



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad



SE AUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad

revista sanitaria de

ATENCIÓN AL usuarios

La SE AUS se gestó en el congreso de Zaragoza en 1988, después de la "Reunión Nacional de los Servicios de Atención al Paciente y de relaciones con el usuario de la Sanidad" celebrada en el año 1987 en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, que fue el germen de la futura sociedad. A lo largo de estos 20 años, y bajo la responsabilidad de las tres personas que hemos ostentado la Presidencia, hemos intentado dar a conocer y desarrollar nuestra misión y objetivos, de acuerdo a lo que recogen nuestros estatutos. Aunque la valoración final de toda la actividad realizada corresponde a todos Uds. como asociados, amigos y colaboradores y por tanto conocedores de nuestra sociedad.

Recordar que somos, tal y como se dice en nuestra página web (<http://www.seaus.net/>):

"Una sociedad que tiene como misión mejorar la calidad de los servicios sanitarios, basándose en el respeto a los derechos y deberes de los ciudadanos"

Misión que tiene como finalidad: Mejorar la relación asistencial entre usuarios, profesionales de la salud e instituciones, a través de la información, la comunicación y la participación. Fomentar la difusión y aplicación de las Cartas de Derechos y Deberes de los Usuarios de la sanidad. Facilitar el intercambio de ideas y experiencias entre los profesionales de los Servicios de Atención al Usuario-Paciente. Potenciar la formación permanente, continuada y multidisciplinar del personal de los Servicios de Atención al Usuario y de los profesionales de la salud en materia de atención al usuario. Posibilitar líneas de investigación y estudio para su divulgación. Y promocionar el diálogo entre usuarios, profesionales de la salud e instituciones sanitarias.

COORDINADOR RAFA RODRÍGUEZ **COMITÉ EDITORIAL** M^a PILAR GONZALEZ -
PALMIRA TEJERO - MERCÈ TELLA - MIRIAM PAREDES

JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTE FRANCISCO CARCELES **VICEPRESIDENTA** MERCÈ TELLA **SECRETARIA**
PALMIRA TEJERO **TESORERO** RAFA RODRÍGUEZ

VOCALES AUTONÓMICOS:

GALICIA, ASTURIAS, CANTABRIA Y EUSKADI ISABEL BERASALUCE, ROSA
GONZÁLEZ **ARAGON NAVARRA Y LA RIOJA** M^a JOSE CALVO **MADRID,**
CASTILLA LEON Y CASTILLA LA MANCHA M^a TERESA TAVORA **ANDALUCIA,**
MURCIA, EXTREMADURA, CANARIAS, CEUTA Y MELILLA M^a PAZ RODRIGUEZ
CATALUNYA, BALEARS Y VALENCIA MONIQUE GAYOLA, ROSA CHUMILLAS

Subscripciones:

www.seaus.net

seaus@sanitatintegral.org

Dirección y teléfonos
Av. Josep Molins, 29-41
08906 L'Hospitalet
Teléfono 93 334 67 77
www.seaus.net
seaus@sanitatintegral.org

Correspondencia Científica:
Rafa Rodriguez
Av. Josep Molins, 29-41
08906 L'Hospitalet
Teléfono 93 334 67 77
seaus@sanitatintegral.org



SUMARIO

6 EDITORIAL
AYER PROYECTOS Y HOY REALIDADES

7 NOSOTROS | Premio Mejor Comunicación
ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS

11 NOSOTROS | Premio Mejor Póster
¿CÓMO VALORAN LOS USUARIOS
EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CSI?

17 NOSOTROS
LA SEAUS MANTIENE REUNIONES CON LOS RESPON-
SABLES DE ATENCIÓN AL USUARIO DE DIFERENTES
ORGANISMOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

18 NOSOTROS
2º CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE
ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD, CUENCA 18, 19, 20 Y
21 DE MAYO 2010

19 NOSOTROS
GUÍA SEAUS RECOMENDACIONES PARA EL EJERCICIO DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI) DOCUMENTO DE VO-
LUNTADES ANTICIPADAS (DVA) RECLAMACIONES Y QUEJAS

20 TEMAS DE INTERÉS
LA TESIS DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

26 TEMAS DE INTERÉS
PROYECTO "ESPAS LECTORS" ESPACIOS LECTORES

27 NORMAS
Normas de publicación

28 WEB
Páginas web de interés

29 SUSCRIPCIONES
Solicitud de asociación a la SEAUS



AYER PROYECTOS Y HOY REALIDADES

Hace tan sólo dos años la SEAUS se planteaba una serie de proyectos y actividades, que no eran fáciles de llevar a término y consolidar. Estos proyectos se enmarcaban en un plan para avanzar, desde la SEAUS, en el marco de la Atención al Usuario como concepto y a la vez crear espacios de reflexión, de estudio y de comunicación que hiciesen posible ese avance.

A la vez, era necesario ampliar la información sobre la SEAUS y las formas de comunicarse, tanto a través de los diferentes medios de comunicación, como a través de contactos puntuales y personales con diferentes agentes implicados en la gestión de la atención al usuario.

Hoy podemos afirmar que esos proyectos son una realidad. En referencia al primer punto enumerado, y en el ámbito de la formación, destacar el Máster "Atención al Usuario de Servicios Sanitarios" que desde el curso 2009-10, imparte la Universitat Oberta de Catalunya, UOC, en colaboración con la SEAUS, y en el que han participado este curso alumnos de diferentes puntos del Estado. También el Programa de Formación de la SEAUS se ha ampliado en contenidos y cursos, incorporando un mayor número de docentes. Esto ha permitido pasar de un total de 10 cursos y 133 horas de docencia impartidos en el año 2008, a 16 cursos y 261 horas de docencia en el año 2010.

En el marco de continuidad del trabajo multidisciplinar y de la publicación de las Guías SEAUS, la participación de 28 profesionales de diferentes Comunidades Autónomas ha hecho posible la publicación de la tercera guía de la SEAUS, la "Guía de Recomendaciones para el ejercicio del Consentimiento Informado, el Registro de Voluntades Anticipadas y las Reclamaciones y Quejas". Esta nueva guía, de la que se ha hecho una primera edición, puede ser visualizada en nuestra web junto a las dos anteriores y ha sido presentada en un acto celebrado en el Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí, en Barcelona, el día 21 de junio. Está previsto también presentarla en las diferentes comunidades.

Otro proyecto era la edición de un libro que recogiese los diferentes temas en relación con la Atención al Usuario, desde su historia y marco conceptual, pasando por las diferentes líneas

estratégicas y por los SAU, hasta temas como la ética, la seguridad del paciente o la gestión de conflictos. Este libro, en el que han participado diferentes profesionales y expertos, verá la luz en el cuarto trimestre de este año, con el título "Claves para la Atención al Usuario en los Servicios de Salud". Este documento ha de ser un punto de referencia y consulta obligadas para los que trabajan o están motivados por la atención al usuario.

En referencia al segundo punto enumerado, y referido a la comunicación, a parte de la remodelación de la Revista, se han ampliado y se amplían y actualizan puntualmente, los diferentes apartados de nuestra Web. La finalidad es hacer de ésta una herramienta útil para todos aquellos que la consulten.

"el Programa de Formación de la SEAUS se ha ampliado en contenidos y cursos, incorporando un mayor número de docentes"

Finalmente otro proyecto previsto era establecer lazos de comunicación y contacto con responsables de la gestión en Atención al Usuario de las diferentes Comunidades Autónomas e Instituciones para compartir ideas y proyectos, pero en especial para poder explicar los fines de la SEAUS y sus actividades para poder llevarlos a cabo. En este ámbito se han realiza-

do ya reuniones con las Comunidades de Aragón y Madrid, y con el Institut Català de la Salut en Cataluña.

Creemos que todos los que formamos la SEAUS, hemos de congratularnos de que estos proyectos, que hace dos años eran sólo proyectos, sean hoy una realidad. Una realidad que no sería posible sin la participación de nuestros asociados y de todos aquellos profesionales que colaboran con nosotros en diferentes ámbitos y momentos. Con todos ellos y con todos los que formamos la SEAUS compartimos un mismo objetivo: la atención a los ciudadanos, usuarios de los servicios de salud.

Junio de 2010

Premio mejor comunicación

ESCUELA GALLEGA DE SALUD PARA CIUDADANOS

Autores: Mercedes Carreras Viñas; Rocío Mosquera Álvarez; Dolores Martín Rodríguez; M^o José Menor Rodríguez; Bárbara Rodríguez Pérez

Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial
Servicio Gallego de Salud
Edificio Administrativo de San Lázaro
15703 Santiago de Compostela
A Coruña

Tfno: 881542741
Fax: 881548684
Mercedes.carreras.vinas@sergas.es

Resumen

Objetivos:

La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos tiene como objetivo, constituirse como un foro de participación de pacientes, ciudadanos y profesionales, en el que se gestione el conocimiento de todos los actores, para conseguir mejores niveles de salud, apoyar los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como favorecer la mejor participación de usuarios y pacientes en sus procesos de salud-enfermedad en el sistema público Gallego.

Material y Métodos

Esta escuela se concibe como una línea estratégica de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial del Servicio Gallego de Salud. Cuenta con la potencialidad de todos los profesionales sanitarios para impartir sus conocimientos técnicos necesarios. Con los pacientes y usuarios para presentar y compartir sus experiencias y necesidades. Utiliza las nuevas tecnologías de la comunicación y la información, de tal manera que una buena parte de su actividad se gestiona a través de la página WEB, realizándose muchas de las actividades de formación de forma semi-presencial.

Resultados

Este proyecto se inició en noviembre de 2009. Se han realizado 13 talleres dirigidos a Asociaciones de Pacientes y Asociaciones de Ciudadanos, con un total de 340 personas formadas.

Conclusiones

Todas las actividades de formación han sido muy bien valoradas tanto por los pacientes como por los profesionales de nuestra Comunidad Autónoma. El desarrollo de otras actividades como Foros, Jornadas de mejora y otros proyectos previstos a través de la página web de la escuela, mejorarán de forma considerable la cobertura de necesidades de las asociaciones de pacientes de la comunidad autónoma.

Palabras Clave

Participación ciudadana. Asociaciones de Pacientes, Prevención de Enfermedad. Promoción de Salud. Escuela de Salud. Nuevas Tecnologías.

