

mayo de 2007

**usuaños**  
ATENCIÓN AL



PUBLICACIÓN  
DE LA  
SEAS

**XIII  
CONGRESO  
NACIONAL  
SEAS**

**Alicante** 2-5 de Mayo, 2007

el PACIENTE, nuestra primera responsabilidad



# SUMARIO



## 4-5. EDITORIAL Y PROGRAMA CIENTÍFICO

4 José Joaquín Mira

## 6. DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

6 COMUNICACIONES

10 POSTERS

## 18. GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

18 COMUNICACIONES

20 POSTERS

## 25. INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

25 COMUNICACIONES

28 POSTERS

## 35. MEJORAS DE PROCESOS DE ATENCIÓN

35 COMUNICACIONES

39 POSTERS

## 65. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

65 COMUNICACIONES

67 POSTERS

[El contenido de los artículos publicados quedan bajo la responsabilidad de sus autores]

# usuarios

Publicación de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad  
DIRIGIDA A GESTORES Y PROFESIONALES QUE REALIZAN SU ACTIVIDAD EN  
LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LOS CENTROS SANITARIOS

**COORDINADOR** RAFA RODRÍGUEZ **COMITÉ EDITORIAL** M<sup>a</sup> PILAR GONZALEZ - PALMIRA TEJERO-ANTONI P. MARTIN MERCE TELLA - MONTSE RAFECAS - FINA CIRACH - MIRIAM PAREDES **[JUNTA DIRECTIVA] PRESIDENTE** FRANCISCO CARCELES **VICEPRESIDENTA** M<sup>a</sup> PILAR GONZALEZ **SECRETARIA** PALMIRA TEJERO **TESORERO** ANTONIO P. MARTÍN **VOCALÉS AUTONÓMICOS GALICIA, ASTURIAS, CANTABRIA Y EUSKADI** ISABEL BERASALUCE **ARAGON NAVARRA Y LA RIOJA** M<sup>a</sup> JOSE CALVO **MADRID, CASTILLA LEON Y CASTILLA LA MANCHA** M<sup>a</sup> TERESA TAVORA **CATALUNYA, BALEARS Y VALENCIA** MERCE TELLA Y VIRTUDES PACHECO **ANDALUCIA, MURCIA, EXTREMADURA, CANARIAS, CEUTA Y MELILLA** M<sup>a</sup> PAZ RODRIGUEZ

Subscripciones:  
**www.seaus.net**  
seaus@sanitatintegral.org

# EDITORIAL

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ATENCIÓN AL USUARIO DE LA SANIDAD, SEAUS, Y LA ORGANIZACIÓN DEL XIII CONGRESO QUEREMOS DAROS NUESTRA BIENVENIDA A ESTA CIUDAD, QUE CONFÍO HAGÁIS VUESTRA NO SOLO EN ESTOS DOS DÍAS QUE VAMOS A PASAR JUNTOS, SINO EL RESTO DEL AÑO.



Alicante es una ciudad acogedora, abierta y extraordinariamente dinámica. La luz del Mediterráneo se vive aquí de una forma muy especial que espero también os ilusione como a mí.

La elección de la ciudad y de la Comunidad Valenciana para este importante evento científico, es un reto que hemos podido asumir con la ayuda de la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Consellería de Sanitat Valenciana y de la propia SEAUS. Su decidido apoyo y su contribución a lo largo de los meses de preparación del Congreso han sido reconfortantes.

También han contribuido de forma esencial la Agencia Valenciana de Salud Escuela Valenciana de Estudios de Salud, el Ayuntamiento de Alicante, Pfizer, Grupo Mensor, Bristol-Myers Squibb, Laboratorios Esteve y Almirall y nuestra Secretaría Técnica ESOC a cargo de la organización y preparación de toda la infraestructura

# PROGRAMACIENTÍFICO

MIÉRCOLES  
**2** DE  
MAYO

10:00 a 17:00  
**TALLERES PRE-CONGRESO**

**Taller 1: COMUNICAR CON EL PACIENTE AGRESIVO Y DE DIFÍCIL MANEJO**

Ponente: Jesús Ruíz García. Recursos Humanos Abordo Congelados S.L. Valencia  
Taller patrocinado por EVES

**Taller 2: HABILIDADES Y RECURSOS PARA DOCUMENTARSE Y ESTAR AL DÍA**

Ponente: Genís Carrasco. Hospital

de Barcelona.  
Taller patrocinado por PFIZER

**Taller 3: LA COMUNICACIÓN EFICAZ. ESTRATEGIAS Y HABILIDADES PARA COMUNICAR CON EL PACIENTE**

Ponente: Carlos J. van-der Hofstadt. Universidad Miguel Hernández.  
Taller patrocinado por EVES

**Taller 4: LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN AL SERVICIO DE LA**

**ATENCIÓN AL PACIENTE Y LA SEGURIDAD CLÍNICA**

Ponente: Carlos Cendra Armijo  
Taller patrocinado por MENSOR

SESIÓN DE MAÑANA

JUEVES  
**3** DE  
MAYO

8:30  
**SESIÓN DE TAI-CHI EN LA PLAYA DEL POSTIGUET**

9:30  
**REGISTRO DE PARTICIPANTES Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN**

10:00  
**INAUGURACIÓN OFICIAL DEL CONGRESO**

Antonio Galán. Conselleria de Sanitat. Valencia. Francisco Cárceles. Hospital Universitario

Marqués de Valdecillas. José Joaquín Mira. Universidad Miguel Hernández.

10:30  
**CONFERENCIA INAUGURAL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE**

Ponente: Antonio Martos. MENSOR. - Moderadora: Rosa González. Osakidetza.

**11:00 Pausa Café**

11:30 Ponencia:  
**LA VOZ DEL PACIENTE. PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN DECISIONES CLÍNICAS**

Ponente: Dolores Ruiz. Cátedra de Gestión Clínica de Pfizer  
Moderador: Rafael Peset. Conselleria de Sanitat.Valencia

12:00 Mesa 1:  
**COMUNICACIONES ORALES. SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**  
Moderadora: Isabel Berasaluze. Hospital de Guipúzcoa

SESIÓN DE MAÑANA

VIERNES  
**4** DE  
MAYO

**9:30 SESIÓN DE TAI-CHI EN LA PLAYA DEL POSTIGUET**

10:30 Ponencia:  
**EXPERIENCIAS EN LA INCORPORACIÓN DE LA VOZ DEL PACIENTE EN LA GESTIÓN DE CENTROS SANITARIOS**

Ponente: Cristina Nebot. Conselleria de Sanitat. Valencia. Moderadora: Teresa Tavora. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

11:00 Mesa 4:  
**COMUNICACIONES ORALES.**

**GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES**  
Moderadora: Hortensia Aguado Blázquez. Servei Català de la Salut

**11:45 Pausa-Café**

12:15 Mesa 5:  
**COMUNICACIONES ORALES. MEJORA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN**  
Moderadora: Palmira Tejero. Hospital General de l'Hospitalet

13:00 Mesa 6:

**COMUNICACIONES ORALES. MEJORA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN**

Moderadora: Mercedes Casquero. Conselleria de Sanitat. Valencia

**14:00 ALMUERZO DE TRABAJO**

que ahora podremos disfrutar y aprovechar juntos. Todos ellos han puesto un importante granito de arena para hacer posible este Congreso y, desde aquí, mi más sincero agradecimiento.

En este XIII Congreso de la SEAUS hemos intentado diseñar un formato, tanto de actividades científicas como lúdicas y culturales, que favorezcan el intercambio de experiencias y perspectivas en un tema crucial para la sanidad de cualquier país: la atención al paciente.

Este Congreso suma un elevado número de aportaciones científicas. En concreto, 33 comunicaciones orales y 107 comuni-

caciones poster. No había espacio para más. Espero de la comprensión de todos y que la elección la veáis acertada.

Taichi a primera hora de la mañana para ejercitar la mente en sintonía con el cuerpo. Un marco privilegiado frente al mar para las conferencias y ponencias de temas de gran actualidad y con profesionales de primera línea. Espacio dilatado para el debate e intercambio de enfoques y resultados, tanto de comunicaciones orales como de comunicaciones póster. Y, sobre todo, un ambiente propicio para lograr que, a la vuelta a nuestros centros, llevemos con nosotros una buena carga de buenas ideas.

Quiero agradeceros que hayáis decidido venir a Alicante y ponerme a vuestra disposición para intentar, con vuestra ayuda, hacer de este un Congreso inolvidable.

Un abrazo.

*José Joaquín Mira*

Presidente del Comité Organizador del XIII Congreso de la SEAUS.

13:00 Mesa 2:  
**COMUNICACIONES ORALES.  
INNOVACIÓN Y NUEVAS  
TECNOLOGÍAS**  
Moderadora: Paz Rodríguez.  
Secretaría autonómica de atención al ciudadano. Consejería de Sanidad. Murcia.

**14:00  
ALMUERZO DE TRABAJO**

JUEVES  
**3** DE  
MAYO

**SESIÓN DE TARDE**

16:15 Mesa 3:  
**COMUNICACIONES ORALES.  
DERECHOS Y DEBERES DEL  
PACIENTE**  
Moderadora: M<sup>a</sup> Teresa Sánchez. Hospital General de Alicante.

17:15 Ponencia:  
**EL PAPEL DE LOS MEDIOS EN  
LA INFORMACIÓN SANITARIA  
AL PACIENTE**  
Ponentes: Isabel Perancho. Diario El Mundo; Jesús Mula. Diario Información.

Moderadora: Mercedes Tella i Bernaus. Servei Català de la Salut. Mesa patrocinada por laboratorios ESTEVE

19:00  
**ASAMBLEA SEAUS**

21:30  
**Recepción en el Casino de Alicante**

VIERNES  
**4** DE  
MAYO

**SESIÓN DE TARDE**

16:30  
**DEFENSA DE PÓSTERS**

17:00 Ponencia:  
**EXPERIENCIAS DE EMPRESAS  
PÚBLICAS Y PRIVADAS NO  
SANITARIAS EN ATENCIÓN AL  
CLIENTE**  
Ponentes: Juan Antonio Arcas. Caja de Ahorros del Mediterráneo; Javier Luri. Meliá Hoteles; Juan Miguel Paret. El Corte Inglés.  
Moderadora: Pilar González. Servicio de Atención Primaria Esquerra de Barcelona.

21:30 Cena de Gala:  
**CLAUSURA OFICIAL DEL CONGRESO.**  
Entrega de premios a las mejores comunicaciones y pósters.

# DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

## COMUNICACIONES CONVIVENCIA CIUDADANA RESPONSABILIDAD DE TODOS.

IZQUIERDO SORIA, ESTHER Y MARTÍNEZ BALLESTEROS, MARTA

### INTRODUCCIÓN

Ante las características de la actual población, más heterogénea y diversa, ante un cambio de composición sociocultural es necesaria una mejora en los circuitos de acogida para los usuarios que se encuentren en situación especial de vulnerabilidad.

### OBJETIVOS

Garantizar la comprensión por parte de las personas recién llegadas y el cumplimiento tanto de los derechos como de los deberes de éstos. Asegurando así, la supervivencia de nuestro modelo social, encontrando la manera de incorporarlos a la dinámica básica del centro.

### METODOLOGÍA

Búsqueda y comparativa de información mediante las tecnologías de información y comunicación en la red.  
Estudio estadístico basado en la recogida de datos de diferentes fuentes.  
Establecer un análisis a través de nuestra propia experiencia.

### RESULTADOS

Mejora de la relación asistencial, adecuada a la circunstancia del inmigrante y la promoción de la integración de éste en el normal desarrollo de nuestra actividad diaria.  
Proteger la cohesión entre autóctonos e inmigrantes para así construir una buena convivencia ciudadana.  
Capacidad de respuesta social en el abordaje y resolución positiva por parte del personal de atención al usuario de la sanidad.

### CONCLUSIONES

Asumiendo una actitud positiva, fomentando la interacción, la construcción y la sensación de pertenecer a una misma comunidad, la sociedad receptora se ha de organizar y responder de una determinada manera al fenómeno de la inmigración. Desarrollando políticas de acogida e integración, que favorezcan la cohesión social. Adaptando los recursos al nuevo perfil del

usuario inmigrante, para así garantizar su acceso, en igualdad de condiciones, que el resto de los ciudadanos a los servicios prestados.

## PROYECTO "CÓDIGO ÉTICO DE PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS DE INSTITUCIONES SANITARIAS" INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

ROURA M., TORRALBA M.J., TORRES M.R., CHUMILLAS R, GRUP ÈTICS.

INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

### INTRODUCCIÓN

A principios del año 2006 distintos profesionales del Institut Català de la Salut, agrupados bajo la denominación de "Grup ètICS", decidimos elaborar un Código ético para los profesionales administrativos de nuestra Institución, con el objetivo de establecer unos principios y valores para estos trabajadores.

Un motivo fundamental para iniciar esta tarea fue que constatamos la inexistencia de un proyecto similar y que, en nuestra Institución, casi todos los profesionales que trabajan en ella se regían por un Código Ético. Además, la evolución del concepto "usuario" en todos los ámbitos de la Administración y, en especial, en el ámbito sanitario, exige que los profesionales administrativos de los centros de salud puedan disponer de un Código Ético que establezca cuáles deben ser los principios y valores que han de regir su trabajo.

### OBJETIVO

Se establecen dos objetivos:

1. Establecer un Código Ético para los Profesionales Administrativos de las instituciones sanitarias del Institut Català de la Salut.
2. Implantación del Código Ético en todos los centros del Institut Català de la Salut.

### METODOLOGIA

Para elaborar este Proyecto se crearon varias comisiones de trabajo de los distintos apartados que lo componen. Cada una de ellas elaboró una parte del proyecto para, posteriormente, someterlo a consideración del resto del grupo y así consensuar el texto definitivo.

Este proyecto de código ético ha sido realizado por profesionales del Institut Català de la Salut con formación diversa: licenciados en medicina, filosofía, derecho, diplomados en enfermería, publicidad y marketing y asesoría de imagen, informáticos, administrativos y auxiliares administrativos.

Se establecieron cinco fases:

1. Formación del "Grup ètICS" y distribución de temas.
2. Puesta en común de los distintos temas y elaboración del proyecto.
3. Presentación al gerente de Àmbito de Primària de Barcelona Ciudad
4. Implantación del proyecto en el Servicio de Atención Primaria (SAP) Litoral de Barcelona
5. Jornada de intercambio de experiencias de las Unidades de Atención al Usuario.

### RESULTADOS

Los resultados que se quieren obtener son dos:

1. La elaboración de un proyecto de Código Ético de profesionales administrativos de las instituciones sanitarias del Institut Català de la Salut.
2. Una mejora en la calidad de los servicios prestados a los usuarios por parte de los profesionales administrativos del Institut Català de la Salut y a un mayor reconocimiento profesional y personal basado en la excelencia del trabajo. El procedimiento utilizado para implantar este proyecto en el SAP Litoral de Barcelona es:
  1. Presentación en el Comité de Dirección del SAP Litoral de Barcelona
  2. Presentación en los equipos piloto del SAP Litoral de Barcelona
  3. Observación directa de los servicios de atención al usuario de los centros piloto por un evaluador externo
  4. Encuesta de conocimientos a los profesionales administrativos de los equipos piloto previa a la implantación y talleres prácticos.
  5. Evaluación de resultados
  6. Validación por el Comité de Bioética de Cataluña
  7. Presentación al gerente del Institut Català de la Salut
  8. Encuesta post implantación del Código

Ético en los equipos piloto del SAP Litoral de Barcelona.

### CONCLUSIONES

La mayoría de los trabajadores que integran el Institut Català de la Salut, disponen de un Código Ético, pero los profesionales administrativos carecen de uno. Con este proyecto pretendemos subsanar esta carencia con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios.

### RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA, EL SIAC TIENE ALGO QUE DECIR.

TUMBARELLO GASCIOLA, ÁNGELA; ROCA SALA, CARLOTA; GONZÁLEZ DÍAZ, ROSER; RODRÍGUEZ GIL, MONICA. HOSPITAL UNIVERSITARI SON DURETA. IB-SALUT.

### INTRODUCCIÓN

La participación “real” de los usuarios en la gestión de los centros sanitarios, es en la actualidad una asignatura pendiente, que no trasciende los planteamientos puramente teóricos que, salvo contadas excepciones, no son más que una mera declaración de intenciones (generalmente políticas).

Desde el año 2002, el Hospital Universitari Son Dureta, trabaja en el Programa “Son Dureta, Hospital Solidario” como parte de su política de Responsabilidad Social Corporativa.

### OBJETIVO GENERAL

Hacer del Servicio de Información y Atención al Cliente un “elemento interactivo” para la participación ciudadana y de los profesionales del centro”

### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Crear un espacio meramente informativo sobre patologías que recoja información médica avaladas por los diferentes especialistas del hospital.
- Utilizar dicho espacio como punto de encuentro para las diferentes Asociaciones y Entidades de carácter social.
- Utilizar dicho espacio como medio para la implicación de los profesionales en temas de información y/o comunicación.
- Fomentar la participación de los usuarios

para la ejecución de nuevas acciones en el hospital.

### METODOLOGÍA

Establecer el marco conceptual en el que incorporar el objetivo “relación con las Asociaciones de Enfermos”.

Se pensó en crear el PIP (Punto de Información al Paciente) como espacio físico, entorno al cual aglutinar las diferentes asociaciones, ONG. o entidades de interés social.

Se realizó una primera convocatoria invitándoles a asistir a una fiesta infantil navideña, ofreciéndoles infraestructura para difundir sus actividades. Segunda convocatoria por parte de la Gerencia a una reunión, en cuyo Orden del Día se incluía la creación del PIP.

Se realizaron dos reuniones (mínimo) con cada Asociación. Reuniones con los jefes de Servicio, explicándoles el proyecto e implicándoles en el mismo. Se les facilitó un modelo para la realización de los dípticos para garantizar su contenido.

Creación de un espacio, accesible y llamativo, dotado de expositores para los dípticos informativos sobre patologías y Asociaciones.

También se instaló un ordenador con acceso a las páginas Web, recomendadas por los facultativos.

### RESULTADOS

- 2 fiestas con gran participación popular.
- 5 reuniones generales.
- 58 entrevistas.
- 6 líneas de mejora en aplicación.
- 1 espacio en el que confluyen las asociaciones, los profesionales y los usuarios del Centro.

### CONCLUSIONES

El SIAC debe ser el medio natural, la escucha y el motor para el desarrollo y la participación de los usuarios en el centro.

### EL PACIENTE SIEMPRE TIENE RAZÓN ¿O NO?

AUTORES: SRA. LURDES ILARRI Y DRA. GEMMA FERNÁNDEZ PEÑALBA, HOSPITAL DE BASURTO

### INTRODUCCIÓN

El hospital de Basurto es un hospital de agudos enclavado en un núcleo urbano, Bilbao y su área de influencia. Tiene 700 camas. Desde el año 1992 está integrado en la red sanitaria de Osakidetza/Svs, haciendo suyos la misión, visión y valores del ente.

Entre los valores del hospital de Basurto destaca el compromiso de servicio al cliente, y uno de sus objetivos estratégicos hace referencia precisamente a la perspectiva del cliente.

Actualmente el SAPU está compuesto por 2 enfermeras y una secretaria y gestiona las reclamaciones entregadas en el propio hospital así como las que se entregan en los ambulatorios que forman su organización de servicios. Se encuentra integrado en la Unidad de Gestión Sanitaria, lo que favorece la interacción del paciente en la gestión del propio hospital. De esta manera, lejos de ser un órgano de recepción de quejas y reclamación, su finalidad es hacer partícipe del paciente y sus familiares en la gestión del hospital.

### OBJETIVO

Demostrar que la voz del paciente no sólo es un punto de referencia para la toma de decisiones sino que sirve de indicador para evaluar la relevancia y aceptación de las medidas adoptadas en el hospital.

### METODOLOGÍA

A partir de las reclamaciones recibidas desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de marzo de 2007 se analizará la incidencia de reclamaciones que hacen referencia a la demora en las listas de espera tanto en el ámbito intra como extrahospitalario y su relación con la aplicación de medidas para reducir estas demoras.

### RESULTADOS

Las reclamaciones por motivo de las demoras en lista de espera suponen un 48% del

total de las reclamaciones.

5 servicios del hospital suponían en el año 2005 el 58% de las reclamaciones por este motivo y son el objeto del presente estudio. En el año 2006 suponen el 70,33% de las reclamaciones. En lo que va de 2007 el porcentaje se sitúa en el 63%, con una tendencia claramente descendente.

Analizamos cada caso por separado e incidimos en las medidas que se han tomado en cada servicio, seremos capaces de aproximarnos a las actuaciones que provocan un descenso de las reclamaciones.

## CONCLUSIONES

La adopción de medidas de control de la lista de espera quirúrgica y la demora en consultas externas se ve reflejado en la tendencia a la disminución de las reclamaciones por este motivo.

Sin embargo hay dos aspectos a destacar:

No todas las medidas adoptadas tienen la misma respuesta

Existe un decalaje temporal entre la instauración de estas medidas y la evidencia de la disminución en el número de reclamaciones, que nos expresa el umbral a partir del cual las expectativas del paciente se cumplen y no son motivo de reclamación.

## LAS QUEJAS DE LOS CIUDADANOS CAMBIAN. ¿EN QUÉ HEMOS CAMBIADO NOSOTROS?

AUTORES: DIEGUEZ FUENTES MC; LAMA SECO JG, GONZÁLEZ NEBAUER V; MUDARRA MONTEMOLÍN M; DÍAZ GUTIERREZ R

SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL DISTRITO SANITARIO DE CÓRDOBA.  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA.

## INTRODUCCIÓN

Las reclamaciones, quejas y sugerencias de los usuarios han cambiado a lo largo de los años. Es algo evidente tanto en la forma, en el número como en los motivos de la insatisfacción con el servicio recibido. Los ciudadanos nos muestran, por tanto, el camino que debemos seguir para dar respuesta a las necesidades que nos manifiestan. Desde los servicios públicos de

salud debemos ser capaces de recoger estos cambios y adaptar nuestra gestión para proporcionar un servicio de calidad.

## OBJETIVOS

-Describir los cambios en el tipo de reclamaciones 2004-2006 en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Córdoba

-Describir los cambios tecnológicos, de gestión y culturales que se han realizado en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Córdoba

## METODOLOGÍA

Tipo:

Estudio descriptivo retrospectivo

Periodo de estudio: 2004-2006

Población:

Reclamaciones interpuestas contra los centros sanitarios adscritos al Distrito Sanitario de Córdoba. Total: 2.164 reclamaciones

Criterios de inclusión: Reclamaciones interpuestas en el Libro de Sugerencias y Reclamaciones o por otras vías (escritos y página web) y dirigidas a los centros dependientes de este Distrito

Criterios de exclusión:

Reclamaciones no dirigidas a los centros dependientes del Distrito Sanitario de Córdoba

Escenario:

El Distrito Sanitario de Córdoba es el centro de gestión de la atención primaria de la ciudad de Córdoba con 13 centros de salud y 7 consultorios para atender una población de 300.000 habitantes

## RESULTADOS

1.Descenso global de las reclamaciones interpuestas en el periodo 2004-2006

2.Aumento de las reclamaciones dirigidas a los profesionales sanitarios como por ejemplo la impuntualidad en la hora de atención y el desacuerdo del paciente con el diagnóstico y el tratamiento

3.Descenso de las reclamaciones dirigidas al personal de atención al usuario como por ejemplo la dificultad para obtener cita previa telefónica y la información no sanitaria.

En lo que respecta a los cambios realizados desde el Servicio Andaluz de Salud destacar la puesta en marcha del Plan de Atención Ciudadana que dimana del II Plan de Calidad de la Consejería de Salud y que

recoge aspectos que van desde la instauración del "call center" Salud Responde, la implantación de DIRAYA, la realización de encuestas de satisfacción anuales, el Plan de Intimidación, el Plan de las Pequeñas cosas y la formación de los profesionales de atención al usuario. Y todo ello, bajo el paraguas legislativo que recoge los derechos y deberes del ciudadano y la Ley de Autonomía Básica del Paciente.

## CONCLUSIONES

El ciudadano es el motor de nuestras actuaciones a nivel de gestión tanto en planificación como en la atención directa. De la misma forma, las mejoras y actuaciones del sistema sanitario público realizadas tanto en el ámbito nacional como en el ámbito autonómico y los correlatos legislativos, están suponiendo que la adaptación de los profesionales de la sanidad sea un continuo que requiere cambios culturales cada vez más rápidos.

## INSCRIPCIONES DE VOLUNTADES ANTICIPADAS A TRAVÉS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE.

IBAÑEZ GALLARDO, DIEGO JOSE HOSPITAL GENERAL DE ELDA

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad de nuestra sanidad somos concientes de los grandes cambios sociales que han motivado una nueva corriente filosófica de entender la sanidad. Desde hace ya unos años, el ciudadano, el individuo, la persona en definitiva, se ha convertido en el eje del sistema sanitario.

Desde esta perspectiva, el documento de voluntades anticipadas puede considerarse la máxima expresión del respeto hacia un ser humano enfermo; hacia la autonomía, que como individuo, tiene frente a cualquier intervención médica y sanitaria.

## OBJETIVO GENERAL

1.Implantación, Difusión e inscripciones del Documento de Voluntades anticipadas a través de la Enfermería del Servicio de Atención e Información al paciente. (SAIP).

## MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo ha sido elaborado en el

Hospital de Elda (Alicante), Departamento 18, Agencia Valencia de Salud. Se basa en un estudio retrospectivo de las inscripciones de voluntades anticipadas realizadas a través del Enfermero Jefe del (SAIP) desde octubre 2005 a Enero 2007.

Se configuran reuniones/exposiciones quincenales para los pacientes y familiares, y Representantes de Asociaciones y colectivos. Se analizan los siguientes parámetros: Edad, Sexo, Asociación de procedencia, Población del paciente.

### RESULTADOS

- A. El número total de inscripciones de voluntades anticipadas han sido de 124.
- B. El sexo predomina sexo femenino con un total de 64.52% frente al masculino con un 35.48%<sup>1</sup>
- C. Edad media en el sexo varón es de 62.3 años % y de la mujer en un 55.3 años

### CONCLUSIONES

1. Hay diferencia significativa entre sexos y edades en la inscripción de las voluntades anticipadas.
2. Entre los colectivos que más inscripciones realiza son los Testigos de Jehová y la Asociación Contra el cáncer, siendo un número menor los pacientes que acuden libremente a realizarla inscripción de voluntades anticipadas.
3. Poca información y conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la existencia del documento de voluntades anticipadas. Divulgación del documento a través del Comité de Bioética Asistencial de departamento.
4. De una manera subjetiva el Servicio de Atención al paciente, se alza en un mayor protagonismo y credibilidad ante los pacientes y familiares, con las inscripciones de las voluntades anticipadas.

### DERECHOS DEL PACIENTE DEL HOSPITAL: DIFERENCIAS EN CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DE CUMPLIMIENTO ENTRE ESTAMENTOS PROFESIONALES

FRANCESC MARTÍNEZ-MATEO, MARGARITA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, JOSEP M<sup>a</sup> IBÁÑEZ ROMAGUERA, MARTA FONTANET BAQUÉ, CONSOL FUSTÉ BALLÚS, OLGA RUESGA FERNÁNDEZ, LIDIA SALAS ARBUÉS, ANNA SANCHO GÓMEZ DE TRAVESEDO, PALMIRA TEJERO CABELLO, MERCÉ TELLA BERNAUS, RAFAEL LLEDÓ RODRÍGUEZ

### INTRODUCCIÓN

Los Derechos del enfermo están reconocidos en Cataluña en la "Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria". Es necesario potenciar su conocimiento y respeto por parte de los profesionales.

### OBJETIVOS

Para los profesionales hospitalarios asistenciales (licenciados y diplomados), y respecto a los Derechos contenidos en la Carta, se pretende:

- 1) Medir su grado de conocimiento.
- 2) Conocer la percepción sobre su grado de cumplimiento.
- 3) Estimar posibles diferencias de conocimiento y percepción de cumplimiento entre ambos estamentos.

### MÉTODO

Se realizó un estudio transversal multicéntrico en una muestra aleatoria estratificada por categoría profesional en 10 hospitales catalanes. Se pasó un cuestionario auto-cumplimentado sobre el conocimiento y grado de cumplimiento de los 44 derechos contenidos en la Carta. Se compararon los porcentajes de las diferentes respuestas por categoría profesional. La significación de las diferencias observadas se objetivó mediante la prueba de Ji2.

De los 692 respondientes, 387 eran licenciados o diplomados. El índice global de respuesta de éstos a los diferentes ítems para el conocimiento de los Derechos fue del 85,4%; para la percepción de su cumplimiento, del 86,1%.

El grado de conocimiento global fue del 92,6% (superior al 80% para todos los grupos de Derechos). Los diplomados refirieron un grado de conocimiento global del 93%, ligeramente superior que los licenciados (92%) (p=0,0206), observándose también en 3 de los 10 grupos de Derechos, relacionados con: a) la intimidad y confidencialidad (94,6% vs. 92,1%, respectivamente; p=0,0165); b) la información asistencial y el acceso a la documentación clínica (98,4% vs. 95,8%; p=0,033), y c) la infor-

mación general sobre servicios sanitarios y participación (95,0% vs. 89,3%; p<0,0001). Para los Derechos relacionados con la experimentación e investigación científicas, los diplomados refirieron un menor conocimiento que los licenciados (81,5% vs. 91,6%; p=0,0007). Para el resto de grupos de Derechos no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

El grado de cumplimiento percibido global fue del 68,7% (superior al 57% para 9 de los 10 grupos de Derechos, del 57,9% al 86,7%). Los diplomados refirieron una percepción de menor cumplimiento global que los licenciados (67% vs. 70,7%; p<0,0001), lo que también se produjo para los grupos relacionados con: a) la autonomía de la persona (57,4% vs. 70,9%; p < 0,001); b) la intimidad y la confidencialidad (63,0% vs. 67,7%; p=0,016); c) la investigación y experimentación científicas (73,6% vs. 84,7%; p=0,017), y d) la información asistencial y el acceso a la documentación clínica (78,6% vs. 86,4%; p=0,0001). El resto de grupos no mostraron diferencias significativas.

### CONCLUSIONES

- 1) Mientras que el conocimiento de los Derechos de la Carta parece ser elevado (superior al 92%), la percepción de un bajo cumplimiento (inferior al 69%) indica la necesidad de incidir con intervenciones educativas sobre los profesionales.
- 2) Los diplomados declararon tener un conocimiento ligeramente superior tanto globalmente como en algunos grupos de Derechos, mientras que para los licenciados esto sólo se produjo en el grupo relacionado con la experimentación y la investigación científicas.
- 3) Los diplomados se manifestaron más críticos que los licenciados en relación al cumplimiento de los Derechos, tanto globalmente como para 4 de los 10 grupos.
- 4) Los resultados del estudio permiten identificar las áreas susceptibles de mejora en el campo de los Derechos de los pacientes desde el punto de vista de los profesionales.

## POSTERS

### EDUCANDO A NUESTROS USUARIOS EN EL BUEN USO DEL STMA. SANITARIO PÚBLICO

ISABEL BERASALUCE MELERO, CARMÉ BRUNET ESPAÑOL, GISELA CORTÉS I TEULER, ROSA ROVIRA I ANGLÉS, PILAR TOMÁS CORVO, CAP MURALLES-GPSS

#### INTRODUCCIÓN

El CAP Muralles es un Centro de Atención Primaria situado en la ciudad de Tarragona (centro urbano).

Nuestro centro es relativamente joven, ya que iniciamos nuestra actividad en Septiembre de 2003. En cuestión de 3 años hemos pasado de tener 8.000 pacientes asignados a 17.800.

Uno de nuestros objetivos prioritarios es poder ofrecer la máxima accesibilidad a nuestros usuarios (no exceder las 48 horas de lista de espera). En nuestras reuniones de equipo acordamos las a llevar a cabo para conseguir nuestro objetivo.

Una de estas acciones implicaba hacer un estudio de los pacientes que no se presentaban sin anular la cita que habían pedido previamente.

#### OBJETIVOS

- Disminuir el número de visitas no presentadas, para reducir las listas de espera.
- Educar a nuestros usuarios a hacer un buen uso del Sistema Sanitario Público, implicándolos y responsabilizándolos en el funcionamiento del centro.
- Evitar citar al mismo paciente más de una vez para un mismo proceso o motivo.

#### METODOLOGÍA

Con el fin de lograr estos objetivos durante los meses de Enero y Febrero de 2006 se hizo un estudio de intervención del tipo antes-después, realizando las siguientes medidas:

- Enviar cartas a los usuarios que no acuden reiteradamente a las citas solicitadas (en tres o más ocasiones, durante el año 2005) informándolos de la importancia de anular las visitas a las que no se puede acudir.
- Dar el mismo mensaje desde la consulta cuando el médico detecta que el usuario ha faltado en alguna ocasión.
- Pasar un listado a cada médico de los

usuarios a los que se envió la carta.

• En el momento de la petición de la cita, dar el mensaje: *“Si no puede acudir le agradeceríamos que nos llamara con anterioridad para anular o modificar la visita. De esta forma, otro paciente podrá aprovechar esa hora de visita”*.

• Publicación de un artículo relacionado con el tema en la revista del centro “Fer Salut”.

• En caso de las analíticas a pacientes no presentados, más de tres veces, se les avisa que deberán volver a pasar por el médico de familia para hacer una nueva solicitud.

#### RESULTADOS

El porcentaje total de visitas no presentadas se redujo en un 32,42 % en los meses siguientes a la aplicación de las medidas (Marzo, Abril y Mayo), con una significación estadística para  $P < 0,05$ .

El estudio lo dividimos en cuatro tipos de visitas/citaciones:

Extracciones:

se redujo en un 52,55%

Revisiones pediátricas: se redujo en un 55,28%

Cita previa:

se redujo en un 29,53%

Cita urgentes (citadas el mismo día):

se redujo en un 25,81%

#### CONCLUSIONES

1. La intervención debe hacerse de forma continuada y conjuntamente entre todas las categorías para que sea efectiva.
2. El porcentaje de visitas no presentadas es más alto en las citas solicitadas con más antelación (revisiones pediátricas y extracciones).
3. Es importante implicar, concenciar y responsabilizar a nuestros usuarios en el buen uso de la sanidad pública, ya que son parte activa de ella.

### ORGANIZACIÓN DEL NUEVO HOSPITAL DE DÍA DE HEMOTERAPIA

BALLART LÓPEZ, M. ANGELS. HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA.

#### INTRODUCCION

En el Hospital hay un importante grupo de pacientes portadores de muy diversas patologías que necesitan el tratamiento denominado “sangría terapéutica”.

#### OBJETIVOS

Cuando en el Servicio de Hemoterapia y Hemostasia del Hospital Clínic estaba integrado el Banco de Sangre, no era necesario citar a los pacientes que tenían necesidad de realizar tratamientos terapéuticos. Al tener todo el dispositivo de atención a los donantes de sangre preparado no era necesario que los pacientes tuvieran cita previa ya que siempre había personal para poder atenderles.

#### METODOLOGIA

Lo primero que se decidió fue que a partir de aquella fecha, se daría día y hora a todos los pacientes que fueran pasando por nuestro Servicio, para ir controlando aproximadamente el volumen de trabajo. Con la colaboración de una enfermera y de una administrativa se fueron mirando las frecuencias de cada caso y posteriormente llamando por teléfono a los pacientes para citarlos, después de ir adaptándonos ambas partes a los días y horas disponibles, es como conseguimos tener a la mayor parte de pacientes programados y conseguir una mejor calidad en el trato del enfermo.

#### RESULTADOS

Ahora los pacientes que llegan sin programación, suelen ser pacientes que vienen directos de la consulta de su médico especialista y entonces si se puede se les atiende en el momento, y si es imposible se les da día y hora para que a partir del primer momento ya entren en la rueda de las programaciones.

#### CONCLUSIONES

Después de un año de funcionamiento, nuestra satisfacción es muy amplia al comprobar lo contentos que están los pacientes con nuestra organización y el trato recibido. El mejor halago que nos pueden hacer es cuando nos comentan “cualquiera va a la privada con lo bien que se nos trata aquí...”

### LA IMPORTANCIA DE DECIDIR

ROSAMARÍ PÉREZ POLO, TERESA SÁNCHEZ ALBARRACIN, NURIA SAGUES, ROGER SÁNCHEZ AVANTE, ANNA FERNÁNDEZ DÍAZ, LOURDES SÁNCHEZ ALBARRACIN

#### INTRODUCCIÓN

La importancia de la consideración de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés

que han demostrado todas las instituciones, administraciones, gerencias,...

La protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, ya quedan reflejados en el "Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina", (04 de Abril de 1997, que entró en vigor en el Estado Español el 01 de Enero de 2000). Este Convenio es una iniciativa muy importante: su especial valía radica en el hecho que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. Se refiere expresamente y con detenimiento a la necesidad de reconocer, en diversos aspectos y con una gran extensión, los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

La diferente legislación a nivel Estatal y Autonómica ha permitido articular las herramientas básicas para que el ciudadano pueda tener acceso a su información clínica y ejerza su derecho a la autonomía individual, por lo que refiere a su salud. Análisis sobre la legislación que ampara al usuario en el tema de sus derechos y en concreto en su derecho a su autonomía y poder de decisión.

Se ha realizado una Campaña de educación, información y sensibilización sobre el derecho a la autonomía del paciente y el Documento de Voluntades Anticipadas.

#### OBJETIVOS

Promover el derecho a la autonomía del paciente:  
El consentimiento informado  
Las voluntades anticipadas

#### METODOLOGÍA

Diferentes reuniones de diseño, definición y coordinación de la Campaña de información y sensibilización.

La Campaña ha sido realizada en colaboración con los agentes sanitarios del municipio,

Hospital de Mollet, Ayuntamiento, y las ABS.

Se han realizado carteles de presentación de la Campaña.

Se realizó una conferencia inaugural de la Campaña. Se han realizado siete charlas en los diferentes Casals del municipio, para resolver dudas y ofrecer asesoramiento individualizado.

Se ha confeccionado una guía para profesionales sanitarios, con las indicaciones mínimas para realizar el trámite.

La Campaña se ha dirigido a toda la población del Municipio que es mayor de edad.

#### RESULTADOS

Se ha incrementado la demanda de información sobre el Documento de las Voluntades Anticipadas.

Se ha incrementado la ayuda prestada para la realización de los trámites del DVA.

Se ha establecido un circuito para las personas que demandan la información y/o ayuda para la realización de los trámites.

Se ha confeccionado un registro propio de los DVA recibidos en el centro.

#### CONCLUSIONES

Socialmente la muerte es un tema pendiente. Con los Hospitales, Residencias, Tanatorios..., la muerte la hemos alejado de lo cotidiano, la hemos sacado de casa, hemos dejado de ver la muerte como una cosa natural, el final de un proceso o el final de un camino, por lo que se ha convertido en un tema de difícil abordaje.

Hemos podido constatar que el tema del testamento vital es un gran desconocido entre los derechos del usuario, de difícil abordaje. Pensamos como queremos vivir pero cuesta mucho afrontar que moriremos.

#### LA DECISIÓN DE LOS USUARIOS, DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

ROSAMARI PEREZ POLO, TERESA SÁNCHEZ ALBARRACÍN, CONCEPCIÓN MUÑOZ RACERO, ROGER SÁNCHEZ AVANTE, NATI VIDALLER FERRO, LOURDES SÁNCHEZ ALBARRACÍN

#### INTRODUCCIÓN

Los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltamos el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, es el objeto de la Campaña realizada en la población de Mollet de Vallès. El ofrecer a la población las herramientas básicas para que el ciudadano pueda ejercer su derecho a la autonomía individual, por lo que refiere a su salud.

La educación para la vida sana es una de nuestras funciones, como también lo es la educación y sensibilización de la población en el tema de la muerte, potenciar la reflexión y la toma de decisiones en el proceso de la vida, promover la autonomía de las personas,...

La Campaña de educación, información y sensibilización sobre el Documento de Voluntades Anticipadas, ha sido impulsada desde las Instituciones del propio municipio, donde han participado los agentes sanitarios, como los notarios del municipio.

Se establecieron convenios de colaboración, para que los ciudadanos pudiesen realizar los trámites del Documento de Voluntades Anticipadas con toda la información y las garantías establecidas en la legislación vigente.

#### OBJETIVOS

Promover el derecho a la autonomía del paciente:  
Potenciar la reflexión y la toma de decisiones en el proceso de la vida  
Potenciar una mejor calidad de vida  
Educar y sensibilizar la población en el tema de la muerte  
Informar a la población y hacer conocer el Documento de Voluntades Anticipadas  
Mejorar la comunicación entre el profesional de la salud y el usuario

#### METODOLOGÍA

Diferentes reuniones de diseño, definición y coordinación de la Campaña de información y sensibilización.

La Campaña ha sido realizada en colaboración con los agentes sanitarios del municipio, Hospital de Mollet, Ayuntamiento, y las ABS.

Se han realizado carteles de presentación de la Campaña.

Se realizó una conferencia inaugural de la Campaña.

Se han realizado siete charlas en los diferentes Casals del municipio, para resolver dudas y ofrecer asesoramiento individualizado.

Se ha confeccionado una guía para profesionales sanitarios, con las indicaciones mínimas para realizar el trámite.

La Campaña se ha dirigido a toda la población del Municipio que es mayor de edad.

**RESULTADOS**

Se ha incrementado la demanda de información sobre el Documento de las Voluntades Anticipadas.

Se ha incrementado la ayuda prestada para la realización de los trámites del DVA.

Se ha establecido un circuito para las personas que demandan la información y/o ayuda para la realización de los trámites.

Se ha confeccionado un registro propio de los DVA recibidos en el centro.

**CONCLUSIONES**

Socialmente la muerte es un tema pendiente. Con los Hospitales, Residencias, Tanatorios..., la muerte la hemos alejado de lo cotidiano, la hemos sacado de casa, hemos dejado de ver la muerte como una cosa natural, el final de un proceso o el final de un camino, por lo que se ha convertido en un tema de difícil abordaje.

Hemos podido constatar que el tema del testamento vital es un gran desconocido entre los derechos del usuario, de difícil abordaje.

Pensamos como queremos vivir pero cuesta mucho afrontar que moriremos.

**ATENCIÓN A LA PLURALIDAD RELIGIOSA EN LA FUNDACIÓ SALUT EMPORDÀ ( HOSPITAL DE FIGUERES Y CENTRE SOCIOSANITARIO BERNAT JAUME)**

REY TARDIU, GLÒRIA; RIUS BRICOLLER, M<sup>a</sup> CARMEN UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO. HOSPITAL DE FIGUERES.

**INTRODUCCIÓN:**

Los derechos de libertad religiosa y de culto, igual que los derechos de libertad de conciencia y de pensamiento están reconocidos por la Ley como derechos fundamentales de las personas (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta

del Enfermo Usuario del Hospital de la Comunidad Económica Europea, Constitución Española, etc. ).

La publicación de una Guía para el respeto a la pluralidad religiosa en el ámbito hospitalario, por la Generalitat de Catalunya, nos hizo reflexionar sobre la atención religiosa dispensada a nuestros usuarios.

**OBJETIVOS:**

Los objetivos de nuestro trabajo fueron: conocer las demandas de asistencia religiosa de diferentes confesiones en nuestro centro, revisar el circuito establecido hasta ese momento, y en caso necesario adaptarlo a las nuevas demandas.

**METODOLOGIA:**

Realizamos entrevistas a los profesionales de enfermería de las plantas de hospitalización (el personal de enfermería era el encargado de atender las demandas de asistencia religiosa). Hablamos con los miembros de la Iglesia Católica encargados de la asistencia religiosa en nuestro centro, y con el Departament d’Afers Religiosos de la Generalitat de Catalunya para conocer las confesiones religiosas con mayor número de practicantes en nuestro medio, y la forma de contactar con los responsables de las mismas.

**RESULTADOS:**

En el momento de realizar el estudio, prácticamente todas las solicitudes de asistencia religiosa de los pacientes ingresados en los centros de la Fundació Salut Empordà estaban relacionadas con la religión católica.

La solicitud de atención religiosa de los pacientes se canalizaba a través de la enfermera de planta, quién contactaba con los representantes de la religión católica asignados al hospital. Los representantes de esta religión eran también los que gestionaban las solicitudes de asistencia religiosa de usuarios de otras confesiones religiosas.

Desde el Departament d’Afers Religiosos de la Generalitat se nos asesoró sobre el tema, y se nos facilitó un listado de los representantes de las religiones mayoritarias en nuestra zona que podían atender nuestras solicitudes de asistencia.

**CONCLUSIONES:**

Necesidad de respetar las convicciones religiosas de todos los pacientes ingresados en los centros de la Fundació Salut Empordà, tanto si profesan alguna religión como si no, intentando satisfacer sus peticiones en la medida de lo posible.

Importancia de informar y sensibilizar a los profesionales del centro en este tema.

Creación de un nuevo circuito de atención a la pluralidad religiosa en los centros de la Fundació Salut Empordà que garantice la atención religiosa de cualquier confesión a los pacientes ingresados que la soliciten, así como el respeto a no recibir asistencia religiosa a quienes no la deseen.

**ATENCIÓN A PACIENTES QUE EJERCEN SU DERECHO A REGISTRAR EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS, DVA**

SOLÍS MIGUEZ, B. VALDERAS SÁNCHEZ, M.J. GIL ROVIRA, M. ANDREU OLIETE, I. T. MARTÍ MALRÀS, P. MOLINS PLA, J. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ESQUERRA DE BARCELONA-INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

**JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS**

La publicación de la Ley 21/200 “Sobre el derecho a la autonomía del paciente” en Cataluña abre la posibilidad de ejercer el derecho a expresar y registrar el llamado Testamento Vital o Documento de Voluntades Anticipadas, DVA. La demanda de información por parte de los usuarios propició que, en el marco del Plan de Mejora de Atención al Paciente, se protocolizase la atención a estas personas y los trámites pertinentes.

**OBJETIVOS**

Definir quién, cómo y dónde se daría esta información y cómo se llevaría a cabo el procedimiento de registro del documento. Sensibilizar i formar al conjunto de profesionales asistenciales en este tema. Avanzar en el compromiso con la Carta de Derechos y Deberes

**METODOLOGÍA**

El protocolo se elaboró en febrero de 2005 y se implantó en 9 equipos de los 12. El Protocolo establece la entrega de una primera información escrita por parte de la Unidad Administrativa del centro. Posteriormente el paciente es atendido en visita programa-

da por un profesional sanitario o socio-sanitario especialmente motivado y formado para esta labor. Una vez informado el paciente rellena el documento, que entrega a su médico de familia. Desde la Coordinación de Procesos de Atención al Usuario se procede al registro en el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, informando posteriormente al paciente y al médico de familia de este registro. Al inicio del proceso se hicieron 2 sesiones de formación, que realizó un médico de familia del grupo de ética de la SCMFC.

### RESULTADOS

Desde la puesta en marcha del Protocolo, podemos aportar los siguientes resultados correspondientes a los años 2005, 2006 y al primer trimestre 2007

Pacientes que han ejercido su derecho: 45, un 40% de hombres y un 60% de mujeres. Por edades: 16, un 45%, tenían entre 40 y 64 años. 29, el 65% tenían más de 65 años. Por año de registro: 18, el 40%, se registraron en el año 2005. 17, el 37,7% lo hicieron en el año 2006, y 8, el 17,7% en el primer trimestre del año 2007. 2, el 4,4% se habían registrado antes del año 2005.

Cualitativamente destacar que el contenido de los DVA se ajusta en todos los casos al modelo de DVA escogido, y en ningún caso se han hecho comentarios o se han planteado anotaciones personales sobre el tema. Todos los usuarios han estado de acuerdo en hacer el registro en el Departamento de Salud, excepto en un único caso.

### CONCLUSIONES

La implantación del Protocolo y la participación activa de los profesionales que dan la información personalizada permite a los pacientes ejercer su derecho con la suficiente información para ello. Por otro lado la motivación de estos profesionales es un estímulo para el resto del equipo y para avanzar en el compromiso en el respeto a la Carta de Derechos y Deberes de los Ciudadanos en materia de salud.

La formación y el trabajo metodológico en el marco del Plan de Mejora de la Atención al Paciente han permitido la sensibilización por el tema en el conjunto de los equipos.

## LA ACREDITACIÓN EN CALIDAD EN RELACION A LA INTIMIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD

ANGLÉS SEGURA, TERESA - GENS BARBERA, MONTSE - HERNÁNDEZ VIDAL, NÚRIA - PALACIOS LLAMAZARES, LAURA - PLANA OLLE, MONTSERRAT - POUS ROURE, ASUNCIÓN. ICS. TARRAGONA

### INTRODUCCIÓN

Desde hace años las organizaciones sanitarias han considerado importante la evaluación de la calidad de los servicios que prestan a la sociedad.

En este sentido la acreditación de los centros sanitarios, y en concreto, de los Equipos de Atención Primaria, abre una oportunidad para conseguir implementar estándares de calidad aceptables.

### OBJETIVO

Descripción de los planes de mejora en relación a la intimidad y confidencialidad en un Centro de Atención Primaria (CAP) acreditado según el modelo Joint Comisión Internacional (JCI).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro CAP fue acreditado el año 2004 como un Centro en Calidad Asistencial según el modelo de acreditación externo JCI. En el manual de acreditación hay funciones que están centradas en los pacientes y entre ellas, esta la función de los Derechos y Ética de la organización, donde se da una importancia relevante a la confidencialidad y a la intimidad de los pacientes.

En relación a estos dos conceptos se creo un grupo de trabajo formado por profesionales del Centro y del Servicio de Atención Primaria (SAP).

La metodología utilizada fue la identificación de los problemas relacionados con la confidencialidad y la intimidad, la elaboración de diferentes planes de acción, soluciones, implantación y seguimiento mediante indicadores.

### RESULTADOS

Elaboración de los siguientes documentos: Documento de confidencialidad de la información, que deben firmar todos los profesionales que trabajan en el Centro. Este documento es una transcripción exacta del apartado 3.5 de la "Carta de drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i

l'atenció sanitària".

Documento relacionado con el código de acceso de gestión informática, que deben firmar todos los profesionales del Centro. Los códigos dan acceso, por estamentos, a diferentes sistemas aplicativos.

Documento que firma el personal administrativo en relación a la confidencialidad y la intimidad del paciente, y que afecta a toda la documentación que se gestiona en el Centro.

Documento en relación a posibles conflictos éticos.

Elaboración de los siguientes procedimientos:

Procedimiento para garantizar la confidencialidad y la intimidad del paciente durante las derivaciones urgentes en ambulancia.

Procedimiento de Atención al usuario: En admisiones, la colocación de una tira en el suelo "de espere su turno". Se definen las áreas administrativas para hacer las entrevistas con el usuario (reclamaciones orales y escritas, sugerencias, problemas, atención individualizada a la mujer en relación a problemas ginecológicos, atención y soporte a familiares de un exitus).

### CONCLUSIONES

El proceso de acreditación externa es una apuesta por la calidad para todo el Equipo de Atención Primaria y una herramienta para introducir una política de mejora continua en el Centro.

En relación al derecho a la intimidad y a la confidencialidad, el proceso de acreditación nos a servido para elaborar normas de actuación que implican una mejora en la atención al usuario, preservando los derechos y deberes, la confidencialidad de la información y la intimidad delante de otras personas.

## GRUPO DE ÉTICA EN UN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

PORTA DINARÉS, J. ABILLA LLUMBIARRES, A. OLLER COLOM, M. ALMIRALL OLIVER, R. GASTÓ CERESUELA, J. MARTI MALRÀS, P. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA ESQUERRA DE BARCELONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT.

### JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La ética como elemento de reflexión entre comportamientos y valores es muy importante en la relación entre usuarios y profe-

sionales, en el tratamiento de los dilemas y conflictos cotidianos y en el marco de respeto a los derechos de los pacientes. El nuestro es un Servicio de Atención Primaria, que atiende una población de 384.399 habitantes, de 4 distritos de Barcelona ciudad, a los que da servicio mediante 12 equipos de atención primaria, 1 Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (PASSIR) y 2 Unidades de Atención Especializada

La motivación por el tema ético entre algunos profesionales, hizo que surgiese este grupo de ética en el marco del Plan de Mejora de Atención al Paciente. Sus objetivos son:

- La reflexión y el debate éticos en el marco de la atención primaria.
- La sensibilización de los profesionales en el tema.
- La promoción de la formación ética en el seno de cada equipo.
- La elaboración de recomendaciones en determinados temas, siempre teniendo en cuenta que no se trata de un comité de ética.

