

Determinantes de la elección del hospital por parte de los pacientes

José Joaquín Mira / Sonia Tirado / Virtudes Pérez / Julián Vitaller
Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

Investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS 2000/1099).

Correspondencia: José Joaquín Mira. Universidad Miguel Hernández.
Avda. del Ferrocarril s/n. 03202 Elche (Alicante). España.
Correo electrónico: jose.mira@umh.es

Recibido: 20 de mayo de 2003.
Aceptado: 30 de enero de 2004.

(Factors determining patients' choice of hospital)

Resumen

Objetivo: Determinar cuál es la mejor forma de informar a un paciente para que elija responsablemente el centro y el servicio sanitario, e identificar los principales factores que actuarían como motivadores de esta decisión.

Sujetos y método: Se elaboró la información sobre 3 hospitales ficticios y 3 procesos patológicos (cáncer de mama, hipertrofia benigna de próstata y cataratas) en 4 modalidades de presentación: 1 folleto con tablas, 1 folleto con gráficos, 3 folletos con tablas y 3 folletos con gráficos, que incluían datos acerca del personal, sobre los resultados médicos y quirúrgicos, los efectos secundarios, la satisfacción de otros pacientes y familiares, y las demandas y reclamaciones efectuadas contra el hospital. La información se suministró a una muestra de 1.259 sujetos, que cumplimentaron un cuestionario con su valoración de la información recibida.

Resultados: Ante la elección de tratamiento, la mayoría de los pacientes (88%) preferiría que se les informara y tomar la decisión conjuntamente con el médico. Un 64% eligió el hospital con mejores resultados clínicos. La información en un solo folleto resultó más clara mediante tablas ($p < 0,001$) y la información mediante gráficos resultó más clara en 3 folletos ($p < 0,001$). Se identificaron 3 factores en el caso de las enfermedades más graves (satisfacción, resultados médicos y reclamaciones y demandas) y 2 factores (satisfacción y resultados médicos) en el caso de una afección leve. Los varones se fijan más en la información sobre los resultados ($p < 0,001$), las recaídas ($p < 0,001$) y los efectos secundarios ($p < 0,001$). A la hora de realizar comparaciones, el personal sanitario se fija más en los resultados de efectividad terapéutica y menos en los resultados de satisfacción del paciente o sus familiares (rangos t entre 0,40 y 0,90; $p < 0,01$).

Conclusiones: Hay diferencias en cuanto a la necesidad de información, la comprensión en función de la modalidad de presentación de dicha información y su contenido en función de la enfermedad, el sexo o el grado de conocimientos médicos.

Palabras clave: Toma de decisiones. Información al paciente. Report cards.

Abstract

Objective: To identify the best way to inform patients about centers and services so that they can make a responsible choice, and to identify which factors determine patients' decisions.

Subjects and methods: Data on three illnesses (breast cancer, benign prostatic hypertrophy, and cataracts) in three fictitious hospitals were shown to patients. The data were presented to 1,259 subjects through four different means: a brochure including a table, a brochure with a bar graph, three brochures with tables, and three brochures with bar graphs. Data on each of the hospitals included: professional profiles, medical and surgical outcomes, side effects, patients' and relatives' satisfaction, and hospital complaints. The subjects completed a questionnaire evaluating the information received.

Results: Most patients (88%) preferred to receive full information and to share decision-making with their physician. Sixty-four percent of the patients chose the hospital with the best medical or surgical outcomes. Patients preferred the data presented through a brochure with a table ($p < 0.001$). Three factors were identified with severe illness (satisfaction, outcomes and complaints) and two factors with non-severe illness (satisfaction and outcomes). Men paid more attention to medical and surgical outcomes ($p < 0.001$), relapses ($p < 0.001$), and side effects ($p < 0.001$). When performing comparisons, health professionals paid greater attention to medical and surgical outcomes than to patients' and relatives' satisfaction (t range between 0.40 and 0.90, $p < 0.01$).

Conclusions: Differences were found in the need for information and in comprehension depending on the way information was presented and on the type of disease. Gender and health knowledge seem to be predictors of patients' information needs when choosing a hospital.

Key words: Consumer decision making. Consumer information. Report cards.

Introducción

En algunos países se difunden los resultados asistenciales, lo que permite establecer comparaciones entre centros merced a los denominados¹⁻⁵ *report cards* o *league tables*. El formato de estos *report cards* es muy variable, desde un folleto hasta un cuadernillo con gráficos, tablas y explicaciones, para comprender mejor la información que se facilita.

Los argumentos en defensa de la difusión de los resultados sostienen que conlleva diversas ventajas⁶⁻¹⁰: los ciudadanos demandan esta información, servirá de acicate para la calidad asistencial, capacitará a los ciudadanos para decidir dónde recibir la asistencia médica, capacitará al financiador para realizar un uso más eficiente de los recursos, los profesionales escogerán los centros que les ofrezcan mejores perspectivas, y es posible construir y mantener un sistema objetivo, fiable, sensible y válido de indicadores. No obstante, estas informaciones pueden generar confusión entre los ciudadanos¹¹, son polémicas entre los profesionales¹², y han resultado controvertidas¹³⁻¹⁵, dada la complejidad de los datos para ser interpretados correctamente por parte de los pacientes⁶ y la forma en que se difunde la información¹⁶⁻¹⁸. En España se ha planteado también esta cuestión¹⁹. Así, diversos expertos españoles, reunidos en El Escorial²⁰, debatieron sobre las políticas de difusión de los resultados asistenciales.

El objetivo de este estudio es identificar la mejor forma de informar a un paciente que debe elegir a qué hospital acudir para recibir tratamiento y determinar qué factores inciden en esta decisión.

Sujetos y método

Para determinar qué formato y tipo de información prefieren los pacientes para elegir hospital, se realizó un estudio de tipo experimental factorial $3 \times 2 \times 2$ con 3 opciones de elección, 2 niveles de exposición y 2 niveles en la variable sexo, con asignación aleatoria de los sujetos a diferentes condiciones experimentales y nivelación de las condiciones de presentación del material.

Sujetos

Se encuestó a 1.259 sujetos (un 43,4% de varones). El tamaño de la muestra se calculó tomando en consideración la potencia del estudio para un intervalo de confianza (IC) del 95%. Las muestras se obtuvieron dirigiéndose a centros de enseñanza, comandancias de la Guardia Civil, cuarteles, comisarías, centros asociados

al INEM, centros sanitarios y organismos públicos. Se han considerado 4 categorías: estudiantes universitarios, funcionarios (sólo en los casos que tenían la condición de poder cambiar de compañía aseguradora cada año), personal sanitario y población general (que agrupa a quienes no cumplen ninguna de las categorías anteriores).

Se excluyó a los pacientes con enfermedades referidas por cuestiones éticas que lo desaconsejaban. La población diana la constituyó el conjunto de pacientes potenciales.

La media de edad \pm desviación estándar (DE) fue de $31,8 \pm 12,0$ años, $20,8 \pm 1,9$ años para el grupo de estudiantes, $38,9 \pm 13,7$ años para el grupo de población general, $38,5 \pm 8,3$ años para el grupo de funcionarios y $40,4 \pm 6,3$ años para el personal sanitario.

Trabajo de campo

A los sujetos se les presentaron los resultados de 3 supuestos hospitales (San Felipe Neri, Santa Margarita y San Juan de la Cruz) en el tratamiento de cáncer de mama, la hipertrofia benigna de próstata y las cataratas. Se prefirió esta opción para eliminar el factor de confusión derivado de ser paciente de un hospital concreto.

La información suministrada adoptó las siguientes modalidades: a) un folleto por hospital y enfermedad y datos presentados en una tabla (3FT); b) un folleto por hospital y enfermedad con datos presentados en un gráfico de barras (3FG); c) un solo folleto para los 3 hospitales por enfermedad con datos presentados en una sola tabla (1FT), y d) un solo folleto para los 3 hospitales por enfermedad con datos presentados en un gráfico de barras (1FG).

Las mujeres recibieron información sobre los resultados en el tratamiento del cáncer de mama y de cataratas, y los varones de hipertrofia benigna de próstata y cataratas. En la tabla 1 se recogen el tamaño muestral y la información presentada.

La información fue elaborada por 4 especialistas (de ginecología, cirugía, oftalmología y urología). Se consultó la credibilidad de la información a 7 especialistas de ginecología y cirugía, 4 oftalmólogos y 3 urólogos. Todos, excepto uno de los ginecólogos (que opinó que eran relativamente optimistas en el caso del hospital San Felipe Neri) consideraron perfectamente creíbles los datos de efectividad terapéutica (ejemplo en tabla 2).

A los sujetos se les presentaron los resultados asistenciales en una de las modalidades, primero del proceso considerado más grave y, seguidamente, del proceso de cataratas. En ambos casos, los sujetos cumplieron un cuestionario en el que se preguntaba su valoración de la información recibida, qué hospital elegirían y las razones de dicha elección. La asignación a cada

Tabla 1. Distribución por grupo muestral y modalidad de presentación de la información

Tipo de información*	Estudiantes		Funcionarios		Personal sanitario		Población general		Total
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer	
1FT	33	45	28	27	28	35	25	25	246
1FG	41	116	44	24	44	52	43	32	396
3FT	46	80	26	32	25	29	42	35	315
3FG	47	100	24	28	25	25	25	28	302
Total	167	341	122	111	122	141	135	120	1.259

*Tipo de información: 1FT: un solo folleto para los 3 hospitales por enfermedad con datos presentados en una sola tabla; 1FG: un solo folleto para los 3 hospitales por enfermedad con datos presentados en un gráfico de barras; 3FT: un folleto por hospital y enfermedad y datos presentados en una tabla; 3FG: un folleto por hospital y enfermedad con datos presentados en un gráfico de barras.

Tabla 2. Ejemplo de resultados supuestos de 3 hospitales en el tratamiento del cáncer de mama

	San Juan de la Cruz	Santa Margarita	San Felipe Neri
Datos de efectividad terapéutica			
Días de estancia en el hospital	5,17	5,11	4,11
Éxito terapéutico (%)	95,40	94,17	98,63
Supervivencia a los 10 años (%)	72,33	72,0	78,37
Recidivas (%)	2,01	2,07	2,13
Efectos indeseables			
Lesiones nerviosas (%)	1,79	2,07	0,64
Infecciones herida quirúrgica (%)	2,00	2,31	0,97
Entorpecimiento movimientos hombro (%)	1,20	2,20	1,00
Satisfacción de los pacientes atendidos			
Pacientes que recomiendan este hospital a otros pacientes (%)	90,43	83,43	74,93
Pacientes satisfechas con los resultados (%)	94,13	89,83	79,67
Familiares satisfechos con la información, trato y comodidades del hospital (%)	97,57	86,67	80,91
Otra información			
Demandas por mala praxis (%)	0,47	0,53	0,53
Reclamaciones presentadas (%)	2,13	2,23	2,00

variable fue aleatoria. La encuesta se puso a prueba con un reducido grupo de estudiantes y otro de profesionales sanitarios, asegurando su grado de comprensión.

Variables

Las variables consideradas en este estudio fueron: grupo muestral, modalidad de presentación de la información, sexo, gravedad percibida de la enfermedad, preferencias de información (1, ser informado/a y tomar la decisión; 2, ser informado/a y tomar con el médico la decisión; 3, ser informado/a pero que la decisión la tome el médico; 4, que la decisión la tome el médico), satisfacción con la información, si considera que recibió suficiente información, grado de comprensión de la información, conveniencia de facilitar al paciente este tipo de información, hospital elegido, hospital con mejor resultado médico, hospital donde estaría mejor atendido,

hospital que ofrece más calidad asistencial, dificultad de la elección, seguridad de la decisión (1, tendría que pensarlo un poco más; 2, casi seguro; 3, totalmente seguro), qué primó fundamentalmente en su decisión (escala de 0 [nada, en absoluto] a 10 [lo más importante]): eficacia terapéutica (A), recaídas (B), días de estancia (C), probabilidad de padecer algún efecto secundario o complicación no deseada (D), satisfacción de otros pacientes atendidos (E), proporción de pacientes que lo recomiendan (F), satisfacción de los familiares de los pacientes atendidos (G), número de demandas presentadas contra el hospital (H) y número de reclamaciones presentadas contra el hospital (I).

La selección de las variables responde a la revisión de la bibliografía que sugería que determinadas formas de presentación de la información afectaban a la elección de centro, a las que se sumaron los factores de los que, *a priori*, cabe esperar una mayor capacidad de influencia en los pacientes.

Proceso y análisis de datos

Además de los estadísticos descriptivos, se ha recurrido a los inferenciales mediante la prueba de la χ^2 (variables cualitativas) y los tests de diferencias de medias (cuando sólo una de las variables era de tipo cualitativo). Cuando no se cumplían los supuestos de homocedasticidad de la varianza, tamaño muestral o normalidad, se utilizaron estadísticos no paramétricos. El valor de significación estadística considerado fue de 0,05.

Cuando se recurrió al estadístico no paramétrico Mann-Whitney par a par, se ajustó el valor de α mediante la corrección de Bonferroni con el fin de evitar la acumulación de error tipo I. Adicionalmente, como técnica de agrupación de datos se utilizó un análisis factorial (con los criterios de obtener un valor propio > 1 y saturaciones factoriales $> 0,30$).

Resultados

¿Los pacientes quieren tomar las decisiones por ellos mismos o conjuntamente con su médico?

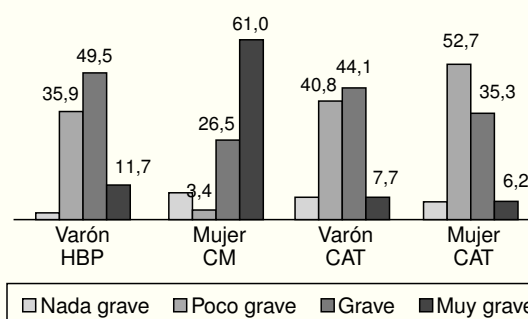
Mayoritariamente, los sujetos consultados prefirieron ser informados y tomar con el médico la decisión (88,1%), el 6,1% optó por ser informado y tomar por sí mismo la decisión, el 0,6% que fuera el médico quien la tomara directamente y el 5,2% restante prefirió ser informado pero que fuera el médico quien decidiera.

Hay diferencias tanto para las enfermedades graves ($\chi^2 = 22,4$; $p < 0,001$) como las leves ($\chi^2 = 21,7$; $p < 0,001$). El análisis de los residuos tipificados indica que los varones se mostraron divididos entre decidir por ellos mismos y ser informados pero que la decisión la tomara el médico; mientras que la mayoría de las mujeres prefirió tomar la decisión conjuntamente con el médico. Este patrón apareció para todas las enfermedades analizadas, si bien hubo una mayor tendencia, en el caso del cáncer de mama, a que fuera el médico quien tomara la decisión.

En un segundo análisis, realizado tras excluir de la muestra al personal sanitario, los resultados son similares a los anteriores, tanto para las enfermedades graves ($\chi^2 = 21,0$; $p < 0,001$) como las leves ($\chi^2 = 25,0$; $p < 0,001$).

Con respecto a la gravedad percibida de la enfermedad, la mayoría de los varones consideró que la hipertrofia benigna de próstata es una enfermedad moderada o grave. En el caso de las cataratas, se observó una tendencia de respuesta similar. Las mujeres, por el contrario, consideraron el cáncer de mama como una enfermedad muy grave en un 61%, y grave en un 26,5%. Las respuestas sobre las cataratas fueron similares a las de los varones (fig. 1).

Figura 1. Gravedad percibida de la enfermedad, por sexos (%). HPB: hipertrofia benigna de próstata; CM: cáncer de mama; CAT: cataratas.



Al realizar los análisis excluyendo al personal sanitario, se observaron tendencias de respuesta similares, aunque los porcentajes de respuesta de las categorías «grave» y «muy grave» fueron ligeramente mayores, excepto en el caso de cáncer de mama.

¿Qué soporte de información escrita (tablas frente a gráficos o un solo folleto frente a cada hospital independiente) es más comprensible?

Se analizaron mediante estadísticos no paramétricos los datos sobre el grado de comprensión de la información recibida (tabla 3). Únicamente hay diferencias significativas en las puntuaciones de comprensión de la información para las comparaciones de las modalidades de un solo folleto (1FT y 1FG), las modalidades de gráficos (1FG y 3FG) y para la comparación de la modalidad de un folleto de gráficos (1FG) con la de 3 folletos de tablas (3FT). De estos 3 pares de comparaciones, se observa que son las modalidades de un folleto de tablas (1FT), 3 folletos de gráficos (3FG) y 3 folletos de tablas (3FT) las que suscitan una mayor comprensión.

¿Los pacientes encuentran dificultades para tomar decisiones en función del tipo de folleto informativo?

En este caso, observamos diferencias significativas cuando comparamos las 2 modalidades de gráficos (1FG y 3FG), siendo la modalidad de un solo folleto la que presenta menores puntuaciones en esta variable (folleto de una sola tabla comparado con el de 3 gráficos: $z = 3,3$; $p < 0,001$; folleto de un solo gráfico comparado con el de 3 gráficos: $z = 3,1$; $p < 0,001$).

Tabla 3. Prueba de Mann-Whitney para la comprensión de la información recibida y la satisfacción en función de la modalidad de presentación de la información

Tipo de información ^a	Comprensión de la información				Satisfacción con la información			
	Mama/próstata		Cataratas		Mama/próstata		Cataratas	
	Diferencia de rangos	Z	Diferencia de rangos	Z	Diferencia de rangos	Z	Diferencia de rangos	Z
1T-1G	+	-6,49 ^b	+	-6,69 ^b	+	-3,66 ^b	+	-4,20 ^b
1T-3T	+	-0,17	+	-0,54	-	-0,58	+	-0,07
1T-3G	+	-2,43	+	-2,06	-	-0,33	+	-0,59
1G-3T	-	-6,93 ^b	-	-6,93 ^b	-	-4,36 ^b	-	-4,57 ^b
1G-3G	-	-4,89 ^b	-	-4,47 ^b	-	-3,99 ^b	-	-3,91 ^b
3T-3G	+	-2,43	+	-1,73	+	-0,23	+	-0,56

^a1T: un solo folleto con tablas; 3T: 3 folletos con tablas; 1G: un solo folleto con gráficos; 3G: 3 folletos con gráficos.

^bp < 0,001. Todas las demás casillas: no significativas.

¿Qué soporte de transmisión escrita prefieren los pacientes?

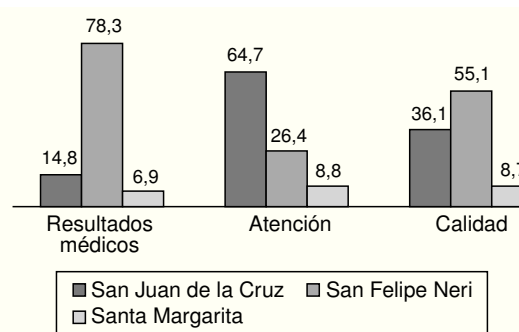
Los datos de la tabla 3 indican que las únicas diferencias significativas aparecen cuando comparamos la modalidad de un folleto de gráficos (1FG) con todas las demás. Con la primera se obtuvieron menores puntuaciones en todos los casos.

¿En qué información se fijan los pacientes: cuenta más la información sobre la efectividad o la información sobre la satisfacción de otros pacientes?

A la hora de elegir hospital, la mayoría optó por el Hospital San Felipe Neri (que *a priori* mostraba mejores resultados asistenciales). Así, en el caso de la mama y la próstata el 63,8% eligió este hospital, el 29,9% eligió San Juan de la Cruz y el 6,4% Santa Margarita. El 78,3% consideró que en San Felipe Neri la efectividad terapéutica era mejor y el 55,1% que el nivel de calidad era mayor, mientras que el 64,7% opinó que en San Juan de la Cruz estarían mejor atendidos (fig. 2).

Cuando se segmenta la muestra en función del sexo –sólo en el caso de las enfermedades consideradas más graves (próstata y cáncer de mama)– encontramos diferencias significativas en la estrategia de elección tanto de los varones como de las mujeres. El Hospital San Felipe Neri es elegido por el 56% de los varones y el 76% de las mujeres, mientras que San Juan de la Cruz (que presenta mejores resultados de satisfacción de los pacientes y sus familiares) es elegido por el 36% de los varones y el 25% de las mujeres ($\chi^2 = 26,2$; p < 0,0001). Cuando la pregunta que se formula, en cambio, es qué hospital elegiría considerando únicamente los resultados médicos de la intervención, el 75% de los varones y el 81% de las mujeres eligen el Hospital San Felipe Neri ($\chi^2 = 5,9$; p > 0,05), y cuando se pregunta en qué hospital cree que sería mejor atendido/a,

Figura 2. Características percibidas de los hospitales (%). El hospital San Felipe Neri mostraba una mayor efectividad y el hospital San Juan de la Cruz, mejores resultados en la satisfacción de pacientes y familiares.



la elección cambia y el hospital elegido es San Juan de la Cruz tanto por los varones (67%) como por las mujeres (63%), sin diferencias estadísticamente significativas en esta elección ($\chi^2 = 2,8$; p > 0,05).

Adicionalmente, para determinar la preferencia de información del sujeto al elegir el hospital, se realizó un análisis factorial con el fin de identificar las variables subyacentes que explican la elección, así como para generar hipótesis relacionadas con los mecanismos causales de tal decisión. Se obtuvo una solución de 3 factores que explicaban el 78,03% de la varianza (tabla 4).

Para el caso del cáncer de mama y la hipertrofia benigna de próstata los factores aislados fueron los siguientes: el primer factor, que explicó el mayor porcentaje de varianza (30,2%), estaba compuesto por las variables de satisfacción de otros pacientes y satisfacción de los familiares y pacientes que recomiendan el hospital; el segundo factor (23,9% de varianza explicada)

Tabla 4. Análisis factorial mama/próstata y cataratas (solución rotada)

	Mama/próstata			Cataratas	
	Componente			Componente	
	1	2	3	1	2
(A) Resultados médicos	-0,005	-0,177	0,795	-0,102	0,737
(B) Recaídas	-0,07	0,117	0,819	0,036	0,808
(D) Efectos secundarios	0,004	0,24	0,757	0,132	0,776
(E) Satisfacción de los pacientes	0,906	0,125	0,028	0,811	-0,08
(F) Pacientes que lo recomiendan	0,888	0,2	0,015	0,821	-0,094
(G) Satisfacción de los familiares	0,815	0,297	-0,149	0,834	-0,138
(H) Demandas	0,259	0,913	0,084	0,754	0,279
(I) Reclamaciones	0,264	0,915	0,081	0,742	0,297
Varianza explicada	30,18	23,94	23,91	39,7	24,97

Saturaciones factoriales y porcentaje de varianza explicada.

incluyó la información referida a los ítems de demandas y reclamaciones efectuadas contra el hospital; en el tercer factor, que explicó un porcentaje de varianza muy similar al anterior (23,9%), saturaron los resultados médicos, las recaídas y los efectos secundarios.

Sin embargo, al realizar el análisis factorial con los datos de las cataratas, se encontró una solución de 2 factores que explicaban el 64,7% de la varianza, tal como se observa en la tabla 4. El primer factor estaba formado por los ítems referidos a aspectos de satisfacción y reclamaciones, mientras que el segundo incluyó los aspectos puramente médicos.

¿Hay diferencias entre varones y mujeres en la información que utilizan para elegir hospital?

Los resultados indican que hay diferencias significativas entre varones y mujeres en la información que utilizan (mama/próstata, $t = 4,8$; $p < 0,0001$; cataratas, $t = 3,5$; $p < 0,001$): recaídas (mama/próstata, $t = 4,1$; $p < 0,0001$; cataratas, $t = 2,6$; $p < 0,001$), efectos secundarios/complicaciones (mama/próstata, $t = 3,9$; $p < 0,0001$; cataratas, $t = 2,7$; $p < 0,001$) y satisfacción de los familiares de los pacientes atendidos en el hospital (mama/próstata, $t = 3,4$; $p < 0,01$; cataratas, $t = 4,2$; $p < 0,0001$). En concreto, las mujeres significativamente eligieron más las variables referidas a la satisfacción y menos el resto de variables.

¿Hay diferencias en la información que se utiliza para elegir hospital con quienes ya pueden elegir anualmente cobertura sanitaria? ¿Y con los profesionales sanitarios?

Para dar respuesta a estas preguntas se realizó un análisis de varianza, utilizando como factores de la va-

riable grupo muestral los siguientes: «población general», «funcionarios» y «personal sanitario». Los resultados muestran que hay diferencias significativas en todas las variables en función de los grupos muestrales, excepto para la variable «días de estancia» en el caso de las cataratas.

En la tabla 5 se muestran los resultados de las comparaciones *a posteriori*. Podemos observar 2 patrones de respuesta: por un lado, la media del grupo de personal sanitario fue significativamente mayor que la de los otros dos grupos en las variables resultados médicos (A), recaídas (B), días de estancia en el hospital (C) y efectos secundarios para el caso de mama/próstata (D), así como también fue mayor en recaídas (B) y efectos secundarios en el caso de cataratas (D). Al mismo tiempo, dicho grupo puntuó en promedio significativamente más bajo en satisfacción de otros pacientes (E), proporción de pacientes que recomiendan el hospital (F), satisfacción de los familiares (G), demandas (H) y reclamaciones para ambas enfermedades (I).

Por otra parte, los funcionarios obtuvieron puntuaciones promedio significativamente menores que la población general en todas las variables referidas a satisfacción y significativamente mayores en la mayoría de las variables referidas a resultados médicos, salvo en eficacia terapéutica en el caso de cataratas (A) y días de estancia media (C).

Discusión

Los pacientes disfrutan actualmente de una creciente autonomía^{21,22}. Ahora bien, para ejercerla es necesario disponer de información con el fin de que esa elección se realice de una forma responsable.

Tabla 5. Comparaciones *a posteriori* de preferencias de información

Variable	Comparación	Cataratas	Mama/próstata
(A) Resultados médicos	PG-F	0,052	0,291
	PG-PS	-0,287	-0,407 ^c
	F-PS	-0,340	-0,699 ^a
(B) Recaídas	PG-F	-0,056	-0,048
	PG-PS	-0,685 ^b	-0,748 ^a
	F-PS	-0,629 ^b	-0,700 ^a
(C) Estancia	PG-F	-0,081	0,183
	PG-PS	-0,187	-0,423
	F-PS	-0,106	-0,606 ^c
(D) Efectos secundarios	PG-F	-0,242	0,015
	PG-PS	-0,868 ^a	-0,524 ^c
	F-PS	-0,626 ^b	-0,540 ^c
(E) Satisfacción pacientes	PG-F	-0,078	0,076
	PG-PS	0,753 ^b	0,902 ^a
	F-PS	0,831 ^b	0,827 ^a
(F) Pacientes que lo recomiendan	PG-F	0,033	0,061
	PG-PS	0,556 ^c	0,646 ^c
	F-PS	0,523	0,585 ^c
(G) Satisfacción familiares	PG-F	0,157	0,326
	PG-PS	1,210 ^a	1,185 ^a
	F-PS	1,053 ^a	0,859 ^a
(H) Demandas	PG-F	-0,305	-0,306
	PG-PS	0,940 ^a	0,815 ^b
	F-PS	1,246 ^a	1,121 ^a
(I) Reclamaciones	PG-F	-0,158	-0,165
	PG-PS	1,175 ^a	1,100 ^a
	F-PS	1,333 ^a	1,264 ^a

PG: población general; F: funcionarios; PS: personal sanitario.

^ap < 0,001. ^bp < 0,01. ^cp < 0,05. Todas las demás casillas: no significativo.

Las políticas de difusión de resultados presentan ventajas pero, sin duda, tienen sus limitaciones²³. Los resultados apuntan a que sólo un pequeño porcentaje de pacientes, al menos por el momento y en nuestro contexto social, desean ser ellos mismos quienes asuman la responsabilidad de la decisión, aunque este porcentaje aumenta cuando se trata de procesos menos graves. Nuestros resultados indican que el hecho de que el proceso no se perciba como muy grave, las condiciones de estancia y el saberse cortésmente tratado, la comodidad y el bienestar parecen ser factores determinantes al respecto. En cambio, cuando la enfermedad es vivida con gran ansiedad priman los resultados médicos.

Los estudios como el que aquí se presenta tienen como objetivo ayudar a discernir de qué forma es conveniente abordar en la práctica este tema aunque, lógicamente, por su concepción y diseño, se trate de estudios de campo que, aunque se asemejan a la realidad, no la sustituyen. De hecho, una de las principales limitaciones de este estudio es que se trabaja con pacientes supuestos, no con pacientes reales (pre-

cisamente por razones éticas). Otra limitación que debe considerarse, a la hora de generalizar estos resultados, es el límite impuesto por el diseño experimental de no poder responder a las preguntas o dudas de los pacientes y limitarse únicamente a la información facilitada en los folletos. Es obvio que, en la práctica, los pacientes pueden formular preguntas o buscar otras informaciones. Sin embargo, elegimos esta situación al considerar que de esta forma se ejercía un mayor control sobre las fuentes de error que minaran la validez interna del estudio.

Hay dos temáticas fundamentales en los estudios sobre la difusión de resultados: *a)* cómo seleccionar, controlar y comparar indicadores, y *b)* el modo de difundirlos. Las dificultades comienzan, como ha sido nuestro caso, a la hora de decidir qué información es relevante, qué interesa a los pacientes para elegir hospital y qué información podrían comprender mejor. Es cierto que, de una manera más o menos organizada, hay una abundante bibliografía gris con resultados. No obstante, los datos disponibles no son siempre comparables, y no siempre esta información es fácilmente comprensible¹².

En cuanto a la difusión de los resultados que permita la comparación, para algunos pacientes es difícil comprender el significado de los indicadores de calidad que se difunden, requieren invertir gran cantidad de tiempo y no siempre éstos basan sus decisiones en la calidad que ofrecen los centros^{6,17,24,25}. Los resultados de este trabajo nos arrojan algo de luz al respecto, por lo menos en lo que se refiere a las necesidades concretas de información de los pacientes y a la manera más apropiada de proporcionársela.

Desde nuestro punto de vista, las necesidades de información son variables según los pacientes. Una buena información no es la más completa o más exhaustiva, sino la que el paciente es capaz de comprender y aprovechar. Nuestros resultados coinciden, en este sentido, con los datos de otras publicaciones^{13,16,26,27}, aunque indican con mayor claridad que los pacientes toman muy en cuenta los resultados de efectividad terapéutica, sobre todo cuando se trata de procesos considerados graves. Los datos de este estudio sugieren también la importancia de disponer de información sobre la satisfacción de otros pacientes atendidos con anterioridad, sumada a la información sobre la efectividad terapéutica.

Tal como se sospechaba, el formato de presentación de los resultados condiciona su comprensión y utilidad. Nuestros datos se suman a los de otros autores y ayudarán en el futuro a diseñar la mejor forma para difundir información. En la bibliografía se ha señalado que la documentación no debe ser muy extensa, o que los gráficos y las tablas de datos se prefieren a los textos explicativos^{16,18}. Nuestro trabajo, además, sugiere que resulta más recomendable que la información de

varios centros se disponga en un mismo soporte para facilitar las comparaciones.

En la práctica clínica observamos cómo cada día es más frecuente que al paciente se le proporcionen datos acerca de los resultados (p. ej., durante el consentimiento informado). Paulatinamente, esta práctica conduce a un entorno de «riesgos compartidos» entre el profesional y el paciente. Se debe asegurar que el número de datos y la forma en que se presentan ayudan a este fin y no, justamente, al contrario. A la vista de estos datos, la información relevante sobre el resultado médico y la referente a riesgos (efectos secundarios frecuentes y riesgos extraordinarios graves) debe presentarse, en primer lugar, en 2 bloques de información diferenciados. Un tercer bloque podría con-

tener información sobre la satisfacción de otros pacientes con la atención, las condiciones del centro y la información sobre el nivel de calidad de vida percibida tras el tratamiento.

Agradecimientos

En la elaboración de este trabajo hemos contado con la colaboración de José Antonio Buil, Jesús Rodríguez-Marín, Jesús Aranaz, Esther Sitges, M.^a Jesús Rodríguez-Cornejo, Emilio Ignacio García y Susana Lorenzo. Los autores agradecen a los revisores anónimos sus comentarios e ideas que, sin duda, han contribuido a que el lector pueda comprender con menor esfuerzo este texto.

Bibliografía

- Marshall MN, Hisock J, Sibbaud B. Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study. *BMJ* 2002;325:1278-83.
- Wicks EK, Meyer JA. Making report cards work. *Health Aff (Millwood)* 1999;18:152-5.
- Fielding JE, Sutherland CE, Halfon N. Community health report cards. Results of a national survey. *Am J Prev Med* 1999;17:79-86.
- Davies HTO. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. *Quality Health Care* 2001;10:104-10.
- Nutley S, Smith P. League tables for performance improvement in health care. *J Health Serv Res Policy* 1998;3:50-7.
- Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Aff (Millwood)* 1997;16:218-28.
- Chen J, Radford MJ, Wang Y, Marciniak TA, Krumholz HM. Performance of the «100 top hospitals»: what does the report card report? *Health Aff (Millwood)* 1999;18:53-68.
- Mukamel DB, Mushlin AI. Quality of care information makes a difference: an analysis of market share and price changes after publication of the New York State Cardiac Survey Mortality Reports. *Med Care* 1998;36:945-54.
- Burstin HR, Conn A, Setnik G, Rucker DW, Cleary PD, O'Neil A, et al. Benchmarking and quality improvement: the Harvard Emergency Department Quality Study. *Am J Med* 1999;107:437-49.
- Fowles JB, Kind EA, Braun BL, Knutson DJ. Consumers responses to health plan report cards in two markets. *Med Care* 2000;38:469-81.
- Hibbard J. Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas. *Int J Quality Health Care* 1998;10:503-8.
- Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:119-30.
- Hibbard J, Jewett J, Legnini M, Tusler M. Choosing a health plan: do large employers use the data? *Health Aff (Millwood)* 1997;16:172-80.
- Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000;283:1866-74.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001;116:104-10.
- Edgman S, Cleary PD. What information do consumers want and need? *Health Aff (Millwood)* 1996;15:42-56.
- Hibbard JH, Jewett JJ. What type of quality information do consumers want in a Health Care Report Card? *Med Care Res Rev* 1996;53:28-47.
- Solodky C, Chen H, Jones P, Katcher W, Neuhauser D. Patients as partners in clinical research. *Med Care* 1998;36:13AS-20AS.
- Maiz E. La difusión de resultados y la mejora continua de la asistencia sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:86-9.
- Sainz A, Humet C. Jornada Insalud-Sociedad Española de Calidad Asistencial. La política de difusión de los resultados de la calidad sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2000;15:448-51.
- Kassier JP. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med* 1994;330:1895-6.
- Mira JJ, Buil JA, Lorenzo S, Sitges E, Aranaz J. Marketing de servicios en la organización sanitaria: una herramienta para la mejora de la calidad de la asistencia. *Cir Esp* 2000;67:180-3.
- Mukamel D, Mushlin A. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs: a midcourse evaluation. *JT Comm J Qual Improv* 2001;27:20-7.
- O'Malley S. Report cards: how relevant are they for patients? *Qual Lett Health Lead* 1997;12-5.
- Isaac SL. Consumers' information needs: results of a national survey. *Health Aff (Millwood)* 1996;15:31-41.
- Ireson CI, Ford MA, Hower J, Schwatz RW. Outcome report cards. *Arch Surg* 2002;137:46-51.
- Davies HT. Performance management using health outcomes: in search of instrumentality. *J Eval Clin Pract* 1998;4:359-62.