INTRODUCCIÓN

El Servicio Gallego de Salud, a través de la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial tiene cuatro líneas clave de actuación relacionadas con el establecimiento de cauces de participación, con la colaboración de las asociaciones de enfermos y ciudadanos, para potenciar la mejora continua de las organizaciones y garantizar la orientación hacia el paciente, fomentando la realización de procedimientos relacionados con los derechos de participación de pacientes, familias y de los ciudadanos en general, para ello desarrollará el primer objetivo estratégico:

Mejorar la información y formación de pacientes y ciudadanos para mejorar la toma de decisiones sobre sus procesos médicos, y para contribuir a incrementar su participación. Para ello se crea la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.

Este objetivo se inicia con la puesta en marcha de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos

Misión

La Escuela de Salud para Ciudadanos es una red de gestión de conocimientos entre profesionales, pacientes, ciudadanos, gestores sanitarios y expertos en procesos de salud y de enfermedad.

Se trata de un lugar de encuentro donde verter y compartir experiencias que ayuden y guíen a los ciudadanos en los procesos de enfermedad y en la promoción de la salud.

Su misión es proveer información, formación, habilidades y conocimientos en procesos de salud y de enfermedad a pacientes, cuidadores y ciudadanos con el fin de mejorar su calidad de vida y potenciar su participación segura en las decisiones sobre sus procesos, así como facilitar el conocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios para conseguir un uso eficiente de los mismos. La Escuela de Salud para Ciudadanos se gestiona y forma parte de la estrategia de la Fundación Escuela Gallega de Administración Sanitaria, (FEGAS) y cuenta con la red de profesionales y formadores expertos del Servicio Gallego de Salud.

Visión

Generar una red autonómica de pacientes, ciudadanos y profesionales sanitarios que aporten su conocimiento para ayudar y formar a otros pacientes que debuten en procesos de enfermedad, para los que la experiencia de pacientes que ya han realizado el proceso puede ser importante. Una red que favorezca la participación ciudadana en la mejora del sistema de salud y una red que facilite la información clínica necesaria para mejorar la seguridad de pacientes.

Objetivos:

Los objetivos que persigue la Escuela de Salud para Ciudadanos son:

- Dotar de conocimientos y habilidades sobre cuidados a los cuidadores, pacientes y familias.
- Fomentar el conocimiento de aspectos que permitan mejorar la seguridad de pacientes en sus procesos de enfermedad.
- Mejorar la calidad percibida.
- Dotar de conocimientos sobre el funcionamiento de sistema sanitario.
- Informar sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios para mejorar su eficiencia.
- Facilitar el conocimiento de los derechos del ciudadano en materia de salud.
- Mejorar y facilitar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario.
- Intercambiar conocimientos y experiencias entre pacientes, cuidadores y profesionales.
- Compartir vivencias y experiencias en salud y en los procesos de enfermedad para generar guías y ayudas a pacientes con el mismo proceso.
- Informar y formar a las asociaciones de pacientes, como vehículo de ayuda y autoayuda para sus miembros.

- Mejorar la información clínica orientada a colectivos y asociaciones de enfermedades de pacientes con procesos crónicos de enfermedad.
- Dotar de conocimientos y habilidades a los pacientes, cuidadores y ciudadanos en general para que alcancen altos niveles de salud.
- Adquirir habilidades para mejorar hábitos saludables.

Material y Métodos

Ámbito de Actuación de la Escuela:

El ámbito de actuación de la Escuela en lo relacionado con las actividades presenciales es toda la Comunidad Autónoma, para las actividades virtuales el ámbito se amplía a toda la comunidad virtual.

Las Actividades se realizan en la sede de la escuela o bien, de forma descentralizada, en las diferentes provincias de la autonomía con el fin de facilitar la accesibilidad de sus usuarios. Las actividades que se realizan desde la escuela, están coordinadas por la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial.

Actividades

La escuela realiza actividades de forma presencial y telemática utilizando la plataforma virtual en la que se desarrolla en un portal específico para la Escuela Gallega de Salud para ciudadanos, www.sergas.es/escolasaude. En ella se exponen las actividades programadas, los documentos para proponer nuevas actividades, las solicitudes de inscripción, los documentos pedagógicos o de ayuda para las actividades que se desarrollan.

Se programarán actividades diversas como cursos, talleres, seminarios, foros, conferencias o grupos de trabajo.

Los equipos docentes están compuestos por expertos profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, así como por los propios pacientes y ciudadanos.

Áreas Temáticas:

Las actividades programadas se relacionan con las siguientes áreas temáticas:

1.FOMACIÓN DE FORMADORES

Dirigido a formar a miembros de Asociaciones de Pacientes

2.ENFERMEDADES EMERGENTES.

Gripe A

3. ENFERMEDADES CRÓNICAS

(Asociaciones de pacientes)
Asma
Diabetes
Cáncer de Mama
Bronquitis
Cáncer de Colon
Enfermedades Cardíacas
Enfermedades Neurológicas
Trasplantes
Enfermedades Mentales
Enfermedades Degenerativas
Cuidados Paliativos

4. CUIDANDO AL CUIDADOR.

Cuidados para cuidadores
Cuidados para la dependencia
Envejecimiento saludable

5. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Talleres para colectivos de riesgo
Talleres para sensibilización
Talleres de prevención de violencia laboral

6. SEGURIDAD DE PACIENTES.

Los pacientes por la seguridad de pacientes
Pacientes voluntarios expertos

7. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Formación en salud y organización del sistema sanitario para consejos de salud y consultivos.
Formación en salud y organización del sistema sanitario para voluntariado.
Derechos y deberes de los pacientes.
Derechos de los ciudadanos.

Resultados

Desde su inicio en noviembre de 2009 y hasta mayo 2010, se han llevado a cabo las siguientes actividades:

Taller sobre Gripe A Dirigido a los presidentes e invitados de todas las asociaciones de pacientes de la comunidad autónoma. Tuvo como objetivo formar e informar sobre la gripe A, su prevención, tratamiento y evolución de la misma en nuestra comunidad. Fue impartido por doctores de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud. Asistieron 200 personas.

Primer taller de seguridad de pacientes impartido por dos pacientes, formadas en la Red de pacientes formadores de la Agencia Nacional de

Calidad del Ministerio de Sanidad y Política Social. Se invitó a participar a 15 asociaciones y se formó a un total de 15 pacientes. Los temas impartidos fueron: Seguridad de medicamentos, prácticas sencillas para el uso seguro de medicamentos. Cómo preparar la visita médica, qué hacer antes de terminar la cita. Cómo buscar y analizar la información relacionada con su enfermedad en Internet, con el fin de que puedan hacer búsquedas sencillas y visitar páginas fiables desde el punto de vista sanitario. Prácticas sencillas para la prevención de infecciones: desde cómo hacer la higiene de manos, sobre todo cuando están en la fase aguda de la enfermedad o en el medio hospitalario, hasta qué deben tocar y no tocar o manipular en determinadas situaciones.

Segundo taller de seguridad de pacientes, igual al anterior, se formaron un total de 20 pacientes.

Cuatro talleres de participación ciudadana dirigidos a los componentes de los Comités de Participación Ciudadana de toda la Comunidad Autónoma y del Consejo Asesor. Fueron impartidos por las autoridades sanitarias y por los equipos directivos de las correspondientes áreas sanitarias. Los temas tratados fueron: los relacionados con la gestión y organización del Servicio Gallego de Salud, la gestión de recursos humanos, materiales y financieros del mismo, así como la gestión de la accesibilidad y de las listas de espera. Para terminar con la presentación de un programa de difusión de derechos y deberes de los pacientes y usuarios de la sanidad.

Un Taller sobre Esclerosis Lateral Amiotrófica, dirigido a los pacientes de la Asociación de Pacientes con Esclerosis lateral amiotrófica de Galicia e impartido por dos expertos doctores de nuestra comunidad autónoma.

En él se trató la enfermedad, sus síntomas, su tratamiento, los cuidados y autocuidados que se requieren para evitar complicaciones y reagudizaciones. Fueron formados un total de 30 pacientes.

Un Taller sobre medicamentos anticoagulantes orales y prevención y tratamiento de enfermedades cardíacas, dirigido a los pacientes de la Asociación de pacientes anticoagulados y cardiopatas de Galicia. Fue impartido por dos expertos doctores de nuestra comunidad autónoma. Se formaron a un total de 45 pacientes. Los temas versaron al igual que en el caso anterior, sobre la enfermedad cardíaca, sus cuidados y tratamientos y la prevención de complicaciones y recaídas.

Estos dos talleres fueron programados a medida para cubrir la demanda de las asociaciones que nos los solicitaron. Esta es una posibilidad a la que las asociaciones pueden acceder a través de la página web de la escuela.

Primer Taller de Prevención de Violencia de Género, taller abierto a todos los ciudadanos interesados en asistir. Este primer taller realizado en Santiago de Compostela, forma parte de un grupo de 4 que se llevarán a cabo en toda la Comunidad Autónoma. Se formaron a un total de 25 personas, en prevención de la violencia de género y en las medidas a tomar en el caso de sufrir violencia o conocer casos de sospecha de agresión.

Taller El Paciente Experto voluntario tutor en cáncer de mama, dirigido a pacientes seleccionados de los servicios médicos y de enfermería, que voluntariamente quieran realizar un taller de formación de formadores, para que sean ellos mismos los que formen a pacientes en los temas relacionados con sus patologías. Se han formado a 15 pacientes.

Taller de actividades preventivas para mujeres, taller impartido en Vigo por profesionales expertos de atención primaria y especializada. Dirigido a mujeres, con el objetivo de mejorar la prevención de los cánceres de mama, útero y ovario, indicando las actividades preventivas que se llevan a cabo en la comunidad autónoma, los programas de cribado y la necesidad de realizar estas actividades para mejorar la salud de la mujer. Se formaron a 70 mujeres.

Toda la programación para el año 2010 puede ser consultada en la página Web de la escuela, si bien podemos relacionar los siguientes talleres:

Taller Cuidar al Cuidador, tiene como objetivo mejorar los conocimientos de los cuidadores de personas con dependencia para evitarles enfermedades y estrés derivado de la complejidad de los cuidados que tienen que dar.