### METODOLOGÍA

En el grupo participan un total de 8 profesionales, médicos y enfermeras en representación de 8 equipos y del PASSIR. Participa también la Coordinadora de Procesos de Atención al Usuario. El grupo comenzó a reunirse a partir del mes de julio de 2005. Trabaja como un grupo de reflexión en determinados temas que el mismo grupo selecciona, haciendo extensiva esa reflexión y las propuestas o recomendaciones al resto de su equipo.

### RESULTADOS

En este periodo de tiempo el grupo se ha reunido en 7 ocasiones.  
 En el 62,5 % de los equipos representados en el grupo se han hecho actividades de en relación a la ética.  
 Se ha elaborado una recomendación en el tema de "Certificados de Defunción, y la forma de actuación en función de las diferentes situaciones y horarios"  
 Se ha participado en un Curso de Formación de Formadores en bioética  
 Se ha participado en las II y III Jornadas de Comités de Ética en Atención Primaria.

Se ha establecido contacto con el Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de la Fundación Gol i Gurina con la finalidad de participar y compartir actividades.

### CONCLUSIONES

La puesta en marcha de este grupo, ha propiciado el debate y la reflexión éticas, tan necesarias en el ejercicio de la profesión sanitaria y en la relación con los pacientes. Se prepara la formación para este año 2007. En este semestre está previsto también incorporar al grupo cuatro profesionales más de otros tantos equipos y continuar avanzando en la ética de la atención.

### "PERJUICIOS DE LA INCOMPARENCIA"

ANGELS ARPA, M DOLORS VALENZUELA, ISABEL VALLS, EVA TORRIENTES, MARIA SEGADOR, M TERESA MARTÍNEZ CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA LA TORRASSA

### INTRODUCCIÓN

Desde la posición de la Unidad de Atención al Usuario observamos el flujo de solicitud de visitas. Detectamos una gran cantidad de citas programadas y también de espontáneas a las cuales el paciente no se presenta causando un perjuicio en pérdida de recursos y tiempo e incrementando las listas de espera.

### OBJETIVOS

Conocer, medir y comparar mediante un análisis descriptivo la cantidad de tiempo que se desaprovecha en el caso de que un paciente solicite visita y no se presente.

### METODOLOGÍA

En nuestra aplicación informática OMI-AP se recoge el acto de si un paciente se presenta o no. A partir de éste registro se hace una explotación de datos en base a médico, tipo de visita, edad y sexo y se compara el año 2005 con el 2006. Se han recogido los datos de dos médicos de medicina general, dos pediatras y un odontólogo de nuestra área básica.

### RESULTADOS

La incomparencia va en aumento. Del estudio de cinco de nuestros profesionales resulta el siguiente cuadro en número de horas perdidas:

2006

### MEDICINA GENERAL

Cita previa	106 h	132,3 h
Visita espontanea	5,5 h	3,15 h

### PEDIATRIA

Cita previa	109,2 h	113,15 h
Visita espontanea	6,3 h	10,8 h
Revisión	142,6 h	135,6 h

### ODONTOLOGÍA

Cita previa	52,53 h	54,6 h
Prog. de prev.	77 h	116 h

### CONCLUSIONES

Vistos los resultados nos proponemos optimizar el tiempo de las consultas concienciando a los pacientes sobre la importancia de anular las visitas en el caso de no necesitarla o no poder acudir mediante carteles informativos y paneles con sus derechos y obligaciones y a hacer un buen uso de los recursos sanitarios. Para años posteriores estaría indicado un análisis causal después de introducir medidas correctoras informativas o de otro tipo.

### DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

GUTIÉRREZ BERNARDO, JULIO; GARCÍA GARCÍA, CARMEN, SERVICIO ATENCIÓN AL USUARIO. HOSPITAL VALLE DEL NALÓN - LANGREO. ASTURIAS.

### INTRODUCCIÓN

La confidencialidad de los datos referentes a la salud deriva del derecho que tienen las personas a la intimidad. Comporta la no divulgación de lo que sabemos de las mismas debido a nuestra labor profesional. Se debe entender la confidencialidad como:  
 Una necesidad para mantener la confianza  
 Un derecho del usuario  
 Una obligación de los profesionales, y  
 Un compromiso por parte de la organización.

### OBJETIVOS:

Difusión del derecho a la confidencialidad entre los trabajadores de la sanidad.

### METODOLOGÍA:

Marco Legal: Constitución Española, Ley Autonomía del Paciente, Carta de Derechos y Deberes.

Según viene recogido en la carta de derechos y deberes del paciente:

El paciente tiene derecho:

Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.

A la confidencialidad de toda la informa-

ción relacionada con su proceso, INCLUIDO el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.

La Ley de Autonomía del paciente nos dice que:

La dignidad de la persona humana, 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.

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior y elaborarán, cuando proceda las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

### CONFIDENCIALIDAD

La intimidad, la confidencialidad y el secreto profesional son valores que los pacientes y los profesionales deben demandar y proteger.

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de la información relacionada con su proceso y estancia en un Centro Sanitario, sin que nadie pueda acceder a la misma sin PREVIA AUTORIZACIÓN.

### SECRETO PROFESIONAL

Todos los trabajadores de la sanidad que por sus funciones en las instituciones sanitarias lleguen a conocer datos relaciona-

dos con los pacientes, tienen obligación de respetar la intimidad y el deber de cumplir con el secreto profesional.

La obligación de guardar el secreto profesional se prolonga incluso después de finalizar la actividad profesional.

### TITULARIDAD DE LA INFORMACIÓN

El titular del derecho a la información es el paciente.

Serán informadas aquellas personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

La información clínica a pacientes, usuarios y el intercambio de la misma entre profesionales debe realizarse en lugares reservados, evitándose las zonas en las que la conversación pueda ser oída por terceras personas no implicadas en el proceso asistencial.

### CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Los documentos que contengan información clínica no deben permanecer en lugares accesibles a personas no autorizadas: pacientes, familiares o profesionales no implicados en la atención al usuario.

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad.

El paciente tiene derecho a que se establezca un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas.

### CONCLUSIONES

Tomar la confidencialidad como un valor en la sociedad

Es un secreto que perdura en el tiempo.

El titular de la información es el paciente.

El acceso a la información está restringido.

La documentación es confidencial.

La custodia de la misma ha de ser segura.

### LOS DEBERES DEL PACIENTE, ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

MONTSE SOLSONA TENA, MONTSE TORRENTE RIQUE, NATALIA VALSERA GUI- SADO, NURIA MULA DE CASTRO., MUTUA TERRASSA

### INTRODUCCIÓN

El trabajo que exponemos a continuación es el reflejo de la realidad cotidiana en nuestros servicios de atención al usuario en los centros de atención primaria. Aplicando una nota de humor y una visión cómica de la realidad, descubrimos la facilidad que poseen nuestros usuarios para hacer reclamo de sus derechos y al mismo tiempo un descuido de sus deberes. Sin ánimo ofensivo y sí como motivo de reflexión hemos relatado las escenas más frecuentes del día a día.

### OBJETIVOS

1. Observar cuales son algunos de los motivos, que hacen que el usuario se desentienda de sus deberes.
2. Reflexión de la situación para poner medidas correctoras.
3. Valorar la sincronización entre el profesional y el usuario, ¿utilizamos el mismo lenguaje?
4. Mejorar el mix de comunicación.

### METODOLOGÍA

Descripción de forma pintoresca e informal de la participación, la información y la responsabilización del usuario con relación al sistema sanitario.

Las escenas representan la reacción de este ante los siguientes deberes:

1. Deber de cuidar de su salud y responsabilizarse de ella.
2. Deber de hacer uso de los recursos, prestaciones y derechos de acuerdo con las necesidades de salud y en función de la disponibilidad del sistema sanitario.
3. Deber de cumplir las prescripciones generales, comunes en toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
4. Deber de respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud.
5. Deber de responsabilizarse de un uso adecuado de las prestaciones sanitarias.
6. Deber de utilizar de manera responsable las instalaciones y los servicios sanitarios.
7. Deber de mantener el respeto a las normas establecidas y a los profesionales que prestan los servicios.
8. Deber de facilitar, de forma legal y cierta, los datos de identificación y las referentes al estado físico o sobre su salud, que sean necesarias para el proceso asistencial.
9. Deber de firmar el documento pertinen-

te, en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas, actuaciones preventivas y tratamientos.

10. Deber de aceptar el alta una vez se ha acabado el proceso asistencial que el centro o la unidad le puede ofrecer.

Se realizó un estudio sobre el conocimiento de las obligaciones de los pacientes sobre una población 80.000 habitantes (muestra 200 usuarios), repartidos entre cuatro centros de atención primaria, pertenecientes al Grupo Mútua de Terrassa. Estos pacientes fueron escogidos al azar y en franjas horarias de mañana y tarde.

### RESULTADOS

El estudio realizado nos dio a conocer los siguientes resultados: El 85% de la población no conoce el decálogo de sus obligaciones. Nuestra experiencia tras el desarrollo del trabajo nos revela que existe un elevado número de usuarios que desconocen sus deberes, por lo que es frecuente la omisión de su cumplimiento.

### CONCLUSIONES

En general la población desconoce sus deberes como usuarios del sistema sanitario, esta reflexión nos lleva a observar la necesidad de potenciar el conocimiento y su cumplimiento. Promover la normativa, así como las medidas necesarias para que se respeten y se cumplan los deberes, realizando un seguimiento y una evaluación de las medidas correctoras.

### CONCLUSIÓN FINAL

El logro por el respeto general de los deberes del usuario es una asignatura pendiente.

### “LOS DERECHOS DEL USUARIO, NUESTROS PROPIOS DERECHOS”

DANIEL ACOSTA CORONA, ELISA TORRES PERPIÑAN, FÁTIMA GONZÁLEZ ASTORGA, LAURA LÓPEZ BORRAS Y ANA M. FERNÁNDEZ ESPINERA., FUNDACIÓ HOSPITAL MOLLET

### INTRODUCCIÓN

En el Baix Vallès, dentro de la comarca del Vallès Oriental (Barcelona), que comprende las poblaciones de La Llagosta, Parets del Vallès, Sant Fost de Campsentelles, Martorelles, Santa Maria de Martorelles y Mollet del Vallès existen 2 niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Hospitalaria, que dan cobertura a una población total de 95977 habitantes.

De las inquietudes del personal de atención al usuario, de estos dos niveles de asistencia, nace el planteamiento de la necesidad de valorar aspectos éticos de nuestro trabajo.

A partir de esta reflexión, entendemos como punto de partida ético-administrativo, la preservación de los derechos del usuario.

Por esta razón consideramos importante establecer unas estrategias conjuntas, como profesionales de primera línea, que sean facilitadoras del ejercicio de estos derechos. Presentamos este trabajo como una reflexión sobre la responsabilidad del personal de atención al usuario y como compromiso, por nuestra parte, de desarrollar este proyecto a corto plazo.

### OBJETIVOS

Facilitar al usuario el conocimiento de sus derechos y como ejercitarlos.

Cumplir nuestro compromiso ético con el usuario.

### METODOLOGIA

Reuniones periódicas, previas a la puesta en marcha, para:

Análisis de la valoración del ejercicio de los derechos del usuario, mediante encuesta de opinión de la percepción que tienen éstos con respecto a sus derechos.

Estudio de la situación real, en nuestra zona, a nivel hospitalario y de atención primaria, respecto al análisis de las reclamaciones.

Elaboración de estrategias para cada uno de los derechos.

Reuniones posteriores, a la puesta en marcha, para:

Evaluación de las estrategias establecidas.

### ESTRATEGIAS

Como se trata de un trabajo conceptual en fase de desarrollo, lo que presentamos son estrategias a seguir para la consecución de los objetivos, con el compromiso de mostrar los resultados en un próximo congreso.

Información a todos los profesionales, de nuestros dos niveles asistenciales, para incidir en la integración de los derechos del usuario en la actividad diaria.

Elaboración de un protocolo de unificación de criterios en relación a la información a facilitar al usuario, desde ambos niveles.

Elaboración de un díptico o tríptico con in-

formación necesaria, suficiente y comprensible para el usuario, sobre como ejercitar sus derechos.

### CONCLUSIONES / EXPECTATIVAS

Presentamos las expectativas del resultado de nuestro proyecto.

### EXPECTATIVAS:

Dar a conocer al usuario como llevar a la práctica el ejercicio de sus derechos.

Buscar la responsabilidad compartida con el usuario mediante la información y el conocimiento de sus derechos.

Mejora continua de la calidad ético-profesional del personal de las UAU (Unidades de Atención al Usuario)

### CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES POR LOS PROFESIONALES HOSPITALARIOS: CUANTIFICACIÓN DE DÉFICITS

FRANCESC MARTÍNEZ-MATEO, MARGARITA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, JOSEP M<sup>a</sup> IBÁÑEZ ROMAGUERA, MARTA FONTANET BAQUÉ, CONSOL FUSTÉ BALLÚS, OLGA RUESGA FERNÁNDEZ, LIDIA SALAS ARBUÉS, ANNA SANCHO GÓMEZ DE TRAVESEDO, PALMIRA TEJERO CABELLO, MERCÉ TELLA BERNAUS, RAFAEL LLEDÓ RODRIGUEZ.

### INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos del responsable de Atención al Usuario hospitalario es promocionar el conocimiento de los Derechos de los usuarios. La Carta de Derechos y Deberes, aprobada en Cataluña, sirve como marco de referencia para investigar sobre déficits existentes y promover acciones de mejora.

### OBJETIVO

Identificar los Derechos de la Carta con menor conocimiento entre los profesionales hospitalarios, a fin de priorizar acciones específicas.

### METODOLOGÍA

En el marco de un estudio multicéntrico sobre conocimiento y percepción de cumplimiento de los Derechos de la Carta (n=692 profesionales), se identificaron aquellos Derechos con un menor nivel relativo de conocimiento, mediante el siguiente procedimiento:

- 1) Por cada categoría profesional: para cada uno de los 44 derechos se obtuvo el porcentaje de profesionales que dijeron conocerlo; para el % de conocimiento entre los 44 dere-

chos se calculó el valor del percentil 25 (Pc25).

2) Para cada derecho individual y categoría profesional (técnicos/auxiliares, diplomados y licenciados), se obtuvo el Odds ratio (OR) del % de conocimiento respecto a los No-asistenciales.

3) Se consideraron susceptibles de priorizar aquellos derechos con:

% de conocimiento inferior al Pc25 para la propia categoría profesional, o valor de OR no diferente de 1 con respecto al valor del Pc25 de los No-asistenciales.

## RESULTADOS

Los valores del Pc25 del conocimiento fueron de: 57,6% (no-asistenciales), 63,1% (técnicos/auxiliares), 68,1% (diplomados) y 67,2% (licenciados).

Resultaron prioritarios según los criterios mencionados, los siguientes Derechos:

Derechos de los colectivos más vulnerables frente a situaciones sanitarias específicas (conocimiento en el 65,3% en diplomados)  
Derecho del menor a ser consultado (conocimiento entre 42,0% en no-asistenciales y 61,5% en licenciados)

Derecho a decidir quién puede estar presente durante los actos sanitarios (64,9% en licenciados)

Derecho a que le sea pedido su consentimiento, antes de la realización/difusión de registros iconográficos (entre 53,1% en no-asistenciales y 60,6% en técnicos/auxiliares)

Los derechos relacionados con la constitución genética de la persona (entre 30,1% en no-asistenciales y 50% en licenciados)

Los derechos relacionados con la investigación/experimentación científicas (entre 32,2% en no-asistenciales y 66,6% en licenciados)

Entre los Derechos relacionados con la prevención de la enfermedad, y promoción/protección de la salud, los relativos a: conocimiento de problemas que supongan un riesgo para la comunidad; conocer planes, acciones y prestaciones en prevención, promoción y protección de la salud; rechazar acciones preventivas propuestas en situaciones sin riesgo a terceros (entre 43,4% en

no-asistenciales y 66,7% en licenciados)

Entre los Derechos relacionados con la información general sobre servicios sanitarios y participación de los usuarios, los relativos a: participar en las actividades sanitarias mediante órganos de participación comunitaria y social; utilización de tecnologías de la información y comunicación (entre 39,2% en no-asistenciales y 54,6% en licenciados). el Derecho a conocer el nivel de calidad de los centros asistenciales (el 66,7% en licenciados).

## CONCLUSIONES

Los derechos relativos a la constitución genética de la persona y los relativos a la investigación y experimentación presentan como grupos los menores niveles de conocimiento en todos los profesionales.

Se identificaron derechos individuales con bajo conocimiento en los grupos: igualdad/no discriminación, autonomía de la persona, intimidad/confidencialidad, prevención de la enfermedad y promoción/protección de la salud, información/participación, calidad de los servicios.

El sistema de selección empleado permite identificar los Derechos más necesitados de formación entre los diferentes colectivos profesionales.

## SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN AL USUARIO

CUESTA PRESEDO, SOFÍA.1, MARTÍNEZ BERMUDEZ, ABELARDO 2 GIMENO GURPEGUI, IÑIGO.3, MARTÍNEZ DEL RÍO, BEGOÑA.4 1 UNIDAD DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA, LA RIOJA.

## INTRODUCCIÓN

La legislación actual reconoce como un derecho inalienable del usuario tanto la información como la debida reserva de los datos clínicos del paciente. La aplicación de los estándares ISO 27001 e ISO 17799 ayuda a conseguirlo.

## METODOLOGÍA

La FHC se encuentra inmersa en un proceso de certificación en la norma ISO 27001, el enfoque sistemático que se da a la seguridad de la información permite detectar los puntos débiles del sistema, resolverlos y aplicar controles específicos a los riesgos detectados que minimizan su impacto y las pérdidas asociadas.

## RESULTADOS

Se garantiza el acceso a la información por parte de quien realmente lo necesita.

Se garantiza que quien no deba acceder a la información no va a hacerlo.

Se mejora la eficiencia total de todos los procesos ligados al flujo de información.

Se disminuye la insatisfacción del usuario por accesos indebidos a la información.

## CONCLUSIONES

La preservación de la intimidad del paciente, incluso de acuerdo a una norma certificable, no depende de grandes inversiones tecnológicas ni en infraestructuras; muchas veces es mucho más una tarea de concienciación y de organización de los métodos de trabajo que de recursos. 🍏

# GESTIÓN DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

## COMUNICACIONES

### ABSTRACT

BLANCA SERRA, TULI RÀFOLS, EVA MASOT, ISABEL LLOSA, CATERINA BOU, LAURA TORNÉ, ICS. TARRAGONA

### INTRODUCCIÓN

En el ámbito de atención al usuario son frecuentes las quejas, enfrentamientos y agresiones físicas o verbales. Pretendemos analizar tipología y hábitos, técnicas y procedimientos utilizados tanto para su prevención como para su abordaje y resolución.

### OBJETIVOS

- Analizar el origen de los conflictos.
- Generar recursos personales y grupales con el fin de afrontar las incidencias de manera que no degeneren en agresiones
- Averiguar en qué medida los trabajadores conocen la existencia de un circuito de trámite de incidencias y agresiones.
- Difundir los circuitos de trámite de agresiones, detallando las posibles pautas para el manejo de las situaciones conflictivas.

### METODOLOGÍA

- Recopilación de bibliografía de procedimientos de información.
- Recopilación y análisis de testimonios directos de agresión entre el personal mediante una encuesta anónima.

### RESULTADOS

• Las encuestas demuestran que la mayoría de trabajadores ha sufrido algún tipo de agresión, al menos una vez. En general, se manifiesta una gran indefensión y un total desconocimiento del circuito a seguir tras la incidencia. Por otro lado, el personal reconoce abiertamente la falta de recursos para afrontar los conflictos.

• Se elabora un tríptico, dirigido al personal de atención al usuario con un detalle de normas a seguir para detectar una incidencia que puede derivar en cualquier tipo de agresión y canalizarla hacia una resolución positiva.

• Igualmente, se ha elaborado una propuesta de formación: sesiones colectivas o individualizadas, de asistencia obligatoria, para generar herramientas de re-

solución de conflictos.

### CONCLUSIONES

• Se detecta un desconocimiento de los circuitos de denuncia. Los testimonios relatan agresiones de diversa tipología y gravedad con puntos en común: todos ellos consideran que se podría haber manejado mejor la situación y que no se sintieron suficientemente apoyados.

• No existe ninguna guía o protocolo para los trabajadores de Atención al Usuario de la sanidad; en cambio, para los profesionales médicos sí existe.

• La creación de éste tríptico debería servir para hacernos sentir más cómodos en el trabajo ya que nos proporcionará herramientas y recursos para solucionar el conflicto o la agresión y de los circuitos de denuncia a seguir, en caso necesario y nos permitirá tener a mano el diagrama de flujo con las bases de actuación y los circuitos a seguir tras la agresión.

• Hay que generar una mejora de actitud del usuario frente a la Unidad de Atención al Usuario, consiguiendo que se respete el esfuerzo, la voluntad de mejora y la profesionalidad del equipo. La manera sería potenciar la formación e información del equipo de Atención al Usuario.

### REDISEÑO E INFORMATIZACIÓN DE LA RESPUESTA A LAS RECLAMACIONES HOSPITALARIAS MEDIANTE LA GESTIÓN POR PROCESOS.

FUSTÉ-BALLÚS, CONSOLI; ALOY-DUCH, ANDREU2; MARTÍN-SÁNCHEZ, EVA2; ROMERO-CASTELLÓ, SÒNIA2; MARTÍNEZ-MATEO, FRANCESC3; LLEDÓ-RODRÍGUEZ, RAFAEL4. 1. RESPONSABLE TÉCNICO DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CLIENTE. 2. DIRECCIÓN DE CALIDAD Y DESARROLLO. 3. ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA. 4. DIRECCIÓN GENERAL. FUNDACIÓN HOSPITAL / ASIL DE GRANOLLERS (FHAG). BARCELONA. ESPAÑA.

### INTRODUCCIÓN

El análisis exhaustivo de las reclamaciones (RCLM), sus causas y su resolución por parte de la Unidad de Atención al Cliente (UAC) se correlacionan directamente con la satisfacción y la mejora de la asistencia de nuestros pacientes.

### OBJETIVOS

Analizar, mediante indicadores de proceso y resultado, el procedimiento hasta diciembre del 2006 de respuesta de las RCLM que se recibieron en la UAC de un centro hospitalario, y rediseñar el proceso de gestión de las mismas, a partir de enero del 2007, mediante la utilización del sistema de Gestión Integrada por Procesos (GIP) ("ficha de proceso", diagrama de flujo, informatización e intranet corporativa).

### METODOLOGÍA

El hospital dispone de 393 camas que atiende una población de referencia de 371.387 habitantes. Se recibieron, durante el 2006, un total de 1.181 RCLM (91,4 mensuales de media). Se elaboró una encuesta de opinión a los mandos implicados sobre el procedimiento de las RCLM con la escala de Likhert. Se propuso un nuevo proceso, y se compararon los dos períodos pre- i post-implantación con 9 indicadores.

### RESULTADOS

a) Se detallarán posteriormente los datos de la encuesta exploratoria previa de opinión. b) Para la GIP se realizaron 10 horas de reuniones con los profesionales de la UAC, dónde se identificaron las expectativas de los usuarios; se consensuó el método con los agentes del proceso; se definieron los criterios de RCLM sencilla y compleja; se compró un escáner; se aprovechó la red de intranet del centro; y, se compararon los 9 indicadores descritos entre el 2006 y el primer trimestre del 2007. Se detallarán las fichas de proceso y los diagramas de flujo elaborados. c) Se avanzan los resultados provisionales de 4 de los 9 indicadores comparativos: para el 1º (% de respuesta desde los mandos a la dirección < 10 días), 35,7%.vs.91%; para el 3º (% respuesta desde la dirección al usuario < 15 días) 17,5%. vs. 91%; para el 5º (utilidad del sistema vigente), muy mal sistema.vs.buen sistema; para el 6º (peso de papel) 4.vs.0,89 kg.

### CONCLUSIONES

Rediseñar el proceso de las RCLM en la UAC mediante la aplicación de la GIP i la informatización ha permitido entender, mejorar y hacer más eficiente todo el procedimiento, mejorando significativamente todos los

indicadores planteados en el estudio destacando, sobre todo, la mejora del tiempo de respuesta y la satisfacción de los profesionales. El rediseño del proceso hospitalario de respuesta a las RCLM, creemos que será un instrumento válido, efectivo y útil para elaborar y expedir una respuesta rápida y ágil a los pacientes y usuarios de nuestro centro, exportable a otros centros hospitalarios.

### CARACTERÍSTICAS DEL RECLAMANTE EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SÁNCHEZ BASALLOTE, JOSÉ ENRIQUE; VEGA PÉREZ, AURORA; MORALES ROMERO, PILAR; BARBA RAMÍREZ, NIEVES; RODRÍGUEZ SOLANO, ROSARIO. SERVICIO ATENCIÓN CIUDADANA. DISTRITO APS SIERRA DE CÁDIZ.

#### PALABRAS CLAVE

Reclamaciones, satisfacción usuarios, atención primaria

#### INTRODUCCIÓN

El Distrito Sanitario de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz se ubica en el norte de la provincia. Atiende a una población de 112.015 usuarios (Base Datos Usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz a 31-12-2005) y desarrollan su actividad profesional 339 profesionales. El Distrito está organizado en 5 Zonas Básicas de Salud (5 Centros de Salud, 17 Consultorios Locales y 2 Consultorios Auxiliares) y hay constituidas 6 Unidades de Gestión Clínica.

#### OBJETIVOS

Analizar las características de las reclamaciones presentadas en el año 2006 en los Centros de Salud dependientes del Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz.

#### METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo transversal. Base de datos de reclamaciones del Servicio de Atención Ciudadana del Distrito. Se analizaron todas las reclamaciones escritas que afectaban directamente a los Centros del Distrito.

#### RESULTADOS

Durante el año 2006 se formularon en los Centros Sanitarios del Distrito un total de 436 reclamaciones, de las cuales 385 afectaban a Centros del Distrito, 41 fueron derivadas a otras Instituciones no depen-

dientes del Distrito y 10 fueron anuladas por los propios reclamantes. Las 385 reclamaciones del Distrito suponen una tasa de 3,44 por 1000 usuarios (2,33 en 2005) con una media de 32,1 reclamaciones por mes (Rango: 13-57 y Desviación Estándar [D.E.]: 14,3). El 75% de los reclamantes fueron mujeres. El 38% de los reclamantes eran los propios enfermos y un 59% eran familiares del afectado. La edad media del reclamante fue de 37,9 años (Rango: 18-77 años y D.E.: 10,7). El tiempo medio de demora en el envío de informes por el personal afectado fue de 13,2 días, habiéndose recibido el 43% antes de 7 días. El tiempo medio de respuesta fue de 22,5 días, contestándose el 41% en un plazo menor o igual a los de 15 días, el 37% se contestó entre los 16-30 días y el 22% en más de 30 días. Los motivos más frecuentes reclamados por los usuarios fueron los debidos a problemas de organización, trámites y normas (71%), seguido de los motivos asistenciales (19%), siendo las causas más frecuentes la suspensión/anulación de consulta (28,6%), el desacuerdo con las normas del centro (14,3%), seguido del incidente asistencial (8,9%). El personal más afectado por las reclamaciones fueron los directivos con el 49%, seguido de los médicos con el 28%. En el 47% se consideraba que el reclamante necesitaba información, en el 28% que tenía razón y en un 15% que no tenía razón. En un 31% se adoptaron medidas correctoras.

#### CONCLUSIONES

El perfil de nuestro reclamante es el de una mujer de unos 38 años, familiar de un enfermo que reside en una población urbana. Reclama por motivos de organización, trámites y normas, siendo dirigida su queja al equipo directivo y necesitando información sobre el asunto reclamado, habiendo recibido respuesta a su reclamación en unos 22 días.

Las reclamaciones siguen siendo un mecanismo de participación ciudadana fácil y accesible en Atención Primaria y la información procedente de su análisis es una fuente importante para la mejora continua de la atención al ciudadano.

### DETECCIÓN DE NECESIDADES DE FORMACIÓN CONTINUA DE LOS

### PROFESIONALES DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL SECTOR SANITARIO.

UNIO CATALANA DHOSPITALS, CONSORCI HOSPITALARI DE CATALUNYA, SPOCYD-CAS

Durante las últimas décadas las unidades de atención al usuario han adquirido un desarrollo creciente en la mayoría de centros sanitarios. Sin embargo, los profesionales que prestan esta atención se enfrentan diariamente a una serie de retos que les obligan a redefinir su perfil profesional. Concedores de esta realidad, la Unió Catalana d'Hospitals y el Consorci Hospitalari de Catalunya realizaron durante 2006 una investigación sobre los factores que más condicionan la atención al usuario en los centros de salud, con la finalidad de identificar cuáles son y cómo desarrollar las (nuevas) competencias que requieren los profesionales de las unidades de atención al usuario.

Mediante un extenso trabajo de campo en más de 80 centros sanitarios de Cataluña, la metodología de esta investigación ha combinado técnicas cuantitativas (encuesta), cualitativas (entrevistas a expertos y profesionales) y participadas (talleres y Delphi), haciendo una apuesta por el multianálisis. Los resultados empíricos apuntan cuatro grandes factores condicionantes de las funciones de atención al usuario: a) transformaciones sociales (mayor exigencia de derechos y acceso a la información por parte de los ciudadanos; aumento de personas en situación de dependencia debido al envejecimiento de la población; incidencia de la inmigración), b) organización del sistema sanitario (listas de espera; saturación de los servicios de urgencias), c) el entorno laboral de los centros (escasa asunción de los valores de atención por parte del conjunto de la plantilla; visión poco constructiva de la queja) d) capacitación de los profesionales de atención (obstáculos para la formación continua; desmotivación; insuficiente autoridad ante determinadas unidades y profesionales).

1) Investigación financiada por la Generalitat de Catalunya (Consorci per la Formació Continua) y el Fondo Social Europeo.

## ATENCIÓN AL PACIENTE UNA RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS PROFESIONALES: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

ISABEL GONZÁLEZ ÁLVAREZ\*, Mª FERMINA LORENTE FERNÁNDEZ\*, MÓNICA GARCÍA PÉREZ\*, Mª ÁNGELES JUAN RODRÍGUEZ\*\*, JOSÉ MARTÍNEZ SORIANO\*\*\*, ANTONIO GALÁN SERRANO\*\*\*\*  
SERVICIO DE RADIOLOGÍA\*, SAIP\*\*, DIRECTOR\*\*\*, DIRECTOR GRAL. DE CALIDAD\*\*\*\* HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN ALICANTE

### INTRODUCCIÓN

Las reclamaciones y sugerencias presentadas por los pacientes y usuarios en el SAIP (Servicio de Atención e Información al paciente) son la punta del iceberg. Para mejorar la atención al paciente debemos facilitarle la accesibilidad para reclamar, sugerir o felicitar en cualquier punto que contacte con el sistema sanitario. En nuestro Sistema de Gestión de la Calidad hemos incorporado, como elemento de mejora continua, un circuito de recogida, análisis y respuesta a las reclamaciones y sugerencias de los paciente que acuden a Radiología.

### OBJETIVOS

mejorar la calidad de la atención a los pacientes que acuden al Servicio de Radiología, facilitándoles la posibilidad de reclamar, sugerir o felicitar en el propio Servicio.

### METODOLOGÍA

Hemos analizado las sugerencias, reclamaciones y felicitaciones presentadas en el SAIP desde 1994, y las recogidas en el Servicio de Radiología desde el año 2003 hasta diciembre de 2006. Se definen y diagraman ambos circuitos. Se utiliza la documentación del SAIP y del propio Servicio. Se analizan las variables: número y tipo de reclamaciones, respuesta telefónica y escrita, tiempo de respuesta y acciones de mejora.

### RESULTADOS

Hasta diciembre de 2006, hemos recibido 94 reclamaciones/quejas escritas procedentes del SAIP durante un período de doce años. Un 45% de estas tuvieron lugar durante los primeros tres años y estaban directamente relacionadas con la lista de espera. Desde al año 2003, hemos recogido en nuestro Servicio 140 sugerencias/quejas y 65 felicitaciones. La tasa más alta de reclamaciones

se relacionan con la espera en sus diferentes modalidades: lista de espera, espera en el Servicio, espera para los resultados, seguida de los aspectos relacionados con la información, la organización, trato, estructurales, accesibilidad, seguridad y otros. El tiempo medio de respuesta escrita al SAIP ha sido de 11 días y telefónica de 4 días

### CONCLUSIONES

El elevado número de sugerencias y quejas recogidas en el Servicio, demuestran que el camino desde éste al SAIP es, entre otros, un elemento disuasor para que el usuario manifieste su opinión. El elevado número de felicitaciones recogidas es un elemento gratificador y motivador para todos los profesionales del Servicio. Facilitar la expresión en el Servicio mejora notablemente el conocimiento de las necesidades y expectativas de nuestros pacientes y constituye, por tanto, un elemento de mejora importante. La rapidez y la organización han sido parámetros muy bien valorados. La llamada telefónica, realizada por la jefa del Servicio, ha sido muy bien acogida por todos los pacientes sin excepción. Consideramos que es nuestra obligación, en beneficio de los pacientes, colaborar estrechamente con el SAIP en todos los proyectos de información y atención al paciente que desarrolle este Servicio.

## POSTERS

### TRAMITACIÓN DE RECLAMACIONES. IMPLICARSE EN LA RESOLUCIÓN

JIMENEZ HERNANDEZ, ANTONIO JOSÉ. ZAMORANO GALLEGO, PILAR. LOPEZ NAVARRO, GLORIA R. VICENTE LÓPEZ, JOSE CARLOS. PACHECO GUEVARA, RAFAEL

### INTRODUCCIÓN

En la Comunidad Autónoma de Murcia el procedimiento de reclamación o queja está reglamentado por la Orden de 26 de Julio de 2005 de la Consejería de Sanidad sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de los servicios sanitarios. Las respuestas vienen dadas directamente por los responsables de los servicios implicados, que excepcionalmente han tenido contacto directo con el usuario reclamante, respondiendo a lo expresado en la hoja de reclamaciones con una asepsia que termi-

na por reflejar la distancia entre la asistencia y las necesidades del paciente.

### OBJETIVOS

Valorar hasta que punto la mediación por el SAU en la respuesta dada a una demanda asistencial determina una respuesta más ajustada a las pretensiones del reclamante.

### METODOLOGÍA

Se plantea, frente al procedimiento general estándar, la mediación del SAU para la solución de conflictos, ocupando el papel de mediador frente al de transmisor de la reclamación. El procedimiento propuesto consiste, no en remitir, sino en analizar la reclamación y proceder según las indicaciones médicas al estudio del caso, solicitando una respuesta optima para el reclamante y defenderla ante la persona o servicio implicado.

### RESULTADOS

Se han tramitado un total de 73 reclamaciones, por cada procedimiento de actuación y referidas a las mismas causas de reclamación, obteniéndose una mejora de la respuesta positiva para el usuario del 37.3%.

### CONCLUSIONES

- 1.La mediación en la resolución del conflicto de intereses entre determinadas reclamaciones y las posibilidades reales del hospital se ven considerablemente incrementadas cuando se media en la solución.
- 2.Los profesionales se implican considerablemente más en proporcionar una respuesta positiva cuando el problema del paciente, así como las condiciones clínicas y sociales se hacen presentes.
- 3.El procedimiento propuesto implica un incremento muy importante de las cargas de trabajo en el SAU.
- 4.El procedimiento propuesto aumenta considerablemente la presencia del SAU entre los responsables de servicios del hospital.
- 5.El SAU perfecciona e incrementa su prestigio como servicio implicado en la calidad asistencial y en la gestión de recursos del hospital.

**PRINCIPALES MOTIVOS DE RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS ISLAS BALEARES CENTRO DE TRABAJO - SERVEI DE SALUT: GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DE MALLORCA, ÁREA DE MENORCA, ÁREA DE IBIZA Y FORMENTERA, HOSPITAL UNIVERSITARIO SON DURETA, SERVICIOS CENTRALES**

GARROFÉ CAMPS ANTONIA, JUAN VERGER VICENC, MARTÍNEZ RIUDAVETS MANUELA, PALOMINO SÁNCHEZ ENCARNA, PLANAS CAMPOY CATALINA, SANTOS TURRIÓN MARÍA ANTONIA

**INTRODUCCIÓN**

El análisis de las reclamaciones es una de las principales herramientas de las que disponen las organizaciones para conocer cuales son los principales motivos de insatisfacción de los usuarios con sus servicios. En nuestra Comunidad Autónoma la entrada en funcionamiento del programa informático QSSI-IB en el año 2005 nos ha permitido conseguir una mayor agilidad en la comunicación interna, una mejor información, una reducción en el tiempo de respuesta y una mayor integración entre las diferentes gerencias.

**OBJETIVO**

Conocer los principales motivos de insatisfacción de los usuarios con nuestra Atención Primaria a través de las reclamaciones que se han presentado en nuestra Comunidad para poder, en una segunda fase, incidir en ellos y dirigir los esfuerzos desde las Unidades de Atención al Usuario y sus respectivas Gerencias en la apuesta por la mejora continua.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal: 12 meses de duración realizado entre enero y diciembre de 2006  
 Ámbito:  
 61 Centros de Salud del Servicio Balear de Salud  
 Sujetos:  
 usuarios de los Centros de Salud que han interpuesto una reclamación en este período  
 Mediciones:  
 recogida de información mediante el programa informático QSSI durante el año 2006  
 Tamaño de la muestra:  
 1632 reclamaciones

**RESULTADOS**

Los principales motivos por los cuales los usuarios han interpuesto reclamaciones en los centros de atención primaria de nues-

tra Comunidad durante el año 2006 han sido los siguientes: reclamaciones que involucren problemas de organización y normas 426 (26%), más de la mitad de ellas debidas a cambios de médico por la creación de nuevas plazas o reestructuración de zonas, las relacionadas con el trato personal 235 (14%), por demora en la asistencia 157 (10%), por disconformidad con la asistencia recibida o el tratamiento recibido 146 (9%), por falta de asistencia 103 (6%), por problemas de habitabilidad 91 (6%), por cita previa 91 (6%), por falta de recursos humanos 79, por la falta de recursos materiales 60, por suspensión del acto asistencial 41 y sin clasificar 34.

**CONCLUSIONES**

Del total de reclamaciones recibidas 1353 (83%) son relativas al proceso, 241 (15%) a la estructura, y 38 (2%) son de resultados.

Es nuestra intención a partir de estos resultados proponer las acciones correctoras que sean factibles para mejorar la atención a nuestros ciudadanos.

**PALABRAS CLAVE**

insatisfacción, causas, análisis

**EVOLUCIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ÁREA DE SALUD**

ALBERTO BARRAGÁN PEREZ; MANUEL A. MORENO VALERO; CARMEN SANTIAGO GARCIA; CONCEPCIÓN SUAREZ EGUILUZ; JUAN M. RUIZ ROS; M<sup>o</sup> PAZ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA.

**PALABRAS CLAVE**

RECLAMACIONES. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. CALIDAD ASISTENCIAL.

**INTRODUCCIÓN**

Las reclamaciones constituyen un procedimiento de comunicación entre los usuarios y los gestores sanitarios.

**OBJETIVOS**

Evaluar los motivos de reclamaciones en Atención Primaria de un Área de Salud y analizar su tendencia en el tiempo.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo y retrospectivo. Ámbito y Emplazamiento: Centros de Salud, Consultorios de Atención Primaria (AP) y Servicio de

Atención al Usuario del Área de Salud de Cartagena (Murcia). Período: años 2003 a 2006. Fuente de Datos: todas las reclamaciones escritas. Clasificación del Servicio Murciano de Salud en 5 bloques (accesibilidad, entorno, proceso, resultados y prestaciones) que, a su vez, se desagregan en 17 grupos y 42 motivos. Variables: Nº de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) de cada año y motivos de las reclamaciones. Análisis estadístico por distribución de frecuencias y tasas.

**RESULTADOS:**

Nº total de TSI a 31 de Diciembre de cada año: 319.909 en 2003; 327.919 en 2004; 339.404 en 2005 y 354.740 en 2006.

Nº total de reclamaciones: 689 en 2003; 619 en 2004; 582 en 2005 y 815 en 2006.

Tasas por mil TSI: 2,15 en 2003; 1,89 en 2004; 1,71 en 2005 y 2,28 en 2006.

Por bloques, el porcentaje de reclamaciones fue (en orden de mayor a menor):

- 2003: acceso a la asistencia (46,15%), proceso asistencial (42,82%), prestaciones sanitarias (5,95%), entorno asistencial (3,19%) y resultado asistencial (1,89%).
- 2004: acceso a la asistencia (45,40%), proceso asistencial (43,78%), prestaciones sanitarias (6,46%), resultado asistencial (2,26%) y entorno asistencial (2,10%).
- 2005: proceso asistencial (52,06%), acceso a la asistencia (25,60%), resultado asistencial (10,65%), prestaciones sanitarias (9,28%) y entorno asistencial (2,41%).
- 2006: proceso asistencial (47,24%), acceso a la asistencia (43,19%), resultado asistencial (4,66%), entorno asistencial (4,29%) y prestaciones sanitarias (0,61%).

Los 5 motivos más frecuentes, en porcentaje fueron:

- 2003: insuficiencia de personal (22,8%), demora en la asistencia (16,7%), por cambio de médico (12,5%), por organización y normas (9,6%) y por cita previa (7,4%).
- 2004: insuficiencia de personal (18,6%), demora en la asistencia (16,8%), por cambio de médico (14,7%), por organización y normas (10,8%) y por cita previa (7,6%).
- 2005: insuficiencia de personal (25,1%), demora en la asistencia (12%), por disconformidad en la asistencia recibida (10,7%), por trato personal (8,1%) y por problemas de coordinación con atención especializada (7,9%).

•2006: demora en la asistencia (17,2%), por falta de asistencia (16,4%), por insuficiencia de personal (14,9%), por cita previa (7,3%) y por organización y normas (7,1%).

**CONCLUSIONES**

- Durante los 3 primeros años, el número de reclamaciones y las tasas por habitante mejoraron progresivamente, pero en el último año el incremento en el número y en la tasa/1000 TSI ha sido muy importante.
- Las reclamaciones más frecuentes en el conjunto de los 4 años estudiados han sido las clasificadas en los bloques de proceso asistencial y acceso a la asistencia, por éste orden.
- Las reclamaciones más frecuentes en cada año, han sido las clasificadas en los bloques de proceso asistencial y acceso a la asistencia, constituyendo la suma de ambos más del 75% de la totalidad de reclamaciones presentadas en cada año.
- El motivo más frecuente en el conjunto de todo el periodo estudiado ha sido la insuficiencia de personal, aunque en el último año ha disminuido notablemente, siendo en éste la demora en la asistencia el que se sitúa en primer lugar.

**LA VOZ DEL CLIENTE: NUESTRO PEPITO GRILLO**

Mª ANGELES BRAVO AYUSO, LOURDES MONCLÓS HERNÁNDEZ, ALBERTO GÓMEZ ARÉVALO, ELISABET GALLEGO ALCAINA, ANA Mª SOMOZA GARCÍA, JOSÉ Mª MORCILLO LÓPEZ. ICS-EAP VINYETS (SANT BOI DE LLOBREGAT)

**INTRODUCCION**

Escucha su voz, seguro que tiene algo importante que decir. Las reclamaciones suponen un reto importante para cualquier empresa moderna que desee prosperar, escuchar la voz de nuestros clientes de una forma constructiva y no como una crítica, nos orienta en nuestra tarea diaria y nos hace reflexionar. Mejorando sus expectativas también mejoramos las nuestras, la calidad supone un aumento de eficacia y eficiencia.

**OBJETIVOS**

La mejora continua de nuestros procesos a partir de la opinión de nuestros usuarios/as.

Evitar que las reclamaciones se conviertan en un problema, respetando y mejorando los plazos de trámite de respuesta.

**METODOLOGIA**

- ABS urbano de 21.000 usuarios y un equipo de atención al usuario de 11 personas.
- Revisión diaria del buzón y mantenimiento de solicitudes de reclamaciones y sugerencias.
- Registro de entrada de la reclamación o sugerencia, introducción en el programa informático (GRE) del CATSALUT.
- Análisis de la reclamación.
- Solicitud de información, sí es necesario.
- Respuesta al usuario en un plazo máximo de 15 días naturales, mediante una carta con un contenido empático y conciliador.
- En caso de reclamación de otros servicios, se registran, se da una primera respuesta y se derivan al servicio correspondiente.
- El proceso de una reclamación oral, implica una primera acogida por parte de un profesional del centro capacitado para atender este tipo de reclamaciones, garantizando un trato personalizado y confidencial.
- Periódicamente se analizan las reclamaciones y se estudian los cambios a realizar.
- La presentación de una reclamación siempre originará la apertura de un expediente administrativo.
- Toda reclamación o sugerencia debe conservarse un mínimo de 5 años.

**RESULTADOS**

El análisis de las reclamaciones reiterativas ha impulsado mejoras de:

- procesos administrativos, tales como el cambio de circuito de programación del servicio PASSIR (programa a la atención sexual y reproductiva), y la implantación del call center, para la programación de cita previa.
- Reducción listas de espera en los servicios de oftalmología, trauma-

tología y PASSIR.  
 •Confort ambiental.  
 •Señalización y rotulación.

**CONCLUSIONES**

Una buena gestión de las reclamaciones y sugerencias mejora las expectativas del cliente ya que se siente escuchado. La implicación del usuario/a dentro del sistema, permite una mejora continua en la calidad de los servicios. Respetar los plazos de respuesta proporciona la sensación de satisfacción y solución a los problemas. Tenemos que acabar con el tópico del sentimiento de desinterés de la administración, ¡reclamar sí sirve de algo!

**SATISFACCIÓN DE PACIENTES QUE HAN PRESENTADO QUEJA ESCRITA EN SAIPS DE HOSPITALES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**

AUTORES: ORTIZ L1, NEBOT C2, CASQUERO M2, AGUILAR A2, NAVARRO I. M1, PÉREZ-JOVER V1. 1 UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ - 2 CONSELLERÍA DE SANITAT. VALENCIA

**OBJETIVO**

Analizar la satisfacción de los pacientes que han presentado queja escrita a través del Servicio de Atención e Información al Paciente durante 2006.

**MÉTODO**

Encuesta telefónica a pacientes que han presentado queja escrita entre enero y marzo de 2006 en hospitales de la Comunidad Valenciana. 447 encuestas válidas de 46,56 años de media y el 59,1% mujeres. Se ha hecho uso de los estadísticos Chi-cuadrado y Kruskal-Wallis (significativo p<0,05) para observar diferencias.

**RESULTADOS**

El 82,3% de las personas encuestadas afirman que es la primera vez que presenta una queja escrita a los servicios SAIP. Los principales motivos de las quejas escritas son la "demora en la asistencia" (42,6%), el trato recibido (11,5%) y la "planificación, organización y coordinación" (11,1%). En este aspecto se han encontrado diferencias significativas según el grupo al que pertenece el motivo de la queja tramitada (Kruskal-Wallis,  $\chi^2=14,067$ ,  $p=0,007$ ), los pacientes

cuya queja está relacionada con el acceso al hospital están más satisfechos (el 34,1% se considera satisfecho y el 7,5% muy satisfecho) frente a los que su queja está relacionada con los procesos del hospital (21,8% se considera satisfecho y el 3,4% muy satisfecho).

Respecto a los pasos que hay que dar para tramitar la queja escrita, el 75,4% de los pacientes opina que la información recibida por el personal SAIP ha sido correcta. La percepción que tienen los pacientes sobre el tiempo que tardaron en contestar a su queja, el 65,5% de los pacientes dice que la respuesta se la dieron antes de un mes, el 27,7% después de un mes, y el 7,2% restante después de tres meses. En este aspecto, el 67,31% de los pacientes opina que la respuesta que recibió a su queja escrita ha sido rápida y el 52,8% de los pacientes considera que ha sido la correcta. En relación a los pacientes que han encontrado correcta la respuesta recibida se han detectado diferencias significativas con respecto a la edad de estos ( $\chi^2=9,269$ ,  $p=0,026$ ), aquellos que consideran correcta la respuesta, el 17,7% son menores de 31 años, frente a los que no la consideran correcta que el porcentaje de personas menores de 31 años es de 27,6%.

En cuestión con la satisfacción de la respuesta, el 28,64% se siente satisfecho y el 6,8% está muy satisfecho con la respuesta recibida, encontrándose diferencias por edad ( $\chi^2=26,460$ ,  $p=0,009$ ), la satisfacción percibida en la respuesta a las quejas es más positiva en los pacientes mayores de 55 años (el 36,4% se considera satisfecho y 11,7% muy satisfecho), frente a los menores de 31 años (el 19,1% se considera satisfecho y 4,3% muy satisfecho).

Se han detectado diferencias significativas en la satisfacción con el Servicio Valenciano de Salud con respecto al tiempo en la respuesta a la queja escrita ( $\chi^2=27,159$ ,  $p=0,007$ ), la satisfacción en pacientes que su respuesta ha sido en menos de 15 días (9,7% nada satisfactorio con el Servicio Valenciano de Salud), frente a los casos esporádicos de pacientes que han tardado más de 3 meses en responder a su queja (23,3% nada satisfactorio).

## CONCLUSIONES

El principal motivo por el que los pacientes presentan una queja escrita en los hospitales de la Comunidad Valenciana es la "demora en la asistencia" y aquellas quejas que están relacionadas con el acceso al hospital poseen una satisfacción más elevada en la respuesta. Hay diferencias de satisfacción según la edad de los pacientes, los pacientes mayores de 55 años se sienten más satisfechos con la respuesta que se les ha dado. En cuestión de la satisfacción con el Servicio Valenciano de Salud, los niveles de satisfacción son más elevados cuanto más pronta es la respuesta a la queja.

## RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

VILLANUEVA NAVARRO MA, CALDERÓ SOLÉ MA, SALAS ARBUÉS LB, MAYAYO MONREAL CB, ALMIRALL EGERIQUE MA, CABRÉ OLLÉ XA. SERVICIO DE URGENCIAS. UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIOB. HOSPITAL UNIVERSITARI ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA.

## INTRODUCCIÓN

Realizar estudios para valorar el funcionamiento y la calidad de los servicios asistenciales de urgencias es importante para detectar puntos débiles en la organización, proponer soluciones y poder así subsanar los problemas que puedan presentarse. Las reclamaciones son un indicador muy relevante de la calidad asistencial de cualquier servicio.

## OBJETIVOS

Analizar las reclamaciones presentadas en el 2005, procedentes de usuarios del Servicio de Urgencias (SU). Identificar los motivos de reclamación más frecuentes.

## METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Del registro general de reclamaciones, ubicado en la Unidad de Atención al Usuario, fueron seleccionadas las quejas procedentes del SU, durante el año 2005. Éstas fueron revisadas individual y sistemáticamente, extrayéndose las siguientes variables: nº de registro, mes de realización, motivo, persona que la formuló (paciente/familiar), sexo y vía de formulación (oral/escrita). También se obtuvieron los tiempos medios de espera por paciente y el número de pacientes atendidos por mes en el SU.

La base de datos se analizó mediante el programa estadístico SPSS versión 11.0.

## RESULTADOS

Durante el 2005 se atendieron 85.368 enfermos en el SU y se registraron 171 reclamaciones (2,21% respecto al total del hospital, noveno lugar en el conjunto de servicios y 0,2% del total de visitas al SU). Los motivos de reclamación más frecuentes fueron el retraso en la asistencia (23,21%) y la insatisfacción con el trato recibido (21,4%). El 55% de los reclamantes fueron mujeres. El 55% de las quejas fue formulado por el propio paciente. Un 64% lo fue por escrito. En nuestra muestra existe una correlación estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) entre el número de pacientes atendidos mensualmente y las reclamaciones presentadas (Spearman Rho: 0,57). No se demuestra correlación estadísticamente significativa entre el número de pacientes y el tiempo de espera para ser atendido.

## CONCLUSIONES

El índice de reclamaciones en nuestro SU está por debajo de los estándares establecidos. El retraso en la asistencia y la insatisfacción en el trato recibido son los motivos de reclamación más frecuentes. Existe una correlación positiva entre el número total de pacientes atendidos y el número de reclamaciones presentadas. La presión asistencial incrementa el riesgo de demora en la asistencia y, por consiguiente, favorece una mayor afluencia de quejas. A pesar de ello, no se ha hallado una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y el número de reclamaciones, aunque se intuye una tendencia a la correlación, este hecho respalda la existencia de otros factores influyentes e igualmente determinantes.

