

número **30** / diciembre de 2015

# ATENCIÓN AL **usuarios**

PUBLICACIÓN DE LA SEAS



## Pacientes y profesionales: una alianza necesaria

**PAGINA 6**

X Simposio de la SEAS: Pacientes y profesionales, una alianza necesaria

**PAGINA 29**

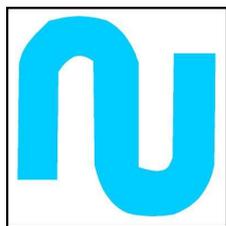
Encuesta de Satisfacción a familiares de pacientes de UCI

**PÁGINA 40**

Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno la salud

**PÁGINA 51**

Curso Responsables de las Unidades de Gestión al Pacientes y Atención al Ciudadano en el CST



# SE AUS

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad

**COORDINADORA DE LA REVISTA** MERCÈ TELLA BERNAUS

**COMITÉ DE REDACCIÓN** FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA, MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET, RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ, MERCÈ TELLA BERNAUS, ISABEL ZALDÍVAR LAGUÍA, RAFA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ,

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN** ELISABET SATORRA LLUBES

**correspondència científica**

Mercè Tella Bernaus

vicepresidencia@seaus.net

**secretaría técnica**

Teléfono: 629.839.226

secretaria@seaus.net

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



## SUMARIO

**4** EDITORIAL  
Pacientes y profesionales: Una alianza necesaria

**6** NOSOTROS  
X Simposio de la SEAUS: Pacientes y profesionales, una alianza necesaria

**9** NOSOTROS  
X Simposio de la SEAUS: Premio al mejor póster

**21** NOSOTROS  
Nueva Junta Directiva de la SEAUS

**22** NOSOTROS  
Más temas de interés de la SEAUS

**24** OPINIÓN  
Entrevista al Sr. Gabriel Heras Lacalle

**29** OPINIÓN  
Encuesta de Satisfacción a familiares de pacientes de UCI

**40** INVESTIGACIÓN  
Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno la salud

**51** TEMAS DE INTERÉS  
Curso para Responsables de las Unidades de Gestión al Paciente y Atención al Ciudadano en el CST. Publicación de los dos trabajos mejor valorados

**62** NORMAS DE PUBLICACIÓN y WEBS DE INTERÉS



## PACIENTES Y PROFESIONALES: UNA ALIANZA NECESARIA

A lo largo del año que finaliza hemos sido espectadores de mil y una situaciones en las que se han vulnerado los derechos de los ciudadanos, tanto a nivel mundial, en nuestra Europa y en nuestro propio país. Las desigualdades y las diferentes formas de afrontarlas o de no hacerlo han sido, desgraciadamente, una constante en el mundo y en nuestro entorno. El ámbito de la salud y los derechos de los ciudadanos en este contexto no es ajeno a esta situación. Ante esta situación de vulneración de los derechos es necesario reaccionar y hacerlo por parte de todos, nadie puede quedar al margen ni nadie ha de ser ajeno a la búsqueda de soluciones.

Hemos celebrado un simposio, el X Simposio de la SEAUS, en Toledo en el mes de noviembre con el lema **Pacientes y Profesionales: Una alianza necesaria**. El lema responde a la necesidad sentida por parte de la SEAUS de la necesidad imperiosa de *unirse, aliarse, asociarse, colaborar, comprometerse y pactar*, es decir la necesidad de trabajar juntos todos los agentes del mundo sanitario, todos aquellos que hacemos nuestro el deseo de ver cumplidos los derechos más básicos de los ciudadanos, en nuestro caso los derechos en el ámbito de la salud. Una necesidad sentida que justifica la existencia misma de la SEAUS y de las personas que la conforman.

En Toledo pudimos escuchar la voz del Consejero de Salud de Castilla la Mancha reivindicando la calidad de la asistencia, pero poniendo énfasis en una atención más humana y personalizada. Pudimos escuchar la voz de varias Asociaciones de Pacientes exponiendo sus necesidades y sus legítimas demandas y dando a conocer su actividad.

**Pacientes y profesionales: una alianza necesaria****EDITORIAL**

Pudimos escuchar la voz de profesionales altamente motivados por su trabajo con las personas a las que atienden. Pudimos escuchar también la voz la voz de un agente destacado, la industria farmacéutica, recordándonos su trabajo de investigación y su deseo de servicio al conjunto de ciudadanos. Destacamos la palabra **escuchar**, que no oír, una actitud que ha de conducirnos a buscar y lograr, entre todos, soluciones a los problemas que tenemos planteados, aceptando que esos problemas son de todos, que nos afectan a todos como ciudadanos y que solo juntos podremos resolver de forma satisfactoria.

**Diciembre de 2015**

**NOSOTROS****X Simposio de la SEAUS. Pacientes y Profesionales,  
una alianza necesaria.**

## TOLEDO, 26 y 27 de noviembre de 2015

Los días 26 y 27 de noviembre celebramos en Toledo, en la sede del SESCAM, el X Simposio de la SEAUS. El Acto Inaugural estuvo presidido por el Consejero de Sanidad de Castilla la Mancha, el Sr. Jesús Fernández Sanz y por el Presidente de la SEAUS, Sr. Rodrigo Gutiérrez Fernández. La Ponencia inaugural la realizó la Sra. Olga Solas Gaspar. Consultora de Políticas Públicas y Gestión de Organizaciones, sobre el tema: *IEXPAC. Un instrumento de evaluación de la experiencia del paciente crónico.*

A continuación se presentó la ponencia: *Aplicación del instrumento de valoración de Calidad y Derechos de la OMS. Experiencia de evaluación y mejora de la calidad y los derechos humanos en establecimientos de Salud Mental en el Principado de Asturias*, que presentó la Sra. Amelia González-López.

Se plantearon tres mesas de debate:

**MESA 1:** *Salud e interculturalidad. La atención sanitaria a la población inmigrante.* Fue ponente la Asociación Guada Acoge. **MESA 3:** *Pacientes y Profesionales.* Fueron ponentes Raul Calvo Rico, Francesc José Maria y Jesús Ignacio Meco. **MESA 5:** *Las asociaciones de pacientes y la industria farmacéutica.* Fueron ponentes Eugeni Sedano Monasterio, José Ramón Luís-Yague, Tomás Castillo Arenal y Antonio Bernal.

Dos mesas más, la **MESA 2:** En la que se presentaron *Las tres mejores comunicaciones* según la valoración del Comité Científico. La **MESA 4:** *Experiencias*, en la que se presentó el Curso de Bioética y Tanatoética que se ofertará en el programa de formación on-line de la SEAUS en colaboración con el Grupo Mémora durante el primer semestre de 2016.

El Acto de Clausura estuvo a cargo de la Sra. Maria Teresa Marín Rubio, Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección de SESCAM y de la Sra. Mercè Tella, Vicepresidenta de la SEAUS. Como en cada congreso y simposio de la SEAUS, en el marco de la clausura, Esteve hizo entrega del **Premio a la Mejor Comunicación y al Mejor Póster**, entrega que realizó el Sr. Juan Antonio Olarieta.

## NOSOTROS

## X Simposio de la SE AUS. Pacientes y Profesionales, una alianza necesaria.

Los premios correspondieron a:

- **Mejor Comunicación:** *PROYECTO CIVICS: Programa de Promoción de los derechos y deberes del paciente y participación en el Institut Català de la Salut (ICS)* Autores: A, Martí; A, Juan; MR, Torres; R, Morral; P, Soley.
- **Mejor Póster:** *APRENDIENDO DEL PACIENTE: Un proyecto educativo.* Autores: M, Negredo. C, Masferrer. S, Rosado. A, Fernández. P, Renom. M. Pérez y P. Flores. Centre Fòrum del Parc de Salut Mar.

A lo largo de los dos días de Simposio se abordaron temas muy actuales y muy interesantes que despertaron el interés de los asistentes y propiciaron un vivo debate. Destacar la presencia, como asistentes y ponentes, de diferentes miembros de asociaciones de pacientes que aportaron sus vivencias y su experiencia enriqueciendo así las diferentes actividades y ponencias.

La exposición de pósters, una cena la noche del día 26 y un cóctel de despedida, el día 27, complementaron el evento. Como conclusiones del Simposio destacaríamos:

- La disponibilidad de nuevos instrumentos para conocer la opinión de los pacientes, que nos permiten especialmente las nuevas tecnologías
- La necesidad de la más que necesaria alianza entre profesionales y pacientes; imprescindible entre los profesionales, los miembros de asociaciones de pacientes o la industria farmacéutica.

Queremos desde aquí agradecer la colaboración de los patrocinadores del X Simposio: SESCOAM, Esteve, Mémora, MSD, B/Braun, Happy Click y Astellas. De forma muy especial nuestro agradecimiento a todos los ponentes que aceptaron formar parte de las diferentes mesas y ponencias y también a todos los asistentes, socios y no socios de la SE AUS, sin todos ellos el X Simposio de la SE AUS no habría sido posible.

A través del siguiente link podrán consultar el programa del Simposio:

[http://www.seaus.net/images/stories/pdf/programa\\_xsimposio.pdf](http://www.seaus.net/images/stories/pdf/programa_xsimposio.pdf)

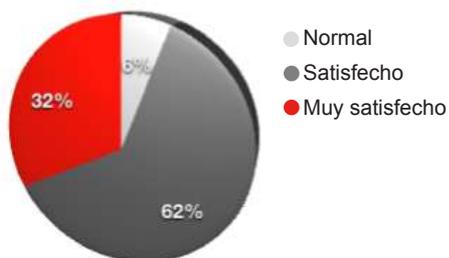
**NOSOTROS**

**X Simposio de la SEAUS. Pacientes y Profesionales, una alianza necesaria.**

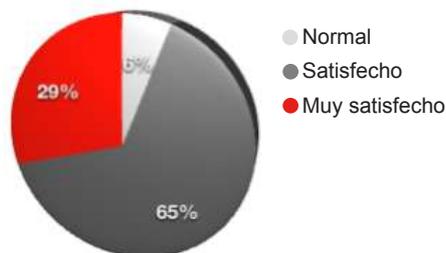
## ENCUESTA de satisfacción

A continuación se muestra la opinión de los asistentes al X Simposio. Este año la encuesta de satisfacción se realizó en colaboración con Happy Click y su sistema electrónico de recogida de opiniones:

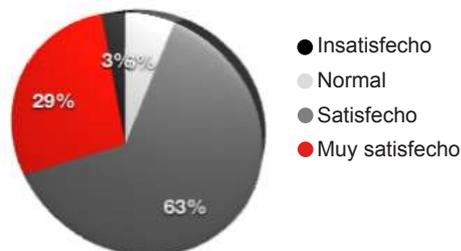
¿Cuál es su nivel de satisfacción con la temática planteada en las ponencias?



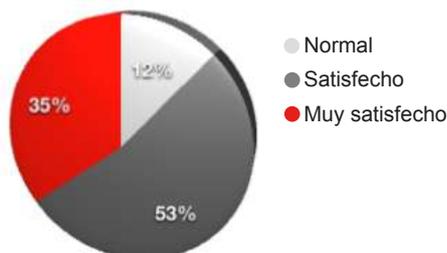
Las intervenciones de los ponentes



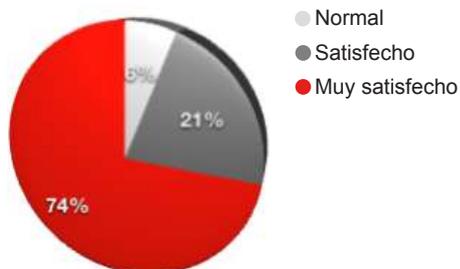
Con la sede del Congreso, sala y medios audiovisuales



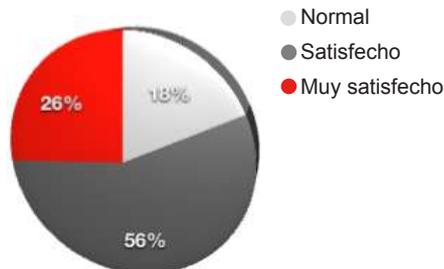
Con el programa científico de forma global



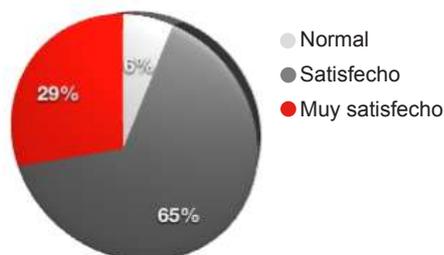
Con la secretaría técnica y la atención recibida antes y durante el Congreso



Con el servicio de cafetería, comidas y cena de trabajo



**SATISFACCIÓN GLOBAL**



NOSOTROS

X Simposio de la SE AUS. Premio al Mejor Póster

## PREMIO AL MEJOR PÓSTER

### Aprendiendo del paciente: una experiencia educativa con pacientes expertos en salud mental

**Autoras:** Montserrat Soro Artola, Monica Negredo Esteban, Carmen Masferrer, Silvia Rosado, Alba Fernández Llorens, Pep Renom Riquelme, M. Paz Flores, Maribel Pérez Piñero

**Organización:** Servicio de Atención al Ciudadano del Parc de Salut Mar de Barcelona (PSMAR). Instituto Bonanova de FP Sanitaria del PSMAR, Instituto de Neuropsiquiatría y Adiciones del PSMAR, Asociación EMILIA Barcelona.

Consorcio del Parc de Salut MAR de Barcelona (Paseo Marítimo, 25 -planta 10, 08003 Barcelona)

**Dirección para correspondencia:** Montserrat Soro Artola. Servicio de Atención al Ciudadano. Centre Fórum, PSMAR. C/ Llull 410, 08019. Barcelona

**Tel** 93 326 85 00 - **Fax** 93 326 8560

**Correo electrónico:** msoro@parcdesalutmar.cat

## Resumen

### Objetivo

Esta iniciativa trata de ofrecer una visión global sobre los problemas de salud y el impacto de la enfermedad mental crónica en los diferentes ámbitos de la vida de las personas afectadas; integrando la voz del paciente y su particular forma de vivir y sufrir la enfermedad, para sensibilizar a los futuros profesionales de la salud

### Material y método

Se organizó una actividad específica en formato de jornada y estructurada en dos partes: mesa redonda (con 2 pacientes expertos y 2 profesionales del ámbito de salud mental) y 4 grupos de reflexión con 7-8 estudiantes de FP Sanitaria y un paciente experto y/o

**NOSOTROS****X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster**

profesional en cada uno.

### Resultados

1. Los pacientes expertos proporcionaron elementos para la reflexión con el fin de favorecer la descomposición y superación de prejuicios, mitos y estereotipos, generadores de estigma
2. Los estudiantes modificaron su concepto sobre la enfermedad mental, que centró el análisis en esta jornada.
3. Los participantes valoraron muy positivamente la relación dialéctica y el desarrollo de las habilidades comunicativas, como técnicas fundamentales para entender, comprender y atender de forma integral y particular, las necesidades de las personas con enfermedad crónica.

### Conclusiones

Integrar la visión y la voz del paciente en las aulas de los futuros profesionales de la salud, amplía y diversifica los conocimientos incluyendo todas las perspectivas sobre la enfermedad. Estas experiencias formativas inciden en el óptimo desarrollo de las competencias técnicas, personales y sociales; orientadas a una atención de calidad y adecuada a cada persona, especialmente en la enfermedad crónica.

### Palabras clave

Pacientes expertos, salud mental, formación de profesionales de la salud, aprendizajes integrales en FP sanitaria.

## Introducción

En el siglo XXI nuestra sociedad vive inmersa en un cambio constante fundamentado en el conocimiento y la información que impulsan el desarrollo científico, tecnológico y socioeconómico.

En el ámbito de las ciencias de la salud este progreso se evidencia en grandes avances, que abarcan desde las causas y evolución de las enfermedades, el incremento y mejora de las pruebas diagnósticas, hasta el perfeccionamiento y generación de nuevas técnicas y tratamientos, aplicando métodos complejos y la tecnología más innovadora.

La gran expansión del conocimiento médico-científico ha repercutido en la producción de una ingente cantidad de información y en la hiperespecialización que, a su vez, ha

**NOSOTROS****X Simposio de la SE AUS. Premio al Mejor Póster**

profesional en cada uno.

### Resultados

1. Los pacientes expertos proporcionaron elementos para la reflexión con el fin de favorecer la descomposición y superación de prejuicios, mitos y estereotipos, generadores de estigma
2. Los estudiantes modificaron su concepto sobre la enfermedad mental, que centró el análisis en esta jornada.
3. Los participantes valoraron muy positivamente la relación dialéctica y el desarrollo de las habilidades comunicativas, como técnicas fundamentales para entender, comprender y atender de forma integral y particular, las necesidades de las personas con enfermedad crónica.

### Conclusiones

Integrar la visión y la voz del paciente en las aulas de los futuros profesionales de la salud, amplía y diversifica los conocimientos incluyendo todas las perspectivas sobre la enfermedad. Estas experiencias formativas inciden en el óptimo desarrollo de las competencias técnicas, personales y sociales; orientadas a una atención de calidad y adecuada a cada persona, especialmente en la enfermedad crónica.

### Palabras clave

Pacientes expertos, salud mental, formación de profesionales de la salud, aprendizajes integrales en FP sanitaria.

## Introducción

En el siglo XXI nuestra sociedad vive inmersa en un cambio constante fundamentado en el conocimiento y la información que impulsan el desarrollo científico, tecnológico y socioeconómico.

En el ámbito de las ciencias de la salud este progreso se evidencia en grandes avances, que abarcan desde las causas y evolución de las enfermedades, el incremento y mejora de las pruebas diagnósticas, hasta el perfeccionamiento y generación de nuevas técnicas y tratamientos, aplicando métodos complejos y la tecnología más innovadora.

La gran expansión del conocimiento médico-científico ha repercutido en la producción de una ingente cantidad de información y en la hiperespecialización que, a su vez, ha

## NOSOTROS

## X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster

derivado en un alto incremento de docencia teórica en la formación de los profesionales sanitarios, necesaria para transmitir todos los conceptos que integran las diferentes materias de los planes de estudio en las ciencias de la salud.

Por otro lado, la velocidad y los efectos de los cambios que vivimos, también modifican las características y actitudes de una ciudadanía con mejor nivel de educación reglada, que tiene fácil acceso a la información e intercambio de conocimiento a través de Internet y las redes sociales; con mayores necesidades de atención social y sociosanitaria y que se considera más un cliente que un paciente de los sistemas sanitarios. De este modo, se ha generado un nuevo rol de usuario con capacidad de elección y participación en la toma de decisiones; y que adopta un modelo de relación más simétrico con los profesionales de los servicios de sanidad. (Jovell, 2006)

En general, la preparación de los futuros profesionales de la salud tanto de las instituciones educativas de formación profesional sanitaria, como en las escuelas de enfermería y las facultades de medicina; se estructura en base a los contenidos teórico asistenciales que se imparten en las aulas y las prácticas que se realizan en centros sanitarios, al lado de personal que tutoriza e instruye a los profesionales en formación.

En este contexto y para compensar la tendencia a la primacía del dominio de los conocimientos y las técnicas en la formación de los estudiantes del ámbito sanitario, se detectó la necesidad de intervenciones basadas en nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje, con enfoque plural y multidisciplinar que incorporen al paciente experto como nuevo agente de salud, para promover la atención integral y holística centrada en las personas.

Consecuentemente, en el marco de colaboración establecido desde hace unos años para el desarrollo de Proyectos de APS<sup>1</sup>, entre el Servicio de Atención al Ciudadano y el Institut Bonanova de FP Sanitaria de nuestra organización, el Parc de Salut MAR (PSMAR) de Barcelona, nos planteamos la experiencia educativa que se presenta en este trabajo.

**Imagen 1.** Juntos para un mundo sostenible y más justo (foto archivo EMILIA Associació)



<sup>1</sup> Proyectos de Aprendizaje en Servicio (APS) son intervenciones educativas que combinan procesos de aprendizaje y de servicio a la comunidad.

NOSOTROS

X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster

## Objetivos

En un entorno sanitario complejo y altamente tecnificado, los pacientes pueden encontrarse con experiencias muy diferentes en función del estilo de relación asistencial que se establezcan.

Si los actores principales son los profesionales que proyectan toda la atención sobre las causas biológicas de la enfermedad con el fin de su curación, se desarrollará una relación asimétrica. En estos casos, el paciente se contempla como objeto de la actividad; “cosificando” e identificando a la persona en función de la patología determinada que padece y cediéndole una escasa participación y capacidad de decisión.

Por el contrario, cuando los sujetos son considerados protagonistas de su proceso de enfermedad, el personal sanitario adopta el modelo asistencial biopsicosocial para analizar el problema y ofrecer una solución; valorando sus necesidades de forma integral y la mejora de la calidad de vida de la persona. De este modo, los pacientes se sienten reconfortados, informados y bien acompañados en la toma de decisiones que afectan a su salud.

El cuidado integral de la salud requiere una competencia profesional que aglutine los conocimientos científicos y técnicos con los valores intrínsecamente humanos, es decir, que combine de forma armónica: el saber, saber hacer, el saber estar y el saber ser. Y, para potenciar esta competencia, son más útiles los “métodos activos de enseñanza-aprendizaje, orientados al desarrollo de destrezas y actitudes” que los procesos centrados en el dominio de conocimientos y técnicas. (Echeverría, 2010)

COMPONENTES ESENCIALES de la " Competencia en acción" *	
<b>SABER</b> <i>Componente técnico</i>	Poseer conocimientos especializados y relacionados con el ámbito profesional específico, que permite dominar como experto los contenidos y tareas de la actividad laboral correspondiente
<b>SABER HACER</b> <i>Componente metodológico</i>	Aplicar los conocimientos a situaciones laborales concretas, utilizando los procedimientos adecuados a las tareas; solucionar problemas de forma autónoma y transferir con creatividad las experiencias adquiridas a nuevas situaciones
<b>SABER ESTAR</b> <i>Componente participativo</i>	Seguir atentamente la evolución del ámbito profesional, con predisposición a las buenas relaciones interpersonales, a la comunicación efectiva y la cooperación con los otros, demostrando una actitud de orientación hacia el grupo
<b>SABER SER</b> <i>Componente personal</i>	Tener una imagen realista de sí mismo, actuando de acuerdo con las propias creencias y valores; asumiendo responsabilidades, tomando decisiones y superando las posibles frustraciones
*Fuente: Echeverría, B. (2013). Cuestión de SABER y SABOR. Revista EDUCA WEB	

**Tabla 1.** Componentes esenciales (saberes) que fundamentan las competencias profesionales desde una perspectiva holística.

**NOSOTROS****X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster**

En consecuencia, se planteó la actividad con los siguientes objetivos:

1. Ofrecer a los estudiantes una visión global sobre los problemas de Salud Mental para proporcionar elementos de reflexión sobre el estigma y los prejuicios, que inciden de forma especial sobre este tipo de enfermedades.
2. Destacar la importancia de escuchar la voz del paciente y su particular forma de vivir y sufrir la enfermedad, para proporcionar una atención adecuada dando la respuesta ajustada a sus necesidades
3. Potenciar la integración de los pacientes expertos (o e-pacientes, según los designa Ferguson, 2007) con un rol docente en la formación de los futuros profesionales de la sanidad.



**Imagen 2.**  
Pacientes  
expertas y  
profesionales  
en la mesa

## Material y métodos

Se diseñó y organizó una actividad específica en formato de jornada que se definió en el marco de la Salud Mental, aprovechando las sinergias con el Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del PSMAR y con la Associació EMILIA Barcelona de pacientes expertos en Salud Mental, muy vinculados a nuestra organización.

La Jornada “Aprendiendo del paciente” fue organizada y coordinada conjuntamente, por la profesora-tutora del grupo de estudiantes del Institut Bonanova con el que se realizó la prueba piloto y la responsable del Servicio de Atención al Ciudadano del Centre Fòrum, que también se ocuparon de la dinamización y coordinación durante la actividad.

## NOSOTROS

## X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster

En total, participaron 30 estudiantes del Ciclo Formativo de Grado Medio de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAI) del Institut Bonanova de FP Sanitaria del PSMAR, 2 pacientes expertos en Salud Mental de la Associació EMILIA Barcelona y 2 profesionales del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) del PSMAR, psicóloga y enfermera respectivamente, contando también con el soporte de otros profesionales de la organización.

**Imagen 3.** Hospital del Mar al fondo y logos de la entidad, centro e instituciones que han participado en la actividad formativa "Aprendiendo del paciente"



La actividad se desarrollo fuera de la institución educativa, en la sala de actos del centro sanitario colaborador, el miércoles 13 de mayo de 2015, con una duración de dos horas (de 13.00 a 15:00 h.) y de acuerdo con la siguiente estructura:

1. Valoración previa de conocimientos y creencias de los alumnos sobre la enfermedad mental, mediante un brainstorming y preguntas directas, como: ¿qué palabras o conceptos asociáis a Salud mental?, ¿Conocéis alguna persona diagnosticada de enfermedad mental? ¿Qué sentimiento o emoción emerge cuando se habla de este tipo de enfermedades?, etc.
2. Mesa redonda, que se inició con las exposiciones de la historia de vida de cada uno de los pacientes expertos (2) y siguió con el relato de las profesionales, que explicaron el trabajo que desarrollan en su servicio y como ayudan a las personas que atienden para lograr el máximo control de la enfermedad y el empoderamiento.
3. Grupos de reflexión. Se constituyeron cuatro grupos integrados cada uno por 7-8 estudiantes y un paciente experto o profesional, que conducía y moderaba el debate. Disponían de unas pautas para orientar al grupo en la valoración que les correspondía sobre el impacto de la enfermedad, en relación con los siguientes

## NOSOTROS

## X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster

aspectos:

- I. A nivel personal y de las relaciones más cercanas
- II. A nivel de formación y en el ámbito laboral
- III. A nivel social y de participación como ciudadanos activos
- IV. A nivel sanitario y social: accesibilidad, usos y recursos necesarios , etc...

Los pacientes expertos moderaron la reflexión sobre los primeros aspectos (I y II) y las profesionales los niveles III y IV.

Cada grupo visualizó o escuchó un breve documento audiovisual (máximo de 2 minutos) adecuado a cada una de las dimensiones analizadas, que sirvió como punto de partida para la reflexión. También, para facilitar a los estudiantes el desarrollo del diálogo y la construcción de los argumentos, contaban con un guión de objetivos y un par o tres de preguntas que debían plantearse.

4. Puesta en común. Un representante de cada grupo expuso en un foro abierto, las conclusiones adoptadas en el análisis del impacto en cada uno de los niveles.
5. Take to home. Todos los participantes, estudiantes y colaboradores, expresaron lo más destacado de la Jornada, tratando de responder con una palabra o frase a la pregunta: ¿qué has aprendido?
6. Evaluación. Pacientes expertos y profesionales colaboradores hicieron una valoración de la acción formativa. Los alumnos también dieron su opinión mediante un cuestionario que cumplimentaron en el aula.

**Imagen 4.** Estudiantes, pacientes expertas y profesionales durante la Jornada "Aprendemos del paciente"



## NOSOTROS

## X Simposio de la SE AUS. Premio al Mejor Póster

## Resultados

De acuerdo con el proyecto, la actividad se puede considerar todo un éxito dado que se desarrolló conforme a la planificación y se cumplieron sobradamente los objetivos propuestos:

1. El contacto directo y la interacción de personas afectadas por problemas de Salud Mental con los estudiantes facilitó la reflexión, así como la descomposición y superación de los prejuicios y el estigma, detectados en la revisión de los conocimientos previos al inicio de la jornada.
2. La intervención de los pacientes expertos superó las expectativas de los asistentes. Su mensaje impactó emocionalmente en el público y transmitieron con efectividad la importancia de tomar conciencia sobre el hecho que la enfermedad mental, puede afectar a cualquier persona y que precisa de tratamiento individualizado a todos los niveles.
3. En general, la actividad resultó muy satisfactoria y provechosa para todos los participantes y, especialmente, para los pacientes expertos que, al finalizar, se mostraban muy animados, sintiendo revalorizadas sus capacidades, la autoestima reforzada y con más confianza para avanzar en su plena integración social y el desarrollo de una ciudadanía participativa. Preparados y muy bien dispuestos para futuras acciones formativas.
4. Después de la actividad, los estudiantes mostraron una actitud más empática y positiva respecto a la enfermedad mental crónica y lo reflejaron en sus opiniones. Como ejemplo, una frase muy aplaudida fue: “[los enfermos] son PERSONAS antes que pacientes”.
5. La mayoría de los participantes, tanto estudiantes como los expertos colaboradores, opinaron que el diseño y estructura de la actividad fue muy acertado. No obstante, consideraron que el tiempo dedicado a cada una de las partes les pareció escaso y que impidió poder profundizar más en la reflexión y debate de los diferentes temas tratados. En las tres ediciones previstas para el presente curso (en el próximo mes de Mayo) ya se contempla que la jornada tendrá una duración de tres horas.

**Imagen 5.** Contra el estigma y la exclusión: ePacientes de EMILIA Associació y profesionales del ámbito de





NOSOTROS

X Simposio de la SEAUS. Premio al Mejor Póster

## Bibliografía

Arango Restrepo, P. (2012). La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. REVISTA MEDICAS UIS, 25 (1). [revista online]. [Consultado el 12 de Diciembre de 2015] Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2863/3908>

Delors, J. Los cuatro pilares de la educación en La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. (1996). Santillana. Ediciones UNESCO [Consultado el 13 de Diciembre de 2015] Disponible en: [http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS\\_S.PDF](http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF)

Echeverría, B. Cuestión de Saber y sabor. (2010) Revista EDUCA WEB [revista online]. [Consultado el 12 de Diciembre de 2015] Disponible a: <http://www.educaweb.com/noticia/2010/10/18/articulo-competencias-basicas-4418/>

Ferguson, Tom, MD and e-Patient Scholars Working Group (2007). e-Patients: How They Can Help Us Heal Healthcare. e-Patients.net [Consultado 12 de Diciembre de 2015] Disponible en: [http://e-patients.net/e-Patients\\_White\\_Paper.pdf](http://e-patients.net/e-Patients_White_Paper.pdf)

Gonzalez Mestre, A. y col. De paciente pasivo a paciente activo. Programa paciente experto del Institut Català de la Salut (2008) Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada (RISAI) [revista online]. [Consultado el 13 de Diciembre de 2015]. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=risai>

Jovell, A.J. (2006) El paciente del siglo XXI. Anales Sis San Navarra [revista online]. [Consultado el 12 de Diciembre de 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000600009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600009&lng=es).

Marquès Graells, P. (2001) Sociedad de la información. Nueva cultura. Habilidades clave para los ciudadanos del siglo XXI. Quaderns Digitals. [revista online]. nº 22. [Consultado el 13 de Diciembre de 2015] Disponible en: [http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU.visualiza&articulo\\_id=200](http://www.quadernsdigitals.net/index.php?accionMenu=hemeroteca.VisualizaArticuloIU.visualiza&articulo_id=200)

Morin, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. UNESCO. [Consultado el 13 de Diciembre de 2015] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/117740so.pdf>

Noriega Echevarria, I. (2010) Nuevas metodologías, la innovación como estrategia: el punto de vista de los estudiantes. Educ. Méd [revista online]. vol. 13 suppl.1 [Consultado el 13 de Diciembre de 2015] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-)

# Galeria fotográfica



# X Simposio

# SEAUS



# Galeria Fotográfica X Simposio de la SEAUS

## NOSOTROS

## Nueva Junta Directiva de la SEAUS

En la Asamblea de Socios 2015, que tuvo lugar el día 26 de noviembre en la ciudad de Toledo, en el marco del X Simposio de la SEAUS, se eligió la nueva Junta de la SEAUS. Dicha Junta quedó formada por:

**Presidente: Rodrigo Gutiérrez Fernández.**

**Vicepresidenta: Mercè Tella Bernaus.**

**Secretaria: Palmira Tejero Cabello.**

**Tesorero: Rafa Rodríguez Rodríguez**

**Vocal de Formación: Olga Ruesga Fernández.**

**Vocal de Imagen corporativa, Web y Publicaciones: Maria Pilar González Serret**

**Vocal Territorial: Francisco Cáceles Guardia.**

Están pendientes de elección los Vocales de:

**Zona de Castilla la Mancha, Castilla León y Madrid.**

**Zona de Cataluña y Baleares.**

Estos Vocales serán elegidos en esos territorios, mediante votación de los socios/as, durante el próximo mes de enero.



NOSOTROS

Más temas de interés en referencia a la SEAUS

## NOMBRAMIENTO

Destacar, especialmente, el nombramiento del Presidente de la SEAUS, **Rodrigo Gutiérrez**, como Director General de Calidad y Humanización de la Asistencia de la Consejería de Salud de Castilla la Mancha el pasado mes de mayo 2015. Este nombramiento viene a reconocer la trayectoria profesional de nuestro Presidente y su destacada labor en el campo de la calidad y la atención al paciente a lo largo de los años y es para nuestra sociedad un hito importante.



## JORNADA DE LA ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD



El día 23 de mayo pasado tuvo lugar en el Parador de Turismo Convento de Santo Tomás de Alcalá de Henares, la *X Jornada de la Asociación de Administrativos de la Salud*.

En representación de la SEAUS estuvo presente Rafa Rodríguez, miembro de nuestra Junta Directiva, formando parte de la mesa de debate ¿Sería necesario un cambio de rol? moderada por Pedro Ortiz del Pozo. El tema concreto que expuso fue Reflexiones en torno a las políticas de atención al usuario de los servicios sanitarios. Más información sobre esta jornada:

[http://www.seaus.net/images/stories/pdf/presentacion\\_rafarodriguez.pdf](http://www.seaus.net/images/stories/pdf/presentacion_rafarodriguez.pdf)

NOSOTROS

Más temas de interés en referencia a la SEAUS

## NUEVA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LA CIUDADANÍA EN CATALUÑA

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, en el marco del Pla de Salut, inició el mes de diciembre 2014 un proyecto de actualización de la Carta de derechos y deberes de la ciudadanía con la finalidad de disponer de una carta renovada, más comprometida con la ciudadanía, y adaptada al nuevo entorno. En representación y en nombre de la SEAUS participaron en esta revisión y actualización **Maria Pilar González** y **Xavier Lechuga**, Dos profesionales más de la SEAUS, **Palmira Tejero** y **Pablo Hernando** participaron también, aunque en su caso como representantes de las patronales de sus respectivas instituciones. El borrador de la carta resultante fue aprobado por el



Consejo de Dirección del Departamento de Salud en el mes de mayo y el 25 de agosto de 2015, hubo un Acuerdo del Gobierno de la Generalitat de Catalunya sobre la nueva carta y se oficializó la sustitución de la anterior carta por la nueva propuesta. Así mismo el día 19 de noviembre Maria Pilar González, por la SEAUS, y Palmira Tejero, por el Consorci Sanitari i

Social, como participantes ambas en el proceso de actualización y redacción de la nueva Carta, la presentaron ante un grupo de pacientes y asociaciones de pacientes en Girona a petición del Cat Salut: Más info en:

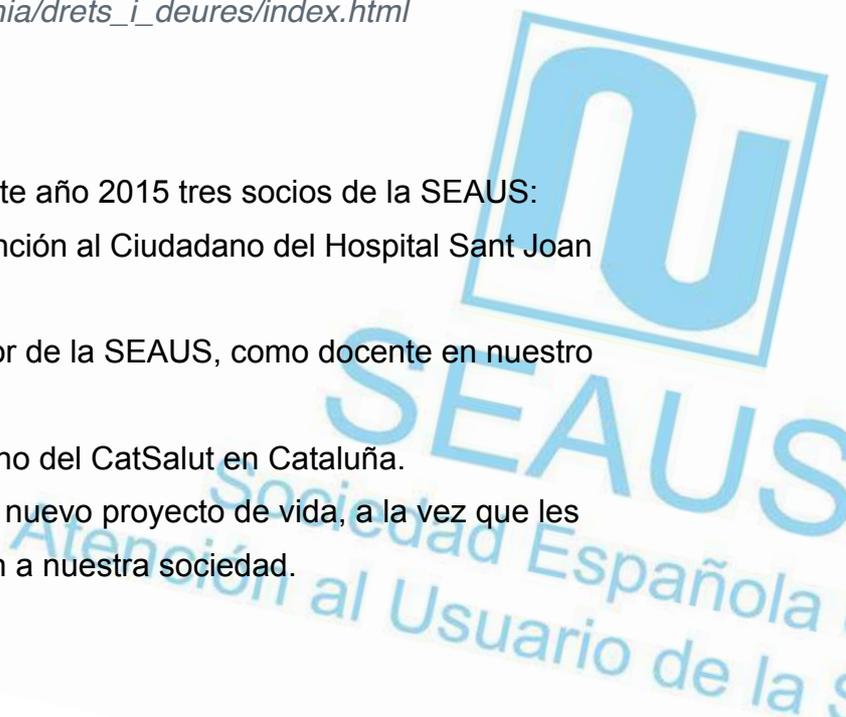
[http://canalsalut.gencat.cat/es/home\\_ciudadania/drets\\_i\\_deures/index.html](http://canalsalut.gencat.cat/es/home_ciudadania/drets_i_deures/index.html)

## JUBILACIONES

Nos han comunicado su jubilación durante este año 2015 tres socios de la SEAUS:

- **Ángel del Campo**, del Servicio de Atención al Ciudadano del Hospital Sant Joan de Deu de Barcelona.
- **Manel Oriol**, de Barcelona, colaborador de la SEAUS, como docente en nuestro programa de formación.
- **Marcela Miró**, de Atención al Ciudadano del CatSalut en Cataluña.

A los tres nuestros mejores deseos para este nuevo proyecto de vida, a la vez que les agradecemos su colaboración y su aportación a nuestra sociedad.



## DR. GABRIEL HERAS LA CALLE

### Facultativo Especialista en Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Torrejón

El Dr. La Calle es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá de Henares de Madrid y Especialista en Medicina Intensiva. Ha trabajado como médico cooperante en Ghana y en Bolivia. Lidera el proyecto HU-CI, Humanizando los cuidados intensivos.

El proyecto ha recibido el premio “Mejores Ideas de la Sanidad 2014” en la iniciativa Legal, Ética y Deontológica. Diario Médico. Noviembre 2014, y el primer premio nacional “Hospital Optimista” en la categoría de proyectos. Abril 2015



#### ¿Qué es el Proyecto HU-CI?

Es una idea: pararse a pensar para ver cómo podemos mejorar la situación actual en las Unidades de Cuidados Intensivos poniendo a las personas en el centro. Buscamos cambiar el paradigma de la atención actual y construir una Sanidad más amable, donde pacientes, familias y profesionales compartan y lideren juntos la revolución del sistema.

#### ¿Cómo se concreta el proyecto HU-CI, qué actividades se realizan?, ¿cuántos profesionales están implicados?

Al ser un proyecto de investigación, a nivel nacional e internacional, hemos detectado diferentes acciones de mejora sobre las que detenernos para proceder al cambio de mentalidad y de manera de trabajar:

1. Comunicación: información a pacientes/familias y entre los profesionales.
2. Burn- out de los profesionales.
3. Horarios de visita-UCI de Puertas abiertas-flexibilización horarios-presencia, satisfacción y participación y familiar en los cuidados.
4. Narrativa en UCI (pacientes y familiares): recuperar la historia clínica.
5. Medicina Integrativa: incluir diferentes actividades en el manejo de los pacientes y familias.

## Entrevista al Dr. Gabriel Heras Lacalle

## OPINIÓN

6. Mejoras arquitectónicas en UCI.
7. Secuelas post-UCI: psicológicas, depresión, manejo del dolor.
8. Habilidades formativas: resiliencia, trabajo en equipo, relación de ayuda (counselling), empatía, escucha activa.
9. Manejo de situaciones terminales: "Código muerte", limitación soporte vital, cuidados paliativos.

En el grupo de investigación actualmente hay 16 personas: pacientes, familiares, profesionales de la medicina intensiva y psicólogos. Pero las manos son todas necesarias: acabamos de lanzar nuestro primer estudio multicéntrico y en los primeros días se han interesado en participar más de 100 UCIs. Además, hemos realizado varias ponencias en diferentes reuniones de Sociedades Científicas, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y en definitiva, allí donde quieren escuchar nuestro mensaje

**En el programa científico del 50º Congreso Nacional, que se celebra este año en San Sebastián, la primera mesa redonda lleva por título: La UCI del siglo XXI: El ser humano en el centro.**

- a. ¿El proyecto cuenta con el apoyo de la SEMYCIUC y SEEIUC?
- b. ¿Está incluido en el grupo de trabajo de Bioética?
- c. ¿Sería importante crear un grupo específico de Humanización dentro de estas dos organizaciones para dar la relevancia que merece el tema?

Desde el primer momento, las Sociedades Científicas tomaron la valiente decisión de avalar el Blog de Proyecto HU-CI, a pesar de no ser un medio estrictamente científico. Hay que reconocer que estos avales han dado empaque al proyecto, así como en la otra dirección el Proyecto ha ayudado a la difusión y socialización de los Cuidados Intensivos a la población general.

Dentro de los grupos de trabajo de SEMICYUC, el Proyecto ha colaborado con Bioética, Planificación, organización y gestión y el de Evaluación de tecnologías y metodología de la investigación. La SEEIUC está en vías de crear un grupo de trabajo de Bioética, y ya han sido invitados varios de los miembros del Grupo de Investigación HU-CI a formar parte de él.

La investigación. La SEEIUC está en vías de crear un grupo de trabajo de Bioética, y ya han sido invitados varios de los miembros del Grupo de Investigación HU-CI a formar parte de él.

Y a la tercera pregunta: bueno, eso es justamente Proyecto HU-CI. Somos un grupo transversal de personas entre los que hay miembros de ambas sociedades, donde demostramos que debemos trabajar en sintonía y conectados, que es, por otro lado, lo que hacemos cada día en las UCIs.

**Bajo su criterio, ¿Cómo de “Humanas” son las UCIS en España?**

Es una muy buena pregunta. Para mí, nuestro trabajo es el paradigma del humanismo: ayudar y servir a los demás. No debemos olvidar que simplemente somos personas que trabajamos para otras personas y que habitualmente están en una situación crítica y vulnerable. Por eso, pensamos que se pueden hacer mejor las cosas y lo decimos en positivo, sin ánimo de buscar culpables ni por supuesto de evangelizar. Deberíamos buscar las formas para tratar como nos gustaría que nos trataran si estuviéramos al otro lado de la cama.

**En general, cree que:**

a. ¿Se respetan en las UCIS los derechos de los pacientes y de las familias?

b. ¿Participan de alguna manera los familiares en la toma de decisiones, respecto al tratamiento y los cuidados de los pacientes?

Mayoritariamente sí, pero se me ocurre un ejemplo muy claro en que se vulneran y es con el uso de sujeciones mecánicas, también llamadas “inmovilizaciones terapéuticas”. Es un tema que nos preocupa, y desde la UCI del Hospital Universitario Puerta de Hierro se va a lanzar próximamente un estudio multicéntrico para ver dónde estamos en este sentido y cómo podemos cambiar la manera de hacer las cosas en este apartado concreto. Se suele aducir que se sujeta a los pacientes por la falta de ratio de personal, y desde mi punto de vista, ese es el problema a tratar más que poner excusas que no justifican una práctica clínica inadecuada.

Por el momento hay que afirmar que las familias siguen siendo esas segundas víctimas que aún el sistema no consigue implicar. Pero poco a poco y con mucha escucha lograremos que se integren en los cuidados si están interesados y que den su punto de vista cada vez de una manera más participativa.

**¿Qué opinan los profesionales de las UCIS sobre el proyecto?**

Creo que la acogida ha sido fantástica en general y siento que hemos tocado una tecla mágica. No nos dábamos cuenta de la falta que hacía y la verdad es que no pasa nada.

El caso es que cuando ves un camino, ya no puedes mirar hacia otro lado y confío en que la humanización se siga extendiendo como una mancha de aceite, no solo a las UCIs. De hecho, ese es el sueño de los integrantes del proyecto:

*“Si desde el corazón de la atención sanitaria asociada a la Tecnología, las Unidades de Cuidados Intensivos, logramos mandar y difundir el mensaje de volver a la atención centrada en el ser humano, el resto de las Especialidades se sumarán y...se extenderá la HUMANIZACIÓN a toda la Medicina”*

**Entrevista al Dr. Gabriel Heras Lacalle****OPINIÓN****¿Considera proactiva la actitud de los profesionales que trabajan en las UCIS a cambios organizativos, relacionados con la humanización?**

Creo que sí, y prueba de ello es la presencia de 150 profesionales en las recientes Jornadas Nacionales de Humanización realizadas en el Hospital Universitario de Torrejón. Durante 2 días, se ha debatido ampliamente sobre las diferentes maneras de conseguir todos estos objetivos y se palpa una apuesta global por el cambio. Pero obviamente hay opiniones para todos los gustos, porque el Proyecto apunta directamente a cada persona y le hace preguntarse: “¿Qué puedes hacer tú para mejorar lo que hay?”. Cada uno somos un mundo, y cada uno ve las cosas cuando puede verlas.

**¿Cómo contempla su proyecto el derecho de los pacientes a morir dignamente?**

- a. ¿Respeto a las voluntades anticipadas como norma en las UCIS?
- b. ¿A través de la comunicación e información sobre el pronóstico del paciente?
- c. ¿Respeto del derecho a morir dignamente de los pacientes, aún en contra de la opinión médica?

Hay actualmente dos grupos de trabajo que están en esta línea de investigación: uno desde miembros de la UCI del Hospital Royo Villanova en Zaragoza y otro desde miembros de la UCI del Hospital Universitario de Álava. Se estudiará cómo mueren los pacientes en las UCIs españolas y lo que es más importante: qué cambios habría que hacer para mejorar el proceso. Por otro lado, nos parece fundamental socializar las voluntades anticipadas, y en este sentido ha sido publicado recientemente una reflexión en Intensive Care Medicine que se llama “Un Despertar Emocional”, donde en primera persona reflexiono sobre mi propia muerte y este proceso. Hay una importantísima labor educativa como profesionales, y sobre todo, como personas.

Escucha activa, relación de ayuda, respeto y empatía son elementos claves en los que los profesionales sanitarios adolecemos de formación y ese es otro de los campos que pretende abarcar Proyecto HU-CI. Ya es hora de hablar de la muerte y de naturalizar el proceso.

**Con su blog [www.humanizandoloscuidadosintensivos.com](http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com) ha llegado a muchas personas. Más de 300.000 visitas, además de haber recibido dos premios y publicado artículos en revistas científicas sobre el tema:**

- a. ¿Cree que la difusión es suficiente?
- b. ¿Qué otras estrategias tienes en marcha o piensas que pueden ser útiles a la hora de la difusión?
- c. ¿Cree posible el apoyo institucional?
- d. Los responsables de las Unidades de Atención al Usuario dependen, en la mayoría de los organigramas, de la gerencia de los hospitales: ¿Conocen el proyecto? ¿Podrían colaborar en algún sentido?

**Entrevista al Dr. Gabriel Heras Lacalle****OPINIÓN**

Toda difusión es buena porque la tarea es titánica: se trata de cambiar la manera de trabajar en el día y a día y hay mucho por hacer. Hemos salido en medios escritos, prensa convencional, televisión y radio, además de las publicaciones en revistas de impacto a nivel Nacional e Internacional.

La difusión online es primordial para llegar a todos, como por ejemplo con la Declaración para la Humanización de los Cuidados Intensivos que lanzamos el 6 de mayo en red y que deja la posibilidad de firmarla. A fecha de hoy hay más de 400 personas de 20 países diferentes que se la han firmado.

El apoyo institucional es fundamental: por ejemplo nuestras jornadas nacionales fueron presentadas por el Gerente del Hospital Universitario de Torrejón, Ignacio Martínez Jover; el Alcalde de Torrejón, Pedro Rollán; el Director del Centro de Humanización de la Salud, Jose Carlos Bermejo; el Director General de Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, el Dr. Julio Zarco y la Vicepresidenta de la Asociación Española contra el Cáncer, Inés Entrecanales. Todas las partes implicadas tienen que sentirse escuchadas y representadas.

El Proyecto cada vez es conocido por más personas, porque está muy presente en las redes sociales. El siguiente paso que nos hemos propuesto es crear la Asociación para la Investigación y Humanización de los Cuidados Intensivos, y obviamente necesitamos impulso económico para ir desarrollando todos estos proyectos. Todo el mundo puede colaborar de muchas formas, y hemos de lograr la implicación de todas aquellas entidades que quieran patrocinar el proyecto para conseguir que sea sostenible y bajarlo a tierra, no solo una idea.

El apoyo que necesita el proyecto es tiempo para llevarlo a cabo (todos los miembros lo hacemos en nuestro tiempo libre, sin remuneración alguna), difusión para llegar a todos y seguir generando consciencia y dinero, fundamentalmente para materializa los cambios que ya estamos llevando a cabo. Somos muchos, y como solemos decir: Juntos Sumamos Más.

**Una última pregunta ¿Conocía la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad y qué opina de ella?**

Sinceramente hasta que no empecé con el proyecto no la conocía en profundidad. Obviamente su compromiso con el respeto y su acción sobre ciudadanos, profesionales y organizaciones sanitarias está exactamente en la línea de Proyecto HU- CI. Todos somos potenciales pacientes, por lo que es de interés general. Buscamos la atención excelente y humanizada, y es una labor común y global donde las partes implicadas en el sistema han de trabajar en equipo de verdad y sentarse a la misma mesa. Coincidimos en los mismos valores: justicia, equidad, seguridad, calidad y ante todo, Humanidad.

# ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES DE UCI

**Autores:** Mendoza Delgado, María Dolores; Ramos Rodríguez, Juan Manuel; Ávila Cubillo, Amalia; Gómez Diego, María; Bohollo de Austria, Rafael.

**Centro:** Unidad de Cuidados Intensivos Hospital del SAS de Jerez de la Frontera. Carretera de Circunvalación S/N. 11407 Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Teléfono:** 956032093 / 636876874 **Fax:** 956032091

**Correo electrónico:** lolamendo@msn.com

## Resumen

### Objetivos

1. Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes de nuestra UCI respecto al entorno asistencial y la información recibida.
2. Realizar una reflexión crítica sobre la atención ofrecida a los familiares en la práctica diaria.

### Método

Diseñamos un cuestionario compuesto de 21 ítems y uno de respuesta libre donde los familiares expresaron sus comentarios. Se recogieron: datos demográficos del paciente y familiar, diagnóstico, condiciones medioambientales: limpieza, iluminación, ruidos, mobiliario, sala de espera, intimidad; relación de la familia con personal médico y de enfermería: información recibida sobre los cuidados, normas de la UCI; organización y tiempos de visita. La población estudiada fueron los familiares de los pacientes ingresados más de 24 horas y que fueron dados de alta.

### Resultados

Se encuestaron 72 familiares (59% mujeres), con una edad media de  $49 \pm 14$  años. El 43% eran hijo/a y el 29% cónyuge. La estancia media de los pacientes fue de  $6,5 \pm 6,6$  días. El motivo de ingreso más frecuente fue el cardiológico (56%), seguido del quirúrgico (10%) y respiratorio (10%).

**Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI****OPINIÓN****Conclusiones**

- La mayoría de los familiares afirmaron que el interés y preparación del personal fue mucho mejor de lo que esperaba.
- El grado de satisfacción respecto al entorno asistencial y confortabilidad de los pacientes fue elevado. Casi todos los familiares afirmaron estar informados por enfermería respecto a higiene, comunicación, nutrición y estado de ánimo.
- La alta puntuación y el grado de satisfacción fueron debidos, en parte, a esa tendencia a abrir las puertas de la UCI de muchos profesionales.

**Palabras clave**

Familiares, pacientes de UCI, satisfacción, enfermería.

**Introducción**

Las unidades de cuidados intensivos (UCI), son lugares donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana. El ingreso del paciente en una UCI somete a los miembros de la familia a una situación difícil. Si se considera a la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis que repercute en todos sus componentes (1-2).

El personal de enfermería tiene un papel importante para aclarar dudas, aconsejar a los miembros de la familia respecto a la actitud que deben adoptar con el paciente y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquel.

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con la comprensión de explicaciones complejas acerca del curso de la enfermedad, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas. Todo esto, unido al ambiente hostil de las UCI, repleto de estímulos nocivos y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente, genera temor y ansiedad, y se manifiestan en forma de reacciones de agresividad.

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermería, a plantearse un enfoque integral de cuidados del paciente. Asimismo incluye, en el ámbito hospitalario, la organización institucional de espacios y tiempos disponibles para que la familia pueda asumir, integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente (3)

## Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI

## OPINIÓN

Por todo ello, nos planteamos la realización de este estudio con los siguientes objetivos:

1. Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI respecto al entorno asistencial y a la información recibida.
2. Con los resultados obtenidos, realizar una reflexión crítica por parte de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, etc.) sobre la atención ofrecida a los familiares de los pacientes en la práctica clínica diaria.

## Metodología

Estudio descriptivo transversal que se llevó a cabo en la UCI del hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez de la Frontera. Se trata de una UCI médico-quirúrgica con 17 camas en boxes independientes (salvo una habitación que consta de dos camas). La sala de espera para los familiares de los pacientes se encuentra en otra planta del hospital.

Al ingreso de cualquier paciente en la Unidad, después de la atención inmediata, se procede a llamar a los familiares para ofrecer la primera información médica y para que pasen a ver al paciente. Aprovechamos este primer contacto con la familia para presentarnos y entregarles un folleto informativo en el que se recogen los horarios de las visitas y las normas de la unidad. Posteriormente los familiares reciben información médica una vez al día y cada vez que la situación del paciente así lo requiera. Las visitas se encuentran restringidas a tres periodos de media hora en el día (13:30, 17:30 y 20:30) en las que pueden entrar a verle dos personas. La información suministrada por el personal de enfermería a los familiares se ofrece durante el horario de visitas y generalmente a petición de estos. En dicha información se tratan los aspectos más relevantes desde el punto de vista de los cuidados enfermeros.

Para la recogida de datos se diseñó una encuesta con 21 preguntas (Anexo I), compuesta de 5 ítems extraídos del cuestionario SERVQHOS4, 14 del cuestionario validado por Pérez Cárdenas MD et al<sup>5</sup> y uno añadido por el equipo investigador. También se introdujo una pregunta de respuesta libre donde los familiares podían expresar sus comentarios y/o sugerencias. En la encuesta se registraron:

1. Datos demográficos del paciente y del familiar.
2. Motivo del ingreso.
3. Las condiciones medioambientales: limpieza, iluminación, ruidos, mobiliario, sala de espera, intimidad, etc.

**Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI****OPINIÓN**

4. Relación con el personal médico: información.
5. Relación con el personal de enfermería: información sobre cuidados y normas de la UCI.
6. Organización y tiempos de visita.

La población estudiada fueron los familiares de los pacientes ingresados en nuestra UCI durante más de 24 horas y que fueron dados de alta. Los familiares de los pacientes fallecidos no se incluyeron. La recogida de datos se llevó a cabo a través de entrevista personal con el familiar más cercano que acudió a las visitas el día del alta o cuando se preveía que el alta era posible en muy poco tiempo. El entrevistador fue personal de la plantilla de enfermería sin labor asistencial ni informadora habitual.

La muestra estuvo formada por los familiares de todos aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo comprendido entre el 1 de Abril y el 30 de Junio de 2013. Previamente se realizó una prueba piloto con una muestra de diez pacientes para detectar y corregir posibles errores en la interpretación de los ítems. El proyecto se envió al Comité de Ética de la Investigación para su aprobación. Para poder formar parte en el presente estudio, todos los pacientes o familiares debieron firmar el documento de consentimiento informado elaborado al efecto.

Una vez terminado el período de recogida de datos se procedió al análisis estadístico de los mismos utilizando el programa informático SPSS® y a la interpretación de los resultados obtenidos.

## Resultados

Se encuestaron un total de 72 familiares, el 59% eran mujeres y el 41% hombres. Respecto al grado de parentesco, el 43% eran hijo/a y el 29% cónyuge. La edad media fue de  $49 \pm 14$  años. La estancia media de los pacientes fue de  $6 \pm 6,6$  días. El motivo de ingreso más frecuente fue el cardiológico (56%) seguido del quirúrgico y respiratorio (10% cada uno).

Como datos más destacables, en la pregunta: ¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a ruidos, iluminación y comodidad? Puntúe de 0 a 10, la media fue de 8,9. En la pregunta: ¿Estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a higiene, comunicación, nutrición, estado de ánimo? Puntúe de 0 a 10, la media fue de 8,58.

Los resultados más relevantes de los demás ítems están recogidos en las tablas y gráficos

**Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI**

**OPINIÓN**

que se exponen a continuación:

**Tabla 1: ¿Considera suficiente el tiempo de visita?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	52	73,2%
<b>NO</b>	19	26,8%
<b>TOTAL</b>	71	100,0%

**Tabla 2: Si es NO, ¿usted que haría?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Visita abierta</b>	1	5,3%
<b>Ampliarla</b>	18	94,7%
<b>TOTAL</b>	19	100,0%

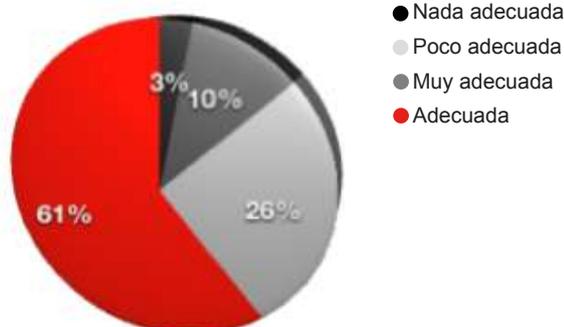
**Tabla 3: ¿El horario de visitas le parece adecuado?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>SI</b>	63	87,5%
<b>NO</b>	9	12,5%
<b>TOTAL</b>	72	100,0%

**Tabla 4: ¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante su estancia en UCI?**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Casi siempre</b>	37	51,4%
<b>Algunas veces</b>	26	36,1%
<b>Casi nunca</b>	9	12,5%
<b>TOTAL</b>	72	100,0%

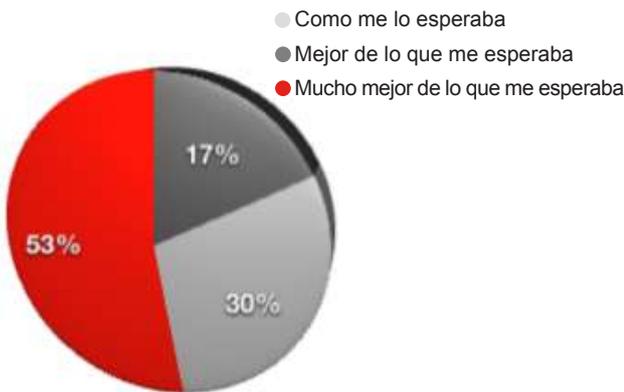
**2. ¿Le parece adecuada la sala de espera de los familiares?**



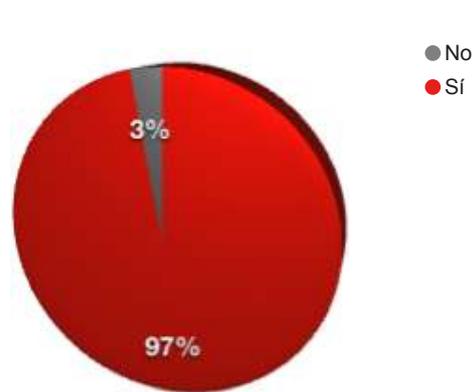
## Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI

## OPINIÓN

## 3. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido:



## 4. ¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?



## Discusión

Según los datos obtenidos en éste estudio, la mayoría de los familiares encuestados afirmaron que el interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes y su preparación fue mucho mejor de lo que esperaban. Cuando se les pidió que puntuaran de 0 a 10 si se sentían bien informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a higiene, grado de comunicación que podían establecer con el paciente, nutrición y el estado de ánimo, la puntuación media que se obtuvo fue 8,58. Sin embargo, sólo la mitad de los encuestados afirmaron conocer casi siempre el nombre del personal de enfermería que cuidaba a su familiar, y un 36% algunas veces.

Cuando les preguntamos si consideraban suficiente el tiempo de visita, casi el 27% opinó que no, y de éstos, el 95% contestó que la ampliaría. Al 69% no le parece escaso el número de familiares que pueden entrar a la visita. Como hemos explicado anteriormente, en nuestra UCI hay tres visitas a lo largo del día con una duración de media hora aproximadamente, en las que pueden entrar dos personas cada vez. Ahora bien, este horario es flexible, permitiéndose estancias más prolongadas, visitas fuera del horario habitual y/o mayor número de visitantes siempre que la situación del paciente lo permita y el personal que lo atiende así lo crea conveniente. A las familias se les está ofreciendo cada día mayor participación en los cuidados del paciente crítico en las UCI, lo que permite disminuir la ansiedad y favorece el grado de satisfacción tanto de la familia como del paciente (10-12). Tal es el caso de nuestra unidad, y creemos que esa alta puntuación y ese grado de satisfacción con los cuidados de enfermería fueron debidos, en parte, a esa tendencia a abrir las puertas de la UCI de muchos profesionales. Sin embargo, todavía quedan algunos que son reticentes a cambiar las normas y no permiten esa flexibilidad a la hora de las visitas.

**Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI****OPINIÓN**

Según indica Pérez Cárdenas et al (6), en los momentos iniciales del ingreso, en los cuales las familias están bloqueadas por la situación, recibir la información fundamental por escrito respecto a normas, sistemática, etc., les proporciona mayor seguridad. En nuestro estudio, el 100% de los familiares afirma que recibió al ingreso por parte del personal de enfermería la información de horarios y normas de la unidad, por lo que podemos pensar que el protocolo de acogida a los familiares lo tenemos completamente instaurado en nuestra unidad.

Al preguntar sobre la sala de espera para los familiares de UCI, sólo un 10% afirmó que era muy adecuada, y un 61% adecuada, considerándola poco o nada adecuada un 29%. Esto nos llevó a reflexionar sobre la necesidad de supervisar periódicamente las instalaciones y el mobiliario de ésta, que, como ya hemos mencionado, se encuentra en otra planta del hospital, y lejos de la UCI. A pesar de que la preocupación fundamental de los familiares de los pacientes ingresados en una UCI es el estado de salud de éstos, es importante proporcionar un ambiente acogedor, con las medidas medioambientales y psicológicas adecuadas que ayuden a superar la mayor parte de las dificultades (13-14).

En cuanto a la puntuación media que percibieron sobre confortabilidad respecto a ruidos, iluminación y comodidad del paciente, también fue una puntuación que consideramos alta (8,9), si bien algunos familiares comentaron en la pregunta abierta que el mobiliario de la unidad estaba obsoleto y necesitaba un cambio. La UCI de nuestro Hospital, al igual que las de muchos otros hospitales españoles de la sanidad pública, es una UCI construida hace unos 30 años, y, aunque la renovación del mobiliario se realiza periódicamente, es cierto que en los últimos tiempos quizás no se haga con la debida frecuencia.

Cuando se efectuaron traslados intrahospitalarios para realizar pruebas diagnósticas (tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografías, etc.), se informó en el 82% de los casos, debido a que normalmente son pruebas que conllevan cierto grado de urgencia.

## Conclusiones

La mayoría de los familiares encuestados afirmaron que el interés y preparación del personal fue mucho mejor de lo que esperaba, aunque casi la mitad no conocía el nombre del personal de enfermería.

El grado de satisfacción respecto al entorno asistencial y confortabilidad de los pacientes fue elevado. Además, casi todos los familiares afirmaron estar informados por enfermería

**Encuesta de satisfacción a familiares de  
pacientes de UCI****OPINIÓN**

respecto a higiene, comunicación, nutrición y estado de ánimo.

La alta puntuación y el grado de satisfacción alcanzado con los cuidados de enfermería fueron debidos, en parte, a esa tendencia a abrir las puertas de la UCI de muchos profesionales.

## Encuesta

Su opinión es muy importante para todos

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos. Contestarla, apenas le llevará unos 15 minutos.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

**DATOS DEL PACIENTE:**

Nº Hª:

Días de estancia:

Diagnóstico:

**DATOS DEL FAMILIAR:**

Edad:

Sexo:

Parentesco:

**PREGUNTAS**

1. El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido.
2. La confianza, seguridad, que el personal transmite a los pacientes ha sido
3. La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido
4. La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido

## Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI

## OPINIÓN

5. La información que los médicos dan a los familiares ha sido

A las que se les da las siguientes opciones para marcar:

Mucho peor de lo que esperaba   
  Peor de lo que esperaba   
  Como me lo esperaba   
  Mejor de lo que me esperaba   
  Mucho mejor de lo que me esperaba

6. ¿Le parece adecuada la sala de espera de los familiares?

Muy adecuada   
  Adecuada   
  Poco Adecuada   
  Nada adecuada

7. ¿Cómo le pareció la limpieza, en general, de la UCI y del box donde se ubicó su familiar?

Muy buena   
  Buena   
  Normal   
  Mala   
  Muy mala

8. ¿Le parecen suficientes los medios (sábanas, almohadas, mantas..) de que disponemos?

Muy suficientes   
  Suficientes   
  Insuficientes

9. ¿Le parece que el mobiliario está...?

Actualizado   
  Poco actualizado   
  Nada actualizado (viejo)

10. ¿Le parece que su familiar ha estado confortable respecto a ruidos, iluminación y comodidad? Puntúe de 0 a 10, siendo 0 lo peor y 10 la máxima confortabilidad.

## Encuesta de satisfacción a familiares de pacientes de UCI

## OPINIÓN

11. ¿Conocían el nombre del médico responsable que atendió a su familiar durante su estancia en UCI?
12. ¿Comprendió la información que recibió en el momento del ingreso?
13. Cuando a su familiar se le realizó una prueba fuera de la UCI, ¿se le informó previamente?
14. Cuando a su familiar se le realizó una técnica, ¿se le solicitó firmar la hoja de consentimiento informado previamente?
15. ¿Conocían el nombre del personal de enfermería que atendió a su familiar durante la estancia en UCI?
16. ¿Al ingreso recibió por parte del personal de enfermería la información suficiente respecto de horarios, normas de la unidad, etc.?
17. Estaban informados de los cuidados de enfermería de su familiar respecto a: higiene, comunicación, nutrición, estado de ánimo... (puntúe del 1 al 10)
18. ¿El horario de visitas le parece adecuado?
19. ¿Considera suficiente el tiempo de visita?
20. Si es NO, ¿usted qué haría?
21. ¿Le parece escaso el número de familiares que pueden visitar a su familiar actualmente?

A las que se les da las siguientes opciones para marcar:

- SÍ NO

Si tiene una sugerencia y/o comentario, por favor, indíquelo a continuación:

## Bibliografía

1. Bernat Bernat, R, López Ruiz J, Fonseca Roselló J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 1999; 10:19-32.
2. Díaz JF, Castañón R, Carrión F, Rodríguez JJ, Ramón M. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería Científica* 1997; 184-185:26-30.
3. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, LeGall FR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:135-9
4. Monteagudo O, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18(5):263-71.
5. Cabrera L, Ramírez Rodríguez A, García Martul M, Sánchez Palacios M, Martín González JC, Hernández Medina E. Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2007; 31 (2):57-61.
6. Pérez Cárdenas MD et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva* 2004; 28(5): 237-49
7. Hidalgo Fabrellas I, Vélez Pérez I, Pueyo Ribas E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2007; 18(3):106-14
8. Llamas Sánchez F, Flores Cordón J, Acosta-Mosquera ME, González Vázquez J, Albar Marín MJ, Macías Rodríguez M. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20(2):50-57.
9. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000; 114 (Supl 3):26-33
10. Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. *Crit Care Med* 2001; 29:192-6.
11. Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001; 29:N24-5
12. Meier DE, Morrison RS. Autonomy reconsidered. *N Engl J Med* 2002; 346:1087-9
13. Burgos Naranjo RM, Cano Peregrina MA, García Córdoba C, Llage López A, López Pelegrí M. Visitas de familiares a pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Coronarios: opinión de todos los implicados. *Enfermería en Cardiología. Revista Científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología* 2002; 20: 28-35.
14. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICU Research Working Group. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: the development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001; 16:142-9.

## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

# PERCEPCIONES DE USUARIOS INMIGRANTES RESIDENTES EN CATALUÑA ENTORNO A LA SALUD

**Autores:** Anna IBARS VERDAGUER, Rafael RODRIGUEZ RODRIGUEZ, Jordi SEGURA BERNAL, Gerard SEGARRA GUTIERREZ, Daniel TORÁN SALTÓ, Sergi CORBELLA SANTOMÀ, Elisabet FERNANDEZ VILANOVA, Pere TORÁN MONSERRAT

**Centro:** Blanquerna. Facultat de Psicologia, Educació i Ciències de l'Esport. Universitat Ramon Llull. Císter, 34. 08022 Barcelona

Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Nord. Institut d'Investigació en Atenció Primària. IDIAP Jordi Gol. Carrer Major, 49-53. 08921 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

**Teléfono:** 93 462 86 05. **Fax:** 93 466 37 89.

**Correo electrónico:** ptoran.bnm.ics@gencat.cat

## Resumen

### Objetivo

Conocer las creencias sobre salud y enfermedad de los inmigrantes de las comunidades más numerosas en Cataluña: andinos, magrebíes, subsaharianos, indostánicos y chinos.

### Método

Investigación cualitativa mediante 49 entrevistas a inmigrantes mayores de 18 años, con residencia en Cataluña entre 6 meses y 10 años, pertenecientes a 5 comunidades: andinos (n=10), magrebíes (n=10), subsaharianos (n=10), indostánicos (n=9) y chinos (n=10). Un



## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

psicólogo experto realizó las entrevistas semiestructuradas individuales, si era necesario con la asistencia de un mediador intercultural. El trabajo de campo se hizo en centros de Atención Primaria de las comarcas del Maresme, Barcelonès y Vallès Oriental (Barcelona). Para el análisis de contenido se usó metodología cualitativa basada en la *Grounded Theory* (Glasser y Strauss, 1967). Se realizó un análisis de contenido de cada entrevista, un análisis en grupo de discusión del contenido de cada comunidad y finalmente jueces expertos realizaron una comparación entre grupos.

**Resultados**

Se encontraron diferentes tipos de causas a las que se atribuye la aparición de enfermedad (sociolaborales, cognitivo-emocionales, espirituales, etc). Se presentan las creencias de cada grupo.

**Conclusiones**

Este nuevo conocimiento ayudará a los profesionales a entender y atender mejor los problemas de salud que presentan sus pacientes inmigrantes, así como a hacer mejores diagnósticos y tratamientos con una aproximación transcultural.

**Palabras clave**

Atención primaria, Creencias, Enfermedad, Inmigrantes, Salud.

**Introducción**

El acceso al sistema sanitario por parte de la población inmigrante es actualmente una cuestión cada vez más importante en el conjunto de Europa (1-3). En España se ha pasado de un 1,5% de población extranjera en 1999 a un 8,7% actualmente y en Cataluña, donde tiene lugar este estudio, se calcula que viven de manera estable más de 1 millón de personas llegadas en los últimos 10 años; de procedencia y culturas diversas y con maneras diferentes de entender la salud y explicar las causas de sus enfermedades (4-7).

**INVESTIGACIÓN****Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud**

Los estudios sobre salud e inmigración arrojan el dato de que cerca de un tercio de esta población que consulta síntomas físicos no presenta patología orgánica alguna. Uno de los factores determinantes de las características asistenciales de estos pacientes es el fuerte impacto de la situación post-migratoria, así como la percepción percibida sobre la propia salud (8-9). El proceso de emigrar en sí mismo comporta una de las situaciones estresoras como, entre otras, la ansiedad por separación, el duelo por el fracaso del proyecto migratorio o la lucha por la supervivencia (10). Estos estresores pueden afectar a la salud del inmigrante, destacando la sintomatología depresiva, ansiosa y las somatizaciones.

La interpretación de esta sintomatología es cultural, está ligada a la cultura tradicional, dando mucho peso a factores como la religión o el azar; por tanto, conocer con profundidad esta interpretación es vital para ofrecer una mejor comunicación y atención clínica. La competencia cultural –el conocimiento de las propias creencias, actitudes y prejuicios y de la cultura, cosmovisión, historia y habilidades de la población inmigrante- se perfila entonces como una habilidad importante en una atención de calidad (11-13)

Nos encontramos ante una nueva realidad donde la incorporación de la población inmigrante hace necesario el estudio de sus necesidades y percepciones. El objetivo del presente estudio es, por tanto, promover la investigación en este ámbito, aportando nuevos conocimientos en relación al sistema de creencias relacionadas con la salud que permitan conocer mejor las necesidades asistenciales en las consultas de atención primaria para las comunidades de inmigrantes con mayor presencia en nuestro país: andinos, magrebíes, subsaharianos, indostánicos y chinos.

## Metodología

Se utilizó metodología cualitativa mediante entrevistas individuales semiestructuradas para conseguir los objetivos planteados de recabar información sobre percepciones, experiencias y comportamientos de los sujetos. El trabajo de campo se realizó en 2010, en Centros de Atención Primaria (CAP) de las Comarcas del Maresme, Barcelonès y Vallès Oriental, todas ellas en la provincia de Barcelona y con un alto porcentaje de población inmigrante.

## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

*Participantes:*

Los criterios de inclusión en el estudio eran cuatro. Se aceptaban hombres y mujeres de entre 18 y 80 años, provenientes de 5 comunidades (magrebí, subsahariana, andina, indostánica y china); el tiempo de residencia en Europa debía ser un mínimo de 6 meses, pero no más de 10 años; los participantes tenían que haber sido visitados en su CAP alguna vez; y finalmente, era necesario aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

*Instrumentos:*

Se realizó una entrevista compuesta de 6 preguntas abiertas. Estas abarcaban la salud del sujeto durante el último año, sus creencias sobre qué es la enfermedad, sus ideas sobre los factores que intervienen en la pérdida de salud, sus medidas preventivas y sus creencias sobre una posible relación entre el hecho migratorio y la enfermedad.

*Procedimiento:*

La selección de los sujetos se llevó a cabo por los mediadores culturales y los psicólogos entrevistadores, en colaboración con el personal sanitario de los CAP. El contacto tenía lugar en las salas de espera, siendo presentado el estudio a los potenciales participantes por parte del mediador cultural. Había un psicólogo encargado de realizar las entrevistas por cada comunidad inmigrante; esto se hacía con la participación de un mediador cultural de la misma comunidad –a excepción de la comunidad andina, donde se prescindió del mediador al no haber dificultades idiomáticas. Para cada comunidad se entrevistó a 5 hombres y 5 mujeres (3 de entre 18 y 30 años y 2 mayores de 30). Las entrevistas se grabaron en audio para su posterior transcripción y análisis.

*Método de análisis:*

El análisis de la información cualitativa obtenida de las entrevistas se hizo según la Grounded Theory, con el apoyo del programa Atlas-Ti. En primer lugar, las entrevistas (grabadas en audio) fueron transcritas por las psicólogas que las habían realizado, hubo un proceso de formación del grupo de psicólogas sobre los criterios de utilización y aplicación del programa Atlas-Ti. Se procedió entonces a la selección de las unidades de análisis de acuerdo con

## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

categorías creadas, la elaboración de mapas conceptuales a partir de las categorías y familias surgidas en cada comunidad y se identificaron –en una sesión grupal de jueces expertos y la psicóloga analista- los factores más relevantes en relación a las creencias de cada comunidad. Estas creencias quedaron ordenadas en cinco campos: socio-laborales, espirituales, conductuales, cognitivo-emocionales, ambientales.

## Resultados

Comentaremos los resultados en relación a las diferentes comunidades de inmigrantes planteadas en el estudio (tabla 1). A modo de ejemplo se muestra el mapa conceptual elaborado con el sistema de creencias expuesto por el grupo de magrebies (figura1).

### *Comunidad magrebí:*

En esta comunidad la enfermedad se describe generalmente como algo malo y grave, provocado por la nostalgia de la familia o por la voluntad de Dios. Los síntomas más estacados son el malestar físico, especialmente manifestado como “dolor en el corazón” –tristeza- y dolor de cabeza provocado por el hecho de “pensar mucho”. El afrontamiento de la enfermedad se concibe como “medicación”.

Los factores de riesgo percibidos se pueden clasificar entre fisiológicos, socio-laborales –problemas económicos y ausencia de trabajo son los más significativos- y el mismo proceso migratorio. Todas estas causas están condicionadas por factores cognitivos/emocionales –nostalgia, preocupación, temor al futuro, estado de ánimo afectado por pensar mucho- y conductuales –mala alimentación o exceso de ella, accidentes y falta de prevención. Hay también factores ambientales como la diferencia de clima y la religión -la enfermedad como voluntad divina.

Entre los factores de prevención, son considerados como importantes apoyos externos la familia, la religión y el clima. A nivel personal, destacan acciones cognitivas/emocionales como no pensar -para evitar el dolor de cabeza- o evitar la tristeza y el enojo; esto se complementa con acciones conductuales como relacionarse con gente, alimentarse bien, tener trabajo e higiene y prevenir la enfermedad.

*Comunidad indostánica:*

Entre las creencias sobre la enfermedad de los inmigrantes indostánicos destacan las relacionadas con los malos hábitos en el cuidado personal, la religión y factores cognitivo-emocionales .

La mala alimentación es para ellos una de las causas más importantes de la enfermedad, junto con la mala higiene o fumar y beber alcohol. En consecuencia, la buena alimentación y la higiene corporal son el mayor factor de protección, y la primera les ayuda a afrontar la enfermedad una vez está presente.

En el plano religioso, consideran que Dios decide si uno enferma o no, así que finalmente la enfermedad depende en gran medida de la fe antes que de uno mismo. Esto contrasta con los factores protectores externos, donde confían mayormente en el apoyo médico.

Como factores cognitivo-emocionales destacan “los nervios” y el “pensar mucho” –preocuparse- como causantes de enfermedad, relacionados con la ausencia de apoyo familiar –típicamente como consecuencia del proceso migratorio. Aun y así, no perciben en su mayoría el proceso de inmigración como un factor que les afecte.

La concepción de este colectivo no se centra tanto en la prevención, la enfermedad se describe como algo “natural”, sino en el afrontamiento –una alimentación adecuada a la enfermedad y asistencia médica- una vez se está enfermo.

*Comunidad china:*

Vuelven a aparecer los factores psicológicos –presiones, “pensar demasiado”, nervios- como un factor de riesgo importante. Este estado mental lo relacionan con el entorno, con un gran peso de factores laborales y/o económico (el estrés y el cansancio derivados del exceso de trabajo son mencionados por la mayoría como causa directa de la enfermedad). En consecuencia, acciones personales como “no pensar” o mantener un buen estado de ánimo son consideradas como factores preventivos importantes.

Los hábitos –mala alimentación, mala higiene corporal, vicios como fumar o beber y no visitar al médico- son entendidos como causas de enfermedad. Sus contrapartidas, junto con la práctica de ejercicio físico, son percibidas como medidas de prevención. Externamente, el mayor apoyo según su opinión es el médico. Esta comunidad no atribuye tampoco en su mayoría a la inmigración ninguna relación con su salud.

## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

*Comunidad andina:*

Creencias religiosas y alimentación destacan entre esta comunidad como factores de prevención a la vez que de riesgo. La prevención mediante estos canales se complementa con el ejercicio físico y la higiene.

Como factores de riesgo destacan la ausencia de prevención a nivel conductual –falta de ejercicio, mala alimentación e higiene deficiente principalmente- y aspectos de cariz laboral, tanto relacionados con el cansancio como con la ausencia de trabajo. Cabe añadir los factores cognitivo-emocionales de la depresión, la incertidumbre y la nostalgia -relacionada con la ausencia de la familia que se encuentra en el país de origen. Esta comunidad relaciona el proceso de inmigración con la enfermedad, principalmente asociándola con la ya mencionada falta de apoyo social y familiar.

*Comunidad subsahariana:*

A la hora de definir la enfermedad, destacan entre los subsaharianos los adjetivos “inevitable” y “mortal”, aunque contrastados en menor medida por atributos como “crónico”, “normal” y “curable”.

Vuelven a tener importancia como factores tanto de prevención como de riesgo la alimentación y la higiene –relacionadas entre ellas; es reseñable en este sentido la importancia que se da al hecho de lavar la comida (“Comer las cosas limpio, porque eso es lo que provoca enfermedad”, “Hay comida que no está bien con tu salud por tu higiene”). Como factores exclusivamente de riesgo encontramos causas fisiológicas –infecciones, relacionadas con la alimentación-, espirituales –creencias religiosas, la enfermedad como inevitable- y ambientales –el clima.

La comunidad subsahariana relaciona la inmigración con la enfermedad, como causante de cambios en el clima y en la alimentación –que asocian con la provocación de infecciones.

## Discusión

La atención centrada en el paciente demanda de los profesionales de la salud de una especial sensibilidad hacia aspectos específicos de las vivencias o del entorno del paciente, que pueden modular su situación clínica, sus demandas, sus quejas y sus dolencias (14).

**INVESTIGACIÓN****Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud**

La experiencia en el proceso de enfermar de cada paciente es única y la mejor atención al paciente debe incluir el conocimiento de sus motivaciones, valores, pensamientos, vivencias, sentimientos y modelos explicativos de su enfermedad (15) . Este estudio cualitativo nos aporta información relevante y novedosa sobre las creencias de salud y enfermedad de la población inmigrante de origen chino, magrebí, subsahariano, indostánico y andino atendidos en centros de atención primaria de Cataluña.

Destacamos principalmente la alimentación y la higiene como factores de prevención y/o riesgo que aparecen de manera transversal. Para todas las comunidades una buena alimentación e higiene (tanto corporal como ambiental) son importantes factores preventivos, y sus contrarias factores que ponen en riesgo la salud.

También destacamos los siguientes tres factores de riesgo más presentes en las creencias de casi todas las culturas estudiadas; estos son el bajo estado de ánimo, el estrés y los problemas socio-laborales (algunos por trabajar demasiado, otros por no tener trabajo y otros por tener la familia lejos). Para ellos estos tres factores están relacionados, de modo que problemas en el trabajo o con la familia les genera estrés y bajo estado de ánimo, siendo éste el que les acaba generando problemas de salud. Los únicos inmigrantes entrevistados que no dan importancia a estos factores son los subsaharianos.

Las creencias religiosas también destacan en todos los grupos estudiados, excepto los chinos, que ni lo mencionan. Pues para la mayoría de inmigrantes entrevistados, la religión tiene causa directa con la enfermedad, ya que según ellos, Dios es quien decide que se pongan enfermos a modo de castigo, y a la vez actúa como factor preventivo, protegiéndoles de las enfermedades.

Es destacable la importancia de la atención médica como principal recurso de afrontamiento de la enfermedad, así como de apoyo preventivo externo en la mayoría de las comunidades.

Seguramente en el proceso asistencial a los inmigrantes se producen continuamente complejas interacciones entre la carga cultural de pacientes y profesionales de la salud, entre las atribuciones y creencias de los pacientes sobre lo que les está pasando (16) y el sesgo introducido por la competencia cultural de los profesionales (17).

Para estudios posteriores se propone profundizar en el significado de los conceptos que conforman estas creencias; es decir, a que se refieren cada uno de los colectivos cuando hablan de “atención médica”, o “mala alimentación”, “higiene”, entre otros. Este nuevo conocimiento servirá para mejorar las competencias culturales de los profesionales, y por

## INVESTIGACIÓN

## Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud

tanto, comprender y atender mejor a los pacientes inmigrantes desde la integración de modelos biopsicosociales avanzados que permitan construir una mejor relación profesional de la salud-paciente (18).

Es importante entender estas creencias como conceptos generales a tener en cuenta en la consulta, pero sin que esto sea estigmatizador para ellos. Es decir, sin olvidar que la persona que el profesional tiene delante no es solamente un inmigrante con estas creencias, sino que es un individuo con su propia historia y sus propias creencias personales respecto a su salud. Por lo tanto, lo más importante es saber preguntar y saber escuchar al usuario, como habilidades fundamentales en la competencia cultural.

## Agradecimientos

Este proyecto recibió la beca "Gonçal Calvo" para ayuda a la investigación en Atención Primaria de la Filial del Maresme de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Catalunya y Balears del año 2010. Así mismo recibió una ayuda en la sexta convocatoria (año 2010) del Premio de investigación en Atención Primaria, convocado por la Región Sanitaria de Barcelona del Servei Català de la Salut (CatSalut). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

En recuerdo de nuestro compañero e inspirador del proyecto Dr. Jordi Cebrià Andreu. Queremos agradecer también la colaboración de los usuarios que cedieron su tiempo para poder realizar las entrevistas y a las mediadoras culturales que participaron en el mismo.

## Bibliografía

1. Saura, R., Suñol, R., Vallejo, P., Lához, S., Atxotegui, J. & Manouari, M. (2008). El marco sanitario y el entorno psicosocial de la población inmigrante magrebí en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 547-54.
2. Stronks, K., Ravelli, A.C. & Reijneveld, S.A. (2001). Immigrants in the Netherlands. Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 701-707.
3. Jansà, J.M. & Garcia de Olalla, P. (2004) Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.), 207-13.
4. Martínez-Ramos, C. (2009). Nuevos retos del Sistema Sanitario. *Reduca. Serie Medicina* 1 (1),19-39.
5. IDESCAT (2010) - Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Web de l'estadística oficial de Catalunya [Internet]. Disponible en: <http://www.idescat.cat>
6. Fuertes, C. & Martín, M.A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An. Sist. Sanit. Navar*; 29 (Supl. 1), 9-25.
7. Achotegui, J. et al. (2005). *Study of 30 cases of inmigrantes with the immigrant syndrome with chronic and multiple stress (the Ulysses syndrome)*. Comunicación presentada en el XVIII World Congress of Psychiatry, El Cairo.
8. Junod, N. & Hudelson, P. (2006) Somatization: illness perspectives of asylum seeker and refugee patients from the former country of Yugoslavia. *BMC Family Practice*, 7:10.
9. Moreno, M. (2003). Inmigración y cuidados: el reto de los cuidados transculturales. *Index de Enfermería*, 42, 29-33.
10. Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises), *Revista Norte de Salud Mental*; 5( 21), 39-53.
11. Leininger, M. (2002) Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice, *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 261-269.
12. Macipe, R.R. Gimeno, L.A., (2011). Competencia cultural y población inmigrante: un reto cotidiano en nuestras consultas. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 13, 299-319
13. Martínez, M. F., Calzado, V. & Martínez, J. (2011) *Intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración*. En: Fernández, I., Morales, J. F. & Molero, F. (Coords.) *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Desclee de Brouwer. p. 245-288.
14. Saez M. Modelo Clínico Centrado en el Paciente. *Archivos de Medicina General y Familiar*. 2008. 5(1):2-11.
15. Platt FW, Gaspar DL. "Tell Me About Yourself":The Patient-Centered Interview. *Ann Intern Med*.2001. 134(11):1079-1085.
16. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract*. 2003; 53:231-9.
17. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(2):101-10.
18. Borrell Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002; 119(5):175-9.

**INVESTIGACIÓN**

**Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud**

**Tablas y figuras**

Tabla 1:  
Principales componentes identificados en relación a las creencias de salud y enfermedad para los cinco grupos estudiados.

<b>CREENCIAS SALUD Y ENFERMEDAD</b>						
COMUNIDAD	Descripción enfermedad	Tipos / Síntomas	Factores riesgo de enfermedad	Factores prevención de salud		Afrontamiento de la enfermedad
				Acciones personales	Apoyo externo	
<b>Magrebies</b>	"Malo" "Grave" Nostalgia Voluntad de Dios	Dolor cabeza (pensar) Dolor corazón (tristeza)	- SL: Laborales (no trabajar), Familiares, Futuro - CE: Preocupación, Nostalgia, Estado de ánimos, Nervios/ Estrés - E: Religión - C: Alimentación (exceso o mala)	-C: Trabajar, Buena alimentación, Prevención - CE: No pensar, Buen estado de ánimo	-Familia - Clima - Religión	Medicación
<b>Indo-islámicos</b>	Natural Debilidad física	Resfriado, dolor de cabeza, nervios, alérgica, cáncer	- C: Malos hábitos (Mala Alimentación; Higiene corporal, fumar(alcohol) - E: Religión - CE: "Nervios", "Pensar mucho" - SL: Estrés laboral	- C: Buena alimentación, Higiene Corporal	Atención médica	Alimentación Ir al médico Medicación
<b>Chinos</b>	Afecta al estado de ánimo	Cáncer, dolor físico	- C: Malos hábitos (Mala Alimentación, Higiene corporal, fumar/alcohol/drogas, Cansancio físico, No visitar médico, No prevención. - S.L.: "Presiones de la vida" (Cansancio laboral) - CE: "Pensar demasiado" Mal estado de ánimo	- C: Buena alimentación, Higiene corporal, No fumar/beber, Ejercicio físico. - CE: No pensar. Buen estado de ánimo. Relajarse	Atención Médica	Ir al médico
<b>Andinos</b>	"Malo" "Natural"	Diabetes	- C: Falta de prevención, malos hábitos, Alimentación, mala Higiene - E: Creencias religiosas - CE: Nostalgia, depresión, incertidumbre - S.L.: Cansancio laboral, no trabajo - I: Falta de apoyo social y familiar	- C: Buena alimentación, ejercicio físico, higiene	- Religión - Familia - Atención médica	*
<b>Sub-saharianos</b>	Inevitable Mortal	Infección Dolor de cabeza Dolor estómago Dolor corporal Fiebre Sangre	- C: Malos hábitos (Mala Alimentación, mala Higiene - E: Creencias religiosas - CF: Temperatura cuerpo, infección sangre - A: Clima - I: (relación con) Alimentación, clima y dolor cabeza	- C: Buena alimentación, buena higiene	- Religión - Atención médica	- Ira al médico - Aceptación

SL: socio-laborales, E: espirituales, C: conductuales, CE: cognitivo-emocionales, CF: causas fisiológicas, A: causas ambientales, I: inmigración

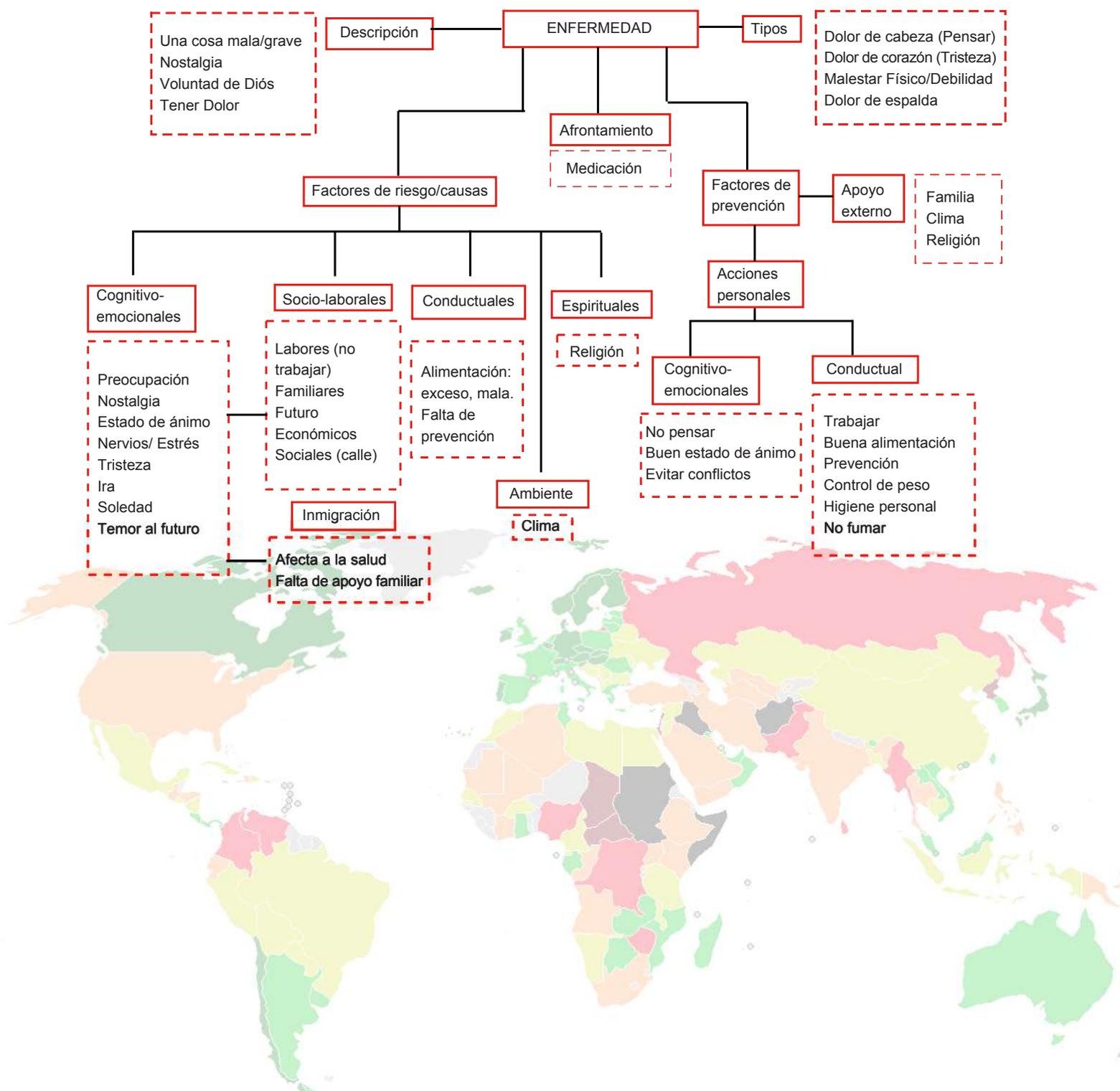
\*Ninguna respuesta proporcionada por los andinos dio lugar a la categorización de afrontamiento de la enfermedad

**INVESTIGACIÓN**

**Percepciones de usuarios inmigrantes residentes en Cataluña entorno a la Salud**

**Tablas y figuras**

Tabla 1: Mapa conceptual del sistema de creencias en los entrevistados de la comunidad magrebí



**Curso para Responsables de las Unidades de Gestión al Paciente y Atención al Ciudadano en el CST****TEMAS de INTERÉS**

## NOTA PREVIA

En noviembre 2014 la SEAUS impartió el Curso para Responsables de las Unidades de Gestión y Atención al Ciudadano, en el Consorci Sanitari de Terrassa. En algunas de las actividades formativas de la SEAUS los alumnos/as tienen el compromiso de realizar un breve trabajo a finalizar el curso; éste fue el caso de este curso impartido en el Hospital de Terrassa.



De los trabajos presentados publicamos dos entre los mejor valorados. En ambos queda clara la implicación de un equipo administrativo en la mejora de la calidad y la búsqueda de la excelencia, pensando siempre en las personas a quienes se atiende.



**Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia****TEMAS de INTERÉS**

## NUESTRO OBJETIVO: LA BÚSQUEDA DE LA EXCELENCIA

**Autor:** Ramón García Perpinyà

**Centro:** Centro de Atención Primaria Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa.  
Calle Vint-i-Cinc de Setembre, nº 26. 08221 Terrassa. Barcelona.

**Teléfono:** 937 317 770

**Correo electrónico:** rgarciap@cst.cat

El Consorci Sanitari de Terrassa (CST) está formado por siete centros de atención primaria y por el Hospital de Terrassa. El centro de atención primaria (CAP) Terrassa Nord es uno de estos centros y en él trabajan 79 profesionales de todas las categorías.

El centro atiende a una población de 32.000 habitantes. La atención del CAP Terrassa Nord, se distribuye entre el centro de atención primaria que está abierto de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 09:00 a 17:00 horas; y por el centro de atención continuada (CAC) que atiende los sábados de 17 a 20:00 horas y los domingos de 09 a 20:00 horas.

De los servicios propios de la atención primaria el centro dispone de:

- 6 Pediatras.
- 20 Médicos de familia.
- 5 Enfermeras de pediatría.
- 18 Enfermeras de adultos.
- 1 Trabajadora Social.
- 1 Enfermera gestora de casos.
- Además dispone de las siguientes consultas de especialidades: Cardiología,
- Neumología, Psicología, Psiquiatría y Odontología.

El equipo de Gestión de Pacientes y Atención al Ciudadano (GPAC) del CAP Terrassa Nord, está formado por once auxiliares administrativos y tres administrativos. Nuestro

**Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia****TEMAS de INTERÉS**

equipo de GPAC está sujeto a una gran presión ya que actualmente entre atención presencial y telefónica podemos llegar a atender a mas de 600 personas cada día.

## Puntos fuertes y débiles de nuestro equipo

### *Puntos fuertes:*

- Liderazgo fuerte reconocido por todo el equipo.
- Fuerte cultura de trabajo en equipo.
- Alto grado de compañerismo.
- Determinación compartida: proporcionar una buena atención al paciente.

### *Puntos débiles:*

- Cambios constantes a nivel de profesionales de otros ámbitos.
- Cambios en el sistema informático recientemente.

## Situación actual

El principal problema con que nos encontramos en nuestro centro, es que está ubicado en una única planta con un espacio limitado, lo que nos provoca problemas en determinados momentos a la hora de ubicar a todos los profesionales.

Paralelamente nuestra organización ha realizado un cambio del sistema informático en el último año, lo que ha provocado un gran esfuerzo por parte de los profesionales del centro para asumir unos conocimientos básicos que nos permitan realizar la tarea diaria de manera normal en el mínimo tiempo posible, para conseguir el beneficio del usuario.

Nuestro equipo de GPAC trabaja diariamente para establecer protocolos dentro de nuestras tareas que permitan marcar pautas de trabajo lo más eficientes posible. Una de nuestras prioridades es mantener al equipo motivado y formado en el mayor número de tareas, de manera que cualquier miembro del equipo tenga el máximo de conocimientos.

En la situación actual en la que nos encontramos esto nos ayuda a que las demandas

## Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia

TEMAS de  
INTERÉS

de los pacientes sean resueltas, en la mayoría de casos, independientemente del miembro del equipo que pueda faltar en un momento puntual. Para poder lograr este objetivo, nuestro equipo tiene definido un sistema rotativo de tareas, de forma que en un tiempo prudencial, todos sus integrantes acaben realizando y conociendo todas las tareas a realizar.

Además nuestro equipo organiza de manera periódica reuniones donde se pide y se escucha la opinión de todos sus miembros, reforzando de esta manera la solidez del grupo y reafirmando los acuerdos a los que se llega. Dentro de nuestras tareas diarias podríamos recalcar algunas que definen las líneas estratégicas de nuestro equipo de GPAC:



**Utilizar al máximo nuestras vías de comunicación.** Creemos que dentro de nuestro equipo que una de las formas más prácticas de llegar a un gran volumen de personas con un coste muy bajo es utilizando el **recordatorio de la hoja de citación**. La parte trasera de la misma siempre había sido una hoja en blanco vacía de información que únicamente servía para marcar el día y hora de la programación. Nosotros decidimos añadir a esta parte trasera información de utilidad, con lo que conseguimos mejorar la comunicación con los pacientes. En esta información podemos englobar campañas sanitarias, derechos y deberes de los ciudadanos, información sobre la ley de protección de datos de carácter personal (LOPD) etc...

**Ofrecer respuesta a algunas solicitudes a través de correo electrónico.** En muchas ocasiones nos encontramos personas con grandes dificultades para poder presentarse en el centro para conocer o recoger algún tipo de información. Con el fin de mejorar la accesibilidad tenemos definido un sistema a través del cual sin infringir la LOPD, los pacientes pueden solicitar a través del correo electrónico información que se envía de manera encriptada, siempre a una dirección de correo electrónico verificada anteriormente.

**Pequeñas “dosis” de formación interna.** En el marco de las reuniones semanales

**Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia****TEMAS de INTERÉS**

y dentro del equipo muchas veces surgen dudas o necesidades a nivel de varios de sus miembros. Actualmente por ejemplo, el cambio de sistema informático ha comportado que muchas tareas que se hacían de una determinada forma hayan sufrido un cambio sustancial. Con el fin de resolver estas dudas se sustituyen, en parte o de manera completa, las reuniones por pequeñas “píldoras” formativas de aspectos muy concretos de nuestro día a día.

**Por encima de todo, nuestra preocupación es ofrecer una óptima atención al paciente.** En todo momento, cuando una persona llega al departamento de atención al cliente intentamos acompañarla desde la exposición de su solicitud hasta la resolución de la misma. Uno de los grandes problemas que nos encontramos, y que provoca una percepción de pérdida de calidad en la atención, son los cambios constantes a los que estamos sometidos a nivel global. Por nuestra parte, a nivel interno, y para intentar solucionar en la medida de lo posible esta complicación, tenemos una base de datos consultable en la que introducimos todas las posibles variaciones que puedan surgir en el día a día. De esta manera la persona que está atendiendo a un usuario tiene la capacidad, por si sola, de resolver una solicitud de manera correcta, sin tener que dejar a la persona que está atendiendo para informarse adecuadamente.

## Situación a la que queremos llegar

El objetivo de nuestro equipo es la búsqueda de la excelencia. La base para conseguirla pasa por procurar acercarnos lo máximo posible a las “expectativas” que los pacientes tienen al dirigirse a nuestro departamento de atención al cliente. Es éste un objetivo muy ambicioso que implica continuar estructurando y ejecutando las tareas que ya realizamos actualmente de una manera correcta, junto al desarrollo de nuevas iniciativas que nos permitan aumentar el nivel de satisfacción de nuestros pacientes.

### *Objetivos*

- Continuar trabajando porque nadie olvide que todas nuestras decisiones tienen que estar enfocadas siempre al paciente.
- Crear grupos multidisciplinarios que permitan liberar citas presenciales, si es posible, a las personas que por su especial situación o características tengan dificultad para acudir al centro.

**Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia****TEMAS de INTERÉS**

- Fomentar el uso de las nuevas tecnologías para facilitar la accesibilidad a nuestros servicios.
- Intentar minimizar al máximo las posibles repercusiones que tengan las incidencias que aparezcan en los trámites administrativos.

*¿Cómo llevarlos a cabo?*

1. Establecer las bases para formar un grupo multidisciplinario que permita concretar las diferentes consultas de carácter más burocrático o administrativo que podrían quedar fuera de la consulta presencial como por ejemplo:

- Justificante de paciente de atención domiciliaria.
- Resultados de pruebas rutinarias con resultados estables.
- Resultados de algunas pruebas diagnosticas que no requieran otra actuación en caso de un resultado favorable.

2. Aumentar la solicitud des del departamento de GPAC de direcciones de correo electrónico personales, así como dar a conocer algunas direcciones útiles de la organización para realizar trámites de carácter administrativo.

3. Fomentar el uso de “La Meva Salut” (1) entre los pacientes de nuestra organización, el CST.

4. Llevar a cabo una estrategia de escanear todas las solicitudes que nosotros derivamos a otros centros de fuera de nuestra organización y que aporten algún tipo de documentación externa los pacientes. De esta manera, en el caso de que surjan imprevistos o incidencias, el paciente no se verá afectado ya que se podrá tramitar la reclamación directamente sin la necesidad de que el paciente vuelva a aportar esa documentación.

## Evaluación

La idea es marcar un calendario de actuación para ver la evolución de estas nuevas iniciativas, así como las que vayan apareciendo a lo largo del año 2015. Un primer plazo sería Marzo-Abril del 2015 para evaluar los primeros pasos, así como las incidencias

**Nuestro objetivo: la búsqueda de la excelencia****TEMAS de INTERÉS**

que hayan podido ir apareciendo. Un segundo plazo sería Junio-Julio del 2015 para evaluar la evolución de las nuevas propuestas. Tercer y último plazo a finales del año 2015 para obtener un resultado global.

*Ítems a valorar a finales del 2015*

- ✓ Cantidad de personas que han podido resolver su demanda (de las enunciadas anteriormente) fuera de la cita presencial.
- ✓ Número de personas del CST adheridas al programa de La Meva Salut del CATSALUT.
- ✓ Número de historias que disponen de una dirección de correo electrónico confirmada según la LOPD.
- ✓ Satisfacción de los usuarios ante todas las nuevas medidas implantadas.

En una nueva publicación esperamos poder resumir los ítems más destacados de esta evaluación.

**Terrassa, diciembre 2014**

*(1) "La Meva Salut": espacio digital personal, de consulta y relación proporcionado por el CATSALUT, que permite a la ciudadanía disponer de su información personal de salud y otros servicios en línea para realizar trámites, consultas y información relevante para su salud.*



## OFRECIENDO UNA ATENCIÓN DE CALIDAD AL PACIENTE

**Autora:** Vanessa Porcel Moyano

**Centro:** Centro de Atención Primaria Terrassa Est. Consorci Sanitari de Terrassa.

Calle Ciudad Real 31. 08227 Terrassa. Barcelona

**Teléfono:** 937 848 283

**Correo electrónico:** vporcel@cst.ca



El centro de atención primaria (CAP) Terrassa Est forma parte del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), una entidad pública constituida por la Generalitat de Catalunya, el ayuntamiento de Terrassa y la Fundación Sant Llàtzer. El CST constituye una organización sanitaria integral con siete centros de atención

primaria y el Hospital de Terrassa. El CAP Terrassa Est, está formado por 55 profesionales que atienden a una población de 25.500 habitantes, en horario de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes. EL CAP Est se fundó en 2004 fruto de una segregación de otro centro del CST debido a un aumento de la población. En su formación se movilizó a profesionales de la misma organización que hasta el momento desarrollaban su labor en otros centros, lo cual dotó de diversidad al personal del mismo. El CAP Est proporciona todos los servicios de atención primaria, medicina de familia, enfermería, tanto de pediatría como de adultos y trabajo social, así como las especialidades de Psicología, tanto infantil como de adultos, y Odontología.

El equipo de Gestión al Paciente y Atención al Ciudadano (GPAC) está formado por 9 administrativos, distribuidos principalmente en dos turnos.

### Puntos fuertes y débiles de nuestro equipo

#### *Puntos fuertes:*

- Buena aceptación a los cambios y a las nuevas tareas.
- Buen espacio de trabajo.

## Ofreciendo una atención de calidad al paciente

**TEMAS de INTERÉS**

### *Puntos débiles:*

- Cambio de sistema informático
- Deficiencias en el sistema telefónico (centralita telefónica)
- Personalización de las tareas.
- Escasa interacción entre los diferentes estamentos de profesionales.

## Situación actual

A nivel del equipo de GPAC se observa cierta falta de motivación a la hora de realizar las tareas, debido al gran volumen de atención a la que se ve sometida diariamente y a la asignación de tareas específicas. Paralelamente además se están realizando continuamente cambios a nivel de protocolos internos y de estructuración de las agendas, lo que provoca inseguridad en los profesionales e insatisfacción en los pacientes. Los profesionales de GPAC se sienten en algunas ocasiones poco considerados dentro de la organización del CAP y en la toma de decisiones.

Uno de los principales problemas con que nos encontramos actualmente es nuestra centralita telefónica. Recibimos quejas sobre la línea de teléfono ya que nuestra centralita da la sensación de que no se contestan las llamadas, una vez tiene las líneas de entrada ocupadas. Todos estos inconvenientes hacen que el equipo de GPAC tenga por delante diariamente un duro trabajo para acabar dando una buena atención al paciente.

## Situación a la que se quiere llegar

En nuestro equipo de GPAC lo que buscamos es la **máxima satisfacción del paciente**. Para ello creemos que debemos concienciar a todo el equipo de la importancia de consensuar todos los aspectos de nuestro trabajo, así como establecer protocolos de actuación ante las diferentes tareas que nos puedan surgir en el día a día.

### *Objetivos*

- Seguir ofreciendo una atención al paciente de calidad, recordando que éste siempre tiene que ser nuestra prioridad.
- Mejorar la accesibilidad al centro a través de las nuevas tecnologías, haciendo difusión de una dirección de correo electrónico para trámites con el CAP.

## Ofreciendo una atención de calidad al paciente

TEMAS de INTERÉS

- Variabilidad en las tareas asignadas. Hay ciertas tareas que deberían ser rotatorias entre los miembros del equipo. Esto no solo conlleva un aumento en la motivación de estas personas sino que además otorga autonomía a las mismas a la hora de resolver las demandas de los pacientes.
- Generar grupos multidisciplinarios que ayuden a formar un equipo, no solo a nivel del departamento de GPAC sino con los otros miembros de la organización y de diferentes estamentos.
- Mejorar la información de la ubicación de los profesionales para los pacientes.

### *¿Cómo llevarlo a término?*

1. Uno de los puntos importantes a los que nos enfrentamos es conseguir motivar a los profesionales de nuestro centro. Para ello queremos establecer una serie de actividades formativas que nos permitan aumentar la capacidad de resolución de cualquier profesional ante las demandas que puedan surgir diariamente. Esta formación se podría hacer por procedimientos, de manera que las personas se formaran en una tarea en concreto sean capaces de desarrollarla durante un tiempo por ellas mismas. Posteriormente se cambiaría de tarea y de esta manera se iría buscando una rotación para que todos los profesionales se sientan igual de importantes dentro del equipo y con una mayor capacidad de resolución de la forma más autónoma posible.

2. Establecer dentro del CAP un grupo multidisciplinario de apoyo para decidir de forma conjunta qué cosas se pueden mejorar dentro de la organización. Este grupo deberá estar formado por miembros de todos los estamentos.

3. Debido al problema que nos encontramos con la centralita del centro, es importante reforzar otros medios para mejorar la accesibilidad del mismo. Nuestro departamento de GPAC tiene una dirección de correo electrónico para atender cualquier demanda que pueda surgir, cumpliendo siempre estrictamente con la ley de protección de datos. Para favorecer la información de esta dirección de correo se ha optado por incluirla en las hojas de citación de manera que todas las personas al lado del teléfono puedan tener nuestra dirección de correo.

4. Debido a que nuestro centro cuenta con tres plantas diferenciadas, es necesario aumentar la información en lo referente a la ubicación diaria de los profesionales. Para

## Ofreciendo una atención de calidad al paciente

**TEMAS de INTERÉS**

ello se colgaran carteles diariamente y por turnos informando de la planta y consulta donde se encuentran todos los profesionales que hay ubicados en cada momento en el centro.

## Evaluación

Antes de verano de 2015 realizaremos la evaluación de nuestras propuestas teniendo en cuenta las siguientes valoraciones:

- ✓ Número de profesionales capaces de realizar tareas distintas. Actividades de formación recibidas y capacidad de resolución después de las mismas.
- ✓ Valoración del estado del grupo multidisciplinar, así como resultado de las aportaciones que hayan podido surgir del mismo. En este punto cabe recalcar la importancia de llevar a cabo las solicitudes que se tramiten desde este grupo de manera conjunta y efectiva ya que en caso contrario se podría producir una desmotivación de los integrantes del mismo.
- ✓ Cuantificar los correos electrónicos recibidos para resolver demandas administrativas.
- ✓ **Valorar la satisfacción del usuario, ante los cambios introducidos.**

En una nueva publicación esperamos poder resumir los ítems más destacados de esta evaluación

Terrassa, diciembre 2014



## Información para los Autores

**ATENCIÓN AL USUARIO**, publicación de la SEAUS, 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 **ATENCIÓN AL USUARIO**.

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

### PRESENTACIÓN

#### Estructura

##### 1. Artículos originales

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

##### 2. Cartas a la Revista

La extensión máxima será de 600 palabras.

#### Artículos originales

Los textos de los artículos deberán entregarse en un archivo Microsoft Word, con texto simple, sin tabulaciones ni otros efectos. El tipo de letra será Arial o Calibri indistintamente y de tamaño 11-12.

Las hojas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. El artículo se presentara en el siguiente orden:

## Información para los Autores

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 indicaran 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 ultimo 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 emplearan 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 elaboraran 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 mas, 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: [secretaria@seaus.net](mailto:secretaria@seaus.net)

Y también a: Mercè Tella Bernaus, [vicepresidencia@seaus.net](mailto:vicepresidencia@seaus.net)

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 **ATENCIÓN AL USUARIO**. 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.

En caso de que un artículo aceptado y publicado en la Revista de la SEAUS, sea aceptado y publicado en otro medio posteriormente, se deberá hacer constar que ha sido publicado previamente en la Revista de la SEAUS.

**Hospitalet de Llobregat, junio 2013**

#### **Sede de la SEAUS:**

Avenida Josep Molins 29-41. 08906 Hospitalet de Llobregat

#### **E-mail:**

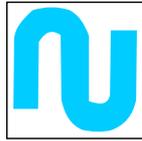
[secretaria@seaus.net](mailto:secretaria@seaus.net)

#### **CIF:**

G25232984.

#### **Web:**

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



**SEAUS**

Sociedad Española de  
Atención al Usuario de la Sanidad