Donde se les enseñe los derechos de los cuidadores, a Cuidar la piel, la nutrición, los cuidados de eliminación y de movilidad de los pacientes, para no hacerles daño y para que los cuidadores tampoco se hagan daño en la espalda y articulaciones en los procesos de movilización, etc. Cuidarse buscando tiempo y espacio para practicar un poco de ejercicio, conocer técnicas de relajación.

Talleres específicos para los informadores de organizaciones de consumidores, con el objetivo de que puedan informar de forma puntual sobre servicios nuevos que se ponen en marcha y que tienen repercusión en la ciudadanía. Desde las organizaciones de consumidores pueden canalizar y ayudarnos en la difusión de información, dando a la vez respuesta a preguntas que seguro que los ciudadanos se harán y que de esta forma se podrán responder con celeridad, evitando incertidumbres. Como por ejemplo con el uso de la receta electrónica, u otros programas relacionados con la salud que se pongan en marcha.

Conclusiones

La evaluación de los talleres ha sido de una media de 9, en una escala del 0 al 10.

Con relación a la utilidad de los cursos, les ha parecido de una utilidad muy elevada prácticamente en el 100% de los casos.

La satisfacción global al con el curso ha sido de 9 sobre 10.

La calidad de la exposición de los profesores ha sido evaluada con sobresaliente, los calificativos del curso han sido: curso muy ameno, gran claridad de los contenidos, excelente capacidad para exponer y dar ejemplos de los profesores.

Las asociaciones han manifestado su agradecimiento por toda la información que les ha permitido mejorar el trabajo con sus socios y el conocimiento de su enfermedad.

Han calificado la experiencia como muy necesaria porque además esto les ha permitido contactar entre asociaciones. Les ha gustado mucho aprender el manejo de Internet.

Agradecimientos

Este proyecto no hubiera sido posible sin el apoyo y empuje de Dña. Pilar Farjas Abadía, Conselleira de Salud del Gobierno de Galicia.

Un apoyo importante prestaron también Pablo Galego Feal, Director de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria y a su equipo: Mario Mosquera Vereá, Belen Salido Beldaña y José Carlos Pérez Castro.

La informatización y la realización de la página Web, no hubiera sido posible sin la colaboración de Benigno Rosón Calvo Subdirector General de Sistemas y Tecnologías de la Información y a su equipo: Gustavo Herva Iglesias, Lorenzo Rodríguez Currais, Jesús Carrera Carreiro, Jesús Grela Piñeiro, Rosa Ana Santos García y Iago Marcos Fernández Bugallo.

Premio mejor póster

¿CÓMO VALORAN LOS USUARIOS EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL CSI?

Antonio Oliva, Carlos Romero, Nati Mateoa, José Joaquín Mirab, Mercedes Guilabertb, M^a Virtudes Pérez-Joverb.

a. Consorci Sanitari Integral
b. Universidad Miguel Hernández.
Departamento Psicología de la Salud

Dirección para la correspondencia:
Palmira Tejero Cabello
Directora d'Atenció al client i Treball social
CONSORCI SANITARI INTEGRAL
Avda Josep de Molins, 29-41
+34 93 447 21 81
palmira.tejero@sanitatintegral.org

RESUMEN

Objetivo

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer la valoración del Programa de Atención Integral del CSI (PAI) por usuarios con Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC) o con Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC).

Metodología

Investigación cualitativa basada en la técnica del grupo focal y multivoto, organizando el trabajo grupal a partir de 3 grupos de informantes clave, usuarios de EPOC e ICC en noviembre de 2009. Se ha contado con 39 informadores clave, cuya edad media estaba en 70 años, mayoritariamente varones. En cada sesión grupal se han abordado 4 preguntas clave.

Resultados

Los problemas en la atención continuada que perciben los profesionales no son destacados como relevantes por los usuarios. Las valoraciones del PAI fueron muy positivas destacando, especialmente: las mejoras en la calidad y seguridad que posibilitan la informatización del historial clínico, el incremento de la capacidad de resolución por parte del médico de cabecera, las ventajas que supone la mayor accesibilidad a pruebas diagnósticas desde el centro de salud. En definitiva la percepción que trasladan los usuarios es que ha aumentado la confianza en el médico de cabecera y que se ha visto reforzada la coordinación entre niveles. Fruto del análisis cualitativo se identifican algunas áreas de

mejora, centradas en la mejora de la accesibilidad para la primera cita, accesibilidad contacto telefónico o reducción de variabilidad de la práctica en el caso de médicos suplentes. Adicionalmente, los grupos identificaron como limitación la utilidad de la tarjeta sanitaria fuera de Cataluña.

Conclusiones

Las valoraciones realizadas por los asistentes han sido muy positivas sugiriendo que los programas de atención continuada alcanzan sus objetivos. En términos generales, cabe afirmar que no perciben como especialmente problemáticas las dificultades o barreras para la atención continuada que, en cambio, sí preocupan a los profesionales.

Palabras clave: EPOC, ICC, ATENCIÓN INTEGRAL.

INTRODUCCIÓN

La integración de la atención se ha convertido en un aspecto primordial para muchos sistemas de salud, especialmente para resolver problemas de salud crónicos donde intervienen múltiples profesionales y servicios. Estudios ya realizados evidencian la existencia de problemas de coordinación entre niveles asistenciales que se manifiestan fundamentalmente con: ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuadas de las urgencias hospitalarias, etc.), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales (falta de seguimiento a usuarios hospitalizados, etc.) y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera).

La coordinación, continuidad e integración hacen referencia a la "conexión de la atención prestada a un usuario desde múltiples fuentes de provisión". La coordinación asistencial hace referencia a la "concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar en el que se reciban, de forma que se sincronicen y se alcance un objetivo asistencial común". Se reserva el término "integración" para describir una situación en la que la prestación sanitaria alcanza un grado máximo de coordinación. Normalmente, en cambio, el término "continuidad"

recoge, desde la perspectiva del usuario, el "grado de coherencia y coordinación de las atenciones sanitarias que recibe a lo largo del tiempo". Según la clasificación de Reid et al., se puede hablar de 3 tipos de continuidad: continuidad en la información, continuidad en la gestión y continuidad de relación o longitudinalidad.

La coordinación entre el nivel de especializada y primaria se ha caracterizado de forma tradicional como un aspecto mejorable de la atención del Sistema Sanitario y motivo de insatisfacción para los profesionales y usuarios. En términos de la experiencia de los usuarios la coordinación tiene que ver con la capacidad de resolución de problemas tanto en primaria como en especializada. Para el usuario supone, las más de las veces, problemas de acceso, para Atención Primaria la necesidad de integrar la atención que recibe el usuario y para Atención Especializada, el complemento de cuidados tras el alta y la actividad en consultas externas.

De esta forma las iniciativas de integración engloban cambios dentro de las organizaciones sanitarias y gestión de los servicios sanitarios que persiguen que al usuario le pase desapercibida la división en niveles y que puedan recibir los cuidados adecuados por los profesionales más apropiados, en tiempo adecuado y en el lugar más cercano posible a su entorno familiar. Así se han puesto en práctica: iniciativas de integración de estructuras organizativas entre primaria y especializada, iniciativas de integración de sistemas de información a través de la historia clínica informatizada y la utilización de las nuevas tecnologías para la mejora de la comunicación, las iniciativas de incremento de la capacidad resolutoria de Atención Primaria (mayor capacidad resolutoria del médico de atención primaria, recuperación de áreas asistenciales de atención primaria, mayor capacidad de resolución de problemas de enfermería de atención primaria, mayor apoyo administrativo hacia el médico de atención primaria) e iniciativas de refuerzo del papel de la atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, propiciándole una mayor autonomía en sus actuaciones.

Siguiendo esta línea, el Consorci Sanitari Integral (CSI) introdujo la atención continuada dentro de su Programa de Atención Integral (PAI), cuya misión es conseguir una efectiva coordinación asistencial entre todos los centros y niveles asistenciales del CSI y posteriormente con el resto de proveedores del territorio, logrando de esta forma la continuidad asistencial para los usuarios inde-

pendientemente de la puerta de entrada o acceso al sistema sanitario. El PAI busca ser un referente no sólo en Cataluña de un modelo asistencial eficiente basado en la coordinación y continuidad poniendo las necesidades asistenciales del usuario y de la comunidad en el centro de su estrategia. Entre sus objetivos generales se destacan: la coordinación asistencial de los diferentes centros del CSI, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales independientemente del proveedor sanitario, conseguir la continuidad asistencial, la creación de una cultura asistencial común entre los centros del CSI y posteriormente entre el resto de proveedores sanitarios del territorio, diseñar el funcionamiento de la futura área de gestión integrada de Sant Joan Despí, conseguir una gestión más eficiente de los recursos públicos del territorio, fomentar una línea de investigación inter-niveles e inter-centros y, por último, mejorar la satisfacción del usuario, de su familia y de su comunidad.

Siguiendo los objetivos del PAI, en Noviembre de 2009, se realizaron los primeros grupos de usuarios para valorar este programa que comienza en 2007 y cuya implantación comienza en Enero de 2009, en dos colectivos que hacen uso de esta atención continuada como son los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) y los usuarios con insuficiencia cardíaca crónica (ICC). En concreto, con la realización de estos grupos se pretendía: aproximarse a la visión de los clientes sobre la atención continuada prestada por el CSI, analizar la percepción de los usuarios de EPOC e ICC sobre la comunicación entre Atención Primaria y Asistencia Especializada, analizar la percepción de los usuarios de EPOC e ICC sobre la coordinación entre los diferentes dispositivos, conocer qué aspectos son los más valorados por los clientes del PAI, conocer las potenciales áreas de mejora desde el punto de vista de los usuarios, conocer el grado de comprensión de la información verbal/escrita que reciben y si es suficiente o consideran que necesitan más información.

Material y método

La metodología empleada recurrió a técnicas de investigación cualitativa. Este tipo de técnicas son ampliamente utilizadas en el ámbito sanitario por resultar un excelente método para conocer las expectativas y también las experiencias de atención y cuidados sanitarios de grupos de interés para las organizaciones sanitarias. Considerando el perfil de los asistentes y los objetivos que se perseguían, se aplicó la técnica del grupo focal, a la que se sumó una técnica multivoto mediante un sistema

personal de votación por radiofrecuencia para conocer la tendencia de los participantes en ciertos aspectos de la atención integral del CSI. En todo momento se respetaron las condiciones de voluntariedad de la participación, confidencialidad de la información aportada y respeto de las opiniones o experiencias personales. Se introdujeron cambios menores en lo que respecta al enfoque metodológico para adaptarse a las circunstancias del grupo (perfil de los asistentes, nivel de participación y disponibilidad por parte de los asistentes).

En este estudio, en concreto, se trabajó con 3 grupos de informantes clave, pertenecientes a dos colectivos de usuarios diferenciados (EPOC e ICC). En total participaron en el conjunto de técnicas 39 informantes clave, de los cuáles 20 presentaban EPOC y 19 cardiopatías crónicas. Las participantes en los grupos tenían una edad media de 75 años, con una sobrerrepresentación de varones procedentes de los centros de Collblanc, Torrassa, Gaudí y Sagrada Familia. La selección de los informadores clave se realizó considerando, para cada patología, los perfiles de usuarios más habituales (variables de clasificación sexo, edad y situación clínica). La selección, por tanto, fue forzada con el fin de garantizar un número y perfil suficiente y adecuado de informadores clave. Las 3 sesiones de trabajo se condujeron en la residencia Collblanc Companys Socials del CSI, el 6 de Noviembre de 2010, en el mejor horario para contar con estos informadores clave (horario de mañana o de tarde).

En las diferentes sesiones de trabajo se abordaron un máximo de 4 preguntas clave en los 3 grupos con el fin de poder establecer una triangulación a partir de las respuestas de los asistentes. Las preguntas clave se complementaron con una serie de preguntas racimo para explorar los puntos de interés para este estudio. De forma adicional a los asistentes se les presentó una serie de preguntas estructuradas para conocer su opinión y obtener información para poderla contrastar con la obtenida en los debates de grupo (Tabla 2).

La sesión de debate se realizó de forma bastante animada, con una participación elevada de todos los asistentes y sin que se produjeran incidencias dignas de mención. El moderador sacó a relucir todos los temas prefijados, intentando que todos los participantes aportaran sus ideas y opiniones (conducta verbal). Por otra parte, dos observadoras externas se encargaban de analizar la conducta no verbal de los asistentes a fin de identificar pistas que sugirieran temáticas de mayor interés para los usua-

rios participantes. Las observadoras tomaron nota de los comentarios de los participantes y grabaron las sesiones en formato audio, para lo que previamente se pidió autorización a los asistentes.

En una segunda fase, se revisaron las categorías de agrupación de las respuestas conforme al guión de trabajo establecido (Tabla 1). A partir del análisis de los discursos de los asistentes se procedió a establecer categorías mutuamente excluyentes que permitieron identificar las temáticas de mayor interés tanto positivas como negativas, reflejando de este modo las posibles perspectivas, tendencias y sensibilidades hacia este tema por parte de los asistentes. En este caso, las observaciones de la conducta no verbal, recogidas en los registros, han ayudado a identificar ideas, perspectivas o valoraciones sobre las que existe un mayor consenso o aquellas otras que no provocaron suficiente acuerdo. Esta información ha contribuido a la definición y priorización de categorías de análisis de la conducta verbal.

Además se pudo contrastar el análisis del discurso a partir de la información obtenida con la técnica multivoto, lo que garantizaba un contraste de las ideas recogidas y jerarquizaba las opiniones positivas o negativas volcadas en el debate. La intensidad de cada idea (ponderación asignada) quedaba representada como una medida indirecta de la importancia relativa de la idea, acompañada en este caso de dos medidas sobre variabilidad de las puntuaciones aportadas: coeficiente de variación y desviación típica.

En una tercera fase del análisis del discurso se identificaron recomendaciones para introducir mejoras en el proceso a partir de las experiencias descritas, propuestas recogidas o de las informaciones de carácter transversal que aparecieron en los debates de los grupos.

Resultados

En primer lugar se destacan aquellas propuestas que los usuarios han hecho a través de sus comentarios por tanto de corte más cualitativo, junto a una valoración global de corte más cuantitativo por todos los informadores clave.

Se comentan a continuación los aspectos más relevantes para los usuarios tanto positivos, como negativos, que reflejan las experiencias, perspectivas, percepciones y puntos de vista de los asistentes a los grupos, tanto de los que padecen EPOC, como de los que cursan insuficiencia cardíaca y que son fruto de los comentarios espontáneos realizados durante la implementación de

los grupos focales.

Aspectos valorativos positivos del PAI del CSI

En general, se han valorado aspectos del Programa de Atención Integral que giran en torno a: sistema de comunicación de información verbal, sistema de comunicación de información escrita, historia clínica informatizada, disponibilidad de información sobre episodios anteriores, capacidad para solicitar pruebas diagnósticas, limitaciones por parte del médico de Atención Primaria en la cascada diagnóstica y terapéutica, dependencia de los especialistas, la capacidad de resolución desde Atención Primaria, la confianza que se tiene en Atención Primaria y en los Hospitales, accesibilidad hacia el especialista, disponibilidad de tiempo en consulta, capacidad de resolución en Atención Primaria, el nivel de equipamiento en Atención Primaria, la posible existencia de escasez de profesionales, los cambios de profesionales que atienden de forma habitual al usuario y la disponibilidad del historial clínico en Atención Primaria.

Como valoraciones más positivas por parte de los usuarios se han destacado la gran ventaja que perciben con la informatización en el historial clínico "Desde que la información está en los ordenadores no hay ningún problema" "Se está ganando mucho con la informatización", la mayor capacidad de resolución y competencia por parte del médico de cabecera junto a la eficacia de la capacidad de diagnóstico rápido "Mucha rapidez y eficacia" "Mi doctora es muy competente" "La capacidad de diagnóstico rápido es divino", la confianza sigue siendo mayor en el médico de Atención Primaria como persona con el que tienen mejor trato, mayor relación, y el que más información sabe de ellos "Como aquel médico ninguno" "El de cabecera, sabe toda tu carrera mejor" "Mejor relación, trato de amistad, cordialidad (...)". La disponibilidad de tiempo en consulta es mayor e incluso la accesibilidad cuando no hay cita previa "Ha mejorado mucho, alrededor de 20-30 minutos", "Si un día, necesitamos algo más de tiempo, el médico nos dedica el tiempo que sea necesario", "Yo esta tarde no tengo consulta y me ha dicho mi médico que venga a las 6 de la tarde ya que puedo entrar", el cambio de médico más frecuente se produce en la Atención Especializada, pero no por ello manifiestan quejas específicas, si bien optan al ser preguntados directamente por la continuidad con el mismo especialista "A mí, el de cabecera no me ha cambiado" "En el Hospital General cada vez es un médico diferente"

Mejoras percibidas en el PAI del CSI y aspectos que no funcionan

El trato humano ha mejorado y es algo que los usua-

rios ponen de manifiesto "Trato humano extraordinario" "el trato aquí, es muy amable", la amabilidad y atención del personal de primer contacto, enfermería y médicos en Atención Primaria. El servicio del call center es percibido de forma positiva y como beneficioso "Ha ido a mejor desde que pusieron el número de teléfono nuevo", perfecta coordinación entre lo que dice el médico especialista y lo que dice el médico de Atención "Prácticamente sí, en raras ocasiones han dicho cosas diferentes" "Suelen dar el mismo tratamiento, aunque modifican el tipo de medicamento: genérico o no".

Como en cualquier grupo de estas características surgen áreas que necesitan mejorar y que se corresponden con las habituales en estudios de tipo similar: reducción de las listas de espera "(...)hay mucha lista de espera", "Unas veces, nos han cogido rápidamente, pero muchas otras no", fundamentalmente la lista de espera se traduce en "accesibilidad a la primera cita", una vez se accede al sistema las citas ya vienen programadas. Otra área a mejorar es la accesibilidad a determinados centros sanitarios ya sea física (por las obras, difícil acceso para estos usuarios) o, por ejemplo, por determinados servicios como pueden ser las urgencias, que en su opinión se encuentran saturadas, por lo que "los han de derivar a otros centros", "Tenemos que ir de un centro a otro, en los servicios de urgencias", siguiendo el tema de urgencias los usuarios aluden a la demora que se produce en este servicio en los diferentes centros "En urgencias de algunos centros puedes estar alrededor de 8 horas esperando a que te atiendan, esto ocurrió hace 2 meses". Una de las expectativas por parte de los usuarios es que su tarjeta sanitaria y, en concreto, la receta electrónica les funcione en todo el territorio nacional, cosa que no ocurre aunque los usuarios buscan alternativas para que no les falten sus medicinas. En algunos casos, también se ha identificado que el servicio de call center no es lo suficientemente conocido "(...) no tenía ni idea de que existiera una centralita que te atendiera, por eso voy al centro de salud directamente a pedir cita".

Por último, los usuarios hicieron una valoración de tipo cuantitativo a un cuestionario estructurado, la valoración oscilaba desde 0 (representa un aspecto muy poco valorado) a 5 (se trata de un aspecto muy bueno o muy valorado). La tabla 3 representa estas valoraciones. A partir de los resultados cuantitativos se puede afirmar que la información aportada redundaba con los aspectos cualitativos que han surgido durante el debate, cuando los usuarios emiten su veredicto de forma cuantitativa, siguen confirmando la amabilidad

y el buen trato por los profesionales de primaria, así como mayor confianza en éstos, temas de información tanto oral como escrita son menos valorados, aunque todos los aspectos en general reciben puntuaciones por encima de 3 puntos, lo que denota el grado de satisfacción de los usuarios entrevistados.

Conclusiones

las valoraciones de los asistentes fueron en todas las líneas exploradas bastante positivas. En términos generales, los/as usuarios se mostraron muy satisfechos con la competencia profesional de los médicos y enfermeros, valoraron de forma especial el trato que les dispensan y la reserva de tiempo que sus médicos tienen con ellos/as cuando precisan de una mayor atención. La asistencia urgente está garantizada, además son concededores de los circuitos disponibles accediendo a ellos. No se detectaron problemáticas específicas en el PAI, todo lo contrario, incluso los usuarios son reconocedores de las mejoras que se han puesto de

manifiesto en la atención durante los últimos años.