## RECLAMAR: UNA BUENA HERRAMIENTA PARA MEJORAR

ESTHER SILVESTRE GARCIA, DANIEL LLORENS TORRES, MARIA TERESA SALADIE VERNET, MARI ALCARRAZ VERNET, ESTEFANIA ENRI FERNANDEZ, JAUME MAGRE AGUILAR. SAGESA. TARRAGONA

## INTRODUCCIÓN

Todo usuario tiene derecho a reclamar ante cualquier situación que considere oportuna. La primera barrera que se encuentran es el no saber como ni donde hacerlo. Desde nuestro centro de Atención Primaria hemos

creado un procedimiento de trabajo en la que facilite al usuario a ejercer su derecho.

**MÉTODOS**

Se han creado 4 maneras diferentes para poder reclamar en nuestro centro:

Vía oral: Son expuestas mayormente a la unidad de atención al usuario. Si es posible es el mismo departamento que busca una solución. Por escrito: se le entrega una hoja de reclamaciones al usuario que debe rellenar. Después se da registro de entrada a la reclamación entregando una copia al usuario reclamante. El original se hace llegar al coordinador del centro para que en un plazo menor a 15 días pueda contestarla.

Cita con el coordinador del centro: en ocasiones el usuario reclamante se siente incomodo al tratar un tema determinado con un administrativo o plasmándolo en una hoja de reclamaciones. En estas ocasiones se cita al usuario con el coordinador del centro y así exponer su queja o sugerencia con total libertad.

Buzón de sugerencias: situado en la recepción y de libre acceso para cualquier usuario que sienta la necesidad de realizar alguna sugerencia.

Todas las reclamaciones / sugerencias quedan registradas en el libro de entradas que lleva el departamento de administración y son contestadas por el coordinador del centro. Además se hacen llegar todas las reclamaciones a nuestra Región Sanitaria.

**RESULTADOS**

Se han examinado el total de reclamaciones /sugerencias recogidas durante el año 2006 y se han mostrado según el tipo de la reclamación. Al estudiar los resultados se ha comprobado que la mayoría de las mismas son por el trato recibido y por la organización del centro.

Esto nos ha llevado a las siguientes acciones de mejora:

- 1.Dar formación específica al personal en el trato con el usuario.
- 2.Estudiar minuciosamente las agendas de los profesionales y plantear una nueva reorganización.

**CONCLUSIONES**

- 1.El sistema de reclamación ayuda a saber los problemas que puede tener el centro.
- 2.A través del análisis hemos podido llegar

a unas acciones de mejora.

3.La aplicación de estas acciones de mejora nos ha llevado a una disminución de las reclamaciones.

4.La metodología de calidad es una buena herramienta para conocer y valorar la satisfacción del usuario.

**PERFIL PACIENTE + PATOLOGÍA = RECLAMACIÓN TIPO**

MERCÉ ALFONSO, DR JOAQUIM TORRAS, NOELIA VIVAR, NURIA RODÓ, MUTUA TERRASSA

**INTRODUCCIÓN**

Una reclamación no es una demostración de enfado o una pataleta, se trata de encontrar una solución al problema surgido con una empresa o entidad. Es una vía para hacer partícipe al usuario en la mejora del servicio.

**OBJETIVO**

Gestionar las reclamaciones según perfil del paciente, valorando previamente los antecedentes patológicos.

**METODOLOGIA**

Estudio observacional retrospectivo anual de las reclamaciones que se han presentado en el CAP Sant Cugat a lo largo del año 2006, cotejándolas con las historias clínicas de dichos pacientes.

**RESULTADOS**

- 1.Distribución por sexos de las personas reclamantes
- 2.Distribución por edades de las personas reclamantes
- 3.Causas de las reclamaciones
- 4.Patologías más frecuentes de los reclamantes

**CONCLUSIONES**

- 1.La sintomatología detectada de forma más frecuente en las personas que realizan reclamaciones es de causa psíquica.
- 2.Predomina la patología ansiosa en las personas que realizan reclamaciones correspondientes a la categoría de organización
- 3.Predominan los síntomas osteomusculares en las reclamaciones que los usuarios realizan correspondientes a la categoría asistencial.
- 4.Nuestra actuación debería adecuarse al perfil del paciente tipo.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 - Oldertz, D. Compensation for personal injuries: the Swedish aptient amb Pharma Insurance. Stockholm: Skandia Insurance Company. 1989
- 2 - King, J.H. Causation, valuation and chance in personal injury torts involving preexisting conditions and future consequences. Yale Law J.1981; 90:353-1.397
- 3 - Soutoul, JH. Essai d'étude sociologique concernant le non assistance a personne en danger du médecin, J Med Leg Droit Medical 1991; 5:347-354
- 4 - A. Lastair. Carta de réplica a Harvard.Br Med.J. 1990;300:747

# INNOVACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

## COMUNICACIONES INTRODUCCIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL PENITENCIARIO DEL CST

JOAN GUIU REIG, NÚRIA PAGÉS I CASAS, ELENA MEDARDE BARRAGÁN, LIDIA MARTINEZ MARTINEZ., UNIDAD ADMINISTRATIVA-UHP

### INTRODUCCIÓN

- Unidad administrativa hospitalaria (UAHP) formada por dos administrativos, cuya función principal es hacer de enlace entre los diferentes estamentos involucrados en la custodia y asistencia sanitaria de los internos:
- Servicios médicos de los centros penitenciarios (CP).
- Profesionales asistenciales de la Unidad Hospitalización Penitenciaria (UHP).
- Servicios médicos y áreas de atención del Hospital de Terrassa.
- Funcionarios del Departament de Justícia.
- Mossos d'Esquadra (cuerpo de seguridad).

### OBJETIVOS DE LAS MEJORAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

- Agilizar la comunicación entre los servicios médicos de los CP y los servicios médicos del UHP.
- Mejorar la comunicación entre la UAHP y los funcionarios de la UHP.
- Informatizar todos los actos administrativos de la UHP (Agenda CCEE) para facilitar la comunicación con los demás estamentos involucrados en la gestión y seguridad de los traslados.

### METODOLOGÍA DE LA IMPLANTACIÓN

- Análisis de los problemas de comunicación existentes.
- Propuesta de mejora mediante reuniones de los diferentes responsables.
- Implementación de las mejoras acordadas:
- E-mail
- Creación de bases de datos de la CCEE del UHP
- Introducción de datos en la historia clínica del Sistema Informático Penitenciario Catalán (SIPC).
- Evaluación de las medidas implantadas.

### RESULTADOS

- Mejor control de la confidencialidad de la información médica.
- Aumento de la velocidad (Información OnLine)
- Mejoras cualitativas en el servicio prestado.

### CONCLUSIONES

- Mejoría del control y la comunicación entre los servicios médicos de los centros involucrados en la asistencia médica de los pacientes.
- Valoración positiva por parte de los estamentos implicados.
- Reorganización de las tareas administrativas de la UAHP.
- Mayor calidad en el servicio.

## PLAN DE ADECUACION Y CONFIDENCIALIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES.

·D. CONSTANTINO MENENDEZ GONZALEZ. SUPERVISOR DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL HOSPITAL DE CABUEÑES. ·DRA. Mª TERESA OLMO YAÑEZ. SUBDIRECTORA MEDICA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES. ·D. JUAN JOSE ALONSO ORDIALES. SUBDIRECTOR DE GESTION DEL HOSPITAL DE CABUEÑES. ·D. ANTONIO COBO FERNANDEZ. JEFE DE SERVICIO DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL DE CABUEÑES. ·D. LUIS SOLAR FERNANDEZ. JEFE DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DEL HOSPITAL DE CABUEÑES ·DRA. GUADALUPE DE LA RIVA MIRANDA. JEFA DEL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITAL DE CABUEÑES

### INTRODUCCIÓN

El área asistencial del servicio de urgencias del hospital de Cabueñes debido a su particular ubicación es un punto de drenaje natural desde los ascensores del público al exterior tanto de los visitantes como del propio personal si a esto unimos el hecho de que en los últimos 5 años ha sufrido un aumento en su actividad de un 11%, ha traído como consecuencia tanto el entorpecimiento de la labor asistencial del personal que allí trabaja como la merma en la confidencialidad que podemos ofrecer al paciente. Subsana esta realidad están aprobadas obras de remodelación de las urgencias, esto implicaba unos plazos de tiempo de ejecución. La gerencia del hospital y la DM han sido sensibles a este hecho y propuesto la realización de un Plan de actuación que se presenta, como fase previa a la realización de las obras.

### OBJETIVOS

Elaborar un documento que diseñase acciones encaminadas a:

1. Mejorar las condiciones de trabajo en el área asistencial del servicio de urgencias
2. Garantizar la confidencialidad de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias
3. Mejorar la comunicación con los familiares de los pacientes, disminuyendo la incertidumbre que el tener a un familiar en urgencias genera.
4. Instaurar canales de comunicación vertical (DM y Gerencia) y horizontal (entre las tres secciones del servicio de urgencias pediatras generales traumatología) para el caso de accidentes que pudiesen generar alarma social

### METODOLOGÍA

Grupo de trabajo constituido por subdirector de gestión, subdirectora medica, coordinador de atención al usuario, jefe de urgencias, jefe de servicio de admisión y documentación clínica. Se utilizó la técnica de Brainstorming, y consenso.

### RESULTADOS

Se elaboró un documento de consenso que normaliza los horarios e intervalos de información a los familiares, basada en la implantación de un sistema de identificación de pacientes con pulseras que generan información por radiofrecuencia y la forma de comunicarse con los mismos, se establecieron protocolos de comunicación vertical y horizontal con la DM y con las diferentes secciones respectivamente y en los diferentes turnos asimismo se recogen pequeñas reformas estructurales para aislar de la zona de paso el área asistencial de urgencias, redefiniendo la circulación interna del hospital retomando la señalización en las áreas de drenaje y regulando mediante tarjetas identificativas a los visitantes y a los acompañantes de los pacientes, regula también las visitas de los comerciales médicos.

### CONCLUSIONES

Es posible conseguir una mejora de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes en los servicios de salud a veces no con grandes inversiones sino con pequeñas acciones (como es nuestro caso) identificando áreas de mejora y planteando pequeñas acciones de carácter tanto estructural

como organizativo, buscando para conseguirlo la participación multidisciplinar y el consenso. Esperamos mejorar el ambiente de trabajo de los profesionales sanitarios que desempeñan su función en el servicio de urgencias, disminuir la incertidumbre de los familiares al mejorar la comunicación, garantizar la confidencialidad de los pacientes y la confortabilidad de los mismos durante la permanencia en urgencias.

#### FUENTE DE FINANCIACION

Gerencia del hospital de Cabueñes. No hay conflicto de intereses.

#### RECLAMACIONES EXPRESS

ALFONS MAÑOSA MARGARIT, FCO. JAVIER LECHUGA PÉREZ, PABLO HERNAN-  
DO ROBLES, CORPORACIÓ SANITARIA PARC TAULÍ

#### INTRODUCCIÓN

La Unidad de Atención al Cliente de la Corporació Sanitaria Parc Taulí, creada el año 1990, está gestionada por un responsable con la ayuda parcial de una auxiliar administrativa con funciones de secretaria. A lo largo de los años se produce un lógico aumento de los expedientes escritos, relacionado con la actividad asistencial global de la propia corporación. Arquitectónicamente, la Corporació Sanitària Parc Taulí está compuesta por ocho edificios ubicados en el propio Parc Taulí (Hospital de Sabadell, Santa Fe, CQA, UDIAT, La Salud, Pabellón Victoria Eugenia, VII Centenario y Residencia Albada), y dos edificios ubicados en barrios de la ciudad (CAP Can Rull y Sabadell Gent Gran). La gestión manual de las reclamaciones escritas, implicaba la creación de un expediente (carátula, impreso o carta de reclamación, informes y/o documentación adjunta), la elaboración de un promedio de unas 12 fotocopias para enviarlo a los diferentes responsables implicados. Su distribución era por correo interno y requería unos dos días si la reclamación afectaba a un servicio ubicado en alguno de los edificios del Parc Taulí, incrementándose si el envío era a edificios situados en otras áreas de la ciudad. Dicha gestión manual y la dispersión geográfica implicaba, aparte de las posibles pérdidas, un importante tiempo en la elaboración de la respuesta a la reclamación. Cabe señalar la recepción de reclamaciones escritas a través de la web corporativa, aunque de momento con poca relevancia estadística.

#### OBJETIVOS

Principales:

Reducir el tiempo de gestión de las reclamaciones escritas.

Optimizar los recursos humanos de la unidad.

Secundarios:

Mejora en el acceso y seguimiento informativo del expediente.

Reducción del gasto en papel, fotocopias, correo interno.

#### METODOLOGIA

Para conseguir los objetivos se modificó el circuito administrativo de gestión, se adquirió un escáner y se adaptaron diferentes programas de ofimática (adaptación base datos "access", creación de listas de distribución por correo electrónico, creación de documentos en formato \*.pdf, etc.). La recepción de la reclamación escrita se registra en secretaria, se escanea y se crea un expediente en formato word que incluye la carátula de la base de datos y se envía mediante la correspondiente lista de distribución a los profesionales de las áreas implicadas, normalmente en formato \*.pdf. Se solicitan las respuestas escritas en formato word que se incorporan al expediente, al igual que la respuesta elaborada desde la unidad.

#### RESULTADOS

##### Reclamaciones escritas 2002

Num. Reclamaciones: 523

Tiempo Respuesta (<10 días): 60%

Gasto material x expediente: 12 fotocopias

Plantilla: 1 + soporte admin.

##### Reclamaciones escritas 2006

Num. Reclamaciones: 905

Tiempo Respuesta (<10 días): 59%

Gasto material x expediente: 3 fotocopias

Plantilla: 1 + soporte admin.

#### CONCLUSIONES

La introducción de las nuevas tecnologías ha permitido, a pesar del aumento en un 73% del número de reclamaciones escritas, disminuir de forma substancial la gestión y el tiempo de respuesta de las reclamaciones, mejorar el acceso, información y seguimiento por parte de los diferentes profesionales del SAC, al igual que ha supuesto una reducción del coste económico, todo ello sin incrementar la plantilla de la unidad.

#### RECOMENDACIONES PARA LOS INTERNAUTAS QUE VISITAN SITIOS WEB SANITARIOS

JOSÉ JOAQUÍN MIRA SOLVES1 2, GILBERTO LLINÁS SANTACREU1, SUSANA LORENZO MARTÍNEZ3, CARLOS AIBAR REMÓN4, 1UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ, 2AGENCIA VALENCIANA DE SALUD, 3FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN, 4UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ESTE ESTUDIO HA SIDO FINANCIADO POR EL INSTITUTO CARLOS III (FIS REFERENCIA 03/0369). DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO SE HA CONTADO CON UNA AYUDA A GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA. GENERALITAT VALENCIANA (REFERENCIA: 05/030).

#### INTRODUCCIÓN

El uso de Internet entre los pacientes está cada vez más generalizado: para consultar información sobre salud, para saber algo concreto sobre una enfermedad –o tratamiento– de algún familiar, amigo o suya. En la actualidad los internautas disponen de sitios web de información sanitaria de reconocida calidad que conviven junto a otras páginas con informaciones sesgadas, no actualizadas, o con errores graves. Por ello existe preocupación por analizar y garantizar la calidad de la información sanitaria en la Red y desarrollar ciertas habilidades en los internautas para que tengan criterio a la hora de seleccionar las páginas que visitan.

#### OBJETIVO

El objetivo de este estudio es elaborar unas recomendaciones para los internautas que buscan información sanitaria en la Red.

#### METODOLOGÍA

Tras revisar exhaustivamente la literatura especializada, reunimos a 9 expertos (seleccionados en función de su conocimiento y dedicación al diseño y elaboración de contenidos de páginas web relacionadas con la salud: clínicos, documentalistas, informáticos, periodistas, y gestores de sitios web). Se empleó una técnica cualitativa basada en la búsqueda de consenso tras la discusión en grupo.

#### RESULTADOS

A partir de las opiniones de los expertos elaboramos un decálogo con una serie de recomendaciones básicas para que los internautas que visitan páginas sanitarias hagan un uso mejor y más seguro de Internet. Verificar la fecha de la última actualización de la página que se consulta para evitar

información desfasada, no quedarse sólo con lo que dice la primera página que nos muestre el buscador, o acudir preferentemente a páginas de instituciones sanitarias de reconocido prestigio serían algunos ejemplos de tales consejos.

### CONCLUSIONES

Los resultados principales de este estudio, en forma de decálogo de recomendaciones para los internautas, podrían ayudar al objetivo de mejorar la calidad de la información sobre salud que estos obtienen a través de la Red.

### ¿DÓNDE ESTÁN LAS PRUEBAS? UTILIZACIÓN DE INTRANET EN EL SEGUIMIENTO DE RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

CALVET CREVILLÉN, EUNICE; CIDONCHA MEDINA, GERMÁN; CIDONCHA MEDINA, JAVIER; MARTÍNEZ BENAVIDES, HIPÓLITO; MORENO BELLA, JOSÉ LUIS; GUIRADO VILA, PERE, INSTITUT CATALÀ DE SALUT

### INTRODUCCIÓN

El registro, control, seguimiento y posterior archivo de los resultados de las pruebas diagnósticas, ha sido desde siempre una asignatura pendiente en el Servicio de Atención Primaria del Baix Llobregat Litoral (que comprende 9 poblaciones y ofrece servicios de salud a 324.000 habitantes en 10 centros de salud y 6 consultorios locales)

Dentro del Plan de Comunicación, aprovechando la incorporación de las nuevas tecnologías (TIC) se diseña una Intranet. Posteriormente, se diseña un registro de las pruebas automatizado al que potencialmente tienen acceso todos los profesionales desde ésta.

### OBJETIVO

Conocer, en todo momento, la ubicación exacta de los resultados de las pruebas diagnósticas, evitando así su pérdida. En consecuencia, aumentar el grado de satisfacción del cliente (interno y externo), evitando duplicidades (costo-eficiente) y mejorando el soporte a la toma de decisiones clínicas.

### METODOLOGÍA

Utilización de una base de datos (MS ACCESS) en una interficie integrada en la Intranet, mediante un formulario de registro y diferentes opciones de consulta. La consulta es libre, pero los datos están protegidos.

El registro es accesible desde un acceso directo en la pantalla principal, así como el submenú de Atención al Usuario. Existen diferentes opciones de búsqueda y listados.

Es un método sencillo de registrar (a la llegada por valija a servicios centrales, como desde cada centro) y visualizar.

### RESULTADOS

Anteriormente, el registro manual que tenía cada centro no permitía hacer un seguimiento efectivo de las pruebas: se producía un gran volumen de incidencias, con lo cual algunas pruebas no llegaban a su destino y se tenían que duplicar.

Con el nuevo sistema, en todo momento se tiene localizada la prueba, incluso aquellas que por error se encuentran en un destino equivocado, y todos los profesionales pueden visualizar el registro.

### CONCLUSIONES

Las TIC nos ayudan en la operativa diaria, mejorando la efectividad y la eficiencia de los diferentes procesos.

### ANÁLISIS Y DISEÑO DE LA GESTIÓN DE CONTENIDOS DE UNA INTRANET EN ATENCIÓN PRIMARIA

ROSSEND BRUCH MASERAS; ISABEL LLAGOSTERA GONZÁLEZ, SAP OSONA (ICS)

### INTRODUCCIÓN

Ya inmersos en el mundo de la tecnología informática y cuando las redes de comunicaciones llegan hasta el más pequeño consultorio, es ya posible plantearnos la creación de una nueva herramienta que sin estas dos premisas nos era antes imposible de implementar. Una web de servicios para el trabajador, una intranet, debe llegar hasta el último de estos, y ahora, gracias a la comunicación entre consultorios, ha llegado ya el momento de poner en marcha este proyecto.

### OBJETIVOS

Los objetivos para una intranet pueden ser múltiples. En este caso, el planteamiento oficial era el de informar. Tener un sitio de referencia donde la información estuviese centralizada y accesible a todo el personal, evitando con ello circulares, tableros de anuncios y envíos masivos de correos electrónicos. A parte de éstos, se complementa con otros

objetivos como el de repositorio de documentos, donde principalmente se busca eliminar el soporte en papel. Guías, modelos administrativos, informes, prensa... todo, o casi todo, debe estar centralizado en la intranet.

Por último, la automatización de servicios como los partes de mantenimiento, la formación o las notificaciones de Enfermera comunitaria de enlace hacen que muchos trámites sean más cómodos de realizar, con unos pocos clics y sin moverse del puesto de trabajo.

### METODOLOGÍA

El SAP Osona consta de muchos departamentos, y la información a gestionar por el web es muy amplia. Diseñar una sección única para cada departamento conllevaría mucho trabajo. Por otra parte, cabe destacar que las necesidades de cada departamento son, a veces, bastante similares. Esto conllevó a programar unos módulos comunes básicos (tablero de anuncios, enlaces, contenedor de archivos, etc.) y personalizarlos en caso de necesidad, cosa que nos ahorra mucho trabajo, y nos permite realizar un mejor mantenimiento (corrección de errores, mejoras, cambios).

Es obvio, pero, que este trabajo no nos libra de, en muchos casos, hacer una programación determinada y personalizada para cada departamento, pues el objetivo de la intranet es adaptarse a los trabajadores, no que los trabajadores hayan de adaptarse a ellos. El análisis de cada necesidad ha sido fundamental para el correcto desarrollo del proyecto.

### RESULTADOS

Los resultados del trabajo realizado son, a dos años, muy satisfactorios. El nivel de visitas diario es muy alto y la confianza que los trabajadores ponen en la intranet es total. El trabajador ha adquirido la costumbre de consultar la intranet al menos una vez al día para conocer las últimas noticias referentes al centro. Así también para disponer de un centro de documentación. 25 mil visitas al año demuestran la gran aceptación en el centro.

No sólo con esto, los aplicativos especiales como los partes de mantenimiento y la comunicación de enfermera comunitaria de enlace y otros han facilitado, y mucho, varias de las gestiones cotidianas del centro. Convirtiéndose en aplicaciones ya imprescindibles.

### CONCLUSIONES

El volumen de visitas y la información, diaria, que se genera en la intranet ponen de manifiesto que no solo los trabajadores se apoyan en ella para informarse, sino que los departamentos se sirven de ella para cualquier información relevante, evento o documento que se necesite poner a alcance de todos.

Se desprende pues, vistos los resultados, que la intranet no es un servicio más, sino que es una pieza angular en el trabajo del centro, donde ha encontrado su encaje en la vida diaria laboral.

## POSTERS

### PROGRAMA INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

NEBOT C1, CASQUERO M, AGUILAR A1, ORTIZ L2, RODRÍGUEZ D2., 1.AGENCIA VALENCIANA DE SALUT. CONSELLERÍA DE SANITAT. VALENCIA, 2.UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

#### OBJETIVO

Acercar la voz de los pacientes sobre el Servicio Valenciano de Salud mediante los resultados de las encuestas de opinión y ofrecer información para la toma de decisiones a los Equipos Directivos y mejorar el Sistema Público de Salud.

#### MÉTODO

Programa informático para la Gestión de la Atención al Paciente (PIGAP) que incluye Información Gerencial sobre quejas (motivos y gestión) e información sobre las encuestas de satisfacción.

#### RESULTADOS

Desde la nueva versión del portal PIGAP el Gerente del Departamento de Salud y su equipo disponen de toda la información sobre la gestión de quejas y resultados de encuestas a pacientes.

Los Equipos Directivos acceden a la información mediante un Cuadro de Mando con los resultados globales de su Departamento. La información de las encuestas de opinión se encuentra resumida y se muestra en tablas, gráficos comparativos, indicadores y objetivos de mejora pactados.

En una de las tablas se muestran resultados de opinión de pacientes sobre Calidad Percibida (El trato recibido, la rapidez de la atención, el resultado médico, la disposición del personal, la amabilidad del

personal...), comparándolo con su nivel hospitalario y la media de la Comunidad Valenciana y en otra tabla se muestran los objetivos de mejora pactados por departamentos y su cumplimiento.

El Cuadro de Mando también dispone de dos enlaces, "Indicadores" y "Datos de la encuesta", siendo el primer enlace un Semáforo de la Calidad que asigna Verde, Ámbar o Rojo el valor de 5 indicadores clave para la gestión. La Agencia Valencia de Salud fija estándares en el Balance de Satisfacción, Percepción de Mejoras, Calidad de la Información, Accesibilidad y Confortabilidad ofreciendo así información cuantitativa y cualitativa de la opinión que posee el paciente sobre el Sistema Público de Salud de su Departamento. El segundo enlace lleva al Portal de las Encuestas con informes individualizados sobre los ítems de las encuestas de opinión de pacientes con información extra sobre Potenciales de Mejora para la ayuda en los pactos de objetivos de mejora.

Por último, el Cuadro de Mando realiza gráficas comparativas que muestran el valor desde 2003 del indicador Balance de Satisfacción en las diferentes modalidades (Obstetricia, Cirugía, Medicina, Consultas Externas,...) del Departamento, mostrando su posición, y como se encuentra con respecto al resto de departamentos.

#### CONCLUSIONES

La nueva aplicación informática (PIGAP) utiliza indicadores globales comparativos (cualitativos y cuantitativos) para acercar la voz del paciente a Equipos Directivos, con la idea de mejorar las "buenas prácticas" y la atención al paciente.

### CAP MURALLES – UN CENTRO "SIN PAPELES"

AURORA ABARCA BASTIDA, VICTÒRIA BUERA REBULLIDA, ELENA GONZÁLEZ CATALÁN, ESTHER RAMÓN LÓPEZ, MONTSERRAT ROIG I MIRABELL, ROSA ROVIRA I ANGLÉS., CAP MURALLES

#### INTRODUCCIÓN

Los avances informáticos han conseguido una mejora notable en la imagen y la calidad de los servicios de los Centros de Atención Primaria, al mismo tiempo que han cambiado la forma de trabajar de los profesionales. Desde el inicio de la actividad asistencial del CAP Muralles, se pensó en su funciona-

miento como un centro SIN PAPELES.

#### OBJETIVOS

- Organizar administrativamente el centro.
- Registro de la actividad.
- Capacidad de explotación de los datos.
- Rapidez en la obtención de datos.
- Facilitar trámites a nuestros profesionales – acceso rápido a toda la documentación e información importante.

#### METODOLOGÍA

Desde cada punto de trabajo hay acceso a:

- Sistema de historia clínica informatizada (con diferentes niveles de acceso para los diversos profesionales).
- Internet.
- Correo electrónico.
- INTRANET: diferentes niveles de acceso para cada profesional, de los cuales dependen diferentes aplicaciones:

#### Almacén:

Permite a los profesionales hacer el pedido de cualquier material que necesiten.

La persona encargada del almacén recibe automáticamente los pedidos y se encarga de servirlos.

La persona que hace el pedido puede visualizar siempre si su pedido está servido o pendiente de servir.

Nos permite en todo momento tener el stock del almacén actualizado

#### Licencias:

Se utiliza para solicitar días de asuntos propios, vacaciones...

La persona que gestiona recursos humanos recibe notificación de esta solicitud de forma automática.

La persona solicitante puede consultar en todo momento si su solicitud ha sido aceptada o denegada.

#### Incidencias:

Los profesionales pueden avisar o alertar a la persona encargada del mantenimiento del centro, de cualquier incidencia que se tenga que resolver, arreglar...

De forma automática la persona encargada del mantenimiento recibe un aviso mediante el correo electrónico donde se le especifica el lugar/consulta donde se ha producido la incidencia, el aparato, modelo, marca... y una pequeña descripción del problema.

Gestión documental:

Permite consultar cualquier documento i/o información importante para nuestro trabajo (funcionamiento del centro, procedimientos, distribución de tareas, horarios,...) y que se encuentra ubicada en el sistema informático. Noticias: En el momento que un profesional conecta su ordenador, automáticamente se abre la pantalla de la INTRANET, donde salen en primera página todas las noticias importantes que tienen que saber nuestros profesionales: convocatorias a reuniones, cursos, charlas, cenas..., comunicaciones que la dirección del EAP considere importantes.

**RESULTADOS**

- Rápida localización y consulta de documentos. Acceso ágil y fácil a la información.
- Creación de nuevos canales de comunicación para el personal con diferente horario.
- Control y seguimiento más efectivo de trámites burocráticos.
- Tareas al alcance de todos.
- Ahorro/optimización del tiempo.

**CONCLUSIÓN**

Ser un centro sin papeles nos ha aportado: **AGILIDAD Y RAPIDEZ**

- A la hora de tramitar y consultar licencias, servir o consultar pedidos.
- A la hora de comunicarnos con otros profesionales.
- A la hora de consultar información clínica de los pacientes.
- A la hora de explotación de datos (estadísticas).
- A la hora de comunicar la realización de reuniones.
- A la hora de comunicar con el personal de mantenimiento.
- A la hora de consultar cualquier documento importante para nuestro trabajo.

**TODO ESTO ES SIN DUDA UN AHORRO CONSIDERABLE EN TIEMPO, PAPEL, ESPACIO Y UNA MEJORA EN LA ORGANIZACIÓN Y EL BIENESTAR DE NUESTROS PROFESIONALES.**

**IMPLANTACIÓN DE SESIONES DE FORMACIÓN Y CASOS ADMINISTRATIVOS EN UNA UAAU DE DOS CENTROS DE SALUD**

M. C. BARBOSA, PACA JULIÁN, JUAN AVILA, M. LUISA RODRIGUEZ, XAVIER PELIGROS, XAVIER COS, INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD.

**OBJETIVO**

Mejorar la formación de los profesionales administrativos mediante la implantación de un nuevo programa de sesiones para administrativos con el objetivo de profesionalizarlos e integrarlos en el funcionamiento y ritmo de las sesiones del resto del equipo del centro.

**DESCRIPCIÓN**

Con la incorporación de 14 nuevos profesionales administrativos, de un total de 26 (un 45%) se objetivó que sus ocupaciones administrativas previas, diferían de forma importante del trabajo administrativo habitual del centro de Salud.

Con esta situación de partida y con el deseo de generalizar el espacio de sesión a todo el equipo se planteó la siguiente estrategia:

Crear un espacio donde de forma periódica se pudiera profundizar en diversos temas relacionados con el área de trabajo.

**RESULTADOS**

El equipo directivo analizó la nueva realidad del área administrativa con la ayuda de entrevistas personales y reuniones de grupo. Tras estas dos estrategias se detectaron diversas áreas de intervención: necesidad de formación en procedimientos administrativos habituales así como difusión de los nuevos productos ( facturación a terceros, nuevas altas de usuarios en el Servicio de Salud,..), formación en cascada de aquellos cursos accesibles a pocos miembros del equipo y mayor conocimiento del funcionamiento de la institución, de su misión y visión.

Con estos puntos el equipo directivo diseñó un plan de formación integral (PFI) donde se contemplaron las principales demandas formativas.

En la primera fase del PFI se ha pretendido consolidar este espacio grupal de formación con dos sesiones semanales.

**CONCLUSIONES**

- Valorar las necesidades formativas de los profesionales de la UAAU
1. Implantación de un PFI y posterior evaluación continuada del mismo
  2. Profesionalización en la excelencia del personal administrativo

**IMPLANTACIÓN DE LOS MANUALES DE LAS UAU DEL SAP MUNTANYA DE BARCELONA EN UNA INTRANET.**

ESTHER DÍAZ SOLER, M. ÀNGEL ALCALDE LEAL, MONTSE DEL PULGAR ROSAS, NÚRIA ORTIZ CAULES, F. JOSÉ LUQUE MELLADO, JORGE GARCÍA JIMÉNEZ.

**INTRODUCCIÓN**

Ante la necesidad de tener en las UAU (Unidad Atención al Usuario) una compilación de procesos y de información, que permita un mejor grado de eficacia y eficiencia diaria, se proyectaron dos manuales. El primero, **Manual de derivaciones**, más especializado, una guía con descripción de pruebas y servicios hospitalarios, con los circuitos e información necesaria para garantizar la continuidad asistencial. El segundo, **Manual de procedimientos administrativos**, es un amplio, ecléctico y complejo compendio de información. Se trata de manuales sometidos a frecuentes cambios, y editados en papel comportaban una difícil difusión y actualización.

**OBJETIVO**

La UAU del Servicio de Atención Primaria (SAP) Muntanya de Barcelona es la gestora y coordinadora de los Manuales, que los implanta en un portal de Intranet (portal SAP Muntanya), forma y capacita a las UAU en sus contenidos y su utilización en su lugar de trabajo, garantiza el mantenimiento y actualización de manera inmediata, y mejora la coordinación con atención primaria (AP) y con otros niveles asistenciales e instituciones.

**METODOLOGÍA**

Inicialmente se diseñó un portal de intranet, plataforma pionera de comunicación e información en Barcelona. Confiere accesibilidad instantánea desde cualquier ordenador de la red, consultas simplificadas con índice temático desplegable, tiempo de búsqueda reducido y es posible imprimir la documentación requerida. Se habilitan todos los PC de los 18 equipos de Atención Primaria (EAP) con el portal.

En dos meses, se realizaron 18 cursos formativos para 228 profesionales administrativos, de entre 3 a 6 horas de duración, y con tres niveles distintos en función de los conocimientos

tos iniciales (nivel 1 para iniciados, nivel 2 para nivel intermedio y el 3 para los referentes de las UAU). Se impartieron en la aula de informática con un PC para cada dos alumnos. Los docentes fueron tres profesionales expertos en cada una de las materias de la UAU del SAP. Se trabajaron las distintas posibilidades que ofrecen los manuales como herramienta de trabajo y los diferentes procesos administrativos descritos.

Para el mantenimiento y actualización de los manuales, la coordinadora de la UAU del SAP valida la información y un profesional de la unidad es el responsable de la actualización on-line.

Al finalizar los cursos se entregaron unos cuestionarios anónimos autocumplimentables, según una escala de Likert (puntuación mínima de 1 y máxima de 5) en los que se valoraron: interés por la sesión (A), nuevos conocimientos adquiridos (B), satisfacción de expectativas (C), aclaración de dudas (D) y valoración global de la sesión (E).

**RESULTADOS**

El número total de cuestionarios entregados fue de 154 (18 de nivel 1, 108 de nivel 2 y 28 de nivel 3). Los resultados según pregunta y nivel, respectivamente, fueron los siguientes: A (4,7;4,5;4,4); B (4,2;3,9;3,8); C (4,4;3,8;3,8); D (4,5;4,2;4,2) y E (4,5;4,2;3,8).

**CONCLUSIONES**

Las sesiones formativas realizadas desde la UAU del SAP han sido el primer paso para la implantación y el conocimiento de los Manuales de la UAU en la Intranet. Existió una buena acogida reflejada en los resultados de los cuestionarios, especialmente en aquellos con menor formación anterior al curso. Con el fin de reforzar su difusión desde febrero de 2007 se están realizando sesiones en los 18 EAP del SAP con todos los profesionales: médicos, enfermeras, administrativos y otros. Así, el objetivo final de beneficio para los usuarios se consigue a través de una mayor resolución y autonomía de los EAP.

**MARKETING APLICADO A LA DEFINICIÓN DEL SOPORTE ADMINISTRATIVO ADAPTADO A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN**

PILAR ESPELT ALUJA, ELISABET MARCH DOMINGO, MYRIAM RODRIGUEZ FERNANDEZ., INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

**INTRODUCCION**

Trabajamos en una unidad de gestión de casos, Unidad de Complejidad y Atención a la Dependencia.

Las nuevas necesidades de la población demandan nuevos servicios, las personas que atendemos en Atención Primaria, cada vez mas, tienen pluripatología y marcada dependencia, cosa que hace aumentar en gran medida la demanda de los recursos sanitarios. Esto nos obliga a adaptarnos a la nueva situación dejando de lado las viejas reglas "instrucciones" "protocolos" que han quedado obsoletos. Lo que hace necesario una revisión y actualización de nuestra aportación como profesionales administrativos.

Es por ello que la creación de nuestra nueva unidad nos ha obligado a plantearnos y estudiar nuevos roles en los perfiles profesionales de las tareas del personal administrativo existente.

**OBJETIVO**

Adaptar el servicio y nuestra aportación a las necesidades de nuestros clientes

**METODOLOGIA**

Aplicación del marketing de servicios en el diseño de la nueva unidad.

- Definición de nuestros clientes internos, externos y usuarios de la Unidad:
- Responsable de la Unidad, DUI Gestoras de Casos, Enfermera de enlace, etc...
- Pacientes que utilizan nuestros servicios.
- Equipos de Atención Primaria.
- Otros profesionales: Hospitales, Socio sanitarios, Centros de Día, Servicios Sociales, asociaciones de interés sanitario, etc.

- Estructuración de las funciones (cartera de servicios):
- Soporte administrativo y burocrático.
- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, fomentando la cooperación y la calidad de las relaciones interpersonales en su entorno laboral.
- Atención telefónica.
- Programación de agendas de las gestoras de casos.
- Estadística y control de cada caso siguiendo su evolución, registrando y facilitando información de cierta complejidad.
- Tomar conocimiento de los problemas,

peticiones y carencias de los usuarios en el ámbito de su competencia y responsabilidad, procurando ofrecer las soluciones procedentes

- Comunicación entre los diferentes niveles asistenciales para dar a conocer nuestra Unidad.
- Evaluación: a través de la memoria anual de la unidad, las distintas presentaciones realizadas además de las encuestas de satisfacción del usuario.

**RESULTADOS**

La Unidad se inició como un proyecto en el ámbito de Atención Primaria de l'ICS (INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT DE TARRAGONA) donde se analizaron 11 Áreas Básicas de Salud, se revisaron 6.953 Historias Clínicas de las cuales se identificaron 818 casos con pluripatología.

De cada área básica se realizó una presentación y un análisis de los resultados (número de casos complejos, tipos de visita: Medicina-Enfermería-urgencia...)

Una vez iniciada la tarea de las enfermeras gestoras de casos se ha llevado una estadística y control de los casos gestionados por nuestra unidad, los casos de intervención, casos en activo, casos de coordinación y de consulta.

**CONCLUSION**

En este momento se está trabajando para elaborar estrategias de mejora en la coordinación asistencial y para dar a conocer nuestros servicios dentro del ámbito sanitario.

Consideramos que el trabajo administrativo es un soporte fundamental para llevar a cabo las distintas tareas realizadas por los profesionales que pertenecen a nuestra unidad, facilitando la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales que son primordiales para la ejecución del total de objetivos, las tareas específicas administrativas y las derivadas de la asistencial.

Por ello creemos muy importante el reciclaje, la formación continuada y la actualización de las nuevas tecnologías para así ofrecer un mejor servicio y un mejor conocimiento de nuestro producto.

## MOTIVOS DE CAMBIO DE EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (E.A.P.): UN SEGUIMIENTO DE 4 AÑOS.

AUTORES: PARÍS PUIGSERVER, LÍDIA; BALLART LÓPEZ, GLÒRIA; GÁSQUEZ MANOTAS, CRISTINA., CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA LES CORTS

### INTRODUCCIÓN

Desde el 1 d'octubre de 2003 cualquier persona empadronada en la Comunidad Autónoma de Catalunya puede escoger libremente el Centro de Salud (C.S.) donde ser visitada/o (LLei del Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya del 24 de Julio de 2001). La Ley establece unos criterios claros por los que se puede denegar una solicitud de cambio. Sin embargo, apenas existen estudios que analicen los motivos por los que un usuario se adscribe a un C.S. determinado.

### OBJETIVOS

Conocer los motivos más frecuentes por los que la población elige un C.S. que no le corresponde territorialmente por empadronamiento.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo observacional desarrollado en un C.S. urbano y docente con una población adscrita de 32.318 habitantes. Se han registrado todas las solicitudes recibidas desde el 1 de octubre de 2003 hasta 31 de diciembre de 2006.

### RESULTADOS

Se han analizado 2.662 peticiones; 2.140 (80,4%) fueron aceptadas y 522 (19,6%) rechazadas. De las solicitudes aceptadas, 284 (13,3%) pacientes tenían más de 65 años, 1.523 (71,2%) pacientes se encontraban entre los 15 y 65 años y 333 (15,6%) era población pediátrica. De las aceptadas, los motivos expuestos para realizar el cambio fueron:

- Ausencia de motivos en la solicitud: 788 (36,8%)
- Proximidad del domicilio sin ser de zona: 610 (28,5%)
- Cambio de domicilio posterior a la implantación de la Ley: 347 (16,2%)
- Familiar o trabajador del C.S.: 151 (7,05%)
- Proximidad laboral al C.S.: 103 (4,8%)
- Centros de acogida o residencia: 35 (1,6%)

- Otro motivos: 106 (4,9%)

La distribución en la solicitud de cambio de C.S. ha sido homogénea a lo largo de los 4 años de seguimiento. En el inicio de la implantación de la Ley fue cuando se rechazaron el mayor número de solicitudes de cambio de E.A.P. Los motivos de denegación fueron los siguientes:

- Médico o Centro saturado 517 (99%)
- Paciente tributario de atención domiciliar crónica 4 (0,7%)
- Paciente de otra comunidad autónoma 1 (0,3%)

### CONCLUSIONES

- Se ha observado un número muy elevado de incorporaciones al C.S. en los 4 años de seguimiento.
- Más del 70% de las solicitudes las realizan pacientes en edad laboral
- Existe un déficit importante del registro del motivo del cambio que se debe mejorar.
- El motivo registrado que induce el cambio con mayor frecuencia es la proximidad geográfica del domicilio aunque éste no sea el de la zona.

## DIGITALIZACION DE UN SERVICIO DE RADIOLOGIA, VENTAJAS E INCOVENIENTES

GARRIGA, M Y NOGALES M JOSÉ., BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS. ATENCIÓ ESPECIALITZADA

### INTRODUCCION

El Hospital Municipal de Badalona (HMB) forma parte de la entidad Badalona Serveis Assistencials (BSA) que dispone de los tres niveles asistenciales y presta servicio a una población de unos 100.000 habitantes. En el periodo 2002-2004 se procede a la digitalización del Servicio de Diagnóstico por la Imagen (SDI), lo que permite la visualización de las imágenes desde cualquier Terminal de la organización.

### OBJETIVO

Desde la perspectiva de la Unidad de Admisión al SDI nos proponemos valorar los puntos fuertes y áreas de mejora de este proceso de digitalización y sus efectos para el personal asistencial y para el usuario.

### METODOLÓGIA

Durante el tiempo transcurrido desde el inicio progresivo de la implantación de la digitalización, el personal administrativo del SDI ha observado, anotado y estudiado el grado de satisfacción y la respuesta del usuario frente a estas nuevas tecnologías.

### RESULTADO

En el presente año la digitalización del servicio de Radiodiagnóstico es del 100%, tanto la programación de servicios como su realización. El médico radiólogo consulta la historia clínica informatizada del usuario e informa en la misma del resultado de las pruebas diagnósticas realizadas. Las imágenes de las exploraciones también se incorporan a la historia clínica electrónica, por lo que no se entrega ningún documento "físico" al paciente. Este cambio ha creado nuevos procedimientos como es la impresión de imágenes en los casos que el usuario así lo solicite por cualquier motivo.

### VENTAJAS DEL MODELO

- La digitalización de las pruebas y la historia clínica digitalizada permite que el usuario pueda ser visitado en cualquier centro de nuestra organización y a la vez el facultativo puede acceder a todo su historial clínico, facilitando los procedimientos administrativos e incrementando la calidad asistencial.
- Se evita la pérdida de exploraciones.
- Se evita el deterioro físico de las imágenes y del papel.
- No se generan residuos al no disponer de placas radiográficas ni líquidos. "TODOS AYUDAMOS A LA PRESERVACION DEL MEDIO AMBIENTE"

### INCOVENIENTES

- Actualmente el procedimiento de impresión de imágenes a petición del usuario demora su entrega en 24 horas.
- Los usuarios visitados en el Servicio de Ucias que no pertenecen a nuestra organización y necesitan las exploraciones físicas, las tienen que solicitar en nuestro servicio con el inconveniente de tener que desplazarse para hacer la solicitud (aunque al ser dado de alta en Ucias se le entrega el informe con el resultado).

**CONCLUSIONES**

El modelo incrementa la agilidad en la presentación de resultados al facultativo.

No se responsabiliza al usuario de la custodia de la documentación gráfica i/o informe.

Es necesario agilizar o cambiar el circuito de entrega de documentación impresa, para ello el Servicio de Radiología tiene previsto incorporar este año un nuevo programa informático que permita la entrega inmediata de copias de exploraciones en CD.

Es necesario informar claramente al usuario de las ventajas del método dado que aun no parecen confiar mucho en el mismo, explicándoles el sistema de almacenamiento y envío de exploraciones, así como que en cualquier momento que ellos las soliciten les serán entregadas.

Aunque estamos pendientes de mejorar varios circuitos consideramos que la Digitalización del Servicio de Radiodiagnóstico es una ventaja para todos "usuarios y personal asistencial".

Hay que generalizar el uso de la digitalización de los servicios de radiodiagnóstico en el sistema sanitario para eliminar los inconvenientes.

**MULTIPROGRAMACIÓN DEL NIÑO SANO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA**

FANLO DE DIEGO, FERRAN, ESTELA MÁRQUZ LÓPEZ, ANA Mª MONTERO CABEZA, CONSUELO GARCIA VERAGUA, ESTER MOTA SÁNCHEZ, MAITE PAREJA ARBUÉS GLORIA ESCRIB ORTÍ, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

**INTRODUCCIÓN**

- Dado el índice de natalidad que atiende el centro y las características de los padres se considera oportuno realizar el primer día de visita del recién nacido una multiprogramación de las visitas del programa del Niño Sano, que abarque el primer año de vida: a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses, a los 8 meses y a los 12 meses.
- Como medida recordatoria, en los 5 días previos a la visita, se le envía un mensaje de texto vía teléfono móvil (SMS) a los padres, en el que se le recuerda el día de programado.

**OBJETIVOS**

- Concentrar en una sola vez la programación de visitas que hay que realizar durante el primer año de vida, gestionando con

mayor racionalidad la demanda.

- Facilitar a los padres el acceso al servicio de pediatría.
- Garantizar la administración del calendario vacunal y de revisiones periódicas.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios al ahorrarles tiempo de espera en cada programación.
- Mejorar la accesibilidad al servicio sanitario.
- Evitar ausencias por descuidos o que se pase el día gracias a los SMS.
- Incrementar la cartera de servicios del PGiS y su nivel de resolución.

**METODOLOGIA**

- Cuando se solicita el Alta al Servicio Sanitario de un recién nacido se registra el teléfono móvil de los padres.
- Una vez sale de la primera visita, se realiza la multiprogramación de las visitas de los 2 meses, los 4 meses, los 6 meses, los 8 meses y los 12 meses y se consigna en una ficha que se adjunta al Carné de Salud del bebé.
- Cinco días antes a la fecha de la visita se envía un mensaje de texto vía móvil (SMS) donde se recuerda la programación.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

- El protocolo de multiprogramación se inicia en enero de 2007.
- La acogida por parte de los padres es valorada muy positivamente, en especial el poder seleccionar las visitas en los mismos días y horarios, por su disponibilidad laboral.
- Las esperas de los padres con los bebés en el mostrador para programar cada visita se han reducido.
- Se ha garantizado que las visitas obligatorias por calendario vacunal sean realizadas con el tiempo adecuado en la consulta, evitando visitas urgentes, ya que se le debe administrar una vacuna.
- La organización de la consulta compartida por el pediatra y la enfermera de pediatría ha mejorado, ya que los tramos horarios se establecen con el tiempo suficiente y en función de la actuación de cada profesional.
- El coste del servicio es reducido. El mensaje de texto cuesta un máximo de 10 Cts. €.
- Se han reducido las reprogramaciones por ausencias, gracias al recordatorio-SMS.

**PETICIÓN ELECTRÓNICA DE LABORATORIO**

ISABEL SOTILLO NOVELL Y DOLORES MARTINEZ GUARDIA, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

**INTRODUCCIÓN**

- Con la implantación del nuevo programa informático SIAP WEB hemos mejorado en la gestión administrativa, ya que nos facilita el trabajo al estar interconectados con el programa E.CAP de los facultativos.

**OBJETIVOS**

- Incrementar todas las peticiones de análisis con el nuevo programa y así disminuir el volumen de errores del circuito de análisis.

**METODOLOGÍA**

- Se recogen los análisis en admisiones y se programan en nuestro sistema informático recuperándolos del programa de los facultativos dándonos una numeración que no tiene margen de error.
- El nuevo método de reinformación de análisis (Lector del código de barras), el error es mínimo.

**RESULTADOS**

- Mejora la gestión en programación y reinformación de análisis.
- Facilita el trabajo y evita errores.
- Mayor garantía y eficacia en el procedimiento.

**CONCLUSIÓN**

- Facilidad de programación.
- Facilidad de reprogramación.
- Mejoras en el circuito.
- Todavía falta que todas las peticiones de análisis estén informatizadas.

**AVANCE TECNOLÓGICO EN LAS RECETAS MENSUALES PARA PACIENTES CRÓNICOS**

AUTORES: MONTSERRAT AGUILÓ NAVASA, MONTSERRAT ABELLA MOR, VICTOR VALLS SERRA, M. JESÚS LÓPEZ PÉRNIA, FRANCISCO OLIVER MORA, IMMA SEUMA BOIRA., INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. LLEIDA

**INTRODUCCIÓN**

Queremos exponer la elaboración de una importante gestión realizada en nuestro centro, iniciada en el año 1999 ante la necesidad de gestionar una labor reiterativa que exigía una dedicación extraordinaria por parte de los colectivos implicados. Solicitamos la colaboración del departamento de informática para dar una solución tecnológica inicial, pro-

gresivamente ha ido evolucionando y en la actualidad esta implantada y dotada de medios tecnológicos y humanos. Hablamos de la gestión masiva e impresión de recetas de enfermos crónicos de periodicidad mensual, labor en la que estamos involucrados médicos, enfermeras y personal administrativo.

El primer paso es la decisión de introducir al paciente en el programa. Los profesionales sanitarios valoran si cumple los parámetros mínimamente exigibles:

- 1.Periodicidad del tratamiento médico: mayor de 3 meses, no variable
- 2.Pacientes laboralmente activos y pacientes de edad avanzada con dificultad de desplazamiento.
- 3.Medicación que pueda ser contabilizada por el programa, optimizando la medicación y no generar excedentes.

Cuando el profesional sanitario ha dado de alta tanto al paciente como la medicación necesaria, el equipo administrativo imprime las recetas, las agrupa por paciente, se archivan en una carpeta con el nombre del médico y deriva a inspección las que requieren validación. Una vez cumplimentadas, se distribuyen en la carpeta correspondiente. Del día 1 al 23 del mes los pacientes, sin programación previa, recogen sus recetas en la Unidad administrativa donde se registra en el programa. En caso de no recogerlas, el sistema las da de baja automáticamente obligándoles a acudir a consulta y reiniciar el proceso. Todo este proceso agiliza las listas de espera de los profesionales sanitarios y reduce la programación desde la Unidad administrativa.

**OBJETIVOS**

Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que participan en este programa y divulgación al resto del colectivo.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal realizado durante un mes en un Centro de Atención Primaria urbano con una población aproximada de 30.000 usuarios . Se recogió una muestra de 920 pacientes y mediante una encuesta se obtuvieron las variables: edad, sexo, grado de satisfacción, el tiempo de espera, horario de recogida, aceptación del sistema y disponibilidad de las recetas.

**RESULTADOS**

Muestra de 920 pacientes, sobre 3100 aprox. del total de pacientes incluidos en el programa. Edad media 65 años, siendo el 54,35% mayor de 65 años. Distribución por sexos: 45,65% hombres y 54,35% mujeres.

Respecto al grado de satisfacción por diferentes parámetros:

Tiempo de espera:  
 muy satisfactorio 47'83%  
 satisfactorio 47'83%  
 poco satisfactorio 4'35%  
 nada satisfactorio 0'00%

Aceptación del sistema:  
 muy satisfactorio 54'35%  
 satisfactorio 45'65%  
 poco/nada satisfactorio 0'00%

Horario de recogida:  
 muy satisfactorio 56'52%  
 satisfactorio 43'48%  
 poco/nada satisfactorio 0'00%

Disponibilidad de las recetas:  
 muy satisfactorio 58'70%  
 satisfactorio 41'30%  
 poco/nada satisfactorio 0'00%

**CONCLUSIONES**

Analizada la muestra, destacamos el alto grado de aceptación de los pacientes. Para ellos, no sólo supone un ahorro de tiempo importante, sino una mayor flexibilidad en cuanto al amplio horario del que disponen para la recogida de recetas sin cita previa. Éstas son las principales motivaciones que nos incitan a ofrecer al resto del colectivo dicho método de impresión de recetas, animándoles a participar en él.

**MEJORA EN ACCESIBILIDAD A LA CITA PREVIA TELEFÓNICA MEDIANTE EL USO DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO.**

FERNANDO ESCUDERO BATALLA; ANUNCIACIÓN MEDIAVILLA HERNÁNDEZ; M<sup>a</sup> ÁNGELES RODRÍGUEZ MARTÍNEZ; ALBERTO JOSÉ SEBASTIÁN PALOMINO; ALEJANDRO GRACIA CENAMOR; M<sup>a</sup> SOLEDAD VÁZQUEZ PÉREZ. GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA 2. MADRID

**INTRODUCCIÓN**

El acceso telefónico es la forma más extendida para obtener la Cita Previa. Sin embargo, se constata la saturación de llamadas que reciben nuestras Unidades de Atención al Usuario

de su población de referencia en determinados tramos horarios por lo que el Programa de Cita Previa ha pasado a constituirse en una barrera de acceso para nuestros ciudadanos.

**OBJETIVOS**

Este trabajo pretende mostrar cómo la implantación de un sistema automático de Cita Previa telefónica, en un Centro de Salud de la Comunidad de Madrid, modifica el patrón de distribución de llamadas de los usuarios, superando barreras y mejorando así la accesibilidad.

**MÉTODOS**

Se llevó a cabo una comparación entre los resultados de la evaluación anual del Programa de Mejora de la Accesibilidad de los Servicios Sanitarios, en el período de 1998 a 2001, publicados por el extinto INSALUD, con respecto a la explotación de los registros de llamadas de un sistema automático de Cita Previa, en una revisión anual del año 2005.

**RESULTADOS**

Una media de un 32% de las llamadas en el sistema automático se efectúan en horario de 8 a 11:00 h., suponiendo un 58% entre las 8 y las 15:00 h.; frente a una oscilación de un mínimo de un 67% y un máximo de un 71% en el acceso telefónico tradicional, sólo en el tramo de 8 a 11:00 h.

Destaca el uso del sistema automático, a diario, fuera del horario de funcionamiento del Centro, de 8 a 21:00 h. del día siguiente, con una media de un 16%.

Además, destaca el uso en fines de semana, que suponen un 7% de las llamadas en cómputo semanal, constituyendo las llamadas en domingo el 81% de las efectuadas en fin de semana.

**CONCLUSIONES**

El sistema automático modifica el hábito del acceso telefónico de la población, provocando un reparto de llamadas a lo largo de todo el día. Además, el sistema permite disponer de un servicio de acceso telefónico ininterrumpido, 24 horas durante los siete días de la semana, todos los días del año.

Por tanto, resulta razonable y hasta necesario, valorar las posibilidades de automatiza-

ción de este canal de acceso, con el fin de superación de barreras en el acceso a los servicios sanitarios.

### ACTIVIDADES DE UN CENTRO DE SALUD: QUÉ Y CUÁNTO SE HACE

MIREIA LORENTE BOSCH, MARTA SORRIBES CAPDEVILA, MONTSE PORTA SALVI, PERE JOAN CORTÉS PÉREZ, M<sup>o</sup>DOLORES VEGA OTERO, ROSA BUENDIA VALL-LLEBRERA - ICS. BARCELONA

**A pesar de que los profesionales de un centro de salud y sus usuarios tienen la percepción de que se trabaja mucho, pocas veces éstos tienen acceso a los resultados obtenidos.**

#### OBJETIVOS

Elaborar las memorias de actividad del año 2006 y difusión de sus resultados tanto a profesionales como a usuarios.

#### METODOLOGIA

Descripción de la actividad realizada en un centro de salud urbano (actividad asistencial, docencia, investigación, proyectos comunitarios, gestión de quejas y reclamaciones,...) a través de los sistemas de información centrales y la aportación de los certificados pertinentes

#### RESULTADOS

Centro de salud urbano con una población asignada de 30776. La población atendida se corresponde con el 60% aproximadamente de la misma.

Personal del centro n=51 (17 médicos, 2 pediatras, 17 enfermeros, 1 trabajadora social, 2 auxiliares de clínica, 11 personal administrativo y 1 odontólogo).

Actividad asistencial: unas 130.000 visitas en total, 664 solicitudes de productos intermedios (destacan tomografías y ecocardiogramas), 8331 extracciones sanguíneas, 2650 derivaciones a los especialistas de zona (34% al traumatólogo y 12% al dermatólogo y 13% al cardiólogo), 1109 derivaciones a los hospitales de referencia (sobre todo a servicio de Rehabilitación y Maxilofacial).

Gestión reclamaciones: 27 reclamaciones en total (37,04% de carácter asistencial, 22,22% por trato, 29,63% por la organización, 7,41% por la imagen y el resto relacionadas con la documentación clínica.) En su mayoría (>50%) dirigidas a la organización del centro. El tiempo medio de respuesta en aproximadamente el 60% de casos fue < 15 días.

Actividades comunitarias: Día Mundial de la Salud, tabaquismo, Preparación de gru-

pos de patología de columna vertebral en pediatría y grupos psicoeducativos para la ansiedad en adultos.

Investigación y docencia: Centro con alumnos de pre-grado de enfermería y trabajo social, y docencia relacionada con el tema de Ictus e Insuficiencia Cardíaca.

Participación en dos proyectos de investigación (uno relacionado con arteriopatía periférica y otro en relación a la insuficiencia cardíaca. Presentación de 22 comunicaciones a Congresos.

Otros proyectos: participación en diversos Planes Directores de distintas patologías y en un grupo de Violencia de género

#### CONCLUSIONES

Es el primer año que se realizan las memorias del centro y se piensa seguir con esta línea como medio de dar a conocer tanto a los trabajadores como a la población qué, cuánto y si es posible cómo se hacen las actividades en el centro de salud.

### NUEVAS TECNOLOGIAS AL SERVICIO DE LOS CLIENTES DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

CORTÉS CORTÉS, ÁNGELA; PLANA OLLÉ, MONTSE; POUS ROURA, ASUNCIÓN; ANGLÉS SEGURA, TERESA; COTS MORENILLA, MANEL; CABRELLES PUJOLRAS, MISERICORDIA, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

#### INTRODUCCIÓN

El centro de atención primaria CAP Llibertat ofrece asistencia sanitaria a una población de 43.740 hab.

El edificio es una construcción antigua, remodelado hace unos tres años. Dicha construcción ha dificultado en muchos casos el trabajo tanto del personal administrativo como del sanitario de una forma adecuada por lo que se hicieron diversas adaptaciones. La unidad de atención al usuario está ubicada en la planta baja del centro, por lo que cualquier persona que accede al centro tiene que cruzar dicha unidad.

La demanda asistencial anual, es de 303.747 visitas, con un promedio diario entre 1000 y 1500 usuarios que acceden al mostrador del centro. El promedio de tiempo de espera era entre 20 y 50 minutos.

#### OBJETIVO

Mejorar la ordenación de la demanda para que todos los profesionales del centro puedan realizar todas sus funciones de manera eficiente y eficaz.

#### METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó fue el diagrama de causa-efecto. Se creó un grupo de trabajo para analizar cuales eran las causas de la situación de la unidad de atención al usuario. El análisis se realizó mediante el diagrama de Ishikawa y se priorizaron las acciones a realizar.

Las acciones que se iniciaron fueron:

1. Adecuación de un espacio para la gestión de los trámites administrativos que requiriesen una mayor inversión de tiempo
2. Reordenación de las tareas que se realizaban en el mostrador. Se organizó la demanda según los siguientes tipos: telefónica, citación o información.
3. Para evitar que el usuario se desplazara al centro para pedir cita y disminuir a la vez la demanda telefónica, se aprovechó el software del CALL CENTER que disponía otro centro.
4. Para facilitar la ordenación de los usuarios que acudían al centro, se instaló un GESTOR DE COLAS.
5. Ofrecer la citación a través de Internet

#### RESULTADOS

1. Se ha reducido el tiempo de espera : de 20-50 minutos a 9- 32 minutos
2. Se han finalizado los conflictos que se generaban debido a las colas y al desorden de estas, y cuyas consecuencias repercutían en el funcionamiento de todo el centro.
3. El ambiente de trabajo del personal de atención al usuario ha mejorado
4. Se ha mejorado la imagen de entrada al centro, siendo éste más relajado y ordenado y al su vez, más accesible
5. Los procesos administrativos se han agilizado, siendo también más eficaces.
6. Ha descendido la demanda telefónica con lo cual ha aumentado la accesibilidad.

#### CONCLUSIONES

La implantación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de los centros de atención primaria nos permite adaptarnos a los cambios constantes de nuestra sociedad que cada vez exige una mayor eficacia en los servicios que se le ofrecen así como mayor agilidad. Actualmente vivimos en una sociedad que valora mucho el tiempo, por lo que si rentabilizamos su uso, el usuario lo percibe como una mejora.

Las nuevas tecnologías pueden ayudarnos contribuyendo así a la satisfacción de nuestros usuarios.

# MEJORAS DE PROCESOS DE ATENCIÓN

## COMUNICACIONES

### DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ALICANTE

ALICIA LOZANO PERAL, M<sup>a</sup> DOLORES GARRIGÓS BUENO, M<sup>a</sup> DOLORES GÓMEZ GÓMEZ, FRANCISCA CABALLERO PEÑA, JOSEFINA CANTÓ MIRALLES, MAITE POMARES JIMÉNEZ, CENTRO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE

ALICANTE. SAIP DEPARTAMENTO 19.

#### INTRODUCCIÓN

Muchas mujeres no son conscientes de que padecen malos tratos. Asumen e interiorizan actitudes que no lo son, como normales, llegando a crearles una gran dependencia hacia su pareja lo que les conduce a seguir soportando maltrato por diferentes motivos. Y siendo las herramientas que utilizamos en nuestro trabajo diario, insuficientes queremos ponerlo de manifiesto con este estudio.

#### OBJETIVO

Argumentar la necesidad de complementar con otros tipos de actuaciones sociales o institucionales la prevención y erradicación la violencia hacia la mujer ya que las actuaciones de las intervenciones directas de las trabajadoras sociales en mujeres maltratadas, que siguen viviendo con su pareja no llega a ser un método eficiente.

#### MÉTODOS

El primer paso fue buscar la colaboración del Departamento 19 de la Conselleria de Sanidad, con las trabajadoras sociales de los Centros de Salud de Babel, de San Vicente del Raspeig I, y del Hospital General Universitario de Alicante. En segundo lugar se diseñó una encuesta cerrada, basándonos en los diferentes estudios realizados desde la Dirección General de la Mujer y en los trabajos de investigación que lleva a cabo el Catedrático en Psicología Clínica de la Universidad del País Vasco, Enrique Echeburúa sobre la violencia hacia las mujeres.

La recogida de los datos se realizó durante los meses de agosto a octubre. Esta recogida de información fue realizada de forma personal, mediante una entrevista entre la trabajadora social y la mujer maltratada, de forma totalmente voluntaria y anónima, en los Centros de Salud mencionados y el Hospital General de Alicante.

#### RESULTADOS

Con el estudio estadístico realizado con soporte informático, los resultados de los análisis de las variables nos han permitido conocer las características de las mujeres en-

trevistadas, las causas y/o factores referidos al maltrato hacia la mujer. Una característica importante y generalizada de las mujeres encuestadas, es que nunca pusieron una denuncia contra su pareja. Con los datos obtenidos nos evidencia que el maltrato hacia la mujer en la pareja posiblemente comience antes de la convivencia, y en los diferentes grupos de mujeres, comprobamos que el maltrato sigue, incluso en las mujeres de 60 años. La investigación realizada nos ha permitido conocer características personales objetivables de las mujeres maltratadas.

#### CONCLUSIONES

Las parejas maltratadoras ejercen una gran dominación sobre la mujer, avalando con nuestros datos esta afirmación, también E. Echeburúa y P. Del Corral lo constatan en sus investigaciones realizadas. Más de la mitad de las mujeres entrevistadas, no son conscientes de que padecen malos tratos. Asumen e interiorizan como normal su situación de maltrato, con gran dependencia hacia su pareja. Más de las tres cuartas partes de estas mujeres seguirán soportando el maltrato por diferentes motivos. En definitiva, se necesitan soluciones con urgencia cuyo objetivo específico sea prevenir y erradicar la violencia hacia la mujer, la prevención debe asentarse en el desarrollo comunitario, que favorezca los cambios en actitudes, valores y comportamientos en la igualdad entre hombres y mujeres en la sociedad.

### INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN DEL PACIENTE ( SAIP) EN EL PROCESO DE RECOGIDA DE LA OPINIÓN DEL USUARIO

MARIA MONTALT SILLA, JUAN RAMOS PÉREZ, VICENTE SEGURA SOBRINO, BERNARDO VALDIVIESO MARTINEZ, M<sup>a</sup> JOSÉ PACHECO PABLO, MARIBEL MÁRMOL LÓPEZ, AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

#### INTRODUCCIÓN

Participación del SAIP en el circuito de administración y recepción de las encuestas de opinión que realiza el Departamento de Salud 7, a los pacientes asistidos, con el objeto de medir su satisfacción percibida con los servicios y detectar las áreas susceptibles de mejora.

#### OBJETIVOS

Minimizar los inconvenientes del método de entrega en mano de las encuestas con cumplimentación en el Centro, dinamizan-

do la recogida y asegurando un mayor control de la asepsia en las respuestas.

#### METODOLOGÍA

El sistema de recepción y recogida de encuestas se realiza siguiendo unos circuitos prefijados con el fin de facilitar la entrega y garantizar la confidencialidad.

#### ÁMBITO

Área de hospitalización, área ambulatoria y alternativa y área de urgencias.

#### DESCRIPCIÓN

El paciente puede entregar la encuesta cumplimentada en cualquiera de los puntos de información del SAIP en el hospital o en los buzones diseñados al efecto y distribuidos estratégicamente en las salidas de los diferentes pabellones y puertas de urgencias y que también son custodiados por personal SAIP. Semanalmente las encuestas son recogidas y centralizadas para ser remitidas a la Unidad de Calidad donde se procesan.

#### RESULTADOS

La participación del SAIP, permite paliar los inconvenientes derivados del tipo de administración de encuesta empleado, como la posibilidad de manipulación por parte del personal evaluado y el desgaste del sistema por su alta demanda de implicación. El hecho de entregar la encuesta bien al personal del SAIP o en los buzones, permite controlar que la entrega sea realizada por pacientes y no por el personal y evita la dispersión y pérdida de encuestas, aumentando así el tamaño de la respuesta. Además garantiza el anonimato y la confidencialidad de la encuesta, favoreciendo el control de posibles sesgos de respuesta por deseabilidad social o temor a represalias.

#### CONCLUSIONES

Este método de recogida de encuestas de opinión resulta sencillo y fácil de integrar en los diferentes hospitales de complejidad semejante al nuestro y permite que el SAIP colabore y se integre en el circuito de recogida de encuestas, que permitan la mejora de la calidad asistencial.

### GESTIÓN DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA EN UN SERVICIO DE COT.

MAGDA BERNAL-QUIRÓS MARTÍNEZ, LUISA ARGANDA IGLESIAS, BADALONA SERVEIS ASSISTENCIALS - ATENCIÓN ESPECIALIZADA

## INTRODUCCIÓN

Hasta mediados del 2006, una vez elaborada la programación quirúrgica, ésta se entregaba al coordinador de Admisiones para la programación del preoperatorio. El coordinador debía entregar a una administrativa que cursaba las llamadas, citaciones pertinentes, etc.. De forma paralela se citaban a los enfermos desde programación de consultas externas, para una visita preoperatoria. El servicio de admisiones contactaba con el paciente para la fecha del ingreso. Y finalmente la enfermera de acogida llamaba telefónicamente a los pacientes para informarles de la preparación previa a la intervención.

## OBJETIVOS

El objetivo de nuestro proyecto es mejorar el circuito de programación quirúrgica en un servicio de COT. Es primordial dar una atención más directa y personalizada, eliminando intermediarios.

## METODOLOGÍA

Desde la secretaría del servicio de COT se propuso la gestión completa de todo el proceso preoperatorio. Programación quirúrgica, programación preoperatorio, visitas preoperatorias. A su vez la enfermera de acogida es la encargada de informar al paciente del día de ingreso, la preparación pre-quirúrgica, docencia del proceso quirúrgico desde el día antes de la intervención hasta el alta hospitalaria; docencia individual personalizada, adecuación del lenguaje al grado de comprensión del paciente.

## RESULTADOS

- Eliminación de intermediarios.
- Atención personalizada y adecuada a las necesidades del paciente.
- Disminución importante de las anulaciones de intervenciones quirúrgicas
- Una gran satisfacción que nos expresa directamente el usuario
- El paciente sabe en todo momento a que persona y servicio puede dirigirse en caso de dudas o problemas.

## CONCLUSIONES

Creemos que el proyecto que hemos gestionado desde la secretaría del servicio de COT, elimina intermediarios, tiene un trato más humano y personalizado y en todo

momento el paciente sabe a quien dirigirse cuando tiene cualquier duda.

## CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN CIUDADANA DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SÁNCHEZ BASALLOTE JE, VEGA PÉREZ A, BARBA RAMÍREZ N, RODRÍGUEZ SOLANO R, MORALES ROMERO P., SERVICIO ATENCIÓN AL USUARIO. DISTRITO APS SIERRA DE CÁDIZ.

## INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Atención Ciudadana como estructuras facilitadoras de las relaciones con los ciudadanos, son un instrumento de vital importancia dentro de la estrategia destinada a que el ciudadano sea el centro del sistema, por lo que se requiere una consolidación y potenciación de dichos servicios. Para facilitar dicha labor, y dado que no estaba definida, se hace necesaria la definición de la Cartera de Servicios del Servicio de Atención Ciudadana (SAC) del Distrito y de las Unidades de Atención Ciudadana (UAC) de los Centros.

## OBJETIVO

Definir la cartera de servicios por procesos del Servicio de Atención Ciudadana del Distrito y de las Unidades de Atención Ciudadana de los Centros de Salud.

## METODOLOGÍA

Se describieron los procesos claves de Atención Ciudadana mediante técnica de grupo nominal en la que participaron diversos profesionales del Distrito implicados en la atención ciudadana: profesionales de las UAU de los Centros responsables de cita previa, de atención personalizada y de administración interna, una trabajadora social, la jefe de grupo del SAC y el Responsable del SAC del Distrito. En una primera fase se describieron todos los procesos del SAC. En una segunda fase, tras una valoración individual y análisis, se agruparon los procesos por bloques y se completó el mapa de procesos.

## RESULTADOS

Se definen 32 procesos que se agrupan en 7 bloques: Información, Derechos, Accesibilidad, Prestaciones, La voz del cliente, Gestión de la Base de Datos de Usuarios y Plan de Acogida. A su vez, para cada uno de los procesos se describen los subprocesos/procedimientos, indicando si se presta en el SAC del Distrito y/o en la UAC del Centro de Salud.

## CONCLUSIONES

La descripción de una cartera de servicios por procesos ha permitido definir la oferta de servicios de las UAC y del SAU a los ciudadanos. Asimismo, va a permitir llevar a cabo la descripción y revisión de cada uno de los procesos con la metodología de procesos asistenciales integrados (procesos administrativos). Va a generar una cultura de calidad en el Servicio e impulsará la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana de los Centros.

## COMISION INTEGRAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO (CAIC). RESPUESTA A LOS NUEVOS MODELOS DECONTRATACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PIQUE SANCHEZ, JOAN LLUIS; CARMEN GONZALEZ; CUSTODIA DEL AMO; RAQUEL GUTIERREZ; ARACELI GONZALEZ, REGIO SANITARIA BARCELONA CATSALUT

## INTRODUCCION

El Server Català de la Salut (CatSalut), es la entidad responsable de la contratación de los servicios de salud en Catalunya. Se estructura en Regiones sanitarias. La Región sanitaria de Barcelona, tiene una población cercana a los 5.200.000 ciudadanos, que se agrupan territorialmente en 14 Gobiernos Territoriales de salud.

Las entidades proveedoras se agrupan en las diversas líneas de servicios Atención primaria, Atención hospitalaria, Atención sociosanitaria y Salud mental, así como diversas líneas complementarias tales como la rehabilitación, el transporte sanitario y las prestaciones complementarias.

Ante el nuevo modelo de contratación de los servicios de salud, basado en una asignación territorial per cápita la Dirección de Atención al ciudadano, se plantea un nuevo modelo de coordinación del conjunto de proveedores de un determinado ámbito territorial, la COMISION INTEGRAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, que permita ofrecer una respuesta eficaz a demandas complejas de los ciudadanos.

## OBJETIVOS

Configurar una estructura funcional territorial que permita dar soporte a la gestión integral de la continuidad asistencial de los ciudadanos en un territorio.

Integra los recursos de los diferentes proveedores de las distintas líneas asistenciales que asumen el objetivo de gestionar procesos, que permitan dar solución a las necesidades

complejas de la población y que requieren actuaciones multilíneas en un territorio.

### METODOLOGIA

Se establecen unas propuestas demostrativas en el conjunto del territorio de la RSB, con diferentes características territoriales y poblacionales que permitan establecer la bondad del modelo:

- Baix Vallès
- Maresme central
- L'Hospitalet de Llobregat
- Barcelona Muntanya

En la estrategia operativa se ha diseñado cuatro fases e desarrollo del proyecto a lo largo del año 2007: Análisis del proyecto, Modelizar, evaluación de resultados y fase de implantación global en la RSB. Se presenta el modelo establecido en la Comisión de proveedores de cada territorio preestablecido para determinar de manera protocolizada:

- Criterios de consenso para la aportación de casos al CAIC
- Definir los instrumentos de valoración y ponderación de las demandas
- Establecer los espacios de corresponsabilidad de los diferentes proveedores que integran el CAIC
- Formular la gestión individualizada de las demandas recibidas
- Evaluación del impacto del proyecto con el establecimiento de indicadores de seguimiento.

### RESULTADOS

Actualmente se ha presentado el proyecto a tres Comisiones de proveedores territoriales, aceptando su inclusión en el proyecto y estableciendo la participación de los diferentes profesionales de cada entidad, que están coordinando las siguientes propuestas operativas:

- Establecer el punto de encuentro físico y también virtual del CAIC
- Configurar los sistemas de información y el soporte tecnológico del CAIC
- Definir la figura de coordinador del CAIC
- Establecer la capacidad resolutoria de los profesionales participantes
- Propiciar la participación del conjunto de

recursos sociales y de salud de los Ayuntamientos del territorio

- Definir el soporte funcional y logístico de la RSB

### CONCLUSIONES

Se aportaran las conclusiones del desarrollo del modelo tales como la configuración de del CAIC, el modelo de demandas recibidas de acuerdo con las prioritizaciones establecidas y los puntos fuertes y débiles del proyecto que garanticen su implantación exitosa en la globalidad e la región sanitaria.

### INFARTO DE MIOCARDIO EN PACIENTES MUY ANCIANOS.\*

\* GANADOR DEL "II PREMIO ESTEVE UNIDOS POR LA ATENCION AL PACIENTE"

EN EL ÁREA MÉDICA A LA MEJOR INICIATIVA PERSONAL.

MANUEL MARTÍNEZ SELLÉS, TOMÁS DATINO, HÉCTOR BUENO, SERVICIO DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL GREGORIO MARAÑO

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El infarto agudo de miocardio (IAM) en pacientes muy ancianos es cada vez más frecuente. El objetivo de este proyecto fue caracterizar la presentación y manejo del infarto agudo de miocardio (IAM) de pacientes muy ancianos, determinar su pronóstico y los factores que lo condicionan y utilizar esta información para adecuar la asistencia a estos pacientes.

### METODOLOGÍA

Registro de 100 pacientes consecutivos de 89 o más años ingresados en nuestro centro con un IAM con elevación del segmento ST de 1998 a 2004: registro MI MORE 89 (Manejo del Infarto en Mayores: Observación y Registro en Enfermos con 89 o más años). Estudio de factores que condicionan el pronóstico de estos pacientes, con especial atención al tratamientos de reperfusión y ubicación durante los primeros días de ingreso.

### RESULTADOS

Un importante porcentaje de los pacientes tenía afectación de su situación funcional basal, y fue frecuente la clínica atípica (ausencia de dolor torácico, retraso en acudir al hospital) influyendo tanto en el tratamiento administrado (no recibieron tratamiento de reperfusión un 17% debido a su perfil clínico y un 43% por acudir con más de 12 horas de evolución) como en el servicio de destino (en la Unidad Coronaria [UC] ingresaron pacientes con mejor situación basal). Las hospitalizaciones de

pacientes muy ancianos con IAM se están incrementando, sin embargo, el beneficio de ingresar a pacientes muy ancianos con IAM en la UC es controvertido. En el presente estudio, el ingreso en la UC no se relacionó de forma independiente con una menor mortalidad.

Llama la atención en nuestro estudio que los pacientes que recibieron heparinas tuvieron menor mortalidad, lo cual no había sido descrito previamente. Un mayor beneficio del tratamiento anticoagulante en pacientes muy ancianos con IAM podría estar relacionado con su mayor riesgo trombótico. La mayoría de los pacientes recibió un manejo conservador, lo que se relacionó con el retraso en acudir al hospital y con una mala situación basal.

Una alternativa al tratamiento trombolítico es la angioplastia primaria; además las ventajas que tiene sobre la trombolisis tienen especial interés en el caso de los pacientes muy ancianos como son la muy alta tasa de reperfusión, la baja incidencia de reoclusión coronaria y la menor incidencia de hemorragia cerebral, siendo el tratamiento de elección en los pacientes de más edad con IAM. En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a mortalidad en los pacientes no reperfundidos frente a los reperfundidos (independientemente de si se utilizó fibrinólisis o ACTP primaria), probablemente por la baja proporción de pacientes que fueron reperfundidos. Sin embargo, al analizar la incidencia de rotura cardíaca se comprobó que esta fue más frecuente en los pacientes que recibieron fibrinolíticos, además estos pacientes presentaron una tendencia a una mayor mortalidad intrahospitalaria y recibieron más transfusiones.

### CONCLUSIONES

Los pacientes nonagenarios con IAM tienen baja prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, presentación clínica atípica con frecuencia e importante deterioro de su situación basal. Nuestros hallazgos no apoyan un efecto beneficioso de la fibrinólisis, ni del ingreso en UC en nonagenarios y permiten suponer un importante cambio en la actitud terapéutica hacia estos pacientes y muestran que las heparinas presentan un efecto beneficioso sobre el pronóstico.

### POLITICAS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO EN EL AMBITO DE LA SALUD EN CATALUÑA

AGUADO BLAZQUEZ, H., ARTIGAS LAGE, M., CANTERO ANTON, A., MILLAT SERVENT, S., OLIVERAS GIL, M., CATSALUT-SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

**OBJETIVOS**

El Servicio Catalán de la Salud - CatSalut, definió las bases de su modelo de relación con los clientes en consonancia con su posicionamiento estratégico como aseguradora sanitaria, orientando sus procesos a sus asegurados y estableciendo estrategias que asegurando la equidad y la sostenibilidad del modelo, mejorara la satisfacción de los asegurados, con un enfoque de mejora continua. Para liderar este nuevo modelo, se crea en el año 2000, entre otras estructuras, la División de Atención al Ciudadano (DAC), que agrupa las funciones de acreditación de asegurados, accesibilidad y equidad al sistema y seguimiento de calidad percibida y satisfacción de los asegurados. Se presentan las actuaciones y algunos resultados del periodo 2002-2006 de la DAC tanto de los procesos internos de soporte al nuevo modelo de relación, como de resultado en los asegurados.

**MÉTODOS**

Aseguramiento: definición del modelo de aseguramiento con asignación de niveles de cobertura de forma individualizada. Diseño, construcción e implantación del Registro Central de Asegurados (RCA) y del procedimiento general de identificación y acreditación de los asegurados (Código de Identificación Personal CIP y Tarjeta Sanitaria Individual TSI). Equidad: Regulación legal de los derechos contenidos en la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en relación a la salud y la atención sanitaria. Accesibilidad: Plan de reducción de listas de espera quirúrgicas y dimensionado de consultas especializadas y pruebas diagnósticas. Calidad percibida: Plan de encuestas de satisfacción de asegurados y de sus familias. Registro homogéneo e integrado de la opinión de los asegurados (reclamaciones y sugerencias) Evaluación :Diseño, elaboración y seguimiento de indicadores de acreditación, accesibilidad y calidad percibida.

**RESULTADOS**

La acreditación como asegurados del CatSalut mediante la identificación universal es extensiva a toda la población residente, (CIP/TSI) permitiendo las transacciones entre agentes sanitarios y los ciudadanos de manera individualizada y por productos. Respecto a la

accesibilidad al sistema, se ha mejorado el SI de procedimientos quirúrgicos, lo que ha permitido garantizar de manera transparente los tiempos máximos de espera. Regulación mediante Decreto por el cual se establecen los tiempos máximos de acceso a determinados procedimientos quirúrgicos. Validación de indicadores de espera para atención ambulatoria, tanto en consultas de especialistas como en pruebas diagnósticas. En cuanto a la calidad percibida, se dispone de indicadores monitorizados periódicamente por línea de servicio (hospitalaria, primaria, socio-sanitaria y de salud mental), incluidos en el cuadro de mando del CatSalut que permite la objetivación de áreas de mejora, que se incluyen como cláusulas en los contratos con los proveedores.

**CONCLUSIONES**

El establecimiento de políticas de atención al ciudadano mediante estrategias basadas en sus necesidades y que son objetivadas mediante sistemas de información integrales, seguros, robustos y ágiles, permite la toma de decisiones de manera eficiente, equitativa y adecuada. La coordinación e implicación de todos los responsables de la estructura territorial existente (central y de las regiones sanitarias) en la definición, validación y aplicación de los niveles de calidad de los servicios que se ofertan, disminuye la variabilidad en su prestación a los asegurados, minimizando las diferencias por razón de territorio y proveedor.

**SITUACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

CALVENTE MARTÍN, CARMEN; CÉSPEDES LAMARCA, AURORA; DEPARES LÓPEZ, JOSÉ MANUEL; MORENO BELLA, JOSÉ LUIS; RAFECAS RUIZ, MONTSERRAT; SATORRAS TURULL, ROSER

**INTRODUCCIÓN**

La Gerència de Àmbito de Atención Primaria Costa de Ponent, considera fundamental potenciar los temas de comunicación. Para ello se constituye un grupo de trabajo de Comunicación (formado por 1 referente de cada zona del territorio y con dos líderes, uno por lo que se refiere a Com. Interna y otro para la externa) Como punto de partida, se intenta conocer en qué estado se encuentra la comunicación interna: para ello se diseña una encuesta para pasarla entre los profesionales.

**OBJETIVO**

Conocer la situación de la comunicación interna en el territorio, indicando un punto de partida, a partir del cual nos permita implementar acciones de mejora.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal, basado en una encuesta a todos los profesionales del Àmbito de Atención Primaria Costa de Ponent que se pasa en Febrero de 2006.

La encuesta se estructura en tres partes: preguntas socio-demográficas, bloque sobre la diferencia entre la importancia y el estado real de la comunicación, y, finalmente, preguntas sobre nuevas herramientas de comunicación.

**RESULTADOS**

Se envían 3565 encuestas, con una tasa de respuesta del 39%. Las mayores diferencias entre la importancia del concepto y la situación real, se dan en los siguientes ítems: "Enterarse de los proyectos antes de que salgan en los medios"; "Enterarse por vía oficial y no por rumores"; y, finalmente, "Conocer los proyectos de otros equipos". La menor en el ítem: "Comunicación dentro de los equipos"

**CONCLUSIONES**

Los temas de comunicación interna interesan mucho. Debemos mejorar la comunicación descendente, ascendente y transversal, especialmente la ascendente de los médicos y de los profesionales de Atención al Usuario. Debemos dotar la Intranet de instrumentos que agilicen el trabajo del día a día. Hemos de ofrecer formación en el manejo de nuevas tecnologías, sobre todo para los profesionales de más edad.

**PLAN DE MEJORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE: RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE SU IMPLANTACIÓN.**

MARTÍ MALRÀS, P. GRAELL RIERA, T. FRANCO MESAS, C. SIMÓN MUELA, C. SILVA FERNÁNDEZ, Y. ARÉVALO GARCÍA. A. SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SAP, ESQUERRA DE BARCELONA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

**INTRODUCCIÓN**

El año 2004 se inicia en el SAP un Plan de Mejora de Atención al Paciente en el marco de un plan para toda la institución. El SAP cuenta con 12 equipos de atención primaria, 1 Programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, 2 Unidades de Especialistas y un Servicio de Programación Telefónica. Atiende un total de 384.399 habitantes correspondientes a 4 distritos de Barcelona ciudad.

**OBJETIVO**

- Mejorar la atención a nuestros pacientes en aspectos asistenciales, organizativos y de atención en general
- Sensibilizar e involucrar al conjunto de la organización mediante la creación de grupos de mejora multidisciplinarios

**METODOLOGIA**

Se empezó a trabajar en junio 2004. El plan de Mejora es liderado desde la Coordinación de Procesos de Atención al Usuario del SAP.

- Se formaron grupos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos y trabajo social) en cada equipo. Cada grupo tiene una tutora al frente. El total de grupos fue de 17.
- La metodología de trabajo es la propia de los grupos de mejora.
- Se marcaron objetivos bianuales (2005 y 2006) Objetivos generales para todos los equipos. Objetivos específicos para cada equipo, que definió cada grupo de mejora.
- Se marcó un calendario de reuniones de las tutoras (cada mes y medio) y las propias de cada equipo ( un mínimo de 5 anuales)
- Se diseñó también un plan de formación de acuerdo con los objetivos marcados.
- Se diseñó y consensuó la forma de evaluación, estableciéndose criterios y estándares para cada objetivo.
- Finalmente se diseñó el plan de comunicación a la Dirección del SAP, a la Dirección de los Equipos y a los propios grupos.

**RESULTADOS**

Se evaluaron los objetivos en el mes de noviembre 2006 mediante Audit. Esta evaluación aporta los siguientes datos.

**DATOS CUANTITATIVOS**

- Los 16 grupos se marcaron un total de 117 objetivos (1 grupo no llegó a definirlos).
- Conseguidos en su totalidad 79, el 67,52%
  - Conseguidos parcialmente 20, el 17,09%
  - Conseguidos total o parcialmente 99, el 84,61%
  - No conseguidos 18, el 15,38%
  - 6 equipos están en un nivel de objetivos totalmente conseguidos entre el 77% y el 100% de los que se marcaron.
  - Se han realizado un total de 12 actividades de formación en los años 2005 y 2006

**DATOS CUALITATIVOS**

- Destacar los pocos cambios de profesionales en los grupos y la continuidad de las tutoras, en el 75% de los casos.
- En el mes de enero 2006 se han comunicado los resultados bianuales a los todos los implicados, Dirección del SAP y de los Equipos, Tutoras y profesionales.

**CONCLUSIONES**

El Plan de Mejora de la Atención al Paciente se ha consolidado, su continuidad está, hoy por hoy, garantizada como elemento de trabajo metodológico destacable en atención al usuario-paciente. Se han cumplido objetivos en la mayoría de los casos y esto se ha hecho con la participación activa de todos los grupos de profesionales, que era para nosotros un objetivo prioritario. Actualmente se trabaja ya en el diseño de objetivos para los años 2007 y 2008 y en el diseño de las actividades de formación correspondientes.

**LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL: "DÍA A DÍA"**

ANA SANCHO GÓMEZ DE TRAVESEDO, COAUTORES: DRA. CRISTINA INIESTA BLASCO, MARGARITA VILA MELICH, BERTA CHAVES URBINA, NEUS CALABUIG MARTÍNEZ, MONTSERRAT ANTONIN MARTÍN, HOSPITAL DEL MAR (INSTITUTO MUNICIPAL DE ASISTENCIA SANITARIA, IMAS)

**INTRODUCCIÓN**

La diversidad cultural y las barreras idiomáticas obstaculizan en ocasiones la atención sanitaria. Es por ello que desde Junio del 2003 el Hospital del Mar promueve el Programa IMAS-mediadores como elemento clave de su estrategia de gestión, de forma transversal, para ofrecer un apoyo al profesional sanitario y al usuario en respuesta a las necesidades de la población inmigrante. En Enero 2005 el Hospital del Mar inicia un estudio de investigación, liderado por el Servicio de Atención al Usuario, donde la encuesta de satisfacción percibida a los profesionales es el instrumento fundamental para medir la calidad del servicio de mediación intercultural, a partir de los resultados obtenidos, valorando y analizando los resultados de la encuesta/entrevista como indicadores de la calidad del servicio.

**OBJETIVOS**

Evaluar la percepción y el grado de satisfacción de los profesionales de la salud implicados en los procesos de mediación.

**METODOLOGÍA**

Se utilizó la encuesta/entrevista, realizada a los profesionales asistenciales, como instrumento de recogida de datos. El cuestionario fue diseñado, con 26 preguntas cerradas 26 preguntas divididas en cinco partes: opinión general sobre la mediación, información y uso del servicio, calidad del servicio formación de las mediadoras y satisfacción del servicio. Se entrevistó a 302 profesionales de la salud 19,2% Auxiliares de enfermería 33,8% enfermeras 37,7% , otras categorías 9,3%.

**RESULTADOS**

Como resultados de la encuesta destacamos que: el 74% de los profesionales entrevistados consideran que las Mediadoras Interculturales han facilitado la cooperación entre profesionales y usuarios. El 61.9% que han sido personas clave para resolver situaciones de conflicto (entendiendo conflicto como situaciones problemáticas) entre los profesionales sanitarios y usuarios y el 67.9% de los profesionales consideran que trabajar con mediadoras interculturales ha hecho que mejore, la calidad de la atención que prestan a los usuarios inmigrantes

**CONCLUSIONES**

La participación de los mediadores en el ámbito sanitario, consolida un servicio asistencial integral de calidad y un mayor grado de satisfacción de los profesionales sanitarios y de la población inmigrante. La figura profesional mediador intercultural se reconoce como necesaria para garantizar el adecuado acceso de la población extranjera a la atención sanitaria, resolviendo problemas lingüísticos en general y terminológicos en particular, actuando como puente cultural y comunicativo y facilitando la integración en el sistema sanitario.

**POSTERS**

**EXPERIENCIA DE COMUNICACIÓN CON CLIENTE EXTERNO E INTERNO EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL PACIENTE (SAP, SAU O SAIP)**

MAITE POMARES JIMÉNEZ; FRANCISCA CABALLERO PEÑA; CARMEN CAMPELLO PAYA; JOSEFINA CANTÓ MIRALLES; ALICIA LOZANO PERAL ;REYES GARCÍA DE URZAIZ; CENTRO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. SAIP DEPARTAMENTO 19. ALICANTE

**INTRODUCCIÓN**

En nuestro SAP, SAU, SAIP tratamos tanto con clientes externos (pacientes), como con clientes internos (profesionales sanitarios y

no sanitarios de nuestra organización), por lo que la comunicación ha de ser fluida y eficaz en ambos sentidos, con un alto nivel de mediación y de investigación. En ocasiones, los casos que se nos presentan son perversiones y errores de un sistema organizativo con excesiva burocratización, por ello la comunicación y la forma en que ésta se establece, es un enlace importante para canalizar la información en busca de una respuesta rápida y eficaz.

### OBJETIVOS

Perfeccionamiento de las técnicas de comunicación para la atención del cliente externo e interno en el SAIP del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), para la adecuada atención del paciente y su completa satisfacción.

### MÉTODOS

Designado y definiendo funcionalmente el proceso, y estableciendo límites y propietarios. Se han documentado las actividades y sus condiciones de calidad; los criterios e indicadores de evaluación continúa, así como herramientas de trabajo como protocolos de actuación en procedimientos administrativos y técnicas de habilidades sociales protocolizadas para la atención telefónica y directa. Se realizaron reuniones de explicación y consenso.

### RESULTADOS

En un periodo que corresponde desde la aparición del SAP-SAU en 1989 en el HGUA a la actualidad, podemos decir que ha aumentado la atención de pacientes con muy diversa casuística. La recogida de la información, la protocolización de nuestras actuaciones y la aplicación de habilidades sociales, nos llevó a desarrollar y practicar formas de actuación en busca de una respuesta eficaz para la resolución de problemas, mejorando circuitos de comunicación entre clientes y detectando errores burocráticos.

### CONCLUSIONES

El perfeccionamiento de las técnicas de comunicación para la atención del cliente externo e interno, ha conseguido alta resolución de casos en tiempos muy cortos y con los mejores resultados posibles, así como una gran cantidad de clientes satisfechos.

## DISEÑO E IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE DAÑO CEREBRAL

ALICIA LOZANO PERAL, VANESA VILLANUEVA MONTES, ENCARNA CASTELLVI UREÑA, CONCHA NOGUERA, JOSEFINA CANTÓ MIRALLES, FRANCISCA CABALLERO PEÑA, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. SAIP DEPARTAMENTO 19.

### INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido es una discapacidad que resulta poco conocida, el avance médico logra en la actualidad salvar vidas en pacientes con traumatismos craneoencefálicos y accidentes cerebro-vasculares. A pesar del constante aumento de estos pacientes, la severidad de sus secuelas, nos encontramos que la atención hacia los problemas de nuestro colectivo, personas afectadas y familiares, es todavía escasa en España. Una vez superada la fase aguda hospitalaria, exige respuestas especializadas y cobertura socio-sanitaria suficiente, los recursos disponibles hasta ahora han sido casi inexistentes, tanto para la rehabilitación, para estimulación cognitiva como para los cuidados de largo plazo.

### OBJETIVOS

Elaboración de un protocolo de derivación desde el Hospital General Universitario de Alicante a Hospital de Daño Cerebral Aguas Vivas y Hospital Valencia al Mar, de pacientes con daño cerebral adquirido, superada la fase aguda hospitalaria para la rehabilitación, para estimulación cognitiva y cuidados de largo plazo.

### METODOLOGÍA

Designado y definiendo funcionalmente el proceso, y estableciendo límites y propietarios. Se han documentado las actividades y sus condiciones de calidad; y los criterios e indicadores de evaluación a los 6 meses de su implantación. Se realizaron reuniones de explicación y consenso con los Servicios de Neurología, Neurocirugía y Admisión hospitalarios, el SAIP y Trabajo Social.

### RESULTADOS

En este periodo de 2004-2006 se han derivado 20 pacientes con edades comprendidas entre 17 y 60 años, cuya etiología va desde traumatismo craneal por tráfico u otro accidente, trombosis, derrame cerebral. Los problemas que se han solucionado son: adecuado sistema de comunicación entre

el Servicio de Admisión del Hospital y Hospital de Daño Cerebral Aguas Vivas, diseñar un circuito adecuado entre los Servicios de Neurología, Neurocirugía y Admisión hospitalarios, el SAIP y Trabajo Social.

y una implicación de los profesionales para localizar a los casos que son susceptibles de derivación en el tiempo adecuado.

### CONCLUSIONES

La derivación la Hospital de Daño Cerebral Aguas Vivas y Hospital Valencia al Mar, de pacientes con daño cerebral sobrevenido superada la fase aguda hospitalaria es una realidad en nuestro Departamento 19 de Salud, habiéndose aumentado la accesibilidad de la población.

## EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE ELABORACIÓN DE ESTADÍSTICA MENSUAL DEL SAIP EN EL DEPARTAMENTO 19

FRANCISCA CABALLERO PEÑA; CARMEN CAMPELLO PAYA; MAITE POMARES JIMÉNEZ; JOSEFINA CANTÓ MIRALLES; ALICIA LOZANO PERAL; MARISA CALATAYUD CARRETERO, CENTRO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. SAIP DEPARTAMENTO 19.

### INTRODUCCIÓN

Con el Real Decreto 521/1987 se regula el Servicio de Atención al Paciente (SAP), otorgándole funciones de información y tramitación de reclamaciones, la Ley 8/1987, de la Generalitat Valenciana, establece el compromiso de la creación del Servicio de Atención al Usuario (SAU), que asumirá las funciones de coordinación del proceso de atención al usuario, la Ley 14/1986 General de Sanidad, establece la necesidad de adoptar criterios y sistemas de información que faciliten la relación de los pacientes con la administración, y por último el Decreto 2/2002, de la Comunidad Valenciana por el que se crean los Servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) otorgándole las funciones de captar las inquietudes de los pacientes en materia de asistencia sanitaria, SAP, SAU, o SAIP siempre ha colaborado con la Dirección del Centro en aquellas tareas orientadas a mejorar tanto la atención al paciente como la percepción de la calidad asistencial que recibe. Una de las herramientas de gestión utilizadas ha sido la estadística mensual, en donde se refleja los puntos de insatisfacción percibido por los pacientes.

**OBJETIVOS**

Elaborar informe mensual, conteniendo una explicación detallada mediante gráficos y tablas de los diferentes grupos y subgrupos en los que se clasifican las atenciones, ACCESO a la asistencia, PROCESO, ENTORNO, RESULTADOS Y OTROS, clasificación proporcionada por los Servicios Centrales del SAIP y/o Dirección General de Atención al Paciente.

**METODOLOGÍA**

Tanto en los inicios como en la actualidad, de manera mensual, se recopila la información existente, clasificada por los diferentes ítems y subítems de todas las atenciones registradas (Informaciones, Gestorías, Escritos Varios, Hojas de Quejas, Sugerencias y Agradecimientos), una vez realizado el informe estadístico se remite a todo el equipo directivo implicado. En un principio se recogían los datos del libro de registro, en donde se anotaban todas las atenciones, utilizándose la calculadora, lápiz y papel para la realización de la estadística. Con la llegada de los ordenadores se creó la primera base de datos, registrándose todas las atenciones, primero en programa DBASE, luego en ACCES hasta llegar al actual Programa Informático de Gestión al Paciente (PIGAP) de la Dirección General de Atención al Paciente, pasando los datos directamente a Excel y total modernización de gráfico y tablas.

**RESULTADOS**

Este informe estadístico, recoge los resultados de la labor mensual y/o anual, pretende proporcionar a la Dirección-Gerencia, elementos para el establecimiento de toma de decisiones y las recomendaciones para subsanar parte del problema.

**CONCLUSIONES**

Capacidad de estos Servicios para generar información de elevada calidad a través del registro tanto de, Agradecimientos y Felicitaciones como de las expectativas insatisfechas de los pacientes, en cualquier de las áreas de la actividad asistencial: Acceso asistencial, Proceso, Entorno Resultados y otros problemas.

**FORMACIÓN ESPECÍFICA PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN AL USUARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

CALVENTE MARTÍN, C., COLOMER PASTOR, M T., MEDINA CALVO, S., EXPÓSITO BLANQUEZ, M A., RADUA BADIA, J., SEGURA TARAVILLA, C., UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE L'HOSPITALET.

**INTRODUCCIÓN**

Una necesidad y a su vez una demanda importante de los profesionales de atención al usuario es realizar una formación, mucho más específica y de más calidad en relación a procedimientos y prestaciones propias de la unidad administrativa.

La detección de las necesidades formativas de estos profesionales, que piden que se les ofrezcan respuestas a las dudas concretas del día a día, es el motivo principal que ha propiciado esta formación.

**OBJETIVOS**

Formar a los profesionales de las Unidades de Atención al Usuario para mejorar la calidad habitual del servicio.

Ofrecer conocimientos aplicables al trabajo diario.

Abrir el debate y ofrecer la posibilidad a los participantes de expresarse libremente debatiendo los temas tratados.

Compartir conocimientos, experiencias que son de utilidad, inquietudes, dudas, etc.

**METODOLOGÍA**

Se aplica un proceso de formación grupal con 20 alumnos.

La formación es de 10 horas repartidas en 5 módulos de 2 horas.

Cada módulo es impartido por un profesional especializado en el tema de la Unidad de Atención al Usuario de la Dirección.

Los módulos constan de dos partes: la primera teórica tipo clase y la segunda tipo charla-coloquio de participación activa del grupo con casos prácticos para debatir y resolver.

Como soporte se utiliza presentación visual y se elabora un manual de procedimientos actualizados por alumno.

Se valora el grado de satisfacción, mediante encuesta que puntúa de 1 al 10.

**RESULTADOS**

Hasta ahora han recibido formación 130 profesionales.

La asistencia al curso ha sido del 100%

La valoración de satisfacción global ha sido de 8,66/10.

**CONCLUSIONES**

Se ha apreciado al dar las clases una importante motivación y participación de todos

los asistentes, constatando con ello que el objetivo del proyecto se ha cumplido.

Valoración satisfactoria por ambas partes: por parte de los profesionales asistentes como se refleja en las evaluaciones y por parte del personal docente por la respuesta tan favorable de los alumnos que a la vez son compañeros.

Destacar que el éxito del curso se debe a que profesores y alumnos somos profesionales de atención al usuario lo que favorece una participación más espontánea y natural.

Este proyecto sigue adelante renovando y actualizando temas.

**ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO**

MARTA TERÉS BENJUMEDA; LÍDIA PARÍS PUIGCERVERI; ENCARNA SANCHEZ FONTCUBERTA ; MARISA FINESTRES ABANADES, IGNASI SORIANO JOSÉ.CAPSE, CAP LES CORTS1

**INTRODUCCIÓN**

El Programa de Atención Domiciliaria (A.T.D.O.M.) de los centros de atención primaria de Las Corts y CAPSE está implantado desde hace 5 años. Se trata de tres centros de salud urbanos con una población asignada 102.000 habitantes, y una población atendida de 65.880 usuarios. De ellos están en situación de ATDOM 2.535 pacientes (3,8 %). El programa ATDOM genera muchos trámites administrativos específicos realizados generalmente por familiares, cuidadores y personal asistencial

**OBJETIVOS**

- 1.- Analizar las cargas de trabajo administrativo generadas por los pacientes que están en el programa ATDOM
- 2.- Valorar el probable beneficio de un soporte administrativo, que coordine las gestiones generadas por estos pacientes.

**METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio descriptivo observacional. Se han analizado todos los actos no asistenciales que podrían ser gestionados directamente por un administrativo. Todos estos trámites han sido generados por 1.870 pacientes en total, que corresponden a todos aquellos que han estado durante todo el año 2006 incluidos en el programa ATDOM.

Dichos trámites serían: la dispensación de recetas de medicación crónica, trámites que requieran visita al Centro por parte de

los familiares o cuidadores, tramitación de interconsultas (aparatos ortopédicos, transporte sanitario, rehabilitación, visita a la atención especializada) y pruebas de diagnóstico por la imagen.

### RESULTADOS

Se han realizado **21.394** gestiones administrativas en total, de las cuales 11.820 (55%) actos por dispensación de medicación crónica, 7.497 (35%) trámites que requieran visita al Centro por parte de los familiares o cuidadores, 1.060 (5%) interconsultas y 1.017 (5%) pruebas de diagnóstico por la imagen.

### CONCLUSIONES

Existe una gran cantidad de gestiones administrativas generadas por los pacientes en régimen de ATDOM.

Según los resultados el programa ATDOM genera una cantidad de trabajo suficiente para considerar la inclusión de un soporte administrativo, que aumentaría la calidad de los trámites, disminuirían las cargas de trabajo al resto del equipo, a los familiares y cuidadores, aumentando así la satisfacción de todos ellos.

### INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DEL SAU AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE MURCIA

ANTONIO JOSÉ JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, PILA ZAMORANO GALLEGO, JOSÉ CARLOS VICENTE LÓPEZ, RAFAEL PACHECO GUEVARA

Desde la apertura del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, el SAU comprueba que un número muy importante de las reclamaciones que son presentadas tienen su origen en el Servicio de Urgencias, lo que supone entre un 30% y 40% del total de las presentadas.

La demanda de los usuarios en urgencias no tenía definido unos mecanismos de información, acogida y orientación que les facilitara comprender los procesos asistenciales del servicio, lo que les generaba incertidumbre y sensación de desamparo al no poder acceder de forma eficiente y eficaz a la información que precisaban.

Estudiadas las reclamaciones producidas durante el 2006, el SAU plantea a la Dirección del Hospital una estrategia de reducción de las reclamaciones presentadas, mediante una mejora de los procesos de atención a los usuarios.

El método definido consistía en un proceso en dos fases. La primera consistió en dotar de carteles informativos al servicio de urgencias para informar y orientar sobre los procesos asistenciales. La segunda fase era la implantación del SAU en urgencias, si la primera medida no era lo suficientemente resolutive. Evidentemente la segunda fase implicó un incremento de personal, medios informáticos y adecuación de espacios y despachos, lo que no hubiera sido posible sin un reconocimiento expreso de las funciones del SAU por parte de la Dirección del hospital.

Presentamos el resultado de la implantación del proceso de mejora de los procedimientos asistenciales en urgencias, en el primer trimestre de 2007:

- La actividad del SAU en Urgencias supone 34 intervenciones diarias.
- Durante el primer trimestre del año 2006, las reclamaciones que expresaban los motivos analizados supusieron 246.
- Actualmente las reclamaciones efectivas por los mismos motivos y en el mismo periodo son un total de 120.

### CONCLUSIONES

1. En una estimación comparativa podemos inferir que las actuaciones de los componentes del SAU en urgencias han posibilitado reducir el número de reclamaciones escritas en un 48 %, atendiendo a los motivos de reclamación del pasado año 2006 en el mismo periodo.
2. Se comprueba que las reclamaciones sobre las que se podía actuar claramente y de forma inmediata eran aquellas que no tenían un componente clínico asistencial, es decir, las que podían beneficiarse de la mediación del SAU.
3. Consolidación del SAU en la puerta de urgencias como un servicio que ha de potenciarse, ampliando el número de horas de presencia.
4. Claro aumento de la calidad percibida por los usuarios:
  - a. Mejor comprensión de los procesos asistenciales en urgencias.
  - b. Disminución de la incertidumbre ante la espera.
  - c. Reducción de los tiempos de espera asistencial.

### ¿QUÉ HACEMOS CON LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN PAPEL?

CALVENTE MARTÍN, C., COLOMER PASTOR, M T., MEDINA CALVO, S., EXPÓSITO BLANQUEZ, M A., RADUA BADIA, J., SEGURA TARAVILLA, C. .UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE L'HOSPITALET.

### INTRODUCCIÓN

Últimamente se está produciendo un déficit importante de espacio en los archivos de nuestros centros debido al aumento continuo de historias clínicas (HC) que se ha generado por el crecimiento de la población y por las historias pasivas de los exitus, traslados y en los últimos años también, por la informatización de las mismas.

Teniendo en cuenta que la legislación actual no permite la destrucción rápida de las historias, y dada la disponibilidad de un espacio físico amplio para utilizar como archivo central, la Unidad de Atención al Usuario de la Dirección organiza un protocolo y un circuito de traslado de historias a dicho archivo.

### OBJETIVOS

Liberar espacio en los archivos de los centros. Disponer de un espacio común para mantener las historias clínicas pasivas de las diferentes unidades y servicios, con un programa informático que facilita la localización, en caso necesario.

### METODOLOGÍA

Destinar un espacio físico como archivo general. Crear un programa informático para facilitar la introducción y la posterior búsqueda, con los datos de identificación de la Historia Clínica. Formar a las personas que utilizarán el programa. Diseñar una caja archivador de historias (capacidad para 75 HC aproximadamente), que facilite al máximo el traslado de las HC, así como su posterior ubicación en estanterías. Crear un sistema de etiquetaje de identificación visual para las cajas y el protocolo a seguir. Crear el circuito de traslado de las HC de los centros al archivo central y viceversa.

### RESULTADOS

Desde el inicio, en mayo del 2000 hasta el 28 de febrero del 2007, se han registrado en el archivo central:  
 253.599 historias clínicas  
 3.988 cajas archivadoras  
 Se han reenviado a los centros: 404 historias clínicas

### CONCLUSIONES

Desde su puesta en marcha, el archivo central ha tenido una gran acogida por parte de las diferentes unidades que se han beneficiado de un espacio inutilizado por historias clínicas inactivas.

Asimismo con la unificación y centralización del archivo se ha mejorado el mantenimiento y el control de las historias pasivas en papel a nivel de todo el Servicio de Atención Primaria de l'Hospitalet de Llobregat.

### ESTUDIO PRUEBAS COMPLEMENTARIAS NO REALIZADAS AÑO 2006 EN UN DISTRITO SANITARIO DE UNA GRAN CIUDAD.

ROURA M, CHUMILLAS R, TORRES MR, CASADO A, SALAS MC, SUAREZ C, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

#### INTRODUCCIÓN

Durante el año 2006 en nuestro distrito sanitario, se ha realizado un seguimiento de todas las pruebas solicitadas y no realizadas a los pacientes. Es nuestro interés optimizar los recursos y para ello hemos elaborado un proyecto en el que se registran las pruebas solicitadas y de este modo conocer los motivos por los cuales los pacientes no acuden a hacerse las pruebas.

#### OBJETIVO

Conocer los motivos por los que los pacientes no acuden a las citas de las pruebas complementarias solicitadas por los médicos y mejorar la calidad de las derivaciones devueltas por falta de datos y/o resumen clínico no adecuado.

#### METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal durante el año 2006.

Se han estudiado el total de las derivaciones emitidas por 6 equipos de atención primaria y por la unidad de especialistas.

Para ello se ha creado una base de datos en un programa de Access. En esta se registran: edad, sexo, país, equipo de atención primaria, tipo de prueba, centro, especialista, unidad productiva de referencia, motivo por el que se devuelve y motivo por el que no se presenta.

Una vez se han registrado todas las derivaciones devueltas por el centro proveedor, se envían al equipo que tiene asignado el paciente, junto con un informe, para que se guarde en el historial clínico y el médico que ha solicitado la prueba tenga constancia que ésta no se ha realizado y la causa.

#### RESULTADOS

Entre enero de 2006 y diciembre de 2006 se tramitaron 13672 solicitudes de las cuales no se realizaron 1339.

De las solicitudes devueltas 794 correspondían a mujeres con una media de edad de 50 años.

593 solicitudes correspondían a pacientes no presentados, desconociéndose el motivo.

164 solicitudes el paciente rechaza hacerse la prueba antes de ser programado, en 103 casos la prueba fue anulada por el propio usuario y en 118 casos no se localizó a los pacientes.

En el resto de casos los motivos son diversos: duplicados, no entienden el mensaje o se olvidan del día programado.

#### CONCLUSIONES

Después de evaluar los datos a lo largo del año 2006, se observa que hay un número no despreciable de personas que no se realizan la prueba indicada por su facultativo. Esto provoca un aumento innecesario de listas de espera y otra serie de disfunciones asistenciales y económicas.

Está previsto realizar un seguimiento de las solicitudes del 2007 mediante una encuesta telefónica para conocer las posibles causas, analizarlas y buscar soluciones.

### IMPLANTACIÓN DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. CARMEN BARBOSA, PEPI PALOMAR, RAQUEL COY, PILAR POU, FRANCISCA JULIÁN, XAVIER PELIGROS, XAVI COS, INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

#### OBJETIVO

El Equipo de Atención primaria de Sant Martí está formado por dos centros de salud que atienden a una población de 58.000 habitantes. El área administrativa de estos dos centros está unificada y en ella trabajan 26 profesionales.

En el año 2005, mediante jornada de trabajo de todo el Equipo, se detectaron muchas necesidades de mejora en el área administrativa, planteando así mismo un proyecto de mejora con el siguiente objetivo: Atender las necesidades y peticiones de los profesionales de una manera más cuidada y estructurada, a su vez dar soporte especializado a los proyectos de la Dirección del Equipo.

#### DESCRIPCIÓN

Es una Unidad Administrativa de soporte al Equipo Directivo para el desarrollo de los procedimientos y procesos de coordinación del

personal.

El equipo estará formado por un grupo cualificado en las funciones y competencias establecidas previa identificación de cada puesto de trabajo. Los profesionales serán seleccionados por la Dirección del Equipo, con criterios de un alto compromiso de responsabilidad, discreción y confidencialidad por lo que hace referencia a la información a la que puedan tener acceso. Este grupo estará formado por: Secretaria de Dirección, Secretaria del control y gestión de la formación, Secretaria del área de registro y control de talonarios de recetas así como la tramitación de las peticiones de días de vacaciones y permisos en general y Responsable informático de soporte a los programas, control y realización de las agendas de los profesionales del centro.

#### RESULTADOS

Definición de cada puesto de trabajo mediante el desarrollo de la descripción de las competencias, misiones, acciones y dificultades de cada puesto de trabajo con la intención de analizar las necesidades y dificultades para adecuar la formación a cada perfil administrativo de responsabilidad.

#### CONCLUSIONES

Los aspectos más destacables son:

1. Reconocimiento profesional
2. mejora del proceso del control de las peticiones de días de formación, días de permiso en general de los profesionales del centro.
3. Se han establecido una serie de circuitos que han permitido mejorar la organización del centro.
4. Se ha implantado por parte de la Dirección del centro unos objetivos claros para evaluar la mejora de la calidad del servicio basada en la excelencia
5. Implicación personal de los líderes directivos para garantizar el desarrollo de la implantación de los procesos.
6. Mejora continua de la gestión en la organización del área de Recursos Humanos

### EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN EXTRANJERA EN DOS CENTROS DE SALUD URBANOS

M. C. BARBOSA, J. MANUEL GOMEZ, M. ÁNGELES FERNÁNDEZ, DOLORS MUÑOZ, ANA GUTIERREZ, X. COS, INSTITUT CATALÀ DE SALUT

#### OBJETIVO

Disponer de una base de datos real de aquellos ciudadanos extranjeros sin recursos económicos dados de alta en el RCA ( Registro Central de asegurados) del Servicio Catalán de Salud, en dos equipos de Atención primaria urbanos, durante el periodo de 5 años (2000-2004)

### DESCRIPCIÓN

La llegada de ciudadanos procedentes de diversas nacionalidades es una realidad. Los sistemas de información frecuentemente no se adaptan con la rapidez necesaria, produciéndose un decalaje y una pérdida de datos que en estos casos podría ser vital desde el punto de vista epidemiológico, tanto individual como público ( enfermedades importadas, planificación de servicios administrativos, campañas vacunales, educación sanitaria).

Mediante esta base de datos se pretendió disponer de un registro de calidad que contemplaban datos demográficos importantes (nacionalidad), para poder analizar y detectar posibles demoras, errores o déficit en los registros del RCA.

### RESULTADOS

En la comunidad autónoma de Cataluña todo ciudadano extranjero sin recursos económicos puede solicitar cobertura sanitaria mediante previa tramitación i entrega de documentación (certificado de empadronamiento, DNI o pasaporte en vigor) y los anexos correspondientes al Decreto 55/90 (asistencia para personas sin recursos económicos), para posteriormente poder tramitar desde los centros de salud la autorización a la cobertura sanitaria desde el CATALUT (Servicio Catalán de Salud).

En el año 2004 se detectaron 2 problemas: 1. error en los registros, 2. Falta de datos en los mismos (nacionalidad entre ellos). Por ese motivo se diseñó una base de datos con el programa ACCESS (población extranjera) de los dos centros con la intención de mejorar dichos déficit. Fueron revisados todos los decretos 55/90 tramitados en el centro desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2004, comparándolo con el RCA para poder así detectar posibles errores en este último.

### CONCLUSIONES

1.Mejora en el registro informático del país de procedencia de los ciudadanos dados

de alta en el RCA del periodo de estudio.

2.Adecuación, si procediera, de nuestros servicios a la mejora de la atención de los ciudadanos extranjeros según país de procedencia.

3.Identificación y filiación de la población extranjera de nuestro centro de Salud con las consecuencias epidemiológicas que comportan.

### MEJORA DE LA CALIDAD EN LA DISPENSACIÓN DE RECETAS CRÓNICAS DE DOS CENTROS DE SALUD

M. C. BARBOSA, MERCÈ CASTILLO, ANA GUTIERREZ, DOLORS MUÑOZ, MAITE CABRÉ, X. COS ., INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD

### OBJETIVO

Analizar y reorganizar el sistema de gestión administrativa de recogida de recetas crónicas autorizadas con la intención de mejorar la calidad de atención al ciudadano.

### DESCRIPCIÓN

Los centros de Salud Sant Martí ( 10H 10J) están ubicados en una área urbana que atiende a una población de 58.000 habitantes de los que 16100 ciudadanos recogen recetas crónicas en el Área administrativa. El circuito previo consideraba libre acceso ( 9 a 13:30 y de 16 a 20h) para recoger sus recetas en un margen de días dentro de la periodicidad prestablecida (90 días)

Con motivo del importante número de reclamaciones así como el próximo traslado por remodelación integral del centro se plantearon una serie de estrategias para mejorar y reorganizar de una forma adecuada y ordenada la atención a los ciudadanos que utilizaban este circuito.

### RESULTADOS

La valoración de los comentarios de las reclamaciones junto con los resultados de entrevistas individuales a personas clave del área administrativa , permitieron valorar y plantear estrategias para la mejora de este circuito administrativo.

Para ello se estimó la media de ciudadanos que acuden al centro para recoger recetas crónicas y posteriormente se creo una agenda donde , con la programación del usuario se permitía homogeneizar la demanda (evitar picos asistenciales) y prever acciones ante dificultades en el sistema informático.

Así mismo se diseñó una campaña informativa dirigida a la comunidad ( Asambleas vecinales y carteles informativos) y a los pacientes que acudían al centro ( información personalizada) para dar a conocer en nuevo circuito

### CONCLUSIONES

La estrategia de la creación de la agenda nos aportó la herramienta adecuada para entregar las recetas de una manera adecuada y eficaz.

El control de la dispensación de recetas de crónicos nos ayuda a organizar mejor el resto del trabajo.

Ha mejorado la atención de los profesionales hacia los ciudadanos, se atiende al ciudadano de una manera personalizada, respetando en todo momento su confidencialidad.

Nos permite en cualquier momento ante cualquier incidencia del programa informático avisar a los ciudadanos.

### ACCESO A LA HISTORIA CLINICA EN EL AMBITO DEL MENOR

LAURA SALAS PALAZÓN, ENRIQUE CÁRCEL ARRIBAS, AURORA DEL ÁGUILA MARTAS, OLGA GARCÍA GONZÁLEZ, VANESSA LORENTE SÁNCHEZ, MONTSERRAT PÉREZ CARRILLO., CENTRO: FUNDACIO HOSPITAL DE MOLLET Y ABS PLANA LLEDO

### INTRODUCCIÓN

El acceso a la historia clínica es un derecho del usuario que, en diversas ocasiones, se ve obstaculizado por la falta de consenso entre los diferentes centros de salud.

Debido a los cambios sociales, económicos y culturales que existen en la actualidad, la autonomía del menor cada vez se da a más temprana edad. Este hecho genera una serie de problemas a los profesionales a la hora de informar sobre el estado de salud del paciente o facilitar documentación médica, ya que no es igual un niño de 10 años que un adolescente de 15.

### OBJETIVO

-Facilitar y mejorar la accesibilidad a la historia clínica del menor.

-Establecer circuitos coincidentes de solicitud de documentación médica y asistencial para todos los centros de salud de Mollet.

### METODOLOGÍA

Tipo de Estudio: Intervención

Población diana: Población masculina y femenina de Mollet del Vallés comprendida entre los 12 y 18 años.

Periodo de estudio: 1 año

Material y método:

Establecemos un documento de solicitud de documentación médica, igual en todos los centros de salud de Mollet, en el que se especifica la relación del adulto solicitante con el

menor, si es padre, madre o tutor y en diferentes idiomas.

Se diferencia primero en si es el propio menor quien solicita el acceso a su historia clínica o una tercera persona. Si es el menor, se establece un baremo por edades (menor de 12 años, de 12 a 16 años y mayor de 17 años) basándose en la Ley General de Sanidad, el Código Deontológico, Ley 21/2000 de Catalunya, Ley 41/2002, Código Civil art 162/1, art 329...

Menores de 12 años, siempre solicitado por un adulto:

-Entrega de DNI del padre/madre/tutor legal del menor y Libro de familia original o fotocopia compulsada.

-Documento de solicitud de documentación médica del centro asistencial (disponible en castellano, catalán, inglés, francés y árabe) donde se especifica la condición del solicitante, en referencia al menor, y el motivo de dicha solicitud.

De 12 a 16 años:

-Si lo solicita el padre/madre/tutor legal se sigue el mismo circuito anteriormente descrito.

-Si lo solicita el propio menor: Visita médica con el profesional para valorar si el menor es suficientemente maduro para comprender y hacer uso de la información solicitada. Si es así, el menor nos aporta su DNI y cumplimenta la solicitud de documentación médica. Si el profesional considera que no es suficientemente maduro se deniega la solicitud y se informa al menor que debe solicitarla el tutor del mismo.

Mayores de 17 años o menores emancipados:  
-Circuito idéntico al de un adulto. Entrega de DNI y documento de solicitud de documentación médica.

### RESULTADOS

El usuario accede a la historia clínica con mayor agilidad y menores dificultades. Procederemos a un recuento anual del número de menores que han accedido a su historia clínica diferenciando los grupos antes mencionados.

### CONCLUSIONES

La expectativa de este proyecto es que mejorará la calidad de la asistencia al menor en lo referente a su derecho de acceso a la historia clínica.

### ACOGIDA A LOS INMIGRANTES EN EL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

FRANCISCA ARAGON CASAS, FRANCISCA ROMO DEL RIO, JOSEP ANTON TRULLAS PEREZ., INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

### INTRODUCCIÓN

Nuestra comarca con progresivo incremento económico debido a la rica y variada agricultura destacando la elaboración de vinos y cavas y ubicada en el extrarradio de Barcelona, con el consecuente incremento de la construcción y del sector servicios ve incrementada la población inmigrante.

### OBJETIVOS

Conseguir que la población inmigrante tenga el CIP (código de identificación personal) que lo acredita como beneficiario del CATALSALUT, en la mayor brevedad posible.

Saber el porcentaje de población inmigrante que accede al sistema sanitario a través de ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...), ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos) y ALTA por Decreto 178/1991 (personas con recursos económicos).

Informar de cuándo se debe utilizar los servicios de atención primaria y cómo se accede a la atención hospitalaria y urgente.

### METODOLOGIA

Trabajamos con la población inmigrante en la comarca del "Alt Penedès". Tenemos 27 municipios, de los cuales x son de menos de 5.000 habitantes y x de más de 5.000 habitantes. El total poblacional es de 96779 (datos censo 2006) personas de las cuales 11.37% son inmigrantes.

Extrapolamos datos de las altas al sistema sanitario a través del nivel de cobertura del asegurado, que pueden ser:

- ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...),
- ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos)
- ALTA por Decreto 178/1991 (personas con recursos económicos).

### RESULTADOS

La media en recibir la tarjeta sanitaria con el CIP definitivo es de 15 días, si no hay incidencias en la tramitación del alta.

ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...) x%.

ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos) x%.

ALTA por Decreto 178/1991 (personas con recursos económicos) 0%.

Actualmente no podemos valorar si las personas que acceden al sistema sanitario utilizan los servicios de atención primaria y urgencias correctamente y no sabemos si han pasado por nuestro servicio de acogida.

### CONCLUSIONES

La oferta y la demanda sanitaria se desequilibra por la inadecuada utilización de los recursos sanitarios y por lo tanto es imprescindible dar una información idónea y una buena acogida a los usuarios inmigrantes.

### "MATANDO" AL MENSAJERO

ANTONIO ÁVILA PÉREZ, F. JAVIER LECHUGA PÉREZ, PABLO HERNANDO ROBLES, CORPORACIÓ SANITÀRIA PARC TAULI

### INTRODUCCIÓN

En el año 2002, coincidiendo con el inicio de la gestión del Servicio de Programación y Acogida y dentro de la política económica del Hospital nos solicitaron reducir los costes derivados de la programación ambulatoria. Se partía de una programación de citas de 3 a 4 meses y en consecuencia un consumo elevado en mensajería. De la misma forma había una previsión de aumento de actividad ambulatoria en los siguientes años.

### OBJETIVOS

Principales:

Reducir el consumo en mensajería  
Mantener la eficacia del servicio

Secundarios:

- Reducir las llamadas telefónicas del usuario al centro
- Aumentar la eficacia de los recursos humanos en la gestión de citación.
- Reducir el consumo de material de oficina (papel, sobre, toner)

### METODOLOGIA

Con la información del Departamento Contabilidad Analítica del hospital se realizó un seguimiento exhaustivo del consumo telefónico, del material de oficina, mensajería. Paralelamente se decidió abrir las agendas de programación durante un año natural de tal forma que el paciente en la mayoría de los casos

marchaba a casa con la programación realizada y de esta forma podríamos evitar el aviso posterior por carta así como la llamada al paciente por el estado de su programación. A la vez se protocolizó la forma en realizar las citaciones: avisar por teléfono todas la programaciones inferiores a un mes y enviar carta por correo ordinario a todas las programaciones superiores a un mes. Así como se identificó los tiempos “muertos” de profesionales de conserjería y centralita para realizar las citaciones telefónicas.

**RESULTADOS**

La actividad ambulatoria de consultas externas en 5 años ha aumentado un 22,32%. El consumo en mensajería en el mismo periodo ha descendido en un año. El consumo de mensajería en el mismo periodo a supuesto un 91% de reducción, el consumo de material de oficina (sobres, cartas) ha descendido en un 36.35%, mientras el gasto telefónico del servicio de programación también ha descendido en un 6%. En estos 5 años para los tres conceptos de consumo de programación ha significado un ahorro de aproximadamente un 50% para total de consumo.

**CONCLUSIONES**

Por los resultados obtenidos es evidente que se ha dado respuesta a los objetivos planteados teniendo en cuenta dos aspectos adversos como han sido el aumento de actividad y el mantenimiento del número de profesionales. Sin lugar a dudas el ahorro económico es espectacular. En la actualidad no sólo se mantiene esta dinámica de trabajo sino que se están realizando llamadas de recordatorio de visita para especialidades de mayor incomparecencia, como por ejemplo Salud Mental. No hemos “matado” al mensajero pero casi (un 9% vive) porque ahora el mensajero somos nosotros.

**ACERCAMIENTO DE NUEVAS ESPECIALIDADES A LOS USUARIOS DEL CAP ANTON BORJA**

MORENO SALINAS, P.; IZQUIERDO SORIA, E.; MONTES GONZÁLEZ, L.; RODRÍGUEZ CASTRO, L. CAP ANTON BORJA. SERVICIO ADMISIONES. RUBÍ. BARCELONA

**INTRODUCCIÓN**

En los últimos meses se han ido incorporando nuevas especialidades y servicios a nuestro centro (ecografías, psiquiatría y neurolo-

gía) ,lo que ha producido una mejora en los procesos de atención al cliente, evitando su desplazamiento a otros centros alejados de su población de residencia, así como un incremento en la satisfacción de estos derivada de la disminución de la lista de espera.

**OBJETIVOS**

-Mostrar los procesos de adaptación del CAP A. Borja y de sus profesionales para acoger estos servicios.

-Poner de manifiesto como la disminución de la lista de espera en estos aumenta la satisfacción de los usuarios.

-Demostrar como una atención más personalizada a través de llamadas telefónicas recordatorias próximas a las visitas, comporta que los pacientes no se olviden de acudir a su cita.

**METODOLOGÍA**

-Servicio de ecografías: Listas de espera consultadas con el Hospital. Derivaciones a otros centros. Programación en el CAP A. Borja

-Psiquiatría-Neurología: Listas de espera, derivaciones a otros centros, tipos de visita.

**RESULTADOS**

Nos darán una visión global de los aspectos que hemos mejorado, así como de los ámbitos susceptibles de cambios en estas tres especialidades de nueva inclusión (horarios, tipos de visita).

**CONCLUSIONES**

La incorporación de nuevas especialidades conlleva una adaptabilidad por parte de todos los profesionales y la adopción de nuevos retos como equipo de trabajo y organización sanitaria.

Con esta exposición queremos poner de manifiesto los errores que se han podido cometer a lo largo de este procedimiento, pero también el esfuerzo y la ilusión con la que trabajamos cada día para cumplir un objetivo: “el trabajo bien hecho”

**ABORDAJE DE LA ACTUACIÓN SANITARIA A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA**

CALVO SALILLAS, Mª JOSÉ, HOSPITAL SAN JORGE

**INTRODUCCIÓN**

La violencia en el hogar constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la

vida, la seguridad y la no-discriminación; Se trata de un fenómeno complejo que supera la estricta actuación terapéutica precisando una respuesta social y una visión interdisciplinar; no admite soluciones genéricas y generalizadas que no contemplen los diferentes tipos de violencia doméstica.

En 1999 el extinto Insalud elabora el primer Protocolo de Atención a las víctimas de violencia doméstica, de referencia de todo lo que se ha realizado posteriormente; en nuestro centro se pone en marcha en el servicio de urgencias en 2001.

**OBJETIVOS**

Proporcionar una atención a las víctimas de violencia doméstica que garantice su derecho a recibir asistencia sanitaria, asesoramiento jurídico y social, favorecer su denuncia y proteger su integridad e intimidad. Esto se llevará a cabo mediante ciclos de Mejora Continua.

Objetivos específicos:

Mejorar el procedimiento y cumplimiento del parte de lesiones específico por malos tratos.

Establecer unos criterios de seguimiento en los casos de maltrato y/o sospecha del mismo.

Facilitar la colaboración entre los profesionales sanitarios y de éstos con otras instituciones públicas o ciudadanas.

**METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

2003 se realiza el primer proyecto piloto de evaluación del protocolo en el servicio de urgencias; A la vista de los resultados y entre otros desajustes, se evidencia la indefensión de las víctimas una vez que ha finalizado su asistencia.

2004, coordinado por el Instituto de la Mujer, se establece un nuevo protocolo que integra a todas las instituciones que participan en la atención a las víctimas; que abarca a todas las unidades del hospital e incluye a todos los miembros de la unidad familiar. Nace la Comisión interdisciplinar de coordinación y seguimiento de los Malos Tratos creándose la Guía de Medidas de Actuación Coordinada ante una víctima de malos tratos. Se inicia un ciclo de formación a lo largo de 2005 surgiendo el germen de un grupo de trabajo motivado y tutelado por experto.

2006: Evaluación de la implantación del nue-

vo protocolo, se observan deficiencias en el registro de la valoración y cumplimentación del parte de lesiones específico y en el seguimiento de las víctimas, así como la falta de unos criterios de intervención consensuados entre todos los profesionales intervinientes.

### CONCLUSIONES

Tras cuatro años de experiencia en el tratamiento de la violencia doméstica, concretadas las deficiencias apuntadas y conscientes de la importancia de los partes de comunicación al juzgado en el futuro inmediato de las personas que se encuentran inmersas en una situación de violencia doméstica, se impone un paso más decidido en su abordaje.

Se crea un grupo de trabajo con representación de todos los ámbitos de atención sanitaria, que decide la realización de un proyecto de calidad, cuyo primer objetivo tras la evaluación de todos los partes de lesiones gestionados durante los dos últimos años, está siendo el de establecer unos criterios de calidad consensuados en la valoración y cumplimentación de los partes de lesiones dirigidos al Juzgado, y en la protección y seguimiento en los casos de maltrato y/o sospecha del mismo.

Medidas que facilitarán todos los pasos precisos para que la víctima cuente cuanto antes con una protección integral: sanitaria, jurídica y psicosocial.

### AUTOEVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE INFORMACIÓN

MORIANO BÉJAR, M<sup>a</sup> J. FERNÁNDEZ MONTERO, M., HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

#### OBJETIVO

Analizar la actividad en el Servicio para obtener información acerca de las áreas en las que es necesario introducir acciones de corrección o de mejora.

#### INTRODUCCIÓN

Estar inmersos en un programa de calidad, en nuestro caso ISO 9001-2000 requiere un feed-back continuo entre necesidades de los usuarios, acciones de mejora y evaluación de las mismas, por esto es necesario registrar toda la actividad para un posterior análisis.

#### METODOLOGÍA

En nuestra anterior autoevaluación detectamos una serie de áreas en las que era necesario introducir correcciones para acercarnos a

las exigencias de los usuarios, tanto internos como externos. Desplegamos las actividades oportunas para atajarlas o al menos paliarlas. Registramos toda nuestra actividad para tener datos objetivos que nos permitan cuantificarla.

Analizamos de nuevo esa actividad después de las mejoras introducidas.

### RESULTADOS

La implicación en la atención personalizada ha incrementado, atendiendo los casos sin desplazamiento del usuario al SAU en caso de dudas o dificultad de resolución.

Se ha participado en congresos y realizado diferentes cursos de formación siguiendo con la implicación en materias de formación y participación.

En gestión de personal nos adaptamos a la jornada de 35 horas, se modifica el pacto de rotación de vacaciones, se mantienen las guardias generales del hospital por la enfermera jefe del servicio.

Continuamos con el objetivo de mejora de la atención telefónica.

### CONCLUSIONES

La valoración de la actividad de nuestro servicio nos permite identificar áreas de mejora, ver en qué medida se han conseguido las detectadas en otras fases y seguir trabajando para alcanzar los puntos aún no conseguidos.

### EVALUACIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA DEL SERVICIO DE INFORMACIÓN

GUTIÉRREZ DEL RÍO, R., GARCÍA-CASTRILLÓN MARIÑO I. Y COLABORADORES, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

#### INTRODUCCIÓN

El Servicio de Información adscrito al S.A.U inmerso en la Gestión de Calidad Total, Certificación ISO 9001-2000, elabora un instrumento que permite adaptar las acciones de mejora a las expectativas de los usuarios y profesionales. Este trabajo es un ejemplo de la utilización de este instrumento en la medición de acciones de mejora con el objeto de incrementar la confianza y credibilidad de los usuarios en el servicio.

#### OBJETIVO

Tener un instrumento de evaluación que nos permita introducir acciones de mejora en nuestra actividad.

### RESULTADOS

Los usuarios y profesionales evalúan de forma positiva el Servicio de Información; no se evidencian diferencias significativas entre las opiniones de unos u otros destacando como rasgos mejor valorados en ambos casos que son personas identificadas, fáciles de localizar, ofrecen una información útil, que saben escuchar y se puede confiar en su confidencialidad.

### METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra de 200 sujetos: usuarios del Servicio de Información en consultas externas (100) profesionales del H.U.S. (100).

Se utilizó un instrumento de recogida de información test individual de 23 ítem valorados en una escala de 0 a 10.

El análisis de datos se realizó con el programa informático SPSS.

### CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los resultados consideramos que el Servicio de Información es evaluado por usuarios y profesionales positivamente.

La utilización del instrumento de evaluación nos permite introducir acciones de mejora que fomentan la credibilidad y confianza de los usuarios y profesionales en el personal de información.

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE PROGRAMA DE ACOGIDA DEL HOSPITAL LLUÍS ALCANYÍS DE XÀTIVA

BALLESTER LLOPIS, E.; ARBAIZAR MARTINEZ, A.; FERRANDO MAÑÓ I.; TENIAS

BURILLO, J.M<sup>a</sup>; BAS ESTEVE J. GAICIA P., HOSPITAL LLUÍS ALCANYIS XÀTIVA

#### INTRODUCCIÓN

En el Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva nos planteamos la implantación de un Programa de Acogida, como acción de mejora de la atención e información que ofrecemos a nuestros pacientes, ya que las Encuestas de Satisfacción de la Comunidad Valenciana 2004, nos permitieron detectar la acogida e información al ingreso en nuestro hospital, como una oportunidad de mejora. Tras revisar los trabajos publicados en nuestro país sobre encuestas de satisfacción de pacientes en enfermos hospitalizados no encontramos ningún estudio que haya desarrollado y validado una encuesta que pueda ser utilizada por

otros centros. Por ello, se decidió construir una encuesta adaptada a nuestro hospital, revisada y autorizada por la Conselleria de Sanitat, con el objetivo concreto de valorar la satisfacción del paciente en los primeros momentos del ingreso ya que son los que se relaciona directamente con el protocolo de acogida desarrollado.

El objetivo principal de esta comunicación es describir las respuestas a las encuestas de satisfacción del plan de acogida tras los 5 primeros meses de funcionamiento. Además, comparamos la frecuencia de las respuestas en relación al momento del ingreso (por turnos) y a la unidad de hospitalización.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La encuesta consiste en 10 ítems escritos en valenciano. Las 8 primeras preguntas evalúan diferentes aspectos del protocolo de acogida y se centran en la satisfacción del paciente en el momento del ingreso y en su primer día de estancia. Un ítem es reservado para valorar la satisfacción global con la estancia hospitalaria y una última pregunta se deja abierta para recabar las sugerencias para mejorar el protocolo reacogida.

Se estimaron los estadísticos descriptivos mediante frecuencias absolutas y relativas. Los contrastes según el turno y la unidad de hospitalización se realizaron mediante pruebas de Ji cuadrado o un test exacto de Fisher, según las condiciones de aplicación. Se utilizó una  $p < 0,05$  como el límite de significación estadística.

## RESULTADOS

Se recogieron un total de 800 encuestas cumplimentadas entre marzo y julio de 2006. La mayoría correspondían a pacientes ingresadas por la mañana (480: 63%) y el resto a pacientes ingresados por la tarde (282: 37%). En 38 encuestas no se cumplimentó el momento del ingreso.

Según la encuesta, más del 90% de los pacientes se sintieron acompañados al ingreso con una baja sensación de desorientación (7,2%). La guía informativa fue entregada en el 91,5% de los casos y la información recibida fue considerada buena o muy buena en el 81,7%. La satisfacción con la acogida recibida fue considerada buena o muy buena en el 84,3%. El trato ofrecido el primer día por

parte del personal facultativo y de enfermería fue considerado bueno o muy bueno en el 80,3% (facultativos) y 91,6% (enfermería). El 98% de los encuestados recomendaría este hospital a otros pacientes. Hubo una mayor satisfacción entre los ingresados en el turno de mañanas respecto a los de tardes, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por servicios, las respuestas fueron bastante homogéneas, aunque se detectaron diferencias significativas entre servicios en la frecuencia de entrega de la guía informativa ( $p < 0,0001$ ), el grado de comprensión de las explicaciones recibidas ( $p = 0,002$ ) y la sensación de desorientación al ingreso ( $p = 0,01$ ).

## CONCLUSIONES

Según los resultados de este estudio la implantación de un programa de acogida en el entorno hospitalario es recibida con satisfacción por los pacientes. La encuesta de evaluación del programa es una herramienta que nos permite conocer la opinión del paciente y puede ser utilizada en la monitorización de la calidad de atención recibida y en la detección de oportunidades de mejora

## IMPLANTACIÓN DE UN CIRCUITO DE DISPENSACIÓN DE RECETAS CRÓNICAS EN UN CENTRO DE SALUD URBANO.

VENTURA EMANUEL, JOSEP, BALLART LÓPEZ, GLÒRIA, SOTOCA MOMBONA, JOSE MIGUEL, PARIS PUIGCERVER, LIDIA., CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA LES CORTS.

## INTRODUCCIÓN

En enero de 2006 se inicia la implantación de un circuito de dispensación de recetas crónicas en un centro de salud urbano con una población asignada de 32.318 y con historia clínica informatizada.

Los objetivos generales del circuito son mejorar la accesibilidad de los usuarios para obtener las recetas crónicas, desburocratizar las consultas de los médicos de atención primaria y disminuir en la medida de lo posible el número de visitas médicas por día.

## OBJETIVO

Describir el proceso de implantación del circuito de dispensación de recetas crónicas y los primeros resultados generados.

## METODOLOGÍA

Explotación de los datos recogidos en el programa OMI AP sobre las recetas generadas de

los pacientes en el circuito de crónicos. El programa informático OMI AP indica la fecha de recogida en función del intervalo indicado por el médico responsable, siendo habitualmente de 2 meses, e imprime el número de recetas a entregar al usuario para dicho periodo.

El programa sólo permite imprimir las recetas de los medicamentos identificados como crónicos, no como agudos ni a demanda, ya que éstas están controladas por su médico de familia. La recogida de recetas se lleva a cabo en un horario continuo de 8 a 19 horas de lunes a viernes sin necesidad de cita previa, y se generan en el momento en que acude el paciente, que debe ser con un margen de  $\pm 3$  días de la fecha de recogida.

El personal administrativo ha de ser consciente que no puede suministrar ni modificar ningún fármaco que el médico, único responsable de su prescripción, no haya autorizado o prescrito en el circuito de dispensación de recetas crónicas.

## RESULTADOS

En Junio de 2006 un 12,25 % de la población asignada está dentro de este circuito, distribuida en una ratio de unos 1.825 pacientes por médico, de los cuales un 60,69 % son pensionistas y un 39,31 % son activos. Del 1 Junio al 31 de Diciembre de 2006 han sido atendidos en recepción para la dispensación de recetas crónicas un total de 3.958 usuarios y se han entregado 83.944 recetas. En el mismo periodo los médicos de familia han atendido un total de 61.104 vistas y han entregado 230.620 recetas.

## CONCLUSIONES

- Hemos conseguido reducir un 6,47 % de las visitas realizadas por los médicos de familia.
- Hemos facilitado la accesibilidad a los usuarios con una ampliación horaria para la recogida de recetas y hemos beneficiado a aquellas personas que trabajan y disponen de poca flexibilidad horaria.

## EL TRABAJO EN EQUIPO

NEUS FERRÉ CASAO, LOURDES FORNS HERNÁNDEZ, ELENA GARCÍA RODRÍGUEZ, ESTHER TUR COCH., CAP EIXAMPLE

## INTRODUCCIÓN

Trabajar en equipo no es fácil, pero debemos considerarlo un privilegio. En primer lugar tenemos que conocer que hay agrupamientos, grupos pequeños (de 4 a 20 personas, aprox), y equipos. Un equipo suele ser formado por

un grupo pequeño con un alto nivel de cohesión. Así pues, al hablar de equipo hablamos de un grupo de personas interdependientes y que interactúan entre ellos con un alto nivel de cohesión, esto se consigue compartiendo objetivos y con un alto grado de aceptación por parte de todos los miembros.

Es necesario plantear que con una mejora del trabajo en equipo, el usuario será mejor atendido, y así lograremos una mayor satisfacción del mismo.

### OBJETIVOS

- Reflexionar sobre nuestro equipo.
- Conseguir mejorar el trabajo entre los miembros.
- Potenciar la comunicación intergrupala, aprender feed-back
- Cohesionar el grupo
- Entender la evolución grupal.
- Mejorar los procesos de atención.
- Potenciar la satisfacción del paciente/cliente.

### METODOLOGÍA

Primero es necesario comprender la evolución de los grupos, para poder aceptarlo y resolver las posibles situaciones con mayor eficacia. Nos centraremos en el modelo de desarrollo grupal de Tuckman. En segundo lugar; nos fijaremos en la evolución individual dentro del grupo. Tenemos como referencia el modelo de "la ventana de Johari". Finalmente, hablamos del Feed-back y sus condiciones.

### RESULTADOS

Una vez comprendido y explicado cada parte, los objetivos se cumplen, y se realizan aquellas técnicas aplicables a cada a equipo.

### CONCLUSIONES

En todo equipo existen dificultades, con lo que comprendiendo y aplicado los conocimientos mostrados, podemos hacer la vida grupal más fluida y sencilla. Como hemos planteado al principio "trabajar en equipo es un privilegio, pero no es fácil.

### ESTRATEGIAS PARA MINIMIZAR LOS EFECTOS QUE CONLLEVAN LAS REPROGRAMACIONES DE CITAS EN FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA.

CUESTA PRESEDO, SOFÍA.1, GIMENO GURPEGUI, IÑIGO.2, MARTÍNEZ DEL RÍO, BEGOÑA.3 MARTÍNEZ BERMUDEZ, ABELARDO 4, 1 UNIDAD DE ADMISIÓN Y

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. FUNDACIÓN HOSPITAL CALAHORRA, LA RIOJA.

### INTRODUCCIÓN

Analizados los resultados obtenidos de un estudio previo sobre modificación de programación en consultas, sus motivos y ver el impacto que estas generan. La Unidad de Admisión y Documentación Clínica de la Fundación Hospital Calahorra, opta por el rediseño de un procedimiento de seguimiento y control de variaciones de agendas, que consigue reducir de forma efectiva el impacto que estas generan.

### METODOLOGÍA

Se firma un acuerdo por parte de todos los facultativos, donde se fijan una serie de motivos y plazos a la hora de variar la programación de una agenda. Estos cambios de agendas se traducen finalmente en unos indicadores. Para dar mayor peso a este nuevo procedimiento, se decide vincular de forma directa a su grado de cumplimiento, una parte del salario variable anual. Se ha diseñado una solución que permite un seguimiento cómodo y eficaz del proceso, a través de la intranet hospitalaria y como herramienta de control.

### RESULTADOS

- Se reduce el número de reclamaciones y quejas.
- Se reduce el número de pacientes que no se presenta a consulta.
- Se reducen las tareas administrativas.
- Se aumenta el control por parte de las jefaturas, pero paradójicamente se aumenta la flexibilidad a la hora de coordinar las variaciones de programación de agendas.

### CONCLUSIONES

El rediseño del procedimiento para controlar las reprogramaciones de citas, a conseguido involucrar a todos los facultativos en la mejora del proceso de consultas externas, lo que ha permitido aumentar la satisfacción de los clientes externos.

### ESTUDIO DE COLAS EN EL MOSTRADOR

SATORRAS TURULL, ROSER; RAFECAS RUIZ, MONTSERRAT; RAMOS CAPARRÓS, PAQUI; CALLE GARCÍA, RAQUEL; GARCÍA SERRANO, MARIA JOSÉ; RAMOS PÉREZ, FRANCISCA., INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han implantado nuevos sistemas para poder programar visita en

los centros de salud como la programación telefónica por un centro de llamadas o bien a través de internet. A pesar de ello, parece que en algunos centros sigue habiendo colas en los mostradores de atención al usuario.

### OBJETIVOS

Conocer la distribución temporal, los motivos y la procedencia de las demandas que realizan los usuarios en los mostradores de las unidades de atención al usuario en atención primaria así como describir la utilización de estos usuarios en relación al centro de llamadas.

### MÉTODOS

Estudio transversal realizado en 4 CS (población asignada:75224) de la comarca del Anoia y 2 CS (población asignada:87.090) de la comarca del Garraf y 1 CS de la comarca del Alt Penedès pertenecientes al Institut Català de la Salut. La población estudiada fue toda persona que acudiera al mostrador de los CS en horario de apertura por cualquier motivo de demanda. Se realizaron 2 cortes transversales, el primero desde el 2 al 6 de noviembre en los centros del SAP Anoia y el segundo desde el 27 de noviembre al 1 de diciembre de 2006 en los centros del SAP Garraf-Alt Penedès. La fuente de información fue una encuesta realizada al usuario por el administrativo en el momento que atendiera la demanda diseñada específicamente para el estudio, en la que se recogían las variables: día de la semana, hora, edad, sexo, motivos de la demanda, servicio al que se solicita la demanda, procedencia de la demanda, uso del centro de llamadas, problemas relacionados con el centro de llamadas, motivos de no utilizar el centro de llamadas.

### RESULTADOS

En total se han encuestado 16253 usuarios. El día de la semana con más demanda en los mostradores son los lunes (26,32%;IC95%: 25,6-27) siendo la mañana la franja horaria en la que se produce una mayor concentración de las mismas en ambos territorios (60,6%;IC95%: 60-61,6). El motivo más frecuente de demanda es la programación de visitas (44,6%; IC95%: 43,8-45,4) seguido por la programación de visitas urgentes (15,66%; IC95%: 15,1-16,2). Un 36,1% (IC95%: 35,4-36,9) de las demandas se originan en la consulta del profesional sanitario. Un 16,2%

(IC95%: 15,4-17,1) de los usuarios que acuden al centro ha llamado al centro de llamadas y refieren como problema más frecuente la lista de espera. El motivo más frecuente de no haber utilizado el centro de llamadas por los usuarios que no lo han utilizado es el desconocimiento del servicio en los centros de las comarcas del Garraf y Alt Penedès (30,68%; IC95%: 28,9-32,5) y porque viven cerca del centro en la comarca del Anoia (8,9%; IC95%: 8-9,9).

### CONCLUSIONES

Es necesario reforzar el personal administrativo en los primeros días de la semana y en el tramo horario matinal. Sorprende el alto porcentaje de visitas generadas desde las consultas, por lo que habría que favorecer que los pacientes salieran de las consultas con las visitas ya programadas. La lista de espera hace que la central de llamadas no disponga de cita previa inmediata, lo que ocasiona que el usuario que necesita ser visitado sin demora tenga que acudir al CS. Es necesario volver a hacer promoción publicitaria del centro de llamadas, ya que después de 1 año de su inicio sigue habiendo un alto porcentaje de usuarios que no lo conoce.

### ACOGIDA A LOS INMIGRANTES EN EL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

FRANCISCA ARAGON CASAS, FRANCISCA ROMO DEL RIO, JOSEP ANTON TRULLAS PEREZ.

### INTRODUCCIÓN

Nuestra comarca con progresivo incremento económico debido a la rica y variada agricultura destacando la elaboración de vinos y cavas y ubicada en el extrarradio de Barcelona, con el consecuente incremento de la construcción y del sector servicios ve incrementada la población inmigrante.

### OBJETIVOS

Conseguir que la población inmigrante tenga el CIP (código de identificación personal) que lo acredita como beneficiario del CATALUT, en la mayor brevedad posible.

Saber el porcentaje de población inmigrante que accede al sistema sanitario a través de ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...), ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos) y ALTA por Decreto 178/1991

(personas con recursos económicos).

Informar de cuándo se debe utilizar los servicios de atención primaria y cómo se accede a la atención hospitalaria y urgente.

### METODOLOGIA

Trabajamos con la población inmigrante en la comarca del "Alt Penedès". Tenemos 27 municipios, de los cuales 24 son de menos de 5.000 habitantes y 3 de más de 5.000 habitantes. El total poblacional es de 96779 (datos censo 2006) personas de las cuales 11.37% son inmigrantes.

Extrapolamos datos de las altas al sistema sanitario a través del nivel de cobertura del asegurado, que pueden ser:

1. ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...)
2. ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos)
3. ALTA por Decreto 178/1991 (personas con recursos económicos)

### RESULTADOS

La media en recibir la tarjeta sanitaria con el CIP definitivo es de 15 días, si no hay incidencias en la tramitación del alta.

ALTA por acreditación del derecho (personas con entidad de cotización INSS, Muface...)

ALTA por Decreto 55/1990 (personas sin recursos económicos)

ALTA por Decreto 178/1991 (personas con recursos económicos)

Actualmente no podemos valorar si las personas que acceden al sistema sanitario utilizan los servicios de atención primaria y urgencias correctamente y no sabemos si han pasado por nuestro servicio de acogida.

### CONCLUSIONES

La oferta y la demanda sanitaria se equilibra por la inadecuada utilización de los recursos sanitarios y por lo tanto es imprescindible dar una información idónea y una buena acogida a los usuarios inmigrantes.

### VISITAS ESPONTÁNEAS

MORENO BELLA, INMACULADA; VALLS COMA, RAMÓN; SOMOZA GARCÍA, ANA MARIA; PAVÓN CÓRDOBA, CARMEN; MORCILLO LÓPEZ, JOSÉ MARIA; GÓMEZ ARÉVALO, ALBERTO

### INTRODUCCIÓN

La implantación de las nuevas tecnologías ha permitido introducir mejoras considerables tanto para el usuario como para los profesionales.

Aprovechando las que dispone el ICS, en nuestro caso el E-CAP y el SIAP WEP intentamos desburocratizar la consulta de trámites administrativos, sin limitación horaria dentro de la jornada laboral de mañana y tarde, para poder así dedicar más tiempo de la consulta a la parte asistencial real.

El usuario puede salir con el problema resuelto el mismo día, sin tener que volver al día siguiente.

### OBJETIVOS

Desburocratización de las consultas. Mejorar la accesibilidad de los usuarios. Desarrollo pleno de competencias profesionales.

Acercarnos, lo máximo posible, a que la visita espontánea que llega a la consulta sea lo más parecido a una visita urgente.

### METODOLOGIA

ABS urbano de 21.000 usuarios y con un equipo UAAU de 11 personas

Se establece 2 puntos de atención al usuario, uno en el mostrador de la planta baja y otro en la primera planta, facilitando la accesibilidad a los usuarios. Hay un tercer punto que sería la atención telefónica, en un despacho anexo al mostrador de la planta baja.

Se homogenizan los criterios entre todo el personal sanitario y el personal administrativo en cuanto al proceso "visita espontánea".

· Funciones del administrativo: Acoge al usuario y facilita la parte administrativa, resolviendo o derivando a quien corresponda en caso de que no requiera consulta sanitaria.

Introduce la visita espontánea en la agenda del médico en la hora real.

Escribe en "comentario del usuario" el motivo de la visita para que el médico la pueda valorar.

Si se cree que el motivo por el cual viene a visitarse es urgente, llama al médico para que lo valore.

· Funciones del médico:  
Será el que valore la visita espontánea, priorizando según esta valoración.  
La visita en sí, intercalándola entre las citas previas programadas.  
Atenderá las visitas espontáneas siempre que no sean para: solicitar la baja (y su médico titular tenga cita previa para antes de 3 días); solicitar el alta y su médico tenga cita previa para el mismo día; cambiar el permiso administrativo de la IT (en este caso, se le apuntará al médico como visita telefónica), recetas (no se considera una visita espontánea) y solo se aceptarán aquellas peticiones que, avaladas por un informe de alta, se hayan visitado en un hospital; los informes siempre se programarán como cita previa; las solicitudes de derivación, siempre se programarán como cita previa.

**RESULTADOS**

El administrativo hace de administrativo, no ha de hacer valoración sanitaria, lo que reduce el margen de error.  
Muchas de las visitas espontáneas son trámites administrativos y se pueden resolver al momento sin necesidad de entrar en la consulta.  
El usuario no tiene un horario concreto para una visita espontánea (mañana o tarde de 8h a 20h de lunes a viernes y los sábados de 9h a 20h), esto evita la presión asistencial en el mostrador.  
Los médicos tienen un mejor control de sus pacientes y solo se programarán las citas previas que sean necesarias, ya que los trámites burocráticos se hacen fuera del horario de visita.  
Las citas previas se programan para visitas asistenciales.

**CONCLUSIONES**

Disminuye el número de pacientes en horarios limitados y mejora para el usuario en cuanto al horario (de 8h a 20h de lunes a viernes y los sábados de 9h a 20h) flexibilidad horaria.  
Dichas visitas se pueden programar tanto en el mostrador de la planta baja, como en el de la primera planta.  
Mejora el acceso al servicio por parte del usuario.  
Nos hemos centrado en el tratamiento de la visita espontánea al médico de cabecera por

ser el volumen más importante, pero tenemos un procedimiento similar con las visitas del resto de personal sanitario.

**IMPLANTACION DE UN PLAN DE COMUNICACIÓN EXTERNO EN EL HOSPITAL GENERAL Y UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

CECILIA SORIANO CLEMOR, FRANCISCO SORIANO CANO, LUIS ROSADO BRETÓN, MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ MOLINA, FRANCISCO J. RADUÁN, TEO MORENO NAVARRO, HOSPITAL GENERAL Y UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

**INTRODUCCIÓN**

La comunicación es un elemento indispensable en las organizaciones sanitarias. La gestión de los sistemas de información y documentación es un recurso estratégico en la planificación y la organización del hospital.

**OBJETIVOS**

- 1.Orientar las técnicas y los procesos de gestión de la información y documentación al usuario externo y al ciudadano
- 2.Ampliar, mejorar y actualizar los canales de comunicación interna y externa
- 3.Gestionar la recogida y el tratamiento de la información de forma continua y sistemática, permitiendo su almacenamiento, recuperación, utilización y difusión.
- 4.Utilizar la información generada dentro y fuera del hospital con fines organizativos
- 5.Potenciar y mejorar la comunicación con los profesionales, los pacientes, los usuarios, los ciudadanos en general y los agentes institucionales y sociales.

**METODOLOGIA**

- La Gerencia del hospital pone en marcha el Gabinete de Comunicación y Prensa
- Se crea un equipo de trabajo que elabora un calendario de reuniones organizativas multidisciplinares y un sistema de gestión de la información.
- Se revisa y actualiza el sistema de comunicación existente y se adapta a las nuevas exigencias organizativas internas y externas.
- Se rediseñan y normalizan los documentos utilizados en el hospital

**RESULTADOS**

- Se ha revisado y actualizado el organigrama, los puestos y las funciones
- Se han mejorado los sistemas de información existentes
- Han surgido nuevos canales de comunicación

- Ha mejorado las relaciones profesionales, sociales e institucionales.
- Se han dado a conocer muchas actividades, eventos, tareas... que hasta entonces resultaban desconocidas
- Ha mejorado la imagen de toda la organización

**CONCLUSIONES**

- El Plan de Comunicación nos recuerda la necesidad de plantearnos la forma de estructurarnos, de organizarnos y de comunicarnos.
- Se ha creado un sistema de comunicación eficaz, planificado y consensuado
- Trabajar sobre la comunicación interna y externa ha mejorado el clima profesional y social. Y ha aumentado la percepción positiva del hospital.

**IMPLANTACIÓN Y DIFUSIÓN DEL TESTAMENTO VITAL EN UN CENTRO DE SALUD**

ANGLÉS SEGURA, TERESA - CABRELLES PUJOLRÀS, MISERICORDIA - COTS MORENILLA, MANEL - MENGIBAR GARCÍA, YOLANDA - PLANA OLLE, MONT-SERRAT - POUS ROURA, ASUNCIÓN. ICS

**JUSTIFICACIÓN**

El contenido del documento del Testamento Vital (ley 21/2000 de 29 de diciembre) utiliza un lenguaje poco claro, demasiado largo y denso. Lo que hace, que tanto el personal del Centro como los usuarios, no reciban la información adecuada para la implantación y utilización correcta de dicho documento.

**OBJETIVOS**

Simplificar, implantar y difundir el documento del Testamento Vital, facilitando la formación al personal del Equipo de Atención Primaria, para proporcionar una información más adecuada al usuario.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.  
Se realiza un Brain storming, con posterior análisis mediante la espina de Ishikawa, y elaboración de los diferentes planes de acción.

**RESULTADOS**

1-Elaboración de un Manual de procedimientos de actuación para los profesionales del Centro de Salud, aplicable cuando un usuario solicita información en relación al Testamento Vital.

2-Elaboración de un díptico informativo para los pacientes, con los siguientes contenidos: ¿Qué es el Testamento Vital?; ¿Quién lo puede solicitar?; ¿Qué podemos hacer para que el documento sea válido?; ¿Dónde podemos solicitar la información y la documentación en relación al Testamento Vital?; ¿Dónde presentamos la documentación?; ¿Dónde se registra? y ¿Se pueden registrar cambios?

2-Difusión del Manual del Testamento Vital a los profesionales del Centro.

3- Difusión de los dípticos del Testamento Vital a los usuarios.

4-Implantación del procedimiento y del díptico en sesión clínica para todo el personal del Centro de Salud.

5-Creación de un Comité multidisciplinar que evalúe la implantación del Testamento Vital, Manual y díptico, y estudie su aplicación al resto de los Centros de Salud de nuestra área de influencia.

**CONCLUSIONES**

1-El trabajo realizado es útil para ayudar a los usuarios y profesionales en este tema.

2-Los profesionales sanitarios han asumido los conceptos básicos del documento del Testamento Vital y por lo tanto están en condiciones de aconsejar a sus usuarios.

3-Observados los excelentes resultados obtenidos en nuestro Centro, se considera necesaria su difusión a los demás Centros de Salud de nuestra área de influencia.

La utilización del Testamento Vital debe entenderse como un proceso positivo de responsabilidad de los usuarios en las decisiones relativas a su salud.

**ACORDAROS QUE ALGUN DIA HAY QUE IR A TRABAJAR - (IT)**

SOMOZA GARCÍA, ANA MARIA; GALLEGO ALCAINA, ELISABET; PAVÓN CORDOBA, CARMEN; MORENO BELLA, INMACULADA; MORCILLO LÓPEZ, JOSÉ MARIA; BRAVO AYUSO, MARÍ ÁNGELES.

**INTRODUCCIÓN**

La implantación de las nuevas tecnologías ha permitido introducir mejoras considerables tanto para el usuario como para los profesionales.

Aprovechando las que dispone el ICS, en nuestro caso el E-CAP y el SIAP WEP intentamos desburocratizar la consulta de trámites administrativos facilitando la recogida de los partes de confirmación, sin limitación horaria.

**OBJETIVOS**

Desburocratización de las consultas.

Mejorar la accesibilidad de los usuarios.

Desarrollo pleno de competencias profesionales.

**METODOLOGIA**

ABS urbano de 21.000 usuarios y con un equipo UAAU de 11 personas

Se establece 1 punto de entrega en el mostrador de la planta baja de los partes de confirmación, facilitando la accesibilidad a los usuarios.

Se homogenizan los criterios entre todo el personal sanitario y el personal administrativo.

El medico realiza:

- La baja en la consulta y se la entrega al paciente en mano.

- Le explica que el 1º parte se recoge a los 4 días y el siguiente de manera semanal, obligatorio recogerlo a lo largo de la semana vigente.

- Hacer la baja a nombre del colegiado responsable del paciente, en caso de no ser el titular (eso facilitará el seguimiento posterior).

- Si el médico entrega algún parte en la consulta, se tiene que acordar de revisar la fecha límite de la baja para evitar problemas posteriores en la impresión en mostrador.

El administrativo realiza:

- La entrega de los partes de confirmación en la planta baja.

- Si surgen incidencias y el médico esta presente, se le apunta una visita telefónica para solución en el momento. Si el medico no está se deja apuntada una visita telefónica al final de la lista del día, con un comentario del problema para revisión del caso en horario "back-office". En el aviso explicar el problema que hay con la IT, comprobar que tenemos los teléfonos de contacto del usuario correctos y decirle que médico revisará su baja y se pondrá en contacto con él.

-Si el permiso administrativo finaliza al cabo de una semana, se supone que el paciente lo sabe porque previamente en la consulta se le explicó la duración, no hace alta darle hora, será una incidencia, se seguirá el circuito explicado arriba.

**RESULTADOS**

El usuario no tiene un horario concreto para recoger el parte (mañana o tarde de

8h a20h de lunes a viernes y los sábados de 9h a 20h), esto evita la presión asistencial en el mostrador.

Los médicos tienen un mejor control de sus pacientes y solo los visitan cuando es necesario.

Disminución de la cita previa.

El administrativo hace de administrativo

**CONCLUSIONES**

Disminuye el número de pacientes en horarios limitados.

Hay un único mostrador en la planta baja. La entrega de los partes centralizada en un único punto, el mostrador de la entrada al centro, mejora el acceso al servicio por parte del usuario.

Mejora para el usuario en cuanto al horario (de 8h – a 20h de lunes a viernes y los sábados de 9h – a 20h) flexibilidad horaria para el usuario.

No es necesario pedir cita previa.

**INVERTIR EN FORMACIÓN S.A.I.P., UNA APUESTA SEGURA**

PAZOS MORENO, JOSE MANUEL; DÑA. NURIA MARTINEZ DUCE, D. SEBASTIAN ANTON GOMILA, DÑA. MERCEDES GARCIA PRAST Y DÑA. ASUNCION MARTINEZ GARCIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

**INTRODUCCIÓN**

La formación constituye uno de los pilares básicos que debe tener en cuenta una sociedad moderna para poder conseguir unos servicios de calidad. Es por ello por lo que a través de los Cursos de Humanización en la Atención al Paciente, que impartimos en nuestro Departamento, pretendemos fomentar que, todas las personas que prestan sus servicios en nuestro sistema sanitario bien en el ámbito individual o como parte integrante de un equipo de trabajo, deben aspirar a aportar su mejor potencialidad y profesionalidad en el desarrollo de sus tareas. Estas dignas aspiraciones, a través de la formación, deben armonizar, canalizar y posibilitar la asunción de responsabilidades con las garantías suficientes para desarrollarlas con calidad en respuesta a una nueva cultura de calidad que, cada día con mas fuerza, está calando en nuestra sociedad.

**OBJETIVOS**

El objetivo del presente trabajo el proporcionar una referencia a aquellos profesionales del ámbito sanitario que tienen la inquietud de profundizar en el servicio que prestan estas unidades de los centros sanitarios, princi-

palmente, de carácter público para ofrecer un mejor servicio a la sociedad y, a la vez, obtener un mayor reconocimiento por la mejora de la calidad profesional sensibles a una realidad social en la cual, muchos ciudadanos, se encuentran desamparados ante un sector sanitario todavía paternalista, burocratizado y hermético. Sin estos profesionales, no sería posible una dinámica positiva y favorable

Es por ello por lo que, lo pretendemos con los cursos que impartimos, es conseguir que los profesionales del ámbito sanitario posean un fundamento científico que les oriente en la resolución de conflictos y, sobre todo, en el ejercicio de la humanización en el trato a los pacientes relacionadas con la investigación en estudios de opinión y satisfacción de los usuarios.

### METODOLOGÍA

Impartición de clases teórico prácticas de los temas relacionados con el tema del Curso por personal sanitario (médicos, enfermería, trabajadores sociales y psicólogos), en que se dramatizan situaciones que pueden darse en cualquier faceta de nuestro ejercicio profesional (enfaticando en las potencialmente conflictivas) durante el desempeño de nuestra labor cotidiana diaria. Se realizan igualmente talleres de comunicación verbal y no verbal, técnicas de relajación y ejercicios de asertividad y autoestima entre otros. Se proyectan películas cinematográficas acerca de temas relacionados con el Curso para promover un debate al respecto y se realizan filmaciones en video donde el alumno ve reflejado su comportamiento en determinadas situaciones propuestas por el profesorado y que, posteriormente, se analizan rectificando determinadas conductas no adecuadas.

### RESULTADOS

Se analizan los resultados obtenidos (en cada una de las cinco ediciones realizadas hasta la fecha) por medio de encuesta individual, personalizada y anónima por todos los alumnos que han participado en el Curso, una vez finalizadas las distintas ediciones del mismo. Se valoran y tabulan items como los relacionados a continuación: Objetivos y Contenido del Curso, Metodología empleada, Valoración del profesorado, Organización y Aplicabilidad de los contenidos.

### CONCLUSIONES

Con todo lo anteriormente expuesto, hemos tratado de transmitirles y hacerles partícipes de nuestra experiencia docente en la que, el personal de nuestras instituciones sanitarias, es el protagonista de la formación que impartimos, repercutiendo muy positivamente en aumentar su percepción de la calidad integral en la atención hacia de nuestros pacientes y/o usuarios.

Nos congratula el comprobar, igualmente, que nuestra labor se ve recompensada según queda avalada por el análisis de los resultados obtenidos por la Unidad de Calidad y Formación de nuestro Hospital y que arrojan unos resultados que nos comprometen a seguir mejorando nuestra actividad docente, actualizando constantemente acerca de la disciplina de la humanización.

### AUMENTO DE LA CONFLICTIVIDAD EN LOS CENTROS SANITARIOS EN EL S. XXI

CAP ANTÓN DE BORJA. SERVICIO DE ADMISIONES. RUBÍ BARCELONA.

### INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en los centros de atención sanitaria, cada vez más, presenciamos situaciones de riesgo ante pacientes violentos. Destacar que debería existir formación específica entre el personal del centro para poder abordar este tipo de situaciones.

### OBJETIVOS

- Garantizar la total formación del personal del centro, para poder así conseguir, una mayor satisfacción tanto por parte del equipo sanitario / no sanitario, como del propio usuario.
- Demostrar la existencia, cada vez mayor, del incremento de violencia por parte del cliente hacia éste personal.

### METODOLOGÍA

Estudio comparativo mediante estadísticas del comportamiento violento de los usuarios ante los diferentes estamentos del centro. Establecer entrevistas entre los diferentes estamentos para demostrar la poca formación de dicho personal.

### RESULTADOS

Capacidad de respuesta y resolución ante un conflicto por parte del personal del centro y promocionar cursos específicos para poder afrontar éste tipo de situaciones.

### CONCLUSIONES

Asumiendo que el paciente es nuestra primera responsabilidad, desde el momento en que entra en el centro, se muestre o no con actitud violenta. Poner de manifiesto la necesidad de cursos formativos tanto para el personal administrativo como para el personal sanitario y proponer la presencia de personal de seguridad en los centros de atención primaria, cámaras de vigilancia, alarmas...

### BURNOUT Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

RAFAEL RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, MERCÈ TORRES PERPIÑAN, GUILLEM PERA

BLANCO, PERE TORAN MONSERRAT I MARTA RUIZ NOGUERAS

### INTRODUCCIÓN

Los profesionales del ámbito de la salud nos enfrentamos en el trabajo cotidiano a numerosos riesgos de diversa índole y consecuencias para nuestra salud. Quizás, el más peligroso, por la dificultad de su tratamiento, es el deterioro de nuestra capacidad como profesionales y el desgaste que conlleva. Nos referimos al "Síndrome del desgaste profesional" o "del burnout", el cuál es fundamental detectar para poder tratarlo, así como determinar los factores de riesgo a los que esta asociado. Son diversos los trabajos que se han llevado a cabo en el entorno sanitario, sobre todo centrados en médicos y enfermeras. Dentro del colectivo administrativo, los profesionales de las Unidades de Atención al Usuario (UAU) son víctimas potenciales de este síndrome dadas las particulares características de su trabajo. En nuestro país son escasos los estudios que han valorado el síndrome de burnout en estos trabajadores.

### OBJETIVOS

Estudiar la prevalencia del síndrome del burnout y la calidad de vida profesional, así como los factores de riesgo asociados en el personal administrativo del Servicio de Atención Primaria (SAP) Mataró-Maresme (Barcelona).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se repartieron 219 encuestas anónimas a todos los administrativos de la SAP. Se recogieron variables sociodemográficas y laborales. Se midió el grado de desgaste profesional mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), que evalúa el desgaste profesional

en 3 escalas: agotamiento emocional (AE), desgaste profesional (DP) y realización personal (RP). La calidad de vida profesional se midió mediante el cuestionario QVP-35 del Institut Català de la Salut. Se utilizó regresión lineal bivariada y multivariada para evaluar la asociación de cada escala del MBI, de forma continua, con los potenciales factores de riesgo, regresión ordinal usando el grado de burnout como bajo-medio-alto y regresión logística para estudiar el riesgo de tener un grado alto de burnout respecto a un grado medio-bajo. Se correlacionaron las escalas del MBI y QVP-35 mediante coeficiente de correlación de Pearson.

## RESULTADOS

La participación fue del 74% (162 encuestas retornadas), aunque solamente 134 (61%) respondieron a todas las preguntas de todas las escalas. La participación en el turno de noche (29%) fue significativamente menor. El 26% de los respondientes fueron hombres, con una edad media de 41 años y una antigüedad en su trabajo de 13 años. El 57% eran fijos y el 60% trabajaba de mañanas. Las puntuaciones en el MBI fueron 19.67 (AE), 7.18 (DP) y 38.19 (RP). El 31%, 30% y 24% tuvo un alto grado de burnout en las escalas AE, DP y RP respectivamente. Un 18% tuvo un nivel bajo de burnout en las 3 escalas mientras que un 29% tuvo 2-3 escalas con alto nivel de burnout. El principal mecanismo propuesto por los encuestados para disminuir el estrés laboral fue mejorar las herramientas de trabajo (90%), seguido por la determinación de objetivos claros (64%). Las puntuaciones del QVP-35 fueron 5.29 (soporte directivo), 5.23 (demandas) y 7.74 (capacitación, recursos y motivación intrínseca). En el análisis multivariado, las personas separadas (o viudas o divorciadas) tenían menos AE que las solteras o casadas, así como los trabajadores del servicio administrativo respecto al resto. La variable más fuertemente asociada a la escala AE fue la antigüedad (OR alto vs medio-bajo=1.11, IC95%=1.05-1.17, por cada año trabajado). Los trabajadores interinos, los del servicio administrativo o los que recibieron mejores indicadores de DP que el resto. En cambio, el número de hijos se asoció positivamente al DP (OR=1.57, IC95%=1.01-2.43). Los trabajadores eventuales tuvieron mejores índices de RP que los fijos (OR=0.13, IC95%=0.04-

0.46). La antigüedad se asoció a una menor RP, efecto inverso al observado con la edad (a misma antigüedad, mejor RP con mayor edad, pero a misma edad, peor RP con mayor antigüedad). El género y el número de cambios de centro en el último año no se asociaron a ninguna escala de MBI. Otras variables que se asociaron en el análisis bivariado (nivel de estudios, turno y categoría profesional) dejaron de estarlo al ajustar por el resto de variables. Los profesionales de atención al público (85%) tuvieron mayores índices de burnout, aunque no estadísticamente significativos, que los de los servicios centrales. La correlación entre las escalas del MBI y del QVP-35 es moderada (r entre 0.59 y -0.23).

## CONCLUSIONES

El grado observado de burnout entre los administrativos de nuestra SAP es elevado, sobretudo en las escalas AE y DP. Los profesionales con más años de trabajo son, en general, los más afectados. Se detecta un efecto de la vida familiar (estado civil, hijos) sobre la vida laboral.

### LA BARRERA DEL IDIOMA

FLORA ROIG LÁZARO, JOAN F. AMARGANT RUBIO, CONCEPCIÓN GÓMEZ MIELLÁN, RAQUEL MASVIDAL MORENO, ISABEL REGALES CASTRO, MIRIAM SALAS MÓ ESTEVE. ATENCIÓN AL USUARIO DEL ÁREA BÁSICA DE PINEDA DE MAR.

## OBJETIVOS

Exponer la problemática creciente que representa en Atención al Usuario, la llegada de extranjeros que no entienden nuestro idioma:

- 1.- Informar sobre la problemática del idioma cada vez más creciente.
- 2.- Entendernos con el usuario para salvar la barrera del idioma.
- 3.- Individualizar la problemática de cada usuario para resolver sus necesidades.
- 4.- Buscar soluciones a pie de mostrador, para facilitar nuestro trabajo y para que el usuario quede satisfecho.

## DISEÑO

Quando nos reunimos el grupo de Atención al Usuario de Pineda de Mar, teníamos claro que queríamos hacer un póster sobre alguna problemática que nos afectara directamente. Tras analizar varias opciones, creímos que ésta podría ser la barrera del idioma. Es Pineda, un pueblo del Maresme, provincia de Barcelona y cercano a Calella, Blanes y Lloret de Mar, con una población creciente,

sobretudo de inmigrantes y muy turística en verano.

Somos nosotros, Atención al Usuario, los primeros en recibir a las personas inmigrantes que piden información sobre qué hacer para ser atendidas por un médico o enfermera.

Algunos vienen la primera vez a informarse con alguien de su mismo país que entiende el castellano y que nos sirve de puente para hablar con la persona que solicita nuestros servicios.

Según estadísticas del Ayuntamiento de Pineda, en el 2005 había 26.179 habitantes de los cuales 4.412 eran extranjeros.

Desde el año 2000 la población extranjera ha aumentado en 3.250 personas. Este aumento es sorprendente teniendo en cuenta que en el año 2000 había 1.000 extranjeros en una población de 20.000 personas.

Para realizar el póster llevamos a cabo un estudio sobre la población que acudía a nuestro centro. De 400 personas extranjeras un 17% no hablan ni entienden nuestro idioma.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La realidad nos dice que la barrera del idioma es un problema creciente en Atención al Usuario que conlleva un mayor esfuerzo por nuestra parte para poder mantener la calidad de nuestros servicios.

Como una de las posibles soluciones creemos que sería conveniente tener suficientes medios, como trípticos, folletos, etc. en varios idiomas, para poder ofrecer una atención más completa y entendedora.

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MAR GALLARDO GARCÍA, ESTHER LÓPEZ GARCÍA, M<sup>a</sup> JOSÉ SÁNCHEZ IBÁÑEZ, RICARDO CAÑABATE GARCÍA, PRESENTACIÓN LÓPEZ FERRER, M<sup>a</sup> LUZ CEQUIER ALONSO, CAP VALLCARCA-SANT GERVAZI

## INTRODUCCIÓN

En marzo de 2003 iniciamos la gestión de dos áreas básicas urbanas que dan cobertura asistencial a unas 62.000 personas. La plantilla del centro asciende a 80 trabajadores, de los cuales 15 son personal administrativo (UAU: Unidad de Atención al Usuario).

**OBJETIVOS**

Desde la UAU se coordinan numerosos procedimientos y tareas, cada uno de los cuales tiene uno o dos responsables directos que son miembros de la unidad y gestionan el trabajo concreto de cada actividad.

Después de dos años de funcionamiento, nos planteamos la necesidad de crear un manual protocolario administrativo cuyo objetivo sería:

- unificar criterios
- facilitar el acceso a la información en cualquier momento al administrativo
- mejorar la atención al usuario
- optimizar el tiempo.

**METODOLOGÍA**

Un grupo de ocho administrativos diseñó el formato del manual de acuerdo con la normativa ISO 9000.2000. Paralelamente se realizó un curso de calidad.

El grupo se reunió metódicamente una vez por semana durante un año. Una vez diseñado, el manual de procedimientos administrativos, se presentó al equipo y se aprobó. Los responsables de los diferentes procedimientos elaboraron el suyo propio. En este momento estamos pendientes de la revisión y aprobación definitiva.

**RESULTADOS**

Recopilando todos los protocolos que se realizan desde la unidad obtenemos 20 protocolos diferentes que dividimos en dos grandes bloques: administrativos (11) y de soporte a otros estamentos (9). Nos resultaron todos estos:

- Administrativos: Tramitación de tarjetas sanitarias, reconocimientos del derecho a la asistencia sanitaria, cambios de EAP (Equipo Atención Primaria), petición de historias, gestión de TSE (Tarjeta Sanitaria Europea) y extranjeros de países con convenio, medicación especial, gestión ambulancias y taxis, cambios de médico, facturación de visitas, funcionamiento y utilidad del RCA (Registre Central Assegurats de Catalunya), voluntades anticipadas, correo interno
- De soporte a otros estamentos. Programación y seguimiento de analíticas, domicilios agudos, gestión de derivaciones hospitalarias y de pruebas complementarias; dispensación de medicación crónica, validación de recetas, petición de talonarios de recetas; gestión de

recetas de residencias, reasignación de visitas y valija del CATSALUT.

**CONCLUSIONES**

Trabajo en el que ha participado todo el personal administrativo mediante un proceso valorado positivamente por todos los estamentos. Con el manual mejorará la mecánica de funcionamiento del administrativo/a.

Al tener que revisarlo se han podido corregir errores y actualizar toda la información.

Las impresiones del personal son muy satisfactorias.

Se rompe con el tópico que arrastra la figura del administrativo de Atención Primaria: no sólo damos día y hora.

**MEJORAR EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA POBLACION INMIGRANTE**

ANGLÉS SEGURA, TERESA – BELLA POBLET, XAVIER - CABRELLES PUJOLRÀS, MISERICÒRDIA – CORTÉS CORTÉS, ANGELINA – LLADO SANS, ANTONIA - PLANA OLLE, MONTSERRAT.ICS

**INTRODUCCIÓN**

La población censada de nuestro municipio está experimentando un crecimiento exponencial durante la última década, este hecho tiene como característica principal el elevado porcentaje de personas procedentes de otros países. El 38% de la población censada es extranjera, y originaria de más de 90 países diferentes; entre los que destacan: Senegal, Reino Unido, Argentina, Marruecos, Rumania, Colombia, República Dominicana, Brasil, Italia, Rusia, India, Pakistán y China. Debido a esta diversidad cultural y idiomática nos planteamos hacer una serie de mejoras para poder ofrecer un servicio de mayor calidad.

**OBJETIVO**

El objetivo principal es facilitar el acceso al Centro de Salud a todas las personas de nuestro Municipio que soliciten atención sanitaria por primera vez, minimizando al máximo las dificultades de adaptación de la población inmigrante.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar.

Realización de un Brain storming, con posterior análisis mediante la espina de Ishikawa, y elaboración de un protocolo que reúne los diferentes planes de acción, para cada estamento profesional. Este protocolo se pone en

marcha en Mayo de 2006.

1.- Elaboración de un manual de procedimientos acogida para la Unidad de Atención al Usuario.

Recogida de datos administrativos para dar de alta al usuario en el Centro Sanitario, asignación de medico/enfermería y efectuar todos los tramites administrativos referentes a la tarjeta sanitaria. Dar información general sobre los diferentes horarios del Centro. Entregar la Cartera de Servicios y el tríptico de los derechos y deberes de los usuarios. Concertar cita con enfermería para la visita de acogida, a la que se le recomienda venga acompañado de una persona que hable su lengua y el español o el catalán.

2.- Manual de procedimientos para el servicio de enfermería.

Dar información sobre el funcionamiento y los servicios sanitarios que ofrece el Centro. Recogida de los datos sanitarios del paciente para abrir Historia clínica. Derivación a consulta de medicina, si hay problema actual de salud.

3.- Manual de procedimientos para el servicio médico.

Seguimiento y visita medica según protocolo establecido.

**RESULTADOS**

Adhesión a la visita de acogida durante el periodo: del 19 de Mayo al 31 de Diciembre del 2006.

Se han dado de alta 941 personas de 49 naciones distintas, con predominio de España (307), Senegal (143), Rumania (60), Colombia (51), Argentina (45), Marruecos (46), India (27), Italia (23)...

De ellas, han aceptado la visita de acogida 823 (87,5%) y la han rechazado 118 (12,5%).

Durante este periodo han realizado la visita de acogida 720 personas (76,5% del total de 941).

**CONCLUSIONES**

- Todos los estamentos del Centro están implicados en la atención a la población inmigrante.
- La alta aceptación de la visita de acogida, demuestra que esta es una necesidad real de nuestra población.
- Cada colectivo del Centro visualiza aspectos positivos de este protocolo:
- Administrativos: Orientación y resolución de sus problemas administrativos. Gestión con

alto valor añadido.

•Enfermería: Primer contacto sanitario con el paciente. Facilita la primera visita y registran la información sanitaria en la Historia Clínica. Pueden detectar situaciones de riesgo y poner en marcha diferentes protocolos de actuación.

• Médicos: Seguimiento y visita medica según protocolo establecido.

• Los profesionales de la Unidad de Atención al Usuario son los que tienen el primer contacto, y por tanto, son el punto de inicio de la totalidad de este proceso.

### MEJOREMOS A TRAVÉS DE LA FORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN!

JESÚS BERTHOLET MARTÍNEZ, ARES BORRÀS MATA, OLGALLUBES MAS, PILAR MORÓN TABERNER, GEMMA AMAT CAMATS, TERE VILÀ PARROT, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

#### INTRODUCCIÓN

En el año 2005 se pasó una encuesta al personal de atención al usuario para conocer, entre otras cosas, sus necesidades formativas, su visión sobre sus capacidades para realizar sus tareas, la ansiedad que les producía su trabajo i el grado de responsabilidad que percibían en la realización del mismo.

En el año 2007 se ha vuelto a pasar la misma encuesta para valorar si los mecanismos de formación y acercamiento a la unidad de atención al usuario han mejorado su calidad laboral

#### OBJETIVOS

1. Conocer las necesidades e inquietudes formativas de nuestros profesionales.
2. Analizar los resultados para estudiar un proyecto de mejoras formativas con la intención de mejorar a la vez su autoestima, valoración del trabajo, motivación, presión y resultados del trabajo desempeñado.
3. Mejorar su formación para conseguir que todos sean polivalentes y puedan ofrecer una mejor atención al usuario.

#### METODOLOGÍA

Elaboración de una encuesta anónima compuesta por 50 ítems, de los cuales, 12 ítems nos aportaban información sobre la situación y percepción del trabajo en el año 2004 para actuar sobre ellos y intentar mejorarlos.

La encuesta se pasó a todo el personal de las Unidades de Atención al Usuario de los 9 Centros de Salud que forman nuestro Servi-

cio de Atención Primaria Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell. La encuesta fue enviada personalizada por correo interno, devolviéndola de manera anónima. Así pues se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Esta encuesta se pasó en el año 2005, analizando los resultados de la misma, se decidió iniciar un plan de actuación, el cual consistía en:

- Realizar formación en servicio para todo el personal de las unidades de atención al usuario.
- Reuniones y formación del personal sustituido antes de incorporarse a su nuevo trabajo.
- Decisión de los profesionales de los cursos a realizar según las necesidades de cada centro.
- Organización de las tareas de cada profesional, trabajo en equipo. especialización en el trabajo, distribución de tareas i decisión conjunta.
- Diseño de una web, en la que están participando los referentes de cada centro, donde encontrarán todos los protocolos, toda la información, la cartera de servicios, las webs de interés, la pirámide de médicos y especialistas, etc.
- Actualización y información de los cambios en los protocolos, circulares, ... que afectan a su trabajo durante los cursos.

Una vez, transcurridos 2 años se ha vuelto a facilitar la misma encuesta para analizar los resultados y observar si las políticas llevadas a cabo han sido fructíferas.

#### RESULTADOS

- Mejoras significativa:
- La percepción del volumen de trabajo al que se enfrenta la unidad de atención al usuario ha aumentado en un 21% al cabo de estos dos años, su carga de responsabilidad también aumenta en un 12%, la presión que reciben de los usuarios a aumentado un 10%, pero es muy significativo que pese a aumentar su trabajo y las tareas que realizan su percepción, motivación y conocimiento de su trabajo haya mejorado ostensiblemente.
- La falta de tiempo para realizar su trabajo solo aumenta un 4%.
- Su satisfacción al recibir información de sus resultados aumenta un 19%.
- La visión negativa del apoyo de la dirección

ha disminuido un 28%:

- Su capacidad para realizar el trabajo ha aumentado en un 22%.
- Reconocimiento, agradecimiento y valoración de las tareas realizadas aumentan en un 27%, 28% y un 14% respectivamente.
- Siguen pidiendo más formación específica un 2,3%.
- El conocimiento de sus tareas ha aumentado en un 34%.
- Su motivación y ganas de aprender aumenta en un 26%

#### CONCLUSIONES

Podemos afirmar que pese haber aumentado considerablemente la carga de trabajo, la responsabilidad y la presión que reciben las unidades de atención al usuario por parte de la institución y los usuarios hemos mejorado su satisfacción, su formación, su motivación, su visión de la dirección y el tiempo para realizar su trabajo con las medidas adoptadas y mencionadas anteriormente.

### MEMÒRIA DE LA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO EN UN CENTRO SANITARIO.

CABRELLES PUJOLRAS, MISERICORDIA; COTS MORENILLA, MANEL; ANGLÉS SEGURA, TERESA ; CORTÉS CORTÉS, ÀNGELA, PLANA OLLE, MONTSE; POURS ROURA, ASUNCIÓN; INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

#### INTRODUCCIÓN

El centro de atención primaria "CAP Llibertat" empezó a funcionar hace tres años. Es un edificio antiguo , lo que ha dado lugar a que tanto la actividad administrativa como la sanitaria haya tenido que adaptarse a dicha estructura.

Dicho proceso de adaptación ha repercutido en la unidad de atención al usuario, de la misma manera que lo ha hecho el cambio de nuestra sociedad.

Así pues, la unidad de atención al usuario ha pasado de hacer únicamente funciones de citación a realizar otro tipo de tareas y procesos administrativos que no quedan reflejados en la memoria del centro .

En la actualidad, creemos que es necesario la recogida y procesamiento de datos para poder reflejar el trabajo de las unidades de atención al usuario y así conseguir que dichas unidades puedan conseguir un alto nivel de calidad en los procesos de atención.

**OBJETIVO**

Reflejar en la memoria anual del centro la actividad de la unidad de atención al usuario.

**METODOLOGÍA**

La metodología que se utilizó fue la siguiente:

Se creo un grupo de trabajo compuesto por el personal de atención al usuario. Se realizó una lluvia de ideas, de las cuales se priorizaron las siguientes:

- Determinación de procesos que se incluirán en la memoria
- Determinación de los datos que se necesitan registrar
- Determinación de los medios que se disponen

Se establecieron dos fases de actuación:

- 1.Recogida de datos , con los medios de que se disponían y en algunos casos, al no disponer de estos, se crearon formas manuales para obtenerlos.
- 2.Procesamiento de los datos obtenidos
  - Extracción de estadísticas de las llamadas atendidas en el Call Center
  - Extracción y procesamiento de datos de la historia clínica informatizada ( en el caso de los procesos de IT i CLT)
  - Extracción de datos mediante el soporte de la unidad de informática.
  - Extracción i procesamiento de los datos recogidos de forma manual.

**RESULTADOS**

Se consiguió la siguiente información de todo el año 2005 y elaborar con ella la memoria , que se integró en la memoria anual del centro:

- citaciones realizadas
- CLT impresas
- IT impresas
- Asignaciones de equipo sanitario
- altas en el Servicio Catalán de la Salud
- solicitudes de cambio de equipo de atención primaria
- derivaciones tramitadas a centros externos
- tarjetas sanitarias solicitadas
- reclamaciones recogidas y tramitadas
- usuarios facturados (mutuas, privados, no nacionales, etc)

•ratio de usuarios por profesional de la unidad de atención al usuario.

•llamadas atendidas en el propio centro.

**CONCLUSIONES**

La unidad de atención al usuario en los últimos años ha diversificado sus funciones, de tal manera que incide directamente en todo la organización y funcionamiento del centro. Debido a esta diversificación , no analizada ni cuantificada , los procesos de atención al usuario pierden calidad al no organizarse adecuadamente.

El hecho de elaborar la memoria de la actividad, nos ha permitido hacer un análisis objetivo y adecuar, adaptar o incluso eliminar tareas que inciden en la calidad de los procesos.

En conclusión, la memoria de la unidad de atención al usuario, creemos debe ser una parte de la memoria anual del centro.

**AVISO TELEFONICO DESDE A.P COMO METODO PARA EVITAR LA INCOMPARENCIA A LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD.**

CARLOS FERNÁNDEZ MADRID, IRENE MORALEJO RODRÍGUEZ Y CARLA CABALLÉ PÉREZ.EAP SARRIA S.L

**INTRODUCCIÓN**

Las visitas no presentadas por parte de los pacientes inciden en las agendas de los profesionales y, en la programación a causa de las listas de espera que generan, muy especialmente en las visitas que programamos desde nuestro centro (Centro de Asistencia Primaria de Sarria) a Médicos Especialistas (Cardiólogo, Dermatólogo, Otorrinolaringólogo, Oftalmólogo y Traumatólogo.

**OBJETIVOS**

Valorar el impacto de las visitas no presentadas, sobre visitas que programamos en agendas de especialistas, a nuestro principal centro de Referencia. Esto sobre el total de visitas presentadas, y establecer las medidas necesarias para poder solucionarlo.

**METODOLOGIA**

Análisis total de las visitas no presentadas sobre el total de las visitas presentadas en cinco especialidades, tomando como referencia un determinado periodo de tiempo (6 meses). Comparando, periodos de preaviso de dichas visitas a los pacientes, con periodos

dónde no se ha hecho dicho preaviso

**RESULTADOS**

(pendiente de análisis de los datos obtenidos)

**CONCLUSIONES**

Ver los resultados y, valorar las medidas de educación sanitaria por parte de los profesionales implicados del ABS, respecto al impacto que esta actuación causa en la lista de espera.

**EAP VINYETS, UNA ORGANIZACIÓN DIFERENTE**

ALBERTO GÓMEZ ARÉVALO, LOURDES MONCLÚS HERNÁNDEZ, RAMÓN VALLS COMA, INMACULADA MORENO BELLA, SALUD LÓPEZ MARTÍNEZ, ICS-EAP VINYETS (SANT BOI DE LLOBREGAT)

**INTRODUCCION**

El Equipo de Atención Primaria Vinyets es un centro joven que lleva 4 años funcionando y desde un principio intentamos organizarnos de una forma ¿diferente?. Entendíamos que la Administración Pública tiene un margen de maniobra limitado pero suficiente para, al menos, intentar dirigir un equipo de personas con un objetivo común, con orientación al cliente y sin descuidar a los trabajadores.

Entendíamos también que el trabajo administrativo es clave dentro de una organización sanitaria como la nuestra, y es en esta parte donde nos centramos en esta presentación.

**OBJETIVOS**

Dirección por procesos, mejorar la eficiencia y la accesibilidad  
Trabajar de acuerdo a los valores del centro, conocidos y adoptados por todos  
Integrar al personal administrativo dentro del Equipo de Atención Primaria Vinyets

**METODOLOGIA**

- ABS urbano de 21.000 usuarios y una plantilla de 11 auxiliares administrativos (no hay celadores)
- El equipo directivo lo forman tres personas: directora, adjunta a la dirección y responsable de atención al usuario
- Se identifican y diseñan los principales procesos administrativos y sus líderes
- Se describen tres puntos (dobles) de atención al usuario adaptándonos a la arquitectura y diseño del centro: uno de atención telefónica, un mostrador en la planta baja y otro mostrador en la primera planta
- Se organiza una rotación semanal por cada punto (los miércoles se hace el cambio) en

cada turno

·El mantenimiento de los procesos asegura que se dé el mismo servicio y con la misma calidad durante todas las horas que el centro está abierto

·La comunicación, formación e información es fundamental con este sistema

·Valores del EAP Vinyets: Fiabilidad, Transparencia, Accesibilidad, Proximidad y Cordialidad

·SuperUAU: administrativo polivalente, que ha de conocer todos los procesos, tiene una gran responsabilidad, poder de decisión y confianza (propia y de la dirección)

## RESULTADOS

Se ha conseguido homogeneizar y estandarizar la respuesta administrativa dentro de los principales procesos administrativos, independientemente del horario y la persona que atiende al usuario. Así se evitan también desplazamientos innecesarios y repetición de trámites que no añadan valor.

Los valores del centro están asumidos por los trabajadores: los procesos los incorporan de forma automatizada.

El personal administrativo es parte del equipo tanto en el trabajo, como en las decisiones, como en los procesos. Las reuniones de coordinación semanales son para todos, ya que hay una hora en que coinciden los dos turnos (de 14 a 15 horas), forman parte de los grupos multidisciplinares de trabajo y sus aportaciones son tenidas en cuenta. Actualmente no se entendería de otra manera.

Los procesos administrativos se rediseñan en función de las mejoras que se van adaptando.

## CONCLUSIONES

Una queja común de los administrativos es que no se les tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones, les afecte o no. Al dotarlos de más capacidad de decisión (empowerment), al participar activamente en el diseño de los procesos y recibir una formación adecuada, se consigue una mayor integración dentro del equipo.

La accesibilidad es máxima ya que se atiende al usuario con una respuesta similar de lunes a viernes de 8 a 20 horas y los sábados de 9 a 20 horas. Se intenta aprovechar al máximo el trabajo de back-office.

Con las rotaciones se consigue que sea menos rutinario el trabajo diario, además exige actua-

lización continua de todos los procesos.

El nivel de satisfacción es alto tanto en los usuarios como en los trabajadores

## MODELO DE IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE VOLUNTARIOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.

MERCÉ FERNÁNDEZ VERDAGUER, JOSEP PLANAS DOMINGO\*, CRISTINA FARRIOLS DANÉS\*, NOEMÍ MORENO MOLINA, MERCÉ RIERA CAÑADELL\*, MARIBEL PÉREZ PIÑERO. SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO. \*UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL DE L'ESPERANÇA. IMAS. BARCELONA.

## INTRODUCCIÓN

El voluntario constituye un elemento de calidad para un equipo integral de cuidados Paliativos. El trabajo específico de los voluntarios constituye el acompañamiento de las personas con enfermedad avanzada y terminal que así lo requieran.

## OBJETIVO

Crear un equipo de voluntarios integrado en una unidad de cuidados paliativos (UCP)

## MÉTODO

Los pasos dados para conseguir el objetivo fueron:

- 1-Reunión de consenso con el equipo de la UCP.
- 2-Contacto con una entidad de ayuda a familiares y pacientes afectos de cáncer. En nuestro caso se trató de Oncolliga.
- 3-Redacción del Proyecto de voluntariado y del Convenio entre Oncolliga y el centro hospitalario.
- 4-Designación de la coordinadora del grupo de voluntarios.
- 5-Selección y formación del voluntariado tanto desde Oncolliga como de la UCP.
- 6-Asignación de tareas e inicio de la actividad.
- 7-Evaluación de cada intervención del voluntario.
- 8-Reuniones periódicas entre voluntarios, coordinadora, Oncolliga y equipo UCP
- 9-Evaluación de la actividad.

## RESULTADOS

En el periodo de 4 meses estudiados se han incorporado 4 voluntarios con formación previa. Han efectuado 143 actividades de acompañamiento de las cuales 107 son a enfermos y 36 a familiares. La evaluación de la intervención de los voluntarios refleja una disminución significativa de los parámetros

de tristeza, ansiedad, enfado y un aumento de la tranquilidad de los pacientes.

## CONCLUSIÓN

La implementación de voluntariado requiere una correcta planificación y una evaluación permanente desde el inicio de la actividad.

## ACOJIDA Y BIENVENIDA A LA POBLACIÓN EXTRANJERA

IRENE SERRA ESTRELA, JOSEP MARIA MARSOL MAS, M\* MAR PEÑA OCAÑA, ANA MARIA RETAMERO FERNÁNDEZ, MERITXELL REGANY RODRIGUEZ, MAITE SERVET PONT, INSTITUTO CATALÁN DE SALUD

## INTRODUCCIÓN

Ante la gran cantidad de nuevos usuarios que se integran en nuestro sistema sanitario público que vienen de otros países, creemos que es necesario establecer mecanismos de ayuda a la integración de los mismos a las particularidades del sistema. Es por este motivo que en nuestro Centro de Salud hemos optado por establecer unas charlas de bienvenida en las que se intenta dar una información básica sobre nuestro sistema sanitario.

## OBJETIVOS

- En un principio nos planteamos el objetivo de informar sobre aspectos básicos del sistema sanitario: Desde como solicitar la tarjeta sanitaria; a los horarios i las funciones de los distintos profesionales del centro.
- Otro objetivo a tener en cuenta es el acercamiento personal con los nuevos usuarios, establecer un clima de confianza. Que se empiecen a familiarizar con el personal que les atiende.
- Las sesiones también nos sirven como sistemas de detección de los problemas que tienen los extranjeros en el acceso al sistema y poder evaluar como ayudarlos mas adecuadamente.

## METODOLOGÍA

Descriptiva. Se trata de describir con datos del año 2006, el circuito de bienvenida de los extranjeros al Centro de Salud Rambla de Ferran de Lleida.

## RESULTADOS

En este apartado podemos describir el resultado de las sesiones. Se especifica la cantidad de sesiones realizadas, el número de usuarios a cada una de ellas por países i por sexos. También se especifica los problemas que afectan

mas comúnmente a todos los asistentes en referencia al acceso al sistema sanitario.

### CONCLUSIONES

El hecho de haber estado realizando esta misma actividad durante un año y medio y ver los resultados obtenidos así como comprobar el grado de satisfacción de tanto los profesionales como los propios usuarios, creemos que es un instrumento eficaz que puede ayudar a la integración de los recién llegados y a un mejor conocimiento mutuo que nos permite ir limando asperezas ante lo desconocido.

por motivos de tiempo no hemos podido detallar mas concretamente el contenido del póster. Si no les parece suficiente, por favor, pónganse en contacto con nosotros y intentaremos especificarles mas.

### ACOGIDA DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA ESPECIALIZADA. ANALISIS DE LA SITUACIÓN Y PUNTOS DE MEJORA.

ROSA FRANCH VAZQUEZ (1), JOANA FERRER GUAL (1), LIDIA SOLER SORIA (1), ANGELS ALMALUEZ MUÑOZ (2), TERESA LÁZARO CABELLOS (2). PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL GARRAF. INSTITUTO CATALÁN DE LA SALUD. VILANOVA I LA GELTRÚ, BARCELONA. (1) AUXILIARES DE ENFERMERÍA. (2) AUXILIARES ADMINISTRATIVAS.

### INTRODUCCIÓN

La situación emocional y la actitud del paciente al llegar a una unidad asistencial pueden ser muy diversas. La acogida del paciente y la gestión de las emociones en este primer contacto resultan fundamentales. Se presentan los resultados de un análisis de procesos y circuitos más frecuentes en la Atención habitual al Usuario en que intervienen Auxiliares Administrativos (AA) y Auxiliares de Enfermería (AE).

### OBJETIVOS

1. Detectar situaciones mejorables en la relación del paciente con AA y AE.
2. Mejorar las condiciones de intimidad y privacidad en la recepción y acogida del paciente y la satisfacción de los profesionales implicados en este proceso.

### METODOLOGÍA

Se realizaron cuatro reuniones de dos horas de duración y periodicidad semanal en un grupo formado por tres AE y dos AA. Mediante técnica de Brain Storming y de forma con-

sensuada, se elaboró una lista de situaciones mejorables. Se priorizó la lista de dificultades por consenso y se propusieron soluciones.

### RESULTADOS

La falta de intimidad en la atención al usuario, las dificultades en el manejo de conflictos emocionales y la necesidad de consensuar circuitos entre AA y AE resultaron las deficiencias principales encontradas.

Como soluciones se propusieron: 1. Cambiar la ubicación del mostrador de la UAAU o establecer alguna barrera arquitectónica para mejorar la intimidad en la conversación con el paciente. 2. Revisar conjuntamente (AA y AE) los circuitos de atención al paciente y proponer mejoras. 3. Solicitar formación en gestión de conflictos para todos los profesionales.

### CONCLUSIONES

A partir del análisis de los profesionales directamente implicados, se han detectado oportunidades de mejora en la atención al usuario y en la eficacia y satisfacción de los profesionales.

El correcto diseño del espacio físico y de los puntos de atención al usuario debería ser contemplados en el proyecto para evitar modificaciones posteriores.

Tanto Auxiliares Administrativas como Auxiliares de Enfermería pueden aportar información y experiencia para la mejora de la calidad asistencial.

### LA PILDORA DE EMERGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MONTSE MESA ALCAIDE, MARIBEL MARTÍNEZ SEOANE Y CAROLINA REVERTER RASTROJO.

### INTRODUCCION

Hoy en día, existe un programa de anticoncepción de emergencia en Atención Primaria. Se trata de la píldora de emergencia o también conocida como la píldora “del día siguiente”, un método anticonceptivo para usarse después de una relación sexual sin protección o fallo del método anticonceptivo.

### OBJETIVOS

Informar y asesorar sobre este servicio por parte de la Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) y del personal sanitario del centro. Dar a conocer a los pacientes que en Atención Primaria también pueden obtener la píldora de emergencia totalmente gratuita y de forma confidencial.

### METODOLOGIA

Se analizan datos mensuales de los años 2005 y 2006, sobre la cantidad de píldoras de emergencias entregadas, en nuestro centro de Atención Primaria “ABS LA RIE-RA”. Análisis comparativo del año 2006 con otros centros de Atención Primaria.

Análisis de dos encuestas: la primera de ellas efectuada a los pacientes desde la unidad de atención al ciudadano (UAC), para saber si los pacientes tienen conocimiento de la píldora de emergencia y si saben que en su centro de Atención Primaria la pueden obtener.

La segunda encuesta se realiza al personal sanitario del centro, con el objetivo de averiguar, si estos facilitan todo tipo de información sobre este tema.

### RESULTADOS

A partir de la encuesta realizada a los pacientes hemos obtenido la siguiente información: el 85% de las personas encuestadas saben que es la píldora de emergencia y un 15% no la conoce. Por otro lado, un 35% saben que la pueden obtener en su centro de Atención Primaria, mientras que un 65% lo desconoce. En la encuesta realizada al personal sanitario del centro, un 60% facilita información sobre la píldora de emergencia y un 40% no la facilita.

### CONCLUSIONES

En comparación con otros centros de Atención Primaria, la demanda de píldoras de emergencia ha sido inferior, aunque se ha incrementado ligeramente durante el año 2006. Esto es debido a la falta de información por parte de los profesionales del centro.

En conclusión se debería realizar una difusión del tema mediante pósteres u otros medios de comunicación, asegurando y transmitiendo la confidencialidad a los pacientes.

### RESOLUCIÓN TELEFÓNICA DE PRUEBAS CLÍNICAS

FANLO DE DIEGO, FERRAN; ANTONIA RUBIO MERCHÁN, MONTSERRAT TORRES RUSIÑOL, MARTA R. SOLÉ DALFÓ, INSTITUT CATALA DE LA SALUT

### INTRODUCCIÓN

Un alto porcentaje de las pruebas diagnósticas y complementarias solicitadas por los médicos son de control y seguimiento. Asimismo, en procesos agudos, las exploraciones cursadas presentan un resultado normalizado y que no supone una modifi-

cación de la pauta de tratamiento. En ambos casos no se requiere la realización de una visita presencial en la consulta. El procedimiento de resolución telefónica permite comunicar los resultados por parte del Personal de Gestión y Servicios (PGiS) sin necesidad que las personas acudan al centro de salud, facilitando por un lado la satisfacción de los ciudadanos ya que no han de solicitar una nueva visita y trasladarse al centro de salud, y por otro de los profesionales sanitarios, evitándoles consultas que sobrecargan sus agendas..

**OBJETIVOS**

- Ofrecer a los ciudadanos una nueva modalidad de servicio y de relación con los profesionales sanitarios.
- Facilitar una atención efectiva, rápida, confidencial i fiable.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios al ahorrarles tiempo y evitarles desplazamientos para realizar una visita presencial.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios i su calidad.
- Gestionar la demanda, evitando demoras de los profesionales sanitarios.
- Incrementar la cartera de servicios del PGiS y su nivel de resolución.

**METODOLOGIA**

- Una vez la persona ha realizado la prueba diagnóstica: analítica de sangre y orina, Radiografías, TAC, ecografías y otras pruebas, el resultado es tramitado al centro de salud.
- El PGiS y servicios programa una visita al médico solicitante de “Entrega de Resultados”.
- Valorada la prueba en relación a parámetros de normalidad y la idoneidad de la entrega telefónica, el médico comunica al PGiS la solitud de entrega de resultados telefónicos.
- Se realiza la llamada telefónica identificando al usuario mediante fecha de nacimiento y/o dni para garantizar la confidencialidad, y se comunica al usuario la normalidad de los resultados de su prueba y la no necesidad que acuda a la consulta por este motivo. No obstante, a requerimiento del usuario de mayor profundidad en la explicación, se le ofrece cita con su médico.
- Se registra una visita administrativa, donde se incluye un comentario de texto de la conversación mantenida en el registro de la persona mediante el programa Siap-Web.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES**

El procedimiento iniciado en enero de 2007 consta de dos fases de implementación y desarrollo.

- Enero-mayo/2007: los resultados son entregados telefónicamente por el médico de referencia.
- Mayo/2007: valorada la aceptación del nuevo servicio, los resultados serán entregados telefónicamente por el PGiS.
- La primera fase del protocolo, donde los usuarios son informados de sus resultados por teléfono por el personal médico ha disminuido el número de visitas diarias, mejorando la demora de la cita previa (inferior a 48 horas) y la gestión de la agenda.
- Todas las personas consultadas que han utilizado este servicio manifiestan su completa aprobación.
- Los médicos han detectado que en la conversación los usuarios aprovechan para comentar otras cuestiones ajenas a los resultados, por lo que se considera conveniente pasar a la segunda fase del protocolo, donde serán comunicados por el PGiS, mediante una conversación tipo, que garantice la confidencialidad y la fiabilidad del servicio.

**CONTROL DE ACCESIBILIDAD TELEFÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

ASUNCIÓN PASTOR CLIMENT, CLARA PÉREZ ORTIZ, JOAQUÍN FLUIXÀ SENDRA, SEBASTIÁN ANTÓN GOMILA, CENTRO: CONSELLERIA DE SANITAT. VALENCIA

**INTRODUCCIÓN**

Los hábitos de los ciudadanos están sufriendo cambios importantes con la irrupción de las nuevas tecnologías. Hasta hace unos años, aunque nos cueste creerlo, la posibilidad de que los usuarios pudiesen realizar gestiones por teléfono en el ámbito de Atención Primaria, y más concretamente el concertar una cita con su médico o enfermera, era una posibilidad sólo utilizada por una parte pequeña de la población, que seguía recurriendo de forma mayoritaria a concertar la cita de forma personal en los mostradores de los centros de salud. En la actualidad la población tiene asumido que el uso del teléfono es la forma más “normal” de concertar dichas citas y es de prever que ocurra algo semejante con internet y los mensajes sms en un futuro casi inmediato. No obstante en nuestro Departamento sigue predominando el uso del teléfono en el acceso a nuestros servicios y pensamos que la atención telefónica, a pesar de internet, seguirá teniendo un lugar

importante en la prestación de nuestros servicios. Actualmente los recursos asignados a la atención telefónica en los centros de salud se ven desbordados a menudo, produciendo retrasos en contestar a las llamadas con la consiguiente insatisfacción de los ciudadanos y un elevado número de quejas orales y por escrito. Por todo ello consideramos de especial importancia contar con una herramienta que nos permita gestionar adecuadamente la accesibilidad telefónica. Con este fin desde la Dirección de Atención Primaria del Departamento 20 y a través de la Unidad de Investigación y Docencia y el SAIP iniciamos una auditoría específica para este problema en agosto-2003 que ahora presentamos.

**OBJETIVOS**

Se pretende conocer la situación actualizada de la accesibilidad telefónica en el conjunto del Departamento y también por centros de salud.

**METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio observacional descriptivo longitudinal y multicéntrico mediante una auditoría de llamadas telefónicas a los centros de salud. Inicialmente el ámbito del estudio son 7 centros de salud, todos ellos urbanos. La distribución de llamadas por centros de salud y el número de llamadas diarias correspondientes se calculan en función de la población –datos SIP-. Las llamadas se realizan de lunes a viernes a lo largo de una semana que no presente días festivos y se distribuyen entre todas las horas de la mañana.

Se valoran dos indicadores:

“éxito: contactos logrados/objetivo de contactos” “esfuerzo: llamadas realizadas/objetivo de contactos”

**RESULTADOS**

Se obtienen resultados globales por centros, días y franjas horarias.

**CONCLUSIONES**

Desde que se inició esta auditoría se muestran los resultados conjuntos a todos los Coordinadores de las ZBS y particulares por centro a cada Coordinador. Disponemos de resultados objetivos (días y franjas horarias de menor accesibilidad) por centros que permiten realizar actuaciones específicas.

Nos situamos en la dinámica de “una organización que aprende” (Benchmarking) por la que los miembros de un grupo tienden a compararse con el mejor y a igualarse en la dirección óptima añadiendo un componente importante en la motivación.

Posteriormente al inicio de este proceso se decide auditar trimestralmente, incluir este resultado como indicador de productividad y finalmente se amplía el estudio también a la calidad de la atención respecto al trato dispensado.

El hecho en sí de la realización de la auditoría junto con las medidas específicas adoptadas en los centros ha supuesto una mejora en la accesibilidad telefónica.

### LISTAS DE ESPERA: CÓMO REDUCIRLAS.

MARI ALCARRAZ VERNET, ESTHER SILVESTRE GARCIA, DANIEL LLORENS TORRES, MARIA TERESA SALADIE VERNET, ESTEFANIA ENRI FERNANDEZ, JAUME MAGRE AGUILAR, SAGESSA

#### INTRODUCCIÓN

Se observa un aumento de tiempo en las listas de espera por parte de los médicos de cabecera que provoca un aumento de las reclamaciones por parte del usuario y esto conlleva un análisis de la situación.

#### OBJETIVOS

intentar reducir la demora en las listas de espera.

#### MÉTODOS

Se ha afrontado el problema desde diferentes puntos:

Se ha creado un espacio en la agenda de cada profesional para realizar todas aquellas tareas burocráticas y que no sea necesario tener al paciente delante como pueden ser: partes de confirmación, fe de vida, papeles para residencias... y así mantener la cita previa para visitas medico-paciente. También se ha creado un espacio en la agenda de enfermería para realizar las recetas crónicas de los pacientes.

Además se ha autorizado a los administrativos a utilizar las horas de visitas programadas no utilizadas de un día para otro para citar como cita previa.

#### RESULTADOS

Se ha podido observar que desde la aplicación de dichas medidas se ha reducido notablemente las listas de espera de cada profesional.

### CONCLUSIONES

Aunque de momento es pronto para tener unas conclusiones si es cierto que se ha reducido notablemente las reclamaciones por este motivo.

### PROGRAMACIÓN BIDIRECCIONAL PRIMARIA-HOSPITALARIA.OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS Y CIRCUITOS

MANGUES BAFALLUY, A, BOSCH GUIRAL, P., MARTÍ SUAU, E., ALEGRET RIBA, N. ICS

#### INTRODUCCIÓN

La comunicación bidireccional entre Atención Primaria y Especializada de referencia facilita la continuidad del proceso asistencial, reduce errores y crea un clima de confianza entre clientes y proveedores.

#### OBJETIVOS

Definir el proceso de programación y acceso a la consulta especializada y los responsables del mismo.

Definir la cartera de servicios en ambos niveles y sus formulas de acceso.

Minimizar los errores de programación y disminuir el número de contactos telefónicos, ofreciendo una programación más ágil y eficaz aprovechando el contacto directo con el usuario.

Responsables de proceso de programación.

#### METODOLOGIA

Se ha revisado el proceso de programación y acceso a la consulta especializada.

Se ha definido la cartera de servicios y el acceso a la misma.

Se han nombrado responsables del proceso que han recibido la formación oportuna.

Se han priorizado los circuitos que resuelven las incidencias en el lugar de origen del paciente.

#### RESULTADOS (PENDIENTES DE CUANTIFICAR)

El usuario resuelve el proceso administrativo de acceso a la consulta especializada en su lugar de origen.

Las incidencias y cambios de programación son resueltas des del centro de salud.

La facilidad de acceso a programación mejora el flujo de usuarios el centro de salud. Disminuyen las llamadas telefónicas al centro hospitalario para gestión de citas, por parte del paciente.

#### CONCLUSIONES

1.Mejora en la satisfacción de los usuarios en cuanto al seguimiento de su proceso asistencial.

2.Programación de primeras visitas al especialista y resolución de dudas desde el centro de salud de referencia para el paciente.

3.Evitar las llamadas telefónicas y de desplazamientos de los usuarios a los hospitales para la resolución de dudas y cambios de programación..

4.Garantiza la coordinación entre profesionales de atención al usuario de los dos ámbitos.

### REGISTRO DEL GRADO DE CONFIRMACIÓN TELEFÓNICA DE VISITA Y CAUSAS DE NO CUMPLIMIENTO.

ROSA ARTIGAS LAGE, ALBERT TUCA RODRÍGUEZ, SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS. INSTITUTO CATALÁN DE ONCOLOGÍA, HOSPITAL DURAN Y REYNALS, BARCELONA.

#### INTRODUCCIÓN

La secretaria del Servicio establece un contacto telefónico con los pacientes 24 horas antes de la primera visita, una vez han sido valorados y programados por parte de la enfermera responsable de Consultas Externas. El objetivo de este contacto es: confirmar visita; detectar problemas de traslado al Hospital; registrar incidencias que limiten el cumplimiento de visita; reforzar la confianza del enfermo-familia; y informar a la enfermera responsable de las incidencias en el proceso. Se considera oportuno estudiar el resultado de este contacto telefónico para conocer mejor la situación de nuestros enfermos y detectar las medidas que permitan optimizar el proceso de citación.

#### OBJETIVOS

1. Determinar el grado de cumplimiento de la citación a primera visita; 2. Determinar las causas que determinan el no cumplimiento de la citación.

#### METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, descriptivo. Reclutamiento consecutivo de todos los enfermos citados a primera visita. Cuestionario estructurado (contacto telefónico). Variables evaluadas: edad; sexo; diagnóstico; servicio referente; localización enfermo; confirmación visita; cumplimiento final visita; causas de no cumplimiento. Inicio del estudio:1/02/2006. Período de reclutamiento 12 meses, muestra estimada de 500 enfermos.

#### RESULTADOS

Resultados sobre los primeros 50 enfermos.

Edad media 63 años. Hombres 65% y mujeres 34%. Oncología Médica fue el principal servicio referente (67%). Todos los enfermos presentaron cáncer avanzado, siendo la neoplasia de pulmón la más frecuente (24%). El 80% de los enfermos se localizaron telefónicamente 24 horas antes de la primera visita, confirmando la visita el 97% de éstos. El grado de cumplimiento final de la primera visita fue 96%. Los pocos casos que no pudieron acudir a la visita se debieron a un deterioro previo que limitó el traslado (50%) o que precisó ingreso hospitalario (50%).

### CONCLUSIONES

Existe un alto grado de cumplimiento en el proceso de citación, probablemente relacionado con un proceso sanitario adecuado de indicación y priorización. El contacto telefónico previo creemos que permite reforzar la confianza del enfermo y su familia, así como asesorar sobre los problemas prácticos que puedan surgir.

### CRECEMOS PENSANDO SIEMPRE EN LOS CIUDADANOS

RODRÍGUEZ CASTRO, L; MARTÍNEZ BALLESTEROS, M; MENÉNDEZ PLANS, C;  
MORENO SALINAS, P.CAP ANTÓN DE BORJA. SERVICIO DE ADMISIONES. RUBÍ.  
BARCELONA.

### INTRODUCCIÓN

Debido a una creciente demanda en nuestro centro de algunas especialidades y a la saturación en los centros a los cuales era derivada, se han implantado recientemente tres nuevos servicios: Psiquiatría, Neurología y Ecografías Ginecológicas.

### OBJETIVOS

Reducir las listas de espera y facilitar a nuestros usuarios la accesibilidad a estos servicios.

### METODOLOGÍA

Comparativa con las listas de espera de los centros donde se realizaban antes estas visitas.

Tratamiento de los datos obtenidos y elaboración de conclusiones.

Encuestas poblacional de satisfacción

### RESULTADOS

Mejor accesibilidad para nuestros clientes a estos servicios.

Disminución de las listas de espera.

### CONCLUSIONES

Adaptándonos a las necesidades de nuestros clientes, mejoramos la accesibilidad a estos servicios y en consecuencia, se reducen las listas de espera y aumenta el nivel de satisfacción entre nuestra población.

### ¿RECETAS? SÍ, PERO EN EL MOSTRADOR Y CADA TRES MESES

GALLEGU ALCAINA, ELISABET; PAVÓN CÓRDOBA, CARMEN; SOMOZA GARCÍA, ANA M.; MONCLÚS HERNANDEZ, LOURDES; BRAVO AYUSO, Mª ANGELES; MORENO BELLA, INMACULADA.

### INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la filosofía del centro desde su creación hace 4 años, y teniendo en cuenta la calidad de vida profesional de los trabajadores, planteamos la mejora de los diseños de los procesos, la accesibilidad y satisfacción de los usuarios en la utilización de nuestros servicios.

### OBJETIVOS

Descongestionar las consultas de los facultativos proporcionando una mayor accesibilidad a los pacientes.

Mejorar la organización de los procesos administrativos, disminuyendo la presión asistencial en el mostrador.

### METODOLOGÍA

La medicación crónica la introducen los facultativos en la consulta a través del programa e-CAP.

El médico entrega al paciente las recetas que toma (en la cual indicará la fecha de la próxima recogida) e informa que debe acudir al mostrador de la planta baja para que le citen para dicho día.

Cuando llega el día de recogida el personal administrativo le entregará la medicación para 3 meses y cita al paciente para la siguiente entrega, así sucesivamente.

El personal administrativo que ocupa el puesto de centralita es el encargado de preparar las recetas una semana antes de la fecha de recogida.

Cualquier incidencia que surja al imprimirlas se inserta al paciente en la agenda de su médico ese mismo día, indicando el problema, este lo revisará, arreglará el problema y si hace falta se pondrá en contacto con el paciente, por lo tanto, cuando vengan a buscarlas deberá de estar todo correcto.

Cuando a un paciente se le ha de añadir,

anular o cambiar algún medicamento, éste deberá pedir cita con su médico y en la consulta le entregará la hoja de medicación actualizada y las recetas suficientes hasta próxima fecha de recogida.

Hay casos excepcionales, en los que a según que pacientes se le entrega la medicación mensualmente, ya que por edad o/y cantidad de recetas tienen dificultades para aclararse. Nos adaptamos.

### RESULTADOS

Accesibilidad: Al no establecer ningún horario para realizar trámites administrativos, el usuario no tiene ninguna dificultad a la hora de acudir al centro, ni tiene que depender de otras personas, ya que han de venir a buscar la medicación en horario de atención al público, de 8-20h de lunes a viernes y sábados de 9-20h, con la debida acreditación (TIS, la hoja de medicación, DNI, NIE o pasaporte). En muchas ocasiones la no disponibilidad horaria por motivos de trabajo es el gran problema para muchos pacientes.

Desburocratización: Se reducen las listas de esperas en las agendas de los médicos. Al prepararlas con una semana de antelación se pueden corregir los posibles errores antes de que se entreguen las recetas sin necesidad de que esté el usuario delante.

Tecnología: Los programas informáticos, e-CAP y SIAP-WEB son las herramientas que utilizamos para el funcionamiento de este servicio, proporcionando una buena comunicación entre el personal facultativo y administrativo.

### CONCLUSIONES

El personal administrativo puede trabajar mejor pues con este sistema se disminuye la presión asistencial:

-1 administrativo (back-office): prepara las recetas.

-2 administrativos (front-office): entregan las recetas desde el mostrador planta baja. No se obliga a los usuarios a ir al CAP en horarios limitados para un trámite administrativo.

Llevamos trabajando en el circuito 4 años, la experiencia del día a día nos lleva a estudiar e introducir mejoras constantemente.

## LA FORMACIÓN Y EL CONTACTO ENTRE PROFESIONALES INSTRUMENTO DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE CONFLICTOS

CARULLA RAICH,R; BADIA PUJOL, F; TORRES,J; TRESERRA ALSINA, LL; MACIÀ GUILÀ, N. ALTHAIA. XARXA ASSISTENCIAL

### INTRODUCCIÓN

La Dirección de Acogida y Atención al Usuario, consciente que la mejora de la atención al usuario pasa por dotar a los profesionales de los instrumentos necesarios para mejorar la comunicación, la empatía y el manejo de las emociones, decidió la realización de una formación específica en gestión de conflictos para todos los profesionales que integran la dirección, de todos los niveles asistenciales, que estuviera basada en la realidad del día a día y que a la vez pudiera dar respuesta a necesidades que se fueran planteando. Previamente, se habían realizado sesiones de trabajo para detectar las necesidades y recoger la opinión de estos profesionales.

### OBJETIVO

Ofrecer a los profesionales que integran la Dirección de Acogida y Atención al Usuario (Admisión, Documentación Clínica, Atención Primaria, Teléfono y UAU) una formación des del propio centro adaptada a su realidad y necesidades, que facilitara el feedback entre profesionales y responsables, pusiera en contacto los profesionales de los distintos niveles asistenciales y les estimulase a poner en común problemáticas y puntos de vista, proporcionándoles recursos para mejorar la atención a los usuarios.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La realización del curso, se encargó a un profesional de la Unidad de Atención al Usuario del hospital, experto en gestión de conflictos, dirigido al personal adscrito a la Dirección de Acogida y Atención al Usuario. El curso consta de 4 sesiones de 4 horas, en las que participan 20 personas en cada una. Se ha tenido en cuenta que cada grupo lo integren profesionales de los diferentes servicios y niveles asistenciales. En el mismo se realizan juegos de rol que escenifican situaciones de las que se viven habitualmente, se estimula la participación activa y se realiza un trabajo de detección de problemas con los que se encuentran en el momento de aplicar la metodología explicada.

### RESULTADOS

Hasta el momento se han realizado 2 sesiones y está previsto que este año lo realicen el 80% de los profesionales administrativos.

A día de hoy no disponemos aún del resultado de las encuestas realizadas, si bien lo que se desprende de la opinión de los participantes es:

El hecho de proporcionar la formación desde dentro ofrece una visión más real de la situación y favorece la adaptación del curso a las necesidades de los alumnos.

Facilita la relación entre los profesionales, lo cual mejora la coordinación entre ellos.

El trabajo con situaciones reales favorece la participación y la implicación de los alumnos.

La puesta en común de las situaciones propias de cada lugar de trabajo facilita la comprensión de cada uno de ellos.

Se han detectado problemas y realizado sugerencias que posteriormente se analizan por parte de los responsables de cada área de trabajo.

Ha potenciado la relación de los profesionales con la Unidad de Atención al Usuario.

### CONCLUSIONES

Este tipo de formación es muy positiva tanto para los profesionales que han participado, como para el formador, para la propia dirección y sobretodo para los usuarios que en última instancia serán los beneficiarios de todo ello.

### EL "RING" DEL TELÉFONO NO MOLESTA, SI ATIENDES LA LLAMADA.

LOURDES MONCLÚS HERNÁNDEZ, M<sup>a</sup> ANGELES BRAVO AYUSO, ELISABET GALLEGO ALCAINA, ANA M<sup>a</sup> SOMOZA, M<sup>a</sup> CARMEN PAVÓN, RAMÓN VALLS I COMA. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. CENTRE ATENCIÓ PRIMARIA VINYETS. (SANT BOI DE LLOBREGAT, BARCELONA).

### INTRODUCCIÓN

Para facilitar la accesibilidad telefónica, el Servei Català de la Salut creó un servicio (Sanitat Respon) que ofrece la posibilidad de programación por parte del usuario para su médico de familia o pediatra, llamando al número 902.111.444 que atiende las 24 horas del día los 365 días del año. La implantación de las nuevas tecnologías también permite la programación a través de Internet.

Esto ha provocado una disminución del número de llamadas en el centro, por ello entendemos que la respuesta telefónica ha

de ser excelente.

### METODOLOGÍA

·A.B.S. urbano de 21.000 usuarios, con un equipo de atención al usuario formado por 11 personas.

·En el centro damos visita telefónica a servicios como odontología, enfermería, programación para vacunación al extranjero, consultas por parte del usuario a los profesionales...

·Elaboramos un circuito de derivaciones de llamadas recibidas, de manera que puedan ser atendidas rápidamente.

·En centralita, es donde entran todas las llamadas, siempre tiene que haber una persona ocupando este lugar.

·Si es necesario derivar las llamadas desde centralita a los mostradores donde se atiende al usuario, se hace de forma manual o automática: en primer lugar, al mostrador de la planta baja y posteriormente, al de la primera, no obstante intentaremos evitar que las llamadas salten a estos puntos por estar el personal administrativo en contacto directo con el ciudadano.

·De esta forma podemos llegar a atender 5 llamadas a la vez o 6 si tenemos personal de refuerzo.

·Responder /Atender en menos de tres tonos de llamada.

·Compromiso por parte de todo el personal administrativo de coger el teléfono para evitar que las llamadas se queden desatendidas.

·Registro de llamadas que recibimos para otros servicios que comparten espacio con nosotros.

### OBJETIVOS

·Evitar desplazamientos, colas y tiempo de espera innecesarios al usuario.

·Atender las llamadas de manera ágil, rápida y eficaz, intentando darles solución.

·Ser amables y receptivos pensando en como nos gustaría que nos atendieran a nosotros.

·No tener ninguna llamada en espera sin tener un primer contacto con la persona para conocer el motivo de su llamada.

### RESULTADOS

·Resolución vía telefónica de un 90% de las llamadas logrando una disminución im-

portante de la presencia del usuario en el centro.

- Satisfacción por parte del ciudadano al ser atendido rápidamente.
- Evitar el sentimiento de desinterés que percibe el ciudadano cuando tiene que programarse telefónicamente.
- Aproximación de los servicios al usuario.

### CONCLUSIONES

·Dar una respuesta telefónica ágil y eficaz hace que el usuario perciba una buena imagen de nuestro servicio. Esto permite disminuir la afluencia al centro para trámites que se pueden resolver por teléfono.

### VIOLENCIA DE GÉNERO, ABORDAJE DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA POR LOS PROFESIONALES DE LA UAU

SILVIA AROLAS ESCUER, SUSANA CASTRO CAAVEIRO, IOLANDA MANCERA ÁLVAREZ, ESTHER VEGA GARCÍA Y MARIA FE OÑATE, CONSORCI ATENCIÓ PRIMARIA DE SALUT D'EIXAMPLE

### INTRODUCCIÓN

En el año 1995 en Beijing la ONU estableció entre sus objetivos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. En el año 1998 la OMS declara la violencia domestica como una prioridad internacional para los servicios de salud. La violencia de género es un problema que implica a todos los profesionales sanitarios del ámbito de la Atención Primaria, ya que se dan las características intrínsecas más favorables, como la accesibilidad y contacto.

### OBJETIVOS

La UAU (Unidad de Atención al Usuario) somos para estas mujeres las primeras personas de contacto, por lo tanto nuestra actitud ha de ser de ayuda y de escucha en la medida de lo posible, facilitando la asistencia y dinamizando el acceso a los diferentes niveles asistenciales.

### METODOLOGÍA

Formación, sesiones, cursos de interés  
Protocolos consensuados en el Centro  
Elaboración de una guía interna y multidisciplinar

### RESULTADOS

Mejora de la formación  
Herramientas de trabajo: circuito definido dentro de la guía  
Sensibilización profesional de la UAU

### CONCLUSIONES

Tener un equipo formado y sensibilizado sobre el tema repercute en una buena atención.

“La prevención es la mejor herramienta contra la violencia”.

### VOLUNTARIADO, UNA EXPERIENCIA DE VIDA.

ESTEVE GONZÁLEZ, M<sup>a</sup> ASUNCIÓN; JOSÉ LÓPEZ ESCUDERO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE

### INTRODUCCIÓN

El voluntario es toda persona que de una manera desinteresada, generosa, altruista y constante dedica su tiempo al servicio de los demás. En el ámbito hospitalario hay necesidades emocionales, del enfermo y las familias, que no pueden ser cubiertas por los profesionales sanitarios, y ahí es donde el voluntario actúa, entregando su tiempo y su presencia activa.

### OBJETIVOS

Ser interlocutores amables y dispuestos a escuchar, ayudar y acompañar y conseguir una estancia más cómoda, estando siempre dispuestos para actividades positivas. Colaborar para que el enfermo y su familia adquieran y desarrollen facultades y capacidades personales, sociales y relacionales que han perdido o disminuido a causa de la enfermedad, potenciando al máximo la calidad de vida de ambos.

Descubrir las necesidades no expresadas para que a través de la persona responsable se les pueda dar solución, derivándolos hacia la actuación necesaria.

Canalizar ayudas sociales, familiares, etc., en conjunción con los Servicios Sociales competentes, informando y coordinando con el SAIP.

### METODOLOGÍA

Para la consecución de dichos objetivos, se han articulado diversos protocolos de actuación consensuados con los actores del proceso terapéutico en los diversos ámbitos hospitalarios, desde Plantas de Ingresos hasta Consultas Externas, pasando por Unidades de Cirugía Sin Ingreso, o el protocolo pionero de atención en Antequirófano desarrollado desde el Voluntariado del Hospital de Elche, premiado por la Conselleria de Sanidad valenciana y finalista en los Premios a las Mejores Iniciativas de

Atención al Paciente en Madrid.

Resultados

Algunas de las labores realizadas durante el año 2006, en cifras:

Acompañamientos: 4211.

Ayuda en comidas a enfermos solos: 1853.

UCSI: 5478.

Atenciones en Quirófano: 4375.

Gestiones: 2647.

Suplencias familiares: 846.

Servicios de intérpretes de idiomas: 241.

### CONCLUSIONES

La atención voluntaria no profesional se ha revelado como un pilar fundamental en la mejora de los procesos de atención a pacientes y familiares de la Sanidad, así como al personal de la propia institución, con una excelente acogida, además del refuerzo personal y satisfacción para la propia persona que realiza la labor voluntaria.

# SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

## COMUNICACIONES TRAYECTORIA Y EVOLUCIÓN DEL SAIP.

JOSEFINA CANTO MIRALLES, MAITE POMARES GIMÉNEZ, FRANCISCA CABALLERO PEÑA, CARMEN CAMPELLO PAYA, ALICIA LOZANO PERAL, MARISA CALATAYUD CARRETERO, CENTRO: HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

### INTRODUCCIÓN

Con los continuos avances científicos y tecnológicos, y con el cambio de perfil del paciente, los SAIP han evolucionado y adaptándose en su forma de actuación a los nuevos modelos de pacientes, de forma que nuestro trabajo cumpla los compromisos preestablecidos. En esta comunicación analizamos y comparamos los cambios realizados desde su puesta en marcha hasta la actualidad.

En el SAIP buscamos información, alternativas para dar la mejor solución problemas planteados. Para ello necesitamos ir avanzando y modernizándonos.

### OBJETIVOS

Analizar la evolución del SAIP Departamento 19 Alicante de la adaptación de nuestro trabajo a las nuevas tecnologías y optimización de los recursos disponibles y obtener la satisfacción del paciente.

### METODOLOGÍA

Los datos se han obtenido de registros, estadísticas, memorias, conciertos, recursos tanto humanos como materiales, decretos y leyes. Se han comparado las herramientas de trabajo y fuentes de información desde la puesta en marcha hasta nuestros días.

### RESULTADOS

En 1989-90 el Hospital General de Alicante contaba con 947 camas y una cobertura a una población de 230.186 habitantes aproximadamente, en el Servicio de Atención al Usuario -SAU- atendía, una media de 2158 pacientes, en un despacho para la atención directa al Usuario, una máquina de escribir eléctrica, un libro de registro, y una calculadora, para la gestión y demás tareas encomendadas por la Dirección. Obteníamos la información requerida por los pacientes a través de libros de registro de los puestos de admisión y llamadas directas a los servicios.

En 2006 con una cobertura de población de 323.707, y 815 camas, las atenciones que se registraron fueron 11227 y contamos

con las nuevas TIC para mayor fiabilidad y facilidad de nuestra labor accedimos a los programas Dbase, ACCES, PUGI hasta llegar al programa PIGAG que recogen toda la información y para luego remitirla a los Servicios Centrales, hoy Dirección General de Calidad y Atención al Paciente.

### CONCLUSIONES

Gracias a las nuevas tecnologías y acompañado de un aumento de recursos tanto humanos como materiales, se ha podido aumentar y mejorar la calidad de la Información en las atenciones que se registraron en el SAIP del HGUA en el año 2006 frente a las se registraron en 1990.

Con el Decreto 2/2000 28 de Enero de la Comunidad Valenciana que regula el Servicio de Atención e Información al Paciente SAIP, aparece la figura del Coordinador médico SAIP que facilita y comunicación entre servicios y niveles asistenciales.

### MEDIDAS CORRECTORA: ¿REALMENTE MEJORAN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS?

CARMEN SANTIAGO GARCIA; ALBERTO BARRAGÁN PEREZ; MANUEL ANGEL MORENO VALERO; JUAN F. MARTINEZ GARCIA; GLORIA ALVAREZ DOMÍNGUEZ; JOSE C. LOPEZ LACOMA, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA

### INTRODUCCIÓN

Las encuestas de satisfacción de clientes permiten identificar áreas de mejora e introducir medidas correctoras.

### OBJETIVOS

Analizar la encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios y diseñar medidas correctoras para mejorar su satisfacción.

### METODOLOGÍA

Cuestionario de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción en Atención Primaria (AP). Estudio retrospectivo, con muestreo aleatorio sistemático de usuarios atendidos en consulta. Emplazamiento: Centros de Salud del Área de Salud de Cartagena (19). Cuestionario con 52 preguntas divididas en 7 apartados: Acceso a consulta, tiempos de espera, atención en consulta médica, atención urgente, atención domiciliaria, asuntos generales, valoración global de la atención y datos sociodemográficos. Periodo de estudio: Años 2005 y 2006. Análisis por apartados y dimensiones. Se calcularon tasa global de problemas e indicado-

res compuestos de accesibilidad, estructura y organización, calidad científico-técnica global y por estamentos e indicadores simples de urgencias, calidad y satisfacción por Zona y por Área de Salud. Tras los resultados de 2005 se introdujeron medidas correctoras y se analizó nuevamente la encuesta realizada en 2006 con la misma metodología. Se disponía de una encuesta previa similar en 2004.

### RESULTADOS

En el año 2005 se detectaron los siguientes puntos débiles:

1.- Accesibilidad: Dificultad para la obtención de cita en 2005 (63,2% de los pacientes). Indicador compuesto de accesibilidad del 52,2%. La accesibilidad al domicilio era también una importante oportunidad de mejora, que solo la valoran bien el 76,3% frente al 80,2 de la media regional.

2.- Infraestructuras: Valoran problemas el 39,3 % de los pacientes encuestados en 2005 (35% en 2004), con un resultado de 72,4 % en el indicador compuesto de estructura y organización.

3.-Tiempos de Espera: Nuestros usuarios perciben que esperan mucho para acceder a la consulta y que las demoras para acceder a Atención Especializada son elevadas, tanto a consultas como a exploraciones complementarias.

### MEDIDAS CORRECTORA

Para mejorar la accesibilidad: Ciclo de mejora de Área sobre demoras para acceder a consulta médica. Implantación de la central de llamadas y posibilidad de obtener cita a través de Internet. Fomentar la atención domiciliaria.

Para mejorar los tiempos de espera: Coordinación con hospital de referencia para mejorar tiempo de espera de exploraciones complementarias. Decreto de Garantía de Demoras, que garantiza unos tiempos máximos de atención para exploraciones complementarias e interconsultas.. Adecuación de la ubicación de nuevos recursos humanos.

Para mejora de infraestructuras: obras menores en consultorios y centros de salud y construcción de nuevos edificios.

Difusión de los resultados e Implicación de la Comisión de Calidad de Área.

Análisis individualizado de la encuesta

dentro de cada EAP con implicación de los profesionales en el diseño y puesta en marcha de medidas específicas.

Resultados en la encuesta de 2006:

- Indicador Accesibilidad Global: 61,5% de cumplimiento (52,2% en 2005).
- Indicador de Accesibilidad al Centro de Salud: 60,1% (50,8% en 2005).
- Indicador de Accesibilidad al Domicilio: 80,4% (76% en 2005).
- Indicador Estructura y Organización: 82,1% (72,4% en 2005).
- Indicador Simple de Satisfacción: 55,2% (53,8% en 2005).

Todos estos indicadores mejoran de forma significativa; no así el indicador compuesto de calidad científico-técnica, ni los simples de urgencias y calidad.

### CONCLUSIONES

- Nuestros puntos débiles eran la accesibilidad, infraestructuras y los tiempos de espera.
- La priorización de medidas correctoras para mejorar la satisfacción de los usuarios fue coherente con los resultados de las encuestas.

### ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PUBLICOS

AGUADO BLAZQUEZ, H., ARTIGAS LAGE, M., CERDA CALAFAT, I., RUBIO CILLAN, A.

### INTRODUCCIÓN

Conocido el nivel de satisfacción con los servicios sanitarios en las líneas de contratación mayoritarias, mediante la utilización de una metodología científica, validada y reproducible en el tiempo, se incorporan dos estrategias con el objetivo de mejorar la calidad percibida: en primer lugar proponiendo en los contratos de compra de servicios cláusulas específicas bianuales relacionadas con aspectos que tienen mayor impacto en el nivel de satisfacción de las personas atendidas, y en segundo lugar proponiendo, como información complementaria, un estudio de las características organizativas existentes en la atención al ciudadano de las unidades proveedoras.

### OBJETIVOS

- Incorporación de los conceptos de satisfacción y de calidad percibida del ciudadano, en la gestión de las organizaciones sanitarias.
- Analizar los modelos organizativos de las entidades/unidades proveedoras en relación a la atención a ciudadano.

·Sistematizar los métodos de trabajo para permitir la agregación de los resultados, establecer comparaciones y posibilitar el benchmarking.

### MÉTODOS

- Definición de las cláusulas específicas de calidad percibida en los contratos de compra
- Normalización de la sistemática de priorización de las áreas de mejora, en base a los resultados y factores predictores específicos por líneas de atención.
- Sesiones de trabajo periódicas con los responsables de las regiones sanitarias para consensuar la sistemática y el seguimiento de las diferentes fases del proceso de forma específica y individualizada.
- Documento normalizado de proyectos de mejora.
- Auditoria externa de los modelos organizativos de los proveedores sanitarios.

### RESULTADOS

El total de organizaciones sanitarias identificadas como unidad proveedora es de 580 en el total de Cataluña. El 92 % pacto áreas de mejora en 2005 y siguió la metodología definida en el documento normalizado. Actualmente se esta en fase de evaluación de los proyectos realizados

El estudio ha permitido evidenciar las diferencias existentes entre los modelos organizativos de atención al ciudadano por línea de servicio, entre entidades proveedoras y territorios.

Se objetivan actividades y modelos susceptibles de benchmarking

### CONCLUSIONES

La incorporación de objetivos específicos, por líneas de atención, que toman como base la información objetiva permite la mejora, entre proveedores y territorios, así como orientar a las organizaciones hacia aquellas áreas percibidas como mejorables por los ciudadanos. La auditoria de la organización de la atención al ciudadano, permite establecer las bases para la armonización de la gestión de la atención del ciudadano en el ámbito de la salud.

### LA ATENCIÓN TELEFÓNICA COMO CUIDADO SOCIAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO

BÁRBARA- PILAR GARCÍA GINER. AUXILIAR DE ENFERMERÍA. CONSULTA ONCOLOGÍA MÉDICA. SECRETARIA DE LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANT JOAN D' ALACANT.

### INTRODUCCIÓN

“El Cáncer, constituye la segunda causa de muerte (26%) entre los valencianos. por este motivo la Conselleria de Sanitat elaboro el Plan Oncológico llevado a cabo durante el periodo 2002-2006, en su balance, Dn Rafael Blasco, Conseller de Sanitat, dice, que el Cáncer y la consecuencia que sobre la salud física, moral, psicológica y también económica que tiene en el afectado y en sus familiares no puede pasarnos desapercibidos a nadie, y menos a las instituciones. El Decreto 15/2007, de 9 de febrero del Consell, establece mecanismos para agilizar la asistencia sanitaria a procesos oncológicos, y en el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria la Conselleria aspira a ofrecer, a estos pacientes una asistencia donde la Humanización constituya la esencia principal en la relación con el sistema de salud. Para este fin, el Hospital Universitario de Sant Joan d' Alacant cuenta con la Comisión de Humanización.

Desde enero de 2006 realizo mi trabajo en la consulta de Oncología Médica, entre las actividades diarias se realiza la citación telefónica a los pacientes para concertar sus visitas, al realizar esta actividad, empíricamente observé que además hacían llamadas para consultar síntomas, asunciones sobre su enfermedad y toma de decisiones, y ante su insistencia para que se les atendiera, se interrumpía al facultativo y al paciente que previamente había concertado su cita.

Marie Françoise Coillere, en su libro “Promover la Vida” dice que “Cuidar es un acto social que supone una responsabilidad y que éste da lugar a una movilización de energías”.

Por tanto, habría que buscar cómo cuidar al paciente oncológico ante su demanda telefónica, respetando el tiempo del paciente que realizaba su consulta, sin que percibiera el que llamaba “actitudes de deshumanización”, porque en esta comunicación al no existir contacto visual, solo le llega al interlocutor del mensaje, el 7% verbal (solo palabras) y el 38% el tono de voz.

Así, con el Objetivo General de Contribuir al Plan Oncológico y al Plan de Humanización de la Comunidad Valenciana y los Específicos de Diseñar una “Guía de Atención Telefónica” y “Realizar la acogida”. En la sesión de mayo de 2006 presenté ante los Miembros de la Comisión de Humanización, el rediseño de un nuevo procedimiento consensuado basa-

do en la definición que hace Espinsanti sobre Humanización.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo retrospectivo, realizado el 26 de mayo de 2006 hasta el 15 de febrero de 2007. La población a estudio fueron los pacientes que se comunicaron telefónicamente con la consulta de Oncología Médica. La muestra, fue continuada porque toda la gente que llamaba lo hacia por estos motivos. Las variables a estudio, síntomas colaterales tras el tratamiento con Quimioterapia o relacionados con su enfermedad. Criterios de inclusión, personas que llamaron por síntomas o por cuestiones referentes a su enfermedad. Criterios de exclusión, personas que llamaron para concertar citas para próximas visitas. La recogida de datos la realizó un solo observador según el procedimiento de cumplimentación de la guía telefónica, entregando todas las atenciones a los facultativos correspondientes al finalizar la consulta.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos se analizaron con un ordenador doméstico, con la hoja de cálculo Excel expresados en porcentajes. Agenda 23, número de llamadas 115; %=76,7 ( $76,7=(115/150)*100$ ). Agendas 27, 28,29 y 26, n=35; %=23,3 ( $23,3=(35/150)*100$ ).El análisis de la variable "otros" se realizo previo el agrupamiento de las respuestas en cinco items.

## DISCUSIÓN

Según datos del Balance de Resultados del Plan Oncológico las tasas de incidencia de los principales grupos tumorales son coincidentes con otras fuentes de ámbito nacional destacando como más frecuente el Cáncer colon-recto (0,41 por 1000 habitantes), por tanto, éste es el motivo de la diferencia existente de llamadas de los pacientes filiados a la Agenda 23 a los filiados al resto de Agendas.

## RESULTADOS

De las 150 atenciones telefónicas tan sólo 15 pacientes llamaron por síntomas derivados del tratamiento de quimioterapia (fiebre, diarrea, vómitos, estreñimiento o mucositis) siendo la variable que más se repite la diarrea.

La variable "otros" mostró en sus resultados, que la "atención telefónica rediseñada" cuida

socialmente al paciente oncológico.

Como así mismo según los listados informatizados se ha minimizado el impacto emocional a 380 pacientes, como resultado, de realizar la "Acogida".

## CONCLUSIONES.

1.Podemos concluir diciendo que los objetivos propuestos en el plan de trabajo se han logrado, al mostrar cómo contribuir al Plan Oncológico y al Plan de Humanización de la Comunidad Valenciana desde la consulta.

2.Que 150 pacientes evitaron su desplazamiento hasta el hospital para "consultar síntomas, asunciones sobre su enfermedad y toma de decisiones", bien al servicio de Urgencias o en la Consulta. "Movilizando el cuidado social nuestras energías" para "cuidar sin interrupciones " a los pacientes que estaban realizando su consulta.

3.Y por último, el procedimiento de "atención telefónica rediseñado" es otra forma de cuidar social y humanamente al paciente" porque permite tener en cuenta "todas las repercusiones que el Cáncer tiene en el paciente y familia".

## ARMONIZACIÓN DE IMAGEN EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA

JOSEFA ASENCIO ADSUAR, SEBASTIÁN ANTÓN GOMIL

## INTRODUCCIÓN

Si bien el valor de la imagen que ofrecemos a nuestros usuarios podría considerarse menor respecto al de otros componentes de la atención sanitaria, como el buen trato y la preparación científico técnica, no por ello deja de ser un elemento importante. El aspecto de salas de espera, consultas y resto de dependencias en que el usuario es atendido incide directamente en la calidad de atención percibida. De hecho la imagen que ofrecemos constituye un lenguaje no verbal pero de una potencia comunicativa de primer orden.

En nuestro Departamento se puso en marcha un proceso específico con el fin de establecer y aplicar unos criterios básicos al respecto en todos nuestros centros de salud. La Dirección de Atención Primaria a través del SAIP-AP y los Coordinadores de Enfermería de los centros de salud inició su aplicación en 2002. Posteriormente este plan inicial que afectaba fundamentalmente a la imagen quedó integrado en el "Proceso de orden, limpieza y conservación" elaborado por la Comisión de

Calidad de AP de nuestro Departamento que ha de estar disponible y ser perfectamente conocido por todo el personal.

Actualmente nos disponemos a profundizar en su aplicación en el marco de difundir y aplicar una cultura de liberar espacios y cuidado del entorno que podríamos sintetizar en tirar lo que no sirve, arreglar lo roto y "cada cosa en su sitio y un sitio para cada cosa".

"La armonía del entorno es la armonía del espíritu" San Agustín.

## OBJETIVOS

Garantizar criterios básicos de calidad en la imagen de las dependencias de atención al usuario en los cap.

## METODOLOGÍA

Se elabora un "Proceso de orden, limpieza y conservación" desde la Comisión de Calidad del Departamento.

## RESULTADOS

En una primera fase de aplicación se obtiene una mejora en la imagen y presentación de salas de espera y consultas.

## CONCLUSIONES

Consideramos que se trata de un tema que no solo afecta a la mejora de la calidad percibida por el usuario-cliente sino de los propios profesionales, facilitando también su labor asistencial.

Conviene promover y difundir la cultura de gestión y "liberación" de espacios que está llamada a formar parte de nuestros hábitos profesionales.

## POSTERS

### EXPERIENCIA DE IMPLANTACIÓN DE UNA BIBLIOTECA PARA PACIENTES INGRESADOS Y FAMILIARES

CARMEN CAMPULLO PAYA; FRANCISCA CABALLERO PEÑA, MAYTE POMARES JIMÉ-

NEZ; JOSEFINA CANTÓ MIRALLES; REYES GARCÍA DE URZAIZ, ALICIA LOZANO PE-

RAL, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. SAIP DEPARTAMENTO 19.

## INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha de las Bibliotecas en los hospitales de la Comunidad Valenciana surge gracias al acuerdo entre la Conselleria de Cultura y Conselleria de Sanidad con fecha 31 de Octubre de 1990. Y gracias a la disposición de la Dirección del Hospital General Universitario de Alicante, el Servicio de Atención al Paciente asume desde sus inicios, la responsabilidad de la puesta en

marcha de la Biblioteca de pacientes y/o usuarios en nuestro Hospital.

### OBJETIVOS

El Hospital General de Alicante trabaja en la biblioteca con la intención de que esta sea el medio para facilitar el encuentro de un libro con su lector; y ser un elemento de apoyo durante las largas horas de hospitalización, conociendo a través de los libros otras formas de vida, otras personas, otras culturas.

La Biblioteca del SAP, SAU y actualmente SAIP, en nuestro Hospital no esta enmarcada en un contexto sociocultural preciso y se dirige a cada uno de los usuarios para cualquier edad, sexo o cultura.

### METODOLOGÍA

En el inicio se dispusieron de notas informativas en cada una de las habitaciones de nuestro Hospital. En estas Hojas se da a conocer la existencia de la Biblioteca para pacientes hospitalizados, así como los circuitos para poder disponer de los libros.

Actualmente estas notas informativas se entregan junto con la carpeta de ingreso a todos los pacientes y se les sigue informando del sistema de obtención de los libros, siendo los pasos a seguir: 1º Búsqueda del libro deseado, esto se consigue acudiendo a los controles de la Unidad de Hospitalización que dispone de un listado, por título del libro, y por autor. Una vez elegido el libro, se solicita al SAIP, que tras consultar con el programa informático ACCES, abre un registro por cada préstamo que realiza, en donde anota los datos identificativos del paciente así como la fecha de entrada y salida, para posterior estadística mensual.

La Biblioteca del SAIP, realiza Estadística mensual que se remite a la Dirección General del Libro –Consellería de Cultura, Educación y Deporte- y Estadística anual para la memoria del SAIP.

### RESULTADOS

Nuestra Biblioteca dispone actualmente de un fondo bibliográfico de 1340 libros, clasificados en Novela, Biografía, Poesía, Juvenil e Infantil., y documentos sonoros: discos de vinilo, discos compactos, cintas magnetofónicas y cassetes. También disponemos de documentos audiovisuales: videos, DVD-videos y grabaciones cinematográficas, y se han añadido documentos electrónicos:

CD-ROM, DVD-ROM, disquetes de ordenador y documentos capturados de Internet.

### CONCLUSIONES

En líneas generales se observa una concienciación clara del beneficio positivo que puede reportar este Servicio, principalmente por parte del mismo paciente.

“La cultura cuando menos ayuda a curar”.  
**ENCUESTAS DE SATISFACCION: NECESIDADES DEL PACIENTE**

SILVIA MONTELLS VILA, MARTA BALLART LÓPEZ, SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA, INSTITUT CATALÀ D' ONCOLOGIA CIUDAD SANITARIA Y UNIVERSITARIA DE BELLVITGE.

### INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Oncología Radioterápica del Institut Català d'Oncologia, después de la implantación y certificación del sistema ISO 9001 en Noviembre de 2003, continuamos con el mantenimiento de la misma midiendo, analizando y mejorando la satisfacción de nuestros clientes (pacientes, médicos referentes y CatSalut) mediante encuestas, con el objetivo de conseguir una mejora continua en el Servicio.

### OBJETIVOS

El principal objetivo de éste análisis, es obtener de nuestros clientes toda la información posible que nos ayude a poner en marcha las acciones correctivas oportunas y crear, de éste modo, una dinámica de mejora continua. Ofrecer la máxima calidad en los tratamientos, mejorar el trato del personal sanitario y administrativo, la reducción de los tiempos de espera de los pacientes y el mantenimiento y mejora de las instalaciones, son ejemplos de puntos que pueden ser analizados y sometidos a un sistema de mejora continua, gracias a los formularios de encuestas de satisfacción.

### METODOLOGÍA

Todos los pacientes que pasan por nuestro servicio, tanto los que realizan tratamiento de radioterapia como los ingresados en la Unidad de Braquiterapia, reciben al final de sus tratamientos, un formulario que responden, de manera voluntaria, y con el que pueden opinar de aspectos como la información y trato recibidos, atención del personal sanitario y administrativo, estado de las instalaciones, tiempos de espera, etc...

Por otra parte anualmente se hace llegar dicho

formulario a los médicos referentes, de forma personalizada, los cuales nos hacen saber su punto de vista acerca de tiempos de espera, información recibida del servicio, etc...

Por último el formulario se envía al CatSalut, quien del mismo modo hace su valoración.

El resultado de las encuestas de los pacientes se analiza mensualmente por el Comité de Calidad ISO 9001 y las de los médicos referentes y CatSalut se analizan de forma anual por dicho Comité.

### RESULTADOS

Después de analizadas todas las encuestas, y expuestas en la reunión del Comité de Calidad, se toman las medidas necesarias para poner en marcha las acciones de mejora pertinentes.

### CONCLUSIONES

Siguiendo esta metodología conseguimos el mantenimiento del sistema ISO 9001 y la mejora continua en el Servicio de Oncología Radioterápica. Asimismo conocemos el grado de satisfacción de nuestros pacientes y sus necesidades.

### CALIDAD PERCIBIDA POREL USUARIO UNIDAD DE COORDINACION DE TRANSPORTE SANITARIO

CECILIA SORIANO CLEMOR, FRANCISCO SORIANO CANO, LUIS ROSADO BRETÓN, JUAN LÓPEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO MACIÀ SOLER, FRANCISCO IBÁÑEZ ZAPATA, HOSPITAL GRAL. Y UNIV. DE ALICANTE. UNIDAD DE COORDINACIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO.

### INTRODUCCIÓN

En Julio de 2006 la Agencia Valenciana de Salud crea la Unidad de Coordinación de Transporte Sanitario del Departamento de Salud 19. La gestión de esta unidad es parte del proceso asistencial, y por ello puede afectar a la evolución del estado del paciente. Además de tener una gran repercusión social y organizacional. Por ello se diseña una encuesta para conocer y valorar la percepción de los usuarios externos y así mejorar: la gestión de los procesos, el servicio prestado, la optimización de los recursos, la organización interna, la calidad, la eficiencia y la satisfacción de los usuarios.

### OBJETIVOS

1. Elaborar y validar la encuesta.
2. Encuestar a los usuarios externos durante dos semanas.
3. Conocer y analizar los elementos que más

valoran del transporte sanitario.

4 Orientar las estrategias a las expectativas de los usuarios externos para desarrollar con éxito la misión, la visión y los valores de la Unidad de Coordinación de Transporte Sanitario.

### METODOLOGIA

- Se elabora una encuesta que incluye elementos tangibles e intangibles que influyen en la percepción de los usuarios.
- Se remite a 10 profesionales expertos, los cuales han revisado y consensado los criterios que hacen referencia a datos estructurales, de proceso y de resultado.
- Se entrevista a 30 usuarios externos para comprobar la fiabilidad de la encuesta.
- Se elabora la encuesta para realizarla personalmente por profesionales entrenados para ello, entrevistando a los usuarios del transporte sanitario durante dos semanas.
- Se crea una base de datos en Excel para gestionar los datos obtenidos.

### RESULTADOS

- 1.La encuesta es válida para conocer la tipología de los usuarios y sus expectativas
- 2.La encuesta mide tanto aspectos tangibles como intangibles
- 3.La encuesta tiene en consideración características individuales, organizacionales y sociales.

### CONCLUSIONES

Después de haber realizado el proceso de validación podemos concluir que la encuesta:

- 1.es una herramienta válida que permite conocer las expectativas de los usuarios.
- 2.aporta información fidedigna, relevante e interesante para la organización.
- 3.es un instrumento que aporta valor añadido a la gestión del transporte sanitario.
- 4.nos permite conocer el nivel de satisfacción de los usuarios.

### OPINIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS SOBRE LAS ATENCIONES DE ENFERMERÍA

NEBOT C\*, ARBAIZAR A\*, GALÁN A\*, TOMÁS O\*\*, GUILBERT M\*\* (\*AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERÍA DE SANITAT. VALENCIA \*\*UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ)

### OBJETIVO

Comparar las opiniones de pacientes de las atenciones de enfermería que reciben en los hospitales.

Ámbito: Unidades de medicina, obstetricia,

pediatría, cirugía, cirugía ambulatoria y urgencias de hospitales públicos.

### MÉTODO

En el momento del alta se pregunta a los pacientes sobre las atenciones que el personal de enfermería ha tenido con él/ella mediante una escala Likert de 5 pasos (valores asignados de 1 a 5). Se recurre a estadísticos de comparación de medias (ANOVA) y se analizan los resultados en cada unidad. Se aplica el test de Bonferroni para los contrastes post hoc. En el caso de pacientes en planta de pediatría la opinión que se recoge es la de los padres o tutores.

### SUJETOS

Un total de 14.514 pacientes respondieron a la encuesta en el último trimestre de 2005. El tamaño muestral permite estimaciones con un error inferior al 1%.

### RESULTADOS

Los pacientes de cirugía ambulatoria son los que mejor valoran las atenciones de enfermería (4,28, dt 0,79), le siguen los pacientes pediátricos mayores de 6 años (4,29, dt 0,83). En orden jerárquico le siguen los pacientes en plantas de medicina (4,16, dt 0,87), quirúrgicos (4,14, dt 0,88), lactantes (4,13, dt 0,89), obstetricia (3,98, dt 0,95) y los atendidos en urgencias (3,56, dt 0,92). Existen diferencias significativas  $F=185,53$ ,  $p<0,0001$  achacables a las diferencias, en positivo, entre cirugía ambulatoria y planta pediátrica con respecto al resto; y de urgencias, en negativo, con respecto al resto. Las pacientes en obstetricia mostraron una peor opinión que el conjunto de pacientes de medicina o cirugía.

### CONCLUSIONES

La labor del personal de enfermería es positivamente valorada por los pacientes. Mientras que las diferencias entre urgencias y el resto de unidades eran esperables, en el caso de obstetricia se detectan oportunidades de mejora.

### TÍTULO: LAS RECLAMACIONES Y LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN: ¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE SUS RESULTADOS?

ALBERTO BARRAGÁN PEREZ; CARMEN SANTIAGO GARCÍA; MANUEL ANGEL MORENO VALERO; JUAN F. MARTINEZ GARCIA; ANDRÉS CANOVAS INGLÉS; JULIO FONTCUBERTA MARTÍNEZ, GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CARTAGENA.

### INTRODUCCIÓN

Las reclamaciones y las encuestas de satisfacción de usuarios proporcionan indicadores de calidad percibida.

### OBJETIVOS

Evaluar y analizar las reclamaciones y los resultados de las encuestas de satisfacción de usuarios de los servicios sanitarios y valorar si existe concordancia entre ellos.

### METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y retrospectivo. Ámbito y Emplazamiento: Centros de Salud y Consultorios de Atención Primaria (AP) del Área de Salud de Cartagena (Murcia) con 354.740 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI). Período: años 2005 y 2006. Fuente de Datos: todas las reclamaciones escritas agrupadas por motivos y Cuestionario de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción en AP elaborado por muestreo sistemático sobre todos los usuarios que acudieron a consulta la última semana de octubre de ambos años. Se seleccionaron para comparar los motivos de reclamaciones que agrupaban aspectos relacionados con la accesibilidad (a la cita, demora para consulta, para exploraciones, etc.), estructura y organización (infraestructuras, normas, etc.) y relación interpersonal (trato); y del cuestionario, se calcularon indicadores compuestos de los mismos conceptos, con representatividad a nivel Área de Salud. Análisis estadístico por distribución de frecuencias.

### RESULTADOS

Nº total de reclamaciones: 582 en 2005 y 815 en 2006.

Accesibilidad:

- nº reclamaciones: 108 en 2005 (18,55% del total); 217 en 2006 (26,62% del total). Peor.
- indicador de la encuesta: 50,4% en 2005; 60,1% en 2006. Mejor.

Estructura y Organización:

- nº reclamaciones: 56 en 2005 (9,62% del total); 104 en 2006 (12,76% del total). Peor.
- indicador de la encuesta: 72,9% en 2005; 82,1% en 2006. Mejor.

Relaciones Interpersonales (Trato):

- nº reclamaciones: 47 en 2005 (8,07% del total); 29 en 2006 (3,55% del total). Mejor.
- indicador de la encuesta: 86,3% en 2005; 84,7% en 2006. Peor.

### CONCLUSIONES

•No encontramos relación de concordancia entre las tendencias de los motivos de reclamaciones estudiados y los indicadores de la encuesta de satisfacción que valoran los mismos aspectos.

•No obstante, la posibilidad de reclamar es, en sí mismo, una fuente de información abierta y permanente y constituye un derecho del usuario, aspectos éstos que no forman parte de las características de las encuestas de opinión.

### DE LA MONTAÑA AL MAR CUIDANDO A LOS USUARIOS. HISTORIA DE UN TRASLADO.

SORO ARTOLA, MONTSERRAT; MAITE GARRIGÓS, MARGARITA VILA, VERÓNICA DOMÍNGUEZ, PEP FARRÉS, MARIBEL PÉREZ

#### INTRODUCCIÓN

Martes 4 de Octubre de 2005, nos mudamos.

Los servicios sociosanitarios y de salud mental del hospital del Mar se trasladan, des los respectivos centros ubicados en la zona alta de la ciudad, al Centro Forum, un edificio de nueva construcción situado en la franja litoral, en un entorno recuperado gracias a una importante actuación urbanística.

El cambio responde a la necesidad de aproximar estas especialidades a la población de referencia del hospital y mejorar la conexión entre los diferentes dispositivos.

#### OBJETIVOS

- Minimizar los traumas del cambio y facilitar la adaptación de los usuarios a los nuevos espacios. Se trabaja especialmente en:
  - el estudio de la mejor ubicación para cada persona, en función de sus necesidades
  - la organización del proceso para que los enfermos reciban el mínimo impacto de los inconvenientes propios de un traslado
  - Mantener una comunicación fluida con los usuarios y sus familias, ajustando los procesos informativos a cada fase del traslado.
  - Aprovechar la oportunidad del cambio para optimizar los servicios y la atención a las personas hospitalizadas en el nuevo centro.

#### METODOLOGÍA

Se elaboró un plan de intervención que recogía la logística del cambio, estructurado en tres fases:

- 1.La preparación para el cambio de centro
- grupos de trabajo de profesionales

- definición de necesidades informativas
- estudio de la población y redistribución de los enfermos en la nueva ubicación
- información personalizada a enfermos y familias
- visitas al nuevo centro

#### 2.Durante el traslado

- sesiones informativas
- implicación de las familias

#### 3.Las primeras semanas en los nuevos espacios

- Implicación de la familia
- Presentación al barrio

#### RESULTADOS

- Seguimiento óptimo de la planificación del cambio
- Buena coordinación de todas las partes implicadas
- Escasas dificultades en la adaptación a los nuevos espacios
- Máxima colaboración de los familiares y de los propios usuarios
- Mínimas pérdidas de objetos personales

#### CONCLUSIONES

- 1.La implicación de los profesionales sanitarios es imprescindible para abordar cualquier proceso de cambio.
- 2.La información es un instrumento clave para fomentar la colaboración y conseguir la adhesión a nuevos proyectos
- 3.Contar con la participación activa del usuario permite orientar nuestros servicios de forma más acorde con sus expectativas.

### DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL RESPETO A LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES

\*MIRA JJ, \*\*NEBOT C, \*PÉREZ-JOVER V, \*TOMÁS O, \*GUILABERT M, (\*CENTRO DE TRABAJO: UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ, \*\* CENTRO DE TRABAJO: AGENCIA VALENCIANA DE SALUD. CONSELLERÍA DE SANITAT. VALENCIA)

#### FUNDAMENTO

Respetar la intimidad durante exploraciones o cuidados del paciente hospitalizado se considera una buena práctica.

#### OBJETIVO

Analizar la frecuencia de esta buena práctica y verificar si existen diferencias de género.

#### ÁMBITO

Unidades de medicina y de cirugía de hospitales públicos.

#### MÉTODO

Estudio basado en encuestas al alta de pacientes ingresados en unidades de medicina o de cirugía de 24 hospitales públicos. Las medidas realizadas incluyen la percepción del paciente de que se haya respetado su intimidad por parte de los profesionales sanitarios. Mediante Chi-Cuadrado se analizan las diferencias de género.

#### SUJETOS

Un total de 9.271 pacientes respondieron a la encuesta en el último trimestre de 2005. Tamaño muestral calculado para un error inferior al 2% para un nivel de confianza del 95%. 4.710 (50,8%) corresponden a altas en unidades de cirugía y 4.561 (49,2%) a pacientes ingresados en unidades de medicina. El 45,3% de los pacientes quirúrgicos y el 49,9% de los de medicina eran varones.

#### RESULTADOS

Consideran que no se ha respetado de forma apropiada su intimidad durante el ingreso hospitalario un 18,1% de los pacientes quirúrgicos y un 12,6% de los pacientes ingresados en unidades de medicina. En las unidades quirúrgicas el porcentaje de mujeres y hombres que se manifestaron descontentos con la forma en que se respetó su intimidad fue similar (17,4% de los varones versus 19,1% de las mujeres,  $\chi^2=1,10$ ,  $p=0,294$ ). En planta de medicina, en cambio, el porcentaje de varones que afirman que no se respetó de forma apropiada su intimidad es significativamente menor al de mujeres (10,6% frente al 15,4% de las mujeres,  $\chi^2=12,08$ ,  $p<0,001$ ).

#### CONCLUSIONES

Los datos hacen sospechar que existen diferencias de género en la forma en que se lleva a cabo la exploración y los cuidados de los pacientes en planta de medicina, que hacen que los varones vean mejor respetada su intimidad que las mujeres.

### EDUCACIÓN ADMINISTRATIVA A LA COMUNIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

FÁTIMA GONZÁLEZ ASTORGA, ANNA CANDINI COMES, JOSEFA LÓPEZ BELLOSTA, LOURDES GARCÍA MIRA, MERCÉ SOLÉ CABRERA, NATIVIDAD VIDALLER FERRO, FUNDACIÓN PRIVADA HOSPITAL MOLLET Y ATENCIÓN PRIMARIA DE MOLLET DEL VALLÉS, LA LLAGOSTA, PARETS DEL VALLÉS Y SANT FOST-MARTORELLES.

#### INTRODUCCIÓN

Nuestra sociedad ha cambiado, también sus

hábitos y costumbres. A menudo el exceso de información no implica una buena formación. A pesar del esfuerzo realizado desde las instituciones relacionadas con la sanidad, el ciudadano desconoce la información relacionada con los trámites administrativos.

Analizando la memoria de las reclamaciones presentadas, aproximadamente la mitad hacen referencia a Organización y Trámites, motivo por el cual nos planteamos, conjuntamente entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, realizar sesiones informativas sobre los circuitos administrativos.

**OBJETIVOS**

- Enseñar a la población a utilizar adecuadamente los servicios sanitarios, a nivel administrativo.
- Optimizar las gestiones administrativas de los ciudadanos en el ámbito de la salud.
- Disminuir el número de reclamaciones realizadas por temas administrativos y de organización.

**METODOLOGÍA**

Se trata de un estudio de intervención sobre las poblaciones de Mollet del Vallés, Parets del Vallés, La Llagosta, Martorelles, Sant Fost de Campsentelles y Santa María de Martorelles, pertenecientes a la comarca del Vallés Oriental, provincia de Barcelona, con un número total de 95.977 habitantes, a desarrollar mediante:

**MATERIAL Y MÉTODO**

- Sesiones informativas-formativas de una hora de duración, a realizar en su centro o lugar de reunión: Centros de 3ª edad, Escuelas de adultos, Centros culturales, Centros juveniles, Centros de enseñanza infantil y primaria e Institutos de enseñanza secundaria. Impartidas por profesionales de la Unidad de Atención al Usuario de la Atención Primaria y Hospitalaria.
- Calendario consensuado durante un año coincidiendo con el curso escolar 2007-2008, a razón de 2 sesiones mensuales.
- Temas a tratar en las sesiones entre otros: Plan de acogida a recién llegados a la población (en centros cívicos de barrios de reciente creación urbanística, a grupos de inmigrantes).
- Enseñar a programar las visitas por Internet y Call Center.

Difusión de los derechos y deberes sobre la información clínica del usuario.

Círculo a seguir por los nuevos papas y mamas para dar de alta un recién nacido.

**RESULTADOS**

- Número de sesiones realizadas y asistencias a las mismas
- Recuento de reclamaciones.
- Análisis comparativo con año anterior

**CONCLUSIONES**

Cualquier intento de acercarse a la población mediante sus centros o lugares de reunión creemos que es bien aceptado por los ciudadanos, tal como vemos en la experiencia de profesionales sanitarios encargados de la Atención Comunitaria.

La UAU es un servicio en continua transformación, que se ha de plantear ir modificando su catálogo de servicios hacia la mejora de la información y de la comunicación, a organizar los recursos que permitan mayor accesibilidad y rentabilizar el tiempo del usuario y del profesional, así como aumentar la satisfacción del usuario en general.

El crear foros y espacios de información a la comunidad genera que esta información sea traspasada de unos a otros, para que una mayor parte de la población conozca los circuitos de acceso a nuestros servicios.

Debido a que es un proyecto por realizar esperamos que una vez evaluado nos permita explicitar las conclusiones de los resultados más destacables.

**ESTUDIO COMPARATIVO DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA**

PLANA OLLE, MONTSERRAT - ANGLÉS SEGURA, TERESA - CABRELLES PUJOLRÀS, MISERICORDIA - CORTÉS CORTÉS, ANGELINA - COTS MORENILLA, MANEL - POUSS ROURA, ASUNCIÓN. ICS. TARRAGONA

**INTRODUCCIÓN**

Es habitual entre nuestros profesionales hablar de los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios. Es menos frecuente hacer análisis comparativos para mejorar la asistencia sanitaria.

**OBJETIVO**

Comparar los aspectos comunes de satisfacción entre los usuarios de nuestra área

de influencia y la media correspondiente a nuestra Comunidad Autónoma, para poder identificar líneas de actuación que mejoren el grado de satisfacción de los usuarios de nuestro territorio.

**METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo.

Bianualmente se realiza la encuesta de satisfacción a los usuarios. Se realiza una explotación de los resultados de dicha encuesta.

Se analizan y comparan los ítems peor puntuados:

- Satisfacción global del sistema sanitario
- Accesibilidad
- Satisfacción en la atención médica
- Satisfacción en la atención de enfermería
- Satisfacción en la atención urgente

**RESULTADOS**

área influen.Com.Auto

- Satisfacción global del sistema sanitario  
7,8      7,7
- Accesibilidad  
7,1      7,02
- Satisfacción en la atención médica  
8,2      8,9
- Satisfacción en la atención de enfermería  
8,3      8,9
- Satisfacción en la atención urgente  
7,3      7,3

**CONCLUSIONES**

·La satisfacción global y la accesibilidad de nuestra área de influencia tienen una mejor puntuación que la media de la Comunidad Autónoma. Aunque analizada nuestra accesibilidad de forma pormenorizada, debemos elaborar planes de actuación para mejorar nuestra atención telefónica.

·Si analizamos la satisfacción del usuario en relación a la atención médica, observamos que la atención urgente es equivalente a la observada para la Comunidad.

·Analizada la satisfacción directa en relación con los profesionales médicos y de enfermería, esta es ligeramente inferior que la media correspondiente a la Comunidad.

**USUARIOS VS PERSONAL ATENCIÓN AL USUARIO. MISMAS NECESIDADES. MISMOS INTERESES.**

Mª ARANZAZU CASTILLEJOS RUIZ, EVA MASA CLAVER Y MONTSERRAT SANGÜESA PEÑA.

**INTRODUCCIÓN**

Usuarios vs personal atención al usuario, mismas necesidades, mismos intereses, intenta reflejar y analizar las situaciones cotidianas y/o excepcionales de atención al público desde la óptica de una actitud profesional eficiente y eficaz y sobretodo un entendimiento adecuado y acertado para con el usuario.

**OBJETIVOS**

- Reflexionar y definir las necesidades reales de los dos colectivos para unificar derechos y deberes de unos hacia los otros indistintamente.
- Potenciar y reforzar la capacidad de cambio actitudinal para tender a una mejora constante de la atención al público y así poder llegar a un buen entendimiento con el usuario.
- Comprender la importancia de la calidad del mensaje verbal y no verbal en la relación que se establece con el interlocutor en la atención al público. La comunicación en general y la palabra en particular es nuestra mejor herramienta de trabajo, saberla utilizar correctamente nos facilita la relación con el usuario.

**METODOLOGÍA**

Identificación de los problemas reales de la intercomunicación mediante la causa-efecto en diferentes parámetros. Utilizando siempre una comunicación eficaz y todo lo que ello conlleva; ser concretos, objetivos, útil, basado en las necesidades de quien lo recibe, oportuno y real.

**RESULTADOS**

Si el personal de atención al usuario es capaz de empatizar y reconducir la comunicación respecto al usuario, se consigue que éste empiece a valorar el trabajo realizado.

**CONCLUSIONES**

- Darnos a conocer para sentirnos valorados en nuestro trabajo a la par que satisfacción total del cliente.
- Analizar y mejorar las situaciones de atención al público.
- Saber llevar a cabo una comunicación eficaz donde ha de quedar claro los resultados que queremos obtener, tener la flexibilidad de comportamiento para variarlo que estamos haciendo hasta obtener el resultado esperado y tener la experiencia sensorial necesaria para saber si se ha obtenido la respuesta deseada.

-Transmitir actitudes de: fiabilidad, competencia, capacidad de respuesta, empatía, comunicación eficaz, credibilidad y seguridad.

**IMPLANTANDO MODELOS DE ALTA ACCESIBILIDAD: DESBUROCRATIZAMOS LA CONSULTA DEL PROFESIONAL ASISTENCIAL (PROYECTO)**

CAÑETE JIMÉNEZ, MARTA; DEPARES LÓPEZ, JOSÉ MANUEL; EGUINO DE SAN ROMAN, BELÉN; GRENZNER FONOLL, VICENC; GUIRADO VILA, PERE; MORENO BELLA, JOSÉ LUIS

**INTRODUCCIÓN**

Es un problema recurrente el de las demoras en Atención Primaria. Los diferentes equipos de Atención Primaria (en adelante EAP) han intentado, con éxito variable, atajar el problema, partiendo del principio que, si la Atención Primaria ha de ser la puerta de entrada al Sistema Sanitario, estas demoras no deben existir. ¿Existe alguna solución? En la literatura existen los que se han llamado "Modelos de Alta Accesibilidad" (Murray y otros) Desde dos Servicios de Atención Primaria se quiere probar la experiencia con algunos profesionales. El paso previo, requiere, además de otros ítems (valorar las cargas, estudiar el tipo de demanda, etc.) necesariamente, desburocratizar la consulta del profesional asistencial.

**OBJETIVO**

Desburocratizar al 100% las consultas de los profesionales asistenciales, facilitándoles la gestión de su consulta, ofreciendo un número de visitas que se ajuste al patrón de consumo.

**METODOLOGÍA**

- Constitución de un grupo de trabajo multidisciplinar.
- Creación de un manual de procedimiento.
- Sesiones explicativas.
- Recogida de datos.
- Implementación en período piloto.

**RESULTADOS**

Al tratarse de un proyecto en fase piloto, todavía no se dispone.

**CONCLUSIONES**

Se trata, por un lado, de ofertar aquella actividad que se puede preveer para no generar un excedente que se convierta en demora (que a su vez genera más visita espontánea) Para conseguirlo, previamente, es conditio sine qua non la desburocratización total de las consultas.

**CARTERA DE SERVICIOS DE SOPORTE, TRÁMITES Y GESTIONES EN UN ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

CALERO MUÑOZ SEBASTIÀ, LLAGOSTERA ESPAÑOL MARÍA, FRAJ LÁZARO JOSEP, MORENO BELLA JOSÉ LUIS, ORTÍNEZ VIVES DOLORS, ROMAGUERA LLISO EMPAR.

**INTRODUCCIÓN**

Desde el inicio de la reforma de la Atención Primaria ( AP) se han hecho importantes esfuerzos para definir el producto de este nivel asistencial, contextualizado como catálogo de servicios sanitarios. Las grandes diferencias asistenciales y no asistenciales desde las que ha partido cada comunidad y en concreto cada Equipo de Atención Primaria (EAP) ha generado una gran dificultad. Entre los mismos EAP existen diferencias organizativas, laborales y de servicios prestados, además de las diferencias poblacionales de su área de influencia: ruralidad vs. urbanismo, envejecimiento poblacional, nivel socioeconómico, inmigración, infraestructuras, etc. Es por ello que desde la Gerencia del Ámbito de Atención Primaria Costa de Ponent se creó un grupo de trabajo multidisciplinar con el objetivo de proponer una cartera de servicios homogénea, estructurada en niveles de resolución, como herramienta de gestión.

**OBJETIVOS**

- Definir la cartera de servicios de la AP y establecer 3 niveles de resolución.
- Conocer el grado de implementación en cada EAP.
- Detectar áreas de no cumplimiento y proponer acciones de mejora.
- Identificar recursos necesarios para la ejecución.

**METODOLOGÍA**

- Constitución de un grupo de trabajo de 10 miembros, multidisciplinar, representativo de todo el territorio y de las diferentes categorías profesionales (médico de familia, pediatra, enfermera, técnico de salud y profesional de admisiones)
- Revisión bibliográfica (Servicios de Salud de diferentes comunidades autónomas, sociedades científicas, organismos oficiales, etc.)
- Elaboración del documento.
- Detalle de la cartera de servicios, definida en 10 apartados: 1.Servicios de soporte, Trámites y gestiones; 2.Atención a la demanda asistencial; 3.Actividades preventivas; 4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos; 5.Atención fa-

miliar y social; 6. Actividades comunitarias y de vigilancia de la salud; 7. Coordinación con otros niveles e instituciones; 8. Formación y docencia (8.a Docencia post-grado) 9. Investigación; y, 10. Organización y gestión de la calidad.

-En cada uno de ellos se especifica una cartera mínima, asumible en todos los EAP, y dos niveles más que reflejan mayores capacidades de resolución. Así pues se proponen tres niveles: Nivel 1: cartera mínima que deben cumplir la totalidad de EAP (básica).

Nivel 2: cartera deseable con disponibilidad de recursos suficientes (óptima).

Nivel 3: cartera de alto nivel de resolución (excelente).

-Revisión del documento por otras categorías profesionales (odontólogo y trabajador social), directivos, expertos y líderes profesionales.

-Diseño del instrumento de estudio: un cuestionario estructurado en los 10 mencionados apartados. Se recogen las respuestas a los ítems de manera cualitativa (sí, no) y cuantitativa (% de población que se beneficia del servicio). Se considera que se cumple un ítem si la puntuación de éste es superior al 80%, es decir, que más del 80% de la población atendida recibe el servicio.

-Recogida de datos. Un miembro (enfermera) del grupo pasa la encuesta personalmente al equipo directivo de cada EAP (médico director y enfermera adjunta), durante los meses de julio-agosto 2006. La realización de la encuesta lleva un tiempo de 2 horas. Los ítems de docencia post-grado sólo se exploran en los EAP docentes.

-Participantes: 57 EAP (15 de ellos docentes) adscritos a 6 Servicios de Atención Primaria (SAP), que dan cobertura a 1.345.000 habitantes, en zonas rurales, semi-rurales y urbanas.

-Estrategia de análisis: Los datos se almacenan en base de datos Acces v.2000. Se realiza el estudio descriptivo de todos los ítems recogidos en forma de tablas generales por SAPs y por EAP. El paquete estadístico utilizado para el análisis de los datos es el SPSS v.10.

**RESULTADOS:**

-Publicación del documento Cartera de Servicios i nivells de resolució dels Equips d'Atenció Primària, como relación de la cartera de servicios de referencia para el territorio.

-Descripción de los resultados: (100 % de participación de los EAP): en el apartado que nos ocupa, en el nivel 1, un 95% de EAP cumplían

los 19 ítems; en el nivel 2, un 76% cumplía los 11 ítems; y, en nivel 3, un 44% cumplía los 10 ítems preguntados. Un 77% de EAP cumplía todos los ítems preguntados

-Priorización de áreas de mejora para el 2007 : identificación de los ítems de obligado cumplimiento ( nivel 1), en los que hay algún EAP que no se cumple, por lo que se refiere a servicios de soporte, trámites y gestión:

Ap.1:Facturación a terceros

Recursos empleados: 1 Encuestador,1 Técnico epidemiólogo,1 Médico residente de Medicina Preventiva,1 ordenador portátil, Programario MS Access, MS Excel y SPSS v6 y 1 vehículo.

**MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD TELEFONICA EN UN CENTRO DE SALUD**

ANGLÉS SEGURA, TERESA – CORTÉS CORTÉS, ANGELINA – COTS MORENILLA, MANEL – MUIÑO BOVE, IRIA – POUS ROURA, ASUNCIÓN – SARGENTES MORENO, MANUELA., ICS. TARRAGONA

**INTRODUCCIÓN**

El crecimiento poblacional experimentado en los últimos años en nuestra área de influencia (de 7.499 personas el año 1995 a 23.950 a finales del 2006) creó un incremento de la demanda de asistencia sanitaria. La consecuente intensificación de la asistencia telefónica: citación, información, llamadas de asistencia domiciliaria, etc., junto a la obsolescencia de la centralita, crearon un déficit en la calidad asistencial, detectada mediante las sugerencias y opiniones de los usuarios. Por este motivo nos planteamos un plan de mejora de la atención telefónica.

**OBJETIVO**

Analizar la accesibilidad telefónica en un Centro de Salud urbano para identificar la demanda del usuario i así optimizar y adecuar los recursos ya existentes en el Centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

-Estudio descriptivo, observacional y prospectivo.

-Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar formado por diferentes profesionales del Centro y un experto en centralitas telefónicas.

-Se realiza un Brain storming, y se elabora la espina de Ishikawa., para analizar las causas.

-Posteriormente de realiza una auditoria telefónica, elaborando un formulario de registro de llamadas, con los siguientes ítems: hora,

motivo, duración, nacionalidad del usuario i tipo de llamada (externa o interna).

-Análisis de todos los resultados anteriores y elaboración de planes de mejora.

**RESULTADOS**

1.Resultados del Brain storming i del análisis de la espina de Ishikawa: a) Atención telefónica, b) Material (centralita), c) Personal (falta de personal), d) organización, e) población y f) formación.

2.Resultados de la auditoria telefónica:

-Núm. de llamadas al día de los tres días (lunes 295, miercoles273 y jueves 227).

-Picos de incidencia: 08:00 – 13:00 h 32 llamadas/h de media; 13:00 a 18:00 h 13 llamadas/h.

-Motivo de la llamada: 69 % de las llamadas pedir o cambiar cita médica. 15% de las llamadas son para hacer consultas a un médico del Centro. 11% son llamadas internas. 4% son llamadas de información 1% otros motivos.

-Duración por motivo: cita previa: 1,2 minutos, consulta a médicos Centre: 1,6 minutos, llamadas internas: 0,8 minutos, pedir información: 1,1 minutos, varios: 0,7 minutos.

-Nacionalidad de los usuarios: Llamadas de 14 nacionalidades extranjeras diferentes, el resto de las llamadas eran usuarios de nacionalidad española. Del total de llamadas recibidas un 4,6% son de usuarios extranjeros. Durada media de la llamada 1,4 minutos.

3.Planes de acción:

a.Adecuación de la centralita telefónica: reprogramación por un experto y adecuación de las líneas telefónicas (entradas y salidas).

b.Reorganización y optimización de los recursos humanos: Después de analizar los resultados de la auditoria telefónica y los resultados del Brain storming, y gracias a la modernización de la centralita, se estableció un sistema nuevo de atención telefónica. Sus características generales son: Centralita con dos puntos fijos de recepción de llamadas, que se amplían secuencialmente hasta un máximo de 10 según las necesidades de cada momento, las llamadas se atienden en función del orden de entrada y del número de personas que están en el grupo telefónico.

c. Formación: En sesión informativa se implanta una miniguía telefónica y se hace un curso para el personal administrativo, en el que se hace especial énfasis en la necesidad de derivar las llamadas complejas a otro profesional del Centro, para no colapsar la centralita.

**CONCLUSIONES**

- 1. Que, a pesar de nuestra opinión formada “a priori”, la diversidad de la población no repercute en la atención telefónica.
- 2. El hecho de organizar la demanda y la tipología de las llamadas permite hacer una atención más personalizada y de mayor calidad.
- 3. Hemos mejorado la accesibilidad y la satisfacción telefónica en nuestro Centro al poder asumir un volumen superior de llamadas.

**MEJORANDO LA ATENCIÓN AL CLIENTE INTERNO SE MEJORA EL CLIMA DE TRABAJO Y LA RELACIÓN CON EL CLIENTE EXTERNO**

MONTES GONZÁLEZ, L.; HERRERO SÁNCHEZ, E.; FERNÁNDEZ REBOREDO, IRIA, CAP ANTON DE BORJA. SERVICIO DE ATENCIÓN AL USUARIO Y ADMISIONES.

**INTRODUCCIÓN**

·La incorporación de un profesional en cualquier centro de trabajo, requiere de un periodo de adaptación hasta conocer el funcionamiento de los circuitos, el resto de profesionales, su ubicación y función, etc.

**OBJETIVOS**

·Elaborar un plan de acogida para garantizar el conocimiento por parte de todos los componentes del equipo de atención primaria de los profesionales que trabajan en nuestros centros para tener una información correcta y actualizada para poder trasladarla completa y sin errores a nuestros usuarios.

**METODOLOGÍA**

·Entrevista a 35 profesionales preguntándoles sobre las necesidades observadas. Estudio comparativo de lo que se hacía y de lo que se pretende poner en marcha: qué tenemos, qué vamos a cambiar, qué vamos a mejorar. Establecer un análisis de los resultados a través de nuestra propia experiencia.

**RESULTADOS**

·Mejora del conocimiento del personal del equipo que permita el normal desarrollo de nuestra actividad diaria y por tanto, un correcto flujo de los usuarios del centro. Mostrar conocimiento del entorno y por

tanto transmitir seguridad y confianza a los usuarios.

Capacidad de respuesta y resolución positiva por parte del personal de atención al usuario de la sanidad.

**CONCLUSIONES**

·Asumiendo una actitud crítica, fomentando la interacción, la construcción y la sensación de pertenecer a una misma entidad, el equipo de atención primaria de Rubí II se ha de organizar para responder de una forma correctamente estructurada al fenómeno de la continua incorporación de nuevos profesionales a nuestros centros, desarrollando un protocolo de acogida que favorezca la cohesión del equipo. Adaptando a nuestras necesidades la acogida de los nuevos integrantes de nuestro equipo, mejoramos la información al usuario, la accesibilidad a nuestros servicios y por tanto la satisfacción percibida por los clientes internos y los externos.

**NUEVOS CANALES DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO**

MORENO GÓMEZ, NURIA; MERITXELL GUTIÉRREZ TORRE, HOSPITAL COMARCAL SIERRALLANA

**INTRODUCCIÓN**

En el Hospital Sierrallana existen una serie de mecanismos para conocer la opinión del usuario: encuesta Servqhos, reclamaciones, sugerencias y encuestas sobre vías clínicas implantadas en el hospital, pero cada día se hace mas necesario definir nuevas formas de comunicación con el usuario.

**OBJETIVOS**

Establecer nuevas formas de comunicación con el usuario para conocer sus expectativas e integrarlas dentro de la organización.

**METODOLOGÍA**

El pasado 20 de octubre se celebró en el Hospital el día del Paciente, señalado como tal por la junta directiva del Foro Español de Pacientes, bajo el lema “Seamos todos pacientes por un día”. Junto con la Federación Cantábrica de Asociaciones de Minusválidos, COCEMFE CANTABRIA, integrada por 17 asociaciones de pacientes y coordinadas desde el Servicio de Atención al Usuario del Hospital, se realizaron una serie de actividades:

- 1. Informativas: a los usuarios ingresados se les entregó una copia de los capítulos II “El derecho a la información sanitaria” y el IV “El

derecho a la autonomía del paciente” de la Ley Básica Reguladora del Paciente en materia de Información y Documentación Clínica. A los trabajadores se les presentó el objetivo de la Jornada a través de la Intranet del Hospital y del correo electrónico corporativo. También se hizo un comunicado de prensa donde se explicó el objetivo de la Jornada, se colocaron posters con el Decálogo de los Pacientes de la Declaración de Barcelona de 2003 y se difundió información de las asociaciones que integra COCEMFE a través, tanto de mesas informativas en distintos puntos del Hospital, como de paneles y de videos.

2. Elaboración del Libro Blanco: en el que se recogió la opinión de los pacientes ingresados o que, por distintos motivos, acudieron al Hospital (Consultas, Urgencias, Radiología, etc) en ese día.

2. Elaboración del Libro Blanco: en el que se recogió la opinión de los pacientes ingresados o que, por distintos motivos, acudieron al Hospital (Consultas, Urgencias, Radiología, etc) en ese día.

**RESULTADOS**

Se ha institucionalizado la celebración del Día del Paciente en colaboración con COCEMFE. A las mesas informativas se acercaron 42 personas de las cuales 20 fueron pacientes que solicitaron información sobre fibromialgia, artritis reumatoide, higiene postural y derechos de los pacientes, 10 fueron visitantes y solicitaron información sobre donación de órganos, de los cuales 7 se hicieron donantes y 12 fueron profesionales del propio Hospital o de otros centros sanitarios que solicitaron información sobre las distintas actividades que oferta COCEMFE. El Libro Blanco recogió la opinión de 56 personas sobre los distintos servicios ofertados: 29 personas opinaron que el trato y/o la asistencia recibida habían sido buenos o muy buenos y hubo 32 sugerencias o propuestas de mejora de distintos aspectos: mejorar accesibilidad (6), aumentar confortabilidad (6), mejorar información (3) y 15 sobre distintos aspectos como mejora de la comida, aumentar personal, etc.

**CONCLUSIONES**

Esta actividad nos ha permitido implantar nuevos áreas de mejora teniendo en cuenta la opinión de nuestro usuario. Hemos hecho más partícipe al mismo dentro de nuestra organización y poco a poco estamos logrando desterrar la idea de todo por el paciente pero sin él.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Janelle Barlow, Claus Moller. Una queja es un regalo: Como medir la opinión de los clientes para la mejora continua. Gestión 2000. Año 2004.

2. Maria Carrión, Olga Ruesga. Acciones de mejora: nuestro compromiso con los ciudadanos. Atención al Usuario. Volumen 2. Nº 14. Diciembre 2005.

### EVALUACIÓN DE LA ACCESIBILIDAD EN EL USO DE UN SISTEMA AUTOMÁTICO DE CITA PREVIA TELEFÓNICA.

FERNANDO ESCUDERO BATALLA; ANUNCIACIÓN MEDIAVILLA HERNÁNDEZ; M<sup>º</sup> ÁNGELES RODRÍGUEZ MARTÍNEZ; ALBERTO JOSÉ SEBASTIÁN PALOMINO; ALEJANDRO GRACIA CENAMOR; M<sup>º</sup> SOLEDAD VÁZQUEZ PÉREZ., GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA. ÁREA 2. MADRID

#### INTRODUCCIÓN

Para favorecer la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios, en cuanto a Cita Previa Telefónica, se optó por la implantación de un sistema automático basado en el Reconocimiento de Voz, en un Centro de Salud de un Área de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

#### OBJETIVOS

En este trabajo se pretende describir la evolución de la implantación del proyecto de automatización de la cita previa telefónica y evaluar los resultados sobre la accesibilidad y la mejora en la satisfacción de los ciudadanos respecto del uso del sistema automático.

#### MÉTODOS

La evolución de la implantación, de julio a octubre de 2004, se valoró mediante la explotación de los registros de llamadas del sistema automático, completándose con una revisión anual al finalizar el año 2005. Además, se analizaron las reclamaciones presentadas respecto de la cita previa telefónica y se efectuó una evaluación mediante encuestas semiestructuradas aleatorias dirigidas a los usuarios in situ.

#### RESULTADOS

Los resultados muestran la evolución de las distintas fases de la vida del proyecto: -fase inicial, de escaso uso del sistema, con aumento de las reclamaciones por dificultad de acceso telefónico y tasas de fracaso del sistema sobre el reconocimiento de usuarios elevadas.

### ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SÁNCHEZ BASALLOTE, JOSÉ ENRIQUE; VILCHEZ PARTIDA, REMEDIOS; AGUILAR LUNA, LUCÍA; DELGADO FERNÁNDEZ, AUXILIADORA; PÉREZ TROYA, RAMÓN. SERVICIO ATENCIÓN CIUDADANA. DISTRITO APS SIERRA DE CÁDIZ.

#### INTRODUCCIÓN

El Distrito Sanitario de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz en el marco de las líneas estratégicas de actuación del III Plan Andaluz de Salud, II Plan de Calidad y las líneas básicas del Contrato Programa 2005-2008 con el interés de informar de sus servicios y de escuchar la opinión y dar participación activa para mejorarlos ha potenciado la participación ciudadana. El Distrito Sierra de Cádiz atiende a una población de 112.015 usuarios (Base Datos Usuarios a 31-12-2005) y cuenta con 5 Zonas Básicas de Salud (ZBS), cada una de ellas dispone de un trabajador social, excepto en una que es compartido.

#### OBJETIVOS

Realizar reuniones de participación con organizaciones sociales, de pacientes y usuarios.

#### METODOLOGÍA

Cada trabajador social tenía que realizar dos reuniones anuales durante los años 2005 y 2006. Se procedió a la elaboración de un censo de organizaciones sociales por ZBS; determinación y preparación de los temas a abordar y sistemática de las reuniones. Los temas a abordar en cada reunión serían la Carta de derechos y deberes del SSPA, el Testamento de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, la Cartera de Servicios del Centro de Salud correspondiente y determinados servicios de Atención Ciudadana (libre elección de especialistas, libre elección de Hospital para intervención quirúrgica, segunda opinión médica). Cada reunión fue realizada por el trabajador social junto con el Director de la ZBS correspondiente. La sistemática de cada reunión sería: Presentación de los asistentes, justificación y motivo de la reunión, exposición de la estructura y organización de la ZBS, presentación y exposición de los temas, mejoras introducidas en el último año y debate e intercambio de opiniones. En cada reunión se haría entrega de documentación y folletos informativos de la Carta de derechos y deberes del SSPA, Cartera de Servicios, Información sobre Salud Responde y Hoja de suge-

rencias. La duración de cada reunión sería de una hora aproximadamente.

#### RESULTADOS

Se han celebrado 15 reuniones: 6 en el año 2005 y 9 en el año 2006 con la siguiente distribución:

ZBS Arcos: Año 2005: 0. Año 2006: Representantes de colectivos sociales y vecinales de Arcos; Colectivo de la tercera edad de Espera.

ZBS Olvera: Año 2005: Asociación de mujeres "Alba" de Olvera; Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Olvera. Año 2006: Asociación de fibromialgia "Asfiol" de Olvera; Asociación de Discapacitados "Asamiol" de Olvera.

ZBS Ubrique: Año 2005: Presidentes de 7 Asociaciones de vecinos de Ubrique; Presidentes de otras 4 Asociaciones de vecinos de Ubrique. Año 2006: Representantes de diversas asociaciones (Fibromialgia, Alzheimer, Lucha contra el Cáncer, varias asociaciones de mujeres); Asociación de familiares y enfermos de Alzheimer.

ZBS Villamartín: Año 2005: Asociación de familiares de Enfermos de Alzheimer "Hermana Agustina" de Villamartín: 2 grupos. Año 2006: Colectivo de la tercera edad de Puerto Serrano; Colectivo de Ciudadanos de El Bosque; y Colectivo de ciudadanos de El Coto de Bornos.

La media de asistentes ha sido muy variable en función de los convocados en cada reunión. El tiempo medio de duración ha sido de 2 horas.

#### CONCLUSIONES

Las reuniones de participación ciudadana han permitido al Distrito facilitar información para favorecer la transparencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía. También ha permitido identificar oportunidades de mejora basadas en las expectativas y en la percepción de los ciudadanos. Asimismo, va a permitir disponer de un banco de medidas de mejora.

### SATISFACCIÓN DE NUESTRO CLIENTE INTERNO

JESÚS BERTHOLET MARTÍNEZ, ARES BORRÁS MATA, OLGA LLUBES MAS, PILAR MORÓN TABERNER, INÉS CRUZ ESTEVE, MANEL GÓMEZ FIGUERES, INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. LLEIDA

#### INTRODUCCIÓN

En el 2003 se abrió una convocatoria de provisión de plazas del personal de atención al usuario, en ese momento más del 60% de la plantilla era personal interino, a

principios de 2006 este personal interino, en su mayoría, consiguió su sitio de trabajo en la localidad deseada.

**OBJETIVOS**

- 1. Valorar la satisfacción de nuestro cliente interno, a través del análisis de los resultados obtenidos a través de una encuesta, en relación con las acciones realizadas por la dirección (Servicio de Atención Primaria) durante el transcurso de 2 años (2005-2007).
- 2. Una vez analizados los resultados, planear continuar con el mismo tipo de dirección o cambiar el plan de actuación.

**METODOLOGÍA**

Elaboración de una encuesta anónima compuesta por 50 ítems para conocer la satisfacción, las condiciones laborales, el apoyo de los superiores y compañeros, la valoración de la empresa, la remuneración, la autonomía, etc., valorando la edad, la situación laboral y la antigüedad en la empresa. Para conocer la repercusión de nuestras actuaciones y analizar los puntos fuertes y débiles de las mismas.

La encuesta se pasó a todo el personal de las Unidades de Atención al Usuario de los 9 Centros de Salud que forman nuestro Servicio de Atención Primaria Segarra-Noguera-Urgell-Pla d'Urgell. La encuesta fue enviada personalizada por correo interno, devolviéndola de manera anónima. Así pues se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Esta encuesta se pasó en el año 2005, analizando los resultados de la misma, se decidió iniciar un plan de actuación, el cual consistía en:

- Crear un referente de la unidad de atención al usuario de cada centro de salud que se integre en la dirección del centro.
- Organizar las tareas del personal administrativo de cada centro.
- Participación activa en reuniones, comités y en la toma de decisiones que afectan a su trabajo y al Centro de salud.
- Crear equipo de trabajo en cada centro de salud, potenciando la relación entre los diversos colectivos que lo forman.
- Estabilidad laboral y mejoras salariales derivadas de las políticas del Instituto Catalán de la Salud (trienios, carrera profesional, complemento retributivo variable...)

Una vez, transcurridos 2 años se ha vuelto a

facilitar la misma encuesta para analizar los resultados y observar si las políticas llevadas a cabo han sido fructíferas.

**RESULTADOS**

- Mejoras significativa:
- Calidad del trabajo: Mayor percepción de capacidad de respuesta por parte de la dirección. Mayor autonomía y confianza percibida por parte del trabajador.
- Formación recibida para el puesto de trabajo.
- Equilibrio de la vida personal con la profesional
- Motivación, creatividad, participación en la toma de decisiones.
- Económicas y estabilidad laboral.
- Reconocimiento, agradecimiento y valoración de las tareas realizadas.
- Apoyo y colaboración de mis superiores, compañeros y resto del equipo.
- Integración dentro del equipo.
- Confianza en las actuaciones llevadas a cabo.

**CONCLUSIONES**

Las actuaciones llevadas a cabo desde la dirección empiezan a dar sus frutos, esto se nota en el ambiente y lugar de trabajo y se refleja en los resultados de la encuesta y en la percepción del usuario.

**FAMILIARES DE PACIENTES EN URGENCIAS: LA ATENCIÓN QUE LES CORRESPONDE**

M\* DOLORES RODRÍGUEZ NOVAL(\*), INMACULADA IBÁÑEZ URUÑUELA(\*), ALICIA PEÑA ÁLVAREZ(\*), FRANCISCA S. LÓPEZ LÓPEZ(\*), CONCEPCIÓN SUÁREZ FERNÁNDEZ(\*), BERTA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ(\*\*). (\*PERSONAL SAU- URGENCIAS, (\*\*) ENFERMERA JEFE SAU

**INTRODUCCIÓN**

Una Sanidad moderna obliga a buscar fórmulas asistenciales, que mejoren la atención a los pacientes y aseguren una utilización eficiente de los recursos. Esta atención debe llevarse a cabo en un marco de calidad en la atención a la salud, derechos ciudadanos y la satisfacción del usuario.

En la atención de urgencias, se observan tres elementos importantes: por una parte, el actor principal, el paciente, acompañado generalmente de algún familiar, amigo o vecino; por otra, la institución que los recibe y, por último, los médicos, enfermeras/os y otros profesionales técnicos que los atienden. En la interacción equilibrada de estos tres elementos radica el principal factor que posibilita la verdadera ca-

lidad de la atención.

La mejora en la atención integral (sanitaria y no sanitaria) del paciente que accede a un Servicio de Urgencias Hospitalario pasaría por la constante introducción de mejoras en infraestructuras, como puede ser la ampliación y distribución más racional de espacios que permitan a los profesionales disponer de un entorno más adecuado para ofrecer la máxima calidad asistencial con un mayor confort e intimidad de los pacientes.

Pero estas medidas servirían de poco si no se cuidan también todos los aspectos relacionados con la información y el soporte emocional que se presta a los propios pacientes pero sin olvidar a los familiares ó acompañantes, que deberían incluirse como usuarios importantes de nuestra atención, con la mejora consecuyente de su nivel de satisfacción y disminución de las reclamaciones

**OBJETIVO**

Para corregir este déficit en la atención a los familiares, se modificó la organización previa de la Unidad de Atención al Usuario del Servicio de Urgencias –SAU urgencias-, integrada por un grupo de profesionales dedicados a cubrir sobretodo las necesidades de información y apoyo de los pacientes, desdoblando su labor con la Creación de un Punto de Información permanente para familiares de pacientes/ usuarios de urgencias, que reconozca la importancia de la familia.

**METODOLOGIA**

El SAU de Urgencias se creó como plan de mejora de la atención a la salud y derecho a la información, cuyo indicador principal es la satisfacción del usuario.

**PALABRAS CLAVE**

Calidad, información, satisfacción, reclamación.

**MISIÓN**

La mejora continua de la calidad, referida a la atención prestada a la población que acude a nuestro Servicio de Urgencias, ya sea este el propio paciente, familiar o visita.

**VISIÓN**

Prestar información y apoyo al 100% de los pacientes ó familiares, independiente del motivo por el que acudan al Servicio de Urgencias

Hospitalario, desde que son recibidos en este hasta que sean dados de alta.

### OBJETIVOS

La idea fundamental es mejorar los flujos de información de los sanitarios con el paciente y sus acompañantes, sobre todo en los momentos de incertidumbre que se pueden generar cuando se acude a Urgencias, empleando un lenguaje amable, claro y adecuado a la capacidad de comprensión del usuario.

### PERSONAL, MATERIAL Y MEDIOS DEL SERVICIO.

El SAU-urgencias esta formado por dos personas en cada turno; una realiza su labor dentro del Área de Urgencias y la otra en la Sala de Información para Familiares situada frente a la entrada de urgencias y al lado de la Sala de Espera de los acompañantes. En su organización:

- Cuenta con la permanente supervisión, apoyo y estímulo formativo de la Dirección del Centro Hospitalario.
- Despacho, con material y mobiliario de oficina, incluido equipo informático y caja de seguridad, que permite la atención individualizada del usuario
- Sala de espera con acceso directo al área de información del SAU.
- Uniforme completo e identificación personalizada.
- Cursos de formación en técnicas de comunicación e imagen, atención al cliente, paciente difícil, etc.
- Guías de información para pacientes y acompañantes.
- Plan de acogida e información de pacientes y usuarios del área de urgencias del HUCA según Protocolo de actuación del Servicio de Urgencias en forma de "organigrama tipo cascada" que engloba las actuaciones de el personal desde que acude el paciente hasta que es dado de alta
- Material para la tramitación de todo tipo de sugerencias, reclamaciones y para la realización de encuestas de satisfacción del usuario.
- Libros de registro y programa informático que recogen toda la actividad del servicio.
- Sistemas de comunicación interna y con el exterior.

### METODOLOGÍA

continuación

### FUNCIONES

1-Dentro del ÁREA DE URGENCIAS:

- Identificar a los pacientes que entran en el Área de Urgencias sin identificación.
- Trasladar la Ficha para Acompañantes a la Sala de Información cuando los pacientes acuden solos para custodia y gestión.
- Acompañar a los familiares dentro de la Urgencia para visitar a los pacientes.
- Contactar y/o localizar a los familiares de pacientes graves que acuden solos ó a demanda de los mismos ó del equipo medico.
- Trasladar las Hojas de Alta desde las distintas unidades al Servicio de Admisión.
- Atender las necesidades del paciente al alta (localización de familiares, taxi etc.).
- Solicitar a los familiares con acompañamiento preferente la salida del Área ante la saturación de la misma.
- Localizar e informar a familiares de pacientes ingresados en área de observación de cualquier cambio de situación (ingreso, altas, traslado a otro hospital etc.).
- Contactar con el Medico Responsable ante la tardanza de información clínica a familiares o ante la demanda de la misma.
- Facilitar impresos de reclamación a los pacientes ó familiares que lo demanden.
- Hacerse cargo de las pertenencias de los pacientes para su custodia o entrega a los familiares.
- Realizar transferencia escrita a Trabajo Social de las situaciones en que se detecte pueda existir un problema social.

2-En la SALA DE INFORMACIÓN:

- Atender a todos los familiares que demanden información.
- Contactar con la persona del SAU dentro de Urgencias para que acompañe a los familiares dentro del Área de Urgencias (acompañamiento permanente ó preferente, visita programada, información médica, etc.).
- Entregar pertenencias de pacientes a los familiares de los mismos cuando así proceda.
- Facilitar impresos de reclamación a los familiares que lo demanden.
- Contactar con los familiares de pacientes que acuden solos en situaciones graves o a demanda de los mismos.
- Acompañar y apoyar a familiares de pacientes en situaciones especialmente graves ó imprevisibles..
- Comprobar que todos los pacientes/ usuarios reciban los folletos de información y facilitar su

comprensión si fuese necesario.

- Registro del cambio de turno

### METODOLOGÍA

continuación

### JUSTIFICACIÓN

Un servicio esencial en cualquier puerta de urgencia, ya que la mayoría de los conflictos que se crean en una sala de espera suele ser secundario a la desorientación y/o agitación de unos familiares angustiados, pues la falta de una correcta información al paciente y/o familiares crea falsas expectativas e inseguridades, que si no son satisfechas por anticipado aumentan la ansiedad, disminuyen su capacidad de tolerancia y revierten en conflictividad y deterioro de la relación del usuario con el personal que le atiende.

Gracias a este sistema se consigue evaluar de forma eficaz y rápida los problemas que afectan tanto a familiares como enfermos que esperan en ese lugar ya que este puesto de información permite la observación directa y continua de las incidencias y necesidades de los usuarios.

### CONCLUSIONES

Los cambios en la organización de Servicio de Atención al Usuario de Urgencias, con implantación de un Punto de Información permanente para familiares, nos permitieron:

- Crear un interlocutor accesible, fácil de identificar para los familiares, que pueda satisfacer sus necesidades.
- Ampliar la información general, con una atención más personalizada e individualizada sobre estado de gravedad, saturación del área, variación de normas de acompañamiento, prolongación de esperas.
- Facilitar la espera de los familiares ofertando sistemas de localización.
- Establecer canales de información entre los pacientes, su familia y el personal sanitario.
- Sustituir el papel de los familiares cuando estos falten.

Estamos pendientes de una evaluación de los resultados en base a una encuesta de Satisfacción de los familiares, pero la percepción por parte del personal es muy positiva, obtenida en base al nivel de agradecimientos de los mismos.

## VALORACIÓN DEL USUARIO SOBRE LAS VENTANILLAS EUROPEAS DE INFORMACIÓN SANITARIA –VEIS–

MARÍA BEGOÑA SÁNCHEZ GÓMEZ, ANA LÓPEZ PULIDO, MILAGROS SÁNCHEZ DEL BARIO, ISABEL RECA BUENO. SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO CARLOS HAYA PROYECTO 0231/2006 CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

### INTRODUCCIÓN

La puesta en marcha de este proyecto parte de la hipótesis de base, de que el servicio ofrecido por las Ventanillas Europeas de Información Sanitaria –VEIS–, corresponde con el esperado por los usuarios en cuanto a accesibilidad de uso, rapidez, puntualidad, resolución de problemas, trato adecuado y cortesía. Esperamos encontrar diferencias significativas entre las diferentes VEIS en función de los diferentes perfiles de pacientes y la demanda solicitada. Esto nos aportaría oportunidades de mejora para adaptar las VEIS a las expectativas de los usuarios.

En el Hospital Carlos Haya de Málaga, el incremento de la demanda de servicios a población extranjera, va acompañado de dificultades, derivadas de diferentes realidades idiomáticas y culturales para las que son necesarios programas, e intervenciones específicas. En este contexto, las VEIS, vienen a aportar soluciones a problemas acuciantes y crecientes en el Hospital, que tienen relación con las dificultades comentadas.

### OBJETIVOS

- 1-Conocer la satisfacción de la expectativa de resolución de su problema.
- 2-Saber el perfil de la demanda atendida del servicio.
- 3-Conocer el perfil del usuario que utiliza el servicio.
- 4-Evaluar la accesibilidad de uso del servicio de las VEIS.
- 5-Evaluar el trato de los profesionales, percibido por el usuario.
- 6-Conocer la satisfacción global y específica del servicio.
- 7-Validar un instrumento de fácil uso, válido y fiable para detectar oportunidades de mejora.

### METODOLOGÍA

Selección y rediseño de la encuesta seleccionada. Una vez que la primera versión de la encuesta esté ultimada, se traduce a los idiomas de las VEIS y se hace la equivalen-

cia. Se realiza una fase piloto para garantizar su validez y fiabilidad. La encuesta se facilita para su cumplimentación por escrito después de recibir la atención solicitada en las VEIS. La selección de la muestra es oportunista hasta alcanzar el tamaño que garantice un nivel adecuado de representación de los segmentos de población usuaria.

Se realiza un análisis descriptivo de la muestra, análisis del nivel de representatividad de la misma, análisis de validez y fiabilidad de las preguntas del cuestionario, análisis multivariable, de correlaciones de Pearson y de Spearman, comparaciones estadísticas para identificar diferencias entre grupos y variables.

### RESULTADOS

El primer resultado de este proyecto de investigación que ahora se presenta y que está en fase de ejecución.

### CONCLUSIONES

Se están recogiendo encuestas en todos los idiomas de las VEIS: castellano, inglés, francés, alemán, árabe y shelta. Hasta la fecha, la recogida de muestra está siendo satisfactoria, si bien la parte correspondiente a usuarios atendidos en castellano está resultando más dificultosa.

Con los datos obtenidos, la edad media se sitúa en 43,75 años, para el total de los pacientes del complejo Hospitalario, la distribución por sexos el 58,00% corresponde a mujeres, el 40,03% corresponde a hombres existiendo un 1,97% que no identifica el sexo al contestar la encuesta.





# WEBS DE INTERÉS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
[HTTP://WWW.MSC.ES](http://www.msc.es)

LEY ORGANICA 15/1999 DE 13 DE DICIEMBRE , DE PROTECCIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL  
[HTTP://NOTICIAS.JURIDICAS.COM/BASE\\_DATOS/ADMIN/LO15-1999.HTML](http://noticias.juridicas.com/base_datos/admin/LO15-1999.html)

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978  
[HTTP://WWW.CONGRESO.ES/FUNCIONES/CONSTITUCION/PREAMB.HTM](http://www.congreso.es/funciones/constitucion/preamb.htm)

LEY 14/1986 DE 25 DE ABRIL GENERAL DE SANIDAD  
[HTTP://NOTICIAS.JURIDICAS.COM/BASE\\_DATOS/ADMIN/L14-1986.HTML](http://noticias.juridicas.com/base_datos/admin/L14-1986.html)

REAL DECRETO 994/1999, DE 11 DE JUNIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL REGLAMENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS FICHEROS AUTOMATIZADOS QUE CONTENGAN DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.  
[HTTP://WWW.JURIDICAS.COM/BASE\\_DATOS/ADMIN/RD994-1999.HTML](http://www.juridicas.com/base_datos/admin/RD994-1999.html)

LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERECHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.  
[HTTP://NOTICIAS.JURIDICAS.COM/BASE\\_DATOS/ADMIN/L41-2002.HTML](http://noticias.juridicas.com/base_datos/admin/L41-2002.html)

SINDIC DE GREUGES DE CATALUNYA, VERSIÓN CASTELLANO  
[HTTP://WWW.SINDICGREUGESCAT.ORG/ES/SINDIC.HTM](http://www.sindicgreugescat.org/es/sindic.htm)

SINDIC DE GREUGES DE CATALUNYA, VERSIÓN CATALANA  
[HTTP://WWW.SINDICGREUGESCAT.ORG/CA/INDEX.DO?ACTION=LIST](http://www.sindicgreugescat.org/ca/index.do?action=list)

SINDIC DE GREUGES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA, VERSIÓN CASTELLANO  
[HTTP://WWW.SINDICDEGREUGES.GVA.ES/](http://www.sindicdegreuges.gva.es/)

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ  
[HTTP://WWW.DEFENSOR-AND.ES/FLASH\\_IE.HTM](http://www.defensor-and.es/flash_ie.htm)

DEFENSOR DEL PUEBLO A NIVELL NACIONAL  
[HTTP://WWW.MIR.ES/PCIUDADA/DEFENSOR/DEFENSOR.HTM](http://www.mir.es/pciudada/defensor/defensor.htm)  
[HTTP://WWW.DEFENSORDELPUEBLO.ES/](http://www.defensordelpueblo.es/)

ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICA (ACEB)  
[HTTP://WWW.ACEB.ORG/GREETCAT.HTM](http://www.aceb.org/greetcat.htm)

LEX SANITAS NEWS  
[HTTP://WWW.ACTUALDERECHOSANITARIO.COM](http://www.actualderechosanitario.com)

SOCIETAT CATALANA DE BIOLOGIA  
[HTTP://WWW.IECAT.NET](http://www.iecat.net)

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA  
[HTTP://WWW.AEBIOETICA.ORG](http://www.aebioetica.org)

