

GUÍA SEAUS

líneas estratégicas básicas
en atención al usuario



Edición 2009
Sociedad Española
de Atención al Usuario
de la Sanidad

GUÍA

LÍNEAS ESTRATÉGICAS BÁSICAS EN ATENCIÓN

AL USUARIO

Sociedad Española
de Atención al Usuario de la Sanidad

Primera edición Abril de 2000

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Josep Lluís Ibáñez Pardos

Director de la Dirección de Atención Primaria Baix Llobregat Centre del Institut Català de la Salut.

Por la colaboración y el soporte prestado, desde la Dirección de Atención Primaria, al grupo de trabajo en la elaboración de esta Guía.

A los expertos en atención al cliente

Que nos han ayudado en la revisión del documento final.

A la Dra. Julia Behar del Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona

A los gerentes

De los siguientes centros: Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, Hospital General de Manresa, Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona y Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme del Servei Català de la Salut.

A los directores

De los equipos de atención primaria Can Vidalet y Sant Miquel del Institut Català de la Salut y de la Dirección de Atención Primaria Baix Llobregat Nord del Institut Català de la Salut.

A todos ellos, por el soporte prestado a los miembros del grupo de trabajo.

Al grupo de profesionales de Lleida

que tan activamente han colaborado en la revisión y redacción de la Carta de derechos y deberes que se presenta en esta Guía.

A las empresas de servicios y a los centros sanitarios que con sus opiniones han contribuido a definir y mejorar los contenidos de esta Guía.

Al Centro Documental del Institut Català de la Salut

Por su ayuda y colaboración en la búsqueda de bibliografía.

ÍNDICE

Presentación	Pág. 4
El porqué y el cómo	Pág. 5
Líneas estratégicas	Pág. 8
1.- Los derechos y deberes de los usuarios	Pág. 9
2.-La accesibilidad	Pág. 15
3.- La información	Pág. 21
4.- La opinión del cliente	Pág. 28
5.- El personal de primer contacto	Pág. 35
6.- El servicio de atención al cliente	Pág. 38
La opinión de los expertos	Pág. 43
La opinión de las empresas	Pág. 45
Los indicadores	Pág. 50
Tabla de indicadores	Pág. 52
Bibliografía	Pág. 53

HAN INTERVENIDO EN LA ELABORACIÓN DE ESTA GUÍA

Consol Abarrán Molina - Teresa Baqués Caballé - Rosa Carulla Raig - Lorena Gimeno Dèus - Alfons Mañosa Margarit - Joan Lluís Piqué Sánchez - Ana Rivero Atienza - Mari Rodríguez Ortega - Lidia Salas Arbues

COORDINACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

María Pilar González Serret

SECRETARIA

María Luisa Maldonado Bernal

PRESENTACIÓN

Francisco Carceles Guardia

Presidente de la SEAUS

Es para mí una satisfacción, como presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, presentar este documento, elaborado en el marco de los objetivos que en su momento se planteó la SEAUS. Un documento destinado a los profesionales de los servicios de atención al usuario/cliente y a todos aquellos, profesionales o empresas, implicados o interesados en la atención a sus clientes.

La Guía que presentamos recoge, sin duda alguna, el camino realizado por los servicios de atención al usuario y por sus profesionales a lo largo de bastantes años de andadura. Los servicios que, tanto en el ámbito sanitario público como en el privado, han desarrollado y desarrollan una labor absolutamente necesaria en el proceso de atención sanitaria. Los servicios de atención al cliente aportan calidad y valor añadido al sistema sanitario, mediante el nexo que establecen en la relación entre el ciudadano y las instituciones sanitarias, y viceversa.

En esta Guía, nos encontramos con nuestra razón de ser: los pacientes, usuarios, clientes y, en definitiva, los ciudadanos. No optaremos abiertamente por ninguno de estos conceptos en concreto. El uso de los términos Paciente, usuario o cliente dependerá de cada contexto y de los diferentes momentos en los que el ciudadano se relaciona, como uno u como otro con el sistema sanitario.

Optaremos por el concepto USUARIOS cuando nos refiramos a ciudadanos que utilizan el sistema sanitario de forma real o potencial.

Aceptaremos la palabra PACIENTES porque es el término utilizado, desde siempre, por los profesionales sanitarios en su quehacer diario.

Y, finalmente, conscientes de que ninguna de las anteriores acepciones invalida las demás, no podemos olvidar que en nuestro contexto actual, en el que priorizamos el principio de autonomía, la acepción CLIENTES que este principio le confiere.

Esta Guía pretende, dentro de una elaborada modestia, fijar pilares básicos pero irrenunciables. Queremos dar forma a algo tan necesario como la calidad percibida por el cliente que debe complementar la probada calidad científica y técnica de nuestro sistema sanitario. No podemos olvidar la importancia del trato personalizado y los aspectos afectivos de la atención sanitaria.

Tradicionalmente, la reciprocidad de las decisiones en el acto asistencial, a veces condenada en nombre de la especificidad científica y el nivel del conocimiento, encauzaba la actuación del profesional hacia el rol de único agente activo de la relación.

En la actualidad está demostrado que el cliente, aunque aceptando excepciones, puede y debe participar y decidir, contando con la necesaria información previa, sobre su proceso asistencial. Se trata de implicar responsablemente al cliente en las decisiones asistenciales que le afecten. Se trata de respetarle como ciudadano sujeto de derechos.

El cliente, nuestro cliente, hoy por hoy, nos demanda un servicio de calidad, que responda real y puntualmente a sus necesidades y que le sea satisfactorio.

Sobre la base de estas consideraciones, proponemos estas líneas estratégicas básicas para que, de forma paulatina y multidisciplinaria, avancemos conjuntamente en el marco de una política de atención al cliente. Política que debe ser coherente con cada realidad asistencial y social, evaluada de forma continua, adaptada a las necesidades cambiantes de los ciudadanos y participada por todos.

La Guía parte de los derechos y deberes de los usuarios que contienen, explícita e implícitamente, conceptos como accesibilidad, información, opinión, que están desarrollados en ella.

Intenta adaptarse a todas y cada una de las peculiaridades de los servicios de salud y de las diferentes comunidades autónomas. Precisa, para su correcto encaje, de las aportaciones de cada uno de los profesionales y servicios implicados en la atención al cliente.

El objetivo final de esta guía no es otro que contribuir a mejorar la calidad global que ofrecemos a nuestros clientes, factor básico en el proceso de mejora de la asistencia sanitaria.

EL PORQUÉ Y EL CÓMO

María Pilar González Serret
Secretaria de la SEAUS
Coordinadora del Grupo de Trabajo

El concepto atención al usuario, atención al cliente se presta a multitud de definiciones e interpretaciones, en función de quién y desde dónde se formulen. A su vez, la variabilidad en la práctica.

También la dualidad "servicio de atención al usuario", como tal, y "atención al usuario o cliente, entendido éste como un objetivo que afecta al conjunto de la organización, sin olvidar la inexistencia de un proceso de evaluación con aspectos aceptables y bien definidos, obliga a definir un marco conceptual.

Este marco conceptual permitirá orientar a las diferentes empresas, centros sanitarios y a los profesionales acerca de todos aquellos elementos que configuran lo que venimos llamando atención al usuario-cliente en el marco de una política de atención al clientes coherente y respetuosa con los derechos y deberes del ciudadano.

Es desde esta perspectiva que la SEAUS se planteó la necesidad de definir las líneas estratégicas básicas en atención al usuario y proponer una serie de indicadores que pudieran ser útiles como método de evaluación.

La finalidad y objetivo fundamental de esta guía es, pues, ofrecer una herramienta a los profesionales de los servicios de atención al usuario- cliente y a los centros sanitarios que permita profundizar en la filosofía de la ATENCIÓN AL CLIENTE.

La Guía pretende ser un marco en el que todos y cada uno puedan encontrar la forma de mejorar la calidad de su trabajo diario, siempre con el objetivo de dar el mejor servicio al ciudadano, y que éste le sea altamente satisfactorio.

Se han definido seis líneas estratégicas básicas que se han descrito una por una, enfatizando sus elementos más destacables y proponiendo, por último, unos criterios de calidad básicos para cada una, que permitan llevar a cabo el necesario proceso de evaluación.

La Guía hace especial hincapié en el proceso de evaluación,

como un elemento absolutamente necesario para analizar resultados y como un signo de madurez de los servicios.

La Guía pretende ser lo más flexible posible para adaptarse a todas las situaciones, permitiendo a cada profesional o centro la adaptabilidad a su entorno, ya sea el ámbito hospitalario, la atención especializada, la atención primaria de salud o la atención sociosanitaria, independientemente de su organización y respetando los diferentes enfoques profesionales.

Por último, queremos resaltar que la Guía tiene como núcleo central, como no podía ser de otra manera tratándose de un documento de la SEAUS, los derechos del ciudadano.

Indiscutiblemente, nuestra filosofía de atención al cliente parte del marco de respeto y promoción a los derechos del ciudadano, siendo este hecho el que distingue a la SEAUS.

Este criterio diferenciador es el que debe orientar y guiar, a nuestro entender, la actuación de las organizaciones y de los profesionales en el proceso de atención que deben dar al conjunto y a cada uno de sus clientes, en el marco del sistema sanitario.

El diseño y elaboración de la Guía ha tenido las fases siguientes:

1. Formación del grupo de expertos. Marzo de 1998.
2. Revisión de bibliografía. Abril / junio de 1998.
3. Elaboración y envío de encuestas a empresas del sector servicios y de servicios sanitarios. Junio / julio de 1998.
4. Revisión por parte del grupo de todo el material y discusión. Septiembre 1998 / Marzo 1999.
5. Propuesta de redacción inicial y revisión del texto. Abril / Mayo de 1999.
6. Presentación en el marco del IX Congreso de la SEAUS. Mayo de 1999.
7. Redacción del texto consensuado. Junio / Septiembre 1999
8. Inicio del proceso de revisión externa e interna. Diciembre 1999
9. Redacción definitiva. Enero / Marzo de 2000
10. Publicación y presentación. Mayo de 2000

Nuestro principal objetivo al editar esta Guía es crear una herramienta útil y aplicable al trabajo diario de los profesionales implicados. Esperamos haberlo conseguido.

LINEAS ESTRATÉGICAS

1. DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

En el contexto de un estado democrático el ciudadano se convierte en el verdadero protagonista del sistema político y, éste le dota de un marco legal que garantiza su relación con el propio sistema y con el resto de los ciudadanos.

La Constitución Española, en su título preliminar, asume un compromiso positivo con el reconocimiento de los derechos de la persona que son exigibles, en razón de su dignidad, a un Estado que se adjetiva como democrático y social. Esta referencia a la dignidad de la persona se hallaba ya en el preámbulo del proyecto de Convención sobre las aplicaciones de la biología y la medicina, elaborado por el Consejo de Europa en 1944, y se ha reconocido, finalmente, en el Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina.

La Constitución Española (1978) proclama explícitamente un estado social y de derecho en el que predomina el interés social de la mayoría de sus ciudadanos, por encima de privilegios particulares.

La Constitución Española configura un modelo de estado en el que el pluralismo social, la democracia como sistema político y el reconocimiento de los derechos y libertades deben ser garantizados por los poderes públicos.

La Constitución Española proclama el "DERECHO a la PROTECCIÓN de la SALUD", estableciendo que los poderes públicos deberán tutelar el ejercicio de este derecho.

Así pues, el derecho a esta protección constituye algo más que un mero principio rector de la política social y económica del Estado. Constituye un verdadero valor. El derecho no es sólo un sistema de normas, sino que es también, indivisiblemente, un sistema de valores.

A partir de la Constitución Española, el derecho a la protección de la salud y en concreto, los derechos y deberes de los ciudadanos en ese ámbito se desarrollan a través de las normativas siguientes:

Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio

de Oviedo). Convenio internacional ratificado por España, que está en vigor desde el pasado 1 de enero de 2000 y que, de acuerdo con la Constitución, obliga a que las otras normas sanitarias sean interpretadas conforme a él.

La Ley 26/1984, para la defensa de los consumidores y usuarios.

La Ley 14/1986, General de Sanidad.

Legislación de las diferentes comunidades.

Códigos deontológicos de medicina y enfermería.

Recomendaciones del Consejo de Europa (entre ellas, el Convenio de bioética y Protocolo de prohibición de la clonación humana, 19/11/96)

OMS. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa. 28/30, marzo 1994.

Real Decreto sobre prestaciones, enero 1995

Desde otra perspectiva, en la confluencia entre el ejercicio de los derechos básicos e irrenunciables de los pacientes y los intereses generales, se ratifica una concepción del derecho que no es posible sin la referencia al deber.

Así pues, los ciudadanos usuarios del sistema nacional de salud tienen derechos, pero también tienen deberes, que serán recogidos en las Cartas de derechos y deberes que han de darse a conocer, tanto entre los ciudadanos-clientes del sistema sanitario como entre todos los profesionales que les atienden.

En este sentido, las administraciones públicas deberán velar por su difusión; los diversos centros y servicios, garantizar su exposición y cumplimiento; y los usuarios, estar convenientemente informados de sus derechos y poder ejercerlos.