Los caballos de batalla habituales siguen siendo la lista de espera al especialista y la demora de la atención en los servicios de urgencias. La lista de espera se trata de un área que requiere mejoras, tanto en los tiempos como en la información que se les facilita a los usuarios para relativizar la espera, ofreciendo garantías de atención mientras se permanece en lista de espera.

Otro aspecto que debe mejorarse es el tiempo de permanencia en Urgencias. La sobreutilización de estos servicios son reconocidas por los asistentes y, en gran parte, reside a su juicio uno de los puntos en los que los usuarios más pueden colaborar. Informar de signos de alarma y otras condiciones que aconsejan acudir a urgencias y de aquellas otras demorables, o incluso de aquellas que pueden resolverse en el propio domicilio, podrían contribuir a este objetivo de mejora.

Tabla 1

CATEGORÍAS EMPLEADAS EN EL ANÁLISIS CUALITATIVO
Sistema de comunicación de la Información -verbal-
Sistema de comunicación de la Información -escrita-
Sistema de Información Informatizado
Disponibilidad de información sobre episodios anteriores
Capacidad para solicitar pruebas diagnósticas por MAP
Si médico AP ve limitada cascada diagnóstica y terapéutica
Si dependencia de especialistas
Capacidad de resolución
Confianza en AP y Hospitales
Valoración de la información escrita que reciben los pacientes.
Inmediatez de la atención en Atención Primaria
Accesibilidad especialistas
Disponibilidad de tiempo en consulta
Capacidad de resolución en AP
Nivel de recursos (equipamientos) en AP y H.
Si existen escasez de profesionales
Si cambian los profesionales que atienden habitualmente al paciente con frecuencia
No disponibilidad del historial clínico en AP

BIBLIOGRAFÍA

¹Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gacet Sanit.* 2006;20 (6): 485-495.

¹Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria.* 2002; 29:502-6.

¹Morell JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. En: Ponencia inaugural del IV curso de Pediatría en AP; 23 enero 2003; Madrid, España. Disponible en: <http://www.spapex.org/coordinacionapesp.htm>

¹Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mc-Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2002;327:1219-21.

¹Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health-care. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.

¹Jonay J, Freire JM, Gervás J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional?. *Rev Adm Sanit.* 2006; 4 (2):357-82.

Tabla 2

1. ¿Qué destacaría como más positivo del Programa de Atención Integral del CSI?
2. ¿Qué destacaría como más negativo del Programa de Atención Integral del CSI?
3. ¿Qué no funciona de ninguna manera en el Programa de Atención Integral del CSI?
4. ¿En qué cree que ha mejorado el Programa de Atención Integral en los dos últimos años?
<p style="text-align: center;">Cuestionario estructurado:</p> <p>Valore los siguientes elementos respecto al CSI. 0= muy malo; 5= muy bueno.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La rapidez con la consigues cita con el médico de Atención Primaria. 2. La calidad profesional de los médicos y enfermeros de Atención Primaria. 3. Las posibilidades del médico de Atención Primaria para pedir pruebas de diagnóstico. 4. La información que tiene su médico de Atención Primaria de su historia clínica, pruebas, tratamientos que sigue en el Hospital. 5. La información que tienen en el Hospital de todo su proceso, desde que se inició y de todas las pruebas y tratamientos que ha seguido en Atención Primaria. 6. La coordinación que hay entre lo que le dice el médico del Hospital y lo que le dice el médico de Atención Primaria.

Tabla 3

Criterio	Puntuación			
	Ponderación (media)	Desviación Típica	Coefficiente de Variación	Porcentaje resp. ≥ 4
el resultado final (calidad) de los tratamientos médicos en atención primaria.	4,51	1,15	0,25	86,5%
la información que tiene su médico de atención primaria de su historia clínica, pruebas, tratamientos, que sigue en el hospital.	4,49	1,04	0,23	89,2%
las posibilidades del médico de atención primaria para pedir pruebas de diagnóstico.	4,16	1,14	0,27	81%
la coordinación entre hospital y atención primaria que evita que para todo haya que ir al hospital.	4,14	1,46	0,35	77,8%
el resultado final (calidad) de los tratamientos médicos en el hospital.	4,11	1,45	0,35	86,5%
la calidad profesional de los médicos y enfermeros de atención primaria.	4,08	1,44	0,35	73%
la coordinación que hay entre lo que dice el médico del hospital y lo que le dice el médico de atención primaria.	4,05	1,54	0,38	73%
la información que tienen en el hospital de todo su proceso, desde que se inició y de todas las pruebas y tratamientos que ha seguido en atención primaria.	3,65	1,75	0,48	67,5%
la rapidez con la que consigues cita con el médico de atención primaria.	3,62	1,38	0,38	64,8%
la información escrita que recibe el usuario.	3,54	1,66	0,47	59,4%
la coordinación entre primaria y hospital que evita que realicen las mismas pruebas diagnósticas varias veces.	3,46	1,85	0,53	59,5%

La SE AUS mantiene reuniones con los responsables de Atención al Usuario de diferentes organismos de las Comunidades Autónomas

En el marco de los objetivos que tiene establecidos la SE AUS, está el de dar a conocer sus líneas estratégicas a los diferentes Organismos, financiadores o proveedores, de servicios de salud. Así a lo largo del último trimestre de 2009 y durante el primer semestre de 2010 se han efectuado varias visitas por parte de la Junta Directiva de la SE AUS, representada por su presidente, Dr. Francisco Cárceles y por su Vicepresidenta Sra. Mercè Tella.

La primera visita realizada fue a D.ª Teresa Antoñanzas, Directora General de Atención al Usuario del Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo, que estuvo acompañada de D.ª Mercedes Febrel y de D.ª M.ª Teresa Escribano, Vocal de la SE AUS para Aragón, Navarra y La Rioja.



La segunda visita realizada fue a D.ª Elena Juárez, Directora General de Atención al Paciente del Servicio Madrileño de Salud, de la Consejería de Sanidad, que estuvo acompañada por Don Luis Martínez, Subdirector General de Atención al Paciente, por D.ª Margarita Salinero y por D.ª M.ª Teresa Távara, Vocal de la SE AUS para las Comunidades de Madrid, Castilla la Mancha y Castilla León.



La tercera de las visitas fue a D. Jaime Benavent, Subdirector de Atención Primaria e Integración de Servicios, de la Dirección Adjunta de Asuntos Asistenciales del Institut Català de la Salut, del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.



La cuarta de las visitas se efectuó en abril a D.ª Pilar Sánchez Cuenca, Defensora del Paciente de la comunidad autónoma de las Islas Baleares, junto con D.ª Monic Gayola, Vocal de la

SE AUS para las Islas Baleares. El último de los encuentros se llevó a cabo por parte del Presidente, Vicepresidenta y Secretaria de la SE AUS, a la Consejera de Salud de Las Islas Canarias, D.ª Mercedes Roldós, aprovechando la celebración del XV congreso de la SE AUS en Las Palmas de Gran Canaria.

En todas estas reuniones, se hizo una descripción de la trayectoria de la SE AUS, de nuestros objetivos fundacionales como asociación sin ánimo de lucro, así como de los objetivos para los ejercicios 2010 y 2011. Todo ello junto con la exposición de todos los proyectos ya iniciados o en fase de finalización, como la edición de un libro, las tres nuevas guías, la puesta en marcha de un estudio interregional sobre la estandarización del nomenclátor para la clasificación de la reclamaciones en el SNS, el XV Congreso de de la SE AUS, el XVI a celebrar en Zaragoza en abril de 2011 y un largo etc.

Todas estas actividades de nuestra sociedad están también reflejadas en nuestra página Web en el apartado de actividades de la SE AUS.

Jose Ramón Hidalgo Antequera
Defensor de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura

2º Congreso Nacional de la Asociación de Administrativos de la Salud, Cuenca 18, 19, 20 y 21 de mayo 2010

Durante los días del 18 al 21 de mayo, se ha celebrado el 2º Congreso de la Asociación de Administrativos de la Salud, con el lema "El Administrativo de la salud, clave fundamental en la gestión sanitaria" Es éste el segundo congreso de esta asociación y se ha celebrado en el año en que se cumplen diez años desde su fundación.

La conferencia inaugural corrió a cargo de Jesús Sánchez Martos, Catedrático de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, y versó sobre un tema tan interesante como "La comunicación, verdadera estrategia para la humanización"

El congreso abordó en sus cinco mesas diferentes temas como son:

Atención Primaria. Estrategias de mejora del Proyecto AP-21
Inmigración y salud
El reto de la calidad
Las asociaciones de administrativos de la salud: Nexos de unión
El profesional administrativo: Valor añadido del sistema nacional de salud

Se presentó también un interesante estudio sobre "El trabajo administrativo en las consultas hospitalarias. Un ejemplo de organización productiva basada en el flujo tenso" que presentaron sus autores, Juan Miguel Verd y Oriol Barranco, del Departamento de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Casi 100 comunicaciones y pósters completaron las mesas y exposiciones. El congreso ha permitido el acercamiento a la realidad del trabajo del día a día de los administrativos de la salud, así como visualizar la pluralidad de sus funciones en los diferentes ámbitos del sistema de salud.

En un marco como el de la extraordinaria ciudad de Cuenca y su Palacio de Congresos, los participantes pudieron escuchar las diferentes ponencias, debatir abiertamente los diferentes temas y compartir opiniones y experiencias. También disfrutar de la compañía de otros compañeros y compañeras en un ambiente de acogida, agradable y distendido, y a la vez favorecedor del diálogo y el intercambio de conocimientos y experiencias.

Nuestra felicitación, pues, a la Asociación de Administrativos de la Salud por su segundo congreso y por sus diez años de existencia. Deseamos y queremos compartir con ellos, especialmente con su Presidente Juan Carlos García Benito, nuestro deseo de que la figura del administrativo de la salud sea plenamente reconocida y que cada día avance profesionalmente en el marco del sistema de salud, en el que es y ha de ser, sin duda alguna, un elemento de calidad imprescindible.

Destacar finalmente que en este Congreso, y en representación de la SE AUS, ha participado como miembro del Comité Científico María Pilar González Serret. Tres miembros más de la SE AUS, aunque en este caso lo hicieron por sus responsabilidades profesionales, participaron también en el congreso, Rodrigo Gutiérrez, del Servicio de Salud de Castilla La Mancha, Pilar Martí y María Rosa Torres del Institut Català de la Salut.



Guía SEAUS Recomendaciones para el ejercicio del Consentimiento Informado (CI) Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) Reclamaciones y Quejas

El pasado día 21 de junio, se presentó la que es ya la tercera Guía SEAUS, la Guía de Recomendaciones para el ejercicio del Consentimiento Informado (CI) Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) Reclamaciones y Quejas.

La presentación se hizo en el marco de una mesa redonda en el Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí en Barcelona, centro del Consorci Sanitari Integral, que es quien tuvo a bien patrocinar esta presentación, coincidiendo con el hecho de tener la SEAUS la sede en esa institución.

El objetivo de esa presentación era abrir un espacio de comunicación para compartir el trabajo realizado por un grupo de profesionales, expertos en atención al usuario y motivados por los tres temas, con la finalidad de dar a conocer el resultado y difundirlo entre profesionales y organizaciones.

La mesa redonda estuvo formada por: El Sr. Santiago Nofuentes, Director General del Consorci Sanitari Integral. El Sr. Francisco Cárceles, Presidente de la SEAUS. El Sr. Francesc Brosa, Director de l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut. Y por la Sra. María Pilar González, Coordinadora de las guías. En Sr. Brosa, por motivos de agenda, fue representado por el Sr. Josep Maria Argimón, Gerent de Compres i Avaluació del Servei Català de la Salut.

Los dos representantes institucionales y el Presidente de la SEAUS, destacaron la importancia de este nuevo documento y la importancia de la colaboración entre instituciones y sociedades científicas. La Sra. María Pilar González, explicó a continuación los objetivos y la forma cómo se había trabajado la guía y sus contenidos, destacando que en su redacción se han tenido muy en cuenta tres elementos fundamentales para la SEAUS: los Derechos y Deberes de los Ciudadanos, el liderazgo de las Direcciones de Atención al Usuario y la participación multidisciplinar y el consenso. Al finalizar la presentación, el Consorci Sanitari Integral ofreció a todos los asistentes un aperitivo, en el marco del cual se pudo estable-

cer un interesante diálogo.

Recordar finalmente, que la publicación de esta tercera Guía de la SEAUS es el resultado de un trabajo iniciado en el mes de febrero del año 2009 y llevado a cabo por un grupo de profesionales de las Direcciones y Servicios de Atención al Usuario/Ciudadano y por profesionales sanitarios, de trabajo social y administrativos interesados y motivados por los tres temas tratados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS	RECLAMACIONES Y QUEJAS
Ángel del Campo Carme Guiteras María Jesús Moriano Núria Pagès Rafa Rodríguez Margarita Sánchez Encarna Torres Mercè Tella	Marta Fontanet Margarita García Carmen Mayayo Lourdes Montes Carme Moreno María Jesús Moriano Montse Olivé Núria Pujol Roser Satorras Belén Solís Mercè Tella	Pilar Arahuetes Rosa Chumillas Ester Díaz Maribel Díaz Maite Escribano Pilar Martí María Jesús Moriano Paz Rodríguez Jordi Seuba Teresa Távora Mercè Tella María Rosa Torres

Un total de 30 personas han participado en los tres grupos de trabajo, coordinados por María Pilar González Serret, y a los que, desde aquí, la SEAUS quiere agradecer su trabajo y esfuerzo.

A partir del próximo mes de septiembre la guía, que se ha distribuido ya a todos los socios, estará también disponible en nuestra Web, seaus.net, junto a las otras dos ya publicadas anteriormente.

Esperamos y deseamos que este documento sea de utilidad para todos, y que a la vez permita seguir avanzando en el marco de las políticas y estrategias en atención al usuario y más concretamente en el desarrollo de los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la salud.

TEMAS DE INTERÉS

Juan Siso Martín
 Doctor en Derecho Público
 Docente en Derecho Sanitario y especialista en responsabilidad médico legal

LA TESIS DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

En el espacio sanitario hay una construcción doctrinal y jurisprudencial en extremo interesante y que es imprescindible analizar aquí para dejar constancia de uno de los extremos actuales de mayor relevancia en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria el espacio europeo.

a) Una precisión previa

El mecanismo ordinario de declaración de responsabilidad sanitaria supone que se produzca un daño y pueda probarse una relación causal entre esta lesión jurídica y la acción u omisión del medio sanitario. El fundamento de la atribución de responsabilidad al medio asistencial, sin embargo, conforme a la tesis que ahora analizamos, reside en que no se le dieron acceso, al paciente, a posibilidades diagnósticas o terapéuticas con cuya concurrencia pudo no haberse producido el daño. No se trata de la constatación del daño y de la relación de causalidad mencionados, sino de **no haber puesto en escena ciertas condiciones favorables al paciente**. Basta con que pueda determinarse cierta probabilidad de que la intervención médica hubiese podido evitar el daño, para que se declare la responsabilidad, aún cuando esa probabilidad no pueda valorarse más que como tal y no como una certeza.

Este planteamiento de "la perte d'une chance" importado de la doctrina francesa ha supuesto un giro importante en el análisis del siempre complejo asunto de las llamadas negligencias médicas. Supone

orientar la atención (y la valoración) no a la existencia del daño probado, sino **a una mera presunción de hecho de que existieron posibilidades de haberlo evitado y no se utilizaron**.

b) Tratamiento jurisprudencial

En relación a este asunto surgió la controvertida teoría del llamado "caso Perruche", asumida en principio por la Corte Francesa de Casación y que reafirmaba la responsabilidad de la Administración Sanitaria por la no detección de malformaciones en un feto. Es criterio jurisprudencial asentado, desde hace tiempo en España que el hecho de no haber realizado un barrido integral durante el embarazo puede llevar a la declaración de responsabilidad de la Administración Sanitaria y de su personal por no detectar las taras del feto, si tienen lugar, e informar a sus progenitores. La clave es que la falta de información genera responsabilidad, sobre todo si esta carencia motiva la imposibilidad de ejercer derechos en la esfera de la autonomía de la voluntad, concretamente el decidir si se interrumpe, o no, el embarazo con un feto bajo esas condiciones. Lo que se arrebató no es la posibilidad de abortar, en

"Basta con que pueda determinarse cierta probabilidad de que la intervención médica hubiese podido evitar el daño"

¹ STS (Contencioso-Administrativo) marzo de 2006.



definitiva, sino la de decidir si se lleva a cabo o no dicha conducta.

Es muy interesante, en este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo español¹ cuyo fallo obligaba a indemnizar a una gestante por un retraso en la práctica de una ecografía, que podría haber detectado la acondroplasia de la que era portador el feto. La condena, de 62.000 euros se fundamentó, precisamente, en la pérdida de oportunidad de decidir que se le ocasionó a la madre, por la falta de información a tiempo, respecto de la continuidad, o no, del embarazo. Proceso que podría, de haberlo querido así, haber continuado (si era esa su decisión) pero en cuya decisión se le impidió situarse. La causa material directa, en este asunto, fue un error en la apreciación de la ecografía tardía, practicada a una mujer con obesidad mórbida y deficiente visualización fetal, que no detectó la antes mencionada malformación en el fruto de la gestación ni advirtió, consiguientemente de ello a la gestante.

En este mismo campo de la obstetricia la Audiencia Nacional de España había introducido la tesis de la pérdida de oportunidad cuando declaró la responsabilidad por el fallecimiento de una criatura a causa de una abruptio placentae grave. Ingresó la mujer en la Unidad de Urgencias de un centro sanitario a causa de molestias propias de su estado de gestación. Una vez reconocida fue devuelta a su domicilio, del que volvió horas más tarde

ante la persistencia de las molestias. Fue trasladada a la sala de dilatación y tras el parto el feto nació muerto por la causa antes expresada. El motivo de la condena, de 25 millones de pesetas (moneda, entonces, de curso legal), reside, según la resolución judicial en el hecho de que no estuvo monitorizada durante la dilatación y por tanto no pudo ser detectada la patología que presentaba.

Recoge la sentencia que *un seguimiento más cercano de la paciente durante el lapso de tiempo indicado, incluso un diagnóstico correcto, no garantizaban la vida del feto, pero es evidente que hubieran*

“durante el lapso de tiempo indicado, incluso un diagnóstico correcto, no garantizaban la vida del feto”

situado al feto ante la posibilidad de nacer con vida, al menos en el porcentaje probable manejado por las estadísticas para estas patologías (mortalidad del 50 por ciento). Queda expresado, también, que a la gestante no se le realizaron auscultación, por estetoscopio o ultrasonidos, ni se le hizo palpación alguna, pues tales operaciones no constan documentadas. Declara, la citada Audiencia Nacional, en otro orden de cosas, de esta forma la extrema importancia de registrar

documentalmente todas las actuaciones, pues de no hacerse así pueden ser estimadas como no realizadas.

La pérdida de oportunidad es una tesis invocada ocasionalmente como fundamento de la responsabilidad en muy variados campos de la medicina. Se aplica, a veces en su formulación más excesiva, en

²Tribunal Superior de Justicia de Galicia, abril de 2006.



TEMAS DE INTERÉS

Juan Siso Martín
 Doctor en Derecho Público
 Docente en Derecho Sanitario y especialista en responsabilidad médico legal

aquellos casos en los que aún teniendo elementos de juicio suficientes para colegir que el daño podía ser inevitable, debió de haberse procurado esa oportunidad al paciente.

El campo más frecuente, sin embargo, de invocación de la pérdida de oportunidad es en aquellos casos en los que se omitió una prueba que pudo ser decisiva para evitar el daño, como se ha referido en la sentencia comentada. Es el caso, también, de la condena por la muerte de un paciente, que pasa largas horas en la espera de la Urgencia de un hospital, con sintomatología de crisis cardíaca, sin que se le practique una prueba rápida, fiable, accesible y económica, como es un electrocardiograma en dicho centro. Podría haber muerto, aún realizada la prueba, pero al no serle practicada no se tomaron decisiones que podían haber sido llevadas a cabo tras aquella. Incluso podía haber fallecido, también, tras las acciones sanitarias subsiguientes a la prueba, pero también podía haberle aprovechado todo ello y no tuvo esa oportunidad. Puede apreciarse en este ejemplo, perfectamente, el **sentido posibilista de esta tesis**.

La concurrencia de esta mera probabilidad de aprovechamiento de la actuación médica que no se dio y cuya ausencia motiva la condena, es el argumento básico de una sentencia del Tribunal Supremo de España, que analizó el caso de un

paciente que, tras sufrir una contusión en la región lumbar y ser atendido en un servicio de urgencias acudió al médico de la mutua que debía de atenderle. Comprobaron que, aunque había disminuido el dolor lumbar y el hematoma, el paciente presentaba equimosis en la cara interna del muslo y nalga izquierdos. Ingresó, ese mismo día, en el hospital en donde, ante la inestabilidad del paciente, el médico de urgencias consideró que se estaba produciendo un shock de origen infeccioso, por lo que ordenó el ingreso en UCI doce horas después del ingreso. El paciente falleció en dicha unidad por fracaso multiorgánico. La condena a la Administración Sanitaria fue, entonces, de 18 millones de pesetas por el retraso en ingresar al enfermo en la UCI, ya que si bien no había garantía de que un ingreso inmediato garantizase la salud del paciente, sin embargo sí que aumentaba las posibilidades de protección de aquella, aún contando con escasas probabilidades de supervivencia.

“una sentencia en la que se condenó al medio sanitario por el daño moral que se ocasionó al enfermo”

Una matización curiosa de la aplicación de esta teoría fue la efectuada por la Audiencia Provincial de Álava en una sentencia en la que se condenó al medio sanitario por el daño moral que se ocasionó al enfermo a indemnizar con un millón de pesetas, porque *aunque no ha quedado probado que el paciente hubiese podido recibir un tratamiento diferente o que su vida pudiera alargarse con un diagnóstico correcto, lo cierto es que por el hecho*

³ Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 7 de febrero de 2005.



de no conocer, en el momento en que acude a la consulta, su verdadera enfermedad causó un trauma psíquico al enfermo ya su familia que con-
firaron en la opinión y diagnóstico del médico. Se valoró el caso de un paciente que acudió al mé-
dico por las molestias que le ocasionaba un lun-
nar en la espalda, que presentó un crecimiento
notable y emanaciones ocasionales de sangre.
Fue diagnosticado de *fibroma péndulo en región
dorso-lumbar izquierda y fibromas en cuello* y se
le realizó una electrocoagulación de la lesión con
buena cicatrización.

Dos meses después acudió de
nuevo al hospital por presen-
tar bultos en la axila izquierda.
La biopsia determinó que se
trataba de una metástasis de
melanoma epiteloide, proce-
diéndose a su extirpación. El
estudio histológico de la zona
añadió el diagnóstico de *infil-
tración de melanoma epite-
loide amelanótico*. Se propu-
so tratamiento con interferón,
que fue desechado al com-
probar metástasis vertebrales. El enfermo falleció
un mes después. Se condena al medio sanitario
por el retraso en la práctica de la biopsia, que hu-
biera permitido conocer la realidad de la situa-
ción. Dicho retraso supuso un quebranto de la *lex
artis ad hoc* por no haber agotado todos los me-
dios disponibles para un diagnóstico correcto. La
clave es que, *aunque con un diagnóstico en esas
condiciones no se le hubiera
alargado la vida, se causó un
daño moral al paciente* por
no utilizar los medios clínicos
necesarios.

Se condenó al Servicio Ga-
llego de Salud² al pago de
90.000 euros al esposo de una
enferma de cáncer de mama
por el retraso diagnóstico de
nueve meses que condicio-
no, según establece el fallo,
una importante pérdida de
posibilidades de supervivencia motivada por la
fatal evolución de su enfermedad. Tras ser detec-
tado un bulto en la mama derecha fue remitida
a una unidad de patología mamaria en donde se
confirmó la presencia de un nódulo. Solamente
se acordaron pruebas consistentes en ecografía
y mamografía, adecuada para un nódulo inferior

en tamaño a un centímetro de diámetro, pero
insuficientes dado el tamaño de 1´6 centímetros
que presentaba. La prueba correcta, conforme
declara la citada resolución judicial, hubiera sido
una punción-aspiración con aguja fina para estu-
dio citológico o biopsia y así determinar con pre-
cisión la naturaleza del bultoma.

Debe de culminarse, ante la aparición de un
signo inespecífico como es el tumor palpable
de mama, el protocolo objeto de consenso
científico, integrado por tres
pasos sucesivos: exploración
clínica - técnica de imagen
(mamografía, ecografía)
- punción aspiración con
aguja fina (estudio citoló-
gico) y punción aspiración
con aguja gruesa (estudio
histológico). Debido a la falta
de práctica de este test el
nódulo de la paciente pro-
gresó de 1´6 a 3´5 centíme-
tros en nueve meses y con
ello disminuyeron sus posi-
bilidades de supervivencia. No
ordenar estas pruebas privó a la enferma de la
oportunidad de aprovechar los beneficios de la
asistencia hacia su enfermedad.

En otras ocasiones, sin embargo, es preciso decir,
para concluir este asunto, que se declara la no
concurrencia de responsabilidad de la Adminis-
tración Sanitaria por el fallecimiento de un pa-
ciente, sin aplicarse la pérdi-
da de oportunidad. Es el caso
de un paciente atendido en
una Unidad de Urgencias³. El
fallecido había ingresado en
dicho servicio tras presentar
un desvanecimiento en la
calle muriendo días después
a causa de una hemorragia
intracraneal, probablemente
secundaria a un aneurisma
con invasión ventricular. La
parte apelante sostuvo que
el fallecimiento se produjo
por el fallo de diagnóstico y retraso en la obten-
ción de un TAC craneal.

El Tribunal aceptó la tesis del perito judicial según
la cual cualquier actuación sanitaria no hubie-
ra sido capaz de evitar el derrame masivo que
ocasionó el óbito del paciente. No se acoge, por

**“el hecho de no conocer, en
el momento en que acude
a la consulta, su verdadera
enfermedad causó un tra-
uma psíquico al enfermo”**

**“aunque con un diagnóstico
en esas condiciones no se
le hubiera alargado la vida,
se causó un daño moral al
paciente”**

Juan Siso Martín
 Doctor en Derecho Público
 Docente en Derecho Sanitario y especialista en responsabilidad médico legal

tanto que concurriera, en este caso, una pérdida de oportunidad.

c) la jurisdicción penal

La tesis de la pérdida de oportunidad había venido aplicándose, desde su introducción en nuestro país, en los ámbitos civil y contencioso administrativo, pero no en lo penal, hasta que un juzgado de este orden jurisdiccional lo hizo en Valencia. Analizó el caso de un paciente que ingresó en la Unidad de Urgencias de un centro sanitario, con dolor en el torso y abdomen, rostro pálido y mal aspecto general. Remitido al médico de triaje y examinado el paciente por éste, entendió que no concurría urgencia vital y decidió remitirlo a la sala de espera para su posterior consulta con medicina interna. Media hora después el paciente sufrió un desvanecimiento y falleció por un infarto agudo de miocardio. Entendió el tribunal que no concurría en este caso la imprudencia penal grave, con resultado de muerte, pues no se dio infracción del deber de cuidado. Declaró que *si el paciente presentaba un dolor abdominal más dolor torácico sin una clínica sugestiva de urgencia vital... la actuación del mé-*

dico de triaje fue correcta. Por el contrario si presentaba un dolor precordial opresivo e irradiado al brazo izquierdo rostro pálido y sudoración... no hay duda de la responsabilidad del acusado, pues ni el más tonto de los médicos permanecería pasivo ante un cuadro como el descrito.

Pudo haber actuación negligente, pero no se dio el requisito indispensable en el ámbito penal cual es la relación causal entre la negligencia y el daño. Sin esta relación la conducta es atípica y por tanto queda fuera del espacio penal. El giro de esta sentencia, respecto de los ámbitos civil y contencioso, es total pues aquí se considera que si no está claro que la conducta del médico hubiera podido evitar el daño producido y existe una pequeña probabilidad de que se produjese idéntico desenlace, no se condena.

d) Valoración

Acoger esta tesis, por los tribunales, por el Consejo de Estado o por la propia Administración Sanitaria, de darse el caso, supone indemnizar al paciente por la concurrencia de un daño moral, consistente, pre-



20 años

Av. Josep Molins, 29-41 - 08906 L'Hospitalet
 T. 93 334 67 77
www.seaus.net
seaus@sanitatintegral.org

cisamente, en que pudo haber tenido oportunidades de las que se le ha privado.

Es una tesis, indudablemente, favorable a los pacientes pero que precisa de una aplicación ponderada pues roza los límites de una responsabilidad objetiva pura y se encuentra próxima al terreno de las llamadas presunciones de falta, según las cuales se declara responsabilidad sin poderse probar actuación irregular ni nexo causal, pero "dadas las circunstancias y los resultados, debió de producirse alguna irregularidad". Es difícil, muchas veces, fijar el límite cuando se trata de adoptar posturas garantistas para el ciudadano perjudicado por la Administración, Sanitaria en este caso.

Ha habido asuntos, objeto de decisión judicial, como se ha mostrado anteriormente, en los que se ha debido de absolver al medio sanitario en la consideración de que, aún concurriendo una pérdida de oportunidad, la situación era irreversible para el paciente y ninguna actuación sanitaria hubiera variado el resultado. Es fácil aplicar la teoría de la presunción de falta a asuntos como aquellos en los que

se aprecie culpa in vigilando, pero extenderla con carácter general tiene el evidente riesgo de entrar en la consideración de la medicina como obligación de resultados y eso, salvo en campos asistenciales muy concretos de medicina satisfactiva, no es correcto.

La Administración es condenada cuando ocasiona a un ciudadano un daño antijurídico por el funcionamiento del servicio público. Es evidente la concurrencia de responsabilidad por funcionamiento anormal del servicio, pero existe responsabilidad, también, cuando el daño antijurídico se produce en el seno de funcionamiento normal, simplemente por su carácter de antijurídico (sin obligación de soportarlo), aunque no cabe duda de que habrá que encontrar alguna "anomalía" dentro de un servicio normal. Condenar por simple presunción de que se debió de dar esa anomalía, es peligroso para la seguridad jurídica y convierte a la Administración Sanitaria en una aseguradora "todo riesgo", desnaturalizando su auténtico papel que es el de garante de la salud, en dispensación del cuidados debidos.



XVI Congreso Nacional

de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad

Del 12 al 14 de Abril del 2011
Zaragoza

Carme Moreno
Fundació Hospital de Puigcerdà
cmoreno@hospitalpuigcerda.com

PROYECTO “Espais lectors” Espacios lectores

Historia

El Hospital de Puigcerdà se fundó en el año 1.190, bajo el protectorado del Rey Pedro IV. Actualmente, y desde el siglo XIX, es una Fundación, la Fundación Hospital de Puigcerdà. Es una fundación sin ánimo de lucro auspiciada por el Ayuntamiento de Puigcerdà. El patronato, presidido por el Alcalde, lo componen cuatro concejales y cuatro prohombres de la ciudad. Esta entidad gestiona también la Residencia socio-sanitaria de Puigcerdà, con 126 camas, y dos Centros de Atención Primaria, integrados en el Área Básica de Salud de la Cerdanya. El hos-



pital forma parte de la red Hospitalaria de Utilidad Pública de Cataluña (XHUP) y presta servicios tanto en el sector público como en el privado.

Todos los dispositivos y recursos de la Fundación configuran una red asistencial de atención integral para los 18.000 habitantes de la Comarca de la Cerdanya. Esta red atiende también una numerosa población flotante, que es consecuencia, en una parte por la actividad turística de la zona, y por otra por el flujo de ciudadanos de la Cerdanya francesa y el Capcir; este último grupo recibe asistencia a través de un convenio sanitario con el Hospital de Perpignan, que se instauró para atender a las habitantes de la Cerdanya francesa en situación de urgencia y a las mujeres gestantes.

En estos momentos esta en construcción el nuevo Hospital Transfronterizo, el primer hospital de estas características en Europa, que dará atención a la Cerdanya catalana y francesa y al Capcir, y que atenderá a 15.000 habitantes adicionales cuando entre en funcionamiento.

EL PROYECTO “Espais lectors”

La Fundación Privada Hospital de Puigcerdà y la Biblioteca Comtat de Cerdanya, con el objetivo de mejorar la oferta de servicios a los ciudadanos, han creído necesario ir un paso más allá y plantear un servicio, hasta ahora inexistente, relacionado con los libros y la lectura. Así ha surgido, fruto de la colaboración, el proyecto “Espais lectors”. Que se ha puesto en marcha desde el 4 de mayo del 2010.

Objetivo

El proyecto “Espais Lectors” quiere ofrecer a los pacientes de la consulta externa de pediatría y a sus padres, a las personas hospitalizadas y a sus familiares y a los residentes de centro socio-sanitario un entorno y un equipamiento adecuados para disfrutar de la lectura.

Descripción del proyecto.

Se despliega en tres ejes:

Espacio Lector Infantil (EI)

- Ubicado en la consulta externa de pediatría. Es un espacio de lectura dirigido a los niños y a sus padres. Con el objetivo de:
 - o Disfrutar de la lectura
 - o Fomentar el placer por la lectura entre los niños
 - o Pasar el tiempo de espera de una manera más agradable

Espacio Lector Hospitalización (EH)

- Ubicado en el área de hospitalización. Es un espacio de lectura destinado a las personas hospitalizadas y a sus familiares. Con el objetivo de:
 - o Disfrutar de la lectura
 - o Mejorar la calidad de la estancia
 - o Pasar el tiempo de hospitalización de una manera más agradable

Espacio Lector Residencia (ER)

- Ubicado en la Residencia socio-sanitaria. Es un espacio de lectura dirigido a los residentes en ésta. Con la finalidad de:
 - o Ampliar las opciones de ocio de los residentes y mejorar así su calidad de vida
 - o Hacerles participar de la organización y funcionamiento del servicio
 - o Ofrecer a los profesionales una nueva herramienta de dinamismo

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES USUARIOS

USUARIOS es el portavoz oficial de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Sus objetivos son dar a conocer trabajos científicos originales, servir de instrumento de opinión y debate, facilitar la formación continuada y ser agenda de actividades científicas y sociales para todos los gestores y profesionales que realizan su actividad en los servicios de atención al usuario de los centros sanitarios. Los artículos originales y las imágenes de interés, antes de su aceptación, serán evaluados de forma anónima por revisores expertos designados por el Comité Editorial de **USUARIOS**.

USUARIOS no se hace responsable del contenido científico, ni de las implicaciones legales de los artículos publicados.

Estructura

Deberían seguir el siguiente orden: Resumen/ Abstract, Palabras clave/ Keywords, Introducción, Material y Método, Resultados, Discusión, Conclusiones y Bibliografía.

2. Cartas a la Revista

La extensión máxima será de 600 palabras.

Artículos originales

Los textos de los artículos deberán entregarse en un archivo Microsoft Word, con texto simple, sin tabulaciones ni otros efectos. El tipo de letra será Arial o Times indistintamente y de tamaño 12. Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. El artículo se presentará en el siguiente orden:

1. En la primera hoja se indicarán los siguientes datos: Título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro en el que se ha realizado el trabajo y dirección para la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y correo electrónico.

2. En la segunda hoja se incluirán: El resumen (abstract) que seguirá un modelo estructurado (Objetivos, material y método, resultados y conclusiones) y que tendrá como límite un máximo de 250 palabras. En esta misma página se indicarán de 3 a 5 palabras clave (keywords) que identifiquen el trabajo.

3. A continuación seguirán las hojas con el texto del artículo y la bibliografía. El límite del texto estará en los 12.000 caracteres. Aunque este término no será determinante final en la valoración del artículo.

4. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

5. Por último se incluirán los gráficos y las imágenes con una resolución de 300 puntos por pulgada, de 10 a 1 cm. de ancho y preferiblemente en formato TIF, con los correspondientes pies explicativos. Las imágenes serán de buena calidad y deben contribuir a la comprensión del texto.

Bibliografía

Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa en superíndice. No se emplearán frases imprecisas como << comunicación personal >> o similares. Los originales aceptados y no publicados en el momento de ser citados pueden incluirse como cita con la expresión << en prensa >>. Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales, indicando siempre la página inicial y final de la cita y se elaborarán y ordenarán según las Normas de Vancouver, disponible en: <http://www.icmje.org/>. Se relacionarán todos los autores si son 6 o menos de 6; si son más, relacionar los 6 primeros seguidos de la expresión << et al >>.

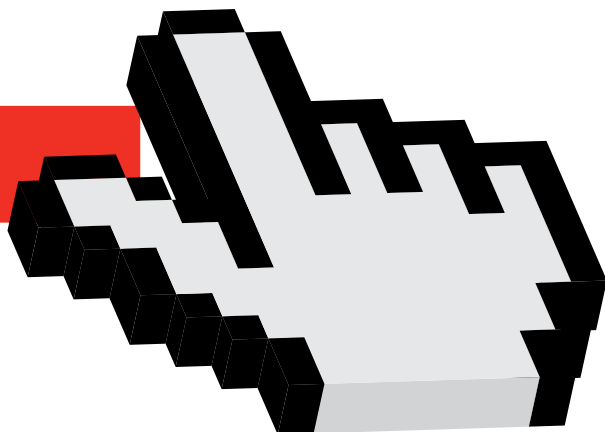
Remisión de los trabajos

Los trabajos pueden remitirse por vía electrónica a través al correo electrónico de la Secretaría de la SEAUS: seaus@sanitatintegral.org Y también a: Rafa Rodríguez, Coordinador de la Revista de la SEAUS rafaroro54@gmail.com Todos los manuscritos irán acompañados de una carta de presentación en la que se solicite la valoración de los mismos para su publicación. En caso de ser un Original, debe indicarse expresamente que no se ha publicado en otra revista y que solo se ha enviado a USUARIOS. El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos recibidos e informará de su aceptación. Asimismo este Comité se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones de los mismos cuando se considere necesario.

Todos los trabajos científicos aceptados quedan como propiedad de la Publicación USUARIOS de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de esta Publicación.

WEB

Páginas de interés



PÁGINAS WEB DE INTERÉS

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.msc.es>

SEGURIDAD SOCIAL

<http://www.seg-social.es/inicio>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

<http://www.who.int/es/>

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978

<http://www.congreso.es/funciones/constitucion/preamb.htm>

DEFENSOR DEL PUEBLO A NIVEL NACIONAL

<http://www.defensordelpueblo.es/>

DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

http://www.defensor-and.es/flash_ie.htm

SINDIC DE GREUGES DE CATALUNYA

(versión castellano)

<http://www.sindicgreugescat.org/es/sindic.htm>

(versión catalana)

<http://www.sindicgreugescat.org/ca/index.do?action=list>

SINDIC DE GREUGES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

(versión castellano)

<http://www.sindicdegreuges.gva.es/>

UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES

<http://www.universidadpacientes.org>

FORO ESPAÑOL DE LOS PACIENTES

<http://www.webpacientes.org/fep/>

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA

<http://www.aebioetica.org>

ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICA (ACEB)

<http://www.aceb.org/greetcat.htm>

SOCIETAT CATALANA DE BIOLOGIA

<http://www.iecat.net>

INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA

<http://www.ibbioetica.org>

FUNDACIÓ VÍCTOR GRIFOLS

<http://www.actualderechosanitario.com>

LEX SANITAS NEWS

<http://www.actualderechosanitario.com>

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

<http://www.aeds.org>

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (B.O.E.)

<http://www.boe.es/g/es/>

DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

<http://www.gencat.net/dogc/>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL (S.E.C.A.)

<http://www.calidadasistencial.es/>

UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA (U.O.C.)

<http://www.uoc.es/web/esp/index.html>

www.uoc.edu/portal/castellano

www.uoc.edu/portal/catala

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET (O.B.D.)

http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/index.php?lang=es_ES

ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

www.activecitizenship.net



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad