

revista sanitaria de atención a los

usuarios

Número 25 y 26 // Enero 2012



Tiempo de recortes y sostenibilidad

PAG 6 - 7

Nueva Junta Directiva de la SEAUS
Congreso Zaragoza

PAG 20

Presentación del libro de la SEAUS

PAG 23

Una introducción y una reflexión sobre la cronicidad

PAG 40

Estudio Europeo sobre la Carta de Derechos de los Pacientes

PAG 49

5th European Patients Rights Day



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 **EDITORIAL** M^o PILAR GONZÁLEZ - PALMIRA TEJERO - MERCÈ TELLA

JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTE RODRIGO GUTIERREZ **VICEPRESIDENTA** MERCE TELLA **SECRETARIA** PALMIRA TEJERO **TESORERO** RAFA RODRÍGUEZ

VOCALES AUTONOMICOS:

GALICIA, ASTURIAS, CANTABRIA Y PAÍS VASCO ROSA MARIA GONZALEZ **MURCIA Y VALENCIA** MARIA DE LAS VIRTUDES PEREZ **ARAGON, NAVARRA Y LA RIOJA** M^o JOSE CALVO **MADRID, CASTILLA LEON Y CASTILLA LA MANCHA** ISABEL ZALDIVAR **ANDALUCIA, EXTREMADURA, CANARIAS, CEUTA Y MELILLA** JOSE ENRIQUE SANCHEZ **CATALUÑA Y BALEARES** SILVIA MILLAT - FRANCISCO CARCELES

Subscripciones:

www.seaus.net

Seaus@globaleventospalma.es

dirección y teléfonos

Global Eventos Palma, S.L.
C/ Manuel Guasp 6, 1^o-Oficinas
07006 Palma
Teléfono 971.909.118
www.seaus.net
Seaus@globaleventospalma.es

correspondencia científica

Rafa Rodríguez
C/ Manuel Guasp 6, 1^o-Oficinas
07006 Palma
Teléfono 971.909.118
www.seaus.net
Seaus@globaleventospalma.es



SUMARIO

4 EDITORIAL
Tiempo de recortes y sostenibilidad

6 NOSOTROS
Nueva Junta Directiva de la SEAUS

7 NOSOTROS
Congreso Zaragoza

10 NOSOTROS | Premio
Transmitir salud, un reto actual. Nuestra experiencia en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

20 NOSOTROS
Presentación del libro de la SEAUS

21 NOSOTROS | Jornadas
La SEAUS participa en la IX Jornada de la Asociación de Administrativos de la Salud

21 NOSOTROS | Noticias
Entrega de la Placa Sescam

23 MI OPINIÓN
Una introducción y una reflexión sobre la cronicidad y los servicios o áreas de atención al usuario/paciente

29 INVESTIGACIÓN
Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de los Derechos de los Pacientes

40 INVESTIGACIÓN
Estudio sobre las incomperecias en la atención primaria de BSA

45 TEMAS DE INTERÉS
Participación en el Proyecto Europeo "Assesing Patients - Rights in Europe: A project to monitor the European Charter Patinets Rights"

46 TEMAS DE INTERÉS
5th European Patients Rights Day 11 y 12 de abril de 2011 - Bruselas - "Situat a los ciudadanos en el centro de las Politicas de Salud de la UE"

49 TEMAS DE INTERÉS
Las expectativas de ciudadanos y usuarios en la era del e-paciente y la Web 2.0

59 NORMAS, WEBS Y SOLICITUDES



TIEMPO DE RECORTES Y SOSTENIBILIDAD

El pasado mes de abril, en el transcurso del XVI Congreso de la SEAUS, se aprobó la denominada **Declaración de Zaragoza**. El documento se presentó como un conjunto de recomendaciones a tener en cuenta por gestores, profesionales y ciudadanos, cuya finalidad es orientar las estrategias de atención al usuario, para conciliar las necesidades y expectativas de los diversos agentes que intervienen en el sistema sanitario.

Uno de los puntos del decálogo se refiere precisamente a la:

Responsabilidad compartida por a la sostenibilidad

El sistema sanitario es un gran patrimonio de la ciudadanía. Usuarios y profesionales son responsables de su sostenibilidad y de la adecuada utilización de los recursos sanitarios. Es necesario fomentar la corresponsabilidad informada de los ciudadanos y profesionales, y establecer los mecanismos para mejorar la transparencia y avanzar en la cultura de la evaluación. Los usuarios son titulares de deberes que han de cumplir como copropietarios del sistema sanitario.

Sin embargo, la idea de **sostenibilidad** es un asunto no solo poliédrico, es decir, con muchas facetas y aristas, sino además con muchas implicaciones y consecuencias. El propio término no deja de ser una importación abusiva del propio concepto medioambiental, en tanto que, desde este punto de vista, sostenibilidad consistiría en satisfacer las necesidades de la actual generación sin poner en riesgo la capacidad de futuras generaciones de satisfacer sus propias necesidades. Cómo aplicar esta idea al mantenimiento y capacidad de financiar colectivamente los servicios públicos del bienestar, entre ellos el sistema sanitario, es otra cuestión más compleja.

Algunos datos

En la actualidad el gasto sanitario total de España está por debajo del promedio de la UE-15 dólares por poder paritario de compra, y se encuentra justo en la media (9.5% PIB) de los países de la OCDE, según los últimos datos publicados (OCDE Health Data 2011). El gasto sanitario público es inferior a la media de la UE-15 en unos 800€ por habitante y año, e inferior también a la media de los países de la OCDE.

El crecimiento del gasto sanitario público español en los diez últimos años ha sido del 2.7% anual, frente al 4.1% de promedio en la OCDE. Cabe señalar que el gasto sanitario total ha crecido a expensas del gasto sanitario privado. Por otro lado, la esperanza de vida en España ha pasado en los últimos años de 75.6 a 81.1 años de edad y la mortalidad por todas las causas descendido desde 819.5 por 10⁵ a 568.5 por 10⁵.

"Los usuarios son titulares de deberes que han de cumplir como copropietarios del sistema sanitario"

La sostenibilidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

El SNS es una organización valiosa que actualmente se enfrenta a una crisis de sostenibilidad. En los últimos meses venimos asistiendo, casi diariamente, a una letanía y a un goteo intemorable de cierres, suspensiones, reducciones y recortes financieros en distintos ámbitos y en diferentes lugares. Todo ello está produciendo un deterioro en las condiciones de trabajo de muchos profesionales sanitarios, una mayor fragmentación del sistema y un daño a la calidad asistencial, al reducir servicios y prestaciones. Y esto, hay que decirlo, en una de las instituciones mejor valoradas por la ciudadanía, considerado entre los cinco mejores sistemas sanitarios públicos del mundo en

... TIEMPO DE RECORTES Y SOSTENIBILIDAD

resultados agregados con su población, y siendo al mismo tiempo uno de los más eficientes y con menor gasto.

Las apelaciones genéricas e indiscriminadas a la racionalización o a la búsqueda de la deseable sostenibilidad del sistema no pueden convertirse en una excusa para el desmantelamiento progresivo de las instituciones del bienestar a través de fórmulas encubiertas de privatización y parsitización de la gestión del sistema público. La búsqueda de la eficiencia, la mejora de la gobernanza y de la gestión son siempre objetivos deseables pero instrumentales, no pueden ser nunca los objetivos últimos ni principales. La finalidad principal del sistema sanitario debe ser la prestación de una atención de calidad, es decir, centrada en los pacientes, segura, eficaz y coste-efectiva, con la participación de los propios ciudadanos, como corresponsables y auténticos copropietarios del sistema.

Márgenes para la eficiencia

Establecer unos presupuestos suficientes, garantizar una financiación con carácter finalista que destine realmente los recursos a la atención sanitaria, mejorar la adecuación, en el uso de la tecnología, reducir la variabilidad de la práctica clínica, mejorar la prescripción farmacéutica, implantar sistemas para la gestión de compras centralizadas que permita recuperar economías de escala, potenciar la atención primaria y asegurar la continuidad asistencial, profesionalizar la gestión, fomentar la innovación y facilitar la participación de los profesionales y de los pacientes.

Éstas son solo algunas de las fórmulas que se enumeran desde diferentes instancias para reducir los márgenes de ineficiencia, mejorar el coste-efectividad de los servicios, incrementar la seguridad y conseguir mejores resultados.

Y en estos objetivos el papel de los pacientes y usuarios resulta clave a través de la mejora de su educación y formación, del exceso a información de calidad, y mediante su corresponsabilidad y participación en la toma de decisiones.

Es verdad que vivimos tiempos difíciles e inciertos, pero más allá del pesimismo, la resignación o la indolencia, la obligación ética de nuestra generación es legar a nuestros hijos y nietos un sistema público de salud tan bueno o mejor que el que nos legaron nuestros padres.

Para los trabajadores, empleados y profesionales sanitarios la defensa de un Sistema Nacional de Salud sostenible, debe ser la principal tarea científica profesional y ética, compartida por todos quienes trabajamos en el sector, incluidos las Corporaciones Profesionales y los Sindicatos.

Desde esta perspectiva, tal y como recoge la Declaración de Zaragoza, la Sociedad Española de Atención al Usuario, quiere manifestar su compromiso de contribuir a esa tarea de salvaguardar y seguir manteniendo, día a día, un salvaguardar y seguir man-

teniendo, día a día, un sistema sanitario público justo, equitativo, seguro, eficiente, de mayor calidad y, en definitiva, más humano...

"La obligación ética de nuestra generación es legar a nuestros hijos y nietos un sistema público de salud tan bueno o mejor que el que nos legaron nuestros padres"

NOSOTROS

Nueva Junta Directiva de la SEAUS

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SEAUS

En la Asamblea de Socios celebrada en el marco del XVI Congreso Nacional de la SEAUS, que tuvo lugar el día 14 de abril en la ciudad de Zaragoza, quedó constituida la nueva Junta de la SEAUS, que la conforman:

Presidente:

Rodrigo Gutiérrez Fernández

Vicepresidenta:

Mercè Tella Bernaus

Secretaria:

Palmira Tejero Cabello

Tesorero:

Rafael Rodríguez Rodríguez



Vocal por Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla:

José Enrique Sánchez Basallote

Vocal por Aragón, La Rioja y Navarra:

Maria José Calvo Salillas

Vocales por Cataluña y Baleares:

Sílvia Millat Servent y Francisco Cárceles Guardia

Vocal por Madrid, Castilla León y Castilla la Mancha:

Isabel Zaldivar Lagúa

Vocal por Murcia y Valencia:

Maria de las Virtudes Pérez Jover

Vocal por País Vasco, Cantabria, Asturias y Galicia:

Rosa Maria González Llinares



NOSOTROS

XVI Congreso Nacional de la SE AUS

Los días 12 al 15 de abril 2011 tuvo lugar el XVI Congreso Nacional de la SE AUS en la ciudad de Zaragoza. El Congreso con el lema: Salud: participación y corresponsabilidad, cuestión de todos, reunió a más de 300 profesionales de todo el Estado.

El Comité Organizador estuvo formado por: Doña Teresa Antoñanzas Lombarte, Presidenta. Doña Maite Escribano Catalán, Vicepresidenta. Doña Mercedes Febrel Bordejé, Secretaria y Doña Virginia Aznar Rico, Tesorera.

El Comité Científico lo presidió Don Francisco Cárceles Guardia, Presidente de la SE AUS. Precedieron al Congreso cuatro Talleres, Nuevas Tecnologías al servicio del ciudadano, Comunicación no verbal, Reconocimiento y gestión de las emociones y Herramientas para la toma de decisiones compartidas, que contaron con una muy elevada participación de profesionales.

Durante el Congreso se debatieron diversos temas y aspectos relacionados con la atención al ciudadano en las mesas y en las diferentes ponencias. Las mesas versaron sobre:

- o Herramientas y experiencias de participación, moderada por el Dr. Rodrigo Gutiérrez.
- o Corresponsabilidad y determinantes de la salud, moderada por el Dr. Francisco Cárceles.
- o Comunicación con los pacientes, los ciudadanos y el entorno social, moderada por Doña Milagros Pérez Oliva.

Más de 200 comunicaciones, expuestas en el plenario y en un espacio más breve, fueron el complemento idóneo para la participación y el debate. Como cada año, Esteve entregó los premios a las mejores comunicaciones, que fueron para:



Mejor Comunicación presentada en el plenario, **Transmitir salud, un reto actual** del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. Servicio Andaluz de Salud. Autores: Ojeda Virto F; Sanchez Vázquez MJ; Maeso Villafana J; Puertas Rodríguez A; Donaire Navarro B; González Rodríguez M. Fue presentada por Fabiola Ojeda Virto.



Mejor comunicación oral, **Información al paciente ingresado**, una síntesis con lo necesario durante su estancia. Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes del Servicio Aragonés de Salud (SALUD). Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Unidad de Calidad. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Dirección General de Atención al Usuario. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno de Aragón. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Aragón. Autores: Giménez-Júlvez T;



NOSOTROS

XVI Congreso Nacional de la SEAS

Jiménez-Bea L; Martín-Valenciano M; Martínez-Casamayor MC; Escribano-Catalán MT; Valderrama-Rodríguez M y el Grupo de Trabajo de Identificación del Paciente del Servicio Aragonés de Salud. Fue presentada por Teresa Jiménez-Júlvez.

De forma excepcional, y en este congreso, se otorgó un Premio a la mejor comunicación de enfermería, patrocinado por los Colegios Profesionales de Enfermería de Zaragoza, Huesca y Teruel. El premio fue para la comunicación titulada **Absentismo de pacientes en consultas externas del hospital de Barbastro**. Autores: Puyuelo Blecuá C;

Nasarre Ger AM. Fue presentada por Ana María Nasarre. Una acertadísima e inteligente sesión final y los actos sociales previstos para los diferentes días pusieron marco y colofón a la actividad científica.

Finalmente y como conclusión de los trabajos del congreso y resumen de todo lo expuesto y debatido, la SEAS y la Dirección General de Atención al Usuario del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón presentan la Declaración de Zaragoza, un documento que sin duda ha de marcar un punto de inflexión en materia de atención al usuario y ha de ser un elemento de reflexión para todos los implicados en la atención a los ciudadanos, usuarios de los servicios de salud.

XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SEAS

Declaración de Zaragoza Atención al Usuario

La Declaración de Zaragoza es presentada como un documento a tener en cuenta por gestores, profesionales y ciudadanos. Pretende orientar las estrategias de atención al usuario, para conciliar las necesidades y expectativas de los diferentes actores en el sistema sanitario, lo que supone renovar el modelo de relación.

1. INFORMACIÓN Y ACCESIBILIDAD: El sistema de salud, a través de los profesionales sanitarios y, en particular, de los servicios de atención al usuario, como receptores y canalizadores de las necesidades de los ciudadanos, deben proporcionar información, que permita respuestas ágiles, normalizadas, adaptadas y eficientes, y que faciliten la accesibilidad al sistema sanitario.

2. INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES: Es necesario reconocer el derecho y la competencia del paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud y avanzar hacia una elección informada, que evite un consentimiento pasivo, respetando los valores y creencias personales. La información previa a la toma de decisiones ha de ser suficiente y útil para ejercer la autonomía, la corresponsabilidad y reducir las desigualdades.

3.COMUNICACIÓN: La atención al usuario en el Sistema Sanitario es un espacio en el que se canalizan sentimientos, necesidades, emociones, derechos y deberes. La comunicación es el elemento primordial de la relación entre usuarios y profesionales, siendo necesario incluir, las habilidades de comunicación entre las competencias profesionales.

XVI CONGRESO NACIONAL DE LA SEAS Declaración de Zaragoza Atención al Usuario

4. IMPLICACION DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD Y SEGURA: Los usuarios son actores imprescindibles y un valor activo para el logro de resultados en términos de calidad y de seguridad. Para ello, es necesario potenciar la formación e información de los pacientes, utilizar su experiencia y fomentar la implicación en su propio proceso.

5. PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA: La participación es un derecho incuestionable y las organizaciones sanitarias han de comprometerse a facilitar y adecuar sus instrumentos de participación y a incorporar las necesidades de los ciudadanos en las decisiones y estrategias de las políticas de salud.

6. GARANTIA DE LOS DERECHOS. DIGNIDAD EN LOS PROCESOS AL FINAL DE LA VIDA: Definir compromisos y establecer las garantías para el cumplimiento de los derechos, es un deber del Sistema de Salud y de sus profesionales. Garantizar la dignidad de las personas en el proceso de morir y de la muerte es un compromiso de valores, de libertad y de autonomía.

7.- INNOVACIÓN TECNOLÓGICA: La Administración Sanitaria debe incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación a la atención al usuario, para proporcionar respuestas ágiles, normalizadas y eficientes. Todo ello requiere incrementar la interactividad con los usuarios y fomentar las comunicaciones en red entre los centros sanitarios. Las organizaciones han de potenciar las tecnologías como herramientas para facilitar información, gestionar procesos, ayudar a la toma de decisiones compartidas, posibilitar la participación y comunicar los resultados en salud.

8. DETERMINANTES SOCIALES Y SALUD. "SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS": Los determinantes sociales, los factores económicos y culturales y la dimensión emocional del ser humano forman parte del binomio salud-enfermedad. En la salud de la colectividad, tienen más peso los determinantes sociales que los propios servicios sanitarios y es necesario reforzar las políticas de salud, además de las orientadas a la atención sanitaria.

9. RESPONSABILIDAD COMPARTIDA PARA LA SOSTENIBILIDAD: El sistema sanitario es un gran patrimonio de la ciudadanía. Usuarios y profesionales son responsables de su sostenibilidad y de la adecuada utilización de los recursos sanitarios. Es necesario fomentar la corresponsabilidad informada de los ciudadanos y profesionales, y establecer los mecanismos para mejorar la transparencia y avanzar en la cultura de la evaluación. Los usuarios son titulares de deberes que han de cumplir como copropietarios del sistema sanitario.

10. SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO: Es necesario potenciar los servicios de atención al usuario, dotándolos de la capacidad y competencia necesaria. La competencia que define la orientación al usuario implica un deseo y una necesidad de incorporar a los ciudadanos, de comprender y hacer realidad sus necesidades responsables, aún aquellas no siempre expresadas. Implica esfuerzo en actualización por parte de todos los profesionales de la salud para dar respuestas acorde a los problemas del ciudadano.

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

Nuestra experiencia en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Fabiola Ojeda Virto; M^a Jesús Sánchez Vázquez; Joaquín Maeso Villafana; Alicia Puertas Rodríguez; Bernarda Donaire Navarro; Magdalena González Rodríguez

RESUMEN. INTRODUCCIÓN

La relación profesional/usuario de la salud, implica un proceso de comunicación interpersonal no exento de situaciones complejas que los profesionales han de gestionar. El análisis de las reclamaciones y cuestionarios de satisfacción, muestra que aún existe margen de mejora en información, comunicación, trato... Cuestiones fundamentales para lograr mayor comprensión y adhesión al tratamiento y para orientar adecuadamente al usuario actual en la utilización de los servicios, facilitando su participación y su acceso al sistema sanitario.

OBJETIVOS

Optimizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional y el paciente, así como el que se produce entre la institución sanitaria y la ciudadanía en general, con el fin de aumentar la calidad y eficacia del sistema sanitario mejorando el trato y la información a los pacientes y poniendo en valor la salud, la participación, y el sistema sanitario público andaluz.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseña una estrategia global de comunicación que incorpora actuaciones de Señalización e imagen corporativa: realización de actos de visibilidad (jornadas,

encuentros, exposiciones, aniversarios); relaciones con los medios de comunicación (noticias de impacto positivo, gestión de peticiones); edición de materiales divulgativos/ educativos; Sensibilización/formación a profesionales en habilidades de comunicación; Colaboración con asociaciones y entidades locales.

RESULTADOS

Adecuación de la señalización y mejora de la imagen en 20 unidades o centros sanitarios; Organización de actos conmemorativos (aniversarios, Días Mundiales, ...) y jornadas de puertas abiertas. Edición de 15 guías informativas dirigidas a ciudadanía y/o profesionales. Publicación de 65 noticias positivas en prensa y 7 noticias negativas contestadas; Emisión de 73 entrevistas/reportajes en RTV; Trabajo y realización de 8 cursos de habilidades emocionales y de comunicación. Disminución de reclamaciones por trato y por demora...

CONCLUSIONES

La respuesta por la comunicación mejora la calidad percibida por los usuarios y aumenta considerablemente la información sobre los servicios sanitarios y su uso adecuado. Es preciso seguir trabajando en líneas bidireccionales de comunicación

INTRODUCCIÓN

El ciudadano es el motor que impulsa el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y conseguir su satisfacción, mediante la oferta de una atención marcada por la calidad y la eficiencia, nuestro objetivo¹.

Calidad y eficiencia sólo pueden alcanzarse en el marco de la relación directa que los profesionales establecen con los usuarios². Una relación de comunicación en la que "la calidad" que percibe el ciudadano no se escribe sólo con recursos científico-técnicos, alta tecnología y materiales innovadores, sino que se escribe también con sensibilidad, CERCANÍA, amabilidad.

Este proceso de comunicación interpersonal³ no está exento de situaciones complejas, ya que las personas que vienen a nuestros centros acuden con emociones intensas (ansiedad, miedo⁴, preocupación...) con necesidad de ser escuchadas, informadas, curadas. Sienten su cuerpo amenazado por algo que lo hace vulnerable¹ y escapa a su control, y atribuyen al profesional el poder de curarlo, pidiéndole "soluciones mágicas" y en ocasiones imposibles.

Para resolver estas demandas, los/as profesionales no sólo han de ofrecer respuestas técnicas, sino también un lenguaje comprensible y cercano, capacidad para entender a los pacientes y ponerse en su lugar^{5,17,19}. Han de saber manejar adecuadamente los hechos objetivos y salvaguardar los valores subjetivos; han de estar dispuestos a abandonar la "tradicional posición paternalista"⁶ y dar cabida a la participación del paciente, respetando su autonomía personal, su intimidad, su confidencialidad, aportando información, cuidando el trato... cuestiones todas ellas, fundamentales para lograr mayor comprensión y adhesión al tratamiento^{7,13,17}.

¿Sienten los profesionales alguna obligación en el terreno de la comunicación? ¿Se sienten los pacientes implicados en las decisiones que se toman durante el proceso de su tratamiento?

Esta interacción que se produce entre profesionales y usuarios sucede en unos momentos de grandes cambios sociales, culturales... cambios en los valores.

Tiempos marcados por la prisa, la "inmediatez", la sociedad de "consumo", la facilidad de acceso a la información, la influencia de los MASS media en la opinión pública y las expectativas individuales... la crisis económica.

Esto se asocia a una nueva visión de paciente y un nuevo modelo de relación asistencial donde el paciente tiene un rol protagónico⁸. Así, el ciudadano acude a nuestros servicios con información, esperando respuestas inmediatas, demandando mayor información sobre temas de salud, pidiendo que pongamos a su disposición todos los recursos disponibles...^{9,10}. Y lo hace en un momento en que hemos de hacer una utilización eficiente de los mismos, debiendo en ocasiones ofrecer respuestas negativas a expectativas poco realistas^{11,20}. Respuestas que no siempre son bien recibidas por el usuario, poco acostumbrado a enfrentarse y aceptar la frustración^{12,13}.

Como organización, tenemos el compromiso de estar cerca de los ciudadanos asumiendo sus necesidades y expectativas, ofreciéndoles la información necesaria sobre su salud y el sistema sanitario público y garantizando su participación efectiva en la orientación de las políticas sanitarias. Entre nuestras prioridades ha de estar, por tanto, la de dotar de transparencia al sistema.

¿Debemos poner en valor el sistema sanitario público y la importancia de hacer un uso adecuado y responsable del mismo...? ¿Es preciso transmitir a la ciudadanía la necesidad de aprender a cuidar y utilizar adecuadamente los servicios sanitarios para garantizar su sostenibilidad y la justicia distributiva?

Al compás de estos tiempos, el envejecimiento de la población trae de la mano el aumento de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia que hemos de gestionar. Así mismo, la sociedad actual -también llamada bienestar- inmersa en la cultura del hedonismo, el culto al cuerpo, el estrés, el sedentarismo, el abuso de sustancias tóxicas y "comida basura", ... acarrea problemas de salud (anorexia, bulimia, cardiopatías, obesidad) derivados de modas, costumbres y estilos de vida que se transmiten a la velocidad del cable, en esta aldea global que atraviesa muros, culturas y fronteras y ponen de manifiesto la necesidad de transmitir hábitos saludables y fomentar en la ciudadanía su implicación en el cuidado y en la toma de decisiones sobre su salud¹³.

¹ "Es difícil seguir siendo un emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre". En "Memorias de Adriano". Marguerite Yourcenar. 1951.

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

¿Podemos aprovechar esta oportunidad para transmitir salud? ¿Cómo conseguir la corresponsabilidad ciudadana y hacer de la atención sanitaria un proceso que salvaguarde la calidad humana? ¿Y cómo hacerlo desde un Área de Gestión Sanitaria?

En definitiva, queremos poner en valor el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) mediante la transmisión y el fomento de los valores: Salud, Servicios sanitarios, Participación ciudadana, Atención en su vertiente de comunicación.

¿QUÉ QUEREMOS CONSEGUIR?

OBJETIVO GENERAL

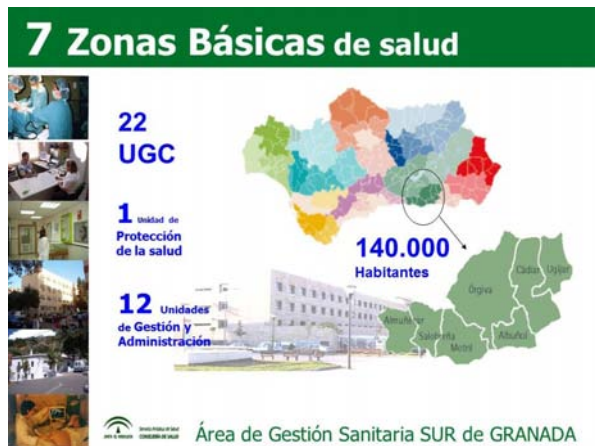
Queremos mejorar el proceso de comunicación que se establece entre el profesional y el paciente, así como el que se produce entre la institución sanitaria y la ciudadanía, mediante el desarrollo de un plan de comunicación que ponga en valor la salud y los servicios sanitarios públicos, promueva la participación y corresponsabilidad ciudadana y favorezca una atención sanitaria de calidad técnica y humana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ofrecer información sobre salud a pacientes, usuarios y ciudadanía en general
- Dotar de conocimientos y habilidades en materia de salud a pacientes y cuidadores.
- Aumentar la información sobre centros y servicios sanitarios; resultados, recursos, acceso, ...
- Facilitar la participación ciudadana en las Unidades de Gestión Clínica
- Promover la implicación de la ciudadanía en el uso adecuado de los recursos
- Desarrollar habilidades de comunicación en los profesionales

MATERIAL Y MÉTODO:

¿DÓNDE? ÁMBITO de Actuación: El Área de Gestión Sanitarias Sur de Granada es responsable de la gestión integrada de 82 centros de Atención Primaria de Salud y un Hospital Comarcal. Atiende a una población aproximada de 140.000 habitantes, distribuidos en los 80 municipios de la comarca del sur de Granada, -Motril, Costa y Alpujarra Granadinas- con una gran dispersión geográfica entre ellos, elevado porcentaje de población inmigrante y un aumento considerable de la población de la costa en los periodos vacacionales.



Del total de 1500 profesionales, 620 son sanitarios (medicina y enfermería) y el resto, personal de gestión o de servicios.

¿A QUIÉN nos dirigimos? PÚBLICO OBJETIVO:

Nos planteamos llevar a cabo acciones dirigidas tanto a la **ciudadanía** como a los **profesionales**, porque si bien las políticas de salud en los Sistemas Sanitarios Públicos alcanzan su verdadera dimensión cuando, además de estar centradas en el ciudadano cuentan con su participación efectiva ... son sin embargo, los profesionales quienes tienen la posibilidad de dirigir certeramente el rumbo del nuevo marco de relaciones con el ciudadano¹⁵.

Objetivos

PONER en VALOR:

- La **S**alud sistema
- Los **S**ervicios sanitarios
- La **P**articipación ciudadana
- La **a**tención en su vertiente de comunicación

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

¿CÓMO vamos a realizarlo? ESTRATEGIAS:

A decir verdad, comenzamos sin estructura metodológica. Nos pusimos a caminar pensando que lo importante de un plan de comunicación no era el plan sino la comunicación.

Sin embargo, mirando atrás, advertimos la existencia de una estructura metodológica implícita.

***Primero hicimos un análisis de la situación** tratando de ocupar un lugar de "escucha". Así, identificamos las **necesidades de comunicación** y los **mensajes a transmitir**, con estas herramientas o actividades:

- Enuestas de satisfacción, hojas de reclamaciones... de usuarios
- Grupos focales, entrevistas, reuniones... con pacientes y asociaciones
- Comisión de participación ciudadana... con asociaciones y pacientes
- Indicadores de salud/ patologías prevalentes... estudios epidemiológicos
- Chequeo de noticias positivas... en cada Unidad de Gestión Clínica (UGC)
- Grupo de Asesoramiento a la acreditación... con profesionales y UGC
- Comisiones clínicas y reuniones... con profesionales y responsables
- Grupos de mejora... con profesionales y ciudadanía
- Comisión Asesora de Dirección... con cargos intermedios

*Luego, desde la Unidad de Comunicación - adscrita al Servicio de Atención Ciudadana- y en colaboración con las Unidades de Gestión Clínica, **se diseñan y desarrollan actividades** que tratan de dar respuesta a los objetivos planteados a través de la emisión y difusión de mensajes claros, cercanos y adecuados a las características de la población. Asegurando que todo material impreso esté meticulosamente revisado y cuidado, acorde al manual de identidad corporativa.

A) ACCIONES DE COMUNICACIÓN EXTERNA. Dirigidas a pacientes, usuarios, ciudadanos y agentes sociales.

- A.1. Información a usuarios sobre centros y servicios sanitarios
- A.2. Información sobre salud a la población general. Programas y actividades de Educación para la salud.
- A.3. Información y formación a pacientes crónicos sobre su proceso
- A.4. Desarrollo de espacios compartidos (profesionales/usuarios) y entornos de colaboración (con ONGs, instituciones locales, asociaciones)
- A.5. Realización de actos de visibilidad
- A.6. Identificación, señalización e imagen corporativa
- A.7. Atención a quejas y reclamaciones

B) ACTIVIDADES INTERNAS. Dirigidas a los profesionales y encaminadas a fomentar la "cultura de la atención" mediante estrategias de comunicación que ofrezcan credibilidad.

- B.1. Análisis de reclamaciones
- B.2. Acciones para el desarrollo de habilidades de comunicación
- B.3. Apuesta por la calidad
- B.4. Recursos de apoyo compartidos

ACTIVIDADES Y RESULTADOS DE PROCESO**A) ACCIONES DE COMUNICACIÓN INTERNA****A.1. INFORMACIÓN SOBRE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS**

Gestión de la información institucional sobre la cartera de servicios, programas, recursos, derechos y deberes, prestaciones y todo lo relacionado con el acceso al SSPA:

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

- Difusión de esa información a través de la **página WEB** del Servicio Andaluz de Salud y en la **Web** del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.

- Disponibilidad de los documentos en las **Áreas de Atención a la Ciudadanía** de todos los centros.

- **Difusión e implantación** de los recursos de "Salud Responde" (Consejería de Salud - Junta de Andalucía). Gestión de acceso y Derechos, Teléfono de Información sobre servicios, prestaciones y requisitos de uso. 24 horas, 365 días al año.

Elaboración de Materiales informativos propios:

- **Guías de acogida** para los usuarios de los centros de atención primaria y los pacientes hospitalizados y sus familiares

- **Guías con Información Específica** de diferentes Unidades de Gestión Clínica (UGC): UCI; Hospital de Día Médico (HDM); Farmacia; Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA), Pediatría, Análisis Clínicos...

- **Carteles, posters, presentaciones...** para dar a conocer el área, nuestro trabajo, programas y campañas de salud, ...

- A través de conferencias, **programas de radio / TV, entrevistas, ...** Los contenidos son realizados por profesionales en respuesta a petición de asociaciones, medios de comunicación, o de modo pro-activo, proponiéndosela a los medios. Se han llevado a cabo más de 60 intervenciones **sobre problemas de salud prevalentes** (cáncer de mama, cáncer de colon, gripe, diabetes, alergias, vacunas, alimentación, tabaquismo, hipertensión, cardiopatías, ...)

- A través del desarrollo de **PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y EPS**. En el Área se desarrollan programas institucionales de educación para la salud:

- **FORMA JOVEN;**
- **SEXUALIDAD EN MAYORES;**
- **ATENCIÓN AL TABAQUISMO;**
- **POR UN MILLÓN DE PASOS**

TE MÁTICA	Talleres 2010-2011	ASISTENTES	PROFESIONALES
Forma Joven talleres	100	1500	35
Forma Joven Asesorías	Asesorías		----
HTA	22	273	120
Por un millón de pasos	15 asociaciones	190	10
CUIDADORAS	1	20	1
Tabla 1		1983	166



A.2. DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD (Eps)

- A través del proyecto institucional **informarse.es salud**, que difunde información mediante vídeos y reportajes que se emiten en MONITORES DE TV distribuidos por todas las salas de espera de centros de salud, consultorios y consultas externas de hospital.

Tal y como muestra la Tabla 1, durante 2010 y lo que va de 2011, han participado en los mismos 1983 personas.

A.3. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN A PACIENTES CRÓNICOS SOBRE SU PROCESO

- Elaboración de **Guías de cuidados** para pacientes intervenidos de rodilla, cadera, pacientes en tratamiento con anticoagulación oral, úlceras por presión,...

- Edición de **Guías con información específica sobre determinados procedimientos** para la toma de decisiones compartidas: "Sobre la analgesia epidural"; "Le acompañamos al médico"; "Postoperatorio sin dolor"

- Existe disponibilidad en la Web del Servicio Andaluz de Salud y la del Área "**Documentos para el Consentimiento informado**" elaborados por grupos

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

de expertos y testados por ciudadanos, para ofrecer la información sobre cada uno de los procesos en lenguaje comprensible. Los documentos se encuentran disponibles también en las consultas y las Unidades de Gestión Clínica (UGC) donde se llevan a cabo cada uno de los procesos.

- Desarrollo de **Tres aulas de pacientes**, adscritas al proyecto "ESCUELA DE PACIENTES" de la Conserjería de Salud y coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. En el AGS Sur de Granada se lleva a cabo las aulas: "Insuficiencia Cardíaca", "Diabetes Tipo II" y "Cuidadoras" son coordinadas desde la Unidad de Comunicación y realizadas por profesionales y pacientes/formadores. En 2010 se han formado en estas aulas **68 pacientes** de los diferentes procesos de los cuales **8** están realizando actividades como **formador/a..**

- **Talleres de educación sanitaria** para pacientes y cuidadoras. Los profesionales de Enfermería realizan talleres de información sanitaria sobre cuidados dirigidos a pacientes y a personas cuidadoras de grandes discapacitados. Durante 2010 y lo que va de 2011 se han llevado a cabo 379 talleres de educación sanitaria. 134 han sido cuidadoras. A ellos han asistido 150 hombres y 1190 mujeres. Se pueden ver las temáticas y los participantes en la Tabla 2.

TE MÁTICA	Talleres 2010-2011	ASISTENTES	PROFESIONALES
DIABETES	187	1496	386
HTA	58	464	116
CUIDADORAS	134	1340	272
Tabla 2	379	3300	774

A.4. ESPACIOS COMPARTIDOS/ ENTORNOS DE COLABORACIÓN

Comisión de Participación ciudadana del Área. Se constituyó en 2007. Cuenta ahora con 20 asociaciones de pacientes. Se trabaja en la definición de criterios de calidad, y abordaje de las necesidades de las Asociaciones. Se plantean propuestas de cambio... Colaboración en planes de comunicación (uso adecuado de las urgencias; campaña de gripe; cambios por obras en el hospital,...) Se trata de poner en valor la participación y corresponsabilidad ciudadana, no solo dando respuesta eficaz sino teniendo en cuenta sus aportaciones a la hora de

introducir cambios. Adaptación de los servicios a sus necesidades.

- **Foros de Participación ciudadana de UGC.** Las diferentes Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, así como la UGC de Salud Mental, disponen de un foro de participación ciudadana donde profesionales y asociaciones de pacientes/vecinos mantienen reuniones para definir y desarrollar objetivos de trabajo compartido.

- **Voluntariado** mediante el establecimiento de acuerdos de colaboración con pacientes, familiares de pacientes, asociaciones y/o grupos de ayuda,... que facilitan el acceso, la integración de usuarios extranjeros, el acompañamiento, la comprensión, el apoyo, ... (traducción verbal, traducción al lenguaje de signos, actividades culturales y lúdicas, autoayuda, mediación intercultural,...)

- **Colaboración con ONGs, corporaciones y entidades locales** en programas con públicos y objetivos compartidos: prostitución, inmigración, atención a menores, violencia de género, salud mental, atención temprana,...

- **Colaboración con Asociaciones** en la elaboración de materiales de difusión y en la organización de actos: Tríptico para Asociación ACOFATDH, Blog para la Asociación de Pacientes Cardíacos Sur de Granada "Mucho Corazón", Día Mundial del Alzheimer con "AFA Contigo" y otras Asociaciones de familiares de pacientes con Alzheimer, actividades de difusión con "Conecta" (Asociación de familiares de pacientes con trastornos del espectro autista) y Fibromialgia,... Imagen de marca para Acompala (Acompañamiento en Paliativos), ...

A.5. ACTOS DE VISIBILIDAD

- **Atención y colaboración con Medios de Comunicación.** Informes, gestión de entrevistas y reportajes, conferencias de prensa, noticias de impacto positivo, respuesta a peticiones, ...

- **Espacios compartidos.** Comisión de Participación Ciudadana (ver apartado A4), Foros de Participación Ciudadana, Realización de encuentros, foros, reuniones.

- **Organización de Actos, Congresos y Jornadas.** Jornadas de puertas abiertas con escolares,

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

20 Aniversario del Hospital, 20 Aniversario del Centro de Salud de Salobreña, 20 Aniversario del Centro de Salud de Órgiva, V Aniversario de Salud Mental, Exposiciones artísticas, Jornadas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Jornadas Jurídico-Sanitarias, Jornadas de Comunicación y Salud, Encuentro de Cuidadoras, Campañas Días Mundiales: Cáncer, Donantes, Tabaco, Sida, Higien de Manos, Diabetes, Corazón, Salud Mental, Alzheimer, ...

- Campañas de sensibilización sobre el uso adecuado (urgencias, medicamentos, etc.. Se informa con antelación de cualquier cambio previsto (obras, desprogramaciones,...). Flujo constante de información.

espuesta y de desarrollar líneas de mejora.

Cuando un ciudadano solicita **atención personal** en Dirección/Gerencia es recibido por profesionales de la Unidad de Atención Ciudadana donde tratan de entender y aclarar los motivos del malestar, buscar soluciones al respecto y/o proponer líneas de mejora.

Gestión de reclamaciones y sugerencias. Se solicita informe sobre las reclamaciones presentadas a las Unidades o profesionales afectados por las mismas. Si se precisa más información se habla con el reclamante. Desde la Gerencia del Área se responde al usuario y se envía copia de la respuesta a la UGC, Servicio o profesional aludido. Se emprenden, si así se requiere, las acciones pertinentes.

B) ACTIVIDADES INTERNAS

B.1. ANÁLISIS DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

En cada UGC se realiza periódicamente el análisis de las reclamaciones recibidas trabajando con los profesionales para identificar los elementos causantes del malestar manifestado y las posibles soluciones, estableciendo líneas de mejora en torno a ellas.

B.2. PROMOCIÓN DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- Formación a profesionales en habilidades emocionales y de comunicación (manejo de la entrevista clínica, escucha, empatía, asertividad, gestión del estrés, gestión de situaciones conflictivas,...)

- Elaboración y edición del **material informativo** sobre nuevos derechos y su procedimiento de acceso con el fin de facilitar el flujo de información del profesional al usuario y promover su utilización (segundo opinión, Voluntades Vitales Anticipadas, libre elección de médico y centro,...)²

- Sesiones de **formación** continuada sobre "Libro de Estilo del SAS" y Estilo de Atención.

² Unidad de Comunicación. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada. "Sus derechos... nuestra responsabilidad" manual para los profesionales. 2009.



A.6. IDENTIFICACIÓN PERSONAL E INSTITUCIONAL. IMAGEN CORPORATIVA.

- Señalización de los centros para mejorar accesibilidad. Se ha actualizado la señalética del hospital y consultorios de atención primaria acorde a la imagen corporativa, incluyendo directorios de profesionales.

- Identificación de profesionales. Enfermera y médico de referencia.

- Identificación de pacientes.

A.7. ATENCIÓN A QUEJAS Y RECLAMACIONES EN TODOS LOS CASOS Y SEA CUAL SEA EL MODO DE EXPRESIÓN DE LA MISMA

Las quejas muestran un malestar y han de ser tratadas como una fuente importante de información. Es necesario analizarlas y buscar soluciones para darles

B.3. APUESTA POR LA CALIDAD

- **Apoyo y asesoramiento a la Acreditación** profesinal y de Unidades. Durante el proceso de acreditación, los profesionales, necesariamente, han de desarrollar - y evidenciar- buenas prácticas en comunicación. De los 112 estándares de calidad quehan de cumplir, 36 están referidos al proceso de interacción con el paciente durante el proceso de interacción con el paciente durante el proceso de asistencia. 178 profesionales (29% de los acreditables) y 9 UGCs de las 22 existentes en el Área (41%), están acreditados/as o en proceso de acreditación.

- **Acreditación de las actividades de Formación Continuada.** El 97% de los cursos del programa de formación de 2010 han sido acreditados, y concretamente, el 100% de los cursos que desarrollan habilidades emocionales y de comunicación han sido acreditados.

- **Acreditación de la página Web del Área Sanitaria,** para asegurar que se cumplen los estándares de calidad que hagan accesible la información a los usuarios.

B.4. RECURSOS DE APOYO COMPARTIDOS

- Profesionales y usuarios disponen de un **sistema de traducción simultánea a 50 idiomas** mediante "llamada a tres" al que pueden acceder desde cualquier teléfono de consulta y/o hospitalización.

- En el Hospital desarrollan sus prácticas dos **mediadores interculturales** que apoyan a los profesionales y a la ciudadanía ante cualquier conflicto cultural.

- **La Comisión de Ética Asistencial** asesora a profesionales y pacientes ante conflictos de valores éticos que surjan en la práctica asistencial.

- Se realiza la **Traducción de documentos** ("Mini carta/menú", "Cuestionario UCMA", "información pediatría", "Guía de acompañamiento", "lactancia materna", "cartilla de la embarazada",...) para facilitar la comprensión de la información a usuarios extranjeros.

- Se fomenta el **uso de las nuevas tecnologías** para hacer más fácil, fluida y eficaz la difusión de información y la comunicación entre ambos (página web, correo-e, intranet corporativa,...)

EVALUACIÓN

Una vez desarrolladas las líneas de actuación es preciso realizar el seguimiento y la evaluación de los efectos del plan de comunicación para conocer cómo lo estamos haciendo, cuáles han sido los objetivos alcanzados y cuáles las necesidades de ajuste.

En nuestro caso, al no existir un plan estructurado de antemano, no se definieron los indicadores de evaluación ni se llevó a cabo un registro exhaustivo de todas las actividades por lo que no podemos concretar el grado de cumplimiento de los objetivos. No obstante, los resultados obtenidos en las áreas de satisfacción de usuarios y acreditación de profesionales y unidades, nos permiten avanzar algunas hipótesis sobre impacto.

IMPACTO EN SATISFACCIÓN

Tras el análisis de los resultados de las encuestas de satisfacción de 2010 y la comparativa con años anteriores, observamos puntuaciones más altas en los apartados de respeto en el trato, información sobre el (recomendaría su médico o pediatra), aspectos todos ellos que tienen que ver con el manejo adecuado de la relación de comunicación durante la actividad asistencial. Tabla 3

Satisfacción

	208	2009	2010		GRA	AND
RESPECTO EN EL TRATO	94,2%	93,2%	99,1%	5,9%	98,9%	97,9%
INTIMIDAD EN LA CONSULTA	93,0%	94,1%	95,5%	1,4%	95,1%	96,3%
CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS	91,6%	95,2%	94,3%	-0,9%	98,2%	96,3%
INFORMACIÓN TRATAMIENTOS	90,7%	91,8%	96,4%	4,6%	96,4%	96,3%
IDENTIFICACIÓN PROFESIONALES	75,7%	83,2%	94,3%	11,1%	98,2%	96,3%
FACILIDAD CON EL TELÉFONO	75,4%	81,6%	98,1%	16,5%	98,0%	95,6%
RECOMENDARÍA A SU MÉDICO O PEDIATRA	93,0%	91,6%	94,3%	2,7%	95,7%	95,0%

IMPACTO EN RECLAMACIONES

El análisis de reclamaciones nos permite observar un descenso en las reclamaciones por trato inadecuado en todas las categorías profesionales, fundamentalmente en las dirigidas a personal médico. No existen reclamaciones por falta de información

NOSOTROS

Premio a la mejor Comunicación

TRANSMITIR SALUD, UN RETO ACTUAL

sanitaria. Así mismo, han descendido las reclamaciones por demora en el servicio de urgencias. Esto puede ser efecto de las campañas de sensibilización realizadas para fomentar su uso adecuado entre la población.
Tabla 4

Reclamaciones

	2009	2010
Demora excesiva para atención urgente	262	79
Trato inadecuado del personal médico	11	5
Trato inadecuado del personal de enfermería	5	3
Falta de información no sanitaria	3	2
Falta de Información sanitaria		

simultáneas de comunicación que utilizamos para ello. Es preciso evaluar el impacto en salud de esta transmisión, definiendo los indicadores e implementando propuestas de mejora continua.

La comunicación y la información mejoran la satisfacción, participación e implicación tanto de ciudadanos como de profesionales. Es necesario incorporar en el Plan Estratégico del Área un Plan de Comunicación cercano, transparente y bidireccional que atraviese todas las líneas de actuación. Hemos de consolidar canales de comunicación que faciliten la expresión de opiniones y canalicen las aportaciones y expectativas expresadas por los protagonistas del sistema sanitario. En horizontal. La transformación de propuestas y su gerencias de ciudadanos y profesionales en realidades y líneas de trabajo convierte a una organización que escucha, en una organización que aprende.

IMPACTO EN LA CREDITACIÓN DE UNIDADES PROFESIONALES

En el marco del proceso de mejora continua del área se han acreditado y/o están en proceso de acreditación el 29% de los profesionales susceptibles de acreditarse y el 41% de las Unidades de Gestión Clínica. Esto nos permite deducir el incremento entre los profesionales y las unidades de buenas prácticas en el área de las relaciones con la ciudadanía y el respeto a los derechos de los pacientes, criterios de calidad esenciales en el proceso de acreditación.
Tabla 5

Acreditación profesional			
	Total profesionales	En proceso	Profesionales Acreditados
UGCs Hospital		82	39
UGCs Primaria		28	29
	620	110	68
Acreditación de Unidades			
	Total UGCs	En proceso de acreditación	Unidades Acreditadas
UGCs Hospital		3	3
UGCs Primaria		1	2
	22	4	5

DISCUSIÓN

La comunicación es un fenómeno muy complejo. Habitualmente, desconocemos el sentido inconsciente de lo que estamos transmitiendo, a pesar de estar seguros de lo que queremos decir. Se transmite con lo que se dice y con lo que no se dice. Con los gestos, las miradas, el tono, los olores, el movimiento, los actos, ... Con el silencio se transmite. Y lo que circula de un lado al otro, de manera en ocasiones sutil, son los valores del emisor y el receptor.

¿Qué valores portan los mensajes que emitimos? ¿Es, verdaderamente el valor de la autonomía lo que le transmitimos al ciudadano cuando le pedimos que decida? ¿Le aportamos elementos suficientes para la decisión? ¿Aceptamos de buen grado su decisión, si difiere con la nuestra? ¿O queremos su obediencia? ¿Es el valor de la corresponsabilidad el que transmitimos cuando pedimos a la ciudadanía que no "hiperfrecuente" los servicios y luego le planteamos "ante el dolor de cabeza, consulte a su médico? Preguntas para la reflexión.

Y entre tanto, aunque en ocasiones el viaje transite por el desierto, queremos seguir caminando... que como dijo el poeta: se hace camino al andar.

CONCLUSIONES

La salud es transmisible. Información, atención, participación, ... son algunas de las estrategias



BIBLIOGRAFIA

1. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. I Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la Salud Andaluza, 2000
2. Bayés, R. y Marín, B. (1992). La psicología de la salud en España y América Latina. Libro de Ponencias del I Congreso Iberoamericano de Psicología, 60-94.
3. Rodríguez, J. Psicología social de la salud. *INformación Psicológica*, 67, 4-11. 1998
4. Jovell Alebert J. Miedo. *El País*. 2007
5. Pons, X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral* 2006; 27-34
6. R. Ruiz Moral, J.J. Rodríguez y R. Epstein ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes? Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32(10): 594-602.
7. Nouvilas, E. Atribución del cumplimiento terapéutico: Diferencias entre pacientes y profesionales de la salud. En J.F. Moreales y C. Huici (Eds.), *Estudios de psicología social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2003
8. Simón P, Gutiérrez J. Bioética para médicos. *Med Clin* 2011; 17: 99-106
9. Barca Fernández, R. Parejo Miguez, P. Gutiérrez Martínez, F. Fernández Alarcón, G. Alejandro Lázaro y F. López de Castro. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2004; 33(7): 361-5
10. Ruiz Moral, R. El reto de la información a los pacientes. *Aten Primaria* 2004; 33 (7): 365-7
11. Bascuñán R. M. Luz. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos *Rev. Méd. Chile* 2005; 133: 11-6
12. Girón, Manuel; Bevia, Begoña; Medina, Elisa; Simón Talero, Manuel. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev. Esp. Salud Pública [online]*. 2002, vol. 76, n. 5, pp. 561-575
13. Facchini Monica. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. *Relación medico-paciente. Medicina (B. Aires)* 2004, vol. 64, n. 6, pp. 550-554
14. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada 3PAS. Priorización e implantación del Plan Andaluz de Salud 2005-2008.
15. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. II Plan de Calidad. "Caminando hacia la Excelencia". 2005
16. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Libro de Estilo del Servicio Andaluz de Salud. 2003
17. Mira, JJ. y Gómez JM. Criterio, Indicador y Estándar. Universidad Miguel Hernández de Elche.
18. C. Echevarría Ruiz de Vargas, I. García Obrero, J.M. Palomo Gallardo, J.C. Pérez Herrera, C. Sánchez Navarro y A. Cayuela Domínguez. La Rehabilitación en la RED Sociosanitaria: La importancia de la comunicación entre el equipo profesional, el paciente y los cuidadores/familiares. *Rehabilitación (Madrid)* 2004;38(6): 296-305
19. Burbinski B y M. Angel Naser. Reflexiones acerca de la relación médico-paciente. *Arch Argent Pediatr*, 1999. Vol. 97, n. 1, 43-6
20. Gracia D, editor. Limitación de prestaciones sanitarias. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud Doce Calles, 1997
21. Torio Durantes J y García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios

NOSOTROS

Presentación del libro de la SEAUS

"Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud"

En el mes de diciembre de 2010, la SEAUS, finalizaba el proceso de edición de su libro "Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud". Por este motivo el día 30 de marzo se presentaba el libro en la sede de la Universitat Oberta de Catalunya, UOC, en Barcelona. Intervinieron también el Dr. Francisco Carceles, Presidente de la SEAUS, y la Sra. Maria Pilar González, como coordinadora del libro y en representación de todos sus autores/as.

En la presentación, el Dr. Duart, recordó la necesidad de la formación permanente y continuada y la necesidad de contar con herramientas para poder llevar a término sus objetivos, destacando la labor en este aspecto de la institución que él representaba, la UOC. Así mismo, felicitó a la SEAUS por el libro que se presentaba.

El Dr. Cárceles enmarcó esta presentación en el conjunto de actividades que lleva a término actualmente la SEAUS, agradeciendo la colaboración de todos los que en él han participado, sin los cuales este



proyecto no hubiese sido posible. Hizo un repaso de estas actividades y destacó en este momento la participación de la sociedad en un estudio sobre los Derechos de los Pacientes en el marco europeo y la celebración del XVI Congreso de la SEAUS en Zaragoza en el mes de abril.

La Sra. Maria Pilar González, en nombre propio y de los autores del libro, hizo un resumen de los objetivos que lo motivaron, como proyecto de la SEAUS. Habló de sus contenidos, explicando brevemente la finalidad de todos ellos, la metodología utilizada y la dedicación a este proyecto. Proyecto en el que han participado profesionales con una larga trayectoria en atención al usuario y profesionales motivados por el tema, unos miembros de la SEAUS y otros colaboradores de la misma. Recordó en nombre de todos los autores/as y agradeció, al igual que el Dr. Cárceles, la colaboración de todos ellos.

Al finalizar el acto, se sirvió una copa de cava a los asistentes.

NOSOTROS

Jornadas

La SEAUS participa en la IX Jornada de la Asociación de Administrativos de la Salud

El día 7 de mayo tuvo lugar en Alcazar de San Juan la "IX Jornada de la Asociación de Administrativos de la Salud". La Jornada presidida por Juan Carlos García Benito, Presidente de la Asociación, desarrolló una serie de temas en relación con los profesionales administrativos. En ella se abordaron temas como la nueva ley sobre Derechos y Deberes de Ciudadanos y Profesionales de Castilla La Mancha y el Aprendizaje Emocional.

La SEAUS estuvo presente en la persona de Maria Pilar González Serret, que presentó la segunda ponencia de la jornada sobre "Las buenas prácticas en la atención al usuario del administrativo de la salud" ponencia en la que se habló del compromiso que el profesional administrativo de la salud, tiene establecido con el usuario en los diferentes campos de actuación. Esas buenas prácticas.



NOSOTROS

Noticias

Entrega de la Placa de Reconocimiento a los Servicios de Atención al Paciente y Usuario de la Sescam

Día Mundial de la Salud. Cabanillas del Campo, 4 de abril de 2011. En la sociedad actual la información y la comunicación ya no son un valor añadido, sino que constituyen el núcleo de valor esencial en la prestación de cualquier servicio, y especialmente en los servicios con un alto componente de intervención humana y atención personal. Por ello, las organizaciones sanitarias deben priorizar la información y atención a los ciudadanos como elementos esenciales en la estrategia de mejorar la efectividad y calidad de sus actuaciones.

NOSOTROS

Noticias

ENTREGA DE LA PLACA DE RECONOCIMIENTO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y USUARIO DE LA SESCAM

Los **Servicios de Atención al Paciente** surgen en el sistema sanitario público en 1984, en el marco del denominado Plan de Humanización de la asistencia sanitaria en los hospitales, con la función de mejorar el trato personal, la calidad percibida y la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios. Con el tiempo, estas unidades se han constituido en puntos de encuentro y de referencia para ayudar a los ciudadanos en el acceso a las prestaciones del sistema sanitario, conociendo sus expectativas, necesidades y preferencias, atendiendo sus demandas y orientando su resolución a través de la recogida de sus consultas, disconformidades, iniciativas y sugerencias.

Integrados en las oficinas de Atención al Usuario (OCAU), los Servicios de Atención al Pacientes y Usuario del SESCAM han ido extendiendo también su ámbito de actuación a la Atención Primaria, convirtiéndose en una filosofía y una forma de trabajo en las unidades administrativas de los centros de salud. Amabilidad, cortesía, trato digno y respetuoso son elementos imprescindibles para mejorar la relación interpersonal que deben acompañar siempre a la calidad técnica de los servicios sanitarios.

En la actualidad más de 300 trabajadores, distribuidos en los 15 hospitales o complejos hospitalarios, en CEDT y en los más de 200 centros de Salud de nuestra comunidad autónoma, desempeñan su trabajo en los equipos multidisciplinares de profesionales sanitarios y no sanitarios que constituyen estos servicios, contribuyendo con su labor diaria a mejorar la calidad humana, las relaciones y la imagen del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

En representación de todos ellos, recogen la Placa **Dra. María Rubio Casado**, responsable de las Unidades de Atención al Usuario del SESCAM, **Dra. Carmen Hernández Millán**, responsable del Servicio de Atención al Paciente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y **Dra. Pilar Briega Román**, responsable de Atención al Usuario de la Gerencia de Atención Primaria de Alcázar de San Juan.



MI OPINIÓN

Una introducción y una reflexión...

UNA INTRODUCCIÓN Y UNA REFLEXIÓN SOBRE LA CRONICIDAD Y LOS SERVICIOS O ÁREAS DE ATENCIÓN AL USUARIO/PACIENTE

Rosa M^a González Llinares, Técnico del Servicio de Calidad en la Organización Central de Osakidetza y colaboradora de la Oficina Técnica para la Estrategia de la Cronicidad en Euskadi (OEC)

Isabel Berasaluce Arocena, Responsable del Servicio de Atención al Paciente del Hospital Donostia (OSAKIDETZA)

Ainhoa Valenciano González, Técnico de Organización en la Red de Salud Mental de Bizkaia (Osakidetza)

INTRODUCCIÓN

Puntualmente y preparando este artículo entramos en un gran buscador como es Google y ante la frase: ¿reclaman los pacientes crónicos?, surgieron 6.420 resultados. Nuestra intención no era hacer una búsqueda de revisión sistemática sobre esta cuestión, pero nos llamó la atención ver que al menos 5 resultados se repetían continuamente y son los que mencionamos a continuación:

- La OMS u Organización Mundial de la Salud
- El OP IMEC u Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas complejas.
- La Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas (CCEC)
- El estudio "la sociedad española ante las enfermedades crónicas. 2010"
- La estrategia de cronicidad del Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco.

Esta será una introducción muy larga, pero lo que queremos expresar en este artículo es lo que su título pretende decir: por una lado, adentramos en el mundo de la cronicidad o de los enfermos con dolencias

de larga duración y, por otro lado, reflexionar sobre si los Servicios o Áreas de Atención al Paciente Usuario (SAPUs-AAC...) o estructuras similares de atención directa al paciente están preparados o tienen los recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades y expectativas del mundo de pacientes crónicos.

1. LA OMS. ORGANISMO MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del Sistema de las Naciones Unidas responsable de la salud. Se constituyó el 7 de abril 1948, fecha en la que se celebra cada año el Día Mundial de la Salud. Los casi aproximadamente 8000 expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias para ayudar a los países a abordar las cuestiones de salud pública. Está integrada por 195 Estados Miembros y 2 Miembros Asociados, que se reúnen anualmente en Ginebra en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, con el fin de decidir la política general para **la mejora de la salud.**

MI OPINIÓN

Una introducción y una reflexión...

Entre los grandes hitos alcanzados por esta Organización desde que se creó hasta la actualidad, destacar algunos relacionados con la cronicidad:

- Programa de lucha contra la oncocercosis (1974-2004) donde se evitaron 600.000 casos de ceguera y se libró de la enfermedad a 18 millones de niños.

- Programa mundial de lucha contra el PIAN, enfermedad paralizante y deformante. Se examinó a 300 millones de personas en 46 países y se redujo en más de un 95% la prevalencia mundial de esta enfermedad.

- La erradicación de la viruela (1979), donde se ha conseguido eliminar una de las principales enfermedades infecciosas.

- Iniciativa de Eradicación Mundial de la Poliomilitis (1988) donde se ha evitado la muerte de más de 1,2 millones de niños.

- Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003), que tiene por objeto reducir las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaco en todo el mundo.

- Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004) para ayudar en la lucha contra las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer y las afecciones relacionadas con la obesidad.

- Creación del Departamento de Enfermedades Crónicas y de promoción de la Salud con el desarrollo de la estrategia "Promover. Prevenir. Tratar. Cuidar". El informe 2005 (han pasado ya 6 años), sobre la prevención de las enfermedades crónicas, muestra que el impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. Por lo tanto, el prevenir y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir contra ellas es una cuestión cada vez más urgente y para ello es preciso que los dirigentes de cada uno de los países refuerzen las actividades de prevención y de las enfermedades crónicas. En este informe, también se muestran datos, tales como que: la mitad de las defunciones que se producen en el mundo cada año (alrededor de 35 millones de un total de 58 millones, año 2005) se debieron a enfermedades crónicas, 3 de cada 5 personas que

mueren lo hacen por una enfermedad crónica y que la atención de los enfermos con patologías crónicas, es el mayor de safo de los sistemas sanitarios.

2. OPIMEC. OBSERVATORIO DE PRACTICAS INNOVADORAS EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMPLEJAS

El Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) es un entorno virtual, a través de la Web 2.0, que pretende promover el intercambio de información entre personas y organizaciones de todo el mundo, todas ellas, interesadas en optimizar el sistema sanitario para reducir el impacto de la polipatología y las enfermedades crónicas complejas está dirigido a gestores, investigadores, profesional de la general dirigido a gestores, investigadores, profesionales de la salud en general y a pacientes y cuidadores interesados en reducir el impacto de las Enfermedades Crónicas Complejas. Es un proyecto promovido por la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitarias de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y que cuenta con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) de Granada y un creciente número de personas innovadoras que comparten un gran interés por aunar esfuerzos con el fin de mejorar a nivel mundial la gestión de enfermedades crónicas complejas, a nivel mundial. La misión de OPIMEC es coordinar, desarrollar y establecer desde Andalucía, como eje en España y el ámbito internacional, las estructuras básicas precisas para la creación y consolidación de una comunidad global en el campo de las enfermedades crónicas complejas, mediante la búsqueda sistemática y selección rigurosa de innovaciones y contenidos de interés, así como la promoción de la colaboración y el intercambio científico y técnico.

3. LA COALICION DE CIUDADANOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Es una organización privada sin ánimo de lucro que busca la protección y defensa de los derechos de usuarios y pacientes del sistema sanitario. Su objetivo

MI OPINIÓN

Una introducción y una reflexión...

es influir en las grandes y pequeñas decisiones para la mejora de la calidad de vida del paciente crónico. De esta Organización, se pretende:

- sensibilizar a la sociedad sobre la realidad del paciente crónico y su entorno.
- transformar la percepción habitual que el sistema sanitario tiene del paciente crónico.- formar cada vez más a los usuarios y pacientes ya que son los auténticos protagonistas del sistema sanitario.

Esta Coalición afirma que:

- un paciente activo es aquel que se implica directamente y activamente en el tratamiento de su patología.
- el paciente es el protagonista del sistema sanitario y no mero usuario pasivo de los servicios que presta el sistema sanitario.
- los pacientes reclaman cada vez más, mayor calidad asistencial, mejor información y participación en la toma de decisiones.
- las carencias en información y participación son comunes a todo tipo de la Liga Europea de Diabéticos, la Liga Reumatológica española (LIRE), la Asociación Nacional de Ostomizados e Inconcientes (ANOI), la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP), la Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU), son organizaciones, entre otras, que integran esta Coalición de ciudadanos con enfermedades crónicas.

4. ESTUDIO: LA SOCIEDAD ESPAÑOLA ANTE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Se ha desarrollado una investigación con el objetivo de conocer la percepción de la ciudadanía española sobre el tratamiento de las enfermedades crónicas dentro del sistema de salud. Este estudio se ha realizado a través de IKERFEL (consultora de mercado y marketing estratégico) a petición de Health Dialog España (compañía de programas para pacientes crónicos).

Esta investigación está basada en una metodología cuantitativa y centrada en entrevistas telefónicas (1300) a la población con edades

comprendidas entre los 18 y los 85 años.

El trabajo de campo se llevó entre los días 29 de mayo y 6 de junio de 2010. Los principales resultados de este estudio fueron:

- Actualmente las enfermedades crónicas afectan ya al 35% de los españoles y preocupan al 82% de las personas consultadas, preocupación que aumenta entre la población de mayor edad y clases sociales más bajas.

- Cerca de la mitad de los encuestados (47%) afirma tener en su entorno algún enfermo crónico y un 10% cuida personalmente a familiares con alguna dolencia crónica en su hogar.

- La diabetes (91%) y el asma (89%) son las patologías crónicas más conocidas. En cambio, menos de la mitad considera como crónico, los dolores crónicos y solo un 38% contempla la depresión como una enfermedad crónica.

- Tres de cada diez españoles padecen una dolencia crónica y cerca de la mitad afirma tener algún familiar cercano afectado.

- A 8 de cada 10 personas consultadas les preocupan ciertas patologías (diabetes y asma), entre otras y tres cuartas partes no se sienten lo suficientemente informadas sobre los últimos avances y novedades.

- El 92% de los encuestados creen que precisan de un tratamiento continuado y el 67% piensan que la situación de los enfermos crónicos mejoraría con algún tipo de ayuda o consulta en su propio domicilio, pues 4 de cada 10 requiere cuidados de terceras personas.

Reseñar que, no es fácil definir la enfermedad crónica se sabe que hay posibles enfermedades consideradas como crónicas (diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, osteoarticulares, neurológicas, mentales, digestivas, renales crónicas, sordera, ceguera, hipertensión, cáncer, alergias, SIDA, entre otras). La categorización de crónica, solo tiene relación con el tiempo de duración de la enfermedad, no así con la gravedad del mal. Todas las enfermedades crónicas tienen unas características comunes, tales como: que tienen causas múltiples y complejas, normalmente tienen una aparición gradual, aunque pueden presentarse repentinamente

MI OPINIÓN

Una introducción y una reflexión...

y presentar estados agudos, emergen a lo largo del ciclo de la vida, aunque son más prevalente en las edades más avanzadas y pueden comprometer la calidad de vida a través de las limitaciones funcionales y la discapacidad, son de larga duración y persistentes y derivan en un deterioro gradual de la salud, etc..

5. LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO DEL PAÍS VASCO

Documento que propone QUÉ y CÓMO avanzar en la dirección de la cronicidad en Euskadi. No propone ninguna varita mágica sino un progreso organizado tirando de múltiples poleas de cambio; poleas que han de moverse a la vez y que hay que activarlas organizadamente dando lugar a herramientas que puedan producir el cambio necesario.

La VISION de esta Estrategia de Crónico de Euskadi describe muy bien la situación futura que se desea, es decir: aspirar a transformar el Sistema Sanitario Vasco para responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en cada uno de sus colectivos: pacientes crónicos y sus cuidadores, profesionales sanitarios y ciudadanos en general.

Para los pacientes crónicos y sus cuidadores, significará pasar de un sistema reactivo a un sistema proactivo que les ofrecerá una atención más integrada, más continua y más adaptada a sus necesidades, con una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud.

Para los ciudadanos significará un uso más eficiente de los recursos sanitarios y, para los profesionales clínicos, representará la posibilidad de dedicar el tiempo a labores de mayor labor añadido.

Las poleas comentadas anteriormente son las que representan las 5 Políticas Estratégicas cada una de las cuales se despliega en 14 Proyectos Estratégicos que permitan afrontar el reto más complejo e importante de las últimas décadas: **organizar un sistema de salud digno para los enfermos crónicos, el reto más importante del siglo XXI.**

Estas 5 Políticas estratégicas que se corresponden con las principales áreas de cambio, así como los Proyectos Estratégicos (PE) que contribuyen a generar e implementar el cambio, son:

I. Adopción de un enfoque de salud poblacional estratificada y proactiva y reducción de las desigualdades en materia de salud. Esto supone sustituir el modelo del enfoque "poblacional" por el modelo del enfoque "paciente", donde es preciso identificar grupos de pacientes "diana" con necesidades de salud homogéneas para diseñar actuaciones sanitarias en función de sus necesidades. El PE1.- Estratificación de la población forma parte de esta política.

II. Priorización de la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, donde se pretende que las actividades de promoción vayan dirigidas a aumentar el conocimiento y la información del ciudadano en cuanto a su salud, a mejorar sus hábitos de vida y toma de conciencia de determinados factores de riesgo como el consumo del tabaco, alcohol, la falta de actividad física, una dieta poco equilibrada o condiciones de trabajo poco saludables. El PE2.- Intervenciones sobre los principales factores de riesgo, tales como deshabituación tabáquica, prescribe Vida Sana, asistencia a mayores... forman parte de esta política.

III. Potenciación del papel activo del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente, donde se requiere potenciar el autocuidado por parte de enfermos crónicos y cuidadores como palanca esencial para lograr una asistencia basada en la persona con el apoyo del Sistema sanitario a todos los niveles. Esta Política Estratégica se despliega en dos proyectos, el PE3.- Autocuidado y educación al paciente y el PE4.- Creación de una Red de Pacientes Activos y Conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0 por las Asociaciones de Pacientes.

IV. Garantizar el continuo asistencial mediante el impulso de una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios, niveles de

atención y sectores. Con esta Política se pretende la coordinación/integración entre todos los niveles de atención y protagonistas con el objetivo de ser más eficaces en el sistema sanitario y proveer cuidados eficaces que satisfagan a los pacientes y ciudadanos. Esta política se materializa a través de los siguientes Proyectos: el PE5.- Historia Clínica Unificada: Osabide Global, el PE6.- Atención Clínica Integrada, el PE7.- Desarrollo de hospitales de su bagudos, el PE8.- Competencias avanzadas de enfermería, el PE9.- Colaboración sociosanitaria y el PE10.- Financiación y contratación.

V. Adaptar las intervenciones sanitarias a las necesidades y prioridades del paciente y a la eficiencia del sistema, donde se pretende caminar hacia una atención sanitaria utilizando los avances tecnológicos. Esta política comprende 3 proyectos tales como, el PE 11.- OSAREAN: Centro Multicanal, el PE 12.- Receta electrónica y el PE 13.- Centro de Investigación Cronicidad. El proyecto Estratégico 14.- Innovación desde los profesionales clínicos, es un proyecto transversal a las 5 Poleas o Políticas de la Estrategia. Desde este proyecto se pretende promocionar proyectos e iniciativas innovadoras desde los profesionales sanitarios de las Organizaciones de Servicios de Osakidetza. Se trata de convertir las ideas en conocimiento organizativo, a través de un proceso de investigación para extender los mejores resultados a todos los niveles del sistema sanitario.

El Consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco, previamente Director de Sistemas y Políticas de Salud de la OMS, Don Rafael Bengoa en el preámbulo del documento de esta estrategia dice textualmente:

- Los enfermos crónicos no están en el radar del sistema de salud. El sistema se ha construido con una lógica de rescate, de salvar vidas y por ello está centrado en las enfermedades agudas. Ante el avance de las enfermedades crónicas es necesario complementar ese sistema con uno que razone tanto en términos de CUIDAR como de CURAR, uno que ofrezca continuidad de cuidados a lo largo de la vida, con el potencial añadido de prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes.

- Es necesario cambiar ciertos conceptos de

gestión y liderazgo. Es necesario encontrar formas colaborativas y coordinadas entre la atención primaria, hospitales, servicios sociales, ... Es necesario dejar de gestionar estructuras y aprender a **gestionar sistemas integrados de salud**.

- Para conseguir este cambio es preciso tener una dirección estratégica clara, pero sobre todo tener el compromiso, la energía y la innovación de todos los profesionales de cualquier ámbito y área de la asistencia donde se encuentren y de todos los ciudadanos que participan en el sistema tanto como pacientes o cuidadores.

REFLEXIÓN

Por lo que hemos relatado a lo largo de este artículo, existen muchas evidencias en torno a la atención de los enfermos con patologías crónicas. En el entorno de Osakidetza y gracias al despliegue de la Estrategia de la Cronicidad, existen experiencias locales, tales como la puesta en marcha de servicios tecnológicos (canal Web y telefónico, telemedicina, SMS, IVR, ...), servicios que permiten realizar de forma no presencial procedimientos administrativos como la gestión de la cita previa, recordatorio y/o confirmación de citas, gestión de la demanda en Atención Primaria, formar al paciente en el manejo de su enfermedad, realizar el seguimiento a distancia de pacientes con enfermedades crónicas y disponer de Consejo Sanitario entre otros. Así mismo existen otras experiencias de integración asistencial desde el punto de vista organizativo o integración de estructuras y desde el punto de vista de procesos asistenciales integrados entre diferentes niveles asistenciales; experiencias, entre otras, que han supuesto un cambio cultural y una forma de pensar y de actuar en la que el paciente y concretamente el paciente crónico y su cuidador son el centro donde pivotan los profesionales, recursos y estructuras, ya que la cronicidad es un fenómeno que plantea un reto global y requiere una respuesta sistemática.

En torno a este nuevo escenario se están pilotando nuevos modelos de gestión en los centros de salud de esta Comunidad Autónoma, al objeto de mejorar la atención a enfermedades nuevas e

MI OPINIÓN

Una introducción y una reflexión...

implicar al paciente en la gestión de su salud; nuevos modelos que, en función de las necesidades del paciente se le da la atención necesaria según la modalidad y profesional más apropiado. Esto está suponiendo un cambio de roles entre los profesionales involucrados, es decir, administrativos, enfermería y médicos y el uso de herramientas que potencian las consultas o actividades no presenciales.

La relación de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida. En la Unión Europea el % de personas mayores de 65 años pasará de un 16% en 2000 a un 27% en 2050, situándose España entre los países con poblaciones más envejecidas del mundo.

Si valoramos por otro lado, el perfil de las personas que plantearon una disconformidad en un determinado Servicio de Atención al Paciente de un hospital de agudos de más de mil camas en el último año, observamos que es mujer preferentemente y en el 75.30% de los casos es el propio paciente quién interpone la disconformidad. Lo hacen ligeramente más las personas menores de 65 años (52.80%) y, sin embargo, la elección de las personas mayores de 65 años es hacerlo de manera oral (63.67%) frente al 33.32% que lo hacen por escrito. Hubiera sido interesante identificar la tipología de todas estas personas que se acercan a un Servicio de Atención al Paciente. Aspectos tales como, diagnósticos médicos, edad, medicación, reingresos, dependencias, causas de esas disconformidades y necesidades específicas sobre el producto o servicios que los profesionales que están en estas estructuras dispensan. Por todo ello seguimos haciéndonos la siguiente pregunta: ¿Sabemos y damos respuesta ante los siguientes conceptos expresados a lo largo de este artículo, tales como:

Prevención y control de las enfermedades crónicas, entorno virtual, paciente activo, Coalición de ciudadanos, atención más integrada, enfoque de salud poblacional estratificada, continuo asistencial, Innovación, gestionar sistemas integrados de salud, ...? Por lo que se ha relatado, parece que sí existen

algunas evidencias de cambios sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, y ¿en el ámbito de la Atención Especializada?, y ¿en los SAPUs?

LECTURAS RECOMENDADAS Y ENLACES DE INTERÉS

· BENGÓA R, NUÑO R. Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson. Barcelona, 2008

· ALEJANDRO R. JADAD, ANDRES CABRERA, RENÉE F. LYONS, FRANCISCO MARTOS, RICHARD SMITH. Cuando la gente vive con múltiples enfermedades crónicas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Conserjería de Salud Junta de Andalucía. 2010

- <http://www.who.int/es>
- <http://www.opimec.org>
- <http://coalicion.org>
- <http://cronicidad.euskadi.net>

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

INVESTIGACIÓN

Punto de Encuentro SEAUS-SIGNO

PARTICIPANTES:

Gonzalo Berzosa Zaballos. Presidente de Naguislan Madrid (Voluntario social de mayores)

José Ramón González-Escalada Castellón. Secretario General de la Sociedad Española del Dolor (SED).

Javier Elviro Peña. Gerente del Hospital de El Escorial. Madrid.

Epifanio Fernández Collado. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)

Margarita Dongil Garralón. Jefe de atención al Paciente del Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

Angel J. Pérez Gómez. Secretario General de la Fundación Signo. Madrid.

MODERADOR:

Francisco Cárceles Guardia. Coordinador en España del Estudiesidente de Naguislan Madrid (Voluntario social de mayores). Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS). Delegado de la Fundación Signo en Baleares.

ORGANIZAN:

Francisco Cárceles, Ángel J. Pérez, Cristina Leube y Diego Falcón.

SECRETARÍA:

Patricia Valls.

TRANSCRIPCIÓN:

Noelia Padrazo.

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEAUS - SIGNO

La Fundación SIGNO y la SEAUS realizaron conjuntamente, el pasado mes de junio, un Punto de Encuentro sobre el Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes "Assessing Patients' Rights in Europe: A Project to monitor the European Charter Patients' Rights". Este punto de encuentro es fruto del acuerdo establecido entre SEAUS y la Fundación SIGNO para promocionar y optimizar los derechos y deberes del usuario en el ámbito de la salud. En él se reflexionó conjuntamente sobre este estudio, del que damos referencia en esta misma página, y que fue presentado en Bruselas en el marco del "European Patients' Rights Day" en el mes de abril.

Se puede acceder al estudio completo a través de la web de la SEAUS.

F. Cárceles: Antes de entrar en materia, quería agradecerles a todos vuestra presencia en nombre de SEAUS - Fundación Signo. Es el segundo estudio que se realiza sobre la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, a nivel europeo. En el anterior participaron los 14 países miembros y en este se ha buscado que fuesen los 27, pero solo han participado 20. Ha estado coordinado por la asociación ciudadana italiana **Active Citizenship Network (ACN)**, que ya patrocinó el primer estudio de este tipo. Con este estudio se busca tener un impacto a nivel europeo respecto a la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes. Ahora estamos en el segundo paso a realizar en cada país, la difusión y la presentación de los resultados y la creación de opinión respecto a los mismos. Se trata de un estudio sin validez estadística, pero sí representativa, porque han participado los hospitales más grandes y de referencia de cada país. La encuesta no va solo dirigida a los centros sanitarios, sino que se busca la opinión también de los ministerios y/o las consejerías. Aquí coincidió



De izquierda a derecha: Ángel J. Pérez, Epifanio Fernández, Margarita Dongil, Francisco Cárceles, José Ramón González-Escalada, Javier Elviro y Gonzalo Berzosa

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEASUS - SIGNO

con el cambio de ministra, pero se pudo contar con la opinión de tres consejerías. También se cuenta con la opinión de las asociaciones de pacientes nacionales y europeas, aunque se buscaba que participasen asociaciones más pequeñas que pudieran aportar experiencias directas de incumplimiento de los derechos del paciente. En el estudio se está evaluando tanto la sanidad pública como la privada. Otra fuente de información es toda la documentación que se extrae de los organismos europeos y de cada país; por ejemplo, se mira los datos sobre el tema del dolor, con indicadores como el consumo de morfina en terapia, en cada país, la renta per cápita u otra serie de datos.

Este estudio se presentó el 11-12 de abril, en Bruselas como comentaba, han participado veinte países, cincuenta y seis hospitales, veintitrés ministerios y setenta organizaciones, entre asociaciones de pacientes y asociaciones que hemos participado como socios directos. La organización que ha liderado el estudio en nuestro país es la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad y he sido el coordinador del mismo en nuestro país. En cuanto a hospitales, han participado el Hospital Gregorio Marañón, de Madrid; el Hospital de Donostia-San Sebastián, el Hospital Universitario La Arrixaca, de Murcia; el Hospital Clínico Lozano Blesa, de Zaragoza; el Hospital San Jorge, de Huesca; el Hospital Moisses Broggi, de San Joan D'Espí; el Hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca; el Hospital Germans Trias i Pujol, de Badalona, y otros centros, organismos y asociaciones que no han podido ser incorporados al estudio y a los que agradecemos su esfuerzo y colaboración. También han participado las Consejerías de Aragón y de la Comunidad Valenciana y dos asociaciones: la Asociación de Pacientes con Linfedema de Aragón (ADPLA) y la Organización Alcer Ebro Civic (AEC).

Dependiendo de las preguntas, estas estarán en el cuestionario de los hospitales y no en los otros dos. Por ejemplo, no se preguntan a los hospitales sobre la libre elección ni a los ministerios sobre el derecho de acceso. De esta manera, con los

diferentes cuestionarios (tres), se consiguen 156 criterios para evaluar los 14 derechos del paciente más el derecho a una ciudadanía activa. En la puntuación global de los derechos, España está en segundo lugar, compartiendo el resultado con Eslovaquia. Las siguientes dos tablas recogen los resultados de la media de todos los países en cada uno de los derechos y la matriz de los 156 indicadores.

Antes de pasar a las preguntas orientativas que planteamos en este punto de encuentro realizaremos un repaso de los resultados del estudio con las siguientes gráficas y empezamos el debate.

Derecho	Evaluación media países	Puntuación
7. Derecho al respecto al tiempo de los pacientes	No respetado	41
5. Derecho a la libre elección	No respetado	43
2. Derecho de acceso-cuidado	No respetado	46
3. Derecho a la información	Apenas respetado	54
15. Derecho a la ciudadanía activa	Apenas respetado	54
11. Derecho a evitar sufrimiento innecesario y dolor	Apenas respetado	58
9. Derecho a la seguridad	Apenas respetado	60
8. Derecho a la observancia de normas de calidad	En parte respetado	61
10. Derecho a la innovación	En parte respetado	63
4. Derecho al consentimiento	En parte respetado	64
14. Derecho a la compensación	En parte respetado	64
13. Derecho a quejarse	En parte respetado	66
12. Derecho al tratamiento personalizado	Casi respetado	74
1. Derecho a medidas preventivas	Casi respetado	75
6. Derecho a privacidad y confidencialidad	Casi respetado	77
2. Derecho al acceso-físico	Casi respetado	84
Totales-valor medio países	En parte respetado	62

Fuente: red de ciudadanía activa.

Matriz sintética de indicadores de los Derechos de los Pacientes

Derecho	A	MS	B	HC	C	AC	Indicadores/derecho	EO
	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores	N. Indicadores
1. Derecho a medidas preventivas	-	2	-	2	-	4	4	
2. Derecho al acceso	-	7	-	7	2	9	4	
3. Derecho a la información	5	11	-	11	2	18	-	
4. Derecho al consentimiento	3	5	-	5	2	10	-	
5. Derecho a la libre elección	2	-	-	-	2	4	1	
6. Derecho a privacidad y confidencialidad	2	-	8	-	2	12	-	
7. Derecho al respecto al tiempo de los pacientes	2	-	12	-	2	16	-	
8. Derecho a la observancia de normas de calidad	4	4	-	4	2	10	-	
9. Derecho a la seguridad	3	10	-	10	2	15	2	
10. Derecho a la innovación	-	6	-	6	2	8	5	
11. Derecho a evitar sufrimiento innecesario y dolor	1	4	-	4	2	7	2	
12. Derecho al tratamiento personalizado	3	12	-	12	2	17	-	
13. Derecho a quejarse	3	3	-	3	2	8	-	
14. Derecho a la compensación	4	3	-	3	2	9	-	
15. Derecho a la ciudadanía activa	4	3	-	3	2	9	-	
INDICADORES POR FUENTE	38	88	30	156	18			

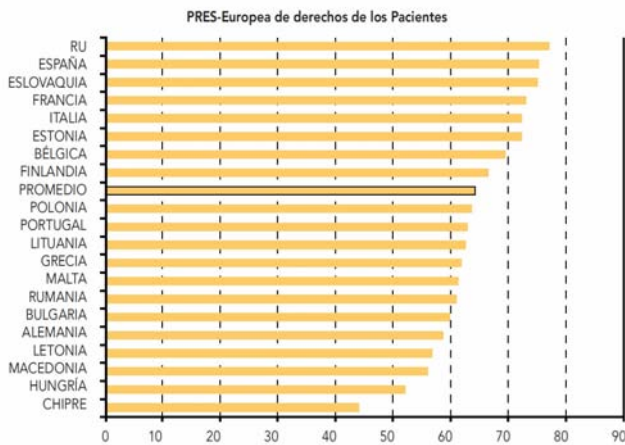
MS: cuestionario para el Ministerio de Salud; HCCL: check-list de hospitales; AC: cuestionario para asociaciones civiles; EO: estadísticas oficiales

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEASUS - SIGNO

Los Derechos del Paciente, puntuación de los diferentes países europeos:



Fuente: Red de Ciudadanía Activa, 2011.

Cuestiones tratadas:

1. En 2002 se aprobó la Carta Europea de Derechos de los Pacientes. ¿Qué ha significado y que hemos aprendido desde entonces?

2. ¿Los Derechos del Paciente deben convertirse en una estrategia común y una norma para la planificación en políticas de salud?

3. ¿Qué hacer en un momento donde parece que priman los términos económicos y financieros en la elaboración de políticas sobre los cuidados de salud en Europa?

4. Los resultados del estudio europeo muestran que solo cuatro de los 14 derechos y el derecho a una ciudadanía activa superan el valor sintético de "casi respetado" en el conjunto de los países participantes. ¿Cuál es el futuro del idealizado estado del bienestar?

5. ¿Cuál es el papel de ciudadanía en la planificación del Sistema Nacional de Salud? ¿Qué futuro, que resultados se pueden esperar y cómo evaluarlos?

M. Dongil: Quería hacer una pregunta antes de empezar. Me parece difícil diferenciar el margen entre parcialmente cumplido, casi cumplido, etc. ¿Por qué os planteasteis ese margen?

F. Cárceles: Va con valor absoluto y va referido a tres fuentes de información básicas: la ministerial, la de los hospitales y la de las asociaciones, a las que se le une una cuarta, que es la recogida de

datos. Se hace un promedio entre ellas, basándonos en estos términos, aunque es poco científico y difícil de diferenciar. En ningún momento se dice que se cumpla al 100%, porque no se puede verificar. En los cuestionarios, había una parte libre para poner todo lo que consideraban que faltaba de un derecho o que no se respetaba y que no estaba ahí.

M. Dongil: Entiendo que la excelencia no está por encima de lo exigible.

F. Cárceles: No, se trata del 100%. Si hay algo que esté por encima de lo que se pide, no estaba recogido, porque no habéis visto los indicadores extendidos y especificados. Por ejemplo, la página web: todos los hospitales tienen página web, pero los contenidos muchas veces no son suficientemente buenos o explícitos.



Margarita Dongil.

M. Dongil:

Respondiendo ya a la primera cuestión, creo que estamos exactamente igual. La Carta de Derechos introduce unos conceptos muy novedosos, que son calidad, seguridad en innovación, y aquellos principios fundamentales, como la información, que están todavía en

cuclillas. Digo esto porque desde el 86, que fue nuestra última reforma de la Ley General de Sanidad, hemos tenido que llegar a 2002 para que se haga la Declaración de Derechos; aun así, no está suficientemente conocida y protegida todavía por las instituciones y asociaciones. Creo que tenemos que ir hacia una ciudadanía y una sociedad madura, donde los planos de ciudadanos, individuos y pacientes estén más igualados en cuanto a la toma de decisiones de los profesionales. Si las instituciones y los profesionales no intentan hacer partícipes a los ciudadanos, no conseguiremos nada en cuanto a los tres principios que comentaba: calidad, seguridad e innovación.

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SE AUS - SIGNO

Si las instituciones y los profesionales no intentan hacer partícipes a los ciudadanos, no conseguiremos nada en cuanto a los tres principios que comentaba: calidad, seguridad e innovación

Margarita Dongil

F. Cárceles: Un ejemplo con respecto a este tema es que en Alemania las asociaciones han tenido complicaciones para conseguir las respuestas de los directivos de los hospitales e incluso la prohibición para poder acceder, porque también se trataba de observación directa. Lo que se busca con estas acciones es acercar a los profesionales y a los ciudadanos y que los ciudadanos tengan acceso a la información que les afecta. Incluso cuando eres profesional sanitario, también eres ciudadano y pides información aunque sepas, para tener otra opinión. En general, no es conocida nuestra Carta de Derechos, aunque en cada comunidad hay un desarrollo de la misma. Hay una ley, que en mi opinión está muy avanzada con respecto al resto de países, pero no la cumplimos.

E. Fernández: Creo que en los datos es fácil proclamar una serie de derechos. Pienso que la carta es aceptada, pero no es conocida, y sobre todo por los ciudadanos y los profesionales. Me causa sensación que quizás lo no respetado tiene que ver con el paciente y no con la estructura, por lo que parece que los indicadores relacionados con los directivos de las organizaciones están en un nivel aceptable. Esto denota que el ciudadano no tiene información y es el que sale perjudicado; además, parece que desde la gestión eso se oculta. Debido a esto, cada vez tiene mayor aceptación la ciudadanía activa, para que se sea más transparente y para que todas nuestras mejoras vayan por ahí. En esta carta se recoge la idea de seguridad, que está calando en el ámbito profesional, como se puede ver en los indicadores. Sin embargo, la idea de calidad en cuanto a indicadores que midan la participación del ciudadano en una democracia sanitaria brilla por su ausencia. Somos capaces de proclamarlo, pero

no hay estrategias suficientes ni voluntad de garantizar este derecho. Existe el derecho, pero no garantizamos que se cumpla de verdad en las instituciones. Tenemos una falta de estrategias y de voluntad para cumplir la Carta de Derechos, además de



Epifanio Fernández.

una falta de transparencia, que choca con los derechos últimos del individuo. Por tanto, todo lo que tiene que ver con el individuo parece que es lo que más falla. De esta manera, lo que más hemos aprendido es a ocultar aquello que tiene que ver con la ciudadanía activa y con los derechos del ciudadano.

Tenemos una falta de estrategias y de voluntad para cumplir la Carta de Derechos, además de una falta de transparencia, que choca con los derechos últimos del individuo

Epifanio Fernández

G. Berzosa: Mi reflexión en esta mesa nace desde mi colaboración en los servicios de atención al paciente de varios hospitales de Madrid, ya que desarrollo programas de formación para el personal sanitario y para entidades de voluntariado que actúan en los hospitales. En primer lugar, quiero destacar en relación a los derechos del paciente que ha cambiado el perfil del paciente hospitalario. Del paciente anterior, sumiso, apocado y obediente, queda poco. Hoy el paciente viene informado desde casa, lo que aporta muchas veces desinformación por una excesiva e indiscriminada información. Es un paciente exigente y no es difícil constatar que la Carta de Derechos queda difuminada por la Carta de Internet que el paciente trae desde su casa. Ante este hecho creo que sería bueno seguir trabajando con principios pedagógicos para destacar los principales aspectos que recoge la Carta de Derechos del Paciente. En segundo lugar deseo pedir tres precisiones a Francisco para entender mejor la presentación que ha hecho. La

primera E pifanio F ernández. T enemos un a faltatransparencia, que choca con los derechos últimos del individuo Epifanio Fernández Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 7 es si se ha analizado por qué no han participado algunas entidades a las que se ha pedido colaboración. La segunda, que me ha llamado mucho la atención, es algunos países como Lituania, Rumania, Polonia, etc., en los que la calidad es altamente valorada. ¿Hay algún filtro para saber si eso es verdad o es que nosotros somos demasiado sinceros? La tercera precisión es que creo que en los asuntos sociales todo es un proceso y un proceso siempre tiene una dimensión temporal que permite conocer cómo han sido las anteriores encuestas para comparar con los resultados de ahora.

F. Cárceles: Dentro de este estudio, se dividieron los países por número de habitantes y, según la población, se obligaba a que el centro sanitario fuera el de referencia, el de mayor volumen. España estaba dentro de los países donde el número mínimo de hospitales era cinco, junto con Alemania y Francia. Además, siempre se hace hincapié en que se estudiará a aquellos que se han negado a participar para ver porqué, aunque no en este estudio. Este estudio se empezó en 2005-2007, con respecto al cual hemos mejorado en algunos derechos, pero no en todos. Esta vez se han mejorado algunos criterios de evaluación, como los indicadores, pero se llega a la conclusión de que los derechos no respetados se siguen manteniendo desde el 2005. Otra variable es que en el primer estudio participaron 14 países y en este 20. También hay que ver que dentro de un mismo país hay 17 sistemas de salud distintos, como es nuestro caso. En todos los países, la legislación establece la obligatoriedad de entregar a todos los pacientes a nivel hospitalario la Carta de Derechos y Deberes.

A.J. Pérez: Algo similar pa só t ambién con el CMBD, que ahora parece tan estandarizada, y que en España, si no recuerdo mal, se legisla la obligatoriedad a principios de los 90 y a un así su evolución ha tenido sus más y sus menos. Entiendo que esta encuesta es testimonial con un componente

muy importante de difusión, de “remover” sobre lo que se está haciendo al respecto. Desde esta óptica, veo dos cuestiones. La primera es que parece normal el resultado, dado que la transparencia es uno de los temas que más está en retroceso. Creo que teníamos hace años más transparencia con respecto a la lista de espera que ahora. También ha ido en retroceso la comparación intercentros; en la propia Fundación se hacían comparaciones de coste por unidad y eso, por ejemplo, ha desaparecido. La segunda cuestión es que hemos ganado un paciente más activo, formado e informado, que nos está obligando a cambiar. La crisis nos hace frenar y quizá pensar en retroceso; sin embargo, la Carta de Derechos está ahí y seguirá con más fuerza si se afronta con rigor su desarrollo normativo, que es lo que en estos momentos más echo de menos. Lo contrario puede ser el consumismo sanitario que se pueda pagar.

Hemos ganado un paciente más activo, formado e informado, que nos está obligando a cambiar. La crisis nos hace frenar y quizá pensar en retroceso; sin embargo, la Carta de Derechos está ahí y seguirá con más fuerza si se afronta con rigor su desarrollo normativo

Ángel J. Pérez

E. Fernández: Incluso habiendo tantos sistemas sanitarios diferentes, creo que no hay tanta diferencia en si se garantizan los modelos o no, porque no interviene tanto el tipo de modelo.

F. Cárceles: El modelo no interviene, no, pero lo que sí hay son muchas maneras de abordarlo, casi multidisciplinar, lo que nos lleva a no garantizar la equidad ni en acceso ni en ningún otro tipo de respeto de los derechos. A nivel macro no hay tanta diferencia, pero sí a nivel micro.

E. Fernández: El concepto de cliente es un concepto asumido, lo que ha supuesto un gran avance, pero el concepto de ciudadano y ciudadano activo es un concepto a lograr. Las asociaciones de ciudadanos en esta democracia sanitaria tienen que

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SE AUS - SIGNO

ser capaces de participar y establecer exigencias. Creo que estamos en un momento de reflexión, porque ahora, con la crisis, tenemos muchas más limitaciones. Por mucho que se quieran garantizar los derechos a nivel de la Unión Europea, el problema es que el propio estado no puede garantizarlo. Es muy difícil garantizar estos derechos a nivel europeo cuando ni siquiera tenemos una política estratégica común ni funciona bien la moneda común.

F. Cárceles:

Hay derechos que no cuestan dinero y una de las cuestiones es que vamos a mirar la accesibilidad y la Carta de Derechos y Deberes en general, siempre desde el punto de vista económico de que hay crisis. Quería saber la opinión de Javier sobre estos derechos que no tienen coste, como puede ser el derecho a la intimidad en el hospital, que es educacional y no vale dinero. Por ejemplo, tener las listas puestas en la puerta es un mal uso que hacemos los profesionales.



Francisco Cárceles.

Hay derechos que no cuestan dinero y una de las cuestiones es que vamos a mirar la accesibilidad y la carta de Derechos y Deberes en general, siempre desde el punto de vista económico de que hay crisis

Francisco Cárceles

J. El viro: La carta de derechos, como otras actuaciones de la Comunidad Europea, te llama la atención cuando lo conoces, porque es como si a mí me exigieran que garantizase en mi casa los derechos del vecino: pues que pague el vecino. Creo que esta Carta de Derechos contraviene cartas de derechos de trabajadores, que también ha firmado la Unión Europea. Hay tres cosas de la Carta de Derechos que me sorprenden especialmente. Lo primero, la accesibilidad, porque define cosas que no están en nuestras manos, como los tiempos de espera o la

dualidad paciente-ciudadano, porque lo que pediríamos como paciente no podemos pedirlo a los demás ciudadanos en algunos casos. Hay una parte con la que estoy totalmente de acuerdo, que es con el derecho a la información y el derecho a la intimidad; ahí tenemos mucho recorrido, aunque sinceramente hemos mejorado. Por ejemplo, ahora escaneamos todos los documentos digitales para tenerlos también en papel. Otro ejemplo es que ahora ya nadie cuestiona que no se debe informar en el pasillo, aunque se siga haciendo. Se ha mejorado, pero nos acostumbramos todavía al proteccionismo al paciente y a tratarle a nuestro criterio y eso es un error. Hay una tercera línea, que es el futuro: la innovación. La innovación no es un derecho, sino una forma de gestionar. Concretamente innovar es usar el conocimiento para ahorrar dinero, pero ¿qué es eso de tener derecho a la innovación? Otra cosa es que tengas derecho a que tu sistema innove.

F. Cárceles: Podemos entender, por ejemplo, el derecho a innovar como el derecho a no sufrir, porque en algunas intervenciones no se usaba analgesia y ahora sí.

J.R. González-Escalada: En mi opinión, la palabra innovar no siempre tiene esa acepción. Por lo menos, la percepción que se tiene en general va más por el camino de aplicarla a algo nuevo, como nuevas técnicas, nuevas tecnologías... Si tengo que responder a qué ha significado la Carta de Derechos para el mundo sanitario diría que ha significado poco, porque ha habido poco conocimiento de ella, tanto a nivel de los pacientes, a quienes no ha llegado, como a nivel de los profesionales. Además, la mayoría de los derechos se refieren a cuestiones que no dependen directamente de los profesionales y en las que en gran medida no podemos influir, como las listas de espera. También creo



José Ramón González-Escalada.

que en la Carta de los Derechos de los Pacientes habría que definir una estructura más organizada en escalafón: lo que son derechos esenciales, a los que se puede llegar sin necesidad de una aportación económica importante y de la mano de los propios profesionales sanitarios, y a aquellos otros que son derechos de más difícil cumplimiento. En mi opinión, este último grupo de derechos incide negativamente en la carta y la convierte en un documento demasiado ambicioso para que los profesionales se involucren.

En la Carta de los Derechos de los Pacientes habría que definir una estructura más organizada en escalafón: lo que son derechos esenciales, a los que se puede llegar sin necesidad de una aportación económica importante y de la mano de los propios profesionales sanitarios, y lo que son otros derechos de más difícil cumplimiento

José Ramón González-Escalada

G. Berzosa: Creo que es interesante señalar que también hay unos derechos relacionales. Por eso cuando una persona va a un hospital desea que le atiendan con todos los recursos de la ciencia pero también espera que le atiendan con cercanía. Es decir queda implícito el derecho a la calidad de trato y el derecho a la innovación. Puede ser que planteados globalmente los derechos confundan y sería bueno hacer una gradación y decir cuáles son los derechos directos del paciente y cuáles son otros derechos que afectan a los avances de la salud. Por ejemplo, me llama mucho la atención por qué se ha puesto en el estudio el concepto de ciudadanía activa y por qué se ha puesto en un epígrafe separado.

M. Dongil: Desde mi punto de vista, la carta constituye una estructura y a partir de esa estructura los países de la Unión Europea regulan sobre unos principios básicos. Estoy de acuerdo con Paco en que el artículo que se refiere a la innovación es en el mantenimiento y en la investigación biomédica. No estoy de acuerdo con que hay derechos que no cuestan.

No es verdad que, por ejemplo, la confidencialidad no cuesta: sí cuesta mucho al que no la cumple, lo que pasa es que cuando no se cumple, por lo que hay una responsabilidad civil subsidiaria. Me sorprende mucho que cuando los profesionales debatimos sobre los derechos de los pacientes nos situamos en una esfera totalmente externa, a pesar de que somos también pacientes y no sabemos ejercer los derechos porque nos situamos en el plano emocional. Entiendo que la carta se refiera a ciudadanía activa; en este país, la Ley de Autonomía de 2002 se a prueba fundamentalmente por un colectivo muy activo hasta ese momento, los testigos de Jehová. Ahí se regula por primera vez el derecho a la información, a la negativa al tratamiento y a la suspensión del tratamiento ya iniciado. Esto se consiguió por un grupo activo de ciudadanos en la toma de decisiones. Una vez que está esta estructura de la Carta, cada país regula de una manera y eso es lo que se debería controlar, poniendo el ejemplo de España y sus diecisiete autonomías. Hay unos derechos que son sobre los que emanan las cartas y las declaraciones internacionales. No hay derechos de primer o segundo orden, porque todos se basan en derechos fundamentales, aunque se podrán matizar.

F. Cárceles: Está puesto a parte el tema de ciudadanía activa porque la Carta solo tiene catorce artículos y este quince se sitúa más como asociacionismo de los diferentes organismos que estamos interactuando en este tema. Viene también en línea a la Carta de los Derechos Fundamentales, por el derecho a realizar una actividad de interés general, lo que se está cumpliendo en esta encuesta. Pasando ya a otra cuestión, diría que todos podemos estar de acuerdo en la gradación de los derechos, porque no son todos idénticos, pero sí me gustaría añadir que es bueno que la carta sea amplia, porque son tantas las diferencias que hay, que es la única manera de irse organizando.

G. Berzosa: Entiendo que la gama sea amplia pero, ¿no convendría decir cuáles son irrenunciables?

A.J. Pérez: Para mí son todos irrenunciables. Esto es una declaración de Ángel J. Pérez. Gestión y

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEAUS - SIGNO



Ángel J. Pérez.

Evaluación de Costes Sanitarios 11 principios y debe ser completa, luego en el desarrollo se pondrá mayor énfasis en uno u otro. Entiendo que incluso en el desarrollo posterior las prioridades van a depender de cada país según su modelo y condiciones.

G. Berzosa: Diría que la salud es un principio básico y, por tanto, ahí hay unos derechos básicos, aunque después haya otras cosas.

F. Cárceles: El 100% de la excelencia existe y se ha dicho aquí. Estamos intentando medir y aproximar el lenguaje del ciudadano con el lenguaje del profesional. Si me permitís un ejemplo, en el derecho a la innovación lo que medimos es el uso de la telemedicina, registros de datos de pacientes, transferencias de datos médicos entre profesionales del hospital y de medicina general u otros, etc. Es decir, se mira el derecho a lo que hay dentro de la estructura que ya tenemos. Esto se va a ir modificando con los propios valores de la sociedad.

A.J. Pérez: Quizá estaría más claro si en vez de llamarle derecho a la innovación lo llamas derecho a la mejor práctica clínica que existe en ese momento.

G. Berzosa: Diciendo esto parece que damos por hecho que tengo derecho a que el estado invierta en innovación y no es así. Si nos referimos al uso de lo que ya hay, es evidente que si voy a un hospital doy por hecho que van a utilizar el escáner o lo que haga falta. Tengo derecho a mi salud y a que se utilice lo que haga falta para garantizar mi salud. Por todo esto me cuesta entender el derecho a la innovación.

M. Dongil: Quiero insistir en que el derecho que me tiene que garantizar es el acceso a la

innovación en el mantenimiento y la prevención. Por ejemplo, independientemente de donde viva, quiero tener el derecho de participar en un ensayo clínico en una situación determinada. Por tanto, lo que se pide es el acceso.

J. El viro: El problema de los derechos es que uno tiene el derecho y alguien tiene el deber. Creo que debería haber menos Cartas de Derechos y más Cartas de Deberes; es decir, que tendríamos que haber hecho la Carta de Deberes de los Ciudadanos. Así, a lo mejor todo el mundo habría entendido que tenemos el deber de atender al paciente con intimidad, de estar actualizados para realizar las mejores prácticas o de operar en treinta días, pero esto a lo mejor no lo podemos pagar. Sin embargo, el paciente que ve que es su derecho, lo reivindica, porque no se siente ciudadano, sino paciente. Por tanto, hay que especificar bien los derechos, porque se pueden contravenir con otros derechos. Hay que ir avanzando, viendo lo que es bueno en cada momento.

F. Cárceles: Estoy de acuerdo, pero es cierto que nos falta capacidad como profesionales para integrar a la ciudadanía dentro de este tema. Si a un ciudadano le explicas las cosas como son, lo entiende, pero el problema es que eso no se lleva a cabo y así se crean tensiones entre el ciudadano y el propio profesional. Si os parece, pasamos a la cuarta pregunta. Sabemos que es un momento de crisis económica, pero nos estamos olvidando de la capacidad de participar que tenemos como ciudadanos. Creo que ahora hay una ciudadanía más proactiva, más informada, a veces excesivamente, pero con capacidad de sentarse en una mesa y planificar. De repente, el político de turno decide que quiere un hospital para siete mil habitantes y eso no lo ha determinado la ciudadanía. Sin embargo, se va a poner radioterapia en un lugar donde no es necesario y eso sí lo ha determinado la ciudadanía, porque ha presionado. A nivel de los profesionales, esto no se entiende.

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEASUS - SIGNO

E. Fernández: Una cosa son los derechos y que el estado como nación debe intentar que lleguemos ahí y otra cosa es que mi modelo sanitario, con una prestación de servicios, tenga que ir a ver si puedo mantener esta cartera de servicios o tengo que reducirla.

F. Cárceles: He mezclado a propósito para formular la pregunta de si el ciudadano no puede participar en esta decisión. ¿Cuál es el foco de participación?

E. Fernández: Puedo participar eligiendo a mis políticos, porque son capaces de establecer un programa con unas estrategias y con unas garantías de derechos. Lo que yo cuestionaba es que, en estos momentos, en los que no estamos en el estado español, porque hablamos de la Carta de Derechos Europeos, si yo no establezco estrategias de ese proceso a nivel europeo es difícil que los propios estados lo puedan cumplir, porque no soy dueño de mis propios presupuestos. En Europa todavía no hemos definido quién asume los costes y no tenemos garantizado ese estado nacional europeo. Por tanto, no puedo garantizar la carta de derechos europeos en mi estado español en la medida en que no tenga una estrategia que favorezca esta política. Tenemos que desarrollar el que cada país garantice el cumplimiento de estos derechos en diferentes niveles, pero con una estrategia europea. Si a nivel de gestión tengo claro que no puedo gastar más de lo que me dan, puedo empezar el proceso de garantizar el cumplimiento de derechos priorizándolos, porque si no iríamos a la quiebra.

F. Cárceles: Ya están garantizados estos derechos en todos los países, entre ellos, la asistencia transfronteriza, con sentencias que lo confirman.

A.J. Pérez: Estoy de acuerdo en que de donde no hay, no se puede sacar, pero en desacuerdo por otro lado. Si a cada uno se le entrega el dinero para hacer las cosas, no tiene mérito. Hay una cuestión que se llama gestión, prioridad, planificación, etc., para prestar los mejores servicios con unos recursos

limitados. Por ejemplo, el tema del dolor parece caro en principio, pero se ha asumido porque como humanos tenemos mucho miedo al dolor: por tanto, lo hemos priorizado.

J. Elviro: En relación con esto, quizás diferencio demasiado el papel del ciudadano del papel del paciente. Creo que a los ciudadanos de este continente les estoy agradecido, porque consiguieron este tipo de estado con su esfuerzo y su trabajo. En línea con eso, siento que como gestor tengo la obligación de intentar hacer las cosas lo mejor posible con el dinero que me dan. Reconozco que me molesta mucho cuando no puedes hacer todo porque tienes problemas. Creo que hay que hacer un trabajo actual importante con los pacientes, porque les hemos maleducado mucho. Realmente creo que tenemos tres líneas de trabajo. Una es consolidar el estado con los ciudadanos, seguir manteniendo el compromiso entre ambos, sabiendo que esto que tenemos es bueno. Hay que mantener el que los ciudadanos hayamos tenido la voluntad de que esto sea un estado del bienestar. A su vez, hay que educar a los pacientes para que hagan un buen uso de la práctica sanitaria; eso no le corresponde al profesional, sino que es un tema político educativo. Por ejemplo, hay muchos pacientes que no se presentan a consulta y tienen el derecho de pedir otra a continuación. Tenemos que educar al paciente, porque además estamos en una sociedad con enfermedad crónica, que te trata mal si la tratas mal. Es muy fuerte que un bronquítico crónico quiera seguir fumando y se le tenga que seguir atendiendo. No es que todos los pacientes sean así, ni mucho menos, pero la gente se agarra a que tiene derecho.

M. Dongil: Estoy de acuerdo en parte con lo que dices, pero creo que hay también una responsabilidad por parte del profesional. Es verdad que el paciente tiene derechos y obligaciones, pero los profesionales también tenemos derechos y obligaciones, y una de nuestras obligaciones fundamentales es gestionar bien los recursos que tenemos disponibles. Muchas veces, ese paciente que ejerce tan al límite sus derechos con un proceso de información

INVESTIGACIÓN

Reflexiones sobre los resultados del Estudio Europeo de la Carta de Derechos de los Pacientes

PUNTO DE ENCUENTRO SEAS - SIGNO

adecuado manejaría mucho mejor la situación. Los profesionales tenemos que comprender que manejamos una bolsa de recursos públicos y la responsabilidad que tenemos es administrarlos bien.

J. Elviro: Creo que como profesionales tenemos que conseguir la mejor gestión y ser conscientes de que el daño, antes de recortar servicios.



Javier Elviro.

G. Berzosa: Sí creo en el futuro, por la racionalidad de nuestra vida. Nuestra sociedad tiene unos pilares básicos para el bienestar que hay que defender, como son la salud, la educación, la pensión y los servicios sociales. Seguro que nos esperan años difíciles, pero creo que se van a mantener. Me gustaría plantear dos aspectos para terminar mi intervención. El primero que creo que el bienestar es personal y es social y el error es verlo solo como personal. Si la salud es biopsicosocial, en la ciudadanía activa también hay un componente de salud, con lo que quiero decir que la salud es un derecho, pero también una obligación, porque la salud personal



Gonzalo Berzosa.

hay que cuidarla. Como paciente, tengo obligación de cuidarme, de hacer caso al médico, pero también la salud es relacional y el error puede estar en verla sola en lo bío. Una ciudadanía activa significa que soy agente, no paciente, que la salud es un derecho y también un deber. En definitiva creo que la ciudadanía activa será un indicador de salud y habría que colocarla en este estudio en los primeros puestos.

F. Cárceles: Estoy totalmente de acuerdo y en cierta manera está metido en cada uno de los derechos.

Si la salud es biopsicosocial, en la ciudadanía activa también hay un componente de salud, con lo que quiero decir que la salud es un derecho, pero también una obligación, porque la salud personal hay que cuidarla.

Gonzalo Berzosa

M. Dongil: Quería insistir en que la Carta es la estructura en la que se formulan los derechos y las legislaciones se hacen amparadas en esa estructura. En la legislación vigente hoy en este país se reconocen derechos y obligaciones y los límites para las funciones de los profesionales. Lo que ocurre es que, aunque los profesionales tengamos una relación contractual, deberíamos conocerla. En el tema de la educación social, somos los profesionales los que tenemos que educar y a lo mejor no desde el respeto a los derechos sino en las obligaciones.

J. Elviro: Creo que los profesionales tenemos una enorme responsabilidad, que no podemos eludir diciéndole que es un tema de los políticos. Nuestra estructura política se mueve a corto plazo, porque cada cuatro años hay elecciones, pero los cambios anitarios son a medio y a largo plazo, por lo que no suelen entrar aquí los políticos. Los políticos no entran en la cultura de los médicos con los pacientes. Necesitamos ciudadanos más activos, pero es algo a largo plazo, no se consigue en poco tiempo.

F. Cárceles: Hemos sido capaces de introducir seguridad, de introducir calidad, de introducir cartas de derechos, pero resulta que ahora estamos en una crisis y nos estamos planteando que no hay dinero y hay que recortar. Estoy convencido de que hay otra manera de recortar en consenso con los ciudadanos, pero donde no se tiene que recortar es en salud.

Estudio sobre las incomparecencias en la atención primaria de BSA



INVESTIGACIÓN

Informe de resultados

TÍTULO:

Estudio sobre las incomparecencias en la atención primaria de Badalona Serveis Assistencials.

AUTORAS:

Olga Ruesga. Directora de Comunicación y Atención al Usuario.
Amparo Villanueva. Responsable del Ámbito de Participación Ciudadana

CENTRO DE TRABAJO:

Badalona Serveis Assistencials (BSA)

CORRESPONDENCIA:

Olga Ruesga
oruesga@bsa.cat
Pl. Pau Casals, 1
08911 Badalona

PALABRAS CLAVE:

Atención primaria, incomparecencia, corresponsabilización.

AGRADECIMIENTOS:

Albert Galobart (responsable de Calidad), Dani López (Tecnologías de la Información)
Santi Beltrán y Verónica Vegas (encuestadores).

INTRODUCCIÓN

Se pretende analizar el volumen y los motivos que ocasionan el elevado índice de visitas asistenciales previamente concertadas por el usuario y que en el momento programado no se presentan en la consulta, en los diferentes centros de atención primaria (CAP) de BSA. Consideramos que el ciudadano ha de estar informado de que si no puede acudir a la visita la ha de anular, para dar la oportunidad a otros usuarios a visitarse, y de esta manera ajustar las necesidades de atención sanitaria de la población, con los recursos disponibles. Debemos destacar que esta información ha sido motivo de debate en los diferentes Consejos de Salud (órganos de participación de cada una de las Áreas Básicas).

Una buena gestión de la agenda de visitas puede favorecer, sin duda, un mejor acceso a los servicios de salud de la atención primaria. Por otro lado, un ciudadano informado de sus deberes y de sus derechos puede hacer un uso más racional de los servicios.

ANTECEDENTES

Desde el año 2004, momento que la tecnología lo permitía, se puso en marcha vía SMS un mensaje recordatorio de la visita concertada y un teléfono de contacto para anularla en caso de no poder asistir. La Unidad de Acceso del Ciudadano identificó hace más de un año, un elevado número de personas que no acudían a la visita programada en los CAP. Este hecho se propuso dar a conocerlo a la población, a través de carteles, para evidenciar el mal uso que se hace de la visita programada, esta acción fue controvertida y motivó la necesidad del presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realiza en seis áreas básicas de salud de Badalona (la tercera ciudad más grande de Cataluña en densidad de población) y situada a 9 km de Barcelona. Definimos la incomparecencia como

aquella visita que el usuario ha solicitado, se le ha programado y no nos consta que haya acudido. Se excluyen del estudio, el resto de visitas que el usuario no ha solicitado, pero que programan los profesionales, se excluyen también las visitas para practicar analíticas, porque el programa informático no permite discriminar esta información.

OBJETIVOS

1. Conocer el volumen real de visitas programadas y no presentadas de todas las ABS de la organización de BSA, por profesional asistencial, durante el período de estudio (septiembre 2009).

2. Realizar una encuesta a los usuarios incomparecientes en cuatro de las ABS, para conocer los motivos por los que no acudieron a la cita programada.

3. Analizar los resultados y planificar acciones que mejoren el cumplimiento del compromiso de visita.

En la elaboración de la encuesta participa un grupo multidisciplinar de BSA. La encuesta se administra telefónicamente durante un mes (entre mediados del mes de octubre y mediados de noviembre) siguiendo el mismo orden en las preguntas y utilizando la misma formulación. En una primera fase seleccionamos las personas que tienen tres o más incumplimientos en las citas, ante el bajo nivel de respuesta ampliamos la muestra a todas las personas que no han acudido a la cita concertada durante el mes de septiembre.

Si la persona seleccionada no responde a la llamada, se vuelve a intentar hasta tres veces en horarios y días diferentes, antes de sustituirla por otra. Los resultados se expresan de la siguiente forma: 7 preguntas cerradas cuyas respuestas se obtienen de la base de datos, 2 respuestas dicotómicas, 3 respuestas con una variable abierta, 2 respuestas con una escala numérica del 0 al 10. Para el análisis de los datos se utilizó la aplicación estadística SPSS.

RESULTADOS

Objetivo 1: Durante el primer semestre del 2009, se programaron un total de 48917 citas entre las seis ABS, de las cuales 5463 personas no acudieron, lo que supone un porcentaje de 11,2%. (Ver tabla 1). Por profesional el resultado de incomparecencias es: Trabajo social: 23,9%, Enfermería 14,8%, Médico de familia, 8,4%, Odontólogo 29,3% y Pediatría 6,4%. (Ver tablas 2 - 6).

Objetivo 2: El total de usuarios contactados para realizar la encuesta es de 712, que se distribuyen de la siguiente manera: 195 hombres y 517 mujeres (Ver gráfica 1). Por edad: menores de 15 años: 75, de 16 a 35 años: 63, de 36 a 50 años: 168, de 51 a 65 años: 35, de 66 a 75 años: 118, y mayores de 75 años 53 personas. (Ver gráfica 2). El 84% de la muestra habían programado una cita previa, y el 16% una espontánea (Ver tabla 7). Respecto de las cuatro ABS seleccionadas para pasar la encuesta, el 44% de los encuestados pertenecen a la ABS 15, de la ABS 8 y 12 el 22%, y de la ABS 1, el 12% (Ver gráfica 3). El 52% de los pacientes tenía visita programada con el médico de familia y un 30% con la enfermera, el resto se distribuye entre los otros profesionales del ABS (Ver tabla 8). El nivel de respuesta de las encuestas es de un 42%, en un 46% no se consigue contactar durante diferentes franjas horarias y de un 12% el teléfono que nos consta es erróneo. Las 300 personas encuestadas nos informan de los motivos por los cuales no acudieron a la visita: no lo recuerdan el 39%, tenían otro compromiso el 16%, ya no lo necesitaban, se les olvidó acudir y si que se visitaron el 10%, complicaciones por salud el 4%, éxitus el 1% y no sabe o no contesta el 5% (Ver gráfica 4).

El estudio aporta también información sobre el número de teléfonos móviles que dispone BSA, de las 712 personas estudiadas, únicamente disponemos del 18%. Sobre si recibieron un mensaje SMS de recordatorio de visita a través del móvil, un 8% nos responde afirmativamente. Sin embargo un 71% confirman disponer de teléfono móvil. Se pregunta también si llamaron para avisar que no podían acudir, un 12%

afirma que si (Ver tabla 9). Respecto a por qué no llamaron para anular la visita, un 73% no saben o no contestan y un 9% no lo recuerdan (Ver tabla 10). Finalmente, les hacíamos valorar en una puntuación del 0 al 10 el sistema de recordatorio de visitas a través de mensajes SMS, el 70% lo valoró como excelente (Ver gráfica 5).

DISCUSIÓN

El estudio se centra en la incomparecencia ante un compromiso de visita por parte del paciente y la causa que el propio paciente alude para no acudir a la cita, los datos no se relacionan por tanto, con la enfermedad que motiva la petición de visita, ni con otros factores.

El porcentaje de incomparecencia que obtenemos es del 11,2%¹, es destacable el elevado incumplimiento en Trabajo Social 23,9% y en Odontología 29,3%. El perfil es mujer entre 51 y 65 años que ha programado una cita previa con su médico de familia y de la que no disponemos de número de teléfono móvil. No recordar el motivo por el cual no acudió a la cita es la respuesta más frecuente (39%), teniendo en cuenta que la encuesta se realizó aproximadamente un mes posterior a su cita. Sin embargo, si agrupamos los motivos que evidencian una baja necesidad de la visita (no recuerdo, tenía otro compromiso, me olvidé, ya no lo necesitaba) el porcentaje aumenta a un 74%. Ante estos resultados consideramos que se debería analizar el motivo que ocasiona la demanda de visita, ya que probablemente el incumplimiento tiene relación directa con la menor percepción de necesidad ante visitas control o actividades preventivas².

También se pone de manifiesto que en un 12% de los encuestados, el número de teléfono de que disponemos es erróneo, si añadimos que sólo disponemos de número de teléfono móvil de un 18%, las dificultades para realizar la encuesta se hacen

1 La bibliografía consultada proporciona unas cifras que van desde el 9% al 20% de incumplimiento en la visita concertada.

2 C. Sanchez Muñoz et al.

INVESTIGACIÓN

Estudio sobre las incomparecencias en la atención primaria de BSA

INFORME DE RESULTADOS

evidentes, por lo que resultaría recomendable protocolizar para que de manera permanente se actualicen los datos de los pacientes.

CONCLUSIÓN

1. Observamos cifras de incumplimiento susceptibles de ser mejoradas, especialmente en Trabajo social y Odontología, por lo que recomendamos hacer un análisis más exhaustivo sobre los motivos que pueden originar un porcentaje tan elevado de incomparecencias en estas dos especialidades.

2. Incrementar la cantidad de números de teléfonos móviles de nuestra población de referencia, para poder ampliar el número de mensajes SMS recordando la visita.

3. Difundir los resultados entre los profesionales de la atención primaria y en los consejos de salud para establecer estrategias conjuntas que nos permitan mejorar el nivel de compromiso de los usuarios.

TABLAS, FIGURAS Y GRAFICAS:

Tablas y figuras

Tabla 1: Incomparecencia 1r semestre 2009 por ABS

ABS	Total visitas programadas	Número de incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	6155	487	7,9%
ABS 3	6601	718	10,9%
ABS 8-10	13647	1767	12,9%
ABS 9	8460	1039	12,3%
ABS 12	6543	619	9,5%
ABS 15	7511	833	11,1%
Totales	48917	5463	11,2%

Tabla 2: Incomparecencia 1r semestre 2009 por profesional

Trabajo Social	Visitas programadas	Incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	31	7	22,6%
ABS 3	52	5	9,6%
ABS 8-10	53	18	34,0%
ABS 9	22	19	86,4%
ABS 12	58	10	17,2%
ABS 15	31	0	0,0%
Totales	247	59	23,9%

Tabla 3: Incomparecencia 1r semestre 2009 por profesional

Enfermería	Visitas programadas	Incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	1318	113	8,6%
ABS 3	1474	188	12,8%
ABS 8-10	3390	553	16,3%
ABS 9	1745	294	16,8%
ABS 12	1508	221	14,7%
ABS 15	1804	289	16,0%
Totales	11239	1658	14,8%

Tabla 4: Incomparecencia 1r semestre 2009 por profesional

Médico familia	Visitas programadas	Incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	3907	273	7,0%
ABS 3	4191	431	10,3%
ABS 8-10	7726	952	12,3%
ABS 9	5122	294	5,7%
ABS 12	3981	221	5,6%
ABS 15	4297	289	6,7%
Totales	29224	2460	8,4%

Tabla 5: Incomparecencia 1r semestre 2009 por profesional

Odentólogo	Visitas programadas	Incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	130	37	28,5%
ABS 3	118	28	23,7%
ABS 8-10	336	135	40,2%
ABS 9	325	84	25,8%
ABS 12	106	29	27,4%
ABS 15	255	59	23,1%
Totales	1270	372	29,3%

Tabla 6: Incomparecencia 1r semestre 2009 por profesional

Pediatría	Visitas programadas	Incomparecencias	% respecto a la visita programada
ABS 1	769	57	7,4%
ABS 3	766	66	8,6%
ABS 8-10	2142	109	5,1%
ABS 9	1246	91	7,3%
ABS 12	940	55	5,9%
ABS 15	1124	72	6,4%
Totales	6987	450	6,4%

INVESTIGACIÓN

Estudio sobre las incomparecencias en la atención primaria de BSA

INFORME DE RESULTADOS

Tabla 9. Motivos de no acudir a la visita

No lo recuerdo	116	39%
Tenía otro compromiso	47	16%
Se me olvidó	29	10%
Ya no lo necesitaba	29	10%
Sí que se visitaron	29	10%
No tenían visita	22	7%
Complicaciones por salud	11	4%
Muerte	3	1%
NS / NC	14	5%
Total	300	100%

Gráfica 4. Motivos para no acudir a la visita:



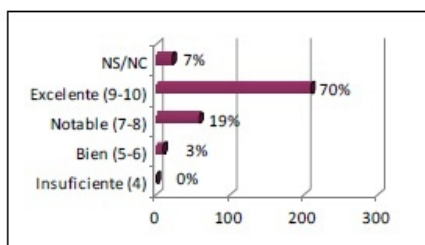
Tabla 9. Llamen para avisar que no acuden a la visita:

Sí	37	12%
No	252	84%
NS/NC	11	4%
Total	300	100%

Tabla 10. Motivo por el que no llaman:

No lo recuerdo	27	9%
Otros	6	2%
NS/NC	219	73%
Total	252	84%

Gráfica 5. Valoración del sistema de recordatorio de visitas a través de SMS:



BIBLIOGRAFIA

<http://www.20minutos.es/noticia/717196/0/pacients/metge/consulta>

Estudio publicado el 25 de mayo de 2010, realizado durante un año a 39 centros del Valles Oriental, que concluye que las incomparecencias en el ambulatorio llegan a un 9%, y que en el caso de enfermería se eleva al 11,8%.

Llena Puy, M.C., Ausina Marquez, V.: El cumplimiento a las visitas programadas en una consulta de odontología preventiva de área. Atención Primaria. Vol. 20. Núm.5. 30 de septiembre de 1997. Estudio de las visitas programadas en la consulta de odontología que concluye que la media de incumplimiento se encuentra en el 22,2%.

Sanchez Muñoz, C., Gómez-Calcerrada Jiménez, R., González Sánchez, M., Orueta Sánchez, R. Atención Primaria. Vol. 17. Núm. 1. Enero de 1996. Estudio que obtiene un porcentaje de incumplimiento del 13,1%.

TEMAS DE INTERÉS

Participación en el Proyecto Europeo

PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO EUROPEO "ASSESSING PATIENTS' RIGHTS IN EUROPE: A PROJECT TO MONITOR THE EUROPEAN CHARTER PATIENTS' RIGHTS"

SE AUS, ha participado como organización asociada, en colaboración con Active Citizenship Network, ACN, en el estudio sobre la Carta Europea de los derechos de los pacientes y su aplicación en los diferentes Estados miembros de la UE, en el mismo han participado:

Países: 20
Hospitales: 56
Ministerios/Consejerías: 23
Organizaciones Ciudadanas: 70

En nuestro país se ha llevado a término en los siguientes 8 hospitalesⁱ:

Hospital Gregorio Marañón / Madrid (Persona de Contacto Teresa Tavora) - camas 1540

Hospital Donostia /San Sebastian (Persona de contacto Rosa Gonzales) - camas 1150

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca /Murcia (Persona de contacto Paz Rodríguez) camas 863

Hospital Universitario Son Dureta / Palma de Mallorca/Balears (Persona de contacto Angela Tumbarelo)-camas 838

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa / Zaragoza (Persona de contacto Maite Escribano)- camas 800

Hospital universitario Trias y Pujol / Badalona/ Barcelona (Persona de contacto: Rosa Chumillas) - camas 638

Hospital San Jorge /Huesca (Persona de contacto M^a José Calvo) - camas 315

Hospital Moises Brogi /Sant Joan de Espi / Barcelona (Persona de contacto Palmira Tejero) - camas 310

En 2 Consejerías de Saludⁱⁱ:

Consejería de Salud - Servicio Aragón
Teresa Antoñanza, Dirección General de Atención al Usuario / Consejería de Salud

TEMAS DE INTERÉS

Participación en el Proyecto Europeo

ASSESSING PATIENTS 'RIGHTS IN EUROPE: A PROJECT TO MONITOR THE EUROPEAN CHARTER PATIENTS' RIGHTS

Consejería de Salud -Comunidad Valenciana
Cristina M^a Nebot Marzal, Jefa del Servicio de Coordinación de la Atención al Paciente / Dirección General de Calidad y Atención al Paciente / Consejería de Salud

En 2 Asociaciones de Pacientesⁱⁱⁱ :

Asociación de Pacientes con Linfedema de Aragón, (ADPLA)
Organización Alcer Ebro Civic, (AEC)

El trabajo ha estado coordinado por el Dr. Francisco Cárceles Guardia, Presidente de la SEAUS, y se ha realizado en el segundo semestre del año 2010. Los resultados del mismo se presentaron en el "European Patients' Rights Day" en abril de 2011, junto con los de otros países de la UE.

Está previsto presentarlo también en España, en Julio a través de un punto de encuentro en colaboración con la Fundación Signo en Madrid y su difusión mediante la web de SEAUS y o tras actividades.

i El total de participantes fue superior, no pudiendo ser incluidos en el estudio por recepción de la encuesta posterior a la recogida y tratamiento de los datos; a todos queremos agradecerles públicamente su colaboración y participación desde SEAUS.

ii Idem.

iii Idem.

TEMAS DE INTERÉS

European Conference

5th EUROPEAN PATIENTS RIGHTS DAY

11 y 12 de abril del 2011 - Bruselas

"Situación a los ciudadanos en el centro de las Políticas de Salud de la UE"

Los días 11-12 de abril 2011, la Active Citizenship Network, ACN, organizó la Conferencia Europea, coincidiendo con el 5^o Día Europeo de los Derechos Pacientes, (que se celebró el 18 de Abril) La Conferencia Europea y el 5^o Día Europeo de los Derechos de Pacientes, tienen como objetivo reunir a los diferentes agentes de la salud para discutir las condiciones reales de los ciudadanos en el contexto de los servicios de salud y poner de manifiesto las condiciones reales de los ciudadanos respecto a los servicios de salud en Europa. Este año, la conferencia contó con el apoyo de la Unión Europea en el marco del Programa de Salud Pública 2008-2013 "Juntos por la salud". Asistiendo a ella el Comisionado para la Salud y el Consumidor, Jonh Dalli.

TEMAS DE INTERÉS

European Conference

5th EUROPEAN PATIENTS RIGHTS DAY

En este acto la SEAUS estuvo representada por su Presidente, el Dr. Francisco Cárceles Guardia, quien a su vez ha sido el Coordinador del proyecto "Assessing Patients' Rights in Europe: A Project to monitor the European Charter Patients' Rights" que en colaboración con la ACN se ha llevado a cabo en España y en otros países de la UE y del cual se presentamos los resultados en este acto. Así mismo se presentó en el apartado de "Best practices of civic participations in Health" la formación de post-grado, que en relación con los Derechos y Deberes de los ciudadanos, imparte la Universitat Oberta de Catalunya, UOC, en colaboración con la SEAUS.

MARCO

ACN redactó en el año 2002, junto con un grupo de organizaciones de ciudadanos europeos, la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, que establece 14 derechos de los pacientes, con la intención de garantizar un elevado nivel de protección de la salud de las personas y asegurar la calidad de los servicios prestados por los diversos servicios nacionales de salud en Europa. Estos derechos han de permitir, a los individuos y grupos de ciudadanos organizados, promover y verificar la aplicación de los derechos de los pacientes. El refuerzo de estos derechos sólo será efectivo con la cooperación y el compromiso de todos los agentes sanitarios. Por esa razón en el año 2007 ACN, junto con ciudadanos y organizaciones de pacientes de todos los estados miembros de la UE, promovió la celebración anual de un "Día Europeo de los Derechos de los Pacientes" el día 18 de abril, con un motivo común: informar, discutir y ejercer acciones para mejorar los derechos de los pacientes en Europa. Este día ofrece una excelente oportunidad para poner de relieve que los ciudadanos de bienestar y estar en el centro de las agendas de salud.



La nueva Directiva Europea relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, recientemente votada en el Parlamento Europeo, representa un importante punto de referencia para la promoción de los derechos de los ciudadanos en el ámbito de la salud a nivel nacional y europeo. La inclusión de algunos derechos de la "Carta Europea de derechos de los pacientes" muestra como es fundamental que el punto de vista de los ciudadanos esté presente en las políticas sanitarias europeas para promover iniciativas centradas en este ámbito.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de la conferencia han sido:

- Incrementar la información y el conocimiento sobre la situación real de los derechos de los pacientes en cada país y a nivel de la UE, mediante la presentación de los resultados finales obtenidos en cada país en el estudio "Evaluación de los Derechos de los Pacientes en Europa"

TEMAS DE INTERÉS

European Conference

5th EUROPEAN PATIENTS RIGHTS DAY

auditoría ciudadana sobre el respeto de los derechos de los pacientes, realizado en 20 países de los 27 de la CE.

- Presentar la participación concreta de "Good Practices" "Buenas Prácticas" de los ciudadanos y organizaciones de pacientes en las políticas sanitarias, de forma que puedan ser ampliamente implementadas.
- Identificar acciones concretas que se llevarán a cabo por cada grupo a nivel nacional y europeo.
- Acercar los ciudadanos a la política sanitaria de la UE, en particular los ciudadanos y las organizaciones de pacientes, como valor añadido de la UE.
- Promover una amplia red europea, que siga apoyando el Día de los Derechos del Paciente y difunda la información sobre los derechos de los pacientes en la UE y en su propio país.

ACTIVIDADES

Conferencia Europea:

El primer día incluyó una sesión de mañana dedicada a dar la palabra a los diferentes portavoces para enmarcar el evento. La exposición se centró en la reflexión sobre la situación real de los derechos de los pacientes y del Informe de ACN sobre el proyecto "Evaluación de los derechos del paciente en Europa".

La sesión de tarde, y después de unas palabras de apertura del Comisionado Dalli, estuvo dedicada a las "Mejores prácticas de participación ciudadana en el ámbito de la salud" de toda Europa. El objetivo de la sesión fue presentar y proponer acciones concretas de participación ciudadana, que se pueden llevar a cabo a nivel europeo y a nivel nacional por los diversos grupos de interés. Este primer día terminó con un cóctel que nos permitió conocer y establecer contactos con diversas asociaciones de ámbito europeo.

Los Premios a las mejores prácticas de participación presentadas, que por orden recayeron en:

- o "Chance for Life" de Association of Women with cancer an Adherents. Bulgaria.
- o "Play-therapy and pain in children" de Unità Operativa di Pediatria Pession. Oncologia ed Ematologia Pediatrica Policlinico. S. Orsola Malpigli. Italia.
- o Patient Involvement in Health Technology Assessment (HTA) and clinical guideline. Pelvic pain support Network. Reino Unido.

El segundo día, en una única sesión de mañana, se centró en la presentación y discusión en plenario de las acciones propuestas y en debatir la "Directiva sobre los derechos de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza"

El resultado de dos días de debate propicio:

- La implementación de medidas o acciones que deben poner a los ciudadanos en el centro de las políticas europeas de salud a partir de este mismo momento, y el análisis de resultados en el próximo "Día Europeo de los Derechos de los Pacientes"

TEMAS DE INTERÉS

European Conference

5th EUROPEAN PATIENTS RIGHTS DAY

- La difusión de la Conferencia Europea, que ha de ser como un trampolín para generar actos y acciones de difusión de los resultados de la conferencia y de las mejores prácticas identificadas en los diferentes países. En cada uno de ellos se presentará también el informe sobre "Evaluación de los Derechos de los pacientes en Europa" Todos estos actos nacionales se llevarán a cabo en los tres meses siguientes a esta conferencia y a partir de la fecha oficial de Europea del día 18 de abril. El objetivo es difundir, en cada país, los instrumentos para otorgar capacidad a las organizaciones civiles en el campo de la Salud.

En nuestro país se llevarán a cabo puntos de encuentros y presentaciones de ámbito nacional, de los que iremos informando puntualmente en especial a través de nuestra web www.seaus.net

Bruselas, abril 2011

TEMAS DE INTERÉS

IX Foro de Telemedicina

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

Rodrigo Gutiérrez Fernández
Médico y Presidente de la SE AUS

El texto de este artículo se basa en la ponencia con el mismo título, que se presentó en las Jornadas del IX Foro de Telemedicina organizado por la SEIS (Sociedad Española de Informática de la Salud SEIS) y desarrollado en Barbastro los días 26 y 27 de octubre de 2011). Disponible en: <http://www.slideshare.net/rogufe/seis-ix-foro-telemedicina>

CONSIDERACIONES PREVIAS

La información es el soporte imprescindible para adoptar decisiones a lo largo de la vida de las personas. Su importancia crece en proporción directa a la relevancia de la decisión a tomar, como es el caso de las relacionadas con la asistencia sanitaria. Tanto el paternalismo, como el dogmatismo y el prohibicionismo, no deberían tener lugar en las decisiones en que la elección pertenece al individuo libre, autónomo, responsable e informado.

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

ALGUNAS DEFINICIONES

La **e-health** (e-salud) se define como¹ "...un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y las empresas, que hace referencia a los servicios sanitarios y a la información facilitada o mejorada a través de Internet y tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no sólo una mejora técnica, sino también un estado de ánimo, una manera de pensar, una actitud y un compromiso para el pensamiento en red, global, para mejorar la atención de salud a nivel local, regional, y en todo el mundo mediante el uso de tecnologías de información y comunicación".

Health 2.0 (Salud 2.0).

Es un concepto que defiende una visión integral e innovadora del modelo de sanidad. Requiere la existencia de Sistemas de Información diseñados para interactuar de forma ágil, ubicua y sencilla, y pensados para ser usados por los profesionales sanitarios, los gestores y los ciudadanos.

Salud 2.0 nace en el contexto de la corriente 2.0, significando una evolución del concepto Sanidad 2.0 (Health 2.0)². El concepto 2.0 nos traslada una versión siguiente, mejorada o nueva de lo que hay y supone un progreso con un cambio de enfoque añadido. Y es que las tecnologías de la información y comunicación aplicadas al sector sanitario están haciendo que los ciudadanos sean por fin dueños de la propia información que generan.^{3, 4, 5, 6.}

Medicina 2.0

Una definición utilizada con frecuencia⁷ es la siguiente: "el uso de un conjunto concreto de herramientas de la web por parte de los agentes implicados en la asistencia sanitaria (médicos [enfermeras...], pacientes e investigadores) aplicando los principios de código abierto, generación de contenidos por parte de los usuarios y el poder de las redes para personalizar la asistencia y promover la educación sanitaria".

Eysenbach destaca⁸ a este respecto una serie de factores que están cambiando la práctica de la Medicina:

- Las **redes sociales**: tanto en lo que afecta a las relaciones entre los profesionales, como entre los pacientes y entre los profesionales y pacientes.
- La **participación** de los usuarios.
- La **apertura**: tanto de los datos (¿caminamos hacia una historia clínica donde el paciente pueda compartir información?) como en lo que se refiere al software libre con código abierto.

1 Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res; 2001; 3(2):e20

2 http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_2.0

3 March JC. Salud 2.0: algo más que Twitter y Facebook. Salut y Força. 10-10-2011. Disponible en: <http://www.salut.org/post/105372>

4 Fernández JJ. Salud 2.0: Poniendo orden en la mermelada semántica. Blog Salud y Gestión. Disponible en: http://www.saludgestion.com/archives/2009/10/salud_20_ponien_1.html

5 Fernández JJ. Health 2.0-Salud 2.0: una (posible) categorización. Blog Salud y Gestión. Disponible en: http://www.saludgestion.com/archives/2009/10/health_20_salud.html

6 Manifiesto Abla 2010. Salud 2.0 Líneas para una sanidad participativa. Disponible en: <http://www.salud20.es/manifiesto/>

7 Benjamin Hughes et al. Health 2.0 and Medicine 2.0: Tensions and Controversies in the Field. J Med Internet Res; 2008;10(3):e23. Disponible en: <http://www.jmir.org/2008/3/e23/>

8 Eysenbach, Gunther. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. J Med Internet Res; 2008;10(3):e22. Disponible en: <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>

TEMAS DE INTERÉS

IX Foro de Telemedicina

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

- La **apomediación**: es uno de los términos que se utiliza repetidamente en la bibliografía sobre salud 2.0 y que hace referencia a la "recomendación de información (sitios web, etc.) por alguien que tiene conocimientos en la materia". La peculiaridad de los apomediadores frente a los intermediarios tradicionales es que el reconocimiento de conocedores expertos se les puede atribuir por o informales (alguien con conocimiento sobre esa enfermedad porque la ha sufrido o la ha sufrido al quien cercano).

- La **colaboración** entre profesionales, mucho más factible e independiente de las estructuras de poder que antes de las herramientas 2.0.

La denominada **Web 2.0** no es otra cosa que la actual fase de un imparable y expansivo proceso evolutivo de Internet, que tiene como característica esencial un fuerte acento en lo social y en las interacciones entre las personas conectadas mediante redes. En este sentido es en el que suele decirse que la Web 2.0 es una actitud, no una tecnología, al permitir y fomentar la participación a través de las diversas aplicaciones y servicios. Las palabras clave serían: transparencia, apertura, colaboración, interactividad, compromiso e implicación.^{9,10}

El principio transversal en la Web 2.0 es la idea de cooperación y 'empowerment' a través de la colectivización y el intercambio del conocimiento. La idea que subyace es la del saber colectivo y el conocimiento a bierto, al gunos de c uyo s p o stulados más con ocidos s on lo s si guientes:

o Intercreatividad (Tim Berners-Lee, 1996)¹¹

"Deberíamos ser capaces no sólo de encontrar cualquier tipo de documento en la Web, sino también de crear cualquier clase de documento fácilmente. Deberíamos no sólo poder interactuar con otras personas, sino crear con otras personas. La intercreatividad es el proceso de hacer cosas o resolver problemas juntos".

o Multitudes inteligentes (Howard Rheingold, 2002)¹²

"Las nuevas formas de interacción posibilitadas por las tecnologías favorecen el intercambio de conocimiento colectivo y la construcción de un capital social, que se genera cuando se comparten las redes sociales, la confianza, la reciprocidad, las normas y valores para promover la colaboración y la cooperación entre las personas".

o Inteligencia colectiva (Pierre Lévy, 2004)¹³

"La inteligencia colectiva está distribuida en cualquier lugar donde haya humanidad y puede potenciarse a través del uso de los dispositivos tecnológicos. Puede entenderse como la capacidad que tiene un grupo de personas de colaborar para decidir sobre su propio futuro, así como la posibilidad de alcanzar colectivamente sus metas en un contexto de alta complejidad".

9 Lupiáñez-Villanueva F. La Web 2.0 en medicina: un paseo por la nube y la realidad. Web 2.0 y Medicina en español. VII Jornadas MEDES (2011). Disponible en: <http://www.slideshare.net/flupianez/la-web-20-en-medicina-un-paseo-por-la-nube-y-la-realidad>

10 Revista eSalud. Vol 5, No 19 (2009). Disponible en: <http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/issue/view/22>

11 Berners-Lee T. Tejiendo la red. El inventor del World Wide Web nos descubre su origen. Ed. Siglo XXI. Madrid, 2000.

12 Rheingold H. Multitudes inteligentes. Ed Gedisa, 2004.

13 Lévy P. Inteligencia Colectiva. Por una antropología del ciberespacio. Organización Panamericana de la Salud. OPS, 2004. Disponible en: <http://inteligenciacolectiva.bvsalud.org/>

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

o Sabiduría de las multitudes (James Surowiecki, 2004)

"...la suma de decisiones colectivas de muchas personas resulta más acertada que las decisiones individuales que pueda tomar un solo miembro del grupo."

"...las decisiones tomadas gracias a la conformación de una sabiduría colectiva pueden ser más inteligentes que las de los mismos expertos".¹⁴

o Arquitectura de la participación (Tim O'Reilly, 2005)

Los nuevos desarrollos de la Web 2.0 tienen su principal potencial en que facilitan la conformación de una red de colaboración entre individuos, que se sustenta en lo que O'Reilly denomina arquitectura de la participación. Esta arquitectura se construye alrededor de las personas y no de las tecnologías. La estructura reticular que soporta la Web se potencia al construir sistemas que mejoran cuanto más gente lo utiliza.¹⁵

Autonomía, compromiso y corresponsabilidad

Básicamente, éstas serían las características principales de los actuales pacientes 2.0 o e-pacientes en la sociedad actual, a los que se viene denominando también como pacientes **impacientes**¹⁶, **activos**, **informados**, **responsables**, **competentes**¹⁷, **implicados**, **involucrados**¹⁸, **empoderados**, **capacitados**, **emancipados**, **copartícipes**, **expertos**...

Sobre ello se viene destacando, sobre todo, que la principal tendencia de futuro en el sector de la e-health es el aumento de la implicación de la paciente en la gestión de su propia salud¹⁹. El paradigma de la era industrial, en el cual los profesionales de la salud eran vistos como fuente exclusiva de conocimiento médico y sabiduría, ha dado paso gradualmente al de la era de la información, en la que los pacientes, los familiares y los sistemas y redes que éstos generan son considerados cada vez más como recursos fundamentales de la asistencia sanitaria.

En este sentido, según lo define MA Máñez, el e-paciente o paciente 2.0 "es un ciudadano comprometido con su salud y con las decisiones relativas a su estado de salud, que busca información para mejorar el conocimiento que tiene de su enfermedad y los cuidados que puedan mejorar su estado. Actualmente, un elemento fundamental para la búsqueda y difusión de información son las tecnologías de la información, y por ello los e-pacientes suelen usar herramientas 2.0 (basadas en Internet) sobre todo para estar actualizados en relación con su enfermedad o para interactuar con otros pacientes y con profesionales sanitarios. Esa actitud basada en el compromiso y en la participación es la base del concepto 2.0"^{20,21}

¹⁴ Surowiecki J. Cien mejor que uno. Ed Urano, 2005.

¹⁵ O'Reilly T. What Is Web 2.0: Design Patterns and Business Models for the Next Generation of Software. 2007. Disponible en: http://mpra.ub.uni-muenchen.de/4580/1/MPRA_paper_4580.pdf

¹⁶ Joyell AJ. El Paciente impaciente. ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? Rev. ePacientes. Marzo, 2004. <http://www.webpacientes.org/2005/epacientes/page.php?p=art&id=58&idnum=0>

¹⁷ Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo, en: Monografías Humanitas nº 8. Fundación Medicina y Humanidades. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>

¹⁸ Diario Médico. 11-4-2011. Disponible en: http://www.ciberesp.es/files/dm-11_04_2011_Paciente_tradicional_o_involucrado.pdf La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la Web 2.0.

¹⁹ Diario Médico.com. Disponible en: http://static.diariomedico.com/docs/2010/07/12/sanidad_pacientes_web_2_0.pdf

²⁰ W.AA. El e-paciente y las redes sociales. Fundación Vodafone, 2011. Disponible en: <http://www.salud20.es/?p=1>.

²¹ Ferguson T. e-patients: how they can help us heal healthcare. Disponible en: <http://e-patients.net/>

²¹ Disponible en: <http://www.ine.es>

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

Desde hace unos años, la búsqueda y acceso de información sanitaria en Internet, tanto de pacientes como de usuarios en general, se ha consolidado como un proceso irreversible, eficiente y de alto valor añadido. Este proceso está impactando significativamente en la provisión de servicios sanitarios al situar al paciente en el centro o foco de atención del sistema, habilitándole para conocer todas las opciones posibles con el fin de tomar las mejores decisiones en el cuidado y mejora de su salud.

En España, según la última Encuesta sobre equipamiento y uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación en los hogares (INE, 2011)²², la búsqueda de información sobre temas de salud por los usuarios, ha pasado de un 52,5 % en 2010 a un 56,9 % en 2011: más de 13 millones de personas buscan información sobre temas relacionados con la salud en Internet. Es interesante señalar que las mujeres (con un 64,6 %) frente a los hombres (con un 49,7 %) buscan más información sobre salud en la red (algo por supuesto razonable si se analiza el papel de la mujer como cuidadora).

Como sabemos, el acceso a una información adecuada y relevante es el primer paso para la capacitación y el empowerment de los pacientes, lo que enlaza directamente con la idea de la health literacy (o "alfabetización en salud")²³, entendida como la capacidad de las personas para buscar encontrar, entender y utilizar adecuadamente, en beneficio propio o de aquellas personas a las que cuidan, información básica relacionada con temas de salud y servicios sanitarios. Trasladando este mismo concepto al entorno digital puede hablarse de e-Health literacy ("alfabetización digital")²⁴, que puede definirse como "la capacidad para buscar, encontrar, comprender e integrar información sobre salud a partir de fuentes electrónicas, y aplicar el conocimiento obtenido para enfrentar o resolver problemas de salud".

De igual manera que el término patient empowerment se refiere a la situación en la que los ciudadanos son incentivados, motivados y formados para tomar parte activa en la gestión de su propio tratamiento, su equivalente **patient 2.0 empowerment**²⁵ es la participación activa del ciudadano en el cuidado de su propia salud, mediante el uso interactivo de las TIC.

En un artículo ya clásico²⁶, los autores señalaban que muchos e-pacientes refieren que la información médica y las recomendaciones que podían encontrar on line eran más completas y útiles que las que recibían de sus clínicos.

¿Qué es lo más importante para los pacientes?

Esencialmente todos los pacientes (re)quieren de los profesionales sanitarios tiempo, amabilidad, profesionalidad y competencia, también los e-pacientes... lo que supone contacto y relación personal.

Numerosos informes y estudios de satisfacción²⁷ sobre la experiencia de los pacientes²⁸ y su valoración del servicio recibido, han puesto de manifiesto que lo que realmente importa a los pacientes son los siguientes aspectos:

22 Disponible en: <http://www.ine.es>

23 <http://nlnm.gov/outreach/consumer/hlthlit.html>

24 Norman CD, Skinner HA. e-Health Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Disponible en: <http://www.jmir.org/2006/2/e9/>

25 <http://www.icmcc.org/pdf/ICMCCSWWS08.pdf>

26 Ferguson T, Frydman G. The first generation of e-patients. BMJ2004; 328:1148-1149. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/ijlink?linkType=FULL&journalCode=bmj&resid=328/7449/1148>

27 Richards N, Coulter A. Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002-07. Picker Institute Europe, 2007. Disponible en: http://www.pickereurope.org/Filestore/PIE_reports/project_reports/Trends_2007_final.pdf

28 <http://gmj.gallup.com/content/143258/patient-experience.aspx>

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

- Acceso rápido a consejo sanitario y sobre salud fiables
- Tratamiento eficaz realizado por profesionales de confianza
- Participación en la toma de decisiones y respeto por las preferencias
- Información clara, comprensible y apoyo para los autocuidados
- Atención a las necesidades físicas y ambientales
- Apoyo emocional, empatía y respeto
- Implicación y apoyo de (y para) familiares y cuidadores
- Continuidad de los cuidados y coordinación entre niveles asistenciales.

Expectativas y demandas de los usuarios en la sociedad de la incertidumbre

Vivimos en una sociedad líquida, siempre cambiante y, por tanto, incierta y cada vez más imprevisible. "Cada vez resulta más difícil realizar cálculos fidedignos y los pronósticos infalibles son ya inimaginables", escribe Zygmunt Bauman. Fugacidad, fragmentación, desvinculación, desterritorialización, transitoriedad y volatilidad son algunos de los atributos de esa modernidad líquida descrita por el pensador polaco.

En este contexto, las expectativas y demandas más importantes que cabe esperar de los usuarios/ciudadanos como clientes y consumidores, en cualquier ámbito, también en el de los servicios sanitarios, son las siguientes:

- Inmediatez
- Individualización
- Eficacia/Utilidad
- Comodidad/Facilidad

Inmediatez

El recurso más escaso es el tiempo. El usuario/cliente no quiere esperar, no quiere hacer colas. Es impaciente y quiere las cosas rápido y bien. En palabras de Bauman: "La velocidad, y no la duración es lo que importa". La gente demanda una adecuada gestión del tiempo, inmediatez, agilidad y rapidez para resolver sus problemas.

Individualización

Las personas quieren ser tratadas de forma diferente a los demás. Frente a la estandarización universal de los productos y servicios, se demanda la personalización y la exclusividad del trato individualizado, de lo fabricado "a medida".

Eficacia / Utilidad

Los servicios y productos ofrecidos por las organizaciones y empresas deben responder a un objetivo principal: satisfacer las demandas de los clientes/usuarios. Si el recurso escaso es el tiempo, nada es tan importante como para perderlo. Si lo que se ofrece no merece la pena, no es útil o eficaz para los consumidores, la razón de ser de la empresa/organización pierde su sentido.

Comodidad / Facilidad

El acceso a los servicios debe ser cómodo y resultar sencillo. La facilidad para conseguir lo que se demanda está directamente relacionada con el grado de satisfacción y la calidad percibida. También la información que se facilita al consumidor o usuario de los servicios forma parte inseparable de esta valoración.

LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0

Comunicación adecuada, cortesía, educación, respeto, privacidad, confianza y seguridad son algunos de los atributos básicos adicionales que los usuarios valoran, y contribuyen a mejorar su percepción y la satisfacción con el servicio y la atención recibida. Estas herramientas y habilidades de comunicación -etiqueta y buenos modales²⁹ deberían formar parte del arsenal terapéutico de cualquier profesional en el ámbito sanitario.

La **Declaración de Zaragoza**^{30,31}, aprobada en abril de 2011, en el transcurso del último Congreso de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SE AUS)³², se presentó como un documento a tener en cuenta por gestores, profesionales y ciudadanos.³³ Su objetivo es la renovación del modelo de relaciones vigente, de manera que se concilien las necesidades y expectativas de los diferentes actores del sistema sanitario. Varios puntos de este decálogo están directamente relacionados con alguno de los temas abordados anteriormente, por lo que consideramos interesante destacarlos:

Información para la toma de decisiones

Es necesario reconocer el derecho y la competencia del paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud y avanzar hacia una elección informada, que evite un consentimiento pasivo, respetando los valores y creencias personales.

La información previa a la toma de decisiones ha de ser suficiente y útil para ejercer la autonomía, la corresponsabilidad y reducir las desigualdades.

Implicación del usuario en la atención sanitaria de calidad y segura

Los usuarios son actores imprescindibles y un valor activo para el logro de resultados en términos de calidad y de seguridad. Para ello, es necesario potenciar la formación e información de los pacientes, utilizar su experiencia y fomentar la implicación en su propio proceso.

Innovación tecnológica

La Administración Sanitaria debe incorporar las Tecnologías de la Información y la Comunicación a la atención al usuario, para proporcionar respuestas ágiles, normalizadas y eficientes. Todo ello requiere incrementar la interactividad con los usuarios y fomentar las comunicaciones en red entre los centros sanitarios.

Las organizaciones han de potenciar las tecnologías como herramientas para facilitar información, gestionar procesos, ayudar a la toma de decisiones compartidas, posibilitar la participación y comunicar los resultados en salud.

29 Kahn MW. Etiquette-Based Medicine. *N Engl J Med* 2008; 358:1988-89. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp0801863>

30 Gervas J et al. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009;41(1):41-44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/consultas-sagradas-serenidad-apresuramiento-13132322-reflexiones-medicina-familia-2009>

31 Rodríguez Sanz J et al. Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC*. 2011;18(7):401-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/formacion-medica-continuada-atencion-primaria-45/aspectos-clave-comunicacion-no-verbal-consulta-90027023-actualizaciones-2011>

32 http://www.seaus.net/images/stories/pdf/DECLARACION_DE_ZARAGOZA.pdf

33 <http://www.seaus.net>

INVESTIGACIÓN

IX Foro de Telemedicina

**LAS EXPECTATIVAS DE CIUDADANOS Y USUARIOS
EN LA ERA DEL E-PACIENTE Y LA WEB 2.0**

Como conclusión cabe insistir de nuevo en que precisamente la información, la comunicación, la transparencia y la publicidad serán piezas clave para conseguir que se lleve a cabo el tránsito desde una práctica basada en una concepción tradicional y paternalista hacia una práctica basada en la autonomía plena de los individuos, en la confianza mutua y en la adopción de decisiones compartidas, lo que significa la idea de un paciente autónomo, libre, competente e informado.

En un artículo publicado hace unos años en la revista British Medical Journal, Tessa Richards decía:³⁴ "No podemos garantizar un buen resultado, pero podemos y debemos ayudar a los pacientes a navegar en nuestros complejos y fragmentados sistemas sanitarios de la forma más segura posible".

En su día, Angela Coulter, Directora de Iniciativas Globales en la Foundation for Informed Medical Decision-making, señaló ya en su libro *The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care* que "...hay que redefinir el papel del paciente para acentuar su autonomía, emancipación e independencia, frente a la pasividad y la dependencia". Algo que, de nuevo, considera como un imperativo ético en una reciente publicación de King's Fund con un título significativo.

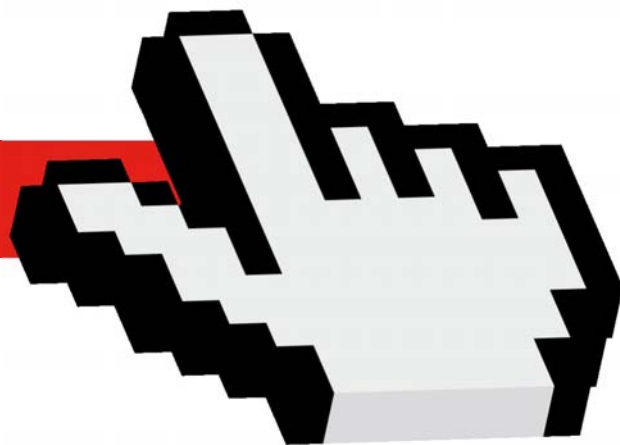
¿Cuánto camino nos queda por recorrer? Hablando de transparencia, visibilidad y comunicación, resulta que del total de 890 hospitales españoles contabilizados por la plataforma digital Observatics en octubre de 2011, menos de la mitad, (432) ofrecían Web propia y, de entre éstos, apenas once (11) habían abierto cuenta en las dos principales redes sociales, Facebook y Twitter, y, al mismo tiempo, en el portal de vídeos You Tube. A su vez, de este grupo de centros solo cuatro (4) pertenecen al sector sanitario privado. En total, solo 28 hospitales han abierto cuenta en Twitter; 52 en Facebook y 25 en You Tube (tengan o no presencia simultánea en los tres sitios).

A estas alturas, ¿no reflejan estos datos una clara pérdida de oportunidad, una gran falta de visibilidad y una (mucho) menor capacidad de comunicación con los ciudadanos?

34 Richards T Who is at the helm on patient journeys? BMJ 2007;335:76

WEB

Páginas de interés



Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es>

Defensor del Pueblo

<http://www.defensordelpueblo.es>

El Defensor del Pueblo Andaluz

www.defensor-and.es

Síndic de Greuges de Catalunya

<http://www.sindic.cat>

Síndic de Greuges de la Comunitat
Valenciana

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

Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

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

Comité de Bioética de Cataluña de consulta
y especialización en bioética, ICEB

<http://www.gencat.net/salut/portal>

Asociación Española de Bioética y Ética
Médica

<http://www.aebioetica.org>

Instituto de consulta y especialización en
bioética, ICEB

<http://www.bioeticacs.org>

Institut Borja de Bioètica

<http://www.ibbioetica.org>

Fundació Víctor Grifols

<http://www.fundaciogrifols.org>

Asociación de Bioética fundamental y
clínica

<http://www.asociacionbioetica.com>

Observatori de Bioètica y Dret

<http://www.pcb.ub.es>

Actualidad de Derecho Sanitario

<http://www.actualidadderechosanitario.com>

Asociación Española de Derecho
Sanitario

<http://www.aeds.org>

Sociedad Catalana de Medicina Familiar
y Comunitaria

<http://www.scmfc.org>

Sociedad Española de Calidad
Asistencial

<http://www.calidadasistencial.es>

Foro Español de Pacientes

<http://www.webpacientes.org>

Universidad de pacientes

<http://www.universidadpacientes.org>

Active Citizenship Network

<http://www.activecitizenship.net>

UOC

<http://www.uoc.edu/portal/castellano>

<http://www.uoc.edu/portal/catala>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES USUARIOS

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

USUARIOS, publicación de la SE AUS, 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.

PRESENTACIÓN

Estructura

1. Artículos originales

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 SE AUS: Seaus@globaleventospalma.es

Y también a: María de las Virtudes Pérez, Coordinadora de la Revista de la SE AUS: v.perez@umh.es

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.

SEAUS

Solicitud de Asociación a la SEAUS

DATOS PERSONALES

Nombre:..... Apellidos:.....
Domicilio:.....
C.P.:..... Población:..... Provincia:.....
Teléfono:..... E-Mail:.....
D.N.I..... Teléfono Móvil:.....

DATOS LABORABLES

C.P..... Población:..... Provincia:.....
Organismo al que pertenece:.....
Departamento / Servicio:.....
Puesto de trabajo / Categoría:.....
Domicilio:.....
Centro de trabajo:.....
Teléfono:..... E-Mail:.....
FAX:..... Teléfono Móvil:.....

DATOS BANCARIOS

ENTIDAD OFICINA DC NÚMERO DE CUENTA

Fecha.

Firma.

Esta información será tratada de acuerdo a la actual normativa de protección de datos de carácter personal.



SECRETARÍA TÉCNICA
C/ Manuel Guasp 6, 1º Oficinas
07006 - Palma

TELÉFONO: 971.909.118
FAX: 971.908.653
Seaus@globaleventospalma.es
www.seaus.net

CIF: G 25.232.984

