

Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón

JULIÁN MOZOTA DUARTE^{1,4,5}, JAVIER MOLINER LAHOZ^{1,5}, ALBERTO GARCÍA NOAÍN^{1,5},
MARÍA JESÚS MORENO MIRALLAS^{2,5}, RAÚL WENSCELAO FERNÁNDEZ MOROS^{3,5},
MARÍA JOSÉ RABANAQUE HERNÁNDEZ^{4,5}, EN REPRESENTACIÓN DE LOS INVESTIGADORES DEL PROYECTO

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. ²Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España. ³Hospital Ernest Lluch, Calatayud, Zaragoza, España. ⁴Facultad de Medicina de Zaragoza, España. ⁵Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza, España.

CORRESPONDENCIA:

Julián Mozota Duarte
Servicio de Urgencias
Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa
Avda. San Juan Bosco, 15
50009 Zaragoza, España
E-mail:
jmozota@salud.aragon.es

FECHA DE RECEPCIÓN:

29-4-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

30-5-2013

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

AGRADECIMIENTOS:

A la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III (PI09/90787).
Premio a la mejor Comunicación en las II Jornadas Nacionales de Seguridad del Paciente en Urgencias y Emergencias, Toledo 2011.

Objetivo: Analizar el respeto a la intimidad de los pacientes en el ámbito de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) de Aragón.

Método: Estudio prospectivo llevado a cabo mediante la cumplimentación de un cuestionario por parte de los pacientes sobre la valoración del respeto a la intimidad durante su asistencia en los SUH de diferentes hospitales de Aragón, con respuestas de cinco opciones graduales de escala Likert. Se realizó un muestreo estratificado aleatorio de los pacientes dados de alta de cada uno de los servicios incluidos.

Resultados: Se analizaron 3.949 cuestionarios de pacientes. La intimidad auditiva fue valorada con una puntuación media de 3,93 (mínimo 1, máximo 5), (IC95%: 3,89-3,96). En cuanto a la privacidad visual, la puntuación media fue de 4,32 (IC 95% 4,29-4,35). La intimidad global obtuvo una puntuación media de 4,17 (IC 95% 4,15-4,21). Se halló mayor puntuación en los varones vs mujeres en la intimidad auditiva (3,97 vs 3,90, $p < 0,05$), en la intimidad visual (4,35 vs 4,30, $p < 0,05$) y en la intimidad global (4,21 vs 4,16, $p < 0,05$). Los centros privados y los de tamaño pequeño obtuvieron mejores puntuaciones en todos los ámbitos de la intimidad estudiados ($p < 0,01$).

Conclusiones: La percepción de los pacientes sobre el respeto a la intimidad en los SUH es valorada como adecuada entre un 64-92%, y la peor puntuada fue la intimidad auditiva. Aunque las valoraciones pueden considerarse positivas, dado que evaluamos un derecho, ha de intentar alcanzarse el 100% en la percepción de respeto de la intimidad por parte de todos los pacientes. [Emergencias 2013;25:445-450]

Palabras clave: Servicio de Urgencias. Intimidad. Confidencialidad. Encuesta.

Introducción

Desde tiempos antiguos los médicos hemos estado obligados a respetar la intimidad de los pacientes. En el juramento hipocrático se recoge el siguiente texto: "y si en mi práctica médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás deba ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo"¹. Más recientemente la legislación española redonda en este sentido. La Ley General de

Sanidad² recoge que los pacientes tienen derecho "al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad" y "a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso". La Ley de Autonomía del paciente³ reconoce que "el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica".

Los términos intimidad, privacidad y confidencialidad, con frecuencia se confunden o se solapan en

su significado. Intimidad, según algunos autores, es un término más adecuado, ya que consideran privacidad como un anglicismo. Realmente abarca tres aspectos diferenciados: intimidad física (libertad para contactar con otras personas o a exponer el cuerpo), intimidad de la información (libertad para hacer pública información personal) e intimidad en las decisiones (libertad para decidir en las elecciones personales sin interferencia de otros)^{4,5}. El término confidencialidad, de acuerdo con la Real Academia Española, está estrechamente ligado a la intimidad de la información: "Cualidad de confidencial, que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas".

Los profesionales no siempre contemplamos los mismos conceptos, significados y prioridades dentro del concepto intimidad que los pacientes. Las cuestiones relacionadas con la imagen del paciente, con cómo se realizan las exploraciones o con la historia clínica, pueden ser aspectos de la intimidad inadvertidos muchas veces por los profesionales⁶. Muchos médicos muestran lagunas de conocimiento sobre el ordenamiento jurídico que rige su relación con los pacientes, especialmente en lo relativo a la autonomía del paciente y el respeto a sus derechos de información⁷. Hay que tener en cuenta que, seguramente, la percepción de intimidad tiene que ver con las experiencias individuales previas y que esta percepción ha sufrido un cambio al mismo ritmo que el cambio cultural. Igualmente, esta percepción se relaciona con las expectativas de calidad que los pacientes tienen de los servicios que reciben.

Las dimensiones relacionadas con la intimidad han sido poco estudiadas en el ámbito de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). En un estudio⁸ realizado en Chicago, hasta el 36% de los pacientes refería haber escuchado conversaciones innecesarias con información de otros pacientes. En España, en el año 2001⁹ encontramos que los pacientes no referían una relación evidente entre las mejoras en la estructura física del SUH y la mejora de la satisfacción global con la atención recibida. En otras ocasiones¹⁰ hemos estudiado la calidad del servicio relacionada sobre todo con la información y el trato recibido, con los tiempos de espera, y con las instalaciones de nuestros servicios. Además, los SUH reúnen características que pueden suponer amenazas para el respeto a la intimidad de los pacientes y para la seguridad clínica¹¹, tales como el número elevado de pacientes y acompañantes, las situaciones de aglomeración, la rapidez de la atención, la prioridad del problema clínico, la intervención de muchos profesionales sanitarios en escaso espacio y tiempo o la falta de espacios adecuados para la información. Esto hace que tenga interés disponer de información sobre cómo se res-

pete la intimidad de los pacientes en ellos. Este estudio se planteó como objetivos analizar el nivel de respeto a la intimidad de los pacientes en el ámbito de los SUH de Aragón, e identificar las características de los distintos servicios que puedan estar asociadas a una determinada percepción.

Método

Se ha realizado un estudio prospectivo cuya información se ha recopilado mediante la cumplimentación de un cuestionario por parte de los pacientes sobre la valoración del respeto a la intimidad. Previamente a su desarrollo el estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de Clínica de Aragón. Se han incluido los pacientes de más de 18 años de edad dados de alta de los SUH durante el periodo mayo-junio de 2010 en los hospitales de Aragón participantes: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Hospital Ernest Lluch, Hospital Universitario Miguel Servet, Hospital Royo Villanova, Hospital San Jorge, Hospital Obispo Polanco, Hospital de Barbastro, Hospital de Jaca, Clínica MAZ Zaragoza y Clínica Quirón Zaragoza. Las causas de exclusión de pacientes fueron: la incapacidad para entender o cumplimentar la encuesta; el rechazo del paciente; o una situación médica que no permitiera su cumplimentación.

El tamaño muestral necesario se calculó utilizando la fórmula para una proporción conocida de una determinada característica en la población, a partir de la situación más desfavorable ($p = q = 0,5$), considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%, y teniendo en cuenta que el número mínimo de urgencias atendidas en cada uno de los hospitales en que se ha realizado el estudio es al menos de 35.000 por año. Con estas consideraciones el número de encuestas a realizar por centro era de 384. Dado que el estudio se llevó a cabo en 10 SUH, la muestra total prevista sería de 3.840 cuestionarios.

Para seleccionar a los pacientes se realizó un muestreo estratificado aleatorio de los pacientes dados de alta, de cada uno de los servicios incluidos, con destino bien a domicilio o bien a ingreso hospitalario. Las variables de estratificación fueron: turno horario, día festivo y área donde se da alta (área de primera asistencia o sala de observación). Se ofreció la posibilidad de cumplimentar el cuestionario a los pacientes dados de alta de forma consecutiva del SUH a partir de una hora determinada de cada turno horario, elegida al azar, hasta alcanzar la cuota correspondiente a ese día. Las variables estudiadas fueron las siguientes:

– Variables explicativas: a) del paciente: edad, sexo; b) del episodio de asistencia: día de la semana de ingreso en urgencias, hora de ingreso en urgencias, destino tras el alta de urgencias; c) del centro: público o privado, número de camas en el hospital (pequeño: menor de 200 camas; mediano: 200- 500 camas; y grande: más de 500 camas), hospital rural o urbano.

– Variables respuesta: en el cuestionario se incluyeron once preguntas con respuestas cerradas, con cinco opciones graduales de escala de Likert. El cuestionario explora tres aspectos: privacidad auditiva (4 preguntas), privacidad visual (4 preguntas) y privacidad global (3 preguntas). El cuestionario ha sido traducido del utilizado por Barlas *et al.*¹².

Se realizó un estudio piloto previo en uno de los SUH para valorar la cumplimentación del cuestionario, para evaluar la adecuación del lenguaje a los pacientes y para identificar posibles problemas que pudieran ser subsanados antes de llevar a cabo el trabajo definitivo de campo.

Para proceder a la recogida de información se invitó a cumplimentar el cuestionario a los pacientes dados de alta, bien del área de primera atención o bien de la sala de observación de los SUH. Los pacientes dados de alta de la sala de observación previamente fueron atendidos en otra área del servicio y pasaron hasta 48 horas en la sala de observación, bien para recibir tratamiento antes del alta a domicilio o bien pendientes de disponer de una cama de hospitalización. El cuestionario lo presentó al alta del paciente un profesional diferente al médico que le dio el alta o la enfermera responsable de su atención. La cumplimentación del cuestionario fue realizado por el propio paciente, aunque si tenía dificultades pudo aclarar las dudas que le surgieron con el profesional que le presentó la encuesta. El espacio físico en que se cumplimentó el cuestionario fue la misma consulta/habitación/sala en que se informó del alta o ingreso al paciente. Para reducir la variabilidad en la administración de encuesta, se realizó una reunión previa con los investigadores de cada centro para explicar detalladamente la metodología a seguir. Cada investigador efectuó reuniones en su centro con el personal que colaboró en la administración de la encuesta.

En cuanto al análisis de los datos, se realizó un estudio descriptivo del cuestionario mediante porcentaje en cada uno de los niveles de respuesta. Para poder llevar a cabo un análisis cuantitativo, se consideraron las respuestas a las 11 preguntas de cada cuestionario como variables cuantitativas discretas, entendiendo el 1 como la valoración más negativa, pues es cuando los pacientes aseguran haber sentido que la intimidad del paciente no se res-

petaba, y 5 como la valoración más positiva. Las preguntas se analizaron agrupadas según exploraran la valoración de la intimidad auditiva (preguntas 1 a 4), la visual (preguntas 5 a 8) o la privacidad global (preguntas 9 a 11) mediante la media de los valores obtenidos en dichas preguntas. De esta manera se obtuvieron tres variables respuesta, variables cuantitativas continuas con rango 1-5. Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach para medir la fiabilidad, es decir, el acuerdo entre las preguntas que se considera que miden lo mismo con el objetivo de comprobar la correcta agrupación. Se considera que valores superiores a 0,70 garantizan la fiabilidad de la escala. Posteriormente se realizaron comparaciones de las medias (test de Mann-Whitney o Kruskal Wallis) para estudiar la asociación de la sensación de privacidad con las variables explicativas.

Resultados

En los 10 hospitales en los que se desarrolló el estudio, se recogieron 3.949 cuestionarios de pacientes (51% varones, edad media 51 años). El 74,7% fueron cumplimentados en el área de primera asistencia y el 25,3% en sala de observación. El 76,1% de pacientes fueron dados de alta y un 23,9% ingresaron.

La intimidad auditiva fue valorada con una puntuación media de 3,93 (IC95%: 3,89-3,96). Casi una cuarta parte de los pacientes afirmó haber escuchado las conversaciones de otros pacientes con el personal, y más del 20% tuvo la sensación de que otros pacientes pudieron haber escuchado sus conversaciones (Tabla 1). En cuanto a la privacidad visual, la puntuación media fue de 4,32 (IC 95% 4,29-4,35). Uno de cada siete pacientes afirmó haber podido ver a otros pacientes mientras estaban siendo explorados, y uno de cada diez tuvo la sensación de ser observado por otros pacientes mientras le estaban atendiendo.

La intimidad global obtuvo una puntuación media de 4,17 (IC 95% 4,15-4,21). La valoración del paciente sobre el respeto a su intimidad por parte de los profesionales fue de “bastante” o “mucho” en el 89% de los casos. Ese porcentaje de opiniones favorables descendió al 80% cuando se preguntó por la sensación de privacidad de los pacientes en el SUH (Tabla 1).

Las puntuaciones del coeficiente alfa de Cronbach, que mide la fiabilidad de la escala tras agrupar las preguntas en tres categorías (auditiva, visual y global), fueron superiores a 0,88, por lo que las puntuaciones agrupadas en cada una de esas categorías fueron utilizadas en el análisis.

Tabla 1. Valoración de los pacientes del respeto a la intimidad auditiva y visual en servicios de urgencias hospitalarios

Pregunta	Respuesta (%)				
	Seguro que sí	Probable sí	No estoy seguro	Probable no	Seguro que no
Intimidad auditiva					
1. ¿Ha tenido la sensación de que otros pacientes podían escuchar su conversación con el médico o la enfermera?	9,8	12,8	13,6	28,2	35,5
2. ¿Ha tenido la sensación de que su información personal podía ser escuchada por otras personas?	7,5	13,2	14,1	28,7	36,5
3. ¿Ha escuchado usted las conversaciones de otros pacientes con el médico o la enfermera?	14,5	9,9	8,9	18,5	48,3
4. ¿Ha cambiado u omitido información a su médico o a su enfermera porque sentía que podía ser escuchada por otras personas?	1,6	2,9	6,5	16,1	72,8
Intimidad visual					
5. ¿Ha tenido la sensación de que personas no autorizadas han podido verle mientras usted estaba recibiendo asistencia?	3,9	6,7	12,2	29,1	48
6. ¿Ha tenido la sensación de que personas que no le estaban atendiendo han podido verle partes íntimas de su cuerpo mientras usted estaba recibiendo asistencia?	2,5	5,5	10,4	23,7	58
7. ¿Ha podido ver usted a otros pacientes mientras ellos estaban siendo explorados?	7,3	6,5	6,2	16,9	63,2
8. ¿Ha rechazado alguna exploración física por parte de su médico porque usted tuvo la sensación de que podía ser visto por alguna persona no autorizada?	0,8	1,9	4,9	15,0	77,3
	Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
Privacidad global					
9. En esta visita, puntúe cómo el personal ha respetado su intimidad o privacidad	0,9	3,4	6,9	38,6	50,2
10. Puntúe de forma global, la sensación de privacidad que ha tenido en el servicio	3,6	4	13,3	38,3	40,8
11. Durante esta visita en qué grado se han cumplido sus expectativas de privacidad	3,5	4	12,4	38,2	42

Al comparar los resultados según el sexo de los pacientes (Tabla 2) se halló mayor puntuación en los varones vs mujeres en la intimidad auditiva (3,97 vs 3,90, $p < 0,05$), en la intimidad visual (4,35 vs 4,30, $p < 0,05$) y en la intimidad global (4,21 vs 4,16, $p < 0,05$). En cuanto a la relación con la edad, al distribuir esta variable en cuartiles, los menores de 34 años valoraron peor la intimidad auditiva que el resto de los grupos etarios (3,83 vs 4,01 vs 3,91 vs 3,97, $p < 0,01$). No se encuentran diferencias entre grupos de edad en las otras variables de la encuesta. Los pacientes que fueron dados de alta desde el área de primera atención consideraron que su intimidad, tanto auditiva como visual como global, se había respetado más que los que estuvieron posteriormente en la sala de observación ($p < 0,01$). También valoraron mejor los ítems de la encuesta los pacientes que fueron dados de alta respecto de los que requirieron ingreso ($p < 0,01$). No hubo diferencias entre los pacientes atendidos en fin de semana *versus* día laborable, pero sí según el turno de acceso: mejor en la mañana, seguido de la tarde y la peor puntuación fue para la noche ($p < 0,01$). Los centros privados obtuvieron mejores puntuaciones que los públicos, en todos los ámbitos de la intimidad estudiados ($p < 0,01$). Los hospitales de tamaño pequeño (menos de 200 camas) obtuvieron mejores puntuaciones en todas las cuestiones de valoración de la intimidad, que los de tamaño mediano (entre 200-500 camas) y grandes, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). También los hospitales rurales

obtuvieron mejores valoraciones de la intimidad que los urbanos ($p < 0,01$).

Discusión

La percepción de los pacientes sobre el respeto a la intimidad en los SUH puede ser valorada como positiva en los hospitales de Aragón, ya que entre un 64-88% considera adecuado distintos aspectos explorados de la intimidad auditiva, entre un 78-92% los aspectos evaluados de la intimidad visual y entre un 78-88% la evaluación de la intimidad global. Aunque las puntuaciones pueden considerarse positivas, no ha de perderse de vista que se evaluó un derecho y en ese sentido se debe tener en cuenta en qué medida no se alcanza el 100%, ya que ese es el camino que queda por recorrer para conseguir respetar el derecho a la intimidad de todos los pacientes. En este sentido coincidimos con Figueras-Sabater¹³ en que el deber (derecho) de confidencialidad es una exigencia del derecho a la intimidad. Los varones, quizá los pacientes más jóvenes, los pacientes que no se quedan ingresados, y los que son atendidos en hospitales de menor tamaño y/o rurales, y en hospitales privados indican opiniones más favorables sobre el respeto a su intimidad.

El 25% de los pacientes de los SUH estudiados había escuchado conversaciones entre otros pacientes y el personal sanitario, porcentaje concordante con el de un hospital de Chicago^{8,14}, antes y después de realizar reformas estructurales consistentes en ampliar la superficie y crear habitaciones

Tabla 2. Variables relacionadas con la percepción de intimidad de los pacientes

Variables	N (%) auditiva	Intimidad visual	Intimidad global	Intimidad global
Sexo				
Varón	1.977 (50,1)	3,97*	4,35*	4,21*
Mujer	1.898 (49)	3,90	4,30	4,16
Edad				
≤ 34 años	1.013 (25,7)	3,83**	4,30	4,12
35-49 años	961 (24,3)	4,01	4,33	4,22
50-69 años	919 (23,3)	3,91	4,33	4,15
≥ 70 años	904 (22,9)	3,97	4,32	4,21
Área de encuesta				
Urgencias	2.790 (70,7)	4,08**	4,42**	4,26**
Salas observación	952 (24,1)	3,50	4,06	3,95
Destino del paciente				
Alta	2.793 (70,7)	4,06**	4,37**	4,23**
Ingreso	879 (22,3)	3,64	4,11	3,95
Día de atención				
Laborable	3.066 (71,7)	3,92	4,32	4,17
Fin de semana	820 (19,2)	3,94	4,30	4,19
Turno				
Mañana	1.785 (45,2)	4,00**	4,37**	4,23**
Tarde	1.426 (36,1)	3,88	4,28	4,14
Noche	629 (15,9)	3,81	4,25	4,11
Dependencia del hospital				
Público	3.113 (78,8)	3,83**	4,29	4,11**
Privado	836 (21,2)	4,32	4,45	4,42
Tamaño del hospital				
Pequeño	2.116 (49,5)	4,08**	4,43**	4,33**
Mediano	1.301 (30,4)	3,39	3,90	3,70
Grande	862 (20,1)	3,55	3,98	3,88
Ámbito del hospital				
Rural	1.207 (30,6)	4,01**	4,48**	4,34**
Urbano	2.742 (69,4)	3,90	4,25	4,11
Muestra total	3.949 (100)	3,93	4,32	4,17

Valoración media (rango de valores 1-5). *p < 0,05; **p < 0,01 (U de Mann-Whitney para 2 grupos independientes, Kruskal Wallis para k grupos independientes).

separadas por tabiques en lugar de cortinas (36% y 14%, respectivamente). Es curioso el estudio llevado a cabo en los ascensores de un hospital canadiense en el que se detectó que en más del 10% de los viajes en el ascensor se veía comprometida la confidencialidad de los pacientes por los comentarios de los profesionales¹⁵.

La transmisión de información en los pasillos y/o en presencia de otros pacientes y/o familiares va a conllevar que los pacientes vean vulnerada su intimidad auditiva. En nuestro estudio el 25% de los pacientes había escuchado las conversaciones de otros pacientes con el médico o la enfermera. Estos datos concuerdan con una encuesta a profesionales en la que más del 40% manifestó dar la información "siempre" o "casi siempre" en el pasillo o delante del compañero de habitación¹⁶. En el estudio de Barlas *et al.*¹² el 85% de los pacientes consideró que el personal cumplió bien sus funciones en el respeto a la intimidad de los pacientes, porcentaje similar al obtenido en nuestro caso (88,8%), así como al publicado por Rebull *et al.*¹⁷ en una encuesta telefónica en SUH catalanes

donde hallaron un adecuado respeto a la intimidad en el 86,4% de los casos.

En el análisis intentamos valorar si la separación adecuada de los pacientes (tabiques y puertas vs cortinas) en la atención urgente es el factor principal en la percepción de intimidad. En el estudio presentado, el 90% de los hospitales tienen separación con tabiques en la zona de primera asistencia y de cortinas en las salas de observación. Efectivamente se encontró peor percepción en las áreas con cortinas (salas de observación) que en las áreas con tabique y puertas (área de primera asistencia), aunque cabe la posibilidad de que influyan otros factores, como que los pacientes que pasan a la sala de observación permanecen más tiempo en el SUH, con lo que se incrementa las interacciones con los profesionales y por lo tanto la posibilidad de que se quebrante el respeto a la intimidad. En la encuesta de Barlas *et al.*¹² realizada a pacientes en un SUH de Nueva York, al comparar las áreas de atención en que los pacientes estaban separados por cortinas o por paredes, se constató que en las áreas de cortinas, la percepción de oír y ver a otros pacientes y escuchar al personal fue mayor que en las áreas de tabiques. Otros estudios han demostrado ambos aspectos: que las estancias más prolongadas en urgencias y en áreas de cortinas se relacionaron con la posibilidad de ver infringido el derecho a la intimidad^{18,19}. En un estudio realizado en unidades de cuidados intensivos, la percepción de la intimidad en los pacientes se relaciona con el espacio físico adecuado que permita también la soledad buscada, el respeto a la dignidad y al autocuidado, la privacidad, la flexibilidad de las normas, la profesionalidad del personal de enfermería y el apoyo familiar²⁰. Aunque no es sencillo un abordaje de este problema en los SUH, sobre todo en las situaciones de saturación, recientemente ha sido publicado un estudio en el que mediante una intervención multifactorial, consistente en reorganización del espacio, control de acceso y fomento de un clima ético, mediante la formación del personal y de consultores, se consiguió mejorar la percepción de privacidad y la satisfacción en los pacientes atendidos en urgencias²¹.

Tras la realización del trabajo creemos que convendría llevar a cabo estudios relacionados con los conflictos éticos y el respeto de los derechos de los pacientes en los SUH. Es un tema que genera interés en los profesionales: el 36% de los profesionales de los SUH afirma haber tenido a lo largo de su vida profesional conflictos éticos relacionados con la confidencialidad o con el secreto profesional²², y fue la segunda fuente de problemas éticos, tras aspectos relacionados con el final de la vida.

El estudio tiene algunas limitaciones. Primera, la tasa de respuesta no ha sido evaluada, al no consi-

derar posible cuantificar el número de pacientes que rehusaron contestar a la encuesta. Segunda, es posible que estén sobrerrepresentados los pacientes cuyo destino es el ingreso hospitalario (22% en la muestra, frente al 14% en la población). Tercera, algunas características de los encuestados, como el nivel de estudios, su nacionalidad, la frecuentación a los SUH o si acudieron espontáneamente o derivados por otro profesional, no fueron valoradas por lo que no se pudo investigar cómo influyen estas variables en la percepción de intimidad. Por último, también la presencia de casos de hospitales pequeños es superior a su porcentaje real, motivado por el tipo de muestreo proporcional y la conveniencia de obtener una representatividad a nivel de cada hospital. A pesar de las limitaciones, la información obtenida consideramos que es de utilidad para conocer el respeto al derecho a la intimidad en los SUH y para planificar actuaciones que mejoren dicho derecho.

Adenda

Resto de investigadores del proyecto: José María Abad Díez, Facultad de Medicina de Zaragoza. Rafael Boldova Aguar, Hospital Miguel Servet. M^a José Borrueal Aguilar, Hospital Obispo Polanco. María Pilar Coloma Marcos, Clínica MAZ. Eduardo Hernando Ardanaz, Hospital de Jaca. Fernando Moliner Pedro, Clínica Quirón. Itziar Ortega Castrillo, Hospital de Barbastro. Juan José Sanz Petrona, Hospital San Jorge.

Bibliografía

- 1 Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011.
- 2 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102 de 29 de abril de 1986, pág 15207-15224. (Consultado 19 Marzo 2013). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>.
- 3 Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE 15-11-2002), básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en

- materia de información y documentación clínica.. Boletín Oficial del Estado, núm. 274 de 15 de noviembre de 2002, pág 40126-40132. (Consultado 19 Marzo 2013). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>.
- 4 Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine. Part I: Conceptual, Moral, and Legal Foundations. *Ann Emerg Med*. 2005;45:53-9.
 - 5 Geiderman JM, Moskop JC, Derse AR. Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges. *Emerg Med Clin North Am*. 2006;24:633-56.
 - 6 Soldevilla-Cantueso MA, Solano D, Luna-Medina E. La intimidad desde una perspectiva global: pacientes y profesionales. *Rev Calid Asist*. 2008;23:52-6.
 - 7 Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilbert M. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. *Gac Sanit*. 2010;24:247-50.
 - 8 Olsen JC, Sabin BR. Emergency department patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med*. 2003;25:329-33.
 - 9 Lopez-Madurga ET, Mozota J, Moliner FJ, Cuartero R, Martínez-Vidal JA, Guerrero JL. Estrenamos servicio de urgencias, ¿mejora la satisfacción de los pacientes? *Rev Calid Asist*. 2001;16:164-8.
 - 10 López-Madurga E, Mozota J, González I, Sánchez Y, Enríquez N, Moliner J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias*. 1999;11:184-90.
 - 11 Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T y grupo de trabajo EVADUR-SEMES. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
 - 12 Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med*. 2001;38:135-9.
 - 13 Figueras-Sabater R. Derechos de los pacientes y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2005;20:318-26.
 - 14 Olsen JC, Cutcliffe B, O'Brien BC. Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med*. 2008;35:317-20.
 - 15 Vígod SN, Bell CM, Bohnen JM. Privacy of patients' information in hospital lifts: observational study. *BMJ*. 2003;327:1024-5.
 - 16 Iraburu M, y Grupo de Trabajo del EMIC. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:575-8.
 - 17 Rebull J, Castellà M, de Pablo A, Vázquez R, Portoles M, Chanovas MR. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Calid Asist*. 2003;18:286-90.
 - 18 Lin YK, Lin CJ. Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emerg Med J*. 2011;28:604-8.
 - 19 Karro J, Dent AW, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emerg Med Australas*. 2005;17:117-23.
 - 20 Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2008;19:193-203.
 - 21 Lin YK. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Med Ethics*. 2013;14:8.
 - 22 Lucas FJ, Galán MA, Roldán R. La actividad asistencial en el servicio de urgencias hospitalario genera conflictos éticos a sus profesionales. *Emergencias*. 2011;23:283-92.

Patients' perception of privacy during emergency department care in hospitals in Aragon, Spain

Mozota Duarte J, Moliner Lahoz J, García Noaín A, Moreno Mirallas MJ, Fernández Moros RW, Rabanaque Hernández MJ

Objective: To analyze patients' perception of respect for their privacy in hospital emergency departments in Aragon.

Methods: In a prospective survey patients were asked to evaluate respect for their privacy while they were treated in hospital emergency departments. Assessments were expressed on a 5-point Likert scale. The study population was a stratified random sample of patients discharged from each of the participating hospital emergency departments.

Results: A total of 3949 patient questionnaires were analyzed. The mean score for auditory privacy was 3.93 (range, 1-5; 95% CI, 3.89-3.96). The mean score for visual privacy was 4.32 (95% CI, 4.29-4.35). The overall privacy score was a mean of 4.17 (95% CI, 4.15-4.21). The mean scores for men were higher for auditory privacy (3.97 vs 3.90 for women, $P<.05$), visual privacy (4.35 vs 4.30, $P<.05$), and overall privacy (4.21 vs 4.16, $P<.05$). Private and small hospitals received better scores on all aspects of privacy ($P<.01$).

Conclusions: Privacy is adequately respected in hospital emergency departments according to 64% to 92% of patients. Auditory privacy is the aspect that receives the lowest ratings. Although these scores can be considered positive, we must attempt to achieve a higher level that will be perceived as fully respectful given that privacy is a basic patient right. [*Emergencias* 2013;25:445-450]

Keywords: Emergency medicine. Privacy. Confidentiality. Survey.