El conjunto de derechos y deberes de los Usuarios queda reflejado en la siguiente carta, que surge como propuesta del grupo de trabajo de la SEAUS y que está basada en la propia Ley General de Sanidad y en las posteriores normativas que han ido complementando y perfeccionando la formulación de los derechos de los usuarios de la sanidad.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD

1. Derecho universal a la asistencia sanitaria

Derecho a la asistencia sanitaria de calidad, sin discriminación alguna, recibiendo una atención integral de sus problemas de salud, en el marco de los recursos sanitarios disponibles.

Derecho, en el ámbito de atención primaria de salud, a que se le asigne un médico de cabecera- médico de familia (pediatra, en el caso de los niños) que coordine una asistencia integral, en el caso de que el usuario la precise (especialistas, servicios socio sanitarios y relación con los familiares).

Así mismo, derecho a que, con el médico, se le asigne un profesional de enfermería.

Derecho, en el caso de ingreso en un centro hospitalario, a que se le asigne un médico de referencia, cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor con el resto de profesionales del centro hasta que, por curación o rehabilitación, vuelva a su domicilio, donde seguirá siendo atendido por su médico de cabecera/médico de familia o pediatra.

Derecho a ser atendido con agilidad y a que el proceso de su enfermedad no sea alargado por motivos ajenos a la misma.

Derecho a la continuidad del tratamiento.

Derecho a elegir libremente y a cambiar de médico, de hospital o de entidad de servicios médicos, conociendo los cauces para ello.

Derecho a pedir una segunda opinión, de otro profesional, en momentos determinados de su proceso.

Derecho a ser asistido por profesionales que se saben libres para tomar decisiones clínicas y éticas sin interferencia externa y a que el tratamiento aplicado esté de acuerdo con los principios bioéticos en vigor (19/XI/96), aceptados por los estados miembros del Consejo de Europa, incluido el Protocolo de prohibición de la clonación humana.

2. Derecho a la información

Derecho a recibir información sobre los recursos sanitarios de que dispone la Administración en su ámbito territorial (materiales, físicos, económicos i humanos).

Derecho a la información sobre programas de educación y prevención, en materia de salud.

Derecho, en caso de enfermedad, a recibir información sobre su proceso en cualquier momento, de forma comprensible y continuada, en el lugar adecuado y teniendo en cuenta la privacidad de la atención. Debe respetarse, no obstante, la voluntad de la persona a no ser informada.

Derecho a la confidencialidad en toda la información específica relacionada con su proceso asistencial (diagnóstico, pronóstico, y tratamiento), así como sobre su estancia en un centro sanitario. Este derecho a la confidencialidad debe mantenerse, incluso, después de la muerte.

Sólo por exigencias legales y excepcionalmente, los descendientes podrán tener acceso a esta información siempre que les informe acerca de riesgos para su propia salud.

Derecho a recibir información del Centro que proporciona la prestación, ya sea sanitario o sociosanitario. La información puede ser:

A) General del centro:

Información sobre servicios de que dispone el centro asistencial y prestaciones que ofrece.

Información sobre la normativa del centro que implique cumplimiento por parte del usuario.

Información sobre el nombre de los profesionales que le atienden.

Información sobre la identificación del personal del centro.

Vías para obtener información complementaria y manifestar su opinión ya sea verbal o escrita.

B) Específica y personal:

Información sobre los motivos de la asistencia prestada.

Información de los riesgos probables que pueden surgir durante el proceso de atención sanitaria y/o tratamientos derivados del mismo y de las situaciones personales.

Información detallada (método, riesgo y fines) antes de que se pueda incluir al paciente en algún tipo de estudio o investigación científica.

Información escrita al alta, ya sea un alta por curación o voluntaria, así como por necesidad de informar a otro médico o entidad a petición del interesado o persona legalmente autorizada por el mismo. El informe detallará, como mínimo: El motivo de atención, ingreso, evolución, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico, pronóstico, tratamiento aconsejado, y orientación sobre quién debe llevar a cabo el seguimiento.

Derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso. Esta información y las pruebas realizadas constituyen su historia clínica.

Derecho a que se respete la vida privada de la persona cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

3. Derecho a la propia autonomía

Derecho a delegar en otra persona la toma de deci-

siones o el consentimiento a la práctica asistencial, siempre que lo haya manifestado por escrito en estado consciente, voluntariamente y sin coacción alguna.

Derecho, previa información, a tomar decisiones libres acerca de sí mismo con relación a aceptar o rechazar cualquier actividad terapéutica para el tratamiento de su proceso asistencial, excepto en los siguientes casos:

*Cuando las razones clínicas impidan el discernimiento adecuado de la persona.

*Cuando el no seguir el tratamiento, suponga riesgo para la salud pública.

*Cuando el paciente esté inconsciente o incapacitado.

En estos supuestos, si previamente lo ha manifestado por escrito, decidirá la persona en quien haya delegado sino, la persona que legalmente éste autorizada y, en último término, la persona que le atiende.

Derecho a consentir por escrito, previa información del médico responsable, la realización de:

*Pruebas diagnósticas o tratamientos que supongan un riesgo, impliquen o no la pérdida del estado de conciencia.

*Investigación y ensayos clínicos.

Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual y moral sin discriminación de dogma.

Derecho a una atención humana en situación terminal y a recibir toda la asistencia necesaria para morir de la forma más aliviada y digna posible.

Derecho a pedir el alta voluntaria, incluso en contra de la opinión del profesional o equipo que lo trata, debiendo firmar un documento que, a partir de esa fecha, exime de responsabilidad al equipo sanitario y al centro, sin que esto signifique la pérdida, de facto, del derecho a ser tratado con otras terapias alternativas.

Derecho al trato respetuoso de su personalidad (dignidad humana e intimidad), sin discriminación por razones de tipo social, edad, sexo, económicas, ideológicas o a causa de su patrimonio genético.

Derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad.

Derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación, por parte del médico, de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Hel-

sinki. Las actividades docentes requerirán, asimismo, consentimiento expreso del paciente. Sólo en casos excepcionales se pueden llevar a cabo procedimientos de diagnóstico o tratamiento contra la voluntad del paciente, si la ley lo permite y siguiendo los principios de la ética médica.

4. Otros derechos

Derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de la Institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a la intimidad.

Derecho, en caso de hospitalización, a que ésta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. El hospital deberá facilitar: un régimen de visitas, acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura, así como la posibilidad de realizar actividades que fomenten las relaciones sociales y la ocupación de sus periodos de ocio.

Derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones. Asimismo, tiene derecho a recibir una respuesta a sus demandas por escrito.

Derecho a acceder a su historia clínica, de acuerdo con la legislación vigente y las normas propias del centro sanitario. El paciente deberá tener en cuenta la necesaria limitación de este derecho para salvaguardar el carácter confidencial de los datos de terceras personas.

Derecho a la educación sanitaria

.

Derecho a conocer la Carta de derechos y deberes de los usuarios.

DEBERES DE LOS USUARIOS DE LA SANIDAD

Deber de exigir que se cumplan sus derechos.

Deber de cuidar de su salud y no incurrir en riesgo moral, como principio de responsabilidad.

Deber de identificarse correctamente y de aportar con veracidad los datos precisos para que le sea prestada una asistencia sanitaria correcta.

Deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el Sistema Sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos, prestaciones farmacéuticas, así como de las prestaciones económicas y de carácter social derivadas de la asistencia recibida.

Deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.

Deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, a los otros pacientes y a sus familiares o acompañantes.

Deber de informarse sobre las normas de funcionamiento de las Instituciones y los canales de comunicación con las mismas, utilizando las vías establecidas para efectuar consultas, sugerencias y reclamaciones.

Deber de firmar el alta voluntaria en los casos de rechazo de los métodos de tratamiento.

La carta de derechos y deberes de los ciudadanos como usuarios del sistema sanitario implica, a su vez, el compromiso de cumplimiento de los deberes de los profesionales sanitarios, establecidos en sus códigos deontológicos específicos.

Los derechos de los usuarios deberán estar de tal manera integrados en la organización que cualquier actividad relacionada con los pacientes los tendrá siempre en cuenta.

Con este fin, las instituciones y los centros sanitarios programarán de forma periódica, actividades formativas encaminadas a mejorar el cumplimiento de los derechos de los pacientes y de sus familiares.

La existencia de una carta de derechos y deberes ha de implicar, siempre, su conocimiento, su exposición y su difusión, tanto en el ámbito de los profesionales, como en el de los clientes del sistema sanitario.

Criterios de calidad referidos a los derechos y deberes

Exposición de la Carta de derechos y deberes en cada uno de los centros y/o servicios.

Realización de actividades de formación para los profesionales.

Entrega de la Carta de derechos y deberes en el momento de asignar médico por primera vez o de ingresar en un centro hospitalario.

2. LA ACCESIBILIDAD

La accesibilidad, la determina, básicamente, la cantidad de tiempo del cliente que es necesaria para obtener un servicio. Es evidente que diversos factores culturales, arquitectónicos, geográficos, ambientales o tecnológicos influyen en la accesibilidad pero, en la mayoría de los casos, acaban traduciéndose en una inversión de tiempo.

El tiempo y las esperas se relativizan en función de los hábitos de vida. En los últimos años hemos entrado en la cultura del más rápido y, por tanto, estamos menos dispuestos a invertir nuestro tiempo en cualquier actividad.

Las empresas ya no compiten sólo por el producto que ofrecen, sino también por cómo lo ofrecen. La accesibilidad se convierte así en un elemento competitivo básico, arraigado en la población, creando una cultura de servicio rápido y eficaz.

Parece pues evidente que esta cultura acentúa más el valor del tiempo.

Este cambio cultural no es ajeno al sistema sanitario, en el que nuestros usuarios valoran cada vez más la facilidad en el acceso a los servicios. Por lo tanto, toda la organización, financiadores y proveedores han de comprender que los procesos y procedimientos deben orientarse, fundamentalmente, a que sus clientes inviertan el menor tiempo posible en todo aquello que no sea su necesidad básica: "la obtención de salud".

De la misma manera que la empresa dedicada a elaborar productos tiene perfectamente definidos sus sistemas de producción, las empresas de servicios sanitarios deben definir claramente sus procesos para simplificarlos; de manera que puedan añadir un valor al servicio, ofreciendo la máxima calidad posible.

Los servicios sanitarios deben poseer la cualidad de ser accesibles a la población, es decir, deben estar disponibles en tiempo, lugar y utilidad, siendo a la vez capaces de resolver la demanda efectuada con una calidad aceptable.

El acceso al sistema de salud está garantizado por la Ley General de Sanidad, 14/86 de 25 de abril. Así mismo, se garantiza el acceso a las prestaciones y servicios en condiciones de igualdad efectiva. El derecho a la asistencia sanitaria pública se plasma mediante la inscripción censal, y se acredita mediante el documento personalizado de asistencia (la tarjeta sanitaria individual).

La accesibilidad al sistema sanitario deberá tener muy en cuenta los recursos disponibles, materiales y humanos, los procesos y procedimientos y los clientes a quienes va dirigido el servicio.

DIFERENTES NIVELES DE ACCESO:

1. La atención primaria de salud

La atención primaria de salud es el primer nivel de acceso, la puerta de entrada al sistema sanitario. En ella la accesibilidad es un atributo propio y esencial de calidad.

El primer y máximo elemento de accesibilidad es la libre elección de médico de cabecera-médico de familia y pediatra, con la posibilidad de escoger entre diferentes horarios, que comprendan mañana y tarde.

Otros elementos de accesibilidad a destacar son:

La facilidad de acceso físico.

La facilidad en el acceso telefónico.

La posibilidad de acceder a todos los servicios, incluido el trámite de prestaciones, durante todo el horario de apertura del centro.

La posibilidad de ser atendido en consulta, siempre y en cualquier situación, el mismo día en que se efectúa la demanda.

La posibilidad de acceder por teléfono al profesional de referencia del paciente, médico o enfermera.

En este sentido, y refiriéndonos a la accesibilidad, conviene una redefinición de la "cita previa", adaptándola a las necesidades reales de los clientes y evitando definir-la y organizarla en función de la demanda o del criterio profesional.

2. Servicios de soporte

Los servicios de soporte pueden ser: la rehabilitación, el Programa de atención a la mujer o la atención especializada, sin olvidar otros servicios como son los específicos de atención a enfermos crónicos y terminales.

El acceso a estos servicios, a excepción del Programa de atención a la Mujer, está condicionado por la solicitud previa de un médico de atención primaria, siempre y cuando se hayan superado las posibilidades de tratamiento y diagnóstico de la atención primaria.

Como elementos de accesibilidad, cabe destacar:

La libre elección entre más de una oferta en el caso del Programa de atención a la mujer.

La libre elección de especialista.

La elección de horario.

En los tres casos debe contemplarse esta posibilidad de elección, siempre que sea posible y los recursos lo permitan.

En el caso de servicios de soporte a enfermos terminales o crónicos, deben priorizarse las demandas y necesidades de los familiares o cuidadores, sin descuidar la necesaria coordinación con los servicios sociales.

3. Atención especializada en régimen hospitalario

El acceso a los servicios especializados en régimen hospitalario de consulta externa estará condicionado por

la solicitud previa de un médico especialista o de un médico de cabecera-médico de familia, siempre y cuando se hayan superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria o especializada.

El acceso a estos servicios en régimen de hospitalización dependerá, siempre, de la indicación de los servicios especializados del propio hospital o del Servicio de urgencias.

Como elementos de accesibilidad cabe destacar:

La posibilidad de acceso a más de un centro.

La posibilidad de escoger entre más de un equipo de especialistas.

La facilidad de acceso por parte de los familiares, tanto referida a la información como al horario de visitas en caso de hospitalización.

4. Atención en Servicios de Urgencia /Atención Continuada

El acceso a este tipo de servicios puede hacerse en el marco de la atención primaria, que proporcionará atención urgente de forma continuada durante las 24 horas del día, en el propio centro o en el domicilio del paciente. La atención continuada en el centro, en Atención Primaria, debe implicar siempre la presencia física de los profesionales, médico y enfermera.

Esta atención urgente puede darse también en el marco de los servicios de urgencias hospitalarios durante las 24 horas del día.

El acceso en este caso puede encauzarse a través del médico de cabecera-médico de familia o especialista o, por necesidad del propio paciente a causa de urgencia vital o requerimiento de medidas terapéuticas exclusivas del medio hospitalario.

Como elementos de accesibilidad podemos destacar:

La proximidad física al domicilio.

La facilidad de acceso al centro.

La facilidad para obtener información por parte de los familiares.

5. Otros niveles

Incluimos en el apartado otros niveles: las prestaciones farmacéuticas y complementarias y los servicios de información y documentación clínica.

El acceso a estas prestaciones está reglamentado por diferentes normativas en el ámbito estatal y en las comunidades autónomas.

Como elementos de accesibilidad destacaremos:

Las facilidades para su obtención, siempre que se deri-

ven de la actividad asistencial y se cumplan los requisitos necesarios. Estas facilidades deben darse tanto en los centros como en el domicilio del paciente.

La posibilidad de realizar los trámites necesarios durante todo el horario de apertura de los centros sanitarios.

Muy especialmente, la garantía de equidad.

Desde un punto de vista global, los aspectos ligados a la accesibilidad de los servicios asistenciales implican cinco conceptos muy importantes:

La CONTINUIDAD, que implica el seguimiento del proceso del paciente por los profesionales de referencia que le atienden y la correspondiente responsabilidad del profesional generador de la demanda.

El concepto de LIBRE ELECCIÓN y la forma de materializarlo.

La idea de calificación de la atención según la NECESIDAD EN EL TIEMPO. Existe, pues, la atención con cita previa, programada, preferente, urgente u ordinaria.

Los conceptos de ESPERA y LISTAS DE ESPERA. Estos conceptos son el resultado del desfase entre la demanda de servicios y la oferta existente. Un sistema adecuado para conocer las listas de espera es fundamental para abordar criterios de acceso a un determinado nivel asistencial, que faciliten la continuidad o relación entre ellos. En el caso de las listas de espera, la información debe ser homogénea, consensuada y contrastable. Su adecuado conocimiento permitirá una correcta gestión.

Las listas de espera centralizadas se utilizarán sólo en aquellos casos en que sean imprescindibles para resolver determinados procesos y como medio para garantizar la equidad. Deberán tener siempre en cuenta las situaciones personales y el entorno de cada paciente, siendo oportuno establecer criterios de priorización para determinados procesos diagnósticos.

En cualquier caso, deberá siempre respetarse la libre opción y garantizarse la continuidad del proceso.

El concepto de NIVEL DE INFORMACIÓN necesario para la utilización correcta y adecuada de los recursos, tanto por parte de los profesionales, como de los usuarios.

Así pues, se considera necesario disponer de una red de información y comunicaciones que garantice el acceso a los diferentes recursos del sistema sanitario y que proporcione datos sobre:

- Criterios de identificación del usuario.
- Disponibilidad de recursos asistenciales.

- Criterios de acceso.
- Trasmisión de datos clínicos.
- Estándares de acceso.

Finalmente, el concepto de EQUIDAD es quizás el más destacable de todos los criterios, puesto que es un derecho inquestionable del ciudadano-cliente de los servicios de salud.

En este sentido es necesario priorizar el acceso de aquellos pacientes o grupos de pacientes con dificultades especiales o con problemas de salud específicos que necesitan de un especial interés para no quedar excluidos. Estos grupos de pacientes pueden ser los niños, los ancianos, los disminuidos físicos o psíquicos, los drogo-dependientes y, en general, aquellos usuarios con una problemática social importante.

La accesibilidad de los servicios está, pues, condicionada por:

La información, la buena distribución de los recursos, y el buen uso que se hace de ellos.

Todo ello supone, a su vez, la correcta información y la responsabilidad de todos los agentes implicados: administración, planificadores, profesionales asistenciales y usuarios.

En el tema de la accesibilidad no podemos olvidar, hoy por hoy, el papel de las nuevas tecnologías como puede ser Internet, que abren nuevas formas de relacionarse y que pueden facilitar el acceso a determinados servicios y profesionales. En cualquier caso, su utilización siempre deberá garantizar la confidencialidad y la privacidad de la relación clínico administrativa.

Criterios de calidad en accesibilidad

Posibilidad de elección de profesional y/o centro o servicio.

Garantía de acceso personal a los profesionales sanitarios responsables del proceso asistencial.

Horarios adaptados a las necesidades reales de la población.

Definición consensuada de tiempos máximos de espera.

Disponibilidad de información sobre tiempos de espera, en el ámbito de profesionales y usuarios.

Existencia de protocolos de coordinación efectivos, entre diferentes niveles asistenciales.

3. LA INFORMACIÓN

La información es un derecho del ciudadano-cliente de los servicios sanitarios. La información deberá hacer referencia a todos aquellos aspectos que permitan al paciente tomar decisiones en el ejercicio de su autonomía, aspectos referidos a su propio proceso asistencial o al conjunto de información sanitaria en general.

El derecho a la información queda recogido en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril y en la Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal. Estas normas se complementan con las generadas por las diferentes comunidades autónomas.

Por otro lado, este marco legal se armoniza con el Convenio sobre derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa (artículos del 5 al 9).

Este conjunto normativo establece las relaciones entre la sociedad y las instituciones sanitarias, en concreto, entre los usuarios del sistema y los profesionales sanitarios, generando un cambio paradigmático en estas relaciones. Este cambio, que implica el paso de un modelo de relación, tradicionalmente basado en la beneficencia, a otro basado en la autonomía del paciente, no siempre es entendido de la forma más adecuada.

La información es en sí misma un proceso que se inicia con los datos que damos al ciudadano en el marco del sistema sanitario, cosa que implica, por lo tanto, su conocimiento del Catálogo de Prestaciones y de la Carta de Derechos.

Implica también los datos que recibe como cliente de una determinada institución sanitaria, de la que tendrá que conocer su Cartera de Servicios.

La información deberá tener en cuenta unas premisas básicas que aseguren que ésta sea la necesaria, adecuada y oportuna en cada momento y en cada proceso.

Estas premisas son:

La información a los profesionales

Es necesario que las instituciones tengan una política de comunicación y información dirigida a sus clientes internos, los profesionales. La información puede ser verbal y directa o escrita mediante boletines. Además de "informar a los informadores" debe permitir un proceso integrador del conjunto de profesionales mediante su participación.

Si bien la información es poder, y por este motivo encuen-

tra barreras, la desinformación crea desmotivación. Sin información no se pueden proporcionar a los usuarios los datos que precisan para tomar sus propias decisiones.

Por todo ello es necesaria una formación en este aspecto, que permita mejorar las habilidades comunicativas del conjunto de profesionales, especialmente de los que están en contacto directo con los pacientes.

La potenciación y correcto funcionamiento de los canales de comunicación

Es necesario establecer una estrecha relación entre las estructuras básicas, la dirección de los centros y los canales habituales de comunicación, procurando evitar las fases superfluas y los filtros de la información.

Es necesario establecer los canales y medios de comunicación adecuados para que la información llegue y se dé en el momento oportuno y a las personas adecuadas.

El trabajo en equipo entre diferentes niveles

El hecho de que en el proceso del paciente, único y continuado para él, intervengan diferentes profesionales, debería suponer el trabajo en equipo, la continuidad y la integridad de la información. Éste es, sin duda, un reto importante a plantear que debería repercutir en una mejora importante de la calidad.

La información al usuario, con el objetivo de que éste haga un uso racional de ella.

La información a los usuarios y a sus familiares será proporcionada en calidad y cantidad y debe llegar al paciente y a sus familiares en cada uno de los niveles de asistencia y durante todo el proceso de la misma.

Es preciso concienciar a los usuarios de la responsabilidad que implica el proceso de la información y el uso racional de la misma en ejercicio de su autonomía, sin olvidar que los límites de esta autonomía están marcados por la autonomía del "otro", en este caso de los profesionales.

Es necesario concienciar también a los usuarios:

- Del deber de exigir el cumplimiento de sus derechos.
- Del uso adecuado de las prestaciones, por el principio de justicia.

La información debe ser clara, útil y comprensible.

La información ha de ser integradora.

La información tiene que fomentar la colaboración entre profesional y paciente.

La información debe posibilitar el ejercicio de la AUTONOMÍA del paciente.

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA EN LA INFORMACIÓN

1. Catálogo de prestaciones

El catálogo de prestaciones es lo que podríamos llamar la “póliza de servicios”. Debe dar a conocer al ciudadano usuario del sistema sanitario cuáles son las prestaciones que le oferta el sistema y a las que tiene derecho.

2. Carta de Derechos y Deberes

La carta de derechos y deberes informará sobre los derechos del paciente legalmente establecidos, indicando claramente las condiciones de su relación con el sistema sanitario, su forma de acceso al sistema y a los diferentes servicios y prestaciones.

La Administración sanitaria y las diferentes entidades e instituciones proveedoras de servicios están obligadas a promover y difundir la Carta de derechos y deberes, tanto en el ámbito de los usuarios, como de los profesionales, llevando a cabo actuaciones encaminadas a saber el grado de conocimiento de ambos colectivos sobre este tema.

Con relación al derecho a la información, es necesario tener en cuenta y reconocer también el derecho a la “no información”, que algunos pacientes pueden ejercer, así como las excepciones o límites a la información.

En estos temas los comités de ética asistencial (CEA) son de gran ayuda para resolver situaciones que implican conflicto de intereses.

3. Cartera de Servicios

Cada entidad proveedora y cada centro sanitario debe disponer de una cartera de servicios que recoja los servicios y prestaciones que oferta, así como la forma de acceso a los mismos.

4. Información específica de los centros

Esta información implica la identidad corporativa, representada fundamentalmente por la imagen gráfica de la empresa, el logotipo, la señalización, y la identificación de los profesionales y servicios. Estos elementos informativos permitirán a los usuarios una correcta orientación.

Cada centro debe disponer con referencia a la información de:

Un área de acogida y recepción, personal y telefónica, marcada por la calidad de la relación interpersonal.

Guías informativas que contemplan la oferta de servicios,

acceso, horarios, planos, normas a tener en cuenta, etc.

Puntos de información en aquellas áreas que puedan considerarse de especial interés como consultas externas, urgencias o en la entrada de los centros de atención primaria.

En estos puntos estratégicos de información deben estar situados profesionales adecuados y motivados para esta función, capaces de ofrecer un trato personalizado y amable.

Será imprescindible una buena señalización que permita al usuario orientarse correctamente. La información en los centros debe ir acompañada de una estructura física determinada, de espacios adecuados y cálidos que permitan la personalización y la confidencialidad informativas.

5. Información clínico asistencial y el acceso a la misma

La información asistencial debe contemplarse siempre desde dos aspectos: por un lado, la información clínica propiamente dicha y por el otro, la información sobre todas aquellas actividades que complementan el acto clínico. En ambos está implicado, y por ese motivo deberá conocerla, el conjunto de profesionales.

La información clínica debe considerarse en el marco de la relación profesional sanitario-paciente, en toda su complejidad. Se entenderá como un derecho del usuario, que debe recibirla y un deber del profesional sanitario, que debe ofertarla.

El acceso a esta información clínica, por sus implicaciones, debe protocolizarse.

Contemplará diferentes posibilidades:

El acceso mediante información oral.

El acceso mediante la entrega de un informe.

El acceso mediante la entrega de documentos que forman parte de la historia clínica, especialmente pruebas complementarias.

El acceso mediante la entrega de una copia de su historia clínica. Entrega que deberá hacerse de acuerdo con la legislación y normativa vigente y salvaguardando siempre los datos confidenciales referidos a terceras personas.

En todos los casos de petición o entrega de documentación, ésta se hará por escrito y debe estar firmada por el paciente o persona que le represente legalmente, quedando constancia de ello en su historia clínica.

6. El consentimiento informado

El proceso de consentimiento informado (CI) consiste

en una explicación a un paciente sobre su enfermedad, los efectos de la misma y de los riesgos y beneficios de un determinado procedimiento terapéutico recomendado o de sus alternativas para, a continuación, solicitar su aprobación y consentimiento para realizar ese procedimiento.

La información al paciente debe ser comprensible y no sesgada.

El proceso del CI descansará siempre sobre la información para buscar después el consentimiento, en un marco de confianza, respeto y colaboración.

El proceso de información del CI debe tener presentes los siguientes aspectos:

Descripción del procedimiento.

Posibles riesgos, molestias y efectos secundarios.

Beneficios del procedimiento a corto, medio y largo plazo.

Alternativas.

Criterios que han guiado al médico a tomar una vía determinada.

Efectos previsibles de no llevar a cabo el procedimiento.

Predisposición del profesional a ampliar la información.

Comunicación al paciente de la libertad que tiene para reconsiderar, en cualquier momento, la decisión tomada.

Es recomendable que cada centro o institución sanitaria disponga de un documento de información previa que debe completarse, siempre y en cada caso, con otros documentos de información más exhaustiva y específicos para cada procedimiento.

Debe llevar la identificación clara del médico y del paciente, además de los diferentes aspectos descritos.

La legislación recoge y regula de forma específica la necesidad de contar con el CI, que no puede sustituirse por la información verbal, pero que sí que se apoya en ella.

Para que la práctica del CI sea correcta, es necesario que los centros sanitarios tengan establecidas una serie de medidas al efecto, como pueden ser la sensibilización de los profesionales y su formación al respecto y la potenciación de la responsabilización de los pacientes, evitando en todo momento la indefinición y la burocratización del proceso del CI y sin olvidar que éste debe ser siempre UN MEDIO Y NUNCA UN FIN.

7. Momentos en que la información se considera básica

Los momentos en que es básico informar son:

Al inicio del proceso de atención.

Durante el proceso de atención.

Cuando el paciente es enviado a otro nivel asistencial.
Cuando finaliza el proceso de atención.

Es básico informar siempre y, por definición, en el momento oportuno.

En el ámbito hospitalario, esto implica especialmente:

La información en el área de Urgencias.

En el área de Urgencias es necesario establecer un punto de información que sea el nexo de unión entre los familiares y el paciente, procurando atenuar las posibles situaciones de incertidumbre o angustia.

Esta información debe incluir, si el paciente no pasa al área de hospitalización, el correspondiente informe de urgencias para su médico de cabecera-médico de familia.

La información en el preingreso.

La información previa al ingreso debe contemplar: la hora, el servicio, lo que el paciente necesita llevar, los aspectos organizativos del centro - como horarios, visitas, etc. - recomendaciones y normas y plano del hospital.

- La información sobre el proceso quirúrgico.

La información sobre el proceso quirúrgico contemplará: la preparación, anestesia, reanimación, y recomendaciones para el paciente y sus familiares.

La información al alta.

La información que recibe el paciente con relación al alta estará formada por: el aviso de alta, efectuado 24 horas antes, la entrega del informe clínico de alta para el médico de cabecera-médico de familia, el informe de alta de enfermería, en aquellos casos en que el paciente necesite un seguimiento especial, el proceso a seguir una vez fuera del hospital, el día de la próxima visita.

- La información en consultas externas

El paciente tiene derecho a que se le extienda un informe al finalizar su proceso de atención.

- La información en la atención primaria de salud

Teniendo en cuenta sus características, entre ellas, la atención prestada a las personas a lo largo del tiempo, los momentos básicos para la información en la atención primaria de salud serán:

Cuando el usuario y su familia llegan por primera vez al centro de salud. El momento en que se les da a escoger médico de cabecera-médico de familia y/o pediatra.

A lo largo de todo el proceso de la asistencia, entendido

como un continuum.

En los momentos en que deba ser enviado a otro nivel asistencial. Cuando vuelve de ser atendido por otro nivel asistencial.

En el marco de la información, las empresas sanitarias definirán y establecerán, también, los canales de información necesarios y adecuados para mantener el mejor nivel de comunicación con la sociedad en la que se insertan y de la que forman parte.

En este sentido, será imprescindible tener definida una política de comunicación que contemple a los diferentes agentes sociales implicados en el sistema de salud, como son asociaciones, grupos, ONG, o instituciones representativas de los ciudadanos.

Criterios de calidad referidos a la información

Definición y establecimiento de “puntos de información” estratégicos.

Existencia de guías y folletos de información.

Información sobre el nombre de los profesionales, médico y enfermera, responsables de su proceso.

Existencia de un protocolo de consentimiento informado.

Existencia de un protocolo para:

- El momento del alta hospitalaria.
- Cuando el paciente accede a otro nivel de asistencia.
- Cuando solicita el acceso a su historia clínica

4. LA OPINIÓN DEL CLIENTE

Cuando se habla de calidad en el ámbito sanitario ésta implica, no sólo la calidad técnica, que en principio debe darse por supuesta, sino también la satisfacción del cliente. La mejora en la prestación del servicio es, hoy por hoy, una piedra angular en las organizaciones y en la supervivencia de las mismas.

Así pues, conocer la opinión de los clientes se convierte en una necesidad para las organizaciones y centros sanitarios, además de ser un imperativo legal en el marco de la Ley General de Sanidad.

También se ha convertido en una necesidad conocer de antemano las expectativas de los clientes, así como conocer su opinión sobre los servicios ofertados y recibidos

y su percepción y grado de satisfacción con referencia a ellos. Se deberán tener en cuenta, además, las variables personales de cada individuo o del conjunto de individuos de una comunidad o territorio determinado.

El usuario puede, en general, no tener suficientes elementos para opinar sobre la calidad técnica, pero sí los tiene para apreciar y opinar sobre la calidad percibida.

Los factores o características del servicio que son percibidos por el cliente se relacionan, generalmente, con:

Los elementos tangibles. La fiabilidad. La capacidad de respuesta. La profesionalidad. La cortesía. La credibilidad. La seguridad. La accesibilidad. La comunicación. La comprensión

Existen varios métodos para la recogida y conocimiento de la opinión de los usuarios. Se pueden catalogar en tres grupos:

1. MÉTODOS O TÉCNICAS CUALITATIVAS

Los métodos o técnicas cualitativas aportan información sobre la opinión de los clientes. Los datos se obtienen, generalmente, a partir de su propia iniciativa. Implican la obtención de información narrativa que deberá analizarse.

También se utilizan las preguntas abiertas para conocer la opinión de los clientes acerca de unos determinados servicios.

En ambos casos se obtiene información escrita que, por medio de la aplicación del análisis del contenido semántico, se sintetiza y cuantifica. Son las reclamaciones y sugerencias.

2. MÉTODOS O TÉCNICAS CUANTITATIVAS

Los métodos y técnicas cuantitativas son aquellos métodos específicos elaborados y/o aplicados intencionalmente para conocer la opinión de los clientes acerca de los servicios. Consisten en la elaboración y/o aplicación de diversos tipos de instrumentos que permiten obtener directamente información cuantitativa.

Son las escalas de actitud, las encuestas o los cuestionarios.

3. MÉTODOS DE OBSERVACIÓN SISTEMÁTICA

Los métodos de observación sistemática son procesos sistemáticos de recogida de datos mediante observadores. Los datos se recogen en el mismo lugar en que acontecen.

Dos observadores, utilizando un sistema de categorías, registran la conducta espontánea de los sujetos

mientras ésta se produce en su medio natural. Para ello, previamente, se lleva a cabo un registro narrativo de las conductas a observar y, a partir del mismo, se elabora el sistema de categorías.

Obtenidos los datos, se controla la calidad de los mismos por medio del cálculo de la fiabilidad.

Observar implica, no sólo describir, sino también inferir aquello que no se ve, pero que está implícito.

Este método permite detectar problemas y situaciones mejorables.

Uno de estos métodos es la llamada escucha activa.

4. OTROS MÉTODOS ESPECÍFICOS

Otros métodos específicos pueden ser: el focus group o las entrevistas, que permiten obtener información cualitativa con el objetivo de llegar a unas determinadas conclusiones sobre un tema o aspecto concreto, generalmente relacionado con las expectativas de los clientes o con sus opiniones.

En cualquier caso, la atención y recogida de la opinión de los clientes por parte de un profesional “que observa” debe implicar, siempre, un altísimo nivel de responsabilidad, de formación y de profesionalización.

El conocimiento y el análisis de la opinión y de la satisfacción de los clientes constituyen una herramienta imprescindible en el proceso de planificación, evaluación y mejora de los servicios

Reclamaciones

Las reclamaciones han de contemplarse en el marco global de las políticas y estrategias de atención al cliente.

Su atención y recogida no puede hacerse ni forma voluntarista ni alejada del conjunto de la organización.

Cualquier otra forma de enfocar este tema está, hoy por hoy, condenada al fracaso.

Consideraremos una reclamación como:

“La expresión de la opinión no satisfactoria de un cliente en relación con un acto o un proceso asistencial o administrativo, en su relación con el sistema sanitario. Y en este marco asistencial o administrativo, con las relaciones interpersonales, con la información, con la propia organización que le atiende o le presta servicio, con las condiciones de habitabilidad, el alojamiento, el confort o con otros aspectos similares”.

Siempre surgirá como consecuencia de la atención reci-

bida en un centro o institución sanitaria.

Se produce cuando el resultado obtenido de la relación cliente-organización ha sido insatisfactorio en relación con su expectativa.

En general, de este acto de reclamar, el cliente espera una actuación al respecto, bien en su propia persona, en la organización, o en ambas.

Un cliente, cuando reclama, siente que de alguna manera se han vulnerado sus derechos.

Entenderemos una reclamación como:

Un derecho del ciudadano como tal y como cliente de una determinada institución.

Una forma de participación, legalmente establecida.

Una oportunidad de mejora.

Una estrategia de empresa.

El derecho a reclamar, como una forma de participación en el sistema sanitario, está recogido en la Ley General de Sanidad en su artículo 10, punto 12, y también en la legislación de las diferentes comunidades autónomas.

Lo consideraremos:

Una oportunidad que permitirá mejorar la calidad de los servicios, ya que implica conocer y analizar aquellos elementos de los mismos que no funcionan satisfactoriamente para los clientes.

Una estrategia de empresa, puesto que ésta debe estar motivada y preparada para recibir y aceptar las quejas de sus clientes y abordarlas desde una perspectiva abierta y flexible.

El cliente puede hacer su reclamación por escrito (reclamación escrita) o sólo verbalmente (reclamación oral). No podemos descartar la posibilidad de que pueda también manifestarse por teléfono o mediante correo electrónico, aunque debemos considerar estas vías con el máximo cuidado y, en todo caso, sin dejar de atenderlas, responder manteniendo en todo momento la confidencialidad requerida, tanto por parte del propio cliente como por parte de la institución.

Metodología de atención a las reclamaciones

La atención a las reclamaciones supondrá, en todos los casos:

Disponer de hojas de reclamación.

Disponer del personal adecuado y motivado para atenderlas.

Dispensar un trato personalizado y confidencial.

Informar sobre los derechos del cliente.

Informar sobre la posible solución y plazos de respuesta.

Disponer de una amplia accesibilidad horaria para reclamar.

Existen cinco elementos considerados básicos en el proceso de atención a las reclamaciones:

La acogida de la reclamación. Lugar dónde ésta se efectúa y persona o personas que la atienden.

Es necesario disponer de espacios adecuados y de una preparación especial de los profesionales dedicados a este tema, valorando, sobre todo, su sensibilidad y su formación al respecto.

La acogida debe hacerse, preferentemente, en un punto cercano al usuario y a su problema.

La ENTREVISTA personal y la primera valoración del caso implica hablar con la persona o personas afectadas, comunicarse con ellas. Escuchar, observar, preguntar e interesarse por el problema y sentir como el cliente, es decir, ponerse en su lugar e intentar comprender la situación desde su perspectiva.

La solución

Es evidente que la solución no siempre irá ligada a la respuesta escrita. Son dos elementos que deben contemplarse, en principio, separadamente.

Siempre que sea posible, y desde la misma entrevista, se intentará dar solución puntual al problema planteado o bien se plantearán posibles soluciones en el plazo de tiempo más corto posible.

La solución debe darse, siempre que sea posible, en el mismo lugar en el que se ha producido el problema.

Restituir aquello que se ha perdido añade valor a la organización y permite recuperar un cliente insatisfecho.

La solución debe contemplarse individualmente para cada cliente y también en el marco de la propia organización.

La respuesta por escrito

La respuesta escrita es de obligado cumplimiento en todas las reclamaciones escritas y debe cumplir con los plazos previstos y estipulados en cada caso.

Debe darse siempre en nombre de la empresa, es decir, debe ser suscrita por el director/gerente o por aquella persona en quién éste haya delegado.

Es recomendable que quien responde la reclamación por escrito, esté siempre situado en un nivel jerárquico superior al del entorno, en donde la reclamación se haya producido.

La respuesta escrita debe ser siempre personalizada (lejos de respuestas estandarizadas) y debe contener explícitamente un razonamiento lógico del hecho que

ha provocado la queja, teniendo además un contenido abierto y flexible.

El tratamiento que debe darse a las reclamaciones, sean escritas u orales, no debe diferenciarse en nada, y debe incluir todos los puntos descritos, salvo la no obligatoriedad de respuesta escrita en el caso de las reclamaciones orales.

El impacto de las reclamaciones en la propia organización

Este punto supone una de las partes más complejas del proceso. Es aquella en la que la propia organización asume la reclamación como un elemento de mejora y se implica en el análisis y evaluación de las reclamaciones recibidas. En este sentido deben articularse medidas para que, a parte del análisis realizado desde los servicios de atención al cliente en el marco de la dirección, cada centro y cada servicio sean capaces de analizar sus propias reclamaciones, implantar las medidas correctoras necesarias y llevar a cabo su correspondiente seguimiento. Y esto debe hacerlo el conjunto del equipo del centro y/o servicio, con la implicación de todos sus profesionales.

Para que el impacto de las reclamaciones sea el óptimo en el conjunto de la organización, la empresa debe sensibilizar a los profesionales, debe formarlos, haciendo de la calidad, entendida como satisfacción, un elemento clave.

Al mismo tiempo, debe establecer un protocolo a seguir que abarque todo el proceso de atención a las reclamaciones de sus clientes.

Debe quedar claro para todos que el hecho de tener mayor o menor número de reclamaciones, por sí sólo, no es indicativo de nada concreto. El hecho de dar mayores facilidades para presentar una reclamación (como pueden ser tener un servicio de atención al cliente o un horario amplio) puede aumentar la cantidad de usuarios que reclamen. Por el contrario, si se ponen barreras del tipo que sean, el número de reclamantes puede ser menor.

Obviamente, al análisis cuantitativo debemos añadirle el cualitativo.

1.2. Sugerencias, felicitaciones y/o agradecimientos

Se consideran sugerencias aquellas aportaciones que puede hacer un cliente con la finalidad de mejorar un servicio o proponer algún cambio en el mismo sentido.

Con la finalidad de promover las sugerencias, los centros e instituciones han de disponer de buzones, estratégicamente situados, sin obviar la posibilidad de recoger estas sugerencias de forma verbal.

En un sentido parecido pueden considerarse las felicita-

ciones o agradecimientos hacia un determinado profesional o hacia la institución o el centro sanitario.

1.3 Encuestas

El término se aplica a los procedimientos empleados para reunir datos que sirvan para:

Conocer la opinión o expectativas de los clientes.
Solucionar un problema. Investigar sobre un aspecto en concreto.

La encuesta es un instrumento de trabajo que permite descubrir hechos, confirmar o rechazar teorías, explorar ideas, e identificar problemas y situaciones.

Este tipo estudios ha de constar siempre de una fase de planificación que contemple el objetivo, la metodología a emplear y el diseño del instrumento, una fase de recogida de datos y finalmente, una fase de análisis, comunicación de los resultados y propuestas y aplicación de acciones de mejora.

Una encuesta adecuada es la que permite obtener conclusiones ciertas sobre grupos, partiendo de cuestionarios o entrevistas realizadas con muestras debidamente seleccionadas.

Las encuestas pueden hacerse mediante correo, telefónicas o personalmente.

Cabe la posibilidad de que adopten diferentes perspectivas como la búsqueda de opinión, el conocimiento de las expectativas o la detección de preferencias o necesidades.

De las diferentes condiciones que afectan a la exactitud de los resultados destacan: los métodos de muestreo empleados y la forma cómo se solicita la opinión de los sujetos de la muestra.

De estas dos condiciones se derivarán:

La fiabilidad, entendida como la concordancia entre los resultados obtenidos y la realidad.

La validez, entendida como la exactitud del procedimiento empleado y de los datos obtenidos.

1.4 La escucha activa

La escucha activa es un método de observación que consiste en escuchar a los clientes que, espontáneamente, manifiestan su opinión a todos aquellos que deseen oírlos.

Estando atento y recogiendo información en áreas como consultas, admisiones o recepción y servicios de urgencia, se puede disponer de una información y un material extraordinario para analizar.

Este método permite recoger una gran cantidad de información, si se utiliza correctamente. Se trata de captar la globalidad de los mensajes que transmiten las personas, entendiendo ese mensaje como un “iceberg”, con una parte visible y otra invisible.

1.5 Focus Group

El Focus group tiene como objetivo conocer expectativas y opiniones. Consiste en reunir a un grupo de personas previamente seleccionadas. Se trata de obtener información cualitativa sobre un tema en el que cada persona pueda aportar su opinión en el marco del grupo. Se trata, pues, de proponer un tema o temas a discutir, grabar la conversación, realizar un estudio posterior de ésta por parte de los observadores y extraer conclusiones. La información cualitativa obtenida sirve para valorar posibles soluciones o para definir futuros cuestionarios.

1.6. Entrevistas

Es un método que nos permite recoger información cualitativa, entendida como un conjunto de datos situados en un determinado contexto y, a la vez, transmitir información. La entrevista es un proceso interactivo de comunicación entre dos personas que intercambian información. Debe permitir captar vivencias, percepciones y perspectivas, con el objetivo final de ofrecer una mejora a una situación en concreto.

Diremos, por último, que la recogida de la opinión del cliente debe incluir siempre la combinación de más de un método de los expuestos. En todo caso, convendrá aplicar aquel o aquellos que, metodológicamente, puedan aportar mejores resultados.

Criterios de calidad referidos a la opinión del cliente

La existencia de un protocolo de atención a las reclamaciones.

La atención personalizada de las reclamaciones mediante entrevista.

La posibilidad de presentar las reclamaciones durante todo el horario de funcionamiento del centro y/o servicio.

El análisis y evaluación por parte de cada uno de los centros y/o servicios afectados.

La recogida periódica de la opinión y expectativas de los clientes.

5. EL PERSONAL DE PRIMER CONTACTO

Todos los profesionales de una institución sanitaria es-

tán al servicio de sus clientes. El núcleo de la asistencia, el acto asistencial en sí mismo, está en manos de médicos y enfermeras que atienden directamente al paciente. Son, por tanto, el núcleo central de la organización si hablamos de asistencia. Su actuación profesional está regida por unos principios éticos propios e inherentes a su profesión, recogidos en sus respectivos códigos.

Existen, no obstante, en las organizaciones sanitarias, otros profesionales que complementan la actuación de los profesionales sanitarios, facilitando actividades que permiten la completa prestación de la asistencia.

Estos profesionales son los que, en términos de empresa de servicios, llamaremos EL PERSONAL DE PRIMER CONTACTO.

Este personal es el que:

Recibe y atiende a los clientes en primera instancia. Informa sobre los servicios y sobre el acceso a los mismos. Programa su estancia en el hospital o su visita en el centro de atención primaria o especializada. Acompaña y atiende a los pacientes y a sus familiares, a veces en situaciones muy difíciles y complejas. Da soporte y tramita las diferentes prestaciones complementarias. Asesora al cliente sobre todos los pasos a seguir, especialmente los de tipo administrativo o los que se relacionan con los diferentes niveles de atención, a lo largo de su proceso asistencial.

Este papel se acrecienta, si cabe, en la atención primaria de salud, donde la polivalencia de funciones, algunas de ellas delegadas, hace de estos profesionales una pieza clave de la organización.

Por definición, pues, el personal de primer contacto está muy cerca de los clientes.

El personal de primer contacto es, en multitud de ocasiones, nexo de unión entre el cliente, los profesionales sanitarios y la propia institución. De hecho, por sus funciones, está tanto al servicio del cliente externo, como del cliente interno, al que da soporte. Se le puede definir como un “facilitador” del servicio. Es necesario que su actividad profesional consiga altos niveles de calidad, especialmente, en aspectos como la accesibilidad, el trato, la humanización del entorno, la comunicación con los clientes y la desburocratización y agilidad de los procesos administrativos.

Los profesionales de primer contacto han de ser capaces de:

Identificar a la empresa ante sus clientes.
 Concienciarse de su competencia.
 Estandarizar el servicio y personalizarlo en cada uno de sus clientes.

Añadir valor a la organización.

PERFIL PROFESIONAL DEL PERSONAL DE PRIMER CONTACTO

1. Aptitudes

Las aptitudes deben tener en cuenta el puesto de trabajo y sus requerimientos.

2. Actitudes

Las actitudes que tiene que poseer el personal de primer contacto son diversas y muy importantes. Mencionaríamos:

Capacidad para comunicar.
 Actitud de servicio, sin servilismos ni paternalismos.
 Orientación hacia la búsqueda de resultados concretos con eficacia y eficiencia.
 Capacidad para el trabajo en equipo y la colaboración.
 Receptividad y flexibilidad.
 Gusto por la innovación y el cambio.
 Capacidad para manejar la incertidumbre.
 Amplitud de miras, sin ampararse en la norma.
 Integridad ante la información confidencial.
 Estabilidad emocional y resistencia al estrés.
 Capacidad para absorber información compleja e intuición.
 Polivalencia.

Como todo buen comunicador, el personal de primer contacto debe saber y tener capacidad para:

OBSERVAR, ESCUCHAR, INTERESARSE Y SENTIR

Obviamente estas actitudes no tendrían que ser patrimonio único de estos profesionales, sino del conjunto de profesionales de la organización pero, en su caso, son especialmente importantes y la empresa las debe tener en cuenta.

Por parte de la organización sanitaria es necesario:

Disponer de un adecuado proceso de selección para este personal, que debe valorar la formación básica necesaria, las aptitudes y especialmente las actitudes.
 Tener un Plan de Formación previo a su incorporación y continuado en el tiempo.
 Ser capaz de transmitir un sistema de valores y principios compartidos.

En este sentido, la empresa deberá potenciar el correcto conocimiento de las tareas a realizar: la comunicación, la autonomía, la responsabilidad, la formación continuada y la participación de estos profesionales, como elementos fundamentales de motivación.

Deberá tener en cuenta que las actitudes mejoran y se enriquecen a través de la experiencia en el puesto de

trabajo y de la formación continuada.

Las empresas y los centros sanitarios han de avanzar, actualmente, redefiniendo la dependencia de estos profesionales, huyendo de dependencias jerárquicas excesivamente centralizadas o, en ocasiones y en cierta forma, ajenas a su función. Deben adaptarse a las necesidades reales, a la funcionalidad del servicio y favorecer, de manera importante, la integración y la participación de estos profesionales en los diferentes centros y servicios, con la finalidad de que participen en la vida de los mismos y en sus objetivos. En definitiva, haciendo de ellos un elemento fundamental para la empresa y para la buena atención de sus clientes.

Un ejemplo de esta integración y participación, aunque mejorable, es el que se ha producido en los centros de atención primaria de salud, que podrían ser un buen ejemplo a imitar.

Criterios de calidad referidos al personal de primer contacto

Entre los criterios de calidad referidos al personal de primer contacto consideraremos la existencia de:

Un protocolo de acogida en el momento de la incorporación de un profesional de primer contacto a la empresa.

Un plan de formación anual, adaptado al cumplimiento de los objetivos y a las necesidades de los profesionales y de la propia empresa.

La posibilidad de que estos profesionales puedan definir sus propios indicadores.
Sistemas de incentivarlos.

6. EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

En el contexto actual en el que las empresas sanitarias no son ajenas al entorno, a las expectativas de sus clientes, ni indiferentes a un "mercado" en el que la competencia y la competitividad son ya un hecho, podemos afirmar que, sin duda alguna, el servicio de atención al cliente debe entenderse como la primera estrategia a considerar cuando hablamos de clientes.

El hecho de contar con este servicio podemos considerarlo:

- Una necesidad de la organización.
- Una cuestión de calidad.
- Un elemento de mejora continúa.

DEFINICIÓN, FUNCIONES Y LINEAS DE TRABAJO

1. Definición y funciones propias

El servicio de atención al cliente es un servicio staff de la dirección/gerencia. Tiene como funciones:

Definir y marcar las líneas estratégicas básicas y los objetivos a seguir en referencia a la atención al cliente.

Fomentar, impulsar, sistematizar y evaluar aquellas actividades y elementos de la organización referidos a la atención al cliente. Actuando en todo momento como motor y elemento dinamizador de las políticas de atención a los clientes.

El servicio de atención al cliente se enfoca, primordialmente, a mejorar la calidad del servicio y la satisfacción de los clientes mediante:

La promoción y el respeto de los derechos y deberes de los ciudadanos-clientes del sistema sanitario y la equidad de los servicios.

La personalización de la atención y el trato.

El servicio de atención al cliente es el encargado de estudiar y analizar las expectativas, la satisfacción y la insatisfacción de los clientes; en pocas palabras, es el encargado de conocer el significado que para ellos tiene la calidad, entendida como percepción del servicio.

Debe detectar conflictos, tomar el pulso a la organización y ser capaz de liderar en el seno de la misma, todas aquellas medidas encaminadas a simplificar los procesos, en aras de un servicio homogéneo y equitativo, en el marco de un modelo de organización enfocado a sus clientes, ágil, flexible y dinámico.

El servicio debe estar enfocado al:

Cliente externo. Tanto a través del conjunto de profesionales, como de forma directa y personalizada, atendiendo a aquellos clientes que acuden al servicio por propia iniciativa.

Cliente interno. Al que debe prestar el máximo soporte para que pueda atender de forma adecuada a sus propios clientes.

Uno de sus objetivos principales es el trabajar para el cliente externo, a través del cliente interno.

2. Líneas de trabajo

El servicio de atención al cliente, como unidad de soporte que es y en un marco de funciones diversas, plurales y complejas, tiene como principales líneas de trabajo:

*La información y la acogida.

El servicio tiene como objetivo favorecer la comunicación, la identificación de los servicios y la forma de ofertarlos a la comunidad, así como el favorecer el correcto funcionamiento de los canales de comunicación interna y externa.

*La promoción y difusión de la Carta de derechos y deberes.

En este sentido, la unidad de atención al cliente tiene como objetivo la promoción y difusión de la Carta de derechos y deberes, de manera que la propia organización garantice su cumplimiento.

*El estudio de la opinión y satisfacción del cliente.

El servicio tiene como objetivo escuchar al cliente con la finalidad de mejorar la calidad del servicio y garantizar su satisfacción. Deberá conocer las expectativas y las opiniones de los clientes individuales como de los colectivos de clientes.

*La accesibilidad a los servicios, prestaciones sanitarias y documentación clínica.

En este ámbito el servicio tiene como objetivo mejorar los procesos y su continuidad, de manera que la organización trabaje en función de sus clientes.

*El personal de primer contacto o de primera línea.

El servicio tiene como objetivo la profesionalización, tanto técnica como humana, de este personal, velando por su integración como un miembro más del equipo de profesionales.

*La formación en atención al cliente.

Con relación a su formación, la unidad tendrá como objetivo mejorar aptitudes y actitudes en todos aquellos aspectos que promuevan los derechos de los pacientes y las políticas de atención al cliente.

*La habitabilidad y el confort

En este ámbito, el servicio tiene como objetivo velar por la confortabilidad de los centros, de sus instalaciones y de sus servicios, de manera que, estando éstos al servicio del cliente, puedan dar una buena imagen de acuerdo con las políticas de atención al cliente y los valores propios de la institución.

La atención al cliente es "cosa de todos", por ello, la existencia de un servicio de atención al cliente no implica en ningún momento el olvido de sus responsabilidades a este respecto, por parte de otros servicios o profesionales.

ELEMENTOS A DESTACAR DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

El servicio de atención al cliente trabaja por la mejora

continua, creando y liderando una cultura que ponga a la organización al servicio de sus clientes. En definitiva impulsando un cambio cultural y añadiendo valor a la organización.

1. El Servicio de Atención al Cliente, debe contar con un jefe de servicio o responsable del mismo que es quien mantiene el máximo nivel de comunicación con el director/gerente.

Su dependencia funcional ha de ser de este director/gerente.

1.1. Perfil profesional del jefe o responsable

Preferentemente deberá tener:

Titulación de grado medio o superior de la rama sociosanitaria. Sin descartar otras posibilidades en función de los recursos o necesidades.

Conocimientos sobre la organización del sistema sanitario.

Formación adecuada a los requerimientos del puesto.

Se tendrán en cuenta, en función del trabajo a realizar, su perfil humano y su capacidad de relación, negociación y resolución.

En cualquier caso debe tenerse en cuenta la necesidad de profesionalizar esta figura, fundamentalmente mediante la formación y la experiencia.

2. El Servicio, en función de su complejidad y del número de funciones asignadas, dispondrá del número de profesionales suficiente para poder llevarlas a cabo.

Estos profesionales deberán reunir, de manera muy especial, las aptitudes y actitudes descritas en el apartado del personal de primer contacto.

3. Su ubicación física debe ser lo más accesible posible para los usuarios, preferentemente en la entrada del centro.

El espacio de que debe disponer será el adecuado a las tareas que desempeñe, al número de profesionales de que disponga, y a la distribución horaria de los mismos. El espacio disponible deberá garantizar que la atención pueda realizarse con la máxima confidencialidad posible.

El acceso al servicio debe poder realizarse durante todo el horario de apertura del centro y contemplará la posibilidad de hacerlo personalmente, por teléfono, por correo o a través de otros medios de comunicación.

4. En función de las dimensiones del hospital o de la

dispersión de los centros de atención primaria y guiándonos por criterios de accesibilidad, es conveniente la delegación de algunas de sus actividades, siempre que se garantice la calidad de la atención y el servicio personalizado y confidencial.

5. El servicio de atención al cliente debe mantener una estrecha relación con las diferentes unidades, como pueden ser la unidad asistencial, admisiones, documentación clínica o administración y servicios, con los responsables de los diferentes servicios y, muy concretamente, en atención primaria de salud, con los directores o coordinadores de los equipos.

6. Debe colaborar y participar activamente en la comisión de calidad, la de bioética, la de investigación y ensayos clínicos y en todas aquellas que tengan por finalidad la satisfacción del cliente o la promoción de sus derechos.

A su vez debe crear comisiones y grupos de trabajo propios, relacionados con la atención al cliente, que impliquen a su vez, la participación multidisciplinaria activa del conjunto de profesionales de la organización.

En todas estas comisiones o grupos de trabajo, el servicio de atención al cliente debe aportar sus conocimientos sobre la opinión de los clientes y sus expectativas.

El servicio o unidad de atención al usuario / cliente tendrá, como funciones específicas y altamente cualitativas, las siguientes:

*La atención y gestión, día a día, de los conflictos planteados y expresados ante el servicio por los clientes.

*La redacción de su propia cartera de servicios.

*La elaboración de protocolos para las diferentes actividades que le son propias, asegurando además su cumplimiento.

*La definición de indicadores que permitan la evaluación de todas y cada una de estas actividades.

*La custodia de toda la documentación confidencial del servicio.

*El fomento de la investigación en materia de atención al cliente

*La implicación activa en todos los procesos de mejora continua de la organización que tengan relación con la satisfacción del cliente o con la promoción de sus derechos.

Es fundamental que el servicio de atención al cliente ponga el máximo esfuerzo en la evaluación, que será uno de sus principales objetivos.

Para ello deberá utilizar la metodología necesaria en cada una de las actividades que le son propias.

A su vez, el servicio de atención al cliente, en función de las políticas y estrategias de la organización a la que pertenezca y de los criterios de calidad adoptados, debe definir sus propios estándares y evaluarlos con una periodicidad determinada.

En el caso de que, por necesidades de la propia institución sanitaria o del centro, el servicio tenga a su cargo otras unidades como pueden ser las de trabajo social, comunicación o relaciones públicas, deberá llevar a cabo estas tareas sin menoscabo, en ningún momento, de las que implica la unidad de atención al cliente.

Siempre y en todas las situaciones posibles, el servicio de atención al cliente conservará las atribuciones que le son propias, en el lugar que le corresponde y en el marco de la organización, manteniendo su especificidad y funciones.

Criterios de calidad en el servicio de atención al cliente

Definición de la cartera de servicios

Horario amplio y continuado

Facilidad de acceso física

LA OPINIÓN DE LOS EXPERTOS

LA REVISIÓN EXTERNA

De acuerdo con la metodología establecida, el grupo de trabajo, una vez redactado el texto definitivo de la Guía, lo pasó a un grupo de expertos para que hicieran las consideraciones que creyesen oportunas y aportasen sus criterios al respecto en todos aquellos aspectos que pudiese mejorarla.

Estos expertos fueron:

Por parte de la SEAUS

Francisco Cárceles Guardia. Presidente de la SEAUS. Director médico del Hospital de Son Dureta Palma de Mallorca.

María Jesús Blécula Lis. Servicio de Atención al Paciente Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Rafael Lledó Rodríguez. Adjunto Dirección Médica. Unidad de Coordinación Asistencial. Corporación Sanitaria Clínico

Antoni P. Martín Lluís. Unidad de Atención al Usuario. Dirección de Atención Primaria l'Hospitalet. Institut Català de la Salut.

Adoración Ruíz Fernández. Unidad de Gestión Provincial. Delegación de Málaga. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Externos a la SEAUS

Dra. Júlia Behar Algranti. Profesora Titular Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

José María Corrales Rosado. Jefe del Servicio de Atención al Paciente de la Fundación Hospital Manacor.

Miren Fernández Jirones. Responsable Centro Documental. Institut Català de la Salut.

Albert J. Jovell Fernández. Director General de la Biblioteca Josep Laporte. Universidad Autónoma de Barcelona.

Justo Juliá Herrera. Médico y abogado. Jefe del Servicio de Inspección de la Delegación Provincial de Salud de la Junta de Andalucía de Cádiz.

José María Martín Moreno. Director de la Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III. Presidente de la Asociación de Escuelas de Salud Pública de la Región Europea.

Ramón Morera Castell. Médico de Familia. Presidente de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Francesc Moreu i Orobítg. Gerente de Consultoría. Consorcio Hospitalario de Cataluña. Consultoría y Gestión SA.

Clara PujoI i Ribó. Gerente de la Fundación Jordi Gol i Gurina. Institut Català de la Salut.

Javier Sánchez Caro. Subdirector General de Asesoría Jurídica. INSALUD.

LA OPINIÓN DE LAS EMPRESAS EL CUESTIONARIO

Con el objetivo de ampliar al máximo los criterios a utilizar en la elaboración de las líneas estratégicas básicas en atención al cliente, el grupo de trabajo creyó oportuno facilitar un cuestionario a diferentes empresas de servicios y de servicios sanitarios.

Se seleccionaron 12 empresas de servicios, consideradas líderes en su campo y que correspondían a diferentes ámbitos y 12 empresas de servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas del Estado.

El nivel de respuesta fue del 41% por parte de las empresas de servicios y del 66% en el caso de las empresas de servicios sanitarios.

El cuestionario comprendía tres partes.

En la primera se preguntaba sobre aspectos relacionados con el propio servicio de atención al cliente.

En la segunda, se preguntaba sobre diferentes aspectos relacionados con la información, la accesibilidad, la opinión del usuario, los derechos y deberes, el personal de primer contacto y la formación en atención al cliente.

En la tercera y última se pedía que se priorizasen, en función de las estrategias de cada empresa, los diferentes elementos referidos a la atención al cliente.

De los resultados, hemos destacado los elementos más puntuados, y por lo tanto más significativos. Son los siguientes:

Primera parte

Servicio de atención al cliente

Todos los consultados disponían de este servicio, que se había puesto en funcionamiento entre los años 1985 y 1990.

La dependencia era siempre de gerencia, servicios centrales o del director general.

El servicio estaba ubicado en un lugar accesible, cercano a la entrada de los clientes y centralizado.

El acceso al mismo podía hacerse personalmente, por teléfono o por escrito, sin descartar otros medios como el correo electrónico o el fax.

El horario de funcionamiento era, en todos los casos, amplio. El promedio de atención era de entre 8 y 10 horas al día.

La existencia del servicio se comunicaba a los clientes preferentemente, y en la mayoría de los casos, por escrito, y de forma puntual y sistemática.

La utilización de otros medios de comunicación (radio, prensa o revistas especializadas) era escasa.

El Servicio de atención al cliente es, para las empresas consultadas:

1. Un elemento de calidad
2. Un elemento de mejora
3. Una necesidad de la organización

Segunda parte

Destacamos a continuación los dos aspectos, por orden de importancia, más puntuados, en cada uno de los apartados de la segunda parte de la encuesta.

Información

Importancia de la información personal y personalizada.
Información escrita.

Accesibilidad

Importancia de la resolución de los problemas que plantea el cliente en cualquier punto de la empresa donde se hayan producido.
Acceso físico y de los horarios.

Opinión y satisfacción del cliente

Necesidad de disponer de un sistema de atención a las reclamaciones.
Otros métodos, como las encuestas.

En la atención a las reclamaciones se consideraban elementos importantes:

La atención personal y personalizada.

El hecho de que la respuesta escrita estuviese firmada por un miembro de la dirección de la empresa.

Derechos y deberes de los clientes

Necesidad de asumir los derechos y deberes del cliente en el ámbito directivo y en el conjunto de la organización, por encima de cualquier otro elemento.

Existencia de la Carta de derechos y deberes y de la garantía de su cumplimiento.

Personal de primer contacto
Actitud de estos profesionales y su trato.
Motivación y del conocimiento de las tareas a realizar.

Formación en atención al cliente
El hecho de dirigirse a todos los niveles de la empresa, no únicamente a unos determinados colectivos.
La innovación constante.

Tercera parte

En el último apartado, las empresas consultadas priorizaron los diferentes elementos propuestos en atención al cliente, en el siguiente orden:

1. El propio servicio o producto.
2. El servicio de atención al cliente.
3. La accesibilidad.
4. La información.
5. El personal de primer contacto.
6. La formación.
7. La carta de derechos y deberes.
8. Los estudios de opinión.

EMPRESAS DE SERVICIOS Y DE SERVICIOS SANITARIOS QUE RESPONDIERON EL CUESTIONARIO

Agencia Tributaria

Caixa Catalunya

Caja de Madrid

Congelados Eissman

Consorci Sanitari de Mataró

Consorci Hospitalari del Parc Taulí

Direcció de Atenció Primària Alt Penedès- Garraf

Ferrocarrils de la Generalitat (FFGG)

Hospital de Barcelona (SCIAS)

Hospital General de la Vall d'Hebrón

Hospital Universitario de Getafe

Hospital Txagorritxu de Vitoria

LOS INDICADORES

LA EVALUACIÓN Y LOS INDICADORES

TABLA DE INDICADORES

Como punto final de la Guía, presentamos una tabla de indicadores que permitan conocer la situación de los diferentes servicios y actividades de atención al cliente.

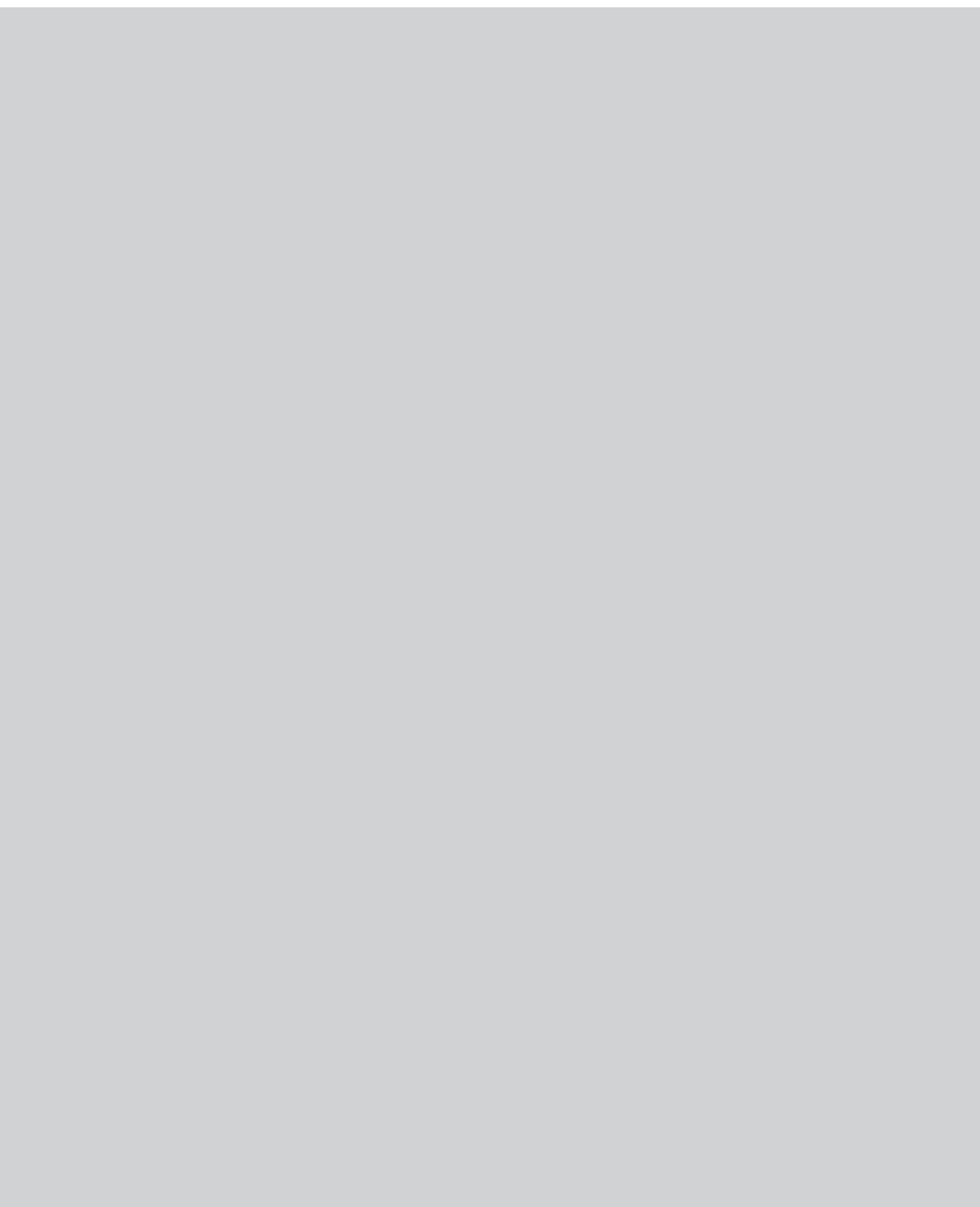
Siguiendo la línea ideológica marcada en la guía y enfatizando la necesidad de evaluar, el grupo de trabajo ha elaborado una tabla en la que, a partir de dos criterios de calidad por cada línea estratégica descrita, se han definido:

*Un indicador

*Un método para evaluarlo

*Un estándar deseable, consensuado por el grupo de trabajo.

Teniendo en cuenta esta tabla, que puede adaptarse y ampliarse en función de las diferentes situaciones y en función de los resultados obtenidos en la misma podremos encontrarnos con centros situados en un nivel bajo (de mínimos), otros situados en un punto medio (situación considerada como aceptable) y finalmente centros situados en un nivel alto (el óptimo).



BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y DOCUMENTOS

- Bernillón A, Cerutti O. **Implantar y gestionar la calidad total**. Barcelona: Gestión 2.000, 1989.
- Berry, Leonard L. **Más allá de la excelencia en el servicio: un plan de acción**. Bilbao: Deusto, 1995.
- Nuevas orientaciones en el marketing de servicios**. Madrid: Díaz de Santos, 1990. (Biblioteca de Manuales prácticos de marketing)
- Bioética. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**. 1990; 108, (5 y 6) 1990.
- Bowden CL et al. **Bases psicosociales de la atención médica**. Méjico: Limusa, 1990.
- Carr C. **La vanguardia del Servicio al Cliente**. Madrid: Díaz de Santos, 1992
- Corbella A, Saturno P. **La garantía de calidad en atención primaria**. Madrid: INSALUD, 1990.
- Cuervo JL, Valera J, Belenes R. **Gestión de hospitales**. Barcelona: Vicens Vives, 1994.
- Chias J. **Marketing público: Por un Gobierno y una Administración al servicio del público**. Madrid: Mcgraw-Hill/Interamericana, 1995.
- Departamento de Sanidad y Seguridad Social. **Guía de recomendaciones sobre el consentimiento informat**. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1997.
- D'Zurilla TJ **Terapia de la resolución de conflictos**. Bilbao: Desclée de Brouwe, 1993.
- Eiglier P, Langeard E. Servucción. **El marketing de servicios**. Madrid: McGraw-Hill/interamericana, 1990.
- Eliás J. **La organización atenta**. Barcelona: Gestión 2000, 1994.
- Engel Hard HT. **Los fundamentos de la Bioética**. Barcelona: Píados, 1995.
- Flipo J P. **Gestión de empresas de servicios**. Barcelona: Gestión 2000, 1989.
- Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica del Ministerio de Sanidad. **Sanidad sienta las bases para regular el Consentimiento y la Historia Clínica**. ADS, 1997 (34), pp. 667-680.
- Institut d'Estudis de la Salut **Jornadas sobre los Comités Éticos de Investigación Clínica en Cataluña**. Barcelona, 1993. (Monografías)
- Kahn J. **Gestión de calidad en los centros sanitarios**. Barcelona: Herder, 1980.
- López E. **Ética y Vida: Desafíos Actuales**. Madrid: Paulinas, 1990.
- López Campos J, Gadea Carrera A. **Servir al ciudadano: Gestión de la calidad en la Administración Pública**. Barcelona: Gestión 2000, 1995.
- Longo DR, Bohr D. **Métodos cuantitativos en la gestión de la calidad: Una guía práctica**. Barcelona: SG, 1994.
- Marquet R. **Garantía de calidad en atención primaria de salud**. Barcelona: Doyma, 1993.
- Martínez Aguado LC. **Líneas para la buena práctica y manual de referencia para los profesionales de Servicios y programas de atención al usuario en centros sanitarios**. Zaragoza: Certeza, 1996.
- De Miguel JM. **Sociología de la Medicina**. Barcelona: Vicens Universidad, 1978.
- De Pablo J. **Tècniques d'entrevista per a professionals de la Salut**. Eumo.
- Plan de Humanización**. Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Atención Hospitalaria. Núm de publicació 1430. 1984.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. **Plan de Humanización**. Subdirección General de Gestión de la Atención Hospitalaria Serie I ,Atención Hospitalaria.1987.
- Ministerio para las Administraciones Públicas. **La Administración al Servicio del Público**. Madrid: 1991. Informes y Documentos.
- Moller C, Hegedahl P. **Personas en primera línea**. Barcelona: CMR Ibérica, 1989.
- Moreno Ruiz JA, et al. **La calidad de la asistencia sanitaria**. Barcelona: Gráficas Soler, 1986.
- Navarro Rubio MD. **Encuestas de Salud**. Madrid: CIS, 1994. Cuadernos Metodológicos.
- Nutting PA, Burkhalter BA, Carney JP, Gallager KM. **Métodos de evaluación en atención primaria. Guía para clínicos**. Barcelona: SG, 1991.
- Palmer R. et al. **Evaluación de la asistencia ambulatoria: principios y prácticas 2ª ed**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Peel M. **El Servicio al Cliente: Guía para mejorar la atención y la asistencia**. Madrid: Deusto, 1991
- Pérez A. **La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma**. Madrid: Encuentro, 1984.
- Regouby C. **La comunicación global**. Barcelona: Gestión 2000, 1989.
- Romeo CM. **El médico ante el derecho**. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

Sánchez J. **Derecho y SIDA**: Madrid: MAPFRE, 1995

Senlle A. **Calidad total en los servicios y en la administración pública**. Barcelona: Gestión 2000, 1993

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. **Libro Congreso de Zaragoza, 1998**.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. **Libro Congreso de Málaga, 1990**.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. **Libro Congreso de Barcelona, 1992**.

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. **Provant de seure a l'altra cadira**. Barcelona: SCMFIC, 1998.

Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. **Implantació d'un Pla de Millora de la Qualitat, a l' Atenció Primària de Salut**. Barcelona: Edide, 1994.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. **Libros de ponencias Congresos y Simposios. 1993-1999**.

Tizón JL. **Components Psicològics de la pràctica mèdica: Una perspectiva**. Barcelona: ACMCB (MM, 31), 1987.

Touzard H. **La mediación y la solución de los conflictos**. Barcelona: Herder, 1980.

El model d'atenció socio- sanitària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1994

Varo J. **Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria**. Barcelona: Díaz de Santos, 1994

Vuori H. **El control de calidad de los servicios sanitarios: concepto y metodología**. Barcelona: Masson, 1998.

Zeinthalml VA. et al. **Calidad total en la gestión de servicios: Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores**. Barcelona: Díaz de Santos, 1993

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS

Plan de humanización de la Atención Sanitaria. INSALUD. 1984.

Consejo General de Colegios de Médicos de España. **Código de Ética y deontología médica**. Madrid; CGCME, 1990.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Álvarez-Cienfuegos Suárez JM. **La reforma del sistema sanitario y los derechos de los pacientes**. El médico, 25/9/98

Barba R, Bohigas LI, Delgado R, Gorritxo JA, Gil A, Humet C, et al. **Las listas de espera**. Revista de Calidad Asistencial 1996; 1 (11): 100-101.

Barceló R. **Unión de Consumidores de Murcia-UCE**. Identidad de los Servicios de Atención al Usuario. Imagen actual. Atención al Usuario 1997; 1 (5): 18-21.

Beauchamp TL, Childress JF. **Principles of Biomedical Ethics (3d**

ed.): Oxford University Press, New York, 1989.

Bohigas L. **La satisfacción del paciente**. Gaceta Sanitaria 1995; 9: 283-286.

Busquets M. **Aspectos psicológicos en la acogida del paciente al hospital**. Todo Hospital 1991; 17-22.

Canals J. **La cultura de la información en el ámbito sanitario: Aspectos antropológicos**. Atención al Usuario 1997; 1 (4): 25-26.

Cárceles F. **Análisis de los factores que determinan la presentación de reclamaciones por parte del usuario**. Atención al Usuario, 1996; (2): 12-13.

Cárceles F, Pacheco V. **Servicios de atención al usuario y calidad asistencial**. Revista de Calidad Asistencial 1998; (3): 132-133.

Carulla MR, Pons E, Abella R, García M, Domínguez D. **El respeto a su intimidad, un derecho de nuestros usuarios**. Atención al Usuario 1998; 1 (7): 5-7.

Casan A, Ventura M, Cañaveras J, Gil R, Osuna M, Codorniu O, et al. **Acercar los servicios sanitarios a los ciudadanos: programación de visitas punto a punto entre el hospital y el centro de atención primaria**. Atención al Usuario, 1997; 1 (4):13-14.

Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **Finalidad y uso de la historia clínica**. Quaderns de la bona praxi 1994.

Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **La información Clínica facilitada al paciente**. Quaderns de bona praxi 1998; (8): 1-13.

Corbella J. **Breves apuntes sobre el consentimiento**. Atención al Usuario 1996; 1 (3):18-19.

Crespo R, Estabanell A, Cortés X, López F. **Evaluación de la accesibilidad a la cita previa en un centro de salud**. Atención al Usuario 1998; 1 (6):12-13.

Escartin M, Faixedas D, Martínez MA, Álvarez X, Casanovas J. **Modernización de una unidad de admisión y atención al usuario** Atención al Usuario 1997; 1 (5): 8-10.

Fernández JM, Garbayo L, Rekondo I, Osasuna Zainduz. **Una experiencia pionera en comunicación sanitaria**. Todo Hospital 1995; (117): 7-10.

Figols M, Pedrós F, Salmons I. **La accesibilidad a la UAAU (Unidad de Admisión y Atención al Usuario)**. Atención al Usuario 1997; 1 (4): 19-21.

Gallegos M, Maldonado ML, Gómez R, Salmerón J, Sánchez C, Omedes R. **Áudits de estructura y funcionamiento**. Atención al Usuario 1998; 1 (6): 9-11.

García S, Anzizu JM. **Dirección por valores**. Alta Dirección 1997; (191): 59-67.

González JC, Juand L, Quesada M, Solanas P. **Satisfacción de los usuarios en atención primaria**. Atención Primaria 1998; 22 (8):

González MP. **La atención primaria de salud y la atención al usuario**. Atención al Usuario 1995; 1 (1): 16.

- Gracia D. **La relación clínica.** Revista Clínica Española 1992; 191 (2):
- Grifol M, Guillems S, Marín N, Morales I, Picaza J, Encarnación I, et al. **La coordinación entre PADES y UFISS mejora la calidad del seguimiento de los enfermos terminales oncológicos con una atención enmarcada en los cuidados paliativos.** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 10-12.
- Grupo de trabajo previo a la VII Jornada de intercambio de experiencias en Atención al Usuario. **Derechos vulnerados por la falta de accesibilidad.** Atención al Usuario 1998; 1 (6): 23-25.
- Grupo de la SEAUS en Cataluña. **La información general en el sistema sanitario.** Atención al Usuario 1997; 1 (5): 29-34.
- Grupo de la SEAUS en Cataluña. **Derechos del enfermo usuario del hospital, grado de conocimiento y percepción que sobre la satisfacción de los mismos tiene el profesional.** Barcelona. 1996
- Illana Robles F, Rodríguez Santirso MA. **La medición de las unidades administrativas de los centros de atención primaria.** Revista de Administración Sanitaria 1997; 1 (3):
- Junoy A, Armayones P, Escarabajal J, Ruiz J, Lledó R, Asenjo MA, et al. **La mejora de la satisfacción del cliente en el ámbito del acceso a la documentación clínica.** Atención al usuario 1996; 1 (2): 5-7.
- Jurado E. **Proteste, por favor.** EL PAÍS. 1994 (Sup. Negocios 3 abril)
- Luna A, Osuna E. **Derecho del Paciente al acceso a su Historia Clínica .** Medicina Clínica 1987; 88: 59-60.
- Lledó R, Vilella A, Bare ML, Bayas JM, Asenjo MA. **La importancia de las encuestas de opinión a los usuarios del hospital sobre la calidad asistencial.** Todo hospital, 1992; Núm. 87.
- Lledó, R. Herver, P. Barnett, M. Viella, A. Prat, A. Asenjo, M.A. Grau, J. **Derechos del enfermo usuario del hospital: Grado de conocimiento y percepción sobre la satisfacción que de los mismos tiene el profesional del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.** Atención al Usuario 1995; 1 (1): 7-9.
- Marquet R, Avellaneda E, Davins J. **La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas.** Formación médica continuada 1994; 1 (1):
- Marquet R, Davins J, Casas J, Fernández RM. **Garantía de calidad en un centro de salud: dos años de experiencia.** Atención Primaria 1991; 8 (10):
- Marquet R. **La calidad de la atención primaria: ¿de qué color es el cristal con que se mira?** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 13-14
- Marquet R. **El enfoque de la organización al cliente: Algo más que un método.** Atención al Usuario 1998; 1 (6): 4-5.
- Martín A, Cabezadas C, Casanovas M, Vialcanet A, Perancho P. **Estudio comparativo de una encuesta de insatisfacción con las reclamaciones.** Atención al Usuario 1995; 1 (1): 10-11.
- Martínez A. **El asunto de la historia clínica.** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 24-26.
- Martínez LC. **El consentimiento informado. Una nueva forma de entender la relación clínica.** Atención al Usuario 1996; 1 (2): 18-23.
- Moreu F. **Una nueva era: el ciudadano – cliente.** Atención al Usuario 1995; 1 (1): 5.
- Moix J, López E, Otero J, Quintana C, Ribera C, Saad I, et al. **Eficacia de los folletos informativos para suministrar información acerca de la operación y la convalecencia.** Revista de Calidad Asistencial 1995; 5: 280-286.
- Muñoz MI, Portal A. **El grado de satisfacción y expectativas de los usuarios de consultas externas del Consorcio del Hospital de la Cruz Roja de l' Hospitalet de Llobregat.** Atención al Usuario 1997; 1 (4): 10-12.
- Navarro V. **Desigualdades sociales en España.** EL PAÍS 1996 (10 de junio)
- Naya M.A. **Profesionalización de los servicios de atención al usuario.** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 15-16.
- Naya MA, Menacho P, Ruiz A. **La libre elección de especialistas y hospitales en Andalucía como ejemplo de armonización entre niveles.** Atención al Usuario 1998; 1 (7): 20-23.
- Ortún V. **El producto sanitario: ¿Servicio o salud?** Revista ROL de enfermería ;(175): 14-18.
- Pineda A. **La recepción del paciente en el hospital.** Todo Hospital 1991; (75): 51-54.
- Prieto MA, March JC, Cuberta FJ, Martínez R, Odriozola G. **Accesibilidad de los servicios y relación profesional-usuario: Opinión de los profesionales de los centros de salud.** Centro de salud 1994.
- Querol X. **La Convención sobre los Derechos del Niño.** Atención al Usuario 1997; 1 (4): 4-6.
- Robles G, Delgado G. **Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario** DS 1994; 2 (2):
- Rodríguez A, Giribert E. **Un reto en el servicio de urgencias. La comunicación.** Todo Hospital 1997; (135): 7-9.
- Romeo CM, Castellano M. **La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la Historia Clínica.** Derecho y Salud 1993; 1 (1):
- Sainz A, Quintana O, Sánchez Caro J. **La información médica: el consentimiento informado, fundamentos éticos y legales.** Revista de Calidad Asistencial 1994, 2: 68-71.
- Sainz A, Quintana O. **Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento.** Revista de Calidad Asistencial 1994, 2: 72-74.
- Sánchez C. **Aspectos Técnicos y Jurídicos del Usuario en Relación con el Sistema Sanitario: Pasado, presente y futuro de los Servicios de Atención al Paciente.** Todo Hospital 1994, (): 41-46
- Sánchez Caro J. **Derecho y Sida.** Mapfre Medicina 1996; 1 (3): 27-31.
- Santos C. **El consentimiento informado en atención primaria.** Atención al Usuario 1997; 1 (4): 23-24.

Sarmiento M, Martínez E, Marín J, López Picazo JL, Alvadalejo E, Fernández, MR. **Accesibilidad telefónica del programa de cita previa.** Atención Primaria 1993; 11 (7):

Saura M. **La historia clínica del menor adoptado.** Atención al Usuario 1997; 1 (4): 27-28.

Saura M. **Acceso del usuario de la sanidad pública a su historia clínica.** Atención al Usuario 1995; 1: 12-13.

SECA. **Recomendaciones ante la introducción del consentimiento informado en hospitales.** Revista de Calidad Asistencial 1994; 2: 75-76.

Servicio de Atención al Paciente. **Manual de Funciones, (Serie atención especializada, 1.637)** Madrid: Instituto Nacional de la Salud 1993.

Simón P, Concheiro L. **El consentimiento informado teoría y práctica.** Medicina Clínica 1993; (100): 659-663.

Simón C, Pla J, Felip E, Magro MA, Matamala E, Solú C, et al. **Evaluación de la cita previa de un centro de salud, dentro de un programa de mejora de la calidad.** Atención al Usuario 1998; 1 (6): 14-15.

Soriguer F. **Cuando el médico decide por el paciente.** Medicina Clínica (101): 340-343.

Subías A. **Oncología y ética.** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 4-6.

Urkola B. **Los comités de ética: Una nueva función de los SAU** Atención al Usuario 1996; 1 (3): 16-17.

Whitehead M. **Conceptos y Principios de Igualdad y Salud, proyecto de documento por el programa de Políticas de Salud y Planificación OMS,** Copenhague Oficina Regional para Europa. Ministerios de Sanidad y Consumo, 1990.

LEGISLACIÓN

1. Internacional y de la Unión Europea

Código de Núremberg: Ética Hipocrática y Derechos Humanos. 1947, Nuremberg.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (IH) 10 de diciembre de 1948.

Convención Europea sobre los Derechos del Hombre y las libertades Fundamentales. 1950

Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1959.

Carta Social Europea. 1961

Declaración de Helsinki: Guía de recomendaciones en Investigación Biomédica en seres humanos para médicos. 18ª Asamblea de la World Medical Association (WMA). Helsinki. 1964 (última revisión 48ª asamblea de la WMA. Somerset West, Rep. Sudafricana .1996).

Carta de Derechos de los Enfermos Moribundos. Consejo de Europa. 1976

Recomendación núm. (83) 10, de 23 de septiembre, del Comité de Ministros de los Estados Miembros, relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal, utilizados con finalidades de investigación y estadística. 1983.

Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica

Mundial. 1963.

Derechos de los niños hospitalizados. Carta Europea de los Derechos de los niños hospitalizados. Resolución del Parlamento Europeo. 1986.

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de la ONU, 1989.

Declaración para la Promoción de los Derechos del Paciente en Europa de la OMS. Oficina Regional de Europa. 1994.

Consejo de Europa. Convenio de Bioética y Protocolo de la Clonación Humana. 19/11/1996

Normas de Buena Práctica Clínica para ensayos con medicamentos en la Comunidad Europea. Prólogo, Glosario y Capítulo I. 1993.

Convenio de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en la Medicina. Convenio de Bioética del Consejo de Europa. 1997
Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano en relación con las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa. 1996.

2. Estado Español

Constitución Española, de 27 de diciembre de 1978. BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978.

Ley orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. BOE núm. 262 de 31 octubre de 1992.

Ley 26/84, de 19 de julio de 1984, General para la defensa de los consumidores y usuarios. BOE núm. 176 de 24 de julio de 1984.
Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE núm. 101 de 14 de abril de 1986.

Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm. 306 de 22 de diciembre de 1990; 306:38.228-38.246

Ley 4/1999, de Modificación de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. BOE núm. 12 de 14 de enero de 1999.

Real Decreto 2082 de 25 de agosto de 1978 por el que se aprueban normas provisionales de Gobierno y administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios.

Real Decreto 702/1998, de 24 de abril, sobre organización de los servicios territoriales del INSALUD, y de modificación de la composición de los órganos de participación en el control y vigilancia de la gestión. BOE núm. 107 de 5 de mayo de 1998.

Real Decreto 1575/93, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios sanitarios de Atención Primaria del INSALUD. BOE núm. 238 de 5 de octubre de 1993.

Real Decreto 561/1993, de 16 de abril, por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos. BOE núm. 114 de 13 de mayo de 1993.

Real Decreto 1332/94, de 20 de junio, que desarrolla aspectos de la Ley Orgánica 5/1992. BOE núm. 147 de 21 de junio de 1994.

Real Decreto 63/95, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 35 de 10 de febrero de 1995.

Real Decreto 2211/1995, de 28 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 825/1990, de 22 de junio, sobre el derecho de representación, consulta y participación de los consumidores y usuarios a través de sus asociaciones. BOE núm. 25 de 29 de enero de 1996.

Orden 6/9/1984, por lo que se regula la obligatoriedad del informe de alta. BOE núm. 221 de 14 de septiembre de 1984.

Orden de 1/03/1985, del Ministerio de Sanidad y Consumo, que desarrolla el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. BOE núm. 55 de 5 de marzo de 1988.

3. Comunidades Autónomas

CC AA de Andalucía.

Ley 2/1998, de 15 de junio, de la Salud de Andalucía.

CC AA de Aragón.

Decreto 196/1988, de 27 de diciembre, por el que se crea y estructura la Oficina de Relaciones Ciudadanas.

Decreto 16/1993, de 14 de marzo, por el que se crea la Oficina de Información, Sugerencias y Reclamaciones, y se regula su funcionamiento.

CC AA de Baleares.

Decreto 2/1988, de 14 de enero, de creación del Servicio de Información y Atención al Ciudadano.

CC AA de Canarias

Decreto 163/1986, de 7 de noviembre, por el que se regula la organización y funcionamiento de las Oficinas Centrales de Información, Iniciativas y Reclamaciones.

Decreto 72/1995, de 7 de abril, de regulación del Libro de Sugerencias y Reclamaciones.

Decreto Territorial 94/1999, de 25 de mayo, por el que se regula la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios. Orden de 26 de mayo de 1995, por la que se desarrolla el Decreto 72/95, de 27 de abril de regulación del libro de sugerencias y reclamaciones y se aprueba el modelo del mismo.

CC AA de Catalunya

Llei 1/1990, de 8 de gener, sobre la disciplina del mercat i de defensa dels consumidors i dels usuaris.

Llei 15/1990 de Ordenació Sanitària de Catalunya.

Decret 171/1991, de 16 de juliol, por el que s'estableix un model unificat de fulls de reclamació.

Ordre del 12/12/1990, del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, sobre creació dels Comitès de ètica.

Ordre de 10/7/1991, del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, pel que es regula l' Acreditació de Centres Hospitalaris.

Ordre de 26 d'octubre de 1992, del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, d'acreditació dels Comitès ètics d' Investigació Clínica.

Ordre de 14 de desembre de 1993, d'acreditació de los Comitès d'ètica Assistencial. Generalitat de Catalunya.

Instrucció 03/96, de 15 de juliol, sobre reclamacions y suggeriments del Servei Català de la Salut.

Drets del malalt usuari de l'hospital. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1985.

CC AA de Galicia.

Orden de 2 de septiembre de 1992, por la que se establece la estructura básica del sistema de Información en el Área Asistencial de Atención Especializada del SERGAS.

Orden de 15 de junio de 1995, por la que se completa la estructura normalizada del sistema de información sanitaria de los Hospitales del SERGAS.

CC AA de Madrid

Ley de Creación de los Servicios al Usuario, Comunidad de Madrid 22/3/1986

Resolución de 20 de enero de 1994, del Director General de Salud, por el que se aprueba y establece el nuevo modelo de hoja de reclamaciones para los usuarios de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, del ámbito territorial de la Comunidad de Madrid.

CC AA de Navarra.

Decreto 204/1994, de 24 de octubre, por el que se establece el procedimiento de reclamación y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra.

CC AA del País Vasco

Decreto 45/1998 de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración y expurgación de los documentos del Registro de actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias y de las Historias Clínicas Hospitalarias.

Orden de 30 de agosto de 1991, por la que se desarrollan los sistemas de información y tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones en el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.

CC AA de Valencia

Orden de 26 de diciembre de 1989, por la que se establece la obligatoriedad de la existencia de la Guía del Usuario en los hospitales públicos.

Orden de 26 de marzo de 1991, por la que se regulan los Servicios de Atención al Usuario.

Actualmente la SEAUS está haciendo una revisión de esta guía, especialmente en su apartado de bibliografía, para su actualización.



SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad