estudio ha podido generar un sesgo en relación a la percepción del acceso a las características socioestructurales, puesto que quienes se negaron a participar aduciendo sentirse desmotivados puede que sea por falta de apoyo de la organización.

En definitiva, consideramos que la generalización de los resultados a otros ámbitos hospitalarios debe hacerse con cautela, pues no puede ignorarse que cerca del 40% de la muestra seleccionada no participó en el estudio.

Es recomendable que futuros estudios validen los instrumentos aplicados, en relación a la LAP, además de combinar el autoinforme con técnicas cualitativas que permitan profundizar en las respuestas. Adicionalmente sería conveniente ampliar la muestra, tanto en general como en cada especialidad médica, pues ello permitiría realizar análisis por unidades de trabajo que no pudieron hacerse en este estudio. También sería conveniente explorar las motivaciones subyacentes en quienes no participan y comprobar si difieren de las de aquellos que sí participan.

**¿Qué se sabe?**

Se han explorado factores individuales del personal sanitario, tales como las actitudes ante los derechos de los pacientes y sus percepciones acerca del cumplimiento de éstos, y de manera específica el conocimiento que tienen acerca de la Ley de autonomía del paciente. Se ha encontrado que la sola publicación de leyes sin una estrategia paralela de difusión no genera cambios en cuanto al conocimiento de los derechos de los pacientes y al respeto de éstos por parte de los profesionales.

**¿Qué se añade?**

Hay comportamientos acordes con la Ley de autonomía del paciente, entre un nivel medio y alto, en personal médico y de enfermería del área quirúrgica. La colaboración interprofesional se muestra como el principal factor asociado a la aplicación de la ley por parte de los médicos. El modelo de *empowerment* estructural de Kanter puede ser útil para analizar la influencia del ámbito hospitalario en los comportamientos individuales de aplicación de la Ley de autonomía del paciente.

**Declaraciones de autoría**

M. García, M.J. Albar y G.E. Lopera son responsables del diseño del estudio. G.E. Lopera y C. Fernández obtuvieron los datos. G.E.

Lopera diseñó la base de datos bajo la supervisión de M.J. Albar, quien garantizó su calidad. M.J. Albar y G.E. Lopera realizaron los análisis e interpretaron los hallazgos. G.E. Lopera redactó el primer borrador. Todos los autores aportaron ideas y revisaron los borradores del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final. G.E. Lopera es la responsable del artículo.

**Financiación**

Este estudio ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, referencia CS0117/2007, proyecto titulado "Elaboración de una buena práctica en información perioperatoria en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla".

**Conflictos de intereses**

Ninguno.

**Agradecimientos**

A todos los profesionales de medicina y enfermería del Hospital Virgen Macarena que atendieron nuestra solicitud y nos dedicaron su tiempo. A Vicente Manzano, que nos facilitó el diseño muestral. A María Gracia Gallardo, Laura Méndez, Aída Otero, Concepción Lagoa y Concepción García, que participaron en el diseño del instrumento y en la recogida de la información.

**Anexo A. Ítems que evalúan la aplicación de la Ley de autonomía del paciente****Para personal médico:**

	Nunca			Siempre	
Señale la frecuencia con que ofrece la siguiente información a sus pacientes, antes de que éstos otorguen su consentimiento para la cirugía:					
1. Los procedimientos posibles con sus beneficios, riesgos y efectos secundarios respectivos	1	2	3	4	5
2. El procedimiento a realizar	1	2	3	4	5
3. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con toda seguridad	1	2	3	4	5
4. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales, profesionales o laborales del paciente	1	2	3	4	5
5. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención	1	2	3	4	5
6. Las contraindicaciones	1	2	3	4	5
Señale la frecuencia con que ofrece la siguiente información a los familiares del paciente, al finalizar la cirugía:					
7. Cómo ha ido la cirugía	1	2	3	4	5
Cuando ofrece información a los familiares, con qué frecuencia hace lo siguiente:					
8. ¿Verifica qué personas ha autorizado el paciente para recibir la información?	1	2	3	4	5
9. ¿Brinda la información en un lugar privado?	1	2	3	4	5

**Para personal de enfermería:**

	Nunca			Siempre	
Señale la frecuencia con que ofrece la siguiente información a los pacientes:					
1. Procedimientos de enfermería realizados en la atención que les brinda	1	2	3	4	5
2. SÓLO PARA PERSONAL DE HOSPITALIZACIÓN: Sobre la premedicación anestésica	1	2	3	4	5
SÓLO PARA PERSONAL DE QUIRÓFANO: sobre el déficit de información valorado	1	2	3	4	5
SÓLO PARA PERSONAL DE SALA DE DESPERTAR: sobre el lugar donde se encuentra	1	2	3	4	5

## Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE15-11-2002), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>.
2. García C, Cózar V, Almenara J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:469-79.
3. Delgado MT, Simón P, Sanz B. La ley de autonomía del paciente. *Aten Primaria*. 2003;32:265-7.
4. Acea B. Situaciones conflictivas en la práctica quirúrgica. Reflexiones sobre la Ley básica reguladora de la autonomía de los pacientes. *Cir Esp*. 2004;76:207-12.
5. Acea B. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley básica reguladora de la autonomía de los pacientes. *Cir Esp*. 2005;77:321-6.
6. Pérez-Cárceles MD, Pereñíguez JE, Pérez-Flores D, et al. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. *Aten Primaria*. 2007;39:23-8.
7. Martínez-Mateo F, Ibáñez JM, Fontanet M, et al. Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. *Rev Calidad Asistencial*. 2008;23:72-82.
8. Lledó R, Salas L, González M, et al. Derechos del enfermo del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte del profesional. Grupo en Cataluña de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. *Rev Clin Esp*. 1998;198:730-5.
9. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación a la salud y la atención sanitaria. Marzo de 2002. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1960/index.html>.
10. Fernández C, Lopera GE, Méndez L, et al. Conocimiento de la Ley de autonomía del paciente (LAP) por personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico. *Enferm Clin*. 2009;19:330-4.
11. Mira J, Lorenzo S, Vitaller J, et al. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247-50.
12. Kanter RM. *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books; 1977.
13. Kanter RM. *Men and women of the corporation*. 2nd ed. New York: Basic Books; 1993.
14. Robinson D, Kish CP. *Core concepts in advanced practice nursing*. Mosby: St. Louis; 2001.
15. Drotar D. Reflections on interdisciplinary collaboration in the new millennium: perspectives and challenges. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2002;23:175-80.
16. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*. 1995;38:1442-56.
17. San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Ferrada Videla M. La colaboración entre los profesionales de la salud (I). *Rev Rol Enf*. 2006;29:425-30.
18. San Martín-Rodríguez L, D'Amour D, Leduc N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin*. 2007;17:24-33.
19. Ruiz R. El reto de la información a los pacientes. *Aten Primaria*. 2004;33:361-7.
20. Feifer C, Nocella K, De Artola I, et al. Self managing teams: a strategy for quality improvement. *Topic in Health Information Management*. 2003;24:21-8.
21. Kanter RM. The middle manager as innovator. *Harvard Business Review*. 1982;60:95-105.
22. Dutton JE, Ashford SJ. Selling issues to top management. *Academy of Management Review*. 1993;18:397-428.