

ENFERMERIA, CALIDAD ASISTENCIAL Y DEONTOLOGÍA. ANÁLISIS DE UN CASO

Concepción Noriega Matanza
conchanoriega@gmail.com
Directora del Grado de Enfermería
Universidad Camilo José Cela

José Ángel Agejas Esteban
j.agejas@ufv.es
Profesor Titular de Ética
Universidad Francisco de Vitoria

Resumen

La comunicación busca mostrar la estrecha relación existente entre los principios que inspiran el código deontológico de la enfermería española y los que han de integrar la práctica clínica actual inspirada en el concepto de calidad asistencial. A través del análisis de los parámetros de atención a pacientes diabéticos ambulatorios, se ponen de manifiesto cómo la asistencia a estos pacientes crónicos se encamina hacia la plena satisfacción del paciente en la medida en la que la excelencia clínica se ofrece con un alto grado de compromiso por el bien personal.

Esquema

Introducción

1. Código deontológico y calidad asistencial
2. Formación científica y desarrollo profesional
3. La problemática del paciente diabético ambulatorio
4. Calidad asistencial y satisfacción del paciente
5. Conclusiones

Introducción

Esta comunicación aborda, desde una perspectiva multidisciplinar el análisis de la atención al paciente como una exigencia profesional, ética y asistencial. No cabe duda de que el modo en que se ha atendido al paciente no necesariamente es mejor ahora que en otros momentos, considerado de manera integral, aunque sí es evidente que han mejorado muchos de los tratamientos gracias a los avances científicos y tecnológicos. Pero no es menos cierto que la complejidad de los elementos implicados y la creciente profesionalización de la atención sanitaria requiere no sólo de una mejor preparación técnica, sino también, de un detenido análisis de todos los elementos implicados en orden a favorecer una integración más armónica de los mismos.

Es la intención de este trabajo, pues, la de mostrar cómo el análisis del modo en que se implementa la innovación clínica y asistencial ha de ir asociado a una visión de calidad total, de satisfacción del paciente y a una formación del estudiante en habilidades y competencias que permitan su pleno desarrollo personal y profesional.

Para ello procederemos primero a un breve estudio del modo en que se relaciona deontología y calidad asistencial, pese a que sean dos conceptos que han surgido separados en el tiempo, aunque unidos inicialmente en la intención. Posteriormente veremos cómo la nueva



regulación de los estudios superiores en Europa permite esta formación que es ya una demanda no sólo implícita por parte de los pacientes, para posteriormente, mostrar con el estudio de un caso empírico el modo en que estos elementos se conjugan y han de integrarse de una manera cada vez más explícita. El caso analizado y propuesto aborda el caso de la atención ambulatoria a pacientes diabéticos en algunos centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Finalmente ofreceremos las conclusiones que, a nuestro parecer, se siguen de manera inmediata de los resultados de nuestro estudio.

1. Código deontológico y calidad asistencial

Nos encontramos en un momento social y cultural en el que, por muy diversas razones, confluyen sobre el ejercicio de las profesiones vinculadas con el ámbito de la sanidad una serie de factores que están modificando sensiblemente el modo en que son percibidas y las expectativas que las personas tienen en el trato que se les dispensa.

La progresiva complejidad de las especialidades asistenciales, la tecnificación progresiva de medios diagnósticos y asistenciales (aunque no necesariamente eso redunde en un crecimiento similar de la eficacia terapéutica), el mayor acceso a información por parte de los usuarios (sobre todo en Internet, aunque eso no signifique que necesariamente sea bien procesada y comprendida), la judicialización de las relaciones sociales y el traspaso a las relaciones de los profesionales sanitarios con el paciente de los códigos propios del ámbito mercantil, son a nuestro parecer, los más destacados de entre esos elementos. Excede el ámbito de esta comunicación hacer un estudio de los orígenes y evolución de cada uno de ellos. Pero sin duda, a la hora de afrontar el modo en que el profesional se ve moralmente vinculado con las exigencias propias de su quehacer sanitario, conviene destacar el modo en que cada uno de ellos está influyendo.

No cabe duda de que el concepto de «calidad» en la asistencia se ha importado de los procesos de mejora empresarial, estandarizados conforme a protocolos rigurosos. No es menos cierto que el concepto ha pasado del cumplimiento de los controles de calidad en la obtención de los productos a la satisfacción por la prestación de servicios, aunque sea siempre dentro del ámbito comercial. La atención sanitaria nunca puede considerarse un producto, desde luego, pero tampoco un mero servicio, como el que presta una agencia de viajes. En cualquiera de estos casos, se evalúan realidades que permanecen ajenas y separadas de la persona. Mientras que en el caso de la salud, el profesional atiende a la persona que sufre menoscabo de su salud.

Es en este contexto en el que creemos que es interesante —antes de entrar en el análisis directo de la calidad y satisfacción de la atención a los enfermos ambulatorios de diabetes— comprender cómo el profesional de la enfermería ha de integrar en la tradición del código deontológico estas facetas de su profesión.

En efecto, si revisamos el texto del Código Deontológico de la Enfermería Española actualmente en vigor, aprobado en 1989 y con una revisión en 1998, ya indica en su prólogo que parte de «un marco conceptual que delimite los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia Enfermería tengan los profesionales que la ejerzan», a la vez que sostiene tanto que el hombre es «una unidad indisoluble de cuerpo y mente», como que resulta «fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral».

