

revista sanitaria de atención a los

# usuarios

Número veintidos // Noviembre 2009

editorial

## formar e investigar, una necesidad

PAG 5

resumen  
congreso de  
Palma

PAG 10

premios:  
mejor comunicación  
mejor póster

PAG 14

nosotros:  
3ª tercera jornada  
de los derechos de  
los pacientes en  
europa

PAG 16

mi opinión:  
el ciudadano  
que acude...

PAG 20

investigación:  
estudio sobre  
el grado de  
satisfacción



**SE AUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

revista sanitaria de atención a los

# usuarios

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

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

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

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

**COORDINADOR** RAFA RODRÍGUEZ **COMITÉ EDITORIAL** M<sup>a</sup> PILAR GONZALEZ -  
PALMIRA TEJERO - MERCÈ TELLA - MIRIAM PAREDES

**JUNTA DIRECTIVA:**

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

**VOCALÉS AUTONÓMICOS:**

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

Subscripciones:

**www.seaus.net**

[seaus@sanitatintegral.org](mailto:seaus@sanitatintegral.org)

Dirección y teléfonos  
Av. Josep Molins, 29-41  
08906 L'Hospitalet  
Teléfono 93 334 67 77  
[www.seaus.net](http://www.seaus.net)  
[seaus@sanitatintegral.org](mailto:seaus@sanitatintegral.org)

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



# SUMARIO

**4** EDITORIAL  
Formación e investigación

**5** NOSOTROS  
Congreso de Palma

**10** NOSOTROS  
Premio mejor comunicación

**12** NOSOTROS  
Premio mejor póster

**14** NOSOTROS  
3ª Jornada de los derechos de los pacientes

**16** MI OPINIÓN  
El ciudadano que acude...

**18** TEMAS DE INTERÉS  
Jornada sobre los profesionales de atención...

**20** INVESTIGACIÓN  
Estudio sobre el grado de satisfacción...

**28** INVESTIGACIÓN  
La atención al usuario en los s. sociosanitarios

**32** NORMAS  
Normas de publicación

**33** SUSCRIPCIONES  
Solicitud de asociación a la SEAS

**34** WEB  
Páginas web de interés



# FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN: Una necesidad

La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SE AUS), ha dado un paso más en su objetivo sobre la formación. Este año 2009 a parte de tener su propia oferta de cursos para los profesionales de la salud, hemos tenido la gran oportunidad de colaborar con la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) que imparte el Master de "Atención al usuario de Servicios Sanitarios", orientado a las necesidades de los profesionales de la salud y gestores con una visión amplia y plural.

Este Master tiene como objetivo principal introducir y ampliar los conocimientos de los profesionales en el campo de la atención al usuario/ciudadano de los servicios sanitarios

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación hace que las sociedades científicas pongamos más atención en el desarrollo de programas formativos orientados a facilitar su aprendizaje.

La formación continuada es necesaria para ampliar los conocimientos y las habilidades de los profesionales de la salud. La formación ha de ser dinámica y adecuada a las necesidades de los profesionales al mismo tiempo innovadora para

estimular el conocimiento de otros campos y esto es lo que nos proponemos.

Otro tema que es una necesidad por estar poco desarrollada y nos ilusiona, es la investigación, en el proceso de la atención al usuario/ciudadano. Nuevo campo donde desarrollar esta búsqueda intencionada de conocimientos.

Para desarrollarlo nos planteamos la formación, el aprendizaje, para saber como medir, como comparar los resultados obtenidos, su interpretación y su resolución en función de los resultados, es decir todos aquellos aspectos que se han de tener en cuenta en cualquier proceso de investigación.

Nuestro objetivo, como sociedad científica, es facilitar nuevas herramientas para que los profesionales de la salud puedan desarrollar sus habilidades formativas personales y profesionales cuyos resultados siempre han de repercutir en una atención de calidad a los ciudadanos, pacientes, usuarios.

**Como bien dice el refrán "sin prisa, pero sin pausa"**



## RESUMEN: Congreso de Palma

**Era el congreso de todo el Archipiélago lo que nos habría gustado poder ofrecer pero la realidad siempre nos sitúa, el anhelado crucero entre islas, tuvo que quedarse en tierra. Mallorca es de más fácil acceso, en mayo, tiene más oferta hotelera para cubrir nuestras previsiones. Como veremos en las cifras, a pesar de unas expectativas rebajadas por la sombra de la recesión, la confianza y la suerte nos han acompañado en esta singladura.**

Nuestro esfuerzo se centró en adecuar todos los aspectos. La ciencia, la atracción y lo lúdico debían encontrarse y mantener el equilibrio. Así, el pasado mes de Mayo, durante los días 20, 21 y 22 celebramos en Cala Millor, Mallorca, el **XIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ATENCION AL USUARIO DE LA SANIDAD** bajo el lema : **“Sostenibilidad y Salud”**.

Elegimos una zona tranquila, un Auditorium moderno y funcional, situado frente al mar. Al elegir el lugar corríamos un riesgo, ya que la zona invita al descanso. Sin embargo hubo una altísima participación en todas las actividades, lo que nos indica el interés de nuestros profesionales hacia los contenidos del programa.

Fueron días intensos. Desde la distancia podemos decir que los objetivos, algunos muy ambiciosos, preparados desde la ilusión y el trabajo se han cumplido. Con seguridad, afirmamos que nuestros servicios han dado un paso adelante en la búsqueda tanto del reconocimiento de nuestras instituciones como en alcanzar la complicidad con nuestros usuarios. Se avanza, lenta pero inexorablemente , hacia la eficacia y eficiencia

de nuestro sistema sanitario. Hemos asumido, definitivamente, un rol activo desde el compromiso y la calidad, en ámbitos en los que hasta hace poco tiempo no teníamos un espacio de intervención claro y definido.

Los tres grandes bloques en los que articulamos los contenidos teóricos del programa fueron: **La Responsabilidad Social Corporativa, la Seguridad de los pacientes y la Bioética.**

Tres importantes aspectos que tienen que ver con la atención integral de nuestros usuarios en el día a día y con la evolución que nuestra sociedad. Por ende, nuestro sistema sanitario vive.

La inauguración oficial tuvo el relieve que merecíamos. Nuestro Conseller de Salut i Consum, Vicenç Thomàs junto con el Alcalde de Sant Llorenç des Cardassar, Mateu Puigrós; nuestro Presidente, Francisco Cárcelos y el Presidente del Comité Organizador Onofre Sans, nos dieron la bienvenida y dieron paso al trabajo propiamente dicho.

Joaquín Arozamena nos deleitó con una de sus conferencias magistrales, de las que te conectan con la realidad. Oír, de una manera clara y desde la erudición, como nos ven nuestros clientes



fue algo profundamente clarificador. Generó el debate, la participación y muchas risas.

La Consellera de Treball i Formació de les Illes Balears, Joana Maria Barceló, nos habló de la "Responsabilidad Social Corporativa en el Sector Público". Inició su análisis a partir del gran desarrollo de la RSC en la empresa privada, donde tiene una fuerte implantación. Siguió con los pasos que se están dando para su incorporación en la Empresa Pública que no puede quedar al margen del compromiso de la Sostenibilidad en su gestión. La gestión ética y responsable constituye una respuesta de las organizaciones a los retos de transparencia, integridad y sostenibilidad entendida, ésta última, en su triple vertiente económica, ambiental y social.

Las nuevas tendencias mundiales y el rápido cambio de las expectativas ciudadanas están contribuyendo a que las organizaciones más eficientes incorporen en sus prácticas mecanismos que permitan conocer las motivaciones de sus grupos de interés (clientes, proveedores, trabajadores, etc).

El debate de la posterior mesa redonda, "El compromiso de las empresas públicas sanitarias" que moderó Francisco Cárceles, Presidente de SE AUS y Gerente del área de salud de Ibiza y Formentera, giró en torno a estos temas:

La necesidad de identificar nuestros grupos de interés y, sobretodo, de remarcar los más importantes para nuestra organización. Esto implica un compromiso ideológico que es básico asumir.

Se hicieron preguntas de difícil respuesta...

¿Son los pacientes nuestro principal grupo de interés?;

¿Nos interesa realmente considerar a las asociaciones grupo de interés?;

¿Con qué protagonismo?

A estas preguntas nos respondieron con sus experiencias concretas Maria Durán, Directora General de RSC, en "Buenas prácticas en RSC" señalando a sus propios trabajadores como grupo de interés, y Olga Ruesga, Directora de comunicación y atención al usuario de Badalona Serveis Assistencials (BSA) explicando como evoluciona la empresa "Hacia un modelo de gestión ética".

La iniciativa privada fue representada por Catiana Cabrer de la Fundación Alex. Josep Esteban, Director del Área de ciencias de la salud de la UOC, hizo hincapié en "La formación como herramienta de Responsabilidad" y, por tanto, como fundamental para el desarrollo de la RSC.

La implantación de planes de igualdad, el respeto a la conciliación de la vida familiar son unos de los primeros pasos a dar antes de iniciar un largo etc. No hay que olvidar que la RSC es voluntaria

pero también requiere varios compromisos:

- que se la integre en los procesos y estrategia de la organización
- que se potencie el diálogo con los grupos de interés
- que se fomente la transparencia y la comunicación

Atendiendo a los ecos que vienen llegando de dentro y fuera de nuestras fronteras sobre seguridad del paciente, los organizadores pensaron en interrogar a los profesionales que están inmersos en el tema. El encargo, coincidiendo con el planteamiento de estas personas no fue el de contar "batallitas" sino el de reflexionar sobre ¿cómo se hace y si es posible mejorar?

Carlos Campillo, Subdirector d'avaluació assistencial, destapó en su conferencia las "Claves y retos de



los proyectos de Seguridad de Pacientes" para compartir reflexiones, espolear el debate crítico y, sobretodo, encontrar elementos para salvar el posible peligro que la Seguridad, como ha ocurrido con otros temas, se convierta en una moda y ... caduque. Identificó siete vertientes: las pruebas científicas en que descansan las actuaciones, las barreras encontradas al desplegar proyectos e implantar programas, los recursos disponibles y los necesarios para acometerlos, las necesidades de formación, los métodos que se están usando para la evaluación, la priorización de las acciones y los incentivos asignados.

Pero la calidad no se alcanza exclusivamente desde la concepción de niveles como la tecnología o la innovación ni siquiera en las infraestructuras. Se trata de entender que va más allá. Cada uno de los aspectos que rodean a la aten-

ción que dispensamos al paciente están ligados a su satisfacción y a su seguridad (trato personal, humanización, comunicación, equipos interdisciplinarios, etc). Por tanto, la SP debe contar con todos estos ingredientes para su implementación en la organización.

Con estas premisas arrancó la mesa "Proceso y aplicación de la seguridad del paciente en el sistema sanitario español" moderada por Josep M. Pomar, Director General del Servei de Salut de les Illes Balears. Las aportaciones fueron variadas e incluyeron: Los profesionales, con la incorporación de cambios de estrategias en la gestión, la formación y de cultura en la práctica clínica y especialmente en medicina intensiva.

"Estrategia innovadora en la apertura de un hospi-

posibles respuestas quizás puedan dibujarse. Cambio=Adaptación; Barreras=Alarmas automatizadas, Trabajo en equipo y Comunicación; Compromisos=Gestión, Formación, Normativización. La SP resulta rentable para la organización desde la prevención.

Los organizadores nos planteamos la necesidad de reflexionar, desde la Bioética, sobre la realidad de este ciudadano que nace, crece y muere en nuestro sistema sanitario.

Para introducirnos en el tema pedimos a Begoña Román, Profesora de ética de la Universidad de Barcelona, que nos hablara de la "Autonomía del paciente versus preferentismo del cliente: Reflexiones desde la Bioética". Sin duda, nos cautivó con su forma de presentarnos algunos interrogantes, dudas y certezas ... con su excelente



tal: gestión electrónica de efectos adversos" que nos presentó Francisca Jaume, Coordinadora Docencia de enfermería del Hospital de Inca.

"La seguridad del paciente aplicada a la práctica clínica. Un cambio de cultura" Bernardino Comas, jefe del Servicio de urgencia del Hospital Son Llàtzer.

"La seguridad del paciente en medicina intensiva" Paz merino, Jefa de la UCI del Hospital Can Misses.

Los pacientes, desde la experiencia personal y el interés por el conocimiento y la formación.

"Red ciudadana de formadores en seguridad del paciente" Patricia Sánchez, formadora de la red.

"La experiencia de publicar - Te lo contaré en un viaje" Carlos Garrido, periodista.

Cambio, resistencias, estrategias, barreras, compromiso fueron los términos del debate. Las

capacidad de reflexión ética y su estilo sencillo. Sus argumentaciones críticas no dejaron a nadie impasible.

Son muchas las cuestiones que requieren ser debatidas a partir de preguntas como: ¿Son las necesidades de este ciudadano las mismas de hace 20 años? ¿Disponen los profesionales de una formación adecuada para atender la nueva realidad? ¿Hemos superado ya el paternalismo? ¿Somos capaces de informar, con la claridad y calidez necesarias, para la toma de decisiones? ¿Nos hemos pasado al otro extremo, dejando a un ciudadano desprotegido del consejo profesional? ¿Nos asusta la controversia con un usuario que se ha informado en Internet? ¿Debemos buscar nuevas formulas para gestionar las organizaciones sanitarias? ¿Estamos ante clientes excesivamente exigentes? ¿Deberíamos educar

a nuestros ciudadanos en la responsabilidad de una sanidad sostenible?

La mesa redonda, "Nacer y morir en nuestro sistema sanitario" moderada por Jaume Mulet, Jefe de Cirugía Pediátrica y Presidente del Comité de Bioética del Hospital Universitario Son Dureta estuvo orientada a facilitar este pensamiento. Adolfo Marqués, Jefe del Servicio de Ginecología de la Fundación Hospital Son Llátzer con "Las decisiones difíciles del principio de la vida" explicó, con gran valentía, su experiencia como profesional, en cuestiones tan complejas como el aborto y la reproducción asistida. El controvertido Luís Montes, anestesiólogo del Hospital Severo Ochoa y Presidente de la Asociación Derecho a Morir Dignamente, nos habló de "La muerte asistida, suicidio médicamente asistido y eutanasia" y describió con

mos planteado inicialmente, pero nos levantamos de nuestras sillas con más y mejores argumentos. Fue un verdadero placer asistir y participar de este acto.

A caballo entre el relato de la experiencia particular y la participación a la reflexión ética, tuvimos la suerte de poder escuchar la aportación que Albert Espinosa, guionista de la película Cuarta Planta, nos hizo de forma tan personal, bajo el título "La calidad asistencial vivida en primera persona, de una pequeña habitación a la gran pantalla". Muchas fueron las preguntas que suscitó, interesantes las respuestas y escaso el tiempo para responderlas. Como siempre cuando escuchamos a nuestros pacientes y, esta situación también se dio con Carlos Garrido, la implicación emocional nos aparece como un valor añadido que debemos cultivar sin ninguna duda.



Valor no reñido con todo lo nuevo. De conferenciar acerca de "Nuevas metodologías de participación I+D+I en nuestros hospitales" se encargó José María Giménez, Gerente operativo del Hospital Universitario Son Dureta. Este fue el principio del fin de este XIV Congreso y empezamos repasando los 20 años transcurridos desde la creación de la SEAUS con un mano a mano de los 3 presidentes, Luís Carlos Aguado, Virtudes Pacheco y Francisco Cárceles, que nos hablaron de "20 años de servicios de atención al usuario de la sanidad".

Después de algunos años en estos menesteres de atender a los usuarios de la sanidad pública, tenemos la perspectiva y la templanza suficientes y necesarias, para reflexionar acerca del camino andado y, al volver la vista atrás, ver "la senda que nunca se ha de volver a pisar".

claridad envidiable los poderosos argumentos para luchar por su causa. Nos ayudó a diferenciar estos conceptos que se prestan a confusión para el profano. María Asunción Forn, médico de familia preguntó "¿Quién decidirá por mí? Del consentimiento informado a las voluntades anticipadas" y reflexionó sobre la realidad de dichos documentos en la perspectiva de la Atención Primaria, es decir cuando los pacientes tienen suficiente calidad de vida para pensar en el futuro sin estar acosados por una situación de crisis. Allí es donde adquiere su verdadero sentido el DVA. Y finalmente Teodor Suau, licenciado en Teología aportó "la visión de la situación del nacer y el morir a la luz del hecho religioso" y ofreció, con absoluto respeto, la visión de la Iglesia Católica.

Obviamente, aquellos que asistimos a la mesa no resolvimos ninguna de las preguntas que nos había-

Asistimos, con el ímpetu del novato, al nacimiento tímido de las primeras unidades en las que los responsables eran casi malabaristas empecinados en convencer a un sistema rígido y paternalista de que los maltrechos usuarios tenían además de deberes algunos derechos. Poco a poco, fuimos afianzando posiciones y ganando fuerza para hacer oír "la voz de nuestros pacientes". Con talante moderado y mediador, pasito a pasito, conquistamos para el usuario el respeto del colectivo sanitario. Poco después, con pasión y con la ayuda de los vientos de bonanza que corrían, trabajamos la Calidad para conseguir mayores cotas de satisfacción en nuestros clientes. Han sido 20 años de lucha intensos, apasionantes y a decir verdad no exentos de imperfecciones. En 20 años, las necesidades han variado y en

el Foro "Ara que tinc vint anys" moderado por Joan Altimiras, Subgerente del Hospital Son Dureta, recibimos la opinión de Julio Villalobos, Director académico del área de ciencias de la salud de la UOC acerca de "La atención al usuario. Formación y nuevas tecnologías"; del Defensor de los usuarios del sistema sanitario público de Extremadura, José Ramón Hidalgo y de Rodrigo Gutiérrez, Secretario general del servicio de salud de Castilla-La Mancha, acerca de la "Atención al usuario del futuro: una cita con el tiempo".

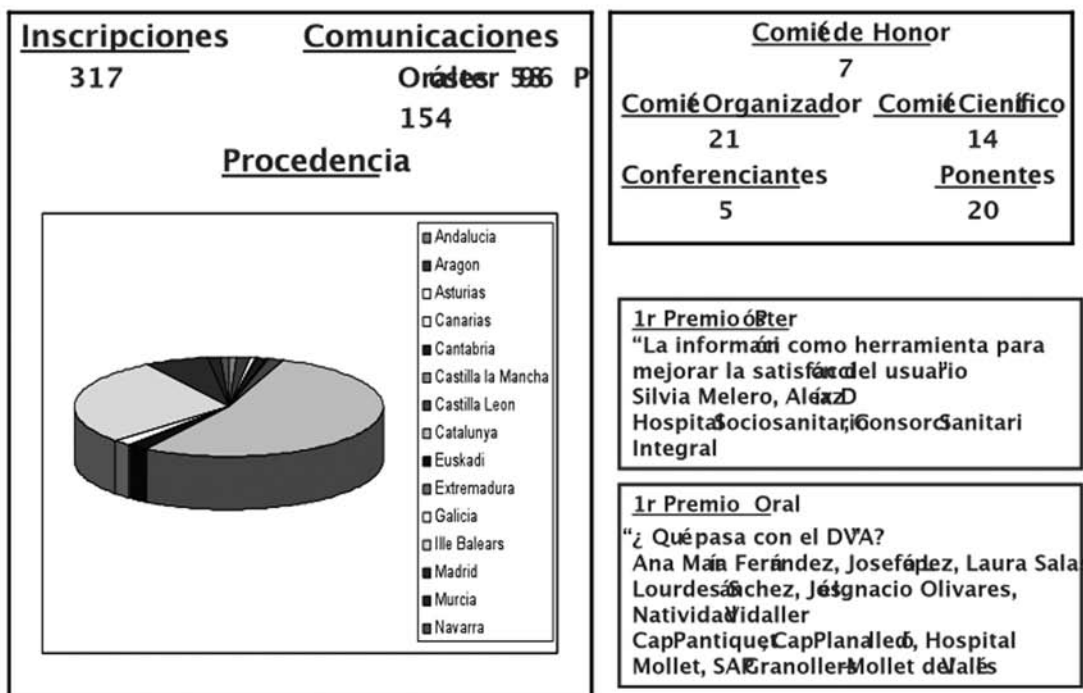
La Sociedad ha cambiado y se vislumbra otro or-

cuento y reflexión, de intercambio y discusión. que fuera también un espacio de descanso y disfrute. Creemos que en todos estos años nos lo hemos ganado.

El mar, un parque natural y un clima maravilloso nos acompañaron.

Esperamos que hayan disfrutado de todo ello y haber alcanzado nuestros objetivos. Creemos que sí. Algunas fotos que atesoran nuestros archivos que la Ley de Protección de Datos nos impiden publicar, dan fe de ello.

## EL CONGRESO EN CIFRAS



den de cosas. Nuestros pacientes se han ido transformando de usuarios a clientes para convertirse hoy en ciudadanos de pleno derecho y responsables. Las organizaciones sanitarias garantes de este servicio se ven obligadas a ajustarse al cambio, innovando y arriesgándose con el objetivo de tratar a todos con la calidad, la equidad y la eficacia que se merecen. Todo un reto.

Lo lúdico ocupó un importante lugar en nuestras agendas de trabajo. Cada reunión del Comité Organizador incluyó algún aspecto que impactara directamente en todos nuestros compañeros. Por ello, establecimos dos objetivos: que nuestro Congreso fuera un espacio de en-

De isla en isla y tiro porque me toca ....  
 2010...nos vemos en Canarias



Y, 2011...

Gracias a todos, autoridades, organizadores, ponentes, colaboradores y sobre todo PARTICIPANTES

## NOSOTROS

Ana M. Fernández Espiñeira, Josefa López Bellosta, Laura Salas Palazón, Lourdes Sánchez Albarracín, Jose Ignacio Olivares Correas y Natividad Vidaller Ferro.  
CAP Can Panitquet / CAP Plana Lledó / Fundación Privada Hospital de Mollet

PREMIO MEJOR COMUNICACIÓN ORAL, XIV CONGRESO DE LA SEAS, PALMA DE MALLORCA 2009

## QUÉ PASA CON EL DVA?

### Antecedentes

Entre 2006 y 2008 los dos EAPS, el Hospital y el Ayuntamiento de Mollet del Vallès, conjuntamente, realizamos una campaña de difusión del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA).

### Objetivos

1. Promover el derecho a la autonomía del paciente potenciando la reflexión y la toma de decisiones en el proceso de la vida, mediante el DVA.
2. Concienciar a los profesionales de la importancia de los derechos de los usuarios, en concreto el DVA.

### Método:

Se llevaron a cabo sesiones formativas e informativas a los profesionales de los EAP y Hospital, informativas a la población y una entrevista en la radio local. Conjuntamente con el Ayuntamiento se realizaron trípticos informativos incluyendo la documentación necesaria para realizar el DVA, que fueron repartidos en las sesiones.

También, se formó al personal administrativo elaborando el circuito de cada centro.

### Resultados

0,02% de Mollet del Vallès realiza el DVA  
0,35 de la provincia de Barcelona  
0,31 de Cataluña

### Conclusiones:

Los resultados obtenidos no guardan relación con los recursos y esfuerzos empleados

### Dificultades:

Burocracia y/o coste económico, estrés en las familias, influencia medios de comunicación solo en situaciones mediáticas, estudios del personal sanitario sin formación en DVA, formación y tiempo para que el profesional informe, pérdida del poder de decisión del profesional.

### Discusión:

Por qué estos porcentajes?

### Propuesta:

Durante el 2009 pretendemos profundizar en el análisis y plantear nuevos objetivos. (Encuestas a profesionales y usuarios)

En la actualidad tenemos recogidas 310, encuestas a profesionales, que están pendientes de ser analizadas.

Encuestas recogidas a 20/04/09

### Palabras clave:

INFORMACIÓN, VOLUNTADES, ANTICIPADAS, DERECHO, CIUDADANO

El Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) permite a cada ciudadano dejar constancia, de forma anticipada, de sus deseos sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad.

En este documento se puede nombrar un representante que será el interlocutor válido con el médico o el equipo sanitario, en el caso de que el paciente no pueda expresar su voluntad por si mismo.

“El Parlament de Catalunya”, consciente de que ésta es una herramienta útil para fomentar la autonomía de las personas y velar por una atención más respetuosa con su voluntad, incluyó como un derecho la elaboración del documento de voluntades anticipadas en el Estatuto de Autonomía del año 2006.

“La Generalitat de Catalunya” se propuso, dentro de los objetivos del Plan de Gobierno 2007-2009, fomentar la participación y la corresponsabilidad ciudadana en el ámbito sanitario ampliando la implantación de este tipo de documento.

Desde atención primaria y atención hospitalaria de Mollet del Vallès hemos tomado conciencia de que es imprescindible que el ciudadano tenga la información suficiente sobre el documento de voluntades anticipadas para poder tomar una

decisión respecto al final de su vida.

Durante los años 2004 y 2005 y dentro del ciclo de charlas "Parlem de Salut" del Ayuntamiento de Mollet, se hicieron dos sesiones sobre el DVA.

En estas dos sesiones se detectó la necesidad de realizar una campaña informativa del DVA a toda la población.

A principios del 2006 se inició la campaña informativa con una rueda de prensa del Ayuntamiento de Mollet y la presentación a la población, con la presencia de la Sra. Carmen Guarro, Concejala de Salud y del Sr. Gustavo Subirach, miembro de la junta directiva de la "Associació del Dret a morir dignament" y la colaboración de la Sra. Anna Novell, del Ayuntamiento de Mollet, de la Dra. Neus Jou, Directora del Centro de Atención Primaria (CAP) Plana Lledó de Mollet del Vallès, del Dr. David Baulenas, Director del Centro de Atención Primaria Las Franqueses y del Sr. Daniel Acosta, Responsable de Atención al Ciudadano de la Fundación Privada Hospital de Mollet.

Se realizó formación interna al personal de la OAC (Oficina de Atención al Ciudadano) del Ayuntamiento de Mollet.

Posteriormente se realizaron 7 sesiones informativas a los ciudadanos, en centros cívicos para la población en general, en centros de la tercera edad para las personas mayores y en asociaciones de enfermos.

Se realizó difusión a través de la prensa local y entrevistas en la radio, a profesionales sanitarios de la zona. (Dra. Neus Jou, Dr. David Baulenas y Sr. Daniel Acosta)

En todas las sesiones informativas se repartieron trípticos con la documentación necesaria para la realización del DVA, que había elaborado el Ayuntamiento de Mollet con la colaboración de los dos Centros de Atención Primaria de Mollet y la Fundación Privada Hospital de Mollet.

En noviembre de 2008 se creó un nuevo grupo de trabajo, formado por Ana M. Fernández Espiñeira (administrativa del CAP Can Pantiquet), Josefa López Bellosta (administrativa de la Fundación Privada Hospital de Mollet), Laura Salas Palazón (administrativa del CAP Plana Lledó), Lourdes Sánchez Albarracín (trabajadora social del CAP Plana Lledó), Jose Ignacio Olivares Correas (médico

de familia del CAP Can Pantiquet), Anna Pujol Sarria (trabajadora social del CAP Can Pantiquet) y Natividad Vidaller Ferro (responsable de Comunicación e Imagen del SAP Granollers-Mollet), con la colaboración de Carmen Vera Morón, alumna en prácticas de trabajo social.

Este grupo recopiló la información del Registro de Voluntades Anticipadas y de las Historias Clínicas, para valorar: "Qué pasa con el DVA?"

Los resultados obtenidos no guardaban relación con los recursos y los esfuerzos empleados (tan solo el 0,07% de la población de Mollet ha realizado el DVA) lo que hizo que nos planteáramos una serie de preguntas: El profesional está concienciado y tiene toda la información que necesita para incluir este acto en su práctica clínica diaria? El ciudadano está suficientemente informado? Si el ciudadano tiene la información necesaria, cual es la causa para un porcentaje tan bajo?.

Se valoró que, si ya se ha hecho la difusión a la población, lo que faltaba era formar e informar al personal sanitario.

Se realizaron 16 sesiones formativas e informativas al personal sanitario en los Centros de Atención Primaria de toda la zona, con una asistencia de 402 profesionales y 1 sesión en la Fundación Privada Hospital de Mollet, con una asistencia de 16 profesionales.

Se hicieron, también, 2 sesiones formativas e informativas al personal administrativo de los dos CAP de Mollet, en las que se elaboró un circuito administrativo para cada centro.

Durante las sesiones con los profesionales se detectaron algunas dificultades que se plantean a la hora de poner en práctica este derecho, como son la pérdida del poder de decisión del profesional sanitario, la necesidad de tiempo con el paciente para facilitarle la información, la burocratización del proceso, la situación de estrés que se crea en la familia (hasta ahora, nuestra sociedad tomaba las decisiones importantes en familia y dejar paso a la individualidad, culturalmente, representa un cambio más), la no contemplación en los estudios como un derecho del usuario (empieza a tenerse en cuenta en los estudios de enfermería) y la influencia de los medios de comunicación que solo resaltan situaciones muy mediáticas y crean confusión con otras situaciones, como puede ser la eutanasia.

Con esta información nos hicimos una propuesta

## NOSOTROS

## premio mejor comunicación oral

de futuro: profundizar en el análisis y plantear nuevos objetivos, mediante encuestas a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios y no sanitarios.

Durante los 4 primeros meses del 2009, se realizó la encuesta a los profesionales sanitarios y se recogieron 310 encuestas que están pendientes de analizar.

Como conclusión podemos decir que nuestro trabajo no ha terminado, que seguimos valorando la importancia de que tanto profesionales como ciudadanos tengan toda la información sobre el DVA para que sea éste último quien pueda, libremente y con antelación, decidir como quiere que sea el final de su vida en el caso de que, llegado el momento, no pueda expresarlo por si mismo.

#### Bibliografía

- Ley 21/2000 de 29 de diciembre sobre el derecho del paciente a la información, a la autonomía personal y al acceso a la historia clínica.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de dere-

chos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art. 10.

- DECRETO 175/2002, de 25 de junio, que regula el Registro de voluntades anticipadas. (Pág. 11616). DOGC núm. 3665 - 27/06/2002

- Instrucción 02/2002, consentimiento informado, voluntades anticipadas y acceso a la historia clínica en los centros del "Institut Català de la Salut".

- <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1961/>

- [http://www.gencat.cat/ics/professionals/juridics/2005\\_deseembre/article2.html](http://www.gencat.cat/ics/professionals/juridics/2005_deseembre/article2.html)

- <http://www.bioeticayderecho.ub.es>

#### Fuentes estadísticas:

- <http://www.idescat.cat>

- Registro de Voluntades Anticipadas, Dirección General de Recursos Sanitarios. Departamento de Salud

- Registre de Voluntades Anticipadas, Fundació Privada Hospital de Mollet EAP Mollet 1 Est, SAP Granollers-Mollet EAP Mollet 2 Oest, SAP Granollers-Mollet

## NOSOTROS

Díaz Silva, Alex, Melero Cortijo, Silvia.

Hospital Sociosanitari de L'Hospitalet de Llobregat / Consorci Sanitari Integral (CSI). Barcelona.

### PREMIO MEJOR PÓSTER, XIV CONGRESO DE LA SEAS, PALMA DE MALLORCA 2009

# LAINFORMACIÓN COMO HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

#### INTRODUCCIÓN

La cartera de servicios del Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet esta formada por las siguientes unidades: convalecencia o rehabilitación geriátrica, cuidados paliativos, psicogeriatría de media y larga estancia, larga estancia, hospital de día, consulta externa, dos equipos interconsultores hospitalarios (UFISS de geriatría y UFISS de paliativos) y un equipo de soporte domiciliario.

La Unidad de Atención al Usuario del Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet cada año establece acciones de mejora alineadas con la planificación estratégica del CSI y con los objetivos que

marca la División de atención al Cliente y Calidad de la Región Sanitaria. En el año 2008 se priorizaron acciones dirigidas a mejorar la información y comunicación con el usuario y su familia.

Nosotros nos propusimos crear un espacio físico y temporal para canalizar la información a pacientes y familiares. Generar un encuentro formal para informar del diagnóstico, implicaciones pronósticas, curso evolutivo, aclarar dudas y en las situaciones de final de vida realizar planificación avanzada.

#### PACIENTES Y METODO

Se analizaron las encuestas de satisfacción al

usuario de años anteriores, reclamaciones, sugerencias y quejas orales relativas a la información médica. Para alcanzar este objetivo se han establecido las siguientes actuaciones:

- Crear un espacio de información en las diferentes unidades y servicios.
- Implantar un horario de información a pacientes y familiares.
- Realizar acciones divulgativas dirigidas al personal y a los usuarios para dar a conocer el nuevo espacio de información.

Para cuantificar la eficacia de las medidas se elaboró un registro, tanto de las sesiones informativas realizadas en cada unidad, como del número de familias atendidas en cada sesión.

Estudiar las variaciones en la respuesta a las dos preguntas referidas a la información de la encuesta de satisfacción desde 2006 (previo a las medidas) hasta 2008; y analizar si han aparecido modificaciones en las hojas de sugerencias.

Se estableció como objetivo secundario incluir en la acción de mejora a los usuarios y familiares de al menos el 80% de la población ingresada.

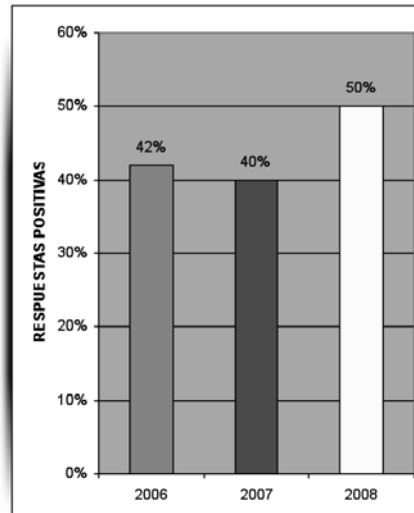
**RESULTADOS**

Aunque las acciones se iniciaron el año 2007, el desarrollo completo del proyecto ha sido en el año 2008. En enero de 2009 se ha llevado a cabo la evaluación de los indicadores establecidos para medir los resultados.

- Se ha conseguido formalizar un espacio físico-temporal para garantizar a las familias un contacto semanal con el equipo responsable.
- Desde la implantación de estas medidas no se han recibido reclamaciones, quejas y/o sugerencias relacionadas con falta o insatisfacción de la información recibida.
- Los resultados de las 2 preguntas de la encuesta de satisfacción que hacen referencia a la información médica y que engloban los servicios de convalecencia, psicogeriatría y larga estancia segmentadas por año los podemos ver representados gráficamente a continuación:

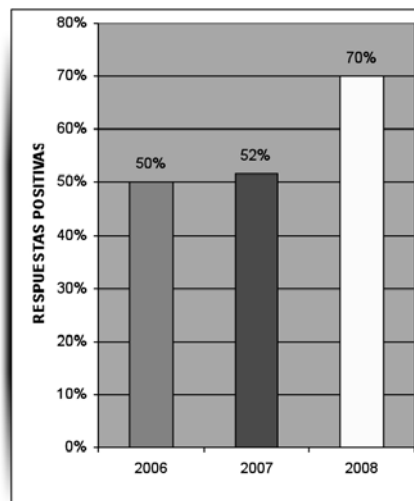
-¿Des de que esta en el Hospital el medico le explica su enfermedad?

(Se representan las respuestas positivas –buena o muy buena-)



-¿Valore la información que dan a su familia sobre su enfermedad?

(Se representan las respuestas positivas –buena o muy buena-)



**CONCLUSIONES**

- La implantación de un horario de información en las diferentes unidades y servicios ha sido una iniciativa bien recibida por los pacientes y familiares.
- Los usuarios tienen una percepción de mayor accesibilidad.
- Los profesionales valoran positivamente el tener un espacio para canalizar las demandas de información.

**AGRADECIMIENTOS**

A todo el personal ya que sin su implicación y colaboración la consecución de este objetivo no hubiera sido posible.

## “3rd European patients’ rights day 2009”

# TERCERA JORNADA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA.

El día 22 de abril de este año tuvo lugar en Estrasburgo, y en el marco del Parlamento Europeo, el “3rd European Patients’ Rights Day 2009” Acto organizado por la Active Citizenship Network en colaboración con las instituciones europeas.

Esta jornada, en su tercera edición, tenía como objetivo intercambiar experiencias y soluciones en

Abrió la Jornada la Sra. Androulla Vassiliou, Comisaria Europea para la Salud. Dos mesas redondas ocuparon la jornada, una sobre “El día europeo de los Derechos de los Pacientes: Una iniciativa de los ciudadanos” En ella participaron la Sra. Melody Ross, y representantes de Polonia, Holanda, Francia, Letonia e Italia. La otra mesa redonda trató sobre “Los Derechos de los Pacientes en Europa: El papel de las Instituciones Europeas” en la que participaron representantes de las Instituciones Europeas, un miembro de la Comisión Europea de Salud y Consumidores, un miembro del Comité Económico y Social Europeo y un miembro del Parlamento de Bulgaria. Por las asociaciones de pacientes intervinieron un representante del Foro Europeo de Pacientes y un miembro de la European Empowerment for Customised Solutions de Holanda, cerrando la mesa un miembro del Pharmaceutical Group de la Unión Europea

Durante toda la mañana intervinieron también diversos miembros del Parlamento Europeo, entre ellos la diputada Sra. Cristina Gutierrez Cortines miembro del Grupo Popular Europeo. Cerró el acto la Sra. Teresa Petrangolini, Secretaria General de la organización italiana Cittadinanzattiva.



torno a la aplicación de la “European Charter of Patients’ Rights” la Carta Europea de Derechos de los pacientes. En esta jornada participaron diferentes asociaciones que trabajan en el campo de los derechos de los pacientes en los países de la Unión Europea. Por España estuvieron presentes la Confederación Española de Consumidores y Usuarios, CECU y la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. La SEAUS estuvo presente en este acto por expresa invitación de la Active Citizenship Network, y acudió en representación de nuestra sociedad María Pilar González Serret.

A lo largo de toda la jornada se presentaron y debatieron temas relativos a los Derechos de los Pacientes. En primer lugar se habló de la importancia de las iniciativas ciudadanas, tanto de asociaciones de pacientes como de ciudadanos activos para poder reflexionar y actuar en este aspecto. Hay países, como es el caso de Holanda, que cuenta con un gran número de asociaciones y de miembros adscritos a ellas, es decir con tradición y motivación. Se habló también de la importancia de la implicación de cada país en concreto y de las actividades llevadas a cabo con ocasión del día

de los derechos en Europa. En este aspecto cabe destacar las actividades realizadas por parte de países como Francia o Italia.

