

revista sanitaria de atención a los

usuarios

Número veinticuatro // Diciembre 2010



Corresponsabilidad en salud, cuestión de todos

PAGS 7-11

Premios mejor
comunicación
y póster XV
Congreso SE AUS

PAG 17

La SE AUS
se reúne con las
Comunidades
Autónomas

PAG 18

2º Congreso
Nacional de
administrativos
de la salud

PAG 20

la tesis de la
pérdida de
oportunidad

PAG 26

proyecto
"espais lectores"
(espacios lectores)



SE AUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad

revista sanitaria de

usuarios

ATENCIÓN AL

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

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

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

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

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

JUNTA DIRECTIVA:

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

VOCALÉS AUTONÓMICOS:

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

Subscripciones:

www.seaus.net

seaus@sanitatintegral.org

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

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



SUMARIO

6

EDITORIAL
CORRESPONSABILIDAD EN SALUD

7

NOSOTROS
Congreso de Las Palmas de Gran Canaria

11

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

17

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

18

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

19

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

20

TEMAS DE INTERÉS
LA TESIS DE LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD

26

TEMAS DE INTERÉS
PROYECTO "ESPACIS LECTORS" ESPACIOS LECTORES

27

NORMAS
Normas de publicación

28

WEB
Páginas web de interés

29

SUSCRIPCIONES
Solicitud de asociación a la SEAUS



CORRESPONSABILIDAD EN SALUD, CUESTIÓN DE TODOS

En una anterior revista comentábamos los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario motivados por el crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y el consecuente aumento constante de la demanda. A ello se unen el coste farmacéutico (en torno al 20-30% del gasto sanitario) así como una elevada utilización de recursos tecnológicos, no siempre justificada o justificable.

Señalábamos que para dar respuesta a esa problemática es necesaria no sólo una gestión eficiente, que adecue los costes a las necesidades reales y a la previsión presupuestaria, sino que también se hace necesario fomentar pactos que garanticen la participación activa y efectiva de los ciudadanos, devolviéndoles el protagonismo, corresponsabilizándoles de su salud e implicándoles de forma colectiva en un proceso que es de todos.

En general todas las Consejerías de Salud de las CCAA disponen de órganos de participación ciudadana, como son los Consejos de Salud u órganos similares, aunque es bien cierto que pocos tienen la efectividad que se deseaba cuando se formaron. En este momento son sobre todo órganos de consulta y asesoramiento.

Así pues, corresponde en buena parte a la Administración liderar estos procesos facilitando la capacitación de los actores implicados y poniendo todos los medios necesarios para posibilitar esta participación. Para que exista la corresponsabilidad es necesaria una mayor transparencia, que exista feed-back, que los objetivos sean comunes y una mayor capacidad resolutoria o ejecutiva por parte de los ciudadanos y sus representantes. No hay duda que cuanto más participación y más transparencia exista, mayor será la corresponsabilidad de la ciudadanía.

ponsabilidad de la ciudadanía.

El aumento de la participación será proporcional a los inputs que reciba el ciudadano, por lo que la información así como la comunicación y la formación de los ciudadanos serán clave en este proceso participativo. Es complicado pedir a la ciudadanía mayor corresponsabilidad en el Sistema Sanitario si antes no hemos mejorado los canales de comunicación y participación de forma que el ciudadano viva el sistema como algo suyo.

Nuestra idea de participación ciudadana implica pues una mayor capacidad de participación y de decisión, teniendo en cuenta que la participación ciudadana es un derecho fundamental recogido, ampliamente, en la nuestra legislación básica.

Es necesario que los Consejos de Salud, las asociaciones de ciudadanos y otros órganos de participación, como estrategia participativa, estén presentes en todas o en la mayoría de acciones y actividades en el campo de la salud.

En momentos de incertidumbre, como los actuales,

sólo buscando el máximo consenso y participación pueden afrontarse los problemas. Creemos que este consenso y participación con los ciudadanos son ya inevitables e ineludibles en el marco del sistema de salud.

No sería justo pedir a los ciudadanos que se hagan coresponsables del sistema, que conozcan sus derechos y deberes, que se responsabilicen del consumo de recursos sanitarios y de su propia salud, si antes no se introducen medidas claras que impliquen un cambio importante en el ámbito de la participación ciudadana.

“En momentos de incertidumbre, como los actuales, sólo buscando el máximo consenso”

Congreso de la SEAUS

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

El XV Congreso de la SEAUS tuvo lugar en Las Palmas de Gran Canaria los días 3 al 6 de mayo de 2010. Tres talleres, Comunicación, valores y bienestar, Claves para el ejercicio emocional y Biodanza, una dinámica del sentir en busca del equilibrio perdido, precedieron al programa científico del congreso. Programa que, a través de conferencias, mesas redondas y charlas, abordó diversos temas en relación con la Ética y los Valores, los Servicios de Atención al Usuario, las Nuevas Tecnologías y la Investigación, los Usuarios, el Paciente Experto y el Desarrollo y Formación de los Profesionales. Temas que favorecieron la reflexión y el debate entre ponentes y participantes, permitiendo compartir conocimientos y experiencias siempre enriquecedores.

Alrededor de 200 profesionales asistieron al Congreso y a los actos sociales del mismo. Las sesiones del Congreso se realizaron en el Hotel Meliá Las Palmas y la Sesión Inaugural en el Auditorio Alfredo Kraus, teniendo que destacar la excelente acogida que tuvo la Conferencia Inaugural, La Fuerza de la Ilusión: Una Lección Mágica, por su novedosa presentación y por el impacto que lograron transmitir los dos ponentes, Don Fernando Bottella y Don Jorge Blas; esta sesión hizo vibrar a todo el auditorio y a la vez reflexionar sobre la forma cómo enfrentarnos y abordar la temática y los problemas del día a día.

113 comunicaciones y pósters complementaron la parte científica del encuentro. La comunidad con mayor representación en las presentaciones fue Cataluña, a la que felicitamos desde aquí. Destacar la participación de cuatro Defensores del Paciente de las Comunidades de Extremadura, La Rioja, Las Islas Baleares y Madrid, así como

de diferentes Asociaciones de Pacientes, que fueron el contrapunto a las diferentes intervenciones y ponentes.

El Congreso se cerró con la tradicional Cena de Clausura en un marco incomparable, el Hotel Santa Catalina, y durante la cena se entregaron los Premios a la Mejor Comunicación y al Mejor Poster, patrocinados por Esteve. El premio a la mejor comunicación fue para "Escuela Gallega de



Salud para Ciudadanos" y el premio al mejor póster para "¿Cómo valoran los usuarios el programa de atención integral del CSI? (Ambos premios se han publicado en la Revista de la SEAUS nº 23)

Felicitamos a todos los ponentes y asistentes por su colaboración y presencia, esperando poder verles de nuevo en el XVI Congreso de Zaragoza en el mes de abril de 2011.

NOSOTROS

ACTIVIDADES SE AUS

La SE AUS en el marco de los objetivos que tiene establecidos y de sus líneas estratégicas viene realizando una serie de actividades en consonancia con ellos. Estas actividades en el segundo semestre de 2010 han sido, entre otras:

Desde el pasado mes de mayo la SE AUS forma parte, como miembro colaborador, de la Fundación Edad y Vida www.edad-vida.org. La razón de ser de la Fundación Edad y Vida es promover la corresponsabilización, y el equilibrio, entre el sector público y la iniciativa privada con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del envejecimiento de la población.

La Fundación realiza sus actividades desde una perspectiva empresarial, promoviendo la reflexión de manera que se cree un estado de opinión independiente y se mejoren los comportamientos de todos los actores en el entorno de la gente mayor. Así la SE AUS estuvo invitada y presente en el acto de presentación del Modelo de Acreditación para los Servicios Sociales de Centros Residenciales, Centros de Día, Ayuda a Domicilio y Teleasistencia para Personas Mayores, que tuvo lugar en Madrid el día 30 de noviembre en el Salón de Actos del IMSERSO. En representación de la SE AUS asistió la Sra. Teresa Távara, Vocal de la SE AUS por Madrid, Castilla León y Castilla la Mancha.

La SE AUS ha participado en el Proyecto Europeo "Assessing Patients' Rights in Europe: A Project to monitor the European Charter Patients' Rights" en colaboración con la Active Citizenship Network, ACN, cuyos resultados se presentarán en el "European Patients' Rights Day" los días 11 y 12 de abril de 2011 en Estrasburgo. Este proyecto ha significado la participación, mediante un cuestionario sobre el cumplimiento de los derechos de los pacientes, de los hospitales Virgen de la Arrixaca de Murcia, Donostia de San Sebastián, Gregorio Marañón de Madrid, Moisés Broggi de Sant Joan Despí, Son Dureta de Palma de Mallorca, Germans Trias i Pujol de Badalona, Clínico de Zaragoza y San Jorge de Huesca. Así como también del Foro Español de Pacientes y de las Consejerías de Sanidad de Valencia y Aragón.

En otro ámbito se han tenido reuniones con la Universitat Oberta de Catalunya para el seguimiento del Máster Atención al Usuario de Servicios Sanitarios y otros temas de interés común. También se han llevado a cabo visitas y entrevistas con diferentes Laboratorios Farmacéuticos, como es el caso reciente de Merck, con la finalidad de establecer lazos de colaboración puntual o permanente en diferentes aspectos o temas, como la ya establecida con Esteve desde hace unos años.

NOSOTROS

ÁMBITO DE FORMACIÓN

ACTIVIDAD DOCENTE DE LA SE AUS

La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, SE AUS, tiene en sus Estatutos como actividad destacada: "Facilitar la formación permanente, continuada y multidisciplinar"

Maria Pilar González Serret. Miembro de la SE AUS. Ámbito de Formación.

Actividad encaminada a cumplir con su misión que es: "Mejorar la calidad de los servicios sanitarios, basándose en el respeto a los derechos y deberes de los ciudadanos"

El hecho de contar con un número importante de profesionales dedicados a tareas docentes, incluido el ámbito universitario, y con una larga experiencia en Servicios de Atención al Usuario, nos permite ofrecer cursos, orientados al conjunto de profesionales de la organización sanitaria. La oferta de cursos, seminarios y talleres de la SE AUS está ampliamente explicitada en la página web

de la SE AUS. La SE AUS ofrece actualmente:

Cursos y talleres propios de la SE AUS. Impartidos mayoritariamente por miembros de la SE AUS o docentes colaboradores de la sociedad.

Cursos, talleres y seminarios diseñados por la SE AUS en función de una demanda concreta, siempre en materia de atención al usuario. Impartidos mayoritariamente por miembros de la SE AUS o docentes colaboradores de la sociedad.

En otro ámbito, el Universitario, destacar el Máster de Atención al usuario de Servicios Sanitarios, que

imparte la Universitat Oberta de Catalunya, UOC en colaboración con la SEAUS. Puede cursarse el máster completo o uno de los dos Postgrados: El ciudadano y los servicios de salud o La gestión de la atención al ciudadano de los servicios de salud. El máster y los dos postgrados se ofertan en lengua castellana y de ellos ofrecemos amplia información en esta misma revista y en el apartado de Formación de nuestra web.

La actividad docente de la SEAUS, iniciada en el año 2007, se ha incrementado de forma importante. Esta actividad ha implicado este año 2010 la realización de un total de 17 cursos y 264 horas de docencia, en las cuales han participado un total de 18 docentes, 7 de ellos han colaborado por primera vez con la SEAUS, lo cual ha supuesto incrementar cuantitativa y cualitativamente nuestra plantilla de docentes. Por estos 17 cursos han pasado alrededor de 500 alumnos, médicos, enfermeras, técnicos, administrativos y directivos.

Durante el año 2010 se ha instaurado el dar a los alumnos la documentación del curso en un CD al finalizar éste. Esto permite, aparte de no utilizar papel, dar todo el material que se crea necesario sin problemas logísticos. Así el alumno recibe:

Programa del Curso o Taller

Las presentaciones de los docentes, si se cree conveniente
Bibliografía en relación a los temas tratados
Documentos de interés sobre los temas tratados
Una breve presentación de la SEAUS
Una revista de la SEAUS
Un folleto informativo del Máster de la UOC

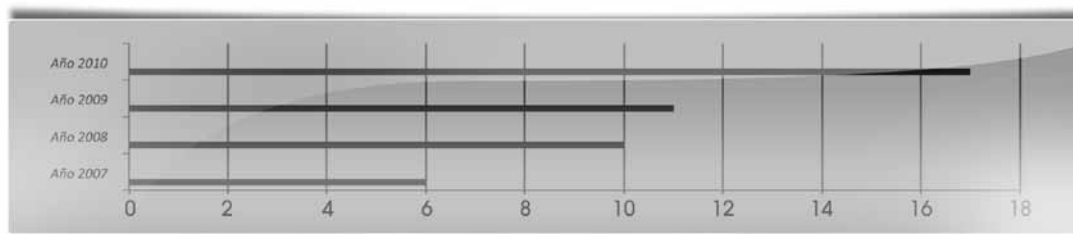
Siempre, y en todos los cursos, al inicio se hace una breve presentación de la sociedad, sus objetivos y actividades. En este momento hay ya varias peticiones de cursos y talleres para el año 2011, que estamos ya organizando. Para finalizar decir que, todo y el importante incremento de actividad, ésta no llega al conjunto de Comunidades Autónomas, tal y como sería nuestro deseo. Esperamos que en el año 2011 esto sea una realidad.

Esta actividad propia hay que diferenciarla de aquella otra, muy importante también, que realizan los diferentes miembros de la Junta Directiva y los socios/as de la SEAUS, de forma individual pero siempre en nombre de la SEAUS. En este aspecto destacar la presencia, como miembro de la SEAUS, de Maria Jesús Moriano en un módulo sobre Atención al Paciente en el Máster de Gestión Clínica de la UOC.

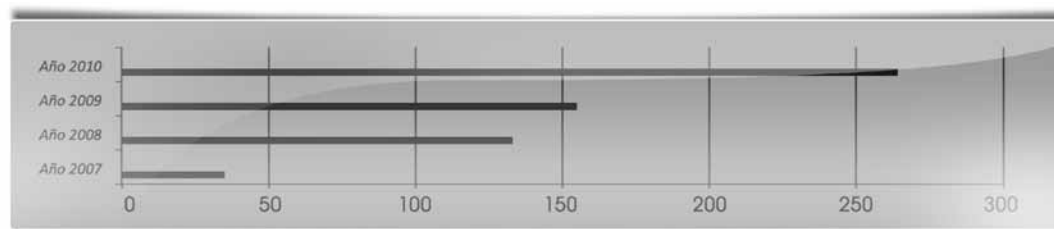
Actividad docente comparada en el período 2007-2010

AÑOS	CURSOS / TALLERES	HORAS DE PONENCIA	DOCENTES PARTICIPANTES
2010	17	264	18
2009	11	155	11
2008	10	133	11
2007	6	35	3

Actividad de Cursos y talleres en el período 2007-2010



Horas de Docencia en el período 2007-2010



En los Cursos para Responsables de las Unidades Administrativas, organizados por la SEAUS, se recomienda que los alumnos, al finalizar el curso, realicen un trabajo sobre su proyecto como referentes, teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos durante. Se trata pues de una recomendación, no de una obligación. Los trabajos se evalúan y califican y se devuelven a la institución y al alumno/a.

En el año 2010, aceptaron el reto el Hospital de Bellvitge y el Servicio de Atención Primaria Segarra, Noguera, Pla d'Urgell i Urgell. Desde el Ámbito de Formación de la SEAUS, se decidió publicar los trabajos mejor puntuados en cada caso, cosa que hacemos a continuación, a la vez que felicitamos a sus autores, en este caso autora y autor.

NOSOTROS

PROYECTO UGIS LES BORGES BLANQUES

PROYECTO UGIS¹ ABS

LES BORGES BLANQUES

El Equipo de Atención Primaria (EAP) de les Borges Blanques cuenta con 42 profesionales, 15 consultorios locales y atiende alrededor de 17.000 usuarios de la comarca de les Garrigues. El Centro de Atención Primaria (CAP) de les Borges Blanques funciona las 24 horas del día,

Héctor Suñol Bert | Responsable de UGIS ABS Les Borges Blanques | hsunol.lleida.ics@gencat.cat

El Centro de Atención Primaria (CAP) de les Borges Blanques funciona las 24 horas del día, además de los servicios de Atención Primaria (medicina, enfermería, trabajo social, comadrona y odontólogo) trabajan los siguientes especialistas: ginecología, psiquiatría y psicología. La actividad diaria sobretodo se lleva a término en el turno de mañana ya que por la tarde solamente hay la consulta de pediatría y la comadrona.

Nuestro centro es el más antiguo de la provincia y presenta carencias de estructura física (sobretudo de espacios para todos los profesionales que trabajan) y también de recursos materiales; actualmente se está construyendo un nuevo CAP que entrará en funcionamiento a finales de este año, principios del 2011. En este nuevo centro se incorporará el Servicio de Emergencias (SEM), el servicio de rehabilitación y el servicio de radiología.

El grup de UGIS está formado por 7 auxiliares administrativos, 2 celadores de noche y un refuerzo administrativo para el fin de semana. Además en los consultorios locales de las poblaciones de Juneda y Arbeca hay un administrativo contratado por el Ayuntamiento.

Puntos fuertes y débiles del grupo

de la UGIS

Puntos fuertes

- Preocupación por ofrecer una buena atención

1 - Unidad de Gestión y Servicios

al usuario.

- Capacidad del personal de UGIS para llevar a término sus tareas.
- Buen ambiente de trabajo.
- Traslado a un nuevo espacio de trabajo.
- Incorporación reciente de nuevos profesionales.

Puntos débiles

- Poca cultura del trabajo en equipo.
- Falta de formación y desconocimiento del funcionamiento correcto de los procesos administrativos.
- Malos hábitos adquiridos a lo largo del tiempo.
- Distribución poco definida de las tareas.
- El colectivo de UGIS está poco integrado en el EAP.

Situación de partida

Históricamente la UGIS es un colectivo que ha estado poco considerado dentro del EAP de les Borges Blanques. Por parte de la UGIS se evidencia cierta falta de motivación para llevar a término sus tareas, la mayoría de sus componentes realizan siempre los mismos procesos, de forma mecánica, hecho que no ayuda a potenciar la motivación de sus integrantes.

El circuito de los procesos administrativos, a día de hoy, no se encuentra bien definido. Por otra parte tampoco está determinado quiénes son los responsables/referentes de cada uno de los procesos; también existe una falta de protocolos y de guías para la aplicación de los procesos administrativos.

La comunicación dentro del grupo no es la idónea ya que no se realizan reuniones periódicamente, tampoco se llevan a término sesiones informativas de procesos administrativos y el contacto del personal de UGIS durante los cambios de turno es muy breve.

Situación a la cual se quiere llegar

Queremos conseguir el grado máximo de satisfacción por parte del usuario y concienciar a nuestro equipo que la atención al usuario es cosa de todos. El camino para lograrlo lo marcará el nivel de cualidad y eficiencia en la prestación de nuestros servicios.

Queremos que la UGIS funcione como un verdadero equipo, con una organización óptima de la unidad administrativa, con las tareas de sus componentes bien definidas, con una comunicación fluida dentro del grupo, y en todo momento, mostrando una actitud emprendedora respecto a nuestro trabajo dentro del Equipo de Atención Primaria.

Objetivos

- Mejorar la atención y el trato a las personas, tanto a nivel telefónico como presencial; el personal de la UGIS somos el primer contacto con los usuarios y proporcionamos la primera imagen de nuestro centro.
- Distribuir los lugares de trabajo adecuándolos a las capacidades y competencias de cada uno de los miembros de la UGIS.
- Compartir tareas. Todos los procesos administrativos los deben conocer como mínimo dos personas, buscamos la polivalencia del personal de la UGIS.
- Trabajar con el resto del equipo en grupos multidisciplinarios con objetivos comunes.
- Potenciar la comunicación dentro del grupo de la UGIS con el resto del equipo.

¿Cómo llevarlo a término?

Estableciendo un Plan de Formación:

- De las tareas administrativas². (tanto del trabajo administrativo como a nivel informático).
- De las actitudes en el trato con las personas (comunicación, escucha activa, empatía, receptividad e integridad).
- Formular protocolos y guías para la aplicación de los procesos administrativos.

Estableciendo un Plan de Comunicación:

- Convocar reuniones periódicas de los miembros de la UGIS³.
- Realizar Sesiones Formativas de carácter interno para el grupo de la UGIS y otras Sesiones dirigidas al resto del equipo.
- Participar en grupos de investigación y comisiones, de

carácter interdisciplinario, creados dentro del Equipo de Atención Primaria.

Estableciendo un Plan de Estructuración:

- Delimitación y concreción de los procesos donde tiene que participar el personal de Gestión y Servicios, acordarlo conjuntamente con el Equipo Directivo del Centro.
- Asignación de responsabilidades basándonos en el perfil de competencias de los profesionales integrantes de la UGIS⁴. Se deberían establecer al menos dos referentes para: facturación a terceros, productos intermedios, taxis, escáner, reclamaciones, registro central de asegurados, gestión historias clínicas, agendas, incapacidad temporal, programaciones, gestión de recetas, mantenimiento, vehículo de la empresa, informática, laboratorio.
- Distribución del personal administrativo según las necesidades de cada turno de trabajo.

Evaluación

Antes de finalizar el año en curso realizaremos la evaluación de nuestro proyecto, ponderando los siguientes ítems:

- Número de cursos, de carácter administrativo, donde ha asistido personal de la UGIS.
- Número de cursos, de actitudes en el trato a personas, donde ha asistido personal de la UGIS.
- Número de reuniones llevadas a término por la UGIS
- Número de Sesiones Formativas de carácter interno (UGIS) y las dirigidas al resto del equipo.
- Número de Comisiones donde participan miembros de la UGIS.
- Valoración de los procesos donde participan personal de la UGIS.
- Análisis de los turnos de trabajo y la asignación de responsabilidades.



2 - En algún supuesto la formación podría ir a cargo del personal administrativo del Centro. 3 - Estableciendo orden del día y acta de cada una de las reuniones.
4 - Este perfil se debería confeccionar con anterioridad.

Proyecto de mejora de atención al paciente / ciudadano en un servicio de urgencias

UNIDAD DE ADMISIÓN DE URGENCIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (HUB)

Consol Riera Aranda | Responsable Gestión Área | Admisión Urgencias (HUB)

Introducción

El Hospital Universitario de Bellvitge (HUB) dispone de un Servicio de Urgencias abierto 24 horas del día para atender aquellas consultas que no aceptan demora, es una de las puertas de entrada de pacientes más importante y que puede condicionar el funcionamiento ordinario del centro.

La Unidad de Admisiones, apoya al Servicio de Urgencias y desde su inauguración en el año 1972, ha ido modificándose y creciendo al igual que el conjunto del Hospital. En la actualidad Admisión ha incrementado notablemente sus funciones y sus objetivos se han ido adecuando a las nuevas expectativas y exigencias de nuestra sociedad que también se han modificado desde su inicio.

La calidad en la asistencia es uno de los objetivos de nuestro centro a fin de mejorar cada vez más la atención que damos a los pacientes y facilitar el trabajo en equipo de los profesionales.

Atender a los ciudadanos o usuarios de los servicios sanitarios públicos ya sus familiares, velar por sus derechos y su intimidad así como informarles de sus obligaciones y orientarlos en todo lo que necesitan, se convierte en un objetivo para todos con el fin de conseguir una asistencia de calidad, donde el buen trato y el respeto mutuo constituye parte de nuestra actividad diaria.

Ubicación, estructura, recursos materiales y humanos.

La ubicación actual de admisiones se encuentra a la entrada de Urgencias. Planta -0
Horario: 24 horas.

Estructura del equipo administrativo integrada por:
3Aux. Administrativos del turno de mañana:
horario de 8 a 15 h
3Aux. Administrativos del turno de tarde:
horario de 15 a 22 h

4Aux. Administrativos del turno de Noche-A
horario de 22 a 8 h
4Aux. Administrativos del turno de Noche-B
horario de 22 a 8 h
1Aux. Administrativo en turno de fin de semana
horario de 8 a 20 h y lunes de 8 a 20 h
1Aux. Administrativo en turno de fin de semana
horario de 10 a 22h y miércoles de 10 a 22h
1Aux. Administrativo de apoyo de la Unidad de Corta Estancia (UCEU), en horario de 8 a 16h
1Aux. Administrativo en turno de mañana
horario de 8 a 15 h Secretaría de Urgencias
1 Responsable de de Admisiones de Urgencias.

El sistema de trabajo de Admisiones funciona por turnos, que es una forma de organización de trabajo en equipo, en la que todos los trabajadores ocupan los mismos puestos de trabajo de una manera sucesiva, dando una cobertura de 24 horas, 365 días / año. Esto implica que el Servicio de Admisiones realiza guardias de fin de semana y festivos intersemanales.

La Secretaría de Urgencias, está adscrita al departamento de Admisiones y realiza tareas administrativas apoyando al Coordinador de Urgencias y con atención al cliente interno, personal facultativo, y en la elaboración de la lista de guardias del Servicio en horario de 8 a 15 h.

Recursos materiales: La estructura actual de Admisión de Urgencias, no reúne las condiciones adecuadas para poder trabajar en condiciones, por problemas de espacio y el número de personas que trabajan, es un espacio reducido y muy ruidoso, donde confluyen diferentes factores, por un lado el ruido que genera la proximidad de la sala de espera y por otro, los profesionales que atienden a los usuarios en el mostrador.

Estas carencias quedarán próximamente solucionadas, puesto que después de dos años de traba-

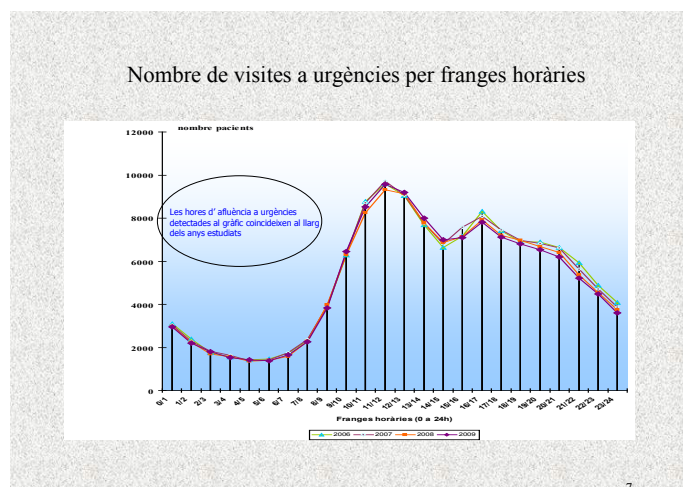
jos, las obras de construcción del nuevo bloque tecnoquirúrgico del Hospital Universitario de Bellvitge están entrando en su fase final.

Se prevé que la obra pueda quedar finalizada este mes de septiembre y por tanto el próximo año 2011, podremos estrenar nuevo espacio para todos los profesionales que trabajamos en el servicio de Urgencias del HUB

La Unidad de Admisión en el último año 2009 ha realizado las admisiones a 122.601 pacientes, con una media de 335,9 visitas / día, que se han mantenido a lo largo del año, 122.610 altas, 4.586 derivaciones, 1780 Hospitalizaciones en la Unidad de Corta Estancia (UCEU) y 1080 Hospitalizaciones al Instituto Catalán de Oncología (ICO).

Asimismo se realizan otras tareas como són : captura de los datos para la facturación de las Urgencias (acc. de tráfico, acc- trabajo, particulares, convenios internacionales, etc), programación a consultas externas, atención telefónica, cliente externo, cliente interno, etc .y que se recogen a continuación con detalle en la cartera de servicios de Admisión.

Este volumen de actividad implica una presión importante a la hora de atender a los usuarios y que se concentran en las horas punta y que oscilan con una franja de las 10-12h y las 16 a las 18 h tal y como se puede ver con la gráfica adjunta.



Cartera de Servicios de Admisiones-Urgencias (HUB)

Admisión de los pacientes en el Servicio de urgencias:

Captura de los datos administrativos, previa solicitud de documentación (DNI, NASS, CIP), localización de Historia Clínica, Motivo de consulta (enfermedad, acc. Casual, Acc.Trànsit, Acc.Treball, etc.),

Realización de los comunicados judiciales si corresponde.

Captura e introducción de los datos de acc. Tráfico y acc.. Trabajo., para enviar la información al departamento de facturación (gestiones con G. Urbana, mossos).

Programación de Consultas Externas :

- 1.Programan todas aquellas visitas que generen un solicitud a consultas externas,
2. Información al paciente del día y la hora de la citación.

Listados de urgencias - comprobación de los listados de Hospitalización, Consultas Externas, Facturación, derivaciones otros centros, pacientes sin CIP, pacientes que se van sin informe de urgencias, depuración del listado de pacientes

Tramitación de éxitus - Tramitación de los éxitus / defunciones, que se producen al servicio de urgencias.

Trámites administrativos - relacionados con los pacientes y acompañantes (Informes justificantes)

Tramitación de las ambulancias - de los pacientes del área de urgencias.

Atención telefónica - usuario interno, usuario externo.

Realización de los comunicados Judiciales - Diariamente se enviarán relaciones de los comunicados judiciales a los diferentes juzgados del Baix Llobregat, comprobando que toda la documentación esté debidamente cumplimentada.

Captura de la actividad del bloque quirúrgico de urgencias- Actividad que se realiza en los quirófanos 1-2 del bloque quirúrgico. Captura de las prótesis que se implantan a los pacientes de urgencias.

Ingresos en el Hospital Duran y Reynals (ICO) - Los pacientes, que están en el área de urgencias precisan ingreso al ICO, a realizar diferentes gestiones (contactar con, Admisiones ICO, recuperar HC, tramitar ambulancia y cursar la ingreso en el Instituto Catalán Oncología (ICO).

Ingresos a la Unidad de Corta Estancia (UCEU) - Admisiones de urgencias realiza la gestión de los ingresos con destino UCEU (contactar, localizar HC, tramitar ambulancias y realización de la formalización de los ingresos a la Unidad de Corta Estancia. Mensualmente control de la actividad realizada.

Ingresos a la unidad de Hospitalización (HUB)- En horario de mañana y tarde, admisiones de urgencia canaliza todas las órdenes de ingreso hacia la Unidad de Admisiones- Hospitalización. En horario de las 22 ha las 8, turno de noche, Los ingresos al HUB, se gestionan íntegramente desde admisiones de urgencias.

Información y atención al usuario - El turno de noche (22h a las 8h) debido a una reestructuración de la plantilla realizada en el año 1998, quedaron asignadas las tareas de información y atención al usuario, que antes eran realizadas por servicio de RR.PP.Una administrativa de cada turno de noche asume las tareas y los diferentes protocolos de actuación del Servicio de Sugerencias y el de Reclamaciones

Secretaría de Urgencias:

Tareas de apoyo administrativo con el Coordinador de Urgencias (trabajos, correspondencia, reuniones etc.)

Realización diaria de las hojas de guardia del HUB

Realización mensual de listas del pool de guardias de Medicina y Cirugía del HUB / Preparación diaria de toda la documentación al Jefe de la guardia. Cambios de guardias, reclamaciones. / Tramitación de epicrisis de los éxitus de urgencias. / Pedidos material - Tareas de archivo / Atención al usuario, tramitación de las reclamaciones del Servicio de urgencias (incidencias informes médicos, acl, etc ..)

Responsable Administrativo Asistencial de la Unidad de Admisiones

1 - Misión: Coordinar y supervisar la actividad diaria en función de las directrices marcadas por la Dirección para contribuir al buen funcionamiento asistencial.

2 - Responsabilidades básicas: Coordinar y gestionar el personal administrativo a su cargo. Potenciar el trabajo en equipo. Conocer el Equipo: aptitudes y actitudes de los miembros del grupo.

Gestionar la atención al cliente externo / interno.

Colaborar con la Dirección para la elaboración de nuevos planes para la optimización de los circuitos administrativos. Colaborar con el Coordinador d Urgencias y la Cap de área de urgencias.

Resolución de problemas y reclamaciones de la actividad administrativa y sus repercusiones a nivel asistencial.

Alcanzar los objetivos de la actividad diaria y los objetivos de mejora marcados a largo plazo.

Puntos fuertes y débiles del conjunto

Puntos fuertes serían:

- La cohesión del grupo, buen ambiente de trabajo.
- Autonomía en el trabajo.
- Trabajo en equipo, las tareas son compartidas entre todos los miembros del grupo.
- La polivalencia de los miembros del grupo.

Puntos débiles:

- Las dificultades en las estructuras físicas actuales, espacios
- La problemática para agrupar los diferentes turnos (hay cuatro turnos de trabajo), al tiempo de hacer reuniones, del grupo. Las reuniones deben hacerse por grupos de trabajo.
- La dificultad en las comunicaciones al grupo, medios empleados: mails, teléfono verbalmente, (puede crear confusión en los mensajes enviados)
- Las respuestas a las necesidades del departamento, en temas de RRHH, no responden a los perfiles solicitados por los responsables en materia de perfil de competencia. Muchas veces, a pesar de haber definido el perfil de los profesionales que se adecuan en los puestos de trabajo, hemos de acoger a personas con otros perfiles profesionales.
- Dificultad a la hora de elegir la formación para la mejora de aptitudes de los profesionales integrantes del equipo, seguramente por un tema de recursos, ajeno al propio servicio.
- La falta de trabajo multidisciplinario: interacción entre los diferentes equipos que conforman urgencias, (médicos, enfermería, personal administrativo).
- Las actitudes de algunos miembros del grupo, en relación al de implicación con el conjunto del equipo.

Aspectos clave:

La mejora de atención al paciente conlleva todo aquel proceso de contacto inicial o de continuidad con el ciudadano, que es capaz de dar toda la información y el apoyo necesarios para que éste pueda relacionarse con nuestra organización y sentirse acogido, orientado y tratado en un marco de confianza y respeto.

El enfoque al ciudadano y las condiciones adecuadas de trabajo de los profesionales, pueden dar una mejor calidad a la asistencia integral del paciente mientras está en el Servicio de Urgencias, ello conlleva hacer un análisis de la situación

actual (estudiar flujos de los pacientes, demoras innecesarias (exploraciones radiológicas, pruebas etc.) y ser capaces de dar soluciones, para poder hacer un traspaso adecuado a las nuevas Urgencias y estimular un cambio en profundidad en el actual modelo de atención.

Objetivos generales:

Consolidar una nueva cultura que implique a todos los profesionales orientada a mejorar la atención al paciente / ciudadano. Tratar como nos gustaría ser tratados.

Hay dos características que nos indican si realmente estamos orientados a mejorar la atención al paciente:

1. Todas las decisiones que se toman en cualquier área se adoptan considerando y previendo las repercusiones en el paciente / ciudadano.?
2. A la hora de tomar las decisiones siempre prevalecen los intereses y las expectativas del cliente?

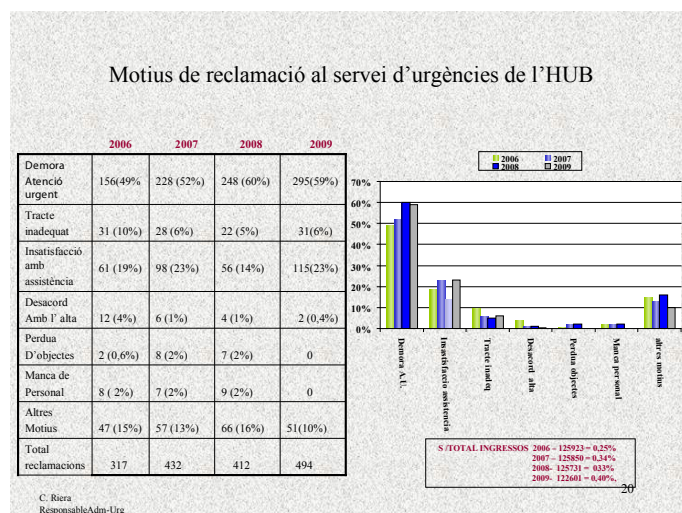
Estas dos características pueden traducirse en tres actitudes fundamentales:

- Conocer a fondo los clientes: necesidades, deseos y expectativas
- Mantener actitud permanente de trabajar para satisfacer las necesidades, deseos y expectativas del paciente / ciudadano.
- Trabajar cerca del paciente

Los usuarios del servicio de urgencias quieren soluciones a sus problemas o inquietud y quieren expectativas de beneficio que piensan que les podemos ofrecer.

El servicio de Urgencias ofrece calidad cuando satisface estas expectativas. Por ello es fundamental poder averiguar con fidelidad cuál es el problema que el usuario espera que se resuelva y cuál es el nivel de bienestar que el usuario espera que le proporcionamos.

El usuario dispone de una herramienta, que son las quejas y reclamaciones, en las que nos manifiesta el descontento en relación a los servicios que se le han prestado, es necesario que nuestra organización las valore como una fuente de información y de oportunidad para detectar cuestiones o problemas existentes y así poder establecerlas medidas de mejora, siempre y cuando estén dentro de nuestras posibilidades.



Análisis de las reclamaciones al servicio de urgencias

Realización de encuestas periódicas para detectar el nivel de satisfacción de los usuarios, y corregir las deficiencias. Nos facilitan una foto de la situación real de la urgencia.

Falta de privacidad e intimidad en el servicio de urgencias y aglomeraciones en los diferentes niveles asistenciales así como la demora en ser visitados son los principales motivos de quejas de nuestros usuarios

El Servicio de Admisiones debe estar capacitado para cubrir necesidades básicas de nuestros usuarios:

Necesidad de ser comprendido. Las personas que llegan a nuestro Servicio necesitan saber que lo que nos comunican, se interpreta de forma correcta. La complejidad de las situaciones que pueden concurrir en un servicio de urgencias pueden impedir una comprensión adecuada.

Necesidad de ser bien recibido. Los pacientes / ciudadanos, necesitan sentirse bien tratados, por lo tanto es muy importante recibir bien a las personas. Cualquier cosa que hacemos en esta dirección, será un paso en la dirección correcta.

Necesidad de confort físico y comodidad Psicológica, no olvidemos que nuestros usuarios han de estar muchas horas en urgencias. Necesidad de comodidad física, un lugar donde esperar adecuado, hablar o sentirse acogidos y cómodos. También es muy importante la comodidad psicológica, seguridad de que los atenderán de forma adecuada, con informaciones puntuales sobre el proceso asistencial y confianza que se dará respuesta a su necesidad

Desarrollar trabajo en equipos multidisciplinarios para tener las opiniones desde diferentes perspectivas, y nuevas ideas de modificaciones de circuitos actuales.

Para conseguir estos objetivos, no debemos olvidar los pro-

fesionales de todas las categorías que prestan sus servicios en Urgencias, y aquí nos tenemos que incluir todos médicos, enfermeras, personal administrativo, azafatas, auxiliares, técnicos, celadores, personal limpieza, etc. todos tenemos un papel fundamental, y es por ello, que tenemos que buscar las condiciones adecuadas de trabajo para los profesionales, espacios suficientes, despachos, salas de reuniones, office, material, y tenemos que poder hacer un análisis de las situaciones actuales de los diferentes puestos de trabajo, y hacer una previsión para las futuras urgencias para no caer en los mismos errores del modelo actual y mejorarlo

Las encuestas realizadas a los profesionales que trabajan en urgencias, son un indicador de cómo se viven los problemas actuales y cómo se podrían mejorar. Estas encuestas fueron una prueba piloto realizada al personal, administrativo, azafatas y celadores, de diferentes turnos, y que podría hacerse extensivo en otros profesionales,

La tecnología informática nos ha de ayudar a mejorar la información facilitada a los pacientes y familiares, en torno al proceso de atención, mejorando las prestaciones actuales, que también nos pueden ahorrar mucha circulación de familiares por los pasillos de las urgencias y al mismo tiempo, no interferir en el trabajo de los profesionales

Definir competencias y responsabilidades en la resolución de conflictos de atención al usuario y la gestión de la información interna.

Formación del personal - La información a los usuarios es un concepto transversal en todo el proceso de atención al paciente y de la asistencia sanitaria, por lo tanto todos los profesionales debe ser fuente de información y es por ello que los planes de formación deben incluir aquellos aspectos claves de nuestra organización.



Atención al usuario de servicios sanitarios

Ciencias
de la Salud

Máster

La formación de posgrado
en línea para los profesionales



MÁSTER DE LA UOC

Atención al usuario de servicios sanitarios CIENCIAS DE LA SALUD

Dirección académica - Francisco Cárcel Guardia | Licenciado en Medicina y Cirugía. Presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Gerente del Hospital Can Misses de Ibiza. **Profesorado** - Rosa M.ª González - Rodrigo Gutiérrez - M.ª Jesús Moriano - Ignacio Riesgo - Rafael Rodríguez - Begoña Román - Olga Ruesga - Rosa Ruiz - Palmira Tejero - Mercè Tella Bernaus (Tutora)

Este programa tiene por principal objetivo introducir y ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios en el campo de la atención al usuario de los servicios sanitarios y sociales, poniendo el foco de atención en ellos y, bajo este prisma, analizar los procesos que se llevan a cabo en nuestras organizaciones sanitarias.

Por medio de este máster, los profesionales podrán conseguir un exhaustivo conocimiento de la realidad de la atención de los usuarios en nuestras organizaciones sanitarias, así como todas aquellas herramientas que les permitan mejorarla en sus propias organizaciones.

Este máster, elaborado en colaboración con la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, SEAUS, consta de dos posgrados. El primero de ellos, El ciudadano y los servicios de salud, permite a los asistentes adquirir unos conocimientos generales sobre el marco donde se desarrolla dicha atención. El segundo posgrado se centra en las herramientas, procesos y técnicas que deben utilizar los profesionales a la hora de realizar una adecuada atención al usuario de la sanidad.

La docencia sigue la metodología de la UOC, según la cual el contacto del profesor con los asistentes al máster es permanente a través del Campus Virtual de la UOC, con una formación eminentemente práctica, lo que permitirá a los asistentes finalizar con unos conocimientos que les facultarán para integrar en sus tareas sanitarias la atención como base de su trabajo y a aquellos que quieran dedicarse profesionalmente a la misma, capacitarles para poder acceder a un puesto de trabajo en este ámbito.

A quién va dirigido

- Directivos de los servicios de salud.
- Directivos y responsables de servicios/unidades de atención al ciudadano/ usuario/ cliente de organizaciones sanitarias y sociales.
- Cargos intermedios y técnicos de servicios/unidades de atención al ciudadano/ usuario/ clientes de organizaciones sanitarias y sociales.
- Profesionales asistenciales.
- Otros profesionales de organizaciones sanitarias y sociales que quieran acceder a puestos de trabajo de servicios/

unidades de atención al ciudadano/ usuario/clientes.

Objetivos académicos

- El objetivo básico del máster es la especialización dirigida a la adquisición de competencias profesionales, vinculadas al aprendizaje de conocimientos a través de la profundización en lo referente a derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud y el dominio avanzado de dichas materias.
- La adquisición o actualización de conocimientos avanzados en diversos aspectos de la atención al ciudadano desde una perspectiva global.
- Proporcionar conocimientos sobre la materia de atención al ciudadano/cliente de los servicios de salud, conocimientos que permitan desarrollar adecuadamente los valores, las capacidades y las actitudes necesarias para gestionar este ámbito.
- Ofrecer herramientas que permitan liderar y/o desarrollar políticas y estrategias en atención al ciudadano en todos los niveles de la organización sanitaria y/o social.

TEMARIO

1. Posgrado. El ciudadano y los servicios de salud
Sistemas de salud y aseguramiento
La atención al ciudadano y usuario de los servicios de salud
Ética y carta de derechos
Calidad y procesos

2. Posgrado. La gestión de la atención al ciudadano de los servicios de salud.

Gestión estratégica

La gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias enfocada a sus clientes

Formación e investigación

Sistemas de información y nuevas tecnologías

Programa	Tipología	Inicio	Horas	Créditos
Atención al usuario de servicios sanitarios	Máster	Octubre Marzo	1.500	60
El ciudadano y los servicios de salud	Posgrado	Octubre Marzo	750	30
La gestión de la atención al ciudadano de los servicios de salud	Posgrado	Octubre Marzo	750	30

EL PACIENTE COMPETENTE, UNA ALTERNATIVA AL PATERNALISMO

JOSÉ JOAQUÍN MIRA

Universidad Miguel Hernández de Elche. Agencia Valenciana de Salud. Alicante (España)

Doctor en Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Editor de la revista Calidad Asistencial. En la actualidad es Delegado del Rector para el Programa Excelsa en la Universidad Miguel Hernández. Ha sido Coordinador del Servicio de Psiquiatría y Psicología Comunitaria de Alcoi y de Salud Mental en Alicante y Director del Servicio de Calidad y Vicerrector Adjunto de Postgrado de la Universidad Miguel Hernández. Autor de numerosas publicaciones en libros y revistas científicas en calidad asistencial.

Introducción

El papel asignado al paciente en su relación con los profesionales sanitarios ha ido cambiando conforme el desarrollo socioeconómico, el nivel de vida y el régimen de libertades y derechos del ciudadano de nuestras sociedades democráticas ha evolucionado.

En paralelo a todo este proceso hemos vivido un auge sin parangón en el desarrollo de la tecnología biomédica y en el conocimiento científico, lo que ha permitido una mayor esperanza de vida y aspirar, al mismo tiempo, a disfrutar de una mayor calidad de vida. Nuevas y mejores prestaciones se han abierto camino en la última década despertando, eso sí, expectativas entre los ciudadanos que hasta hace poco no nos atrevíamos a imaginar. Ahora bien, la cruz de la moneda es que todos estos cambios van ligados a un incremento de la cronicidad y de los gastos sanitarios, lo que se convierte en una preocupación para los gobiernos de estas sociedades democráticas y, desde luego, para los profesionales y gestores sanitarios.

Estos cambios se están produciendo en un entorno sanitario sensibilizado por la seguridad de los pacientes, que afronta un nuevo fenómeno cual es el de la judicialización de la atención sanitaria¹ y que contempla un nuevo marco de relación entre pacientes y profesionales sanitarios. Estos cambios se producen en paralelo a un incremento del nivel cultural y académico de los españoles y al desarrollo de las nuevas tecnologías de la comunicación que están permitiendo una mayor accesibilidad a la información sanitaria^{2,3}.

Por estos motivos, desde hace un tiempo se viene diciendo que es necesario que los pacientes asuman, de forma más clara, su corresponsabilidad a la hora de cuidar su salud, de prevenir la enfermedad y de participar en la elección del curso terapéutico⁴ y, obviamente también, de procurar activamente que su sistema sanitario sea cada día mejor⁵. Se abre camino así, en una sociedad avanzada como la nuestra, la idea del paciente «competente».

Ya en el Reino Unido, por ejemplo, a raíz de una suma de factores (mayor deseo de implicación en las decisiones de los ciudadanos, incremento del coste sanitario y, también, a raíz de los problemas relacionados con la cirugía cardíaca infantil detectados en Bristol entre 1984 y 1995) se ha puesto en marcha el programa «Expert Patient»⁶, que brinda la oportunidad de que el propio paciente sea el protagonista de su salud, respetando a quienes prefieren no ser informados y que sea su médico quien les guíe (algunos estudios cifran este colectivo en un 8%⁷).

La idea es relativamente simple. El paciente puede comprender y actuar para mantener o recuperar su salud. Por tanto, nada mejor que aprovechar los avances en los programas de autocuidado⁸ que han demostrado los beneficios, para el paciente, de su participación activa tanto en la toma de decisiones como en el proceso terapéutico⁹. El concepto de autoeficacia, desarrollado tempranamente en 1977¹⁰, es uno de los elementos que se busca incorporar en los pacientes que afrontan procesos crónicos.

El paciente deja de ser un mero receptor de información para transformarse en un actor responsable del proceso que busca la mejor calidad de vida posible. Se subraya que nadie se conoce mejor que uno mismo, nadie sabe mejor que uno cómo aplicarse las recomendaciones que le formulan los profesionales sanitarios. Aprovechar este conocimiento

tiene sus ventajas que, ahora, se espera repercutan en el conjunto del sistema sanitario. La iniciativa del Expert Patient¹¹, en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, supone un cambio en la política y en la forma en que se entiende la interacción profesional sanitario versus paciente, de tal modo que se capacita a éste último para que adopte un papel activo, motivándole para que haga uso de sus habilidades y competencias y tome el control de su proceso crónico.

La idea del «paciente competente» que se desarrolla aquí, sin embargo, va un tanto más allá. Se

trata de un paciente con acceso a información sanitaria y que utiliza este co- conocimiento en beneficio propio y de la comunidad, para afrontar eficazmente procesos de enfermedad y para hacer un eficiente uso de los recursos sanitarios disponibles^{2,5}. Es un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía, en las decisiones clínicas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios.

Se supone que esta mayor participación e implicación en la toma de decisiones ha de tener un efecto reductor en la actual escalada de reclamaciones (incluidas las patrimoniales), contribuir a una mayor seguridad clínica del paciente y permitir un aprovechamiento más eficiente de los recursos. En definitiva, a una mayor calidad de la asistencia y a un mayor grado de satisfacción del paciente.

El paciente competente no es un paciente receloso o que desconfía del médico. No pretende cuestionar, y mucho menos sustituir, al profesional sanitario. Sólo brinda la oportunidad de que el paciente tenga capacidad, hasta donde pueda y desee, de gobernar su propio cuerpo, potenciando sus competencias para aprovechar mejor los conocimientos y los recursos del sistema sanitario. Es un paciente que participa activamente en el cuidado de su salud, en la prevención de la enfermedad y en los tratamientos. El paciente competente es una persona capaz de trabajar por su calidad de vida y que puede ayudar a otros pacientes en su misma situación.

A diferencia de lo que viene sucediendo en la actualidad, el paciente competente no adopta una actitud pasiva cuando su médico le explica alternativas, riesgos y probabilidades. De hecho, la LAP¹² se convertirá en papel mojado si no se potencia dicha autonomía con actuaciones que la hagan realmente posible. El paciente no puede recibir la información y luego hacer responsable del resultado al médico. Al contrario, debe participar de la incertidumbre de las decisiones que afectan a la salud, al tiempo que expresar sus preferencias y expectativas.

Todos en algún momento estaremos enfermos y, necesariamente, nos enfrentaremos a una situación crítica que difícilmente tendrá otra mejor solución que una muerte digna. Mantener expectativas irreales acerca de los avances de la Medicina, desconfiar del profesional por lo que se imagina o cree que podría llegar a suceder, o entender la muerte como un fracaso de la medicina son herencias del modelo paternalista de relación entre médico y paciente. Necesariamente, la sustitución de ese modelo tradicional en el que la asimetría de la información pone al paciente en una situación de clara dependencia, debe ir acompañada de un cambio real en los roles, pese a que evidentemente ello requiera un cierto tiempo y alguna ayuda.

En resumen, la mayor esperanza de vida ha venido acompañada de un incremento en la incidencia de procesos crónicos

que requieren un buen número de cuidados y consumen una notable cantidad de recursos. La mayor seguridad clínica, que exigen pacientes y profesionales, afecta también al modo en que ambos interactúan y, desde luego, a los costes del sistema sanitario en su conjunto. Los cambios normativos han potenciado la autonomía del paciente respetando su derecho a tomar parte activa (y decisiva) en su propio beneficio. Contamos con nuevos canales para hacer llegar información de calidad de forma rápida y a bajo coste a un gran número de personas. Los ciudadanos quieren asumir cada vez mayor protagonismo. La sustitución del modelo paternalista en la relación del profesional sanitario con el paciente está servida, aunque esta evolución no es sencilla y, desde luego, no tan rápida como pudiera pensarse. Como señala A. Jovell¹³ «los sistemas sanitarios se enfrentan a un cambio sin precedentes, que se produce con una inusitada rapidez, un cambio que excede a la capacidad de reacción de profesionales e instituciones».

En las siguientes páginas desarrollaremos estos puntos a fin de dibujar el perfil de ese paciente competente como alternativa al modelo paternalista y, específicamente, los enfoques teóricos y prácticos que lo hacen posible.

La experiencia del National Health System (NHS)

La idea del «paciente experto», tal y como L. Donaldson¹⁰ la describe, responde a un planteamiento alternativo al más tradicional a la hora de afrontar la enfermedad crónica. El origen de este cambio de perspectiva se sitúa en 1999 en el informe «Saving Lives: Our Healthier Nation», publicado por el NHS¹⁴ en 2000. El punto de partida es la afirmación de que en el siglo XXI la enfermedad crónica representa el mayor reto para los sistemas sanitarios europeos, ya que requiere importantes recursos para asegurar grados de calidad de vida aceptables.

Los datos hablan por sí solos. En el caso del Reino Unido, el informe sobre «Gestión de las Enfermedades Crónicas en el siglo XXI»¹⁵ destaca que 17,5 millones de británicos padecen una enfermedad crónica, la mayoría personas mayores, y es sabido que la cronicidad afecta al bienestar psicológico, a la relación familiar, conlleva problemas económicos (y cierta exclusión social en algunos casos) y termina minando la calidad de vida del paciente. También que este tipo de situaciones no son del todo bien entendidas y tratadas en el sistema sanitario y, lo más frecuente, se abordan con alternativas que suponen un incremento del gasto farmacéutico sin lograr la eficacia terapéutica deseada en el NHS.

La tesis es también sencilla. Malestar psicológico, dolor, incomodidad, coste social y económico creciente son razones más que suficientes para introducir un cambio significativo en la forma en que se abordan los procesos crónicos, cambio que pasa por invitar a los pacientes a enfrentar esta situación de una forma activa, involucrándose en el control de su propia salud, lo que constituye el objetivo de los programas de autocuidado, o de pacientes expertos como se les denomina.

MI
OPINIÓNJosé Joaquín Mira
EL PACIENTE COMPETENTE, UNA ALTERNATIVA AL PATERNALISMO

Estos programas de autocuidado (que toman como referencia la experiencia de la Universidad de Stanford⁷) suponen un cambio de perspectiva en la que se reconoce que el paciente no es un mero receptor, sino que actúa, toma decisiones y puede y debe responsabilizarse de su cuidado y de su salud (no hay que ocultar, por otro lado, que con esta iniciativa el NHS intenta adelantarse a una probable situación de colapso del sistema sanitario por el incremento de la demanda de cuidados y atenciones médicas de los enfermos crónicos y el incremento de reclamaciones patrimoniales¹⁴).

Manejar el estrés, facilitar el reconocimiento de síntomas que sugieren un empeoramiento, incrementar el ejercicio físico, contar con conocimientos sobre nutrición, resolución de problemas, habilidades de comunicación, o manejo de síntomas cognitivos¹⁶ son elementos comunes en casi todos los programas de autocuidado que ahora se ponen en práctica para hacer activos a los pacientes crónicos. Como se señala¹⁴, «la era del paciente como receptor pasivo de cuidados ha concluido. Profesionales y pacientes son agentes que buscan juntos y de forma activa la mejor solución para cada problema. El paciente capacitado e informado contribuye con sus ideas y propuestas a su tratamiento y a su cuidado».

En definitiva, se busca desarrollar un grado de motivación y de confianza suficiente en los pacientes como para que tornen en activa su tradicional actitud pasiva ante la enfermedad y adquieran conocimientos y pongan en práctica habilidades y competencias personales que les permitan tomar el control de su vida y manejar así con mayores garantías la enfermedad crónica.

Como han puesto de manifiesto Holman y Lorig⁷, «cuando los procesos agudos eran la principal causa de enfermedad, los pacientes por lo general eran inexpertos y pasivos receptores del conocimiento médico. Ahora que las enfermedades crónicas son el principal problema de salud, el paciente debe ser un agente colaborador activo del proceso».

Referentes teóricos: autoeficacia y teorías implícitas de representación de la enfermedad

La autoeficacia es definida como «la convicción que posee una persona de que es capaz de realizar con éxito una acción concreta»⁹. Cuando tenemos interés por algo y contamos con suficiente motivación para hacer alguna cosa concreta, cabe esperar que nos involucraremos en dicha acción en razón de la convicción o confianza en nosotros mismos. Dicho de otra forma, de que nos veamos capaces de lograrlo. En ello influyen factores como el esfuerzo que sea necesario aplicar, durante

cuánto tiempo, los obstáculos previsibles y las posibles consecuencias negativas de participar o de no lograrlo.

En el caso de padecer una enfermedad o de prevenir su ocurrencia, la teoría de la autoeficacia predice que el sujeto actuará activamente si se ve capaz de lograr un buen resultado. Un ejemplo característico de las aplicaciones de este concepto en el ámbito sanitario lo encontramos en los estudios sobre dolor crónico y, específicamente, en los estudios sobre la tolerancia al dolor, en los que los pacientes con una

alta autoeficacia muestran grados de tolerancia significativamente mayores¹⁷, razón por la cual esta teoría está en la base de casi todos los programas de autocuidado, junto a los modelos implícitos de representación de la enfermedad¹⁵.

Estos modelos intentan responder a una cuestión clave: cómo entiende la enfermedad una persona que no posee conocimientos médicos (lego).

En 1966, Jenkins¹⁸ abrió el camino para estudiar cómo se imagina una persona

lego la enfermedad, cómo la entiende, cómo se la imagina, cómo le da valor, aspectos cruciales para entender cómo el paciente se enfrenta a su enfermedad, decide cumplir con las indicaciones terapéuticas o confiar en su médico.

Es evidente que en función de lo que pensamos y creemos así nos comportamos. La idea que un paciente llega a formarse de por qué está enfermo, qué es más eficaz para lograr la recuperación, o sus propias posibilidades de afrontar con éxito la enfermedad gobiernan su conducta.

En síntesis, se trata de teorías implícitas^{19, 20}, del «sentido común», sobre salud y enfermedad y representan conocimientos (ciertos o no), experiencias, creencias y estereotipos que todos en alguna medida poseemos y que invitan al auto-diagnóstico o a la búsqueda de ayuda sanitaria experta.

Los pacientes –todos nosotros– disponemos de una serie de fuentes de información, unas formales y otras informales. Familiares, amigos, médicos, otros profesionales sanitarios, revistas, medios de comunicación de masas, y ahora Internet, constituyen fuentes habituales para informarse sobre cuestiones de salud. Esta información no siempre es intencional; muchas veces es, sencillamente, fruto de la casualidad²¹ (leyendo una revista, hablando con unos amigos, etc.), pero da pie a las creencias sobre las causas y los tratamientos eficaces de las enfermedades que padecen los pacientes y que no siempre coinciden con la visión del médico, aunque eso sí, y de ahí su importancia, los pacientes rigen su conducta por estas teorías implícitas.

Leventhal et al.²² han llegado a la conclusión de que la ma-

Profesionales y pacientes son agentes que buscan juntos y de forma activa la mejor solución para cada problema

yoría de las personas se vale de cinco criterios para catalogar las enfermedades, enfrentarse a ellas, y evaluar el resultado del tratamiento:

- Identidad, que se refiere a si el paciente conoce el diagnóstico y los síntomas.
- Causa, que incluye lo que el paciente imagina que es el origen de su enfermedad, cómo se explica su inicio, cuándo sitúa su origen (por ejemplo cercano a otra vivencia personal), por qué, etc.
- Consecuencias, es decir, las secuelas que cree va a tener su enfermedad.
- Expectativas sobre su curso, incluyendo las posibilidades que cree que tiene de afrontar la situación con éxito.
- Tiempo que cree que durará la enfermedad.

Teorías en acción: autocuidado

La definición más clásica de autocuidado se debe a Levin²³, quien lo definió como «el proceso por el que una persona llega a poner en práctica, de manera eficaz, conductas de promoción de la salud, de identificación y prevención de la enfermedad y tratamientos que se corresponden con los propios del nivel primario de salud».

Se trata de programas interdisciplinarios, directamente asociados a los programas de educación sanitaria, que buscan potenciar en el paciente la capacidad de afrontamiento de la enfermedad combinando la búsqueda de efectividad y de eficiencia²⁴. El concepto de autocuidado surgió entre los años 60 y 70, cuando se observó que los pacientes que empezaban a tomar el control sobre sus vidas y su enfermedad demandaban menos cuidados médicos y ganaban en calidad de vida¹⁵. Las ventajas del autocuidado incluyen la reducción de la intensidad de los síntomas, la disminución significativa del dolor, el mayor control del paciente sobre su propia vida, un aumento de la satisfacción del paciente, una reducción del número de ingresos hospitalarios, de demandas asistenciales en Atención Primaria y una clara mejora en su autoestima²⁵. Además, suman la ventaja de que permiten que unos pacientes (es decir, los iguales, con experiencias similares, preocupaciones comunes, miedos parecidos) ayuden a otros pacientes, potenciando estos efectos.

La mayoría de estos programas surgieron para enfermedades como el asma, la diabetes, la hipertensión, la enfermedad coronaria, la enfermedad crónica del intestino y el dolor de espalda¹⁵, e incluyen normalmente un entrenamiento en las habilidades necesarias para manejar mejor la enfermedad crónica, junto a información relevante que permite identificar signos y síntomas para saber cómo actuar y un entrenamiento específico para que el paciente ponga en práctica sus

propias habilidades y haga crecer su autoestima.

En paralelo a estos programas, en los últimos años, gracias a las nuevas tecnologías, se ha incrementado la accesibilidad a la información sanitaria². En la actualidad los sitios web con información relevante han crecido en número y calidad, contribuyendo a potenciar la autonomía del paciente.

Derechos y deberes y nuevas expectativas

En los últimos 20 años se vienen gestando cambios sociales importantes que han modificado el papel del paciente ante los Sistemas Sanitarios. La entrada en vigor de la LAP supone un punto de inflexión en nuestro país²⁶, ya que se profundiza en el derecho a la libre elección de médico y de centro, a la información sanitaria, a la intimidad y a la autonomía (reflejada en el consentimiento en su sentido más amplio). Más aún, lo que se espera es transformar a los pacientes en actores activos del proceso asistencial, convirtiéndolos en el eje de todo el sistema sanitario²⁷. De entre todos los derechos reconocidos en la LAP destaca, con claridad, el del acceso a la información.

Las investigaciones sobre cómo se lleva a la práctica en España este derecho del paciente y las opiniones de médicos y pacientes al respecto ponen de manifiesto curiosos resultados y algunas cuestiones preocupantes sobre quién informa, cuánto tiempo se destina a esta información y cómo mejorar el grado de comprensión por parte del paciente^{28, 29}, que incitan a la reflexión sobre qué acciones poner en marcha para lograr ese objetivo. Pero la autonomía del paciente incluye también conocer información relevante sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario (y sus centros) que posibilite el ejercicio responsable del derecho a la libre elección de centro y de médico.

Los pacientes, cada vez más y sobre todo los más jóvenes, desean recibir información también sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso, lo que ha servido de justificación (junto a

la esperanza de lograr así una mayor calidad asistencial) a las políticas de difusión de resultados que se han iniciado en diferentes países^{30, 31}. Los «report cards» o las «league tables», que se han desarrollado en otros sistemas, ofrecen información sobre los recursos, las técnicas terapéuticas disponibles, e información clasificada que permite comparar los resultados de diferentes centros sanitarios entre sí, facilitando supuestamente a los pacientes su decisión acerca de dónde acudir^{30, 32}.

Y, por supuesto, la autonomía no sería plena sin el respeto a las voluntades anticipadas del paciente, en las que expresa su voluntad caso de encontrarse en una situación personal

Los pacientes, cada vez más y sobre todo los más jóvenes, desean recibir información

que le impida el ejercicio de esa autonomía³³.

Por último, aunque es más habitual hablar de los derechos de los pacientes, parece razonable hablar también de sus deberes. Es obvio que se espera de ellos que faciliten datos fidedignos sobre su estado físico y que colaboren en la recuperación o mantenimiento de su salud y, desde luego, hagan un buen uso de los recursos. Ahora bien, el desarrollo de estos deberes no ha alcanzado el grado de cumplimiento que observamos en cuanto a los derechos. Además, el incumplimiento de derechos se asocia a una penalización que no encuentra su equivalente en el caso del incumplimiento de los deberes.

En los últimos años es evidente el mayor grado de exigencia de los ciudadanos. El último estudio del Barómetro Sanitario³⁴ asegura que el 73,5% de los ciudadanos españoles se declaran más exigentes que hace unos años hacia el sistema sanitario. Ahora bien, como se viene señalando, lograr mejoras en la calidad de la asistencia y, especialmente, en los resultados es una tarea de profesionales y pacientes (parece irreal que, por ejemplo, la seguridad clínica sea sólo una cuestión de los profesionales). El éxito de un tratamiento no depende únicamente del acierto del médico en el diagnóstico o en el resultado final de la intervención; también tiene un papel relevante la conducta del paciente y su actitud. En un reciente estudio del Instituto Picker de Oxford sobre el futuro perfil del paciente europeo³⁵, se concluye que la accesibilidad al sistema sanitario, la información sobre el propio proceso de enfermedad y sobre las posibles alternativas terapéuticas y, sobre todo, una participación más activa del paciente en la toma de decisiones sobre su salud, constituyen elementos clave de la relación entre profesionales sanitarios y pacientes. No es casualidad que la Carta de Roma (Carta Europea de Derechos del Paciente³⁶) o la Declaración de Barcelona³⁷ subrayaran la condición de derechos fundamentales de la información al paciente y el respeto a su autonomía.

El «arte de la atención», que ha tenido como objetivo tradicional suplir la asimetría de información existente entre el paciente y el médico, está en el ojo del huracán de todas estas reformas. Por un lado, porque los ingredientes tradicionales de ese arte ya no son los adecuados. Por otro, porque la comunicación y el estilo de práctica (componentes tradicionales de ese arte) son identificados como precursores de la autonomía del paciente¹⁴. Lo que se contempla es un modelo de relación en el que el médico sigue teniendo autoridad en razón de su oficio (conocimientos y experiencia), pero en el que no se espera que ejerza un rol autoritario³⁸.

En resumen, aunque se aprecian claros signos de sustitución

del principio de «beneficencia» por el principio ético de «autonomía»³⁹⁻⁴¹, es preciso redefinir el papel del paciente tanto en lo tocante a sus derechos como a sus obligaciones, toda vez que parece demostrado que esta mayor responsabilidad del paciente implica mejores resultados⁴².

Los datos

Según los datos del informe «El paciente en España»⁴³, unos 19 millones de españoles padecen una enfermedad crónica, independientemente de que reciban algún tratamiento por ello, lo que supone que 48 de cada 100 españoles son enfermos crónicos. La mayor incidencia corresponde a artrosis y problemas reumáticos (con un 29% del total), a los que siguen con un 28% la hipertensión arterial, con un 14% las enfermedades cardiovasculares, con un 14% la diabetes y con un 14% la hipercolesterolemia. De forma regular, en España reciben tratamiento médico unos 7 millones de personas, mientras que 12 millones presentan alergias, dolencias, hipertensión, hipercolesterolemia o depresión sin recibir tratamiento alguno.

**se aprecian claros
signos de sustitución
del principio de
«beneficencia» por
el principio ético de
«autonomía»**

Los pacientes que presentan Alzheimer o algún tipo de demencia en un 93% están medicados; los diabéticos en un 92% siguen terapéutica farmacológica regularmente, así como el 91% de los hipertensos, el 88% de los pacientes depresivos, el 87% de los enfermos con afecciones cardiovasculares y el 86% de quienes padecen una enfermedad respiratoria.

El número de personas que de una u otra forma se ven afectados y las complicaciones médicas, psicológicas y sociales

que la cronicidad conlleva nos tienen que hacer reflexionar sobre si el Sistema Sanitario, por sí solo, es capaz de dar respuesta a todas ellas. Centrándonos únicamente en la hipertensión arterial, la diabetes y la enfermedad renal, la magnitud de las cifras, por el número de pacientes afectados y el volumen de recursos que son necesarios para asistirlos, invita a plantearse si no sería conveniente potenciar en ellos sus propias competencias como método para afrontar con éxito la búsqueda de esa mayor calidad de vida en los pacientes.

Pongamos algunos ejemplos. La prevalencia de la HTA en mayores de 18 años se ha cifrado en España en el 30% de la población⁴⁴, lo que representa casi 2 de cada 5 españoles. El coste anual⁴⁵ del tratamiento farmacológico de la HTA de un área de salud de unos 146.000 habitantes se ha estimado en 35.300 euros, con un coste promedio por año de vida ganado⁴⁶ que oscila entre los 2.686 y los 4.782 euros. Además, hay que considerar que el 1% de las personas mayores de 40 años padecen de insuficiencia cardíaca, causa principal de ingreso hospitalario entre los mayores de 65 años, lo que supone un 5% de todas las hospitalizaciones⁴⁷.

El 13,51% de los gastos hospitalarios son ocasionados por enfermos diabéticos que normalmente precisan hospitalizaciones casi dos días más largas que los pacientes no diabéticos y con un coste por tratamiento superior en un 19,53% al de los no diabéticos⁴⁸. Si consideramos que un 6% de los españoles sufre diabetes (un 45% sin diagnosticar) las cifras se multiplican. Otro dato: se calcula que el 56% de los gastos hospitalarios de los enfermos diabéticos se debe a las complicaciones⁴⁹. El coste del tratamiento de un paciente diabético al año se estima en unos 1.305 euros (el 30% de los cuales se debe a esas complicaciones⁵⁰).

España es el tercer país de la UE en número de enfermos en programas de diálisis y trasplante renal; actualmente hay algo más de 30.000 pacientes con algún tipo de tratamiento renal sustitutivo, con un crecimiento anual del número de enfermos de un 6% y un coste de 451 millones de euros cada año⁵¹.

Por otro lado, todo apunta a que lo que hoy día consideramos ser «buen paciente» (aquel que de forma sumisa sigue nuestras indicaciones, no pregunta para no hacernos perder tiempo y no cuestiona las decisiones clínicas) está cambiando, hasta el punto de que este perfil de comportamiento pueda ser, incluso, negativo⁵².

Los pacientes quieren, cada vez más, información no sólo sobre su proceso, sino también sobre la organización sanitaria en la que depositan su confianza y sobre la capacitación de los profesionales que los atienden. Esperan recibir un trato correcto, experimentar que la organización sanitaria ha pensado en ellos cuando diseña sus procesos de trabajo, sentir que se les respeta como persona, recibir una información detallada y comprensible, sentirse responsables de su propia salud y disfrutar de comodidades acordes con su nivel de vida⁵³.

Este cambio no es fácil. Barca et al.⁵⁴, en un reciente estudio conducido en un área de Atención Primaria en España, han puesto de manifiesto que mientras que los médicos informaban a los pacientes en más de un 88% de los casos sobre el tratamiento que debían seguir, sólo un 9,35% de los pacientes fue informado de las posibles complicaciones o de las precauciones a seguir con ese tratamiento. Además, un 69% de los pacientes no participaron en la toma de decisiones sobre el tratamiento y un 75% no tomó parte alguna en la decisión sobre las pruebas complementarias a realizar.

Más aún, en este mismo estudio, un 36% de los pacientes no solicitó información alguna al médico y quienes sí preguntaron se interesaron sobre todo por la etiología de su enfermedad (30%) y el tratamiento (29%) y muy pocos por las posibles complicaciones del tratamiento (9%). Más aún, un 23% de los pacientes se quedó con ganas de haber preguntado algo, y de estos, un 29% no habían formulado pregunta alguna a su médico durante la consulta. En la misma línea, un 19% dijo no

haber comprendido totalmente la información y, aun así, un 39% no se atrevió a preguntar nada a su médico de cabecera. Parece lógico pensar que aún existen ciertas barreras y que no todos los pacientes saben qué, cómo y cuándo preguntar, aun- que sí parece que quieren saber.

Los datos aportados por Farmaindustria³⁸ no son tampoco optimistas y sugieren que un 13% de los pacientes tienen una actitud derrotista ante la enfermedad, no la afronta correctamente y muestra una actitud pasiva, y que un 32% de los pacientes españoles (el grupo más mayoritario) se consideran marcados por el destino y llevan su enfermedad de forma abnegada. Condiciones ambas que no facilitan ejercer los derechos que se contemplan en la LAP.

En otro estudio publicado este mismo año⁵⁵, la principal fuente de información sobre los fármacos para los pacientes era el propio prospecto del medicamento para un 76% de los pacientes, el médico de cabecera para un 55% y la farmacia para un 17%; un 53% se consideraban mal informados.

Pensar, como se viene haciendo algunas veces, que la responsabilidad recae en los profesionales sanitarios casi en exclusiva parece demasiado simplista. O el paciente adopta un rol más activo, y ello requiere reorientar algunos objetivos de la práctica asistencial, o la realidad de esa práctica no cambiará sencillamente porque lo hagan las normas que rigen la relación entre pacientes y profesionales.

Referencias bibliográficas

1. Vitaller J. El nuevo escenario de la gestión de la asistencia sanitaria y su aplicación en la seguridad de los pacientes: relaciones profesional y paciente. En: Aranaz J, Vitaller J (eds). De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: EVES, 2004.
2. Anderson J, Rainey M, Eysenbach G. The impact of CyberHealthcare on the physician-patient relationship. *J Med Syst* 2003;27:67-84.
3. Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Navegando en Internet en busca de información sanitaria: no es oro todo lo que reluce. *Aten Primaria* 2004;33: 391-9.
4. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. La centralidad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. Documento de trabajo 21. Novartis, 2005.
5. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001;116:104-10.
6. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ* 2002;324:648-51.
7. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: A review of published surveys. *Behav Med* 1998;24:81-8.
8. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. *BMJ* 2000;320:526-7.
9. Barlow JH. Self-management literature review. Psychological Research Centre, Coventry University, July 2000.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
11. Donaldson L. Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *BMJ* 2003;326:1279-80.
12. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE de

MI
OPINIÓN

José Joaquín Mira
EL PACIENTE COMPETENTE, UNA ALTERNATIVA AL PATERNALISMO

fecha 15/11/2002.

13. Jovell A. El paciente «impaciente». ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico 2003;25-IV:66-72.

14. Secretary of State for Health. Saving Lives: Our Healthier Nation. (consultado 18 agosto 2005). Disponible en: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>.

15. Department of Health. The Expert Patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. (consultado 18 agosto 2005). Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/healthinequalities>.

16. Holroyd K, Creer Th. Self-management of chronic disease. Handbook of clinical interventions and research. New York: Academic Press, 1986.

17. Turk D, Rudy Th, Sorkin B. Chronic Pain: behavioural conceptualisations and interventions. En: Turner S, Calhoun K, Adams H (eds). Handbook of Clinical Behavior Therapy. New York: John Wiley and Sons, 1992.

18. Jenkins CD. The semantic differential for health. A technique for measuring beliefs about diseases. Health Public Reports 1966;81:549-58.

19. Heijmans M, De Ridder D. Structure and Determinants of Illness Representation in Chronic Disease. J Health Psychol 1998;3:523-37.

20. van der Hofstadt CJ, Rodríguez-Marín J, Ortín JM, García R, Ortuño A. Cumplimiento terapéutico y representación de la enfermedad en hipertensos. Centro de Salud 1997;5:574-82.

21. Longo DR. Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: a comprehensive and integrated model. Health Expectations 2005;8:189-94.

22. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representations and coping with health treats. En: Baum A, Taylor SE, Singer JE (eds). Handbook of psychology and health. Vol. IV: Social psychology aspects of health. Hillsdale, N.J.: Erlbaum, 1984.

23. Levin LS. The layperson as the primary care practitioner. Public Health Rep 1976;91:206-10.

24. Lorig K, Holman HR. Long-term outcomes of an arthritis self-management study: effects of reinforcement efforts. Soc Sci Med 1989;29:221-24.

25. Barlow JH. Self-management literature review. Psychosocial Research Centre, Coventry University, July 2002.

26. Antequera JM. Una nueva era en la sanidad: el ciudadano sanitario. Revista de Administración Sanitaria 2003;1:161-3.

27. Delgado MT, Simón P, Sanz B. Ley de autonomía del paciente. Aten Primaria 2003;32:265-7.

28. Batista JE, Isabal H, Macia N, Palou A. Encuesta sobre información a los pacientes hospitalizados en un centro monográfico. Actas Urol Esp 1994;18:709-13.

29. Herrero A, Reyes A, García F. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. Revista de Calidad Asistencial 2001;16:706-13.

30. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? Health Affairs 1997;16:218-28.

31. Mira JJ, Lorenzo S, Martínez-Sanz A. Difusión de resultados asistenciales: ventajas e inconvenientes de los report cards. Revista de Calidad Asistencial 2003;18:209-24.

32. Mukamel DB, Mushlin AI. Quality of care Information Makes a difference. An Analysis of Market Share And Price Changes After Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. Med Care 1997;36:945-54.

33. León F, Galán JC, Sanz C. Repercusión en atención primaria de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, información y documentación clínica (II). Aten Primaria 2003;33:28-30.

34. Ministerio de Sanidad. Barómetro Sanitario 2004 (consultado 18 agosto 2005).

Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm.

35. Coulter A, Magee H. The European patient of the future. New York: McGraw Hill Education. Open University Press, 2003.

36. European Charter of Patients' Rights. Active Citizenship Network. Roma. (consultado 18 agosto 2005). Disponible en: <http://www.cittadinanzattiva.it>.

37. Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes. Barcelona: Fundación Biblioteca Josep Laporte, 2003.

38. Tomé-Paule C, Casas-Requejo J, Moya Bernal A. Bioética y atención primaria. Cap. 1. En: Ruiz de Adana-Pérez R (ed). Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ed. Saned, 1996; 11-27.

39. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. Med Clin (Barc) 2001;117:99-105.

40. Sáinz A, Quintana O. Guía sobre la información al paciente y la obtención del consentimiento. Revista de Calidad Asistencial 1994;2: 72-4.

41. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. BMJ 2002;324:648-51.

28. Batista JE, Isabal H, Macia N, Palou A. Encuesta sobre información a los pacientes hospitalizados en un centro monográfico. Actas Urol Esp 1994; 339:18:709-13. 29. Herrero A, Reyes A, García F. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. Revista de Calidad Asistencial 2001;16:706-13. 30. Hibbard JH, Jewett JJ. Will quality report cards help consumers? Health Affairs 1997;16:218-28. 31. Mira JJ, Lorenzo S, Martínez-Sanz A. Difusión de resultados asistenciales: ventajas e inconvenientes de los report cards. Revista de Calidad Asistencial 2003;18:209-24.

43. Farmaindustria. El paciente en España (consultado 18 agosto 2005). Disponible en: [http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/9EE803F8F469CA5EC1256E69005716D3/\\$FILE/pacientes_def_marzo04.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/9EE803F8F469CA5EC1256E69005716D3/$FILE/pacientes_def_marzo04.pdf).

44. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. Rev Clin Esp 2002;202:12-5.

45. Gamero de Luna EJ, Plá J, Candillejo J, Caraballo M, Galdeano R. Variabilidad y coste de la terapia antihipertensiva. Hipertensión 2001;18:364-73.

46. Plans P, Tresserras R, Navas E, Pardell H. Estudio coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial en Cataluña. Med Clin (Barc) 2002;118:211-6.

47. Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Esp Cardiol 2004;57:163-70.

48. Molina B, Moreno J, Monereo S. Repercusión de la optimización de los sistemas de gestión hospitalaria sobre la diabetes mellitus. Estudio comparativo 1994 vs 2000. Revista Española de Economía de la Salud 2003;2:270-6.

49. Hinojosa MC, González E, Hinojosa J, Fernández I, Zurro J. Repercusión de la diabetes mellitus y sus complicaciones en el gasto sanitario hospitalario. Endocrinol Nutr 2001;48:230-3.

50. Mata M, Antoñanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. Gaceta Sanitaria 2002;16:511-20.

51. Robles NR, Banegas V. Enfermedades renales prevenibles: de vuelta a la nefrología. Med Clin (Barc) 2002;118:146-9.

52. Jadad A, Rizzo C, Enkin M. I am a good patient believe it or not. BMJ 2003;326:1293-4.

53. Mira JJ. ¿Deben compartir los riesgos de la toma de decisiones los pacientes? En: Aranz J, Viller J (eds). De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria. Valencia: EVES, 2004.

54. Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandre G, López F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria 2004;33: 361-7.

55. Badía X, Magaz S, Gutiérrez L, Guisera M. Información de medicamentos de prescripción: encuestas a la población general española. Aten Primaria 2005; 36:93-9.

LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR EL FUNCIONAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA.

Mariana Peregrina Blanco

La exigencia de responsabilidad, cada día más frecuente, cual es la de los profesionales médicos y sanitarios, se viene señalando que el servicio público de asistencia sanitaria se concreta en la prestación de una asistencia médica conforme a las circunstancias del caso y del estado de la ciencia médica, de modo que cuando la misma se preste en tales condiciones, no cabe apreciar que se causa un daño por el no restablecimiento integral de la salud. Este criterio ha servido para determinar la responsabilidad de la administración sanitaria por contagio transfusional del virus VIH producida entre 1985, cuando se conocían las pruebas de detección y 1987 (año de la implantación o bligatoria). Los contagios transfusionales anteriores a 1985 no son indemnizables pues la ciencia no permitía conocer la existencia del virus en sangre, por lo que la inevitabilidad del contagio lo hace impune.

La responsabilidad objetiva de la Administración no supone convertirla en una aseguradora universal de todos los riesgos con el fin de prevenir todo daño a los administrados, transformándose la responsabilidad patrimonial en un sistema providencial que produciría más perjuicios que beneficios.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial es preciso acudir a parámetros como la *lex artis*, concebida bajo el principio de que la obligación del profesional es de medios y no de resultado, solo cuando se infrinja ésta, cabe imputar a la Administración los perjuicios o daños causados; la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo.

Este principio de la *lex artis* está inevitablemente unido a una obligación de medios pues si admitimos una responsabilidad objetiva absoluta, la Administración tendría que responder en todos

los casos de producción de un resultado lesivo. El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado.

Es un principio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la adecuación de la actuación médica conforme a la diligencia debida.

La Ley 30/92 de 26 de noviembre regula, en su Título X, la denominada responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, de sus autoridades y demás personal a su servicio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 149.1.18 de la Constitución.

La Administración sanitaria, como administración pública responsable de la prestación de un servicio público, la asistencia sanitaria, entra dentro del ámbito de aplicación de dicha norma, desarrollada por el Real Decreto 429/92 de 26 de marzo.

El artículo 139.1 de la Ley citada dice: "Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los caso de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos".

De este precepto se deduce la esencia de esta responsabilidad, se trata de una responsabilidad directa, es decir que la administración **no responde subsidiariamente**, y es una responsabilidad objetiva que, a diferencia de la responsabilidad propia del Derecho Civil, **no requiere culpa o ilegalidad en el autor del daño**.



TEMAS DE INTERÉS

Mariana Peregrina Blanco

LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO POR EL FUNCIONAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN EN LA SANIDAD PÚBLICA.

Esta responsabilidad patrimonial se deriva de actuaciones de la administración para con los ciudadanos, en sus relaciones de servicio público. Es preciso señalar que para que exista esta responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por las lesiones causadas a los usuarios del sistema sanitario es necesario que concurran cuatro requisitos, lo cual aclara los supuestos de procedencia de exigencia de esta responsabilidad:

1. Hecho sea imputable a la administración.
2. La lesión o perjuicio antijurídico, efectivo, económicamente evaluable e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
3. Relación de causalidad entre el hecho y la lesión.
4. Que no concurra fuerza mayor.

El primero es que exista un hecho imputable a la Administración, es decir una actuación administrativa, comprendiendo no sólo actuaciones positivas o de hacer, sino también negativas o de no hacer o soportar. El artículo 106 de la Constitución se refiere al "funcionamiento de los servicios públicos", excluyendo las actuaciones lesivas realizadas con desconexión total del servicio, con independencia del autor material del hecho lesivo, por lo que lo que importa es que el hecho se haya realizado bajo la cobertura de la administración: si es debido a la conducta de una persona física, basta con constatar que la misma está integrada en la organización de un ente público, en este caso en la administración sanitaria.

De ahí que ni siquiera sea necesario que el autor del hecho sea funcionario público, pues debe entenderse comprendidos en la expresión personal tanto a los funcionarios e incluso cualquier agente que desempeñe funciones públicas.

El funcionamiento de los servicios sanitarios determinantes del nacimiento de esta responsabilidad comprende tanto el normal como el anormal. El funcionamiento normal permite la imputación de los daños resultantes del riesgo generado por la actuación administrativa. Se trata de daños causados por acciones lícitas de la Administración, que debe soportar tanto los beneficios como los perjuicios de su actuación.

En cuanto al funcionamiento anormal de los servicios sanitarios supone la posibilidad de imputación de los daños causados por culpa o ilegalidad, tanto si son atribuibles a un agente identificado como si son daños anónimos, imputables a la administración genéricamente considerada. Se incluyen los casos en los que el servicio ha funcionado mal o defectuosamente, tanto en su

obligación de actuar como de no hacerlo, exigiéndose para la misma no sólo la lesión sino también la infracción de la *lex artis*. Si únicamente utilizamos la presencia de la lesión sin la infracción de la *lex artis*, para declarar esta responsabilidad, la objetivamos hasta extremos inaceptables, convirtiendo a la Administración sanitaria en una aseguradora universal de todos los eventos.

La lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos los particulares es un daño entendido como detrimento patrimonial. El daño debe ser "efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas", excluyéndose los daños hipotéticos, eventuales, futuros o simplemente posibles, dudosos o presumibles que en muchas demandas se alegan para simplemente obtener una lucrativa indemnización por la administración sanitaria.

Otro requisito indispensable es **causalidad entre hecho y lesión**, que debe ser consecuencia del funcionamiento de los servicios, teniendo en cuenta otros factores, entre los que podemos destacar la actuación de la propia víctima, los hechos de terceros o la intervención de otras administraciones públicas, es decir se trata de la concurrencia de "concausas", sirviendo para valorar las consecuencias de la responsabilidad.

Para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria es necesaria la exclusión de los casos de fuerza mayor. La Ley 4/1999 de 13 de enero, incorpora al artículo 141.1 de la Ley 30/1992: "no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubieran podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer en tales casos". Respecto a la cuantificación de la indemnización se calculará **conforme a los criterios establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado (artículo 141.2 de la Ley 30/92).**

JURISPRUDENCIA:

STS de 22 diciembre 2001 (RJ 2002, 1817).

STS de 25 abril 2002 (RJ 2002, 5276).

Sentencias del Tribunal Supremo de 22 abril 1997 (RJ 1997, 3249), 27 junio 1997 (RJ 1997, 5758), 21 julio 1997 (RJ 1997, 5523), 13 diciembre 1997 (RJ 1997, 8816), 3 octubre 2000 (RJ 2000, 7799), 12 junio 2001 (RJ 2001, 6649), 11 diciembre 2001 (RJ 2002, 2711), 4 febrero 2002 (RJ 2002, 1593), 10 julio 2002 (RJ 2002, 6239) y 10 abril 2003 (RJ 2003, 3702).

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE UN CENTRO DE SALUD

Dolors Regué Badia Referente de Atención al Usuario ABS Balaguer

Supongamos que somos un equipo de un centro de salud (Centro de atención primaria o CAP): en este equipo trabajan setenta y cuatro profesionales que deben hacer todo lo posible para garantizar el modelo sanitario de Catalunya teniendo siempre presente la función y los valores de l'Institut Català de la Salut. Este centro atiende a una población heterogénea, en un radio de 1.733 kilómetros cuadrados que incluye a todas las capas sociales así como a los inmigrantes procedentes de diversos continentes. La población asignada es de 31.722 habitantes atendida por un centro de salud en su capital de comarca, la más extensa en territorio de toda Catalunya y catorce consultorios locales más veinticuatro poblaciones agregadas que dan al centro de salud un marcado componente rural.

Abierto 24 horas al día los 365 días del año, el centro también gestiona las urgencias de las noches y los festivos de otros tres municipios que no pertenecen a la misma área. Los servicios con que cuenta este centro son veinticuatro unidades básicas de salud (médico y enfermera), trabajadora social, cirugía menor y dermatología, consulta antitabaco, pruebas de espirometría así como los servicios de especialidades que tiene de referencia el hospital en Lleida (traumatología, neumología, urología, ginecología, comadrona, endocrinología, psiquiatría, cardiología, nefrología, otorrinolaringología y logopedia) que en horarios de mañana o tarde, pasan consulta en el mismo edificio.

El personal de atención al usuario de este equipo está formado por ocho auxiliares administrativos, dos de ellos de urgencias territoriales (ACUT) y cinco celadores, de los cuales dos tienen horario exclusivamente nocturno.

Supongamos que el equipo administrativo de este centro de salud es el encargado de participar en un campeonato de liga peculiar. Participaremos en esta liga junto a otros equipos (CAP) de características similares y al finalizar la temporada veremos si hemos alcanzado los objetivos marcados inicialmente de una manera satisfactoria. Como en todos los equipos importantes, contamos con unos directivos que nos gestionarán los medios y el presupuesto, que estarán siempre atentos a cual-

quier incidencia respecto a la competencia de los profesionales, las condiciones de trabajo u otros valores a tener en cuenta como pueden ser la calidad y la igualdad.

Supongamos que lo mejor de este equipo son, con diferencia, nuestros seguidores incondicionales: los usuarios. Éstos son la afición más exigente que a veces nos hace la ola y nos aplaude efusivamente, pero otras nos silba, nos chilla y nos exige sin motivo aparente. De su actitud vamos a aprender mucho puesto que ellos nos dicen qué cosas no hacemos bien, nos permite poner los medios para corregirlas y nos obliga a estar siempre en forma, a no bajar la guardia para dar lo mejor de nosotros mismos en el campo en que jugamos. Con esta afición es necesario mantener siempre un feedback positivo, tenemos que estar atentos a los conflictos que nos puedan generar, con igualdad, sin discriminación, hemos de satisfacer sus demandas de buen juego con un alto nivel de calidad aunque también les podemos exigir a cambio que respeten a nuestro personal, nuestras normas y nuestras instalaciones. Ambos tenemos derechos y deberes.

Supongamos que nuestro equipo tiene un entrenador (directora), un segundo entrenador (adjunta a dirección) y un capitán (referente administrativa). La coordinación de los tres junto a la calidad humana y profesional de nuestros jugadores, llevarán al equipo hacia la excelencia en todos aquellos proyectos que se inicien. Como en todos los equipos, habrá que aplicar todas las normas que nos marca la federación a la cual pertenecemos y, con la que a veces quizá no estemos completamente de acuerdo, pero habrá que estar convencido de que hace falta tener un compromiso firme con nuestra Organización.

Supongamos que es necesario jugar todos los partidos que se presentan a lo largo de la temporada, para ello nuestros directivos nos fijarán unos objetivos anuales que nos reportarán una "prima" especial según el nivel de consecución.

Supongamos que nuestros jugadores de administración son titulares fijos pero, a veces, surge alguna lesión inesperada, entonces nos damos cuenta de que contamos en el banquillo con buenos suplentes.

TEMAS DE INTERÉS

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN UNA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE UN CENTRO DE SALUD

tes (sustitutos) que harán todo lo posible para que no se note la ausencia de las figuras.

Supongamos que el equipo administrativo cuenta como puntos fuertes el tener a profesionales cualificados y responsables que llevan a cabo su tarea día a día, siempre atenta a las peticiones de su fiel afición aunque también con puntos débiles como alguna individualidad, poca predisposición a los cambios y a veces poca motivación. Hará falta coordinar tareas y esfuerzos de manera ágil i flexible, con una línea de trabajo compartida y con procesos sencillos que tengan un responsable identificado.

Supongamos que comenzamos la temporada hoy mismo, tenemos la plantilla completa pero hace falta asignar una posición de campo para cada jugador dependiendo de su perfil y aptitud. Algunos de ellos son también referentes de una materia concreta (material-agendas-viajes- imagen...) y deben entrenarse tanto en horario de mañana como de tarde. Todas las posiciones del campo deben estar cubiertas de modo que al empezar el

seguirá y dirigirá la actuación de sus compañeros y se mostrará contrariado cuando haya peligro bajo los tres palos aunque también animará y celebrará como ninguno las buenas jugadas. El capitán ha de motivar continuamente a su equipo y recordar a todos que deben pasarse la pelota, sin faltas, respetando las normas y con juego limpio. Seguramente hay jugadores que pasan demasiado la pelota y otros a los que les cuesta pasarla; por eso el capitán debe ir recordando a todos cual es su posición en el terreno de juego. Para ello serán necesarias muchas conversaciones en el vestuario, manifestando opiniones, dificultades, problemas, incidencias, estudiando a los rivales para anticiparse siempre que sea posible a su estrategia, también para compartir momentos distendidos ante cualquier celebración.

A lo largo del año harán falta muchas sesiones de gimnasio (formación continuada) para estar siempre en forma.

Supongamos que también contamos con un staff: La dirección de atención primaria que nos ayuda en las incidencias diarias más complicadas. Son nuestros rehabilitadores particulares y nuestros masajistas, nos pedirán un esfuerzo constante y junto a la federación a la cual pertenecemos serán los que decidirán quien será nuestro árbitro. Quizá nos enseñe alguna tarjeta pero no ha de ser motivo de preocupación sino de señal de que se ha hecho algo mal y que hay que reconducirlo rápidamente.

Supongamos que acabamos la temporada: Nos reuniremos y haremos balance de todo lo acontecido, seguiremos el ciclo de mejora continua: PLANIFICAR-IMPLANTAR-EVALUAR-ACTUAR. Esta será nuestra máxima.

Supongamos que nuestro equipo aspira a ganar: La Champions, la Copa, la Liga y todas aquellas competiciones que se nos presenten para ofrecer a nuestros aficionados todos los títulos posibles. A veces, esto no será posible, pero lo intentaremos practicando siempre un juego serio y organizado. Supongamos que nuestro equipo administrativo combina el esfuerzo, el talento, la estrategia, la persistencia y todo lo que sea necesario para conseguir los objetivos marcados y los retos imprevistos que se irán presentando en el día a día.

Supongamos, finalmente, que este equipo administrativo es mi equipo, el equipo de atención al usuario del Área Básica de Salud de Balaguer, en la comarca de la Noguera de Lleida.



juego todos estén situados en su lugar: los delanteros deben estar siempre atentos cuando la pelota ha de circular con rapidez, ante cualquier jugada que hay que definir al momento (urgencias-imprevistos...); los centrocampistas han de dominar el terreno de juego a la vez que sus pases deben de ser seguros (información); los defensas han de marcar con precisión a los delanteros del equipo contrario.

Estos defensas, siempre atentos a las jugadas de los rivales, han de ser fuertes, seguros de la misión que tienen. Finalmente, el portero y, a la vez, capitán de nuestro equipo, bajo los palos, debe hacer todo lo necesario para no encajar ningún gol, parar todas las pelotas que vienen del contrario, pero a la vez atento a que no se cuele ninguna del propio equipo

para mantener la portería invicta. Desde su posición

El libro de la SE AUS

CLAVES PARA LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Este mes de diciembre de 2010, la SE AUS ha editado el libro Claves para la gestión de la Atención al Usuario en los Servicios de Salud. El libro era un objetivo planteado hace dos años y aprobado por la Junta Directiva de la SE AUS.

Autores: Isabel Berasaluce - Eudald Ballesta - José María Bleda - Rosa Carulla - Cesar Fernández - Juan Fernández - Joana Gabriele - Begoña Garitano - Rosa Mª González - Mª Pilar González - Rodrigo Gutiérrez - Fuencisla Iglesias - Pilar Martí - Antoni P. Martín - Silvia Millat - Mª Jesús Moriano - Rafael Pacheco - Paz Rodríguez - Rafael Rodríguez - Begoña Román - Olga Ruesga - Rosa Ruiz - José Sáez-Benito - Álvaro Santos - Marta Solé - Mercè Tella - Palmira Tejero - Ainhoa Valenciano

La justificación de este libro se basaba en primer lugar en el hecho de que es difícil encontrar en el mercado un libro que trate de la atención al cliente exclusivamente en el marco de los servicios de salud. Además la SE AUS ha sido a lo largo de dos décadas un observador privilegiado de todo lo acontecido en este tema y cuenta con profesionales socios de la SE AUS con experiencia suficiente y demostrada sobre la materia.

El libro de 851 páginas, 18 capítulos y un anexo, quiere ser un libro de consulta en materia de Atención al Usuario, es por ello que en sus páginas recoge todos aquellos temas que tienen que ver con este tema. Es fruto del trabajo de 28 autores, miembros de la SE AUS y colaboradores de la sociedad, que durante meses han trabajado en su redacción. La coordinación de autores y de contenidos la ha realizado María Pilar González Serret.

El libro se estructura en tres partes y un anexo, con una presentación previa. Una primera parte, más conceptual y definitoria del tema. Una segunda parte que desarrolla ampliamente los conceptos a tener en cuenta en atención al paciente. Una tercera parte que desarrolla los elementos imprescindibles que han de acompañar a la gestión en atención al usuario. Finaliza con un Anexo, que recoge las tres guías editadas hace poco por la SE AUS. El índice de materias es el siguiente:

Primera Parte: Los Conceptos Básicos

La Atención al Usuario

Los Servicios de Atención al Usuario/ Paciente/ Cliente/Ciudadano

Derechos y Deberes de los ciudadanos en el ámbito de la salud

Segunda Parte: Las Estrategias

Ética y Atención al Paciente

Accesibilidad y sistema sanitario

La Información en el ámbito de la salud

La Comunicación en el ámbito de la salud

La Atención Telefónica

La Voz del Cliente

Calidad y Procesos

La Atención a las Personas

La Seguridad del Paciente

El Conflicto en el ámbito sanitario

La Participación de los Ciudadanos

Tercera Parte: Los Elementos Imprescindibles

La formación y la docencia

La investigación en atención al usuario

Sistemas de información y registro

Las nuevas tecnologías

Anexo Guías: Guía de Recomendaciones para el ejercicio del Consentimiento Informado, el Documento de Voluntades Anticipadas y la Atención a las Reclamaciones y Quejas.



A finales del mes de enero se podrá comprar ya el libro, en principio, a través de nuestra web www.seaus.net con un precio especial para los socios de la SE AUS. Esperamos que esta nueva publicación de nuestra sociedad sea de utilidad para todos aquellos que están implicados o interesados en la atención a los usuarios, es decir para todos los profesionales de los servicios de salud.

Accesibilidad al sistema sanitario y continuidad en el mismo de la población inmigrante

José Luis Padilla García¹, Isabel Benítez Baena¹, Juana Gómez-Benito^{2,3}, Montse Martín Baranera⁴, Palmira Tejero Cabello⁴

Proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto de Salud Carlos III, FIS (MD07/00261)

Resumen

OBJETIVO: El incremento de la inmigración en España supone un reto al sistema sanitario, que debe adaptarse para hacer frente a las demandas de una población nueva y cambiante. El objetivo del estudio es realizar una evaluación de la accesibilidad de los inmigrantes al sistema sanitario, evaluación basada principalmente en las experiencias y vivencias de los usuarios.

MÉTODO: La evaluación se llevó a cabo mediante la administración de un cuestionario de accesibilidad al que respondieron 34 inmigrantes de distintas nacionalidades.

RESULTADOS: Los datos obtenidos mostraron una adaptación adecuada de los inmigrantes, manifestada por un alto conocimiento del funcionamiento del sistema así como una ajustada utilización de éste. Los resultados reflejan una alta satisfacción con los servicios y el trato recibido, y señalan algunos aspectos que podrían ser mejorados.

CONCLUSIONES: El sistema sanitario se encuentra en un proceso positivo de adaptación a las nuevas demandas de la población, población que cada vez tiene menos necesidades no cubiertas y se encuentra más satisfecha.

PALABRAS CLAVE: Accesibilidad, población inmigrante, sistema sanitario.

Introducción

Las migraciones constituyen un fenómeno de gran relevancia ya que conllevan diversas implicaciones: demográficas, socioeconómicas, socioculturales, territoriales, ambientales, etc. En el caso de España, las migraciones han tenido a lo largo de la historia y sobre todo en el último siglo un papel muy destacado en la evolución general de la población y en su distribución geográfica, incidiendo a su vez de manera diversa en el comportamiento demográfico, económico, cultural, e incluso político del país.

Aunque los flujos migratorios se han incrementado de manera muy notable en España durante el

último siglo, es importante señalar que a lo largo de este período las migraciones han experimentado importantes cambios tanto en su dinámica y evolución como en sus características. Durante los tres primeros cuartos del siglo XX destaca la emigración hacia otros países y hacia las áreas más industrializadas de España, sin embargo en el último cuarto del siglo XX se reduce drásticamente la emigración fuera de España, y se produce un incremento sustancial de la inmigración desde el exterior, tanto en forma de retornos de españoles como de llegada de extranjeros para establecerse en nuestro país.

Específicamente, la inmigración en España comienza a incrementarse a mediados de los años 80, aunque no se intensifica hasta los 90. A pesar de que en otros países europeos el movimiento migratorio ha sido mayor que en España debido a las características socioeconómicas, España se ha convertido en uno de los principales destinos por la atracción cultural y la cercanía al continente africano, por lo que la intensidad de los flujos migratorios ha sido mayor que en otros países donde los movimientos se han escalonado más suavemente en el tiempo (Peixoto, 2007).

Durante estos años de crecimiento espectacular han cambiado considerablemente las características sociodemográficas y se han transformado los perfiles sociodemográficos de la población extranjera, repercutiendo no sólo en el mercado de trabajo sino también en otros ámbitos como el sistema escolar y sanitario (García, 2007).

En el caso del sistema sanitario una de las preocupaciones más importantes es su capacidad para hacer frente a la llegada de los inmigrantes y a sus necesidades. Para ello, desde los propios centros sanitarios se realizan propuestas que pretenden satisfacer estas nuevas demandas a partir de la elaboración de materiales de acogida y documentos que marcan directrices de actuación focalizadas en la definición de un modelo de atención, en la disminución de las desigualdades y la eficiencia de los servicios de salud. Un ejemplo de estas propuestas es el Plan director de Inmigración en el ámbito de la salud de Cataluña (Direcció General de Planificació i Avaluació, 2006b).

Estas acciones manifiestan una tendencia integradora que consiste en un proceso dinámico. Este proceso implica la necesidad de evaluar tanto la eficacia de las medidas ya tomadas, como las necesidades que van surgiendo y que es necesario cubrir, así como la complejidad del proceso migratorio y la accesibilidad de la población inmigrante al sistema sanitario.

Necesidad de evaluar

Evaluar la accesibilidad implica conocer aquellos aspectos que facilitan y dificultan el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. Entre los aspectos problemáticos, algunos autores sugieren que la población inmigrante hace un mayor uso de los servicios sanitarios públicos, así como de los servicios de urgencias (Berra, Elorza, Bartomeu, Hausmann, Serra-Sutton y Rajmil, 2004). Este último hecho se debe, según un estudio de economía de la salud realizado por el departamento de salud de la Generalitat de Cataluña, a que los inmigrantes pretenden evitar las barreras de acceso y acuden a urgencias porque de este modo tienen la atención asegurada, al igual que los menores y las embarazadas.

Estos autores señalan también que las principales dificultades en el acceso de la población inmigrante estarían relacionadas con el desconocimiento del sistema y en algunos casos con su situación de irregularidad. Además, tanto la participación en programas preventivos, como el cumplimiento de las pautas terapéuticas son menores entre la población inmigrante.

Por otra parte, al consultar con los profesionales, entre las numerosas dificultades percibidas en la atención de la población inmigrante destacan los problemas de comunicación, así como la ne-

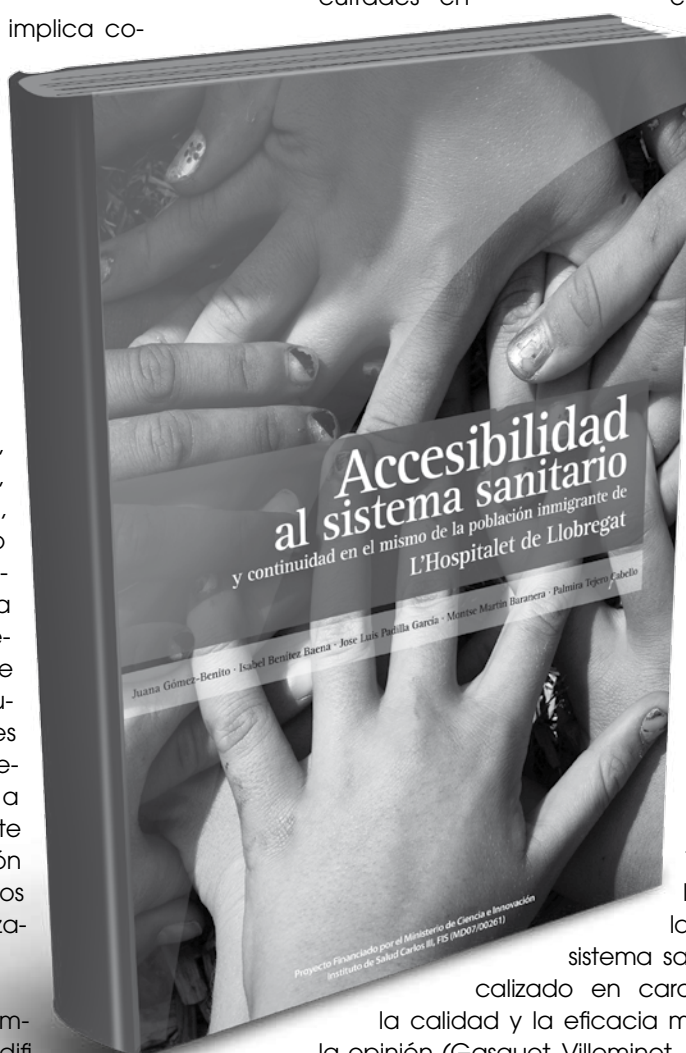
cesidad de traductores, mediadores y materiales de información y sugieren que la manera de entender los conceptos enfermedad y salud o la religión pueden afectar a los procesos de atención sanitaria (diagnóstico, decisiones terapéuticas, seguimiento, etc.). También, en un estudio sobre las necesidades sentidas por el personal responsable en relación a la atención a la población inmigrante, los profesionales señalan que las dificultades en

el seguimiento de tratamientos se deben a la frecuente movilidad de este colectivo (Vázquez, Terraza y Vargas, 2007). Otro aspecto que también preocupa a los profesionales es la aparición de enfermedades no comunes en nuestro medio, como pueden ser las tropicales, de las que poseen un conocimiento insuficiente y sobre las que consideran que deberían estar formados.

Tradicionalmente los estudios sobre la evaluación del

sistema sanitario se han focalizado en características como

la calidad y la eficacia medidas mediante la opinión (Gasquet, Villemainot, Estaquio, Durieux, Ravaud y Falissard 2004) o la satisfacción de los usuarios. También se han realizado estudios que evalúan específicamente la accesibilidad, como por ejemplo una investigación que se realizó en Kuwait a los usuarios de urgencias (Shah, Shah y Behbehani, 1996). En esta investigación se evaluó el acceso mediante dimensiones como: disponibilidad, cercanía, regularidad con los pacientes, conocimiento de los horarios del centro, limpieza, preferencia en cuanto al tipo de centro, disponibilidad de medicamentos o percepción de las condiciones de urgencias.



INVESTIGACIÓN

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO Y CONTINUIDAD EN EL MISMO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

Sin embargo, como indican Coulter y Cleary (2001), para evaluar la calidad es necesario valorar experiencias concretas que reflejen aspectos como la información, la coordinación o el apoyo emocional percibido. Por ello, el objetivo de este estudio fue realizar una evaluación de la accesibilidad de los inmigrantes al sistema sanitario basada en sus experiencias, necesidades y dificultades, con el fin de detectar aquellos aspectos que necesitan ser adaptados, aquellos cuya adaptación debe mejorarse y los que funcionan adecuadamente.

Método

Participantes

El estudio fue realizado con participantes residentes en Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Fue seleccionada esta localidad por tener una gran tradición de población inmigrante que actualmente supone un 8% de la población censada y se estima que puede llegar hasta el 10% de la población real. En la selección de los participantes se tuvo en cuenta su procedencia manteniendo la proporción real de la población inmigrante de Hospitalet.

Los participantes fueron localizados en lugares públicos como plazas, parques u hospitales. La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

En cuanto a la ocupación de los participantes se observó que la mayoría de ellos se dedicaban a tareas relacionadas con el hogar, la limpieza y el cuidado de personas mayores. Otro gran grupo lo ocupaban los dedicados a la construcción, la hostelería y el comercio. Algunos de ellos realizaban actividades relacionadas con el ámbito sanitario (auxiliares y médicos) y otros se encontraban parados o estudiando.

Instrumento

En la evaluación de la accesibilidad se utilizó un cuestionario para la evaluación de la accesibilidad de la población inmigrante al sistema sanitario. Este cuestionario contiene 58 preguntas divididas en siete bloques temáticos que evalúan diferentes dimensiones de la accesibilidad a partir de las experiencias de los usuarios. En el cuestionario aparecen preguntas abiertas, de elección múltiple, de evaluación numérica, de ordenación y de sí/no. El cuestionario se administró

en un contexto de entrevista.

Procedimiento

En primer lugar se entrenó a los entrevistadores para la administración. Estos entrevistadores acudieron a lugares públicos donde reclutaron a los participantes teniendo en cuenta los criterios establecidos previamente. Posteriormente tuvo lugar la administración previo consentimiento de cada uno de los participantes.

Los datos procedentes de las preguntas cerradas se analizaron mediante el SPSS v.15, mientras que se realizó un análisis cualitativo para el resto de las preguntas. También se incluyeron algunos análisis en los cuáles se comparaban las respuestas de los participantes en función del género y su procedencia.

Resultados

Los resultados obtenidos se agruparon en diferentes apartados que coinciden con los aspectos más relevantes para el estudio.

Información y uso del sistema sanitario

Los datos obtenidos en la primera parte del cuestionario se referían a la información y conocimiento que los participantes poseían sobre el sistema sanitario así como al uso que hacen de éste.

En primer lugar los resultados muestran que todos los participantes poseían la tarjeta sanitaria y el 82,4% afirmó conocer los derechos que dicha tarjeta proporciona. En cuanto al uso de la tarjeta, todos los participantes comentaron que la usaban para ir al médico, y algunos de ellos también hicieron referencia a su uso para obtener medicamentos. El proceso de obtención de dicha tarjeta fue descrito por los participantes considerando como inicio el momento del empadronamiento. Por otra parte, el 79,4% de los participantes afirmó conocer el uso que cualquier ciudadano puede hacer del sistema sanitario.

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, las preguntas se focalizaron en las experiencias de los usuarios en relación a las hospitalizaciones, las consultas o los tratamientos.

En primer lugar, la mayoría de los participantes (88,2%) comentaron que no habían tenido ninguna hospitalización en los últimos doce meses, mientras que dos de ellos fueron hospitalizados una vez y otros dos fueron hospitalizados dos veces. También se incluyeron tres preguntas sobre el número de veces que los usuarios habían utiliza-

do determinados servicios en las últimas cuatro semanas. El gráfico 1 recoge las frecuencias de las respuestas dadas a estas preguntas.

Gráfico 1. Frecuencias de uso de los servicios.

En primer lugar, el 52.9% de los participantes comentaron que no habían acudido al médico de familia ninguna vez en las últimas cuatro semanas. Sin embargo, 10 de los participantes habían acudido una vez y 6 de ellos acudieron en dos ocasiones.

La asistencia a especialistas fue menor ya que el 79.4% de los participantes no acudió en ninguna ocasión durante este periodo. Además se observó que todos los participantes que afirmaron haber acudido a un especialista en las últimas 4 semanas fueron mujeres procedentes de América.

Por último, se observó que 14 participantes habían hecho uso de urgencias durante el último mes, 9 de ellos sólo una vez mientras que 5 participantes acudieron en más de una ocasión. De estos 14 participantes 2 de ellos fueron hombres y el resto de los participantes fueron mujeres, todos ellos procedentes de América. Por tanto esto indica que el 58.8% de los participantes no usaron este servicio en ninguna ocasión.

Por otra parte, se pidió a los participantes que ordenaran estos tres servicios en función del más y el menos utilizado por ellos. La mayoría de los participantes eligieron el médico de familia como el servicio más utilizado (70.6%) y los especialistas como el menos utilizado (58.8%). El 41.2% de los participantes señalaron el servicio de urgencias como segunda opción siendo el patrón de respuestas dado por hombres y mujeres similar.

También se preguntó a los participantes por el número de ingresos en hospitales de día durante los últimos doce meses y se observó que el 76.5% de los participantes no habían sido ingresado en ninguna ocasión. En cuanto a los tratamientos recomendados, el 58,8% de los participantes afirmó que no le había sido recomendado ningún tratamiento. Sin embargo, de los 14 participantes que recibieron recomendaciones médicas el 50% de los hombres no siguieron dichas recomendaciones mientras que el 90% de las mujeres sí lo hicieron. En relación a la frecuencia de uso de los servicios se preguntó por la última consulta médica realizada y se observó que la alternativa más

elegida fue "hace más de 4 semanas y menos de un año" seleccionada por un 35.3% de los participantes. Sin embargo, al comparar las respuestas de hombres y mujeres se observó que la alternativa más elegida por las mujeres fue "hace menos de cuatro semanas", mientras que los hombres eligieron en su mayoría la alternativa "hace mas de cuatro semanas y menos de un año"

Satisfacción con los servicios recibidos y necesidades detectadas en los centros

Los siguientes apartados del cuestionario evaluaron la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos y las necesidades detectadas por ellos. En primer lugar se pidió a los participantes que evaluaran en una escala de uno a diez la satisfacción con el trato recibido por parte de los distintos tipos de profesionales: médicos, enfermeros/as y personal de administración. La mayoría de los participantes realizó una evaluación positiva hallándose valores de 9 o superiores en las tres evaluaciones en el 50% de los casos. Se observó que solo un 10% de los participantes dieron valores inferiores a 5 y que las evaluaciones más positivas fueron dadas por las mujeres.

También se encontraron valoraciones positivas en la evaluación de la disponibilidad de los servicios sanitarios en relación a la cercanía al domicilio, aunque no se mantuvo este patrón en la evaluación sobre el cumplimiento de los horarios. En este último caso, el 38.2% de los participantes asignaron valores inferiores a 7, siendo los hombres los que realizaron evaluaciones más positivas.

Por otra parte, se pidió a los participantes que evaluaran la calidad de los servicios sanitarios en general y su nivel de confianza en ellos. En el primer caso, las evaluaciones fueron positivas alcanzando el 60% de las evaluaciones puntuaciones iguales o superiores a 8. Sin embargo, el nivel de confianza fue evaluado con valores inferiores, siendo un 30% de las evaluaciones inferiores a 5.

En relación a las posibles deficiencias y necesidades del centro sanitario el cuestionario incluía algunas preguntas para evaluar la organización, la capacidad de los profesionales y la coordinación entre ellos. Los dos primeros aspectos fueron evaluados por la mayoría de los participantes como "buenos" con un porcentaje del 50% y el 44.1% respectivamente, mientras que en la coordinación entre los profesionales la categoría "regular" fue la más elegida (38.2%). Se observó que las

evaluaciones más positivas fueron las realizadas por los participantes de Europa y Asia.

Experiencias con los servicios sanitarios

Los siguientes bloques del cuestionario iban dirigidos a realizar una evaluación de la satisfacción basada en las experiencias de los participantes. En primer lugar, los participantes evaluaron su satisfacción con los siguientes aspectos: listas de espera, organización de las citas, cumplimiento de horarios, prestación de servicios, explicaciones de los profesionales y cantidad de información recibida. Las listas de espera y la organización de las citas fueron los aspectos peor evaluados mientras que las explicaciones de los profesionales y la cantidad de información recibida fueron los puntos valorados más positivamente.

Por otro lado, en cuanto a la adecuación de la cantidad de profesionales, los servicios de información y las campañas de información, se observó que el 65.7% de los participantes valoró con puntuaciones iguales o superiores a 8 la adecuación de los servicios de información mientras que las campañas de información fueron evaluadas más negativamente ya que un 24.2% de los participantes las evaluaron con valores iguales o inferiores a 5.

Un aspecto destacado en este bloque fue la evaluación de la preparación de los profesionales para tratar con pacientes de diferentes nacionalidades que fue valorada con valores iguales o superiores a 8 por el 61.8% de los participantes aunque el 17.6% de los participantes dieron valores inferiores a 5.

Por último, cuando se preguntó a los participantes por aquellos recursos que podrían mejorar los servicios sanitarios. Los participantes destacaron principalmente la necesidad de una mayor cantidad de profesionales y la necesidad de acortar los tiempos de espera. Algunos de ellos también comentaron la necesidad de mejorar la atención y la organización de los centros.

Accesibilidad al sistema sanitario

El último apartado del cuestionario evaluaba diferentes dimensiones o aspectos concretos de la accesibilidad, como son: a) la accesibilidad física a los centros, es decir, la cercanía al domicilio y la facilidad de acceso mediante transporte público o privado; b) la accesibilidad a la atención médica, incluyendo aspectos como los medios posibles para concertar citas, la disponibilidad de los profesionales, los tiempos de espera o la ac-

cesibilidad a información; c) la accesibilidad a los tratamientos y d) el trato igualitario, evaluando la accesibilidad a los servicios de los inmigrantes en comparación con el resto de la población.

En primer lugar, la accesibilidad física se evaluó a partir de: el tiempo necesario para llegar al centro sanitario más cercano, los medios de transporte disponibles y las indicaciones existentes para llegar y moverse en el interior del centro. La mayoría de los participantes (60.9%) consideró que necesitaban entre 10 y 15 minutos para llegar al centro más cercano a su domicilio. Por otra parte, el 82.4% de los participantes respondió que ir caminando era el medio más adecuado, lo que también muestra la cercanía de los centros, aunque algunos de ellos nombraron el taxi y el metro como posibles medios de transporte.

En cuanto a las indicaciones, se obtuvieron evaluaciones positivas sobre la señalización tanto para llegar al centro como para acceder a los distintos servicios en el interior. Sin embargo, el 50% de los participantes se quejó por las escasas facilidades de aparcamiento que existen entorno a los centros sanitarios.

La accesibilidad a la atención médica también se evaluó a partir de diferentes aspectos relacionados con el proceso ocurrido desde que se pide una cita hasta que ésta tiene lugar. En primer lugar se observó que aunque el 89.9% de los participantes acudían personalmente al centro o llamaban por teléfono para concertar citas, algunos de ellos comentaron que utilizaban el sistema de asignación de citas por Internet. A continuación, el 50% de los preguntados manifestó su disconformidad con el tiempo transcurrido entre la asignación de la cita y el momento en que ésta tiene lugar, y el 41.2% de los participantes se mostró insatisfecho con la puntualidad de las consultas. El acceso a la información también fue un elemento evaluado, en el que el 79.4% de los participantes respondieron que habían recibido información en los casos en los que la habían solicitado.

La accesibilidad a los tratamientos fue evaluada a partir de valoración de la adecuación de los costes de éstos. En el 85.3% de los casos los participantes se mostraron conformes con dichos costes. Las respuestas de hombres y mujeres fueron similares sin embargo se encontraron diferencias entre los participantes de distinta procedencia ya que todos los participantes que consideraron inadecuado el coste de los tratamientos procedían

de África y Asia.

Por último, se evaluó la percepción por parte de los participantes de un trato igualitario a todos los usuarios. La mayoría de los participantes evaluaron positivamente el trato personalizado dado por los profesionales (76.5%) y el acceso igualitario a los servicios (79.4%). Sin embargo, al evaluar si los participantes pensaban que los profesionales daban un trato igualitario, el 41.2% respondió que no, aunque sólo 5 participantes afirmaron haber experimentado discriminación al hacer uso de los servicios sanitarios (3 hombres y 2 mujeres, 4 de ellos procedentes de América y uno de Asia). A estos 5 participantes se preguntó por las causas de dicha discriminación. Cuatro de ellos respondieron que se habían sentido discriminados por su etnia, mientras que el participante restante (el participante procedente de Asia) declaró que se sintió discriminado debido a su nivel de estudios.

Discusión

El objetivo del estudio era evaluar los aspectos y dimensiones que permiten conocer la accesibilidad de los inmigrantes al sistema sanitario. Los resultados obtenidos se pueden dividir en dos grupos. En primer lugar se obtuvieron datos generales sobre las opiniones y experiencias de los inmigrantes sobre el sistema sanitario. Sin embargo la evaluación de la accesibilidad también ha proporcionado información rica sobre las diferencias en la utilización de los servicios que hacen los inmigrantes en función del sexo y su lugar de procedencia. A continuación se presentan las conclusiones más relevantes extraídas mediante la administración del cuestionario.

En relación a los resultados generales se encontraron algunos datos relevantes además de información que no coincidía con algunas afirmaciones halladas en la bibliografía. En primer lugar, se observó que en general los inmigrantes afirman conocer el funcionamiento del sistema sanitario así como sus derechos y deberes. Estas afirmaciones se sostienen por el hecho de que todos los participantes poseían la tarjeta sanitaria y explicaron adecuadamente el proceso que realizaron y el lugar al que acudieron para obtenerla. Esto puede reflejar un descenso en las dificultades de acceso ya que como Berra, Elorza, Bartomeu, Hausmann, Serra-Sutton y Rajmil (2004) afirman, el desconocimiento del sistema está relacionado con este tipo de dificultades.

Otro hallazgo interesante fue el realizado durante la evaluación de los servicios más y menos utili-

zados por los participantes. El servicio que los inmigrantes evaluaron como el más usado fue el médico de familia siendo el segundo más utilizado urgencias y no el primero como afirmaron los profesionales en las entrevistas realizadas a este colectivo en el pretest del instrumento utilizado para recabar los datos. Además, esta ordenación realizada por los participantes se contrastó preguntando el número de veces que habían utilizado cada uno de los servicios en las últimas cuatro semanas. Las respuestas a estas preguntas mostraron que en las últimas cuatro semanas los participantes habían utilizado más el médico de familia, seguido de urgencias y los especialistas.

Por otra parte, también se observó que la mayoría de los participantes a los que se había recomendado algún tratamiento lo había finalizado adecuadamente. Esto se opone a lo que comentaron los profesionales sobre la falta de constancia de los inmigrantes. Ambos datos pueden ser compatibles ya que tal vez los profesionales no tengan datos del seguimiento de los tratamientos aunque los pacientes los hayan llevado a cabo.

En cuanto a la satisfacción de los participantes se observó que la mayoría de ellos estaban satisfechos con los servicios recibidos y la evaluación objetiva de estos los consideraron adecuados. Sin embargo, el nivel de confianza de los participantes no se relacionó con las positivas evaluaciones de los servicios, ya que los niveles alcanzados fueron más bajos. La organización, la capacidad de los profesionales y la coordinación entre ellos fueron evaluadas positivamente, aunque las evaluaciones mostraron que estos aspectos podrían mejorarse.

En la valoración de aspectos concretos del funcionamiento, los participantes señalaron como negativas la longitud de las listas de espera y el sistema de organización de citas. Ambos aspectos fueron nombrados por los inmigrantes como recursos que sería necesario mejorar, así como la cantidad de profesionales, aspecto que consideraron importante para reducir los tiempos de espera.

Por último, los participantes mostraron conocer la situación del centro más cercano a su domicilio, la forma de acceder a él y los medios disponibles para acceder por ejemplo a las consultas médicas, sin embargo aspectos como la existencia de lugares habilitados para aparcar o señalizaciones para llegar a los centros fueron peor consideradas. En cuanto al trato recibido y al tipo de acceso, los inmigrantes manifestaron sentirse, en su mayoría, en igualdad de condiciones que el resto de

INVESTIGACIÓN

ACCESIBILIDAD AL SISTEMA SANITARIO Y CONTINUIDAD EN EL MISMO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE

los usuarios, y muy pocos participantes afirmaron haberse sentido discriminados en alguna ocasión al hacer uso del sistema sanitario.

El segundo grupo de resultados se refería a las diferencias en el acceso y utilización de los servicios en función del sexo y del lugar de procedencia. En cuanto al primer punto el hallazgo más llamativo fue que las mujeres hicieron un mayor uso de todos los servicios que los hombres. De hecho, ningún hombre acudió a un especialista en las cuatro semanas anteriores a la evaluación y sólo dos de ellos acudieron a urgencias en alguna ocasión. También a las mujeres le fueron recomendados más tratamientos y ellas fueron más constantes en su seguimiento que los hombres. Ellas se mostraron más satisfechas con el trato recibido por parte de los diferentes profesionales aunque ellos evaluaron más positivamente aspectos como la organización y la coordinación. Finalmente las mujeres mostraron un mayor manejo de medios como Internet para acceder a los recursos como la solicitud de citas.

También se encontraron algunos datos interesantes en relación a la procedencia de los participantes aunque en este caso es necesario tener en cuenta que los participantes en el estudio de accesibilidad procedían mayoritariamente de América. El primer aspecto que se observó fue que los participantes procedentes de Asia y África afirmaron no conocer el uso que podían hacer de la tarjeta sanitaria ni los derechos que ésta les proporciona a pesar de poseerla, lo que muestra la necesidad de incrementar los puntos o fuentes de información para los inmigrantes.

También se encontró que los participantes procedentes de América hacen un mayor uso de los servicios que los participantes de otros continentes, aunque en general las evaluaciones más positivas fueron las realizadas por los participantes de Europa y Asia. Por último en cuanto al hecho de haberse sentido discriminado al hacer uso de los servicios sanitarios, la mayoría de los participantes que aseguraron haber vivido esa situación procedían de América y en todos los casos la causa de esa discriminación fue su etnia. Sin embargo el participante asiático que declaró haberse sentido discriminado manifestó que en su caso la causa había sido su nivel de estudios.

Todos estos datos mostraron el tipo de experiencias vividas por los inmigrantes y la utilización que hacen de los servicios sanitarios. En general se observa un avance del sistema sanitario en cuanto a las medidas para facilitar el acceso de los in-

migrantes, así como un alto nivel de implicación por parte de los usuarios. Futuras investigaciones se centrarán en evaluar mediante este mismo instrumento la accesibilidad y la continuidad de la población no inmigrante y de esta forma poder realizar comparaciones entre ambas poblaciones.

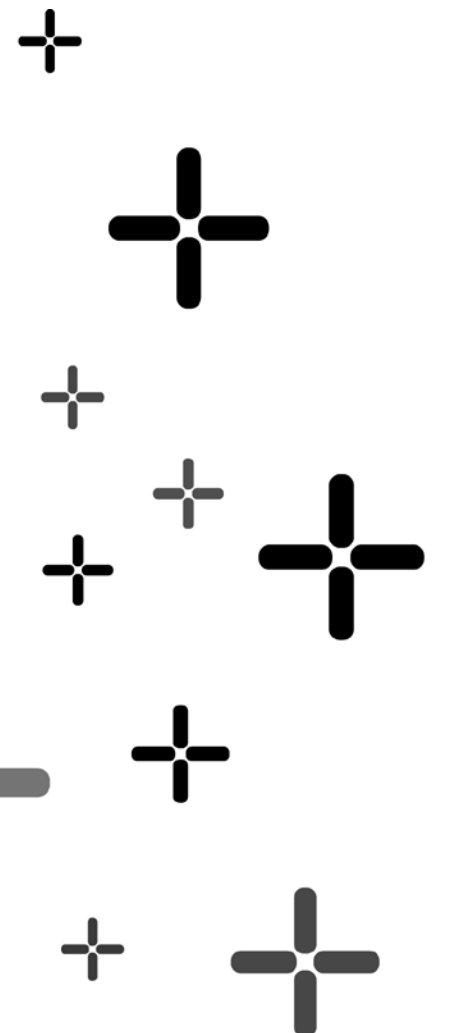
Referencias

- Berra, S., Elorza, J.M., Bartomeu, N. y Hausmann, S., Serra-Sutton, V. y Rajmil, L. (2004). *Necessitats en salut i utilització dels serveis sanitaris en la població immigrant a Catalunya: Revisió exhaustiva de la literatura científica*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Coulter, A. y Cleary, P.D. (2001). Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Affairs* 20, 24-52.
- Direcció General de Planificació i Avaluació. (2006b). *Pla Director d'Immigració en l'Àmbit de la Salut*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona.
- García, P. (2007). *Estat de salut i condicionants de la utilització dels serveis sanitaris dels immigrants a Catalunya*. Informe elaborat per encàrrec del Departament de Salut : Centre de recerca en economia y salut CRES.
- Gasquet, I., Villemainot, S., Estaquio, C., Durieux, P., Ravaud, P. y Falissard, B. (2004). Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments. *Health and Quality of Life Outcome*, 1, 2-43.
- Peixoto, J.M. (2007). *Inmigración y salud: Un nuevo reto para las políticas de inmigración públicas*. Agencia Española de Cooperación Internacional AEI/MAE. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- Shah, N.M., Shah, M.A. y Behbehani, J. (1996). Ethnicity, nationality and health care accessibility in Kuwait: a study of hospital emergency room users. *Health policy and planning* 11(3), 319-32.
- Vázquez, M.L., Terraza, R. y Vargas, I. (2007). *Atenció a la salut dels immigrants: necessitats sentides pel personal responsable*. Estudi elaborat pel Servei d'Estudis i Perspectives en Polítiques de Salut del Consorci Hospitalari de Catalunya per encàrrec del Pla director d'immigració dins la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona.

Aragón acoge

XVI Congreso Nacional SEAUS

Salud: participación
y corresponsabilidad,
cuestión de todos



aus

Atención al Usuario en Salud

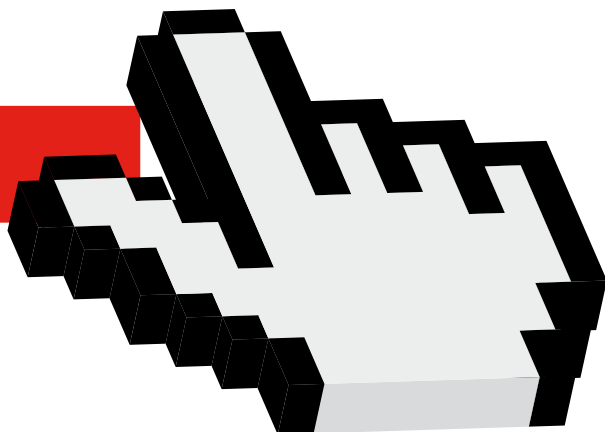
Del 12 al 15 de Abril de 2011

Auditorio de Zaragoza

www.congresoseaus2011.org

WEB

Páginas de interés



PÁGINAS WEB DE INTERÉS

Ministerio de Sanidad y Consumo
<http://www.msc.es>

Defensor del Pueblo
<http://www.defensordelpueblo.es>

El Defensor del Pueblo andaluz
<http://www.defensor-and.es>

Síndic de Greuges de Catalunya
<http://www.sindic.cat>

Síndic de Greuges de la comunidad
valenciana
<http://www.sindicdegreuges.gva.es>

Departament de Sanitat i Seguretat
Social de la Generalitat de Catalunya
<http://www.gencat.net/sanitat>

Comité de Bioética de Cataluña de
consulta y especialización en bioética ,
ICEB
<http://www.gencat.net/salut/portal>

Asociación Española de Bioética y Ética
Médica
<http://www.aebioetica.org>

Instituto de consulta y especialización
en bioética , ICEB
<http://www.bioeticacs.org>

Institut Borja de Bioètica
<http://www.ibbioetica.org>

Fundación Víctor Grifols
<http://www.fundaciogrifols.org>

Asociación de Bioética fundamental y
clínica
<http://www.asociacionbioetica.com>

Observatori de Bioètica y Dret
<http://www.pcb.ub.es>

Actualidad de Derecho Sanitario
<http://www.actualderechosanitario.com>

Asociación Española de Derecho
Sanitario
<http://www.aeds.org>

Sociedad Catalana de Medicina
Familiar y Comunitaria
<http://www.scmfic.org>

Sociedad Española de Calidad
Asistencial
<http://www.calidadasistencial.es>

Foro Español de Pacientes
<http://www.webpacientes.org>

Universidad de pacientes
<http://www.universidadpacientes.org>

Active Citizenship Network
<http://www.activecitizenship.net>

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES USUARIOS

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

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

Estructura

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

2. Cartas a la Revista

La extensión máxima será de 600 palabras.

Artículos originales

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

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

4. Seguidamente se incluirán las tablas ordenadas correlativamente.

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

Bibliografía

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

Remisión de los trabajos

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

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

Nombre:.....Apellidos:.....

C.P.:.....Población:.....Provincia:.....

D.N.I.....Teléfono Móvil:.....

C.P..... Población:..... Provincia:.....

Organismo al que pertenece:.....

Departamento / Servicio:.....

Puesto de trabajo / Categoría:.....

Domicilio:.....

Centro de trabajo:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

FAX:.....Teléfono Móvil:.....

□ □ □ □

ENTIDAD

□ □ □ □

OFICINA

11

DC

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

NÚMERO DE CUENTA

Fecha.

Firma.

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



SEAUS
Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad

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

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

CIF: G 25.232.984







SEAUS

Sociedad Española de
Atención al Usuario de la Sanidad