Pues bien, entendemos que el ejercicio de la Enfermería encierra un importante contenido personal que lo hace bastante lejano del mero concepto de trabajo: no sólo están implicadas

sus capacidades y destrezas operativas, sino que sobre todo, se desarrolla a través de una estrecha relación interpersonal, en la que el trato con el paciente considerado de forma integral requiere del profesional mucho más que meros conocimientos científicos.

Los valores básicos que encierran los códigos deontológicos, presentes en el mundo de las profesiones sanitarias ya desde el conocido *Código de Hammurabi* o el *Corpus Hipocraticum*, pueden integrar perfectamente estas exigencias de la calidad, precisamente dándoles una amplitud de horizontes mucho mayor que la del simple cumplimiento de protocolos de evaluación de bienes y servicios. En efecto, como muy bien queda reflejado en el propio prólogo del Código, cuando renuncia a la pretensión de formular de manera cerrada las obligaciones y modelos de la profesión, se invita al profesional a que sea él quien, con una adecuada formación, sepa traducir en las circunstancias particulares las exigencias concretas de la profesión.

Es por ello que a nuestro juicio, y a propósito del tema que abordamos en esta comunicación, tienen una estrecha relación los capítulos siguientes:

- Quinto, sobre la promoción de la salud y el bienestar social.
- Noveno, sobre la actitud ante el derecho que tiene toda persona humana a ser reconocida y tratada como tal.
- Y undécimo (además del décimo sobre las obligaciones generales, obviamente) en el que se abordan las exigencias en la formación e investigación en enfermería.

Como se ve, la integración de todas las perspectivas (formativa, académica, profesional, científica y técnica) no sólo es posible, sino que la amplitud de horizontes del propio Código Deontológico la posibilita y exige a la hora de alentar y promover el buen ejercicio de la profesión.

2. Formación científica y desarrollo profesional

Como ya hemos mostrado más ampliamente en otro estudio al que nos remitimos, el modo en que se aborda el estudio de la ética y deontología —en la Universidad en general, y en relación con las carreras tradicionalmente más vinculadas con la ética profesional, como es el caso de la Enfermería, en particular—, no es siempre el más adecuado. En efecto,

no se puede reducir la ética a la docencia de la deontología. Muchas veces se utiliza la palabra deontología como sinónimo de ética profesional, pero no son lo mismo. La ética tiene como objeto el estudio del bien, del fin propio del ser humano, tanto en lo personal, como en la dimensión social y profesional de su acción. Sin duda, es necesario conocer las reglamentaciones y ordenaciones particulares de una profesión concreta dentro del marco general del Derecho de un país. Pero, así vistos, quedarían sin su referencia específica sin su relación esencial con la Ética. La referencia esencial con la conciencia y libertad personales constituyen la razón de ser de un modo de conocer y de actuar que ha de encontrar en los estudios universitarios la explicación suficiente e integrada dentro del conjunto de saberes, competencias y destrezas que capacitan para el ejercicio de la profesión (Agejas, Parada, Oliver 2007:)

Puesto que no hay auténtica competencia profesional sin una genuina competencia ética, no podemos desvincular del todo el estudio de la deontología del resto de los contenidos habitualmente considerado más «científicos», puesto que el pleno ejercicio de la profesión requiere de ambos elementos integrados en la unidad de vida y acción del profesional de la

enfermería. Es por esta razón por la que consideramos importante señalar que el EEES ofrece una oportunidad inmejorable para integrar, dentro de los planes de estudio en general, y en las guías docentes en particular, el cultivo de las competencias vinculadas con la ética en las relaciones interpersonales como uno de los contenidos más relevantes para la formación del profesional competente.

La formación deontológica, por tanto, queda claramente destacada como una formación científica y actitudinal. Es necesario conocer los códigos deontológicos y las razones subyacentes para el recto ejercicio de la profesión, a la vez que se aprenden las habilidades y competencias para el excelente ejercicio de la misma.

Hemos tenido conocimiento recientemente de algunos estudios, aún en fase de protocolo, que se están realizando últimamente sobre el conocimiento e implementación del consentimiento informado, que ponen de relieve la escasa formación que al respecto tienen tanto médicos como enfermeros. Se ha considerado muchas veces como algo secundario en la formación, y casi como un obstáculo en el ejercicio profesional, en vez de cómo un cauce necesario para el mejor desarrollo de la misma.

Como ponen de manifiesto De Vicente y otros (2004)

la educación universitaria tiene, entre uno de sus objetivos fundamentales, formar profesionales. La profesionalidad incluye, además de competencias (teóricas y prácticas), una conducta profesional ética, como normalmente demandan (y en la que confían) los ciudadanos o clientes. Los profesionales cuya formación está a cargo de la universidad, deben poseer, junto a la base de conocimiento para el ejercicio profesional, los principios éticos y estándares morales que garantizan un mejor servicio (p.716)

No se puede dejar al ámbito personal, familiar, ni incluso al del propio colegio profesional, una formación que, cada día más, exige del profesional una alta cualificación en todos los ámbitos, no siendo menor el ético. Sin entrar a valorar la moral personal, no cabe duda de que los estándares de la ética profesional requieren de unos claros principios que no pueden quedar al margen de la preparación técnica, ni supeditados sin más a ella.

Pues bien, nuestro estudio acerca de la atención a enfermos diabéticos ambulatorios nos ha permitido destacar cómo la percepción que el paciente tiene de la atención que se le dispensa va íntimamente ligada al recto ejercicio de la profesión, entendida no como un mero cumplimiento protocolario de las pautas de atención al paciente, sino como un interés integral por la persona.

Es en este contexto en el que consideramos especialmente relevante integrar en la consideración integral del paciente, tal y como nos invita el Código Deontológico, las dimensiones recientemente aportadas por la reflexión ética, de la «dependencia» como una de las esenciales de la persona humana. Precisamente el desarrollo tecnológico y científico ha permitido que en el ámbito hospitalario la dimensión del cuidado del sujeto vulnerable sea cada vez más exigente. Como MacIntyre expresa en el ensayo al que nos hemos referido, lo que caracteriza las relaciones personales y sociales es la asimetría, no la estricta equivalencia, como quizá cierta mentalidad individualista nos ha llevado a pensar. Así, la dependencia es tanto o más propia del modo humano de ser, que la independencia o el valerse por sí mismo. Por eso, señala que

entre aquellos que se encuentran en una necesidad imperiosa, tanto dentro como fuera de una comunidad, hay generalmente individuos cuya discapacidad extema es de tal naturaleza que sólo pueden ser miembros pasivos de la comunidad: carecen de capacidad para reconocer, no pueden hablar o al menos no pueden hacerlo de forma inteligible, sufren pero no actúan. Ya he planteado anteriormente que sería importante que los demás pensáramos, respecto a la condición de estos individuos. «yo podría haber sido él». Pero ese pensamiento debe traducirse en una clase de consideración especial; el cuidado que se requiere de los demás y el cuidado que los demás requieren de uno exigen una entrega y una consideración que no esté condicionada por las contingencias de una lesión, una enfermedad o cualquier otra aflicción (...) si esa consideración pudiera verse reducida o desapareciera por lo que suceda al otro, por sus padecimientos, entonces no se trataría de la clase de consideración que exigen las relaciones comunitarias que permiten que se logre el bien común (MacIntyre 2001: 151).

La cita es larga, pero creemos que resumen bien todos los planteamientos que es necesario que se recojan en la formación tanto en contenidos, como en competencias y actitudes para comprender las exigencias del código deontológico como pertinentes con el ejercicio pleno de la profesión, y no sólo con ciertas eventualidades más o menos accesorias o convenientes.

Llegados a este punto, pues, nos queda mostrar los presupuestos teóricos y metodológicos de nuestro estudio sobre la atención a pacientes diabéticos ambulatorios, para analizar posteriormente los resultados obtenidos, en orden a la mejor comprensión de la profesión y formación del enfermero desde una perspectiva integral y multidisciplinar.

3. La problemática del paciente diabético ambulatorio

En el debate actual sobre la satisfacción del paciente se barajan dos conceptos fundamentales sobre los que nos queremos detener brevemente en orden a enmarcar los rasgos generales de nuestro estudio. Por un lado estaría la cuestión de la percepción que el paciente tiene de la calidad asistencial, y por otro la definición de «satisfacción del paciente» propiamente dicha.

3.1 Calidad clínica y percepción de la misma

Por lo que respecta a la calidad asistencial, como indica Sainz de Baranda (2006: 175) ha sido una de las características más distintivas del ejercicio de la enfermería desde sus inicios. Si bien los mecanismos para objetivar la medida de la misma no se hayan desarrollado sino hasta época reciente, no cabe duda de que en la medida en la que se entendía que la profesión sanitaria respondía no sólo a una inquietud profesional, sino a una vocación. Lejos de caracteres reduccionistas o peyorativos, precisamente ese carácter vocacional ponía el énfasis en la dimensión moral de la profesión, inseparable de la alta cualificación técnica y científica. Es más, precisamente esta alta cualificación ya podía entenderse como una primera exigencia moral del deber profesional.

Si uno se remite a tratados clásicos de ética profesional, como *los deberes* de Cicerón (2001), por ejemplo, entendería que la traducción del latín *officium* por deber, nos conduce a una comprensión sesgada de la cuestión. En efecto, el *officium* no es un mero quehacer técnico, que traducimos como deber en el sentido legalista de la expresión contemporánea. Más bien deberíamos entenderlo como lo que ha de hacerse de acuerdo con el fin que orienta la determinación del sujeto a obrar en sociedad: un médico no es un abogado, ni una enfermera es una juez. El fin que le «de-fine» profesionalmente traza ya las exigencias del estilo, el

modo propio de hacer del sujeto que se ve «llamado a realizarlo». De ahí la nobleza y pertinencia del concepto de vocación profesional, íntima y necesariamente ligado con la competencia científica y técnica.

Gracias al desarrollo de herramientas estadísticas de medición del grado de satisfacción del paciente, podemos hablar en este momento de la diferencia y relación entre calidad asistencial y calidad percibida. La referencia teórica obligada a este respecto es el planteamiento profesional que significaron las aportaciones de Nighthingale quien en el siglo XIX, unió la calidad y el servicio al paciente con la calidad de la práctica clínica, y que expuso en su conocido ensayo *Notes on nursing: what it is and what is not*, publicado en Nueva York en 1860. desde entonces hasta hoy han mejorado y cambiado mucho los parámetros de medición, que serían objeto de un estudio más detallado. A efectos de nuestro estudio nos queda resaltar que es a partir de la década de los ochenta cuando se desarrolla más plenamente esa medición de la calidad, a través de diversos indicadores, y más recientemente a través de las Normas ISO 1900 o el modelo EFQM.

Aranaz (2006), al definir el concepto de calidad asistencial, incluye además una serie de variables que desarrolla en su trabajo. Analiza, por ejemplo, el concepto de políticas sanitarias y su relación con la percepción de los receptores del servicio, los prestadores de la asistencia y la adecuación de ambas percepciones (cliente externo e interno), como condicionantes del concepto de calidad. Finalmente, concluye que los planes de calidad asistencial (que, según ese autor, hay que ubicarlos en los planes estratégicos de calidad del hospital) deben estar basados en la satisfacción, opinión y expectativas del paciente, así como fundamentarse en la consideración de tres pilares esenciales, que a su juicio son la calidad científico-técnica o física, la calidad funcional o interactiva, y la calidad corporativa, o percibida, ya que es en ella donde juegan un papel más relevante la imagen pública, los factores mediáticos, etc... Quizá sea este último uno de los ámbitos en los que mayor es la discrepancia entre expectativas y percepciones, y por lo mismo, donde habrá que desarrollar aún más las herramientas de medición.

En todo caso, los modos de evaluación de la calidad asistencial tal y como es percibida por el paciente, han de articularse en torno a tres ejes, siguiendo a Donabedian (1980), que propuso medir la calidad de los medios (estructura), la de los métodos (proceso) y la de los resultados.

Teniendo en cuenta todos estos elementos, y a partir de otras herramientas elaboradas para la medición de la calidad de los pacientes diabéticos, hemos elaborado nuestra propia tabla de indicadores (Tabla 1), en orden a la elaboración de nuestro estudio.

Tabla 1. CUADRO COMPARATIVO DE INDICADORES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PROPUESTA POR LA OCDE (2004)

AUTOR/ PROPUESTA	OCDE (2009)	GALLEGO Y FUENTES (2002)	PROPUESTA PROPIA
	Process Measures: * Percentage of patients with one or more HbA1c tests annually:	Los indicadores más útiles para priorizar las intervenciones de mejora son:	1.- Indicadores de proceso. Determinado por el porcentaje de pacientes con: a) Tres intervenciones educativas

INDICADORES DE PROCESO	<p>* Percentage of patients with at least one LDL cholesterol test annually;</p> <p>* Percentage of patients with at least one test for microalbuminuria during the measurement year; or who had evidence of medical attention for existing nephropathy;</p> <p>* Percentage of patients who received a dilated eye exam or evaluation of retinal photography by an ophthalmologist or optometrist during the current year or during the prior year if the patient is at low risk for retinopathy</p>	<p>Indicadores de proceso</p> <p>Porcentaje de pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tres intervenciones educativas/año registradas y de contenido diferente - Pacientes insulinizados que realizan autoanálisis - HbA1c dos veces año - Fondo de ojo realizado en el último año - Revisión de los pies en el último año - Albuminuria realizada el último año 	<p>registradas y de contenidos diferentes,</p> <p>b) Paciente insulinizados que realizan autoanálisis;</p> <p>c) Determinación de la Hemoglobina glicosilada, dos veces en el año</p> <p>d) Examen de fondo de ojo realizado en el último año</p> <p>e) Revisión de los pies en el último año;</p> <p>f) Determinación de la albuminuria realizada en el último año.</p>
INDICADORES DE RESULTADOS INTERMEDIOS		<p>Indicadores de resultados intermedios</p> <p>Porcentaje de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con control glicémico aceptable ... HbA1c < 8 (ó < media + 6 DE) - Con control muy deficiente ... HbA1c > 10 (ó media + 12 DE) - Fumadores - Con control TA deficiente TA > 140/90 	<p>2.- Indicadores de resultados intermedios. Determinado por el porcentaje de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Con control glicémico aceptable HbA1c menor de 8 (ó media + 6 DE) b) Con control muy deficiente HbA1c mayor de 10 (o media + 12 DE) c) Fumadores d) Con control de tensión arterial deficiente, mayor de 140/90 mm/Hg.
INDICADORES DE RESULTADOS FINALES	<p>Outcome Measures:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Percentage of patients with most recent HbA1c level > 9.0% (poor control); * Percentage of patient with most recent LDL < 130 mg/dl; * Percentage of patients with most recent blood pressure < 140/90 mmHg. * Percentage of patients receiving at least one foot exam annually; * Percentage of patients whose smoking status was ascertained and documented annually. 	<p>Indicadores de resultados finales</p> <p>Porcentaje de pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ulceras/lesiones de pie - Ingresos hospitalarios por lesión/amputación del pie, descompensaciones agudas o cualquier otro motivo con glicemia > 500 	<p>3.- Indicadores de resultados finales. Determinado por el porcentaje de pacientes con:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ulceras/lesiones b) Ingresos hospitalarios; c) Ingresos por lesión/amputación del pie, descompensaciones agudas o cualquier otro motivo con glucemia mayor a 500. <p>También hay que tener en cuenta para definir el concepto de calidad asistencial otras variables como las desarrolla en su trabajo Aranaz (2000)¹¹⁶.</p> <p>Este autor habla sobre las políticas sanitarias y de su relación con la percepción de los receptores del servicio, los prestadores del cuidado y de la adecuación de esas percepciones (cliente externo e interno).</p>

3.2 La satisfacción del paciente

Es a partir de esta propuesta como hemos establecido el desarrollo de la satisfacción del paciente. Actualmente, como ya hemos apuntado, se trata de superar la visión más bien reduccionista que lo asimila con la satisfacción del cliente, a proponer la satisfacción como el modo de enfocar la atención sanitaria. Esto ha supuesto casi un giro copernicano en el ámbito

general de los Servicios Asistenciales, y en particular en el de los procedimientos de prestación de los mismos. De esta forma la nueva cultura de prestación de servicios, basada en la satisfacción del paciente, está provocando un cambio en las demandas del entorno social y clínico, que requiere nuevas habilidades y competencias sobre todo, en la relación entre el profesional de la sanidad y el paciente, y a las que nos hemos referido más arriba como exigencias de formación derivadas de una visión integral del paciente y de su quehacer profesional. A la vez que deberían tener su traducción en el ámbito académico. Actualmente se demandan más capacidades y competencias de carácter transversal, como las habilidades sociales, la comunicación, la satisfacción socio-relacional, y las relaciones afectivas, en definitiva lo que llamaríamos el cuidado del paciente además del restablecimiento de su salud.

Finalmente, a este nuevo escenario de la cultura de calidad se han unido la sensibilidad y eficiencia en la percepción que tiene el paciente de su dolor, su autonomía y su bienestar, respecto a la enfermedad. Por este motivo, desde hace algún tiempo, los conceptos de satisfacción y calidad, van unidos. Y esto en un doble sentido. Por un lado, puesto que ha de dirigirse a resolver las necesidades de atención clínica del paciente. Pero por otro, porque también debe buscar cumplir tanto sus expectativas, como otros factores que determinan la calidad asistencial y la satisfacción. En este trabajo queremos presentar algunos de los resultados obtenidos en la medición de esas expectativas, dentro de un estudio más amplio acerca de todos los factores que deberían converger en la calidad asistencial del paciente diabético ambulatorio. Como cuestionario de referencia hemos aplicado en dicho estudio realizado sobre pacientes con Diabetes Mellitus la Escala de Satisfacción LOPSS-12 (La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale) respecto a los cuidados de enfermería, vinculándolos a la formación de los profesionales.

Sería muy prolijo detenernos a definir tanto el concepto de satisfacción del paciente —con todas las aportaciones y estudios que de manera especial en la última década se han publicado al respecto—, así como enumerar todos los factores que intervienen en la satisfacción del paciente. El concepto de satisfacción del paciente es un concepto poliédrico que tiene diferentes dimensiones. Dicha pluridimensionalidad nos obligaría a un pormenorizado análisis de cuáles son los factores que la componen, al objeto de poder explicar su inclusión como hipótesis en nuestro trabajo de investigación. Puesto que excede también los estrechos límites de esta comunicación, lo dejamos para otro foro, quedando aquí de relieve que factores como la comunicación, información, antecedentes y expectativas del paciente, su valoración del servicio recibido, así como el tiempo que le dedica el profesional sanitario, son factores muy interrelacionados con el actual concepto de calidad asistencial. Todos estos aspectos se recogen en los doce ítems básicos del cuestionario Escala de Satisfacción LOPSS-12.

Un último aspecto, si bien colateral, relativo a la satisfacción del paciente y de gran importancia social —especialmente ahora que con la crisis económica la sensibilidad acerca de los gastos sanitarios y la necesidad de controles presupuestarios está tan alerta— son los costes que derivan del tratamiento y prevención de esta patología. Por esta razón, en nuestro caso, hemos tenido en cuenta la investigación de J.J Gagliardino y otros (2000), quienes realizaron en Argentina un estudio sobre 1590 enfermos diagnosticados de Diabetes Mellitus en el Instituto Médico Asistencial. En su estudio, llegan a la conclusión de que la no realización de diferentes controles preventivos, que se recomiendan en pacientes diabéticos, como el examen de pies, examen de fondo de ojo, o la determinación de hemoglobina glicosilada, elevó el coste de la atención al paciente hospitalizado en un 22,7%, de lo que los investigadores dedujeron que el tratamiento y educación del paciente en la Diabetes Mellitus,

eliminaría en un 30% aproximadamente los costes destinados a solventar las consecuencias clínicas de esta enfermedad en el país. Es sólo un apunte, pero se trata de un estudio muy relacionado con el nuestro en su temática, y con datos lo suficientemente relevantes para ayudarnos a ver, tanto la interdisciplinariedad del problema, así como la relevancia y repercusiones del estudio y sus conclusiones.

4. Calidad asistencial y satisfacción del paciente

Llegamos así, finalmente, a la exposición de los resultados que a nuestro juicio, consideramos como más relevantes del estudio realizado, sobre todo en orden a la comprensión de la calidad asistencial, la satisfacción del paciente y las repercusiones en la formación y ejercicio del profesional de Enfermería.

4.1 Medida de satisfacción. Escalas.

Como hemos apuntado, la medida de la satisfacción no es nada sencilla, precisamente por la multidimensionalidad del concepto, así como por la diversidad de causas que intervienen en la misma, algunas de las cuales, muchas veces, no tienen relación alguna, o muy poca, con el personal sanitario (infraestructuras, dotaciones de servicios, atención de personal de administración...). No obstante todo esto, la tendencia mayoritaria en el campo de la investigación de la calidad asistencial y en la medida de la satisfacción del paciente, parece que señala la dirección de investigar sobre la percepción, opiniones y sensaciones que tiene un paciente respecto al servicio recibido y no sólo por el tratamiento técnico-profesional, sino sobre todo, por el trato y la comunicación afectiva del profesional que presta el servicio. Por esta razón nos hemos centrado en la medición de la satisfacción del paciente, a través de uno de los núcleos claves de su medida: la percepción y opinión del paciente respecto a la satisfacción del servicio prestado, teniendo como punto de referencia entre otros, el nivel de información, la comunicación y la accesibilidad.

Pese a todas las limitaciones que a veces pueden darse tanto en la aplicación de las encuestas, y superadas las legítimas críticas que pueden plantearse a la elaboración criteriológica y del contenido, mediante un estudio detallado y justificado más ampliamente, nos hemos inclinado por la medición a través de escalas. Hemos utilizado la escala Likert para cuantificar y valorar el nivel de satisfacción del paciente. Estas escalas, utilizan un formato multidimensional sobre diferentes aspectos o factores, que influyen en el nivel de satisfacción del paciente, como pueden ser la empatía, comunicación, formación, información, competencia técnica, instalaciones, servicios de hostelería, sistema burocrático, costes, etc. Así, por ejemplo, aunque en pacientes de otras afecciones, podemos consultar Pascoe (1983), Ibern (1992), Ford (1997) o Hamdi (1999).

Para este trabajo la escala de satisfacción elegida ha sido la LOPSS-12, adaptación española de la LOPSS-41 elaborada por La Monica-Oberst de los profesores Cabrero, Richart y Reig (1995), quienes mediante estudios de fiabilidad de la escala, comprobaron que no existía diferencia entre ambas, lo cual hizo que la escala LOPSS-12, se utilizara como instrumento de medida en sus investigaciones. Cabe resaltar que, si bien hasta el momento, la escala LOPSS-12 ha sido utilizada en numerosos estudios, sin embargo según la bibliografía revisada, no ha sido en ningún caso aplicada a la Diabetes Mellitus, con la excepción de Zanetti (2007), como instrumento de medida en la satisfacción del paciente diabético.

4.2 Diseño, método y cuestionario del estudio

Como hemos adelantado, el estudio ha utilizado el cuestionarios LOPSS-12, como guión de las entrevistas semiabiertas realizadas a los pacientes, que ha tenido en cuenta las dos fases

metodológicas de una misma acción: la aplicación de dicho cuestionario por un lado, y el guión de entrevista que completaba las respuestas del paciente, por otro.

El universo de este trabajo de investigación es la población diabética perteneciente al área 7 del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. La asistencia en torno a 100.000 pacientes diabéticos en el área, está distribuida en tres Unidades de Educación Diabetológica. La población, toda ella, está adscrita a tramos etarios de 50 a 90 años, lo que ha obligado a categorizarlos en cinco estadios (menores de 50 años, de 50 a 59 años, de 60 a 69 años, de 70 a 79 años y mayores de 80 años) a fin de relacionarlos con las variables y las opiniones de satisfacción. De dicha muestra seleccionamos 150 pacientes, conforme a los siguientes criterios:

- a) Delimitación de una muestra equiparable al resto de las investigaciones de este tipo.
- b) Pacientes adultos, mayores de 18 años, diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2, pertenecientes al área 7.
- c) Pacientes incluidos en un programa de educación diabetológica, desde un período mínimo de seis meses previos al inicio del estudio.

El cuestionario evaluaba 12 ítems de acuerdo con 7 niveles de satisfacción, como recogen las tablas 2 y 3. Las variables recogidas, debidamente etiquetadas, se introdujeron en el programa estadístico SPSS 15.0.

Tabla 2. DESCRIPTORES DE LA ESCALA LOPSS-12

<i>n^o</i>	<i>Descriptor</i>
1	Me ayudan a comprender mi enfermedad
2	Parecen más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones.
3	Dan la impresión de que ocuparse de mí es lo primero
4	Deberían ser más amables
5	Tienen poca paciencia
6	Pocas veces consideran mis opiniones y preferencia con respecto a los planes de mi cuidado
7	Dan consejos útiles
8	Puedo compartir con ellas mis sentimientos y emociones cuando tengo necesidad de hablar
9	Siento que puedo hacerles preguntas libremente
10	Me comprenden cuando les cuento mis problemas
11	Deberían realizar su trabajo más a conciencia
12	En ocasiones son algo lentas para contestar a mis llamadas

Tabla 3. ESCALA DE LIKERT EN LA ESCALA DE LOPSS-12

<i>nivel</i>	<i>enunciado</i>
1	Totalmente de acuerdo
2	Bastante de acuerdo
3	Algo de acuerdo
4	Ni acuerdo ni desacuerdo
5	Algo en desacuerdo
6	Bastante en desacuerdo
7	Totalmente en desacuerdo

4.3 Resultados relevantes para nuestro centro de interés

De entre los diversos análisis y estudios que podemos obtener de las respuestas al cuestionario procesadas, queremos destacar especialmente las características descriptivas de los ítems, por un lado (tabla 4)

Tabla 4. CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS ÍTEMS DE LA ESCALA UTILIZADA

Ítem	Media	Desviación típica	N
it_01	2,26	0,947	149
It_02	2,44	1,25	149
It_03	2,26	0,94	149
It_04	2,25	0,89	149
It_05	2,14	0,81	149
It_06	2,84	1,24	149
It_07	2,10	0,74	149
It_08	3,26	1,09	149
It_09	5,93	0,74	149
It_10	3,17	1,11	149
It_11	2,29	0,88	149
It_12	3,39	1,17	149

Al analizar la variabilidad de los ítems y en función del rango de valores de las opciones de respuesta (0-7), se obtienen valores de desviación estándar en cada uno de los ítems cercanos a 1. Destacamos que los ítems 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11 presentan poca variabilidad en sus opciones de respuesta, con valores de DE inferiores a 1. Al tratarse de una escala administrada por el investigador, se recogieron el 100% de todos los datos compatibles y la puntuación media ha sido de $34 \pm 5,72$.

El análisis de frecuencias de respuesta de los ítems para buscar el efecto techo y el efecto suelo aparecen recogidos en la tabla 5. En el análisis detallado de los ítems observamos que no tiene efecto suelo ni efecto techo (> 90% de respuesta se acumulan en el valor superior o inferior de la respuesta).

**Tabla 5. PORCENTAJE DE RESPUESTA DE LOS ÍTEMS.
EFECTO SUELO Y EFECTO TECHO**

		Recuento	% del N de la columna			Recuento	% del N de la columna
it_01	1,00	22	14,7	it_07	1,00	19	12,7
	2,00	85	56,7		2,00	106	70,7
	3,00	34	22,7		3,00	20	13,3
	4,00	3	2,0		4,00	3	2,0
	5,00	3	2,0		6,00	2	1,3
	6,00	3	2,0				
it_02	1,00	9	6,0	it_08	1,00	8	5,3
	2,00	112	74,7		2,00	44	29,3
	3,00	11	7,3		3,00	3	2,0
	4,00	2	1,3		4,00	92	61,3
	5,00	7	4,7		5,00	2	1,3
	6,00	6	4,0		6,00	1	0,7
	7,00	3	2,0				
it_03	1,00	13	8,7	it_09	2,00	1	0,7
	2,00	105	70,5		3,00	2	1,3
	3,00	21	14,1		4,00	3	2,0
	4,00	4	2,7		5,00	15	10,0
	5,00	2	1,3		6,00	108	72,0
	6,00	3	2,0		7,00	21	14,0
	7,00	1	0,7				
it_04	1,00	16	10,7	it_10	1,00	5	3,3
	2,00	97	64,7		2,00	56	37,3
	3,00	28	18,7		3,00	3	2,0
	4,00	2	1,3		4,00	82	54,7
	5,00	3	2,0		5,00	1	0,7
	6,00	4	2,7		6,00	3	2,0
	7,00	1	0,7				
it_05	1,00	17	11,3	it_11	1,00	10	6,7
	2,00	109	72,7		2,00	103	68,7
	3,00	16	10,7		3,00	30	20,0
	4,00	4	2,7		4,00	3	2,0
	5,00	2	1,3		5,00	1	0,7
	6,00	2	1,3		6,00	1	0,7
				it_12	7,00	2	1,3
					1,00	12	8,0
					2,00	31	20,7

It_06	1,00	2	1,3		3,00	2	1,3
	2,00	88	58,7		4,00	101	67,3
	3,00	18	12,0		5,00	1	0,7
	4,00	26	17,3		6,00	1	0,7
	5,00	7	4,7		7,00	2	1,3
	6,00	9	6,0				

4.4 *Discusión*

Lo primero que hemos de señalar es que, en nuestro estudio de satisfacción del paciente diabético ambulatorio, el resultado del cuestionario LOPSS-12, aplicado a dichos pacientes, ha registrado una puntuación media de 34,34 (DE 5,72), que corresponde a una alta satisfacción con los cuidados asistenciales de enfermería. Se ha visto que la mayor satisfacción se relaciona con las preguntas positivas, como la percepción de que el profesional sanitario se ocupa de los pacientes y de comprender su enfermedad. Sin embargo, se ha obtenido una puntuación más baja en los ítems relacionados con la poca consideración de la opinión de los pacientes y con la poca libertad para preguntar.

En cuanto a las características descriptivas de los ítems de la escala utilizada, vemos que la pregunta mejor valorada, entre las preguntas positivas (ítems 1, 3, 7, 8 y 10), fue el ítem-8, que se corresponde con «poder compartir con ellos mis sentimientos», mientras que entre las preguntas negativas (ítems 2, 4, 5, 6, 9, 11 y 12) la pregunta mejor valorada fue la referida a «tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente».

Existen muchos estudios DiMatteo et al. (1980) y Waitzkin (1984), que indican que la comunicación y la información relativas al paciente y a su enfermedad son determinantes, no sólo en su percepción de satisfacción, sino también en el cumplimiento terapéutico. Uno de los aspectos importantes, en la satisfacción de los pacientes con enfermedades crónicas, es el de sus necesidades psicológicas, que incluyen recibir información suficiente. En pacientes hospitalizados, alrededor de un 13%, señala no estar suficientemente informado y un 23% manifiesta no haber hallado suficientes respuestas sobre su enfermedad, su tratamiento, o su evolución durante el ingreso hospitalario.

En cuanto a las preguntas analizadas que componen la escala de LOPSS-12, cabe destacar que habría que mejorar la atención a los pacientes, permitiéndoles expresar mejor sus opiniones y preocupaciones, sin dejar que la asistencia técnico-profesional ensombrezca las cualidades humanas, que deben caracterizar a las profesiones sanitarias, y, por tanto, a la enfermería.

Al comparar los resultados de la bibliografía con los que hemos obtenido en nuestra investigación, observamos unas puntuaciones de la escala de satisfacción, que son superiores a las registradas en los pacientes hospitalizados. Cuando se estudia la relación de las puntuaciones obtenidas, a través de la escala de LOPSS-12, se constata que no se han obtenido diferencias significativas entre las distintas variables sociodemográficas estudiadas y el grado de satisfacción, y tampoco hemos hallado ninguna asociación entre la satisfacción y dichas variables.

5. Conclusiones

De cuanto hemos venido exponiendo en el estudio previo, creemos que podemos concluir, apoyados tanto en el estudio empírico como en el análisis crítico de las exigencias morales de la profesión apuntado en el segundo punto, los siguientes puntos clave, que han ido adelantándose de alguna manera en el desarrollo de nuestra exposición. Más allá de muchas otras consideraciones médicas y sanitarias, por lo que respecta al tema que aquí exponemos, podemos afirmar que:

- La escala LOPSS-12, se ha revelado como un cuestionario adecuado para la medida de la satisfacción de los pacientes diabéticos ambulatorios. Como hemos apuntado, en nuestro estudio, se ha utilizado dicho cuestionario específicamente por primera vez, en el campo de la Diabetes Mellitus. Hasta ahora, el cuestionario de satisfacción LOPSS-12, había sido aplicado en estudios referidos a otro tipo de patologías.
- Es interesante comprobar que la población diabética ambulatoria tiene una buena satisfacción con los cuidados asistenciales de enfermería, dentro del sistema público asistencial. De los 150 pacientes incluidos en nuestro estudio, su satisfacción es alta, medida a través de la escala LOPSS-12 y se muestra superior a estudios realizados en población hospitalaria.
- Los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad, han mostrado estar más satisfechos con el sistema asistencial que los pacientes sin dichas comorbilidades. Esta asociación no se ha observado con otras comorbilidades como la nefropatía e ictus. Esto coincide con otros estudios realizados anteriormente, ya que debido a sus particulares condiciones y a su característica de hiperfrecuentadores, podrían apreciar mejor las condiciones o cuidados de enfermería que se prestan desde los Centros de Atención Primaria.
- La escala de satisfacción, junto con valoraciones clínicas, podría ser un instrumento de calidad asistencial y por tanto permitir la evaluación de la asistencia de estos pacientes tal y como se ha hecho en otras patologías. El primer factor en la satisfacción del paciente, es la comunicación. Diferentes estudios lo consideran el factor decisivo, puesto que se da por hecho que existe una intervención técnica adecuada y un apoyo sanitario al paciente.
- En orden a las exigencias propias de la formación profesionales en habilidades y competencias, por tanto, las destrezas comunicativas deberían ocupar una parte relevante de la formación transversal en todas las asignaturas, puesto que inciden de manera tan positiva en la atención al paciente y en su grado de satisfacción.
- Finalmente, por lo que respecta a la deontología y a las exigencias personales en el desempeño de su profesión, comprobamos que los pacientes valoran, precisamente, la consideración y atención a su persona, no tanto y directamente a su patología. Dicho de otro modo, son pacientes que sufren, no enfermedades «adosadas» a un organismo. En este sentido la formación deontológica debería centrar en la persona el resto de perspectivas formativas (científicas, médicas, técnicas), puesto que es el paciente el que percibe, a través de la atención recibida, el grado de competencia del profesional en dichas perspectivas.

Bibliografía

- Agejas, J.A., Parada, J.L., Oliver, I. (2007). «La enseñanza de la ética profesional en los estudios universitarios», en *Revista Complutense de Educación*, vol. 18, 2 (2007), pp. 67-84.
- Altarejos, F., Ibáñez, J.A., Jordán, J.A. y Jover, G. (1998). *Ética docente*. Barcelona: Ariel.
- Aranaz J. M. (2006). «La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria», en *Medicina Clínica* 2006; 114 (Supl 3): 26-33.
- Cabrero, Richart y Reig (1995). «Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta», en *Enferm. Clín.* 1995: 190-8.
- Cagliardino J.J., Ercilla M., Oliveira G.S. Etchegoye, y C, Guidi, M. L. (2000). «Evaluación y costos del proceso de atención de pacientes diabéticos», en *Medicina*, Buenos Aires, 2000, 60: 880-888.
- Cicerón (2001). *De los Deberes*. Madrid: Alianza.
- Código deontológico de la Enfermería española [consultado el 21 de junio de 2011: http://www.codem.es/Docs/eticaprofesional/codigo_deontologico_enfermeria_espa.pdf]
- DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. (1980). «Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills», en *Med Care*. 1980; 18: 376-87.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich Health Administration.
- Ford RC, Bach SA, Fottler MD. (1997). «Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations», en *Health Care Management Review* 1997;22:74-89.
- Gallego Fuentes, R.J (2002). «Calidad de la asistencia al paciente con diabetes Mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria», en *Av Diabetol*, 2002; 18: 84-93.
- Hamdi M, Weiler E, Webster M. (1999). «Deep inferior epigastric perforator flap in breast reconstruction: experience with the first 50 flaps», en *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 86-95
- Ibern P. (1992) «La medida de la satisfacción en los servicios sanitarios», en *Gaceta Sanitaria*, 1992;6:176-185.
- Kennedy, M. (1990): «Choosing a goal for professional education», en W.R. Houston (Ed.), *Handbook of Research on Teacher Education*. Nueva York, Macmillan, pp. 813-825.
- MacIntyre, A. (2001). *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós.
- OCDE (2009). *Proyecto HCQI (HEALTH CARE QUALITY INDICATORS PROJECT: PATIENT SAFETY INDICATORS. REPORT 2009)* [consultado el 21 de junio de 2011: <http://www.oecd.org/dataoecd/56/31/44192992.pdf>]
- Pascoe G. (1983) «Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis», en: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) *Patient satisfaction in health and mental health services. Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210.
- Sainz de Baranda, G.L. (2006). «La calidad de asistencia sanitaria», en *Rev. Administración Sanitaria* 2006; 4 (2): 175-177
- Vicente Rodríguez (de), P.S. et al. (2004). Formación práctica del estudiante universitario y deontología profesional. *Revista de Educación*, 339 (2006), pp. 711-744.
- Waitzkin H. (1984). «Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research», en *JAMA*. 1984; 252: 2441-6

- Zanetti, M.L; Miyar, L; Voltolini. M; y otros (2007). «Satisfacción del paciente diabético en seguimiento en un programa de educación de diabetes», en *Rev. Latinoam Enfermagem*, julio-agosto. 2007. 15 (4).