De los temas presentados decir que se habló insistentemente y por parte de todos los ponentes de aspectos como la comunicación, la accesibilidad a los servicios, la equidad con garantía de igualdad en el acceso a los servicios, al tratamiento y a la rehabilitación, la libertad de elección, la satisfacción del paciente, la seguridad clínica, el respeto a la integridad, la confidencialidad y muy especialmente de la importancia de la ética. Se habló también de la calidad de los servicios, de eliminar los aspectos burocráticos, de formar a los profesionales, de crear e innovar y de complementar las políticas de salud con políticas sociales.

También se puso en evidencia un tema cotidiano y habitual en la Europa de hoy, como es el de la movilidad de sus ciudadanos y, por tanto, la movilidad de los pacientes. La libre circulación de los ciudadanos europeos no debería poner en cuestión sus derechos. Se hace necesario ir a una integración de servicios y a favorecer y estimular iniciativas de todo tipo de cooperación inter-fronteras.

Para finalizar exponemos aquí una serie de con-

clusiones presentadas durante la jornada para incidir en el respeto a la Carta de Derechos por parte de todos.

- Los Derechos de los ciudadanos en Europa han de ser una prioridad. Han de ser una parte más de las políticas de la UE
- Todas las instituciones sanitarias han de estar comprometidas con esa carta de derechos
- El compromiso con los derechos de los ciudadanos ha de formar parte de las políticas de calidad
- Es necesario buscar estándares de respeto a los derechos y poder valorar su cumplimiento
- Hay que buscar formas y aprovechar oportunidades para incidir en el compromiso de los profesionales

Actualmente se constatan diferentes actuaciones ante los derechos de los ciudadanos en materia de salud en Europa. Hay enfoques diferentes en cada país o institución, por eso un día dedicado a los derechos de los pacientes ha de ser una oportunidad para reflexionar y para integrar los movimientos de ciudadanos y pacientes. Una oportunidad que permita escuchar la voz de todos ellos, que permita establecer un consenso para que los ciudadanos en la Unión Europea sean los verdaderos actores de un sistema sanitario integrado y equitativo.



**XX CONGRESO NACIONAL  
 DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
 DE ATENCIÓN AL USUARIO  
 DE LA SANIDAD  
 DEL 3 AL 6 MAYO 2010  
 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA  
 HOTEL MELIÀ LAS PALMAS**

**SEAUS**  
 Sociedad Española de  
 Atención al Usuario de la Sanidad

## EL CIUDADANO QUE ACUDE...

**El ciudadano que acude a un Servicio Sanitario Público, desconocen por completo las dificultades organizativas, de gestión, de personal, de sostenibilidad, etc. que tiene el mismo, solo evalúa si el Sistema satisface sus expectativas.**

Las administraciones están obligadas en conocer las opiniones que tienen los ciudadanos a través de encuestas de opinión. Estas encuestas lo que miden son percepciones de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios en función de las expectativas que tiene. En ocasiones estas percepciones vienen de experiencias propias, otras sobre impresiones que tiene por experiencias de otras personas, bien directamente o por medios de comunicación. Una de las variables más influyentes en la ecuación son las expectativas. Un ejemplo claro lo encontramos en Extremadura. Siendo la Comunidad que mayor porcentaje de habitaciones individuales de hospitalización dispone, es de las que muestran peor notas en las encuestas de opinión a la hora de valorar este servicio en la Comunidad. El motivo es el haber sido la Comunidad que más ha insistido y publicitado en la necesidad de habitación individual y donde a la población se le han creado mayores expectativas. En cambio, otras comunidades donde no existe este interés y con un porcentaje bajo de camas individuales, obtiene mejores notas.

A la hora de juzgar un Sistema, se deben valorar varios procedimientos de evaluación y no quedarse solo en las encuestas de satisfacción. El grado de satisfacción no tiene nada que ver con la calidad objetiva. Si queremos conocer si nuestro Sistema es de calidad deberemos comparar indicadores sanitarios y no sanitarios, como tasas de mortalidad, morbilidad, días medios de esperas, número de camas individuales, etc. Se deben comparar datos objetivos. En este artículo, analizaremos más por donde van las expectativas de los ciudadanos y sus percepciones que tratar de la calidad de la atención.

La Atención Primaria, en principio se encuentra muy bien valorada, es decir, la atención recibida se acerca a las expectativas de los usuarios. Una razón importante es la cercanía a este nivel asistencial, se conocen a las personas que trabajan y se es consciente de los medios y sus limitaciones que existen. Por otra parte, la posibilidad de derivación a otro nivel asistencial libera a los profesionales de Atención Primaria lo que ocasiona, por otra parte, que, paradójicamente, sea de las causas más frecuentes de insatisfacción del usuario, cuando no se deriva. Estas situaciones producen que se realicen excesivas derivaciones disminuyendo eficacia y eficiencia de la

Atención Primaria. Por tanto, debemos destacar, la preocupante tendencia del ciudadano a ser atendidos todas sus patologías por especialistas, incluso por súper-especialistas, en muchas ocasiones, ni siquiera reconocidos, devaluándose a los especialistas de atención primaria e internistas.

Sin dudas, la causa más frecuente de insatisfacción en AP, como en la especializada, es la accesibilidad, sobretodo en periodos vacacionales, donde resulta imposible la sustitución de todos los trabajadores sanitarios produciéndose retrasos de citación. Máxime cuando el ciudadano no acierta a diferenciar la atención urgente con la solicitud de una consulta programada. Cuando el tiempo de espera para una consulta programada es de varios días y su patología no la considera excesivamente grave como para acudir de urgencias es cuando surge el conflicto. Otra situación es cuando acude de urgencias en su Centro de Salud, esperando ser atendido por su médico. El resto de las dificultades que encuentran son más de tipo asistencial o de trato. Este tipo de situaciones son fáciles de resolver, al ofrecérseles alternativas para cambiar de profesionales. Solo una situación genera problema, es cuando el ciudadano vive en un núcleo de población pequeño, donde solo hay un consultorio con un médico y si desea cambiar debe desplazarse a otra población para recibir la asistencia.

En la Atención de Urgencias es donde el ciudadano tiene las mayores expectativas y por tanto exigencias. Sobre estos Servicios, se nos presentan con bastante frecuencia, reclamaciones sobre conflictos en contextos donde la urgencia no es vital. En las Urgencias extrahospitalarias, el ciudadano tiene la confianza de recibir una atención en un tiempo breve. Los Servicios 112, valoran telefónicamente el grado de gravedad y la necesidad de una atención inmediata. En aquellos casos que detectan que el paciente puede esperar, es derivado a Centros de Atención Primaria, dejando los recursos de emergencias reservados para otro tipo de incidencias más graves. El tiempo de espera en recibir la atención suele ser el motivo más frecuente de reclamación. Con respecto a las urgencias hospitalarias, el ciudadano tiene expectativas de que sean resueltas todas sus dolencias en el Centro Hospitalario y de manera rápida. Espera de varias horas para ser atendidos y

altas sin diagnóstico preciso, con derivación diferida a otros Servicios, no bien entendidas.

La Atención Especializada genera en la ciudadanía muchas más dudas. Lo que percibe son: las dificultades de acceso, listas de espera y citaciones, burocratización, de calidad, de seguridad, trato, etc.

Su primer problema lo encuentra en los tiempos de espera para ser atendidos por el especialista. Las expectativas que tiene el ciudadano son diferentes a la que le ofrece los Sistemas Públicos, tanto en la atención por el especialista, para la realización de una prueba complementaria o para intervención quirúrgica. Los tiempos que le ofrecen para la atención en los Sistemas Sanitarios Públicos no se ajustan a las expectativas ciudadanas.

Otra cuestión que no alcanzan a comprender es la burocratización del Sistema. Cuando reciben la explicación de que no se le puede dar antes cita para un

especialista porque el ordenador no lo admite, o no está abierta la agenda. Contemplan al sistema como carente de alma o deshumanizado. Perciben que la tecnificación ha llegado a tal extremo que deciden las máquinas por encima de profesionales de la salud que le informaron de otra necesidad.

Sobre la calidad, a pesar de ser alta en los Sistemas Sanitarios Públicos su percepción es que se le dedica poco tiempo al trato con el paciente. Si bien es cierto que los usuarios en general tienen una confianza alta en la tecnología, también hay otros que perciben que se derivan para realizar inútiles pruebas complementarias, obviando unas buenas anamnesis con las que se puede llegar a un diagnóstico. Esto lo que produce son múltiples visitas al médico, en su primera visita, para recogida de resultados, para la realización de pruebas, derivación a otros especialistas, aumentando la angustia y demorando la atención hasta llegar a un resultado diagnóstico.

Quizás los Sistemas más seguros sean los Públicos. Entre otras cuestiones porque no se condicionan diagnósticos ni tratamientos a otros aspectos que no sean los puramente sanitarios. Por ejemplo, no existe un beneficio económico añadido o un interés en la cronificación de enfermedades. A pesar de esto, el ciudadano que vive la experiencia de ingresos hospitalarios, perciben el Sistema como con muchos riesgos. No se trabaja por procesos. No se asignan médicos responsables que hagan el seguimiento y vele por la correcta atención e información del pa-

ciente ingresado, los macrohospitales no ayudan a tranquilizar al paciente, ser "un enfermo desplazado dentro del Hospital", los tiempos para ser "trasladado a planta", un trato desigual en planta de ingreso, no solo por el trato personal, si no por las propias actuaciones de enfermería y de auxiliares de clínica, perciben como que existe un riesgo en su seguridad. No es infrecuente los errores de tratamientos, intercambiándose de un paciente a otro. Estas cuestiones se disparan cuando sale alguna noticia alarmante como el fallecimiento de Rayan en el Hospital Gregorio Marañón. Sobre la concepción del ciudadano sobre la seguridad del paciente (expresión que creo es desafortunada ya que induce a tener expectativas mayores a las reales). La ausencia de implantación de Programas de Gestión de Calidad en todos

los Servicios perceptibles a los ciudadanos, traslada una organización de improvisación al ciudadano.

Otra cuestión que asume el ciudadano y la

Sociedad como normal es la medicalización de problemas sociales, que viene a añadir trabajo a los profesionales sanitarios. Muchos son los ejemplos que existen. Trasformar en patológico un duelo, certificar unas lesiones dudosas para posteriormente formular una denuncia, las bajas médicas como unas vacaciones extraordinarias, dejar en custodia aun dependiente en un periodo vacacional o en un día especial, etc. La suma de situaciones que se están medicalizando está adquiriendo tal envergadura que puede en riesgo el propio sistema.

La tendencia es que se vayan incrementando las expectativas sociales, a veces inalcanzable. Las series de televisión, donde en poco más de una hora el paciente es diagnosticado y trasplantado, muchas veces por el mismo médico, donde se resuelven situaciones que no se producen en la realidad, no ayudan a crear una conciencia social sobre la Sanidad Pública más cercana a la realidad.

La atención en tiempos más rápidos, la mejora del trato, la libertad de elección de médico, las segundas opiniones, la seguridad del paciente, el conocer realmente la calidad que se prestan en distintos Servicios y por los distintos profesionales para poder elegir, aumentar las prestaciones a las que se tiene derecho, como podología, odontología, etc, son las piedras angulares por donde, creo, seguirá experimentando una mayor presión de los ciudadanos sobre la atención en el Sistema Sanitario Público.

#### EL CHISTE:

A este paciente le he hecho un TAC, una ECO, una RMN con contraste y nada, Al final voy a tener que explorarle.

¿Pero Usted no es el Médico especialista en Depresiones de mujeres posmenopáusicas recientemente separadas?  
Si. Pero solo de amas de casas, las de profesionales liberales está en el Hospital Central.

## TEMAS DE INTERÉS

Virtudes Pacheco Galván

Atención al Usuario.

Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

# JORNADA SOBRE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

Celebrada en Barcelona el día 30 de septiembre de 2009, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Teniendo en cuenta que los Servicios de Atención al Ciudadano contribuyen a hacer posible el derecho del paciente a realizar el documento de voluntades anticipadas, DVA, y tienen experiencia en su aplicación tanto en atención primaria de salud, como en los hospitales y en otros centros sanitarios, el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña organizó una jornada sobre "Los profesionales de atención al ciudadano y las voluntades anticipadas" con el objetivo de conocer las dificultades con que se encuentra este colectivo de profesionales, así como sus aportaciones y propuestas para mejorar la implementación del DVA en el ámbito del sistema sanitario.

Experiencias y propuestas de mejora en la implementación del derecho a formular las voluntades anticipadas, a partir de los Servicios de Atención al Ciudadano.

Moderadora **Virtudes Pacheco**, Atención al Usuario. Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, **Rosa Carulla**, Atención al Ciudadano, Althaia Servicios Asistenciales de Manresa Marta Solè, Atención al Ciudadano. Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón de Barcelona, **Benito Fontecha**, Sociedad Catalana de Gerontología y Consorcio Sanitario Integral de Hospitalet de Llobregat, **Juan M. Sánchez**, Comité de Ética. Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

## Consideracions sobre el document de VOLUNTATS ANTICIPADES



### CONCLUSIONES DE LA JORNADA

Desconocimiento del DVA. Las voluntades anticipadas son aún poco conocidas en nuestra sociedad, y en el caso de ser conocidas, su asunción por parte del ciudadano, del profesional sanitario y de los servicios de atención al ciudadano es aún precaria.

### El DVA como objetivo del Plan de Gobierno.

Conseguir una respuesta adecuada por parte del ciudadano, del profesional sanitario y de los profesionales de atención al ciudadano es, y continua siendo, uno de los objetivos del Plan de Gobierno del año 2009 para el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

### Cambios en la percepción del sistema sanitario.

La existencia del derecho a hacer un documento de voluntades anticipadas se asocia con el cambio progresivo que se está planteando por parte del ciudadano, en el sentido de querer participar en la gestión de su proceso, es decir, de ejercer plenamente su autonomía.

### Necesidad de reflexión y dialogo.

En la práctica el DVA aún es percibido como un instrumento poco útil. Se ha de ser consciente, no

### PROGRAMA Y PARTICIPANTES

#### INAUGURACIÓN

**Jordi Varela**, Director Gerente de la Fundación de Gestión Sanitaria del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, **Marc Antoni Broggi**, Presidente del Comité de Bioética de Cataluña, **Mercè Cruells**, Jefe de la División de Atención al Ciudadano. Área de Servicios y Calidad del Servei Català de la Salut **Mercè Tella**, Vicepresidenta de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, SEAUS

#### INTRODUCCIÓN SOBRE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

**Josep M. Busquets**, Secretario del Comité de Bioética de Cataluña, **Marc Antoni Broggi**, Presidente del Comité de Bioética de Cataluña

#### MESA REDONDA

obstante, de que la utilidad del DVA no se debe al documento en sí mismo, sino a su inadecuada realización: un DVA realizado sin una previa reflexión del otorgante sobre sus propios valores y deseos, sin un diálogo suficiente con el profesional sanitario sobre temas concretos como la previsión de la evolución de la enfermedad o la posibilidad de tratamiento, no es útil. Se necesita, pues, la previa autorreflexión y el diálogo con el médico, familiares y representante como una condición básica para realizar adecuadamente un DVA. El documento no es unilateral, ya que se basa en la corresponsabilidad entre médico y paciente a la hora de tomar decisiones.

#### **El respeto a la autonomía del paciente.**

Como individuo autónomo, el paciente ha de conocer y asumir su derecho a responsabilizarse y a participar en la atención sanitaria que se le procura. Los profesionales sanitarios tendrán que respetar y asumir este derecho del paciente, invitándole a corresponsabilizarse y a coparticipar activamente en la planificación anticipada de sus cuidados. Es en esa planificación donde se ha de integrar el DVA.

#### **Iniciativas de difusión del DVA.**

Se han puesto en marcha diversas iniciativas con la finalidad de difundir este derecho; como la formación de los profesionales sanitarios y sociosanitarios, incorporando estas iniciativas a los planes de calidad. También la realización de campañas institucionales, junto con la mejora de los instrumentos formales de difusión dirigidos al ciudadano para mejorar el conocimiento y la forma de acceso al documento. Se plantea la idea de utilizar los medios de comunicación. Como instrumento de difusión el mensaje principal sería: que el objetivo de las voluntades anticipadas es el respeto a la autonomía del paciente y que el DVA es el medio, no el fin.

#### **La calidad del DVA es prioritaria al número de documentos.**

Más importante que se registren muchos DVA, es que los que hay registrados estén hechos correctamente y, por tanto, puedan ser efectivos. El proceso para tener información sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidad de tratamientos por parte del paciente requiere un cierto tiempo. La experiencia demuestra que los documentos hechos de una forma precipitada no son efectivos y pueden no reflejar la voluntad real del paciente. En este sentido, es necesario que los profesionales sanitarios conozcan que existe la posibilidad de hacer un DVA, que sepan ofrecerla al paciente en el momento más adecuado y que se impliquen activamente en su

realización. De esta manera disminuiría la percepción del DVA como un documento muy genérico y poco claro, aumentando así su efectividad.

#### **Los Servicios de Atención al Ciudadano como elemento de soporte en el momento de realizar un DVA.**

Si los médicos se han de implicar en los aspectos de contenido del DVA, los Servicios de Atención al Ciudadano, han de estar capacitados para informar sobre su proceso de validación, el proceso de registro y los aspectos legales. Se plantea que estos profesionales tengan posibilidad de acceso al registro central de voluntades anticipadas.

#### **El DVA es beneficioso para a todos.**

El DVA es beneficioso en todos los sentidos. Es beneficioso para el paciente porque contribuye a asegurar que se respetará su voluntad. Es beneficioso para el profesional sanitario porque le facilita la toma de decisiones, ya que en todo momento sabrá que su actuación es conforme a la voluntad del paciente y de acuerdo con su concepto de dignidad. Ayuda a la familia y allegados a descargarse de la angustia que supone la incertidumbre de preguntarse qué desearía su familiar. Así mismo, el DVA procura seguridad jurídica al profesional sanitario.

#### **Algunos obstáculos en relación con el DVA.**

Existen algunos elementos y situaciones que pueden ser un obstáculo en el proceso en relación al DVA

- La no aceptación del hecho de la muerte. Ciertas tendencias de los profesionales médicos como el paternalismo o la percepción del DVA como la imposición de una limitación terapéutica; la percepción del DVA como poco útil porque estamos acostumbrados al hábito de ayudar a vivir, pero no a ayudar a morir
- La dificultad de aceptación por parte de los familiares a causa del vínculo afectivo, muchas veces conspiración de silencio para ocultar información al paciente. Muchas de las personas que hacen un DVA lo hacen precisamente porque no quieren que las represente un familiar directo y en el documento nombran como representante a la persona que realmente desean que les substituya en la toma de decisiones sanitarias
- Tendencia del otorgante a creer que el DVA tiene más garantía de ser llevado a la práctica de la que realmente tiene, por el problema de la imposibilidad de anticipar situaciones futuras concretas
- El obstáculo que representa la burocracia del proceso de realización del DVA.

# ESTUDIO SOBRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN Y SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO

## FUNDAMENTACIÓN

La violencia es un conjunto de reacciones que siempre ha acompañado al ser humano. En la actualidad podemos observar reacciones violentas que han existido anteriormente como las torturas, el abuso sexual, el abuso físico... y nuevas formas de expresión de violencia más sofisticadas (violencia verbal, psíquica, acoso...) que se expresan a través de nuevos medios como consecuencia del desarrollo de las tecnologías (Internet, móviles y video juegos). La violencia no tiene fronteras, no está limitada a un contexto, ni siquiera a un contexto de trabajo, ni a grupos de personas o grupos de profesionales.

Por esta razón hablamos de: violencia de género, violencia doméstica, violencia sexual, violencia infantil, violencia social, violencia en el trabajo, violencia y terrorismo,...

En el ámbito laboral las situaciones de violencia se han ido extendiendo desde las empresas que se dedicaban a bienes de un alto valor, bancos y farmacias, a organizaciones públicas relacionadas con el sector servicios que según la Organización Internacional del Trabajo, son consecuencia del estrecho contacto que mantienen los trabajadores con usuarios y clientes.

En nuestro acercamiento a la violencia en el trabajo, a las agresiones al profesional sanitario y más concretamente las agresiones en los Servicios de Atención al Usuario de Castilla y León, hacemos una revisión de las normativas que existen para la protección de los trabajadores, definiciones de violencia en el ámbito de trabajo y descripción de las agresiones y finalmente revisamos las causas e incidencia de las agresiones, en concreto en el ámbito sanitario.

En cuanto a las normativas destacamos las siguientes:

- La Directiva de la Comisión Europea, que obliga a la prevención de la violencia en el trabajo y hace responsables a los empresarios de velar para que los trabajadores no sufran daños en el medio laboral.

- La Directiva Marco 89/391/CEE de Aplicación de Medidas para promover la Seguridad y la Salud de los trabajadores.

- En España es referencia la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en su art.14.2 dice "el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

- El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1992, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana, señala que «el Ministerio de Justicia e Interior podrá ordenar, conforme a lo que se disponga reglamentariamente, la adopción de medidas de seguridad necesarias en establecimientos e instalaciones industriales, comerciales y de servicios, para prevenir la comisión de actos delictivos que puedan cometer contra ellos, cuando generen riesgos directos para terceros o sean especialmente vulnerables...»

- La Ley 23/1992 de Seguridad Privada, el Reglamento de Seguridad Privada (aprobado por Real Decreto 2364/1994)

- Orden de 23 de Abril de 1997 por la que se concretan determinados aspectos en materia de medidas de seguridad, en cumplimiento del Reglamento de Seguridad Privada.

- En el ámbito sanitario en la actualidad los distintos Sistemas de Salud han elaborado Planes Integrales para la Prevención de las Agresiones a los Profesionales Sanitarios, en los que se contemplan diferentes medidas de prevención y de atención a las víctimas de agresiones definiendo los procedimientos de actuación ante una situación de agresión en el Sistema Público, asesoramiento legal y conciliación laboral y las acciones para con el agresor incluyendo planes de comunicación, evaluación y seguimiento y los mapas de riesgos.

En cuanto a la definición de violencia en el trabajo encontramos que, en general, se asocia violencia con agresión física, pero incluso la Real Academia de la Lengua(2) considera en una de sus definiciones que "agresión es todo acto contrario al derecho de otra persona", es decir, que no se

limita a que se produzca un daño físico. Esta es la razón por lo que hablamos de agresión verbal, psíquica y de daño a la propiedad.

No existe una definición única de violencia en el lugar de trabajo pero, sin embargo, las definiciones encontradas hacen alusión a que el concepto de violencia debe ser más amplio que el de la mera agresión física, debe incluir otras acciones que intimidan al que las sufre e incluso a trabajadores que son testigos. Así, la violencia en el trabajo comprenderá, además de las agresiones físicas, las conductas verbales o físicas intimidatorias, abusivas y acosantes.

De manera que, en concordancia con todo lo argumentado, podemos aceptar que la violencia en el medio sanitario se considera como:

"...un conjunto de incidentes que exponen a los profesionales a un riesgo tanto para su salud física y/o psíquica como para la integridad de su valor como persona"(3).

En esta definición el autor incluye diferentes categorías de agresión:

"abuso verbal, comportamiento amenazante, asalto físico y acoso laboral independientemente de quien sea el agresor."

La Organización Mundial de la Salud define la violencia en el trabajo como:

"aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo el trayecto entre el domicilio y el trabajo, con la implicación de que se amenace explícita o implícitamente su seguridad, bienestar o salud".

Esta misma organización informa que casi un 25 % de los incidentes de violencia en el trabajo se producen en el sector sanitario.

La Organización Internacional del Trabajo define violencia laboral como:

"toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma".

Entre otras cuestiones, en tal legislación se establecen medidas de seguridad específicas para joyerías, platerías, galerías de arte, tiendas de antigüedades, estaciones de servicio y unidades de suministro de combustibles y carburantes, oficinas

de farmacia, administraciones de loterías, despachos de apuestas mutuas y establecimientos de juegos, transportes de monedas, billetes, títulos-valores y objetos preciosos y entidades de crédito donde se custodien fondos o valores.

Así pues, violencia no sólo es la agresión física; es un concepto más amplio. En ocasiones esta violencia se asume como parte del trabajo y lleva consigo afectación hacia las personas que la sufren.

Ante este fenómeno que ha ido en aumento y teniendo en cuenta sus consecuencias no sólo en el contexto laboral, sino en lo personal y familiar; la tolerancia ante la violencia tiene que ser cero.

En tercer lugar hemos revisado las causas e incidencia de agresiones. Según datos aportados por la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo en la Unión Europea (1996), la violencia física ha afectado al 3,6% de los trabajadores de la Unión Europea en el periodo de doce meses inmediatamente anterior a la realización de la encuesta. Hombres y mujeres se encuentran afectados por igual, siendo el sector servicios el que más episodios de violencia registra. Los datos referentes a España ofrecen un porcentaje algo inferior (2%) a la media comunitaria. En el ámbito europeo, y según su actividad, quienes más episodios de violencia refieren son las Administraciones, almacenes, comercios y talleres, y hoteles y restaurantes (4).

En España son cada vez más frecuentes las situaciones de violencia en las organizaciones sanitarias. Aunque no se cuenta con datos estadísticos precisos sobre agresiones a personal de los Centros Sanitarios a nivel nacional, sí se han realizado múltiples trabajos desde los Colegios de Médicos y de Enfermería, asociaciones sanitarias se han preocupado de realizar encuestas para analizar la situación del profesional sanitario. Por poner un ejemplo la Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos(5) extrae una cifra global que asegura que el 4% de los médicos españoles (199.123, según las últimas cuentas del Instituto Nacional de Estadística, de 2005) ha sufrido agresiones físicas en alguna ocasión. Así, el 84,46% -más de ocho de cada diez- de los enfermeros en centros de atención primaria urbanos de Valladolid han sido agredidos en alguna ocasión.

En un estudio realizado por el sindicato SATSE(6) a través de su portal de Internet, ocho de cada diez profesionales de enfermería han sido víctimas de agresión verbal o física en centros de trabajo, de estos el 63% de forma verbal, 34% física y verbal y un 3% solo física. Según el estudio realizado por el Consejo general

de Enfermería en el 2007(7) el 33% de los enfermeros españoles ha sufrido una agresión física o verbal durante 12 meses. Del total de enfermeros agredidos, el 3,7% han sufrido un ataque físico, 2.928 enfermeros. Estos datos ponen en evidencia la existencia de un grave problema.

En este mismo estudio, se detecta como responsable de las agresiones, en primer lugar, los familiares y acompañantes de los pacientes en el 50%, en segundo lugar los propios pacientes en un 47 %.

Los profesionales han identificado como causas de la agresión la frustración de los usuarios por no ver satisfechas sus expectativas de atención del personal sanitario en cuanto a tiempos y pruebas diagnósticas en un 41% de los casos, el desacuerdo en valoraciones o diagnósticos, que se dio en un 27% de los casos, y la no aceptación por parte del personal sanitario de demandas específicas de los pacientes cuyo valor porcentual ascendió al 12%.

Estos datos nos ayudan a evidenciar que el problema de las agresiones al profesional sanitario existe y hay que concederle una gran importancia por las consecuencias que produce en el trabajo.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo señala que estas consecuencias son diversas y dependen del tipo de agresión y de las características personales del agredido. Así, los efectos pueden ir desde la desmotivación y la pérdida de satisfacción profesional hasta el estrés y la presencia de daños físicos o psíquicos.

El hospital, aunque hay algún estudio que explora las formas de violencia en otros tipos de instituciones, está considerando por su difícil organización y variedad circunstancial, lugar susceptible de reacciones hostiles sin descartar a los centros de Atención Primaria como ya hemos señalado. No obstante, siempre hay espacios físicos dentro del hospital en los que los picos de violencia son mayores<sup>4</sup>. La literatura encontrada sobre este aspecto sitúa los estudios en áreas psiquiátricas, de urgencias<sup>(8)</sup>, de geriatría, salas de espera... Según Paravic & cols<sup>4</sup>, en éstas zonas se dan una serie de circunstancias comunes como son la masificación, el aumento del estrés, la falta de información, el incremento de los tiempos de espera y la escasez de recursos humanos<sup>(9)</sup>.

Teniendo en cuenta que las agresiones son una evidencia en el medio sanitario, que los Servicios de Atención al Usuario reciben a personas con características que están definidas como causa de violencia, como la insatisfacción por los ser-

vicios que reciben e incluso con una baja satisfacción de sus expectativas, especialmente relacionada con las dificultades en el acceso a los servicios y sumando a esta circunstancia, la percepción que tenemos los que trabajamos en ellos de recibir mensajes negativos e incluso insultos de los usuarios que, aunque siendo conscientes que no van dirigidos a nuestra persona sino a la organización u otros profesionales; nos propusimos hacer un estudio en la Comunidad de Castilla y León para objetivar cuantitativamente las agresiones, si es que se dan, definir las características de las agresiones, evaluar el grado de satisfacción con el trabajo y hacer propuestas de mejora específicas para prevenir las agresiones en consonancia con el Plan Integral de Prevención del Sistema Sanitario de Castilla y León.

## METODOLOGÍA

La metodología elegida fue un estudio descriptivo transversal sobre una población de 112 trabajadores de los Servicios de Atención al Usuario de la Gerencia Regional del Sistema de Salud de la Comunidad de Castilla y León.

Para la realización del estudio se solicitó autorización escrita a la Gerencia del Hospital.

Se elaboró una encuesta (ANEXO I) con respuestas cerradas de escala tipo likert, dicotómica y preguntas abiertas.

Se entrevistó telefónicamente a los responsables de todos los Servicios de Atención al Usuario de la Comunidad de Castilla y León para recabar datos sobre el número de profesionales, categorías, y solicitar la autorización para realizar el estudio.

Se envió la encuesta por correo tradicional a todos los Servicios de Atención al Usuario con consentimiento informado y con sobre de respuesta franqueado para facilitar la respuesta y garantizar la confidencialidad de los datos.

Se analizaron los resultados con el programa informático SPSS.

## RESULTADOS

El número total de profesionales que trabajan en los Servicios de Atención al Usuario es de 112, 4 médicos, 18 Enfermeras Jefes o Supervisores, 9 enfermeras, 30 auxiliares de enfermería, 11 trabajadores sociales, 9 celadores y 31 auxiliares administrativos (TABLA I).

El número de profesionales por centro varía (Figura I), destacando uno de ellos con un gran número y que no está relacionado con la categoría de Hospital ya que centros de la misma categoría tienen menor número de profesionales.

Las categorías de los profesionales son múltiples.

El mayor número corresponde a profesionales de enfermería, enfermeras y auxiliares siendo un total de 57 (Figura II).

Se han perdido 10 valores en la pregunta de categorías laborales en la encuesta personalizada en las que no aparece la categoría médico.

Las actividades que desarrollan cada uno de los profesionales no están relacionadas con la categoría laboral a excepción de las realizadas por el personal de enfermería con responsabilidad. (TABLA II) Los datos obtenidos en la encuesta cerrada (TABLA III) se refieren a los porcentajes acumulados de las puntuaciones 4 y 5 que corresponden a lo que "se ajusta" y "más se ajusta" a la opinión de los encuestados.

El 55 % de los entrevistados manifiesta haber tenido algún tipo de agresión, de los profesionales agredidos describen violencia sólo verbal el 29%, psicológica el 2% y múltiple el 27%. La categoría laboral y el tipo de agresión se describen en la TABLA IV.

Las agresiones verbales las han descrito como insultos, falta de respeto, amenazas de agresión al finalizar la jornada, "le voy a borrar la sonrisa de la cara" frases de amenazas al centro del tipo "Lo que voy a hacer es ponerle una bomba al Hospital", desprecios del tipo "Usted que pinta aquí", "Le han puesto para pasar el rato", "No se gana el pan", "Le pagamos para que nos consiga citas antes", descalificaciones de la tarea que desarrollan del tipo "Para qué está usted aquí si no soluciona el problema" "Esta aquí porque pagamos" "¿Para eso sirve Atención al Usuario?"

Agresiones físicas de pegar con esguince cervical y herida, empujones, puñetazos, invasión del espacio vital. Rotura de mobiliario, portazos, colgar el teléfono, romper impresos y bolígrafos, puñetazos a los muebles y ordenador y robo de cartera.

En cuanto a las consecuencias de la agresión solo manifiesta tenerlas el 7% de los agredidos, físicas un 2%, psicológicas 4% y en el desempeño del trabajo el 2 %

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se puede afirmar que los profesionales de los Servicios de Atención al Usuario de Castilla y León manifiestan que están satisfechos en general 60%, les gusta el trabajo que desarrollan 86%, se sienten integrados en el Servicio 88%, saben qué aportan al hospital con su trabajo 78%, se sienten con capacidad de iniciativa 71% y con autonomía en el trabajo 64%.

Esta satisfacción se potencia con los resultados de las preguntas: "dejarían su trabajo en caso de mantener las mismas condiciones" que sólo lo harían el 45%, "se lleva bien con los compañeros" 88%, en-

tienden que "los compañeros se llevan bien" 64% y "se siente apoyado por los compañeros" 86%".

Cuando se pregunta sobre el trato de los inmediatos superiores el 64% manifiestan que es adecuado siendo este una señal de buen clima en los grupos de trabajo.

Sorprende que siendo Servicios dependientes directos de las Gerencias, las preguntas relacionadas con el trabajo en equipo y reconocimiento de la dirección dan resultados escasos, sólo un 39% considera que tiene buena relación, que trabajan en equipo un 41% y se sienten escuchados ante nuevas propuestas un 59%.

Los Servicios de Atención al Usuario parece que no reúnen unas condiciones de confortabilidad óptimas, el 54 % dicen que son adecuadas y sólo un 31% consideran que reúne las condiciones de seguridad. En cuanto a las agresiones la incidencia es baja. Las verbales son múltiples, no pueden concretar el número, algunos manifiestan que son a diario y generalmente la causa es la falta de acceso a los servicios médicos en consultas, por no citar o adelantar las citas. Ante éstas las consecuencias son de ansiedad e impotencia puntual como consecuencias psicológicas, en el ámbito personal ninguna y en el laboral disminución del interés por resolver la situación a este tipo de usuarios, en dos casos justifican la agresión por ser su trabajo y disculpan al usuario al entender la situación.

Han manifestado tener agresión física en 4 casos. En uno de ellos las consecuencias han sido de baja laboral. La percepción fue de poco apoyo institucional, en temas judiciales y emocionales. Consecuencias físicas, psicológicas de depresión, impotencia y ansiedad importantes, en relación con el trabajo refiere falta de motivación y trascendió al ámbito personal y familiar.

Algunos de los agredidos manifiestan consecuencias físicas de alteración del sueño.

## CONCLUSIONES

Los profesionales de Atención al Usuario de la Comunidad de Castilla y León en general mantienen un buen clima en el trabajo aunque sería mejorable las relaciones con la Dirección de la que dependen, por lo que un objetivo sería mejorar los sistema de comunicación e interrelación que tienen en la actualidad, teniendo en cuenta que la labor de los Servicios de Atención al Usuario son de gran utilidad para las Gerencias.

Teniendo en cuenta que una de las causas de agresión es la actitud de los profesionales, se hace necesario el entrenamiento en habilidades de comunicación y especialmente en habilida-

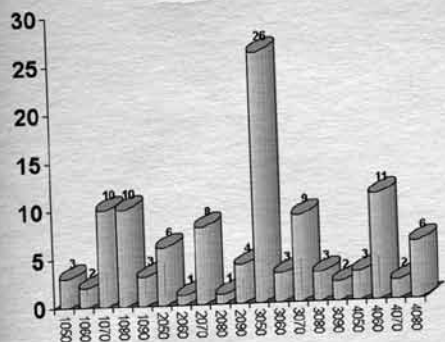
INVESTIGACIÓN estudio sobre el grado de satisfacción y seguridad

des para afrontar pacientes difíciles se hace imprescindible en los profesionales de los Servicios de Atención al Usuario.

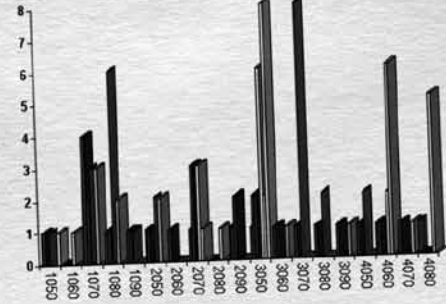
Aunque la incidencia de agresiones es baja, te-

niendo en cuenta la tendencia a incrementar en el ámbito sanitario, es suficiente para considerar que los Servicios de Atención al Usuario tienen que estar reforzados en sus medidas de seguridad, que como el estudio muestra son escasas.

Nº DE PROFESIONALES POR SERVICIO EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN



LEGENDA: MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORES SOCIALES, CELADORES, SUPERVISORAS, AUXILIARES DE ENFERMERIA, AUXILIARES ADMINISTRATIVOS



CATEGORÍAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

CATEGORIA PROFESIONAL	TOTAL	RESPONDE	%
MÉDICOS	4	0	0
SUPERVISORA/ENFERMERA JEFE	18	5	10%
ENFERMERA	9	10	21%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	30	11	23%
TRABAJADOR SOCIAL	11	4	8%
CELADOR	9	6	12%
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	31	12	5%

PROFESIONAL	ACTIVIDAD
<b>SUPERVISORA/A/                      ENFERMERA/O                      JEFE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión del personal</li> <li>• Coordinación con Dirección</li> <li>• Gestión de reclamaciones</li> <li>• Actualización de información de las guías de servicios y prestaciones</li> <li>• Atención personal a usuarios</li> <li>• Resolución de conflictos</li> <li>• Encuestas de satisfacción</li> <li>• Participación en comisiones</li> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Coordinación aula escolares</li> <li>• Estudios sobre las expectativas y satisfacción de los pacientes</li> <li>• Participación en grupos de mejora de diferentes procesos apartando la perspectiva del usuario</li> <li>• Coordinación con los grupos de autoayuda, asociaciones d enfermos, voluntariado, ...</li> <li>• Coordinación y apoyo a acciones dirigidas al entretenimiento de los pacientes hospitalizados (Biblioteca, actos lúdicos...)</li> <li>• Evaluación del derecho a la información y acceso a la Historia Clínica</li> <li>• Coordinación con otros profesionales de distinto nivel asistencial, transmisión de información relevante para el seguimiento de los pacientes</li> <li>• Elaboración y actualización de guías de acogida</li> <li>• Evaluación de las diferentes procesos en el Servicio de Atención al usuario y elaboración de informes para la mejora de la atención a los usuarios del propio servicio</li> <li>• Participación en los Comités de Ética Asistencial</li> <li>• Participación en los cursos de formación continuada en materia de calidad de atención a los usuarios, derechos y deberes, ética de cuidados, habilidades de comunicación, resolución de conflictos</li> </ul>
<b>ENFERMERA/O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al público</li> <li>• Reclamaciones</li> <li>• Citas de consultas</li> <li>• Ordenes de asistencia,</li> <li>• Traslados</li> <li>• Tramitación de documentación</li> <li>• Información voluntades anticipadas, comité de ética asistencial</li> <li>• Tramitación de pruebas a centros concertados</li> <li>• Tramitación de prestaciones</li> <li>• Coordinación intrahospitalaria y extrahospitalaria</li> </ul>
<b>AUXILIAR                      DE ENFERMERÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al público personal y telefónica</li> <li>• Informar</li> <li>• Solicitud de documentos, historia clínica</li> <li>• Entrega de documentos</li> <li>• Gestión de citas</li> <li>• Programa de reclamaciones</li> <li>• Registros civiles</li> <li>• Colaboración en encuestas posthospitalización</li> <li>• Envío fotos del recién nacido</li> <li>• Biblioteca para pacientes</li> </ul>
<b>TRABAJADORA/A                      SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión de recursos sanitarios y sociales</li> <li>• Información recursos familiares</li> <li>• Orientación sobre los recursos</li> <li>• Coordinación paciente familia, seguimiento de casos</li> <li>• Informes sociales</li> <li>• Detección del riesgo al alta</li> </ul>
<b>CELADOR/A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al público personal y telefónicamente</li> <li>• Gestión de reclamaciones</li> <li>• Información</li> </ul>

TABLA III		PORCENTAJE ACUMULADO (4,5 de escala Likert)
PREGUNTAS		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompañamiento</li> <li>• Entrega de material de acogida hospitalización y urgencias</li> <li>• Localización de familiares</li> <li>• Actualización de la información</li> <li>• Biblioteca para pacientes</li> </ul>	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al público personal y telefónicamente</li> <li>• Programa de reclamaciones</li> <li>• Ordenes de asistencia</li> <li>• Gestionar citas</li> <li>• Información general</li> <li>• Atención a reclamantes</li> <li>• Solicitud de documentación</li> <li>• Altas y bajas terapéicas de oxígeno domiciliario y gestión de las citas</li> <li>• Petición de pruebas concertadas</li> <li>• Tarjeta sanitaria</li> </ul>	
2	¿Te gusta el trabajo que desarrollas en el Servicio de Atención al Usuario?	86
3	¿Te sientes orgulloso de estar trabajando en el Servicio de Atención al usuario?	72
4	De haber sabido como era el trabajo en el Servicio de Atención al Usuario ¿Hubieras decidido trabajar en él?	69
5	¿Te sientes integrado en el Servicio de Atención al Usuario?	88
6	¿Conoces bien que aportas al Hospital con tu trabajo?	78
7	Si pudieras dejar el Servicio de Atención al Usuario por otro Servicio de iguales condiciones laborales. ¿Lo dejarías?	45
8	¿Te resulta cómodo y confortable tu lugar de trabajo?	54
9	¿Crees que tu lugar de trabajo reúne las condiciones de seguridad adecuadas?	31
10	¿Crees que tienes autonomía en tu trabajo?	64
11	¿Crees que tienes capacidad de iniciativa en tu trabajo?	71
12	Cuando planteas nuevas ideas para la mejora en la atención al usuario a los superiores. ¿Te sientes escuchado?	59
13	¿Te sientes realizado en tu trabajo?	57
14	¿Tienes buena relación con tus compañeros?	88
15	¿Tus compañeros te ayudan y apoyan en tu trabajo?	86
16	¿Crees que tus compañeros se llevan bien?	64
17	¿Consideras que tienes buena relación con la dirección del hospital de la que dependes?	39
18	¿Consideras que trabajas en equipo con los responsables superiores?	41
19	¿Consideras adecuado el nivel de exigencia de la dirección de la que dependes?	39
20	¿Consideras adecuado el trato recibido por los responsables superiores?	64
21	¿Crees que el puesto que estas desarrollando está de acuerdo a la experiencia profesional que tienes?	62
22	¿Crees que tu puesto esta en relación con la formación académica que tienes?	58
23	¿Crees que el trabajo que desarrollas esta valorado por los otros compañeros del Hospital?	27
24	¿Consideras que tu trabajo esta bien remunerado?	15
25	En general. ¿Estás satisfecho con tu trabajo?	61

PROFESIONAL	AGRESION
SUPERVISORA/ENFERMERA JEFE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Psicológica 2</li> </ul>
ENFERMERA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Psicológica 1</li> <li>• Daños a la propiedad 2</li> </ul>
AUXILIAR DE ENFERMERIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Daños a la propiedad 4</li> <li>• Física 4</li> <li>• Psicológica 3</li> </ul>
TRABAJADOR SOCIAL	
CELADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> </ul>
INFORMADOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Daño a la propiedad</li> </ul>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Física 1</li> </ul>
GRUPO DE GESTION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal múltiples</li> <li>• Psicológica</li> </ul>

ANEXO I - ENCUESTA

Esta encuesta es anónima, a los centros de trabajo les asignaremos un código para garantizar la confidencialidad. El objetivo es conocer el grado de satisfacción del profesional del SAU en su trabajo diario, detectar situaciones complejas y agresivas en la relación con los usuarios y que sean de riesgo para los profesionales. Los resultados se podrán presentar en medios científicos.

MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR

HOSPITAL \_\_\_\_\_  
 CATEGORÍA \_\_\_\_\_  
 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL SAU \_\_\_\_\_  
 ACTIVIDADES QUE REALIZAS DE MAYOR A MENOR DEDICACIÓN \_\_\_\_\_

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Señala con una cruz la respuesta que más se adapte a tu opinión teniendo en cuenta que 1 significa lo que menos se ajusta a tu opinión y cinco el máximo.

1	¿Estas satisfecho con la trayectoria del servicio de Atención al Usuario?	1	2
2	¿Te gusta el trabajo que desarrollas en el Servicio de Atención al Usuario?	1	2
3	¿Te sientes orgullos@ de estar trabajando en el Servicio de Atención al usuario?	1	2
4	De haber sabido como era el trabajo en el Servicio de Atención al Usuario ¿Hubieras decidido trabajar en él?	1	2
5	¿Te sientes integrad@ en el Servicio de Atención al Usuario?	1	2
6	¿Conoces bien que aportas al Hospital con tu trabajo?	1	2
7	Si pudieras dejar el Servicio de Atención al Usuario por otro Servicio de iguales condiciones laborales, ¿Lo dejarías?	1	2
8	¿Te resulta cómodo y confortable tu lugar de trabajo?	1	2
9	¿Crees que tu lugar de trabajo reúne las condiciones de seguridad adecuadas?	1	2
10	¿Crees que tienes autonomía en tu trabajo?	1	2
11	¿Crees que tienes capacidad de iniciativa en tu trabajo?	1	2
12	Cuando planteas nuevas ideas para la mejora en la atención al usuario a los superiores, ¿Te sientes escuchado?	1	2
13	¿Te sientes realizado en tu trabajo?	1	2
14	¿Tienes buena relación con tus compañeros?	1	2
15	¿Tus compañeros te ayudan y apoyan en tu trabajo?	1	2
16	¿Crees que tus compañer@s se llevan bien?	1	2
17	¿Consideras que tienes buena relación con la dirección del hospital de la que dependes?	1	2
18	¿Consideras que trabajas en equipo con los responsables superiores?	1	2
19	¿Consideras adecuado el nivel de exigencia de la dirección de la que dependes?	1	2
20	¿Consideras adecuado el trato recibido por los responsables superiores?	1	2

21	¿Crees que el puesto que estas desarrollando está de acuerdo a la experiencia profesional que tienes?	1	2	3	4	5
22	¿Crees que tu puesto esta en relación con la formación académica que tienes?	1	2	3	4	5
23	¿Crees que el trabajo que desarrollas esta valorado por los otros compañeros del Hospital?	1	2	3	4	5
24	¿Consideras que tu trabajo esta bien remunerado?	1	2	3	4	5
25	En general, ¿Estás satisfecho con tu trabajo?	1	2	3	4	5
<b>RESPECTO A LA SEGURIDAD EN EL SERVICIO:</b>						
25	¿Has sufrido alguna agresión en el Servicio de Atención al Usuario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
26	Si es SI, ¿En cuantas ocasiones?*					
26	¿Qué tipo de agresión? Verbal <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> daño a la propiedad <input type="checkbox"/>					
27	Describe brevemente como fue la agresión:					
28	¿Qué consecuencias ha tenido para ti la agresión:					
Físicas						
Psicológicas						
En el desempeño de tu trabajo en el Servicio de Atención al Usuario						
En tu vida personal						
29	¿Denuncias la agresión? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
30	Si es NO, ¿Por qué?					
29	¿Conoces el Plan Integral de Prevención de la Violencia de los Trabajadores de la Junta de Castilla y León?					
30	¿Conoces las medidas a adoptar en el caso de ser agredid@? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Montoya, V. Teorías de la violencia humana. <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2006100904>
2. Diccionario interactivo de la Real Academia de la Lengua, disponible en: [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariorae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariorae.htm).
3. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emerg Med. 2005;28(3):361-5.
4. Pérez Bilbao, J., Nogareda Cuixat, C. Violencia en el Lugar de Trabajo (En línea) (fecha de acceso 10 de abril 2007); serie 14(489). Disponible en: [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_489.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_489.htm)
5. [http://www.cesm.org/nueva/documentos/salud\\_la-](http://www.cesm.org/nueva/documentos/salud_la-)

6. Colegion de médicos de Barcelona [http://www.intramed.net/actualidad/not\\_1.asp?idNoticia=46540](http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=46540)
7. Disponible en : <http://www.satse.es/home.cfm>
8. Estudio realizado por el Consejo General de Enfermería. 2007 [http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home\\_cge](http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home_cge)
9. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre Patricia Carrasco Rodríguez, Luis Manuel Rubio González Sergio Vilchez Castellano, Diego Villalobos Buitrago Nure Investigación, nº 26, Enero-Febrero 07.
10. Paravic Klijn T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. Cienc. enferm. 2004;X(2):53-65.

## INVESTIGACIÓN

estudio sobre el grado de satisfacción y seguridad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montoya, V. Teorías de la violencia humana. <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2006100904>
2. Diccionario interactivo de la Real Academia de la Lengua, disponible en: [http://www.educared.net/aprende/f\\_diccionariorae.htm](http://www.educared.net/aprende/f_diccionariorae.htm).
3. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *J Emerg Med.* 2005;28(3):361-5.
4. Pérez Bilbao, J., Nogareda Cuixat, C. Violencia en el Lugar de Trabajo (En línea) (fecha de acceso 10 de abril 2007); serie 14(489). Disponible en: [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_489.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_489.htm)
5. [http://www.cesm.org/nueva/documentos/salud\\_laboral/doc-marco.pdf](http://www.cesm.org/nueva/documentos/salud_laboral/doc-marco.pdf) Colegio de médicos de Barcelona [http://www.intramed.net/actualidad/not\\_1.asp?idNoticia=46540](http://www.intramed.net/actualidad/not_1.asp?idNoticia=46540)
6. Disponible en : <http://www.satse.es/home.cfm>
7. Estudio realizado por el Consejo General de Enfermería. 2007 [http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home\\_cge](http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home_cge)
8. Estudio de las agresiones recibidas por el personal de enfermería y de las vivencias al respecto en los Servicios de Urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid en un trimestre Patricia Carrasco Rodríguez, Luis Manuel Rubio González Sergio Vilchez Castellano, Diego Villalobos Buitrago Nure Investigación, nº 26, Enero-Febrero 07.
9. Paravic Klijn T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. Violencia percibida por trabajadores de Atención Primaria de Salud. *Cienc. enferm.* 2004;X(2):53-65.

## INVESTIGACIÓN

Mercè Fernández Verdaguer, Montserrat Soro Artola  
Hospital de l'Esperança i Centre Fòrum de l'hospital del Mar

# LA ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

## RESUMEN / ABSTRACT

**Objetivos:** Mostrar la cualidad humana que destaca como valor añadido diferencial, en las intervenciones de los profesionales de la atención al usuario en los servicios sociosanitarios.

**Método:** La comunicación se basa en la exposición de dos casos reales, como ejemplos del día a día del servicio de atención al usuario en la atención sociosanitaria.

**Resultados:** El servicio de atención al usuario coordina la intervención de diferentes profesionales para resolver situaciones problemáticas o cubrir

necesidades esenciales de los usuarios hospitalizados en unidades sociosanitarias.

## Conclusiones:

- La gestión de las reclamaciones en los servicios sociosanitarios se aleja de números y estadísticas para acercarse más a las necesidades específicas que las personas manifiestan en un momento determinado.
- La resolución de los casos se realiza desde un abordaje integral y trabajando de forma interdisciplinar, con acciones de mediación, de comunicación, con la gestión del conocimiento y los recursos institucionales precisos, para lograr el

máximo ajuste a las necesidades y expectativas de los usuarios.

PC: atención, usuario, servicios sociosanitarios.

La atención al usuario de los centros que cuentan con servicios sociosanitarios, ofrece continuas oportunidades de intervención con un alto valor cualitativo. El día a día de los profesionales del servicio de atención al usuario se enriquece con las acciones realizadas y orientadas de forma personalizada.

En este aspecto tratamos de profundizar en el presente trabajo, que se distancia de las reclamaciones, los números y las estadísticas, para destacar la singularidad en la resolución de dos casos originados en el área sociosanitaria de dos centros de una misma organización.

Como preámbulo al desarrollo del artículo, consideramos importante resaltar algunas de las características que diferencian la asistencia en los servicios de agudos de la prestada en la atención sociosanitaria. En la tabla 1 se muestran los rasgos más destacados que distinguen la situación de los enfermos hospitalizados en estas unidades, que determinan el tipo de atención asistencial que van a requerir y, en consecuencia, incidirán en las situaciones o problemas que pueden surgir durante el proceso hospitalario.

### Los servicios sociosanitarios de l'IMAS

Hospital de agudos	Centro sociosanitario
▪ Enfermedad aguda	▪ Enfermedad crónica
▪ Situación de crisis	▪ Control de síntomas
▪ Corta estancia	▪ Media y larga estancia
▪ Compañía de familiares y amigos	▪ Menos visitas de familiares y amigos

Tabla 1. Una adecuada actuación del servicio de atención al usuario debe dar respuesta a cada caso según sus particulares circunstancias.

El hospital de la Esperanza i el Centre Fórum se encuentran dentro del marco del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona (IMAS), que ofrece servicios asistenciales, docencia e investigación a los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí de la ciudad condal. El IMAS configura un grupo singular caracterizado por la especificidad de los dispositivos y la continuidad en los procesos asistenciales.

El Hospital de la Esperanza cuenta con 195 camas distribuidas en tres áreas: quirúrgica, de rehabilitación y sociosanitaria. La unidad de cuidados paliativos de ésta última fue el marco de intervención del primer caso.

El Centro Fórum está especializado en la aten-



Hospital de la Esperanza

Hospital de la Esperanza	total 195 camas
Área quirúrgica	
Área de rehabilitación	
<b>Área sociosanitaria</b>	
▪ Unidad de convalecencia	60 camas
▪ Unidad de larga estancia	33 "
▪ Unidad de cuidados paliativos	16 "

Tabla 2. Hospital de la Esperanza (IMAS)

ción sociosanitaria y ofrece 205 camas para ingreso en unidades de larga estancia y de psicogeriatría. También cuenta con un área de salud mental con 85 camas para hospitalización de enfermos agudos en situación de crisis. En la unidad de larga estancia se desarrolló el segundo caso que presentamos.



Centro Fórum del hospital del Mar

Centro Fórum	total 290 camas
<b>Área sociosanitaria</b>	
▪ Unidad de media y larga estancia	180 camas
▪ Unidad de psicogeriatría	25 "
Área de salud mental	85 camas

Tabla 3. Centro Fórum (IMAS)

### Caso 1: Said en el Hospital de la Esperanza

En otoño del año 2007 ingresó en cuidados paliativos un hombre joven con una enfermedad terminal. Said era de origen magrebí, recién llegado a nuestra ciudad con su esposa y una hija pequeña de dos años. El equipo asistencial solicitó la actuación del servicio de atención al usuario para poder dar todo el cuidado, soporte y acompañamiento necesario tanto al enfermo como a su familia.

Tras el análisis de la situación, el servicio de atención al usuario inicia la intervención. En primer lugar, contacta con una mediadora intercultural a quien se pide facilite la comunicación entre el equipo asistencial, el enfermo y la esposa, tanto a nivel lingüístico como cultural.

Paralelamente se asigna una voluntaria para guiar y acompañar a la esposa (Raisa) durante el proceso de fin de vida de Said. Durante todo el curso de la actuación, se trabajó de forma coordinada con la trabajadora social, para ofrecer el soporte de la mediación y la voluntaria siempre que el enfermo y su esposa lo precisaran.

Los resultados de esta labor de coordinación y seguimiento realizada por el servicio de atención al usuario, dieron una respuesta ajustada a las necesidades derivadas del caso:

- La **mediación intercultural** hizo posible la comunicación entre los profesionales y el enfermo y su familia, de forma que los primeros entendieron los aspectos socioculturales a tener en cuenta y los segundos tomaron conciencia de la realidad clínica del caso.

- La **acción de voluntariado** ofreció una valiosa ayuda emocional a la esposa y fue una guía imprescindible para que Raisa aprendiera a desplazarse por la ciudad y a moverse dentro del hospital.

- La labor conjunta con la **trabajadora social** permitió dar el mejor apoyo a la familia de Said en los farragosos trámites burocráticos, ofreciéndole asesoramiento y facilitando las gestiones para el trámite de traslado a su país de origen.

De este modo, activando los recursos institucionales y organizativos necesarios cumplimos nuestra labor con el valor añadido que las circunstancias y las personas implicadas requerían.

### Caso 2: María en el Centre Fórum

María ingresó en la unidad de larga estancia del

centro en octubre de 2006, procedente del servicio de convalecencia del hospital de la Esperanza para continuar con el tratamiento rehabilitador.

Era una mujer de 89 años que había mantenido una intensa actividad profesional durante toda su vida, pero llevaba casi un año fuera de su casa, hospitalizada en diversos centros. Había sufrido una serie de fracturas con secuelas importantes que comportaron un deterioro progresivo de su estado general y una importante pérdida de autonomía.

Pasaba los días recluida en su habitación, deprimida y apática, incluso mostraba escaso interés cuando la visitaban familiares y amigos. Estaba preocupada, se había comprometido a revisar unos textos para la reedición de parte de su obra literaria y no tenía ánimo ni se sentía capaz.

Durante su estancia en el centro, la labor de recopilación histórica realizada y recogida en varios libros, obtuvo un importante reconocimiento público. Pero su delicado estado de salud desaconsejaban la asistencia al acto de entrega del premio.

A las pocas semanas de su ingreso, la enfermera referente de María solicitó la intervención del servicio de atención al usuario para tratar de mejorar su estado de ánimo y facilitar la adaptación. Tras la entrevista personal con María se planificó una acción en dos fases:

1. Inicialmente, se le asignó una voluntaria para el acompañamiento que le ayudó en la lectura y la revisión de textos. También se puso a su disposición una grabadora y uno de los ordenadores de la biblioteca de usuarios del centro para facilitarles la labor.

2. Un par de semanas más tarde, la técnica en animación del centro, visitó a María para ofrecerle información del programa de actividades e invitándole a participar en aquellas que le resultaran más interesantes.

Al cabo de tres meses María había terminado el trabajo pendiente, estaba muy tranquila y animada, bien integrada y completando su proceso de rehabilitación. Fue en ese período cuando se hizo público el reconocimiento al trabajo desarrollado por María a lo largo de toda su vida y, ante la imposibilidad de que acudiera a recogerlo, se acordó con la dirección proponer a ella y a su familia celebrar el evento en el centro.

Para la organización del acto se contactó con el departamento de comunicación de la Institución y se iniciaron las gestiones correspondientes.

La actuación del servicio de atención al usuario logró que María se sintiera de nuevo una persona capaz y útil gracias a:

- La **acción de voluntariado** que facilitó el cumplimiento del compromiso de María quien pudo realizar el trabajo para la reedición de su obra.

- La **participación en el programa de animación estimulativa** favoreció la adaptación de María en el centro, mejoró su estado anímico y el establecimiento de nuevas relaciones ricas y vivificantes.

- La **organización del acto** en el centro fue posible gracias al soporte del departamento de comunicación y la dirección de la Institución, lo cual permitió a María recibir la Medalla de oro al mérito del trabajo de la mano del propio ministro y compartir con sus familiares y amigos un momento muy importante para ella.

María murió un mes y medio después, a los 90 años, con la plena satisfacción del deber cumplido y tras recibir el reconocimiento a una vida de trabajo ejemplar.

### Conclusiones

Creemos que los ejemplos expuestos confirman la tesis inicial y demuestran que:

1. En el ámbito socio sanitario aparecen con más fuerza las necesidades superiores distintivas de los seres humanos (aspectos sociales, de comunicación, autoestima, motivación,...). Para reforzar la identidad de las personas debemos darles respuestas singulares idóneas.

2. El abordaje de los casos debe hacerse desde un enfoque integral y con un trabajo interdisciplinar; basado en acciones de mediación, información, comunicación, con la gestión del conocimiento y la utilización de los recursos institucionales precisos, para la resolución más apropiada de las necesidades y expectativas de las personas.

3. La gestión de los indicadores de calidad percibida en la atención al usuario de los servicios socio sanitarios, se aleja de los números y de las estadísticas y, para revelarse claramente, deberían centrarse más en la gestión de los casos o problemas planteados y en las respuestas dadas a las demandas específicas que las personas manifiestan.



20 años



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

# NORMAS DE PUBLICACIÓN

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES USUARIOS

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

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

### Estructura

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

### 2. Cartas a la Revista

La extensión máxima será de 600 palabras.

### Artículos originales

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

1. En la primera hoja se indicarán los siguientes datos: Título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro en el que se ha realizado el trabajo y dirección para la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y correo electrónico.
2. En la segunda hoja se incluirán: El resumen (abstract) que seguirá un modelo estructurado (Objetivos, material y método, resultados y conclusiones) y que tendrá como límite un máximo de 250 palabras. En esta misma página se indicarán de 3 a 5 palabras clave (keywords) que identifiquen el trabajo.
3. A continuación seguirán las hojas con el texto del artículo y la bibliografía. El límite del texto estará en los 12.000 caracteres. Aunque este término no será determinante final en la valoración del artículo.

4. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

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

### Bibliografía

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

### Remisión de los trabajos

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

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

solicitud de asociación a la SE AUS

**SE AUS**

## DATOS PERSONALES

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

## DATOS LABORALES

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.

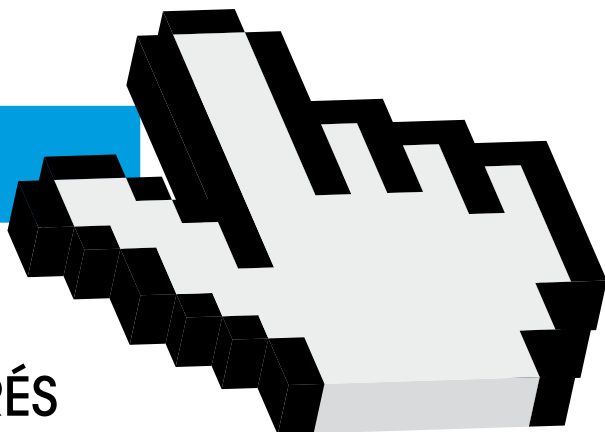


DOMICILIO SOCIAL  
 Avda. Josep Molins, 29-41  
 08906 - l'Hospitalet de Llobregat

TELÉFONO: 93 334 67 77  
 FAX: 93 333 45 43  
 seaus@sanitatintegral.org  
**www.seaus.net**

CIF: G 25.232.984





## PÁGINAS WEB DE INTERÉS

### MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.msc.es>

### SEGURIDAD SOCIAL

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

### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

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

### CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA 1978

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

### DEFENSOR DEL PUEBLO A NIVEL NACIONAL

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

### DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ

[http://www.defensor-and.es/flash\\_ie.htm](http://www.defensor-and.es/flash_ie.htm)

### SINDIC DE GREUGES DE CATALUNYA

(versión castellano)

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

(versión catalana)

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

### SINDIC DE GREUGES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

(versión castellano)

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

### UNIVERSIDAD DE LOS PACIENTES

<http://www.universidadpacientes.org>

### FORO ESPAÑOL DE LOS PACIENTES

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

### ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOÉTICA Y ÉTICA MÉDICA

<http://www.aebioetica.org>

### ASSOCIACIÓ CATALANA D'ESTUDIS BIOÈTICA (ACEB)

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

### SOCIETAT CATALANA DE BIOLOGIA

<http://www.iecat.net>

### INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA

<http://www.ibbioetica.org>

### FUNDACIÓ VÍCTOR GRIFOLS

<http://www.actualderechosanitario.com>

### LEX SANITAS NEWS

<http://www.actualderechosanitario.com>

### ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO

<http://www.aeds.org>

### BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (B.O.E.)

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

### DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

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

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

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

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

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

[www.uoc.edu/portal/castellano](http://www.uoc.edu/portal/castellano)

[www.uoc.edu/portal/catala](http://www.uoc.edu/portal/catala)

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

[http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/index.php?lang=es\\_ES](http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/index.php?lang=es_ES)

### ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

[www.activecitizenship.net](http://www.activecitizenship.net)



**SEAUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad



**SEAUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad