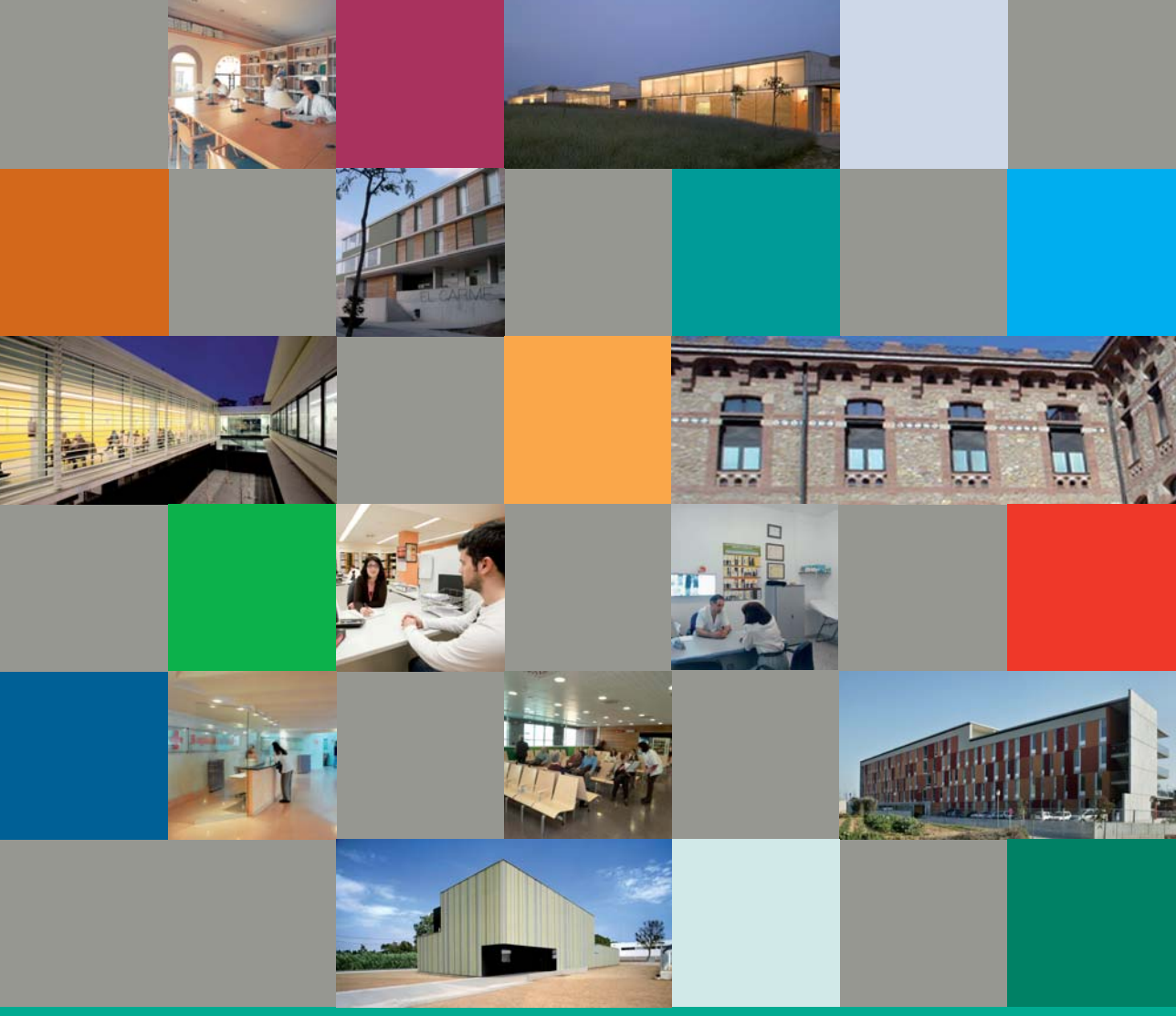


# La voz de la ciudadanía

## Cómo la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y el sistema de salud de Cataluña

Edición actualizada con datos de 2011

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut
Servei Català de la Salut

Este proyecto no hubiera sido posible sin la contribución, la colaboración y la profesionalidad de las personas, instituciones, entidades y grupos de trabajo que han intervenido en todas las fases del proyecto y que, sobre todo, han creído en él:

Departamento de Salud
Servicio Catalán de la Salud
Instituto Catalán de la Salud
Unión Catalana de Hospitales
Consorcio de Salud y Social de Cataluña
Centro de Estudios de Opinión de la Generalitat de Catalunya
Sanitat Respon

Fundació Gol i Gorina
GESOP, SL
Indeed Social Consulting
Institut DYM
Institut d'Estudis i Professions, SL
Institut Opinòmetre, SL
Institut Universitari Avedis Donabedian
Universitat Pompeu Fabra
Universidad Miguel Hernández
Red Sanitaria de Utilización Pública de Cataluña

Queremos agradecer especialmente a las siguientes instituciones y centros la generosidad mostrada en las diferentes etapas del proyecto:

Centre Fòrum
Centre Hospitalari Martí i Julià
Clínica Barceloneta
Clínica Figarola
Consorci Hospitalari de Vic
Consorci Sanitari Integral
Fundació Asil Hospital de Granollers
Fundació Sociosanitària Barcelona
Germanes Hospitalàries Benito Menni
Hospital Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital de Campdevànol
Hospital de la Santa Creu de Vic
Hospital del Mar
Hospital de Mataró
Hospital de Palamós
Hospital de Sabadell
Hospital de Sant Andreu de Manresa
Hospital Nuestra Señora de Guadalupe
Hospital Sociosanitari Francolí
Hospital Sociosanitari Pere Virgili
Hospital Universitari de Bellvitge
Institut Català d'Oncologia
Institut Pere Mata
Mútua de Terrassa
SAGESSA
Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental

Marzo 2012

**© Departamento de Salud**
**Servicio Catalán de la Salud**

**Dirección y coordinación**
Hortensia Aguado Blázquez

**Realización**
Hores extraordinàries

**Fotografías**
Archivos del CatSalut y del Hospital Universitari de Bellvitge

# Índice

Presentación del director . . . . . 5

**1. La orientación a la ciudadanía de acuerdo con la misión del CatSalut** . . . . . 7

La relación con la ciudadanía en los primeros años del Servicio Catalán de la Salud . . . . . 8
La aseguradora pública . . . . . 10
El modelo de relación dentro del sistema de salud . . . . . 10
Una nueva estructura directiva: la División de Atención al Cliente y Calidad . . . . . 12
El cambio de concepción: la percepción de los asegurados y la visión integral de la atención . . . . . 14
Las propuestas se convierten en ejemplos de buenas prácticas . . . . . 16

**2. Conocer las preferencias y expectativas de las personas aseguradas para mejorar la calidad de los servicios** . . . . . 17

La primera edición del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005) . . . . . 20
Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2006-2011) . . . 31
Una metodología extendida a otros estudios complementarios . . . . . 38

**3. Los resultados de las encuestas del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut y su efecto** . . . . . 45

Dónde estamos . . . . . 46
Principales repercusiones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut . . . . . 47

**4. El futuro, al servicio de las personas** . . . . . 53

Las percepciones de la ciudadanía y la calidad de servicio . . . . . 54
La visión transversal de la salud: un nuevo paradigma de actuación . . . . . 56
El modelo de atención a la ciudadanía . . . . . 57

**5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2011** . . . . . 59

Atención primaria . . . . . 62
Atención hospitalaria con internamiento . . . . . 64
Atención sociosanitaria con internamiento . . . . . 66
Atención a la salud mental ambulatoria . . . . . 68
Atención a la salud mental con internamiento . . . . . 70
Atención hospitalaria urgente . . . . . 72
Atención especializada ambulatoria . . . . . 74
Transporte sanitario no urgente . . . . . 76
Receta electrónica . . . . . 78
Atención al embarazo, parto y puerperio . . . . . 80
Oxigenoterapia a domicilio . . . . . 82

**6. Bibliografía** . . . . . 85

# Presentación del director

El Plan de encuestas de satisfacción de Cataluña (PLAENSA©) es una herramienta de evaluación propia del Servicio Catalán de la Salud que ya no requiere presentación después de 10 años de funcionamiento y de consolidación.

Sí merece la pena, sin embargo, presentar los datos de percepción de calidad y satisfacción de la ciudadanía para una serie de líneas de servicios que ofrece la aseguradora pública de Cataluña, el CatSalut, de las que no había ninguna muestra hasta el momento. Y me parece especialmente oportuno hacerlo ahora, cuando se pone en marcha el Plan de salud de Cataluña 2011-2015. El Plan recoge, como una de las 9 líneas de actuación para los próximos años, un mayor enfoque del sistema sanitario público hacia los pacientes y sus familias, y define el hecho de garantizar la calidad de la prestación y la satisfacción del paciente como uno de los proyectos estratégicos a desarrollar. Es, por consiguiente, en este marco en el que el PLAENSA© sigue siendo una herramienta imprescindible de mejora.

Así, podemos ofrecer datos relativos al servicio de transporte sanitario no urgente, al circuito generado por la receta electrónica, a los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio y al servicio de oxigenoterapia a domicilio.

Quiero recordar que lo importante de estos nuevos datos –los resultados de las encuestas– es la posibilidad que ofrecen a la ciudadanía de incidir en la toma de decisiones en nuevos ámbitos asistenciales, ya que permiten identificar fácilmente los puntos de mejora –los situados por debajo del estándar del 75% e incluso los que se sitúan por debajo del 90%– e incorporarlos como objetivos de mejora anuales en los contratos de compra de servicios de los centros sanitarios y sociosanitarios en las entidades proveedoras.

Además de las novedades mencionadas, también disponemos de datos actualizados sobre las líneas de atención primaria, atención hospitalaria con internamiento y atención a la salud mental con internamiento (encuestas realizadas en 2009), atención sociosanitaria con internamiento (encuesta realizada en 2010) y atención hospitalaria urgente y atención especializada ambulatoria (encuestas realizadas en 2011).

Son datos para incidir en el futuro, sí, pero también hablan del presente, y ponen de manifiesto que, pese al contexto socioeconómico que estamos viviendo, la nota de satisfacción en relación con los servicios asistenciales públicos se mueve entre el notable y el sobresaliente, y la fidelidad expresada indica que la red pública es la opción preferida por la población usuaria.

Son datos optimistas que animan a continuar trabajando para el mantenimiento de la calidad y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

**Josep M. Padrosa i Macías**
Director del Servei Català de la Salut

# 1. La orientación a la ciudadanía de acuerdo con la misión del CatSalut

> **“Una organización sólo conseguirá el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes.”**
> William E. Deming

## LA RELACIÓN CON LA CIUDADANÍA EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SERVICIO CATALÁN DE LA SALUD

En los primeros años de puesta en marcha del Servicio Catalán de la Salud, la actuación prioritaria era necesariamente la definición del Plan de salud de Cataluña para poder organizar la prestación de servicios. En aquellos momentos ya se hacía evidente la necesidad de preguntar a la ciudadanía para poder ordenar la demanda, de forma que la cartera de servicios pudiera cubrir las necesidades de los asegurados, lo que se hizo a través de la Encuesta de salud, realizada por primera vez en 1994.

Entonces ya se tenía claro que el modelo sanitario debía ser descentralizado y participativo. Por eso, por lo que respecta a la representación ciudadana, cuando se constituyeron el Consejo de Dirección, el Consejo de Salud del Servicio Catalán de la Salud y los consejos de salud de las regiones sanitarias, se incorporaron a los mismos representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios. Esta participación era muy formal y sólo podía ser colectiva y, en todo caso, únicamente de las asociaciones más representativas en cada territorio. Paralelamente a esta participación y de manera gradual se empezó a trabajar la política de información y relación con la ciudadanía, así como la imagen corporativa de la organización y del sistema sanitario.

A partir de 1994, el Servicio Catalán de la Salud avanzó en el desarrollo y definición de las unidades de atención al usuario en las regiones sanitarias y en los sectores sanitarios, a la vez que en la contratación con las entidades proveedoras empezaba a priorizar que los centros sanitarios dispusieran de servicios de atención al usuario.

En 1996 se había realizado en Cataluña, por encargo del Servicio Catalán de la Salud y del Instituto Catalán de la Salud, una encuesta telefónica a 16.783 personas para conocer el grado de satisfacción de la población atendida en los centros de atención primaria. Los aspectos mejor valorados fueron el trato y la capacidad de los profesionales, mientras que la opinión sobre la accesibilidad, la información y el confort de las instalaciones fue menos favorable.

El mismo año se elaboró la instrucción que establecía por primera vez el marco general relativo al procedimiento de gestión y tramitación de las reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios de la red sanitaria pública. Esta instrucción, la 3/96, partía del principio que tanto las reclamaciones como las sugerencias pueden ser consideradas como

manifestaciones de los derechos de los ciudadanos que usan los servicios sanitarios públicos, representando al mismo tiempo uno de los mecanismos para la recogida de información sobre la opinión de los usuarios. Por lo tanto, contribuyen a la participación de los usuarios en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

**Hasta finales de los noventa, las actuaciones se habían orientado a mejorar las relaciones de las personas usuarias con el sistema sanitario.**

En 1998 se celebró la **I Jornada sobre atención al cliente: políticas y estrategias de las organizaciones de salud a las puertas del 2000**. Dicha jornada recogía propuestas para el proceso de cambio en cuestiones vinculadas a la relación con las personas usuarias, marcado por la toma de conciencia de que el protagonista y eje de todas las actuaciones debía ser la persona, que tenía que ser tratada como cliente.

Así, a finales de la década de los noventa, el conjunto de actuaciones se orientaban a mejorar las relaciones de la ciudadanía con el sistema sanitario. A partir de entonces se empezó a intuir que, además de la evaluación y mejora de la calidad asistencial, era muy importante saber cuáles son los aspectos que la ciudadanía tiene en cuenta a la hora de sentirse satisfecha con un servicio y pensar que, efectivamente, el Servicio Catalán de la Salud ha dado una respuesta adecuada a sus necesidades.

Con el impulso del CatSalut como aseguradora pública se reforzaba el rol central que se otorgaba a la ciudadanía dentro del sistema de salud, puesto que así se perfilaba un modelo de garantías en el cual se establecían derechos y deberes para el asegurado y el asegurador.

## LA ASEGURADORA PÚBLICA

En el año 2000 el Servicio Catalán de la Salud (denominado a partir de entonces CatSalut en su forma abreviada) reafirmó e impulsó su función de aseguradora pública, ya reconocida en la LOSC (Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña), como punto de partida en la definición de sus relaciones con el que entonces era el Departamento de Sanidad, los proveedores y los ciudadanos. El hecho de que el CatSalut se definiera como una aseguradora era fundamental en la evolución del rol que se otorgaba a la ciudadanía dentro del sistema de salud. Desde el punto de vista del Departamento, las personas se definen como ciudadanos. Para las entidades proveedoras son clientes. Para el CatSalut son asegurados.

**Modelo de relación**

El modelo relacional del Servicio Catalán de la Salud se debía construir básicamente desde esta perspectiva, puesto que la condición de persona asegurada otorga claramente unos derechos y establece unas obligaciones.

## EL MODELO DE RELACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

Naturalmente, esta relación hizo variar enormemente el planteamiento inicial, puesto que obligaba al CatSalut a darse a conocer como aseguradora, y como tal a efectuar una asignación rigurosa de los niveles de cobertura,

a tener un registro integrado y único de reclamaciones, a escuchar de manera tanto reactiva como proactiva, a conocer de forma válida y fiable los aspectos deficitarios de los servicios sanitarios, a ajustar las expectativas de los asegurados de ideales a posibles... Se abría, pues, un campo que obligaba necesariamente a articular una infraestructura suficiente dentro del CatSalut que organizara y garantizara este modelo relacional.

**La consolidación de las unidades de atención al usuario de los centros sanitarios –que se habían empezado a instaurar en los años ochenta– permitió iniciar actividades de escucha proactiva de las personas.**

En esta etapa los centros sanitarios, sobre todo los hospitales, contaban con unidades de atención al usuario, puesto que el modelo de acreditación de los hospitales de Cataluña vigente desde 1983 (la última actualización del mismo se realizó el 17 de enero de 2006) hacía referencia explícita a las características de las unidades de atención al usuario, así como a sus funciones de apoyo a las personas usuarias.

La progresiva consolidación de estas unidades de atención al usuario en los centros sanitarios permitió iniciar actividades dirigidas a la escucha de las personas potenciándose la formación de la estructura necesaria de profesionales que actuaban en este ámbito con el objetivo de facilitar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema sanitario y mejorar la gestión de sus demandas. En línea con estas actuaciones, algunos territorios y proveedores –especialmente los centros del Instituto Catalán de la Salud–, realizaban encuestas de opinión de manera heterogénea y analizaban periódicamente los motivos de las reclamaciones y de las sugerencias que los ciudadanos habían presentado a las entidades proveedoras y al CatSalut. El análisis de esta información ya permitía detectar parte de los puntos débiles de la organización y tomar medidas para mejorarlos.

La gestión de las unidades de atención al usuario y estas iniciativas evidencian la voluntad de tener en cuenta al usuario en el momento de la prestación asistencial, si bien hasta entonces la filosofía y el enfoque de la atención a la ciudadanía consistían en actuar a partir de la iniciativa del ciudadano (normalmente en forma de reclamación o sugerencia), considerando como objetivo principal de esta actuación la respuesta “de ventanilla” a la actuación individual. Faltaba, pues, abordar los instrumentos que permitirían vincular la voz del cliente con la organización del sistema.

En estos momentos se empezó a introducir el concepto de actuación “proactiva”, más bien entendido como “anticipación”, contrapuesto a los planteamientos exclusivamente reactivos (de respuesta a las demandas).

La intención era anticiparse a los problemas más frecuentes o que podían provocar más alerta social, y mejorar, así, la opinión pública sobre los servicios.

A partir del 2000 se hizo más evidente la necesidad de disponer de estrategias de participación de la ciudadanía en la gobernabilidad de las instituciones.

El concepto "calidad" se introdujo como una parte esencial de la política sanitaria de Cataluña, como lo demuestra la creación de la División de Atención al Cliente y Calidad.

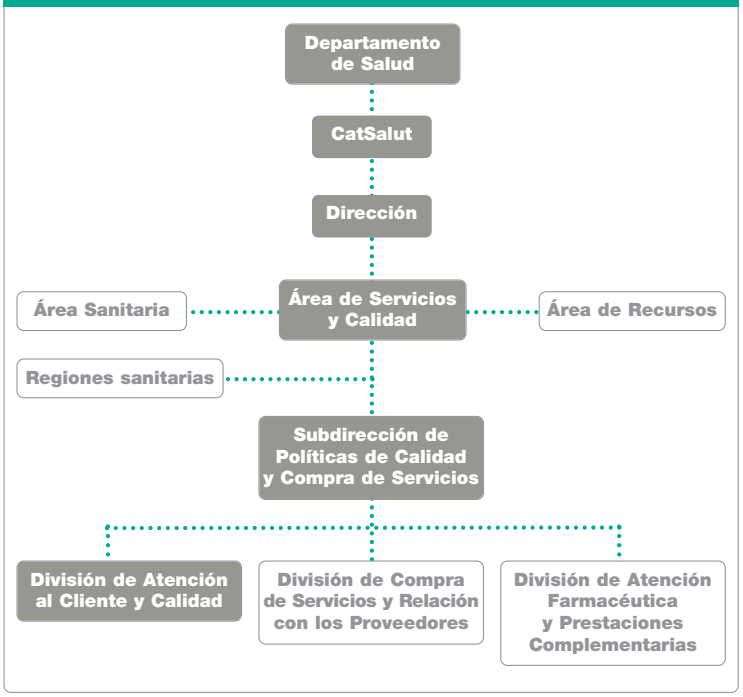
## UNA NUEVA ESTRUCTURA DIRECTIVA: LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN AL CLIENTE Y CALIDAD

Para responder mejor a los objetivos estratégicos que el CatSalut se iba formulando, a partir del año 2000 hubo algunas reestructuraciones en el modelo organizativo y de responsabilidades. Así, el Gobierno de la Generalitat asignó la función planificadora al Departamento de Sanidad, mientras que el Servicio Catalán de la Salud reafirmaba su rol de aseguradora pública. En este contexto se creó en el 2000 la División de Atención al Cliente y Calidad que, con la modificación de la estructura del CatSalut en el 2005, evolucionó hacia la División de Atención al Ciudadano.

A partir de aquí se hizo necesario consolidar una estructura, tanto en los servicios centrales como en las regiones sanitarias, que permitiera desplegar las competencias relacionadas con la descentralización, la coordinación entre proveedores y la promoción de la continuidad asistencial. Pero lo más importante para el proyecto de orientación a las personas era promover las estrategias de participación de la ciudadanía en la gobernabilidad de las instituciones para acercarla a la Administración sanitaria. Por eso los ámbitos de atención al cliente se convirtieron en puntos de contacto de la ciudadanía con el CatSalut y asumieron la responsabilidad de facilitar el modelo relacional entre el CatSalut y sus asegurados.

Como se puede comprobar en el organigrama que creaba el Decreto citado anteriormente, la División de Atención al Cliente y Calidad estaba integrada en el Área de Servicios y Calidad, cuyo nombre refleja claramente que, en el 2000, el concepto "calidad" había pasado a ser una parte fundamental de la política sanitaria de Cataluña, más allá de los aspectos evaluadores y de control clásicos.

**La División de Atención al Cliente y Calidad en el organigrama del CatSalut en el 2000**




## Los ámbitos de actuación de la División de Atención al Cliente y Calidad

La División de Atención al Cliente y Calidad se creó con el objetivo de ejecutar las actuaciones dirigidas a garantizar la calidad de los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público.

En este contexto, las funciones de la División de Atención al Cliente y Calidad del CatSalut se concretaron en dos funciones:

1. Gestión integral de la demanda: valoración, análisis y gestión activa de las necesidades de los ciudadanos, y uso preventivo del cálculo de riesgo y generación de instrumentos de prevención y atención de grupos de usuarios o pacientes con problemas de salud específicos.

2. Dinámica de atención directa al cliente (en el 2000 todavía se hacía referencia al ciudadano como “cliente”) potenciada con estrategias activas de escucha de la ciudadanía.

Desde entonces hasta la actualidad, la política de relaciones con la ciudadanía avanzará marcada por cuatro ámbitos de actuación esenciales, articulados desde la División de Atención al Cliente y Calidad, que actualmente se denomina División de Atención al Ciudadano:

- Identificar a las personas usuarias del sistema público y su nivel de aseguramiento, incluyendo la coordinación, emisión y distribución de las tarjetas sanitarias y el mantenimiento de los registros necesarios.
- Llevar a cabo las actuaciones que permitan garantizar la máxima accesibilidad de la ciudadanía al sistema sanitario.
- Coordinar la atención a las reclamaciones y sugerencias de los ciudadanos, y proponer las actuaciones de mejora.
- Velar por la satisfacción en la atención que recibe la ciudadanía.

## EL CAMBIO DE CONCEPCIÓN: LA PERCEPCIÓN DE LOS ASEGURADOS Y LA VISIÓN INTEGRAL DE LA ATENCIÓN

Poco a poco se fue perfilando la idea de una política integral de atención a partir de un modelo de conocimiento de los asegurados siguiendo un doble abordaje. Por un lado, con la estandarización de las actividades de escucha para dar respuesta eficaz y homogénea a las demandas de los asegurados a través del análisis integrado de sugerencias y reclamaciones, con nuevas vías de acceso del usuario a través de internet (web, correo electrónico). Y un segundo abordaje, de carácter proactivo, en el que había una clara apuesta por conocer cuál era la valoración que la ciudadanía hacía de los servicios sanitarios con el objetivo de utilizar la información para la gestión de los centros proveedores del CatSalut. Este fue un cambio de posición importante.

A fin de acercar las estructuras de decisión a la ciudadanía se inició una etapa de descentralización y desconcentración hacia las unidades territoriales más próximas a los ciudadanos, con el objetivo último de reducir las desigualdades, incrementar la satisfacción con los servicios, corresponsabilizarlos en el uso adecuado de los mismos y poder establecer prioridades. Se esperaba que la aplicación de estos principios repercutiera en la ciudadanía de forma que se abrieran flujos de diálogo y se generaran políticas coherentes con las necesidades de salud de los ciudadanos. Asimismo, se impulsaron mecanismos de medida del funcionamiento del sistema sanitario, para conocer y analizar la calidad de los servicios en términos de satisfacción de la ciudadanía.

**La política integral de atención a los asegurados tiene en cuenta la estandarización de respuestas, la escucha proactiva y la información para la gestión de los centros y del sistema de salud.**

Aunque cada una de estas líneas de trabajo supuso el desarrollo de importantes proyectos para el CatSalut, esta publicación se centra en la descripción detallada del funcionamiento y el valor del Plan de encuestas de satisfacción y sus efectos como una de las herramientas de evaluación relevantes del modelo sanitario catalán.

**El Plan de encuestas de satisfacción de los asegurados del CatSalut (PLAENSA©) es básicamente una herramienta de evaluación y de propuesta de mejoras de los servicios que presta la aseguradora pública a través de las entidades proveedoras contratadas.** La detección de insatisfacciones y deficiencias se convierte en una virtud del sistema, porque detectarlas permite mejorarlas.

Es una herramienta hecha con absoluto rigor, con una metodología común científicamente validada y contrastada que se ha ido dibujando con un amplio consenso del sector, para garantizar el compromiso y la participación en decisiones clave del desarrollo posterior. En el capítulo siguiente se explica detenidamente la metodología que fundamenta el Plan de encuestas y garantiza la obtención de los indicadores necesarios en cada línea de servicios en la que se aplica.

**El PLAENSA© ha resultado innovador tanto por el alcance metodológico que se ha propuesto como por sus contenidos.**

La innovación que conlleva la evaluación de la satisfacción ciudadana con el sistema sanitario es la introducción, de manera estable y periódica, de objetivos de mejora anuales en los contratos de compra de servicios sanitarios y sociosanitarios a las entidad proveedoras.

> **El PLAENSA© ha permitido avanzar en la estrategia del CatSalut de orientación de las organizaciones sanitarias a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.**

## LAS PROPUESTAS SE CONVIERTEN EN EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

El Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut ha resultado innovador tanto en nuestro entorno como en otras realidades, y tanto en la Administración pública como en otros ámbitos.

Esta innovación ha abarcado tanto la metodología utilizada como los principios estratégicos en los que se apoya, de forma que se puede afirmar que el modelo de medida de la opinión y satisfacción de la ciudadanía se ha convertido en un ejemplo de buenas prácticas, a partir de iniciativas como las que se resumen a continuación.

### BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN

El Plan de encuestas se ha presentado periódicamente en los comités de Dirección y de Gestión del CatSalut, del Departamento de Salud y de las regiones sanitarias, de los gobiernos territoriales de salud, así como en algunas entidades proveedoras.

Se ha utilizado como modelo en sesiones de trabajo con otras administraciones en la Escuela de Administración de Cataluña y en los departamentos de Salud de las comunidades de Castilla y León, Comunidad Valenciana y Servicio Madrileño de Salud.

Está incorporado a las publicaciones periódicas corporativas del CatSalut y del Departamento de Salud.

### PROYECCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Los resultados y los avances conseguidos se presentan periódicamente a las comunidades científica y social, en los ámbitos de Cataluña y del Estado español, en el marco de congresos y jornadas.

Los cuestionarios se ceden a otras comunidades autónomas y centros sanitarios de países de habla hispana.

La información y el modelo de mejora de la calidad se utilizan en el ámbito académico, en cursos de gestión sanitaria de posgrado y máster de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Autónoma de Barcelona.

# 2. Conocer las preferencias y expectativas de las personas aseguradas para mejorar la calidad de los servicios

> **"Es imposible describir correctamente la calidad sin tener en cuenta el punto de vista del cliente."**
> Avedis Donabedian

> **La opinión de la ciudadanía constituye un instrumento de participación en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.**

Para el sistema de calidad de una organización sanitaria es básico obtener información sobre las preferencias y expectativas de las personas a quienes van destinados los servicios, sobre qué se considera relevante en cada momento y sobre cómo cambian estas preferencias y expectativas. Todo con el objetivo de enfocar la organización hacia sus necesidades. En este contexto, cuantificar la satisfacción permite evaluar la aceptación de los esfuerzos de planificación y provisión de servicios, y complementar los aspectos de eficiencia y efectividad. Sin embargo, hay que ser conscientes de que la satisfacción es un concepto relacionado con una gran variedad de factores, como por ejemplo los estilos de vida de las personas, sus experiencias previas, las expectativas de futuro y los diferentes valores del individuo y de la sociedad. Asimismo, puede variar según el contexto social, puesto que puede estar determinada por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales.

De acuerdo con las teorías sociológicas más aceptadas, el nivel de satisfacción con los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación entre las expectativas depositadas *a priori* y la percepción final del servicio recibido por parte de las personas usuarias.

### LOS PRINCIPALES MOTIVOS PARA VALORAR LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

- **Proporciona un *feedback* imprescindible para la gestión y la optimización de los recursos sanitarios.**
- **Es uno de los activos de las organizaciones para conseguir mejoras competitivas y resultados estables a medio plazo.**
- **Es un predictor de las reacciones y los comportamientos de los usuarios.**
- **Es uno de los pilares básicos del modelo europeo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) con relación a la mejora de la gestión de los servicios de atención sanitaria.**

La opinión expresada por la ciudadanía ofrece una información esencial para conocer el funcionamiento de los servicios sanitarios desde su punto de vista y constituye un instrumento de participación de estos en la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. Tal y como afirmaba Avedis Donabedian, considerado el padre de la calidad asistencial, es imposible describir correctamente la calidad sin disponer del punto de vista del cliente, puesto que su opinión proporciona información en lo referente al éxito o fracaso del sistema sanitario para cubrir sus expec-

tativas. La atención de calidad va más allá de la calidad técnica, de la competencia de los profesionales y de la efectividad diagnóstica y terapéutica; hay que lograr la satisfacción del cliente que se produce a partir de la experiencia global vivida. Por eso en los últimos años los estudios de la satisfacción respecto a los servicios sanitarios se han convertido en un instrumento de valor creciente tanto en el marketing como en la investigación sobre estos servicios.

**El nivel de satisfacción con los servicios sanitarios está claramente relacionado con la adecuación entre expectativas y percepción final del servicio recibido.**

En las sociedades occidentales es común evaluar la calidad de los servicios sanitarios mediante la medida del nivel de satisfacción de sus usuarios. El Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del CatSalut (PLAENSA©) impulsado al principio de esta década se enmarca en este contexto y ha resultado innovador en nuestro entorno tanto por el alcance que se proponía como por sus contenidos, como se detalla en los apartados siguientes. El PLAENSA© ha permitido disponer del conocimiento necesario para avanzar en una de las líneas estratégicas prioritarias del CatSalut: la orientación de las organizaciones sanitarias a las necesidades y expectativas de la ciudadanía.

En la web del CatSalut (www.gencat.cat/catsalut/plaensa) puede consultarse la información de todo el proyecto PLAENSA© desde el inicio, los documentos con la metodología seguida y los resultados de cada uno de los estudios.

# La primera edición del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005)

Las primeras aproximaciones a la medida de la satisfacción del ciudadano que se llevaron a cabo en el CatSalut fueron fruto de una aproximación previa a otros estudios y experiencias acerca de la calidad percibida y la valoración de la satisfacción.

Hasta aquel momento, la información disponible sobre el grado de satisfacción de los asegurados del CatSalut se había obtenido por iniciativa de las entidades proveedoras, con el inconveniente que suponían la heterogeneidad de metodologías y los diferentes sistemas de evaluación, lo cual hacía difícil la integración y comparación de los resultados. Aún así, los resultados obtenidos eran similares a los publicados en la literatura internacional y nacional y a los de otros servicios autonómicos de salud.

A la vista de esta diversidad, se hizo evidente que, para disponer de un conocimiento válido, fiable y objetivo de la opinión y satisfacción de los asegurados del CatSalut que permitiera la toma de decisiones, era necesario utilizar una metodología homogénea. Y también, un liderazgo claro del CatSalut, que se materializó en el Plan de encuestas de satisfacción.

**Planificación del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut**

| | 2003-2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Atención primaria | ● | | ● | | | ● | | | ● |
| Atención hospitalaria con internamiento | ● | | ● | | | ● | | | ● |
| Atención sociosanitaria con internamiento | ● | | | ● | | | ● | | |
| Atención a la salud mental ambulatoria | ● | | ● | | | ● | | | ● |
| Atención a la salud mental con internamiento | ● | | | ● | | | ● | | |
| Atención hospitalaria urgente | | ● | | | ● | | | ● | |
| Atención especializada ambulatoria | | | | | ● | | | ● | |
| Transporte sanitario no urgente | | | | | | ● | | | ● |
| Receta electrónica | | | | | | | ● | | |
| Atención al embarazo, parto y puerperio | | | | | | | ● | | |
| Oxigenoterapia a domicilio | | | | | | | | ● | |

## PRINCIPIOS DEL PLAENSA© 2003-2005

- **Metodología común**
- **Metodología científica validada y contrastada**
- **Evaluación comparada de resultados**
- **Identificación de áreas de excelencia y mejora**
- **Identificación de factores predictores**
- **Aspectos comunes entre líneas de servicio**

En marzo del año 2002 se inició la primera edición del Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del CatSalut. La razón de ser de este proyecto era estudiar la opinión y satisfacción de todos los asegurados del CatSalut de manera continua y siguiendo una metodología común, científicamente validada y contrastada, que también permitiera una evaluación comparada de resultados entre los diferentes proveedores de cada línea de servicio. Esta aproximación debía facilitar, asimismo, la identificación de áreas de excelencia y mejora por línea de servicio. Además, permitía identificar y valorar los aspectos comunes de satisfacción de los asegurados entre las líneas de servicio e identificar, a partir de los cuestionarios utilizados, los aspectos que pueden influir en la satisfacción o factores predictores, de gran utilidad para el CatSalut en su función de comprador de servicios.

En aquel momento se desarrollaron y validaron cuestionarios de satisfacción de asegurados específicos para cada línea de servicio:

- atención primaria (medicina general y enfermería)
- atención hospitalaria (internamiento de agudos)
- atención sociosanitaria con internamiento (larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos)
- atención a la salud mental, con dos cuestionarios (centros de salud mental de adultos e internamiento de media y larga estancia)

A estos se añadió en 2005 la atención hospitalaria urgente.

**El proyecto del PLAENSA© tiene el valor añadido de un amplio consenso entre los proveedores de servicios sanitarios, las organizaciones corporativas y el CatSalut como comprador de los servicios.**

## UNA METODOLOGÍA RIGUROSA

El diseño metodológico riguroso, las estrategias orientadas a conseguir el consenso y la comunicación permanente del proyecto, que se ha mantenido hasta hoy en día, han seguido unas pautas comunes para todas las líneas de atención estudiadas. Para cada línea de servicio y cada producto estudiado el proyecto se desarrolla en tres fases: diseño, realización y comunicación.

En la etapa de **diseño** se crean los instrumentos adecuados para definir las dimensiones, incluyendo las herramientas de medida, partiendo de una revisión bibliográfica, la consulta a profesionales y organismos nacionales e internacionales, así como la búsqueda de otros instrumentos y experiencias.

A través de la revisión de la información obtenida se definen los principales atributos o dimensiones necesarios para valorar la satisfacción, sin dejar de lado las variables socioculturales, que pueden condicionar aspectos de la satisfacción compartidos por grupos de edad o zona de procedencia. A continuación, se identifican las áreas de interés de los asegurados utilizando técnicas cualitativas, como por ejemplo grupos focales y entrevistas, que ayudan a definir las características del cuestionario final preparado para la validación.

La etapa de **realización** comprende la planificación y ejecución del trabajo de campo que permite la obtención de resultados fiables y válidos. De entrada se realizan el cálculo muestral y la selección de casos, a continuación se desarrolla el trabajo de campo y, finalmente, el análisis de los resultados obtenidos por cada línea de servicio y/o producto.

Esta metodología común permite conocer los valores de aspectos de interés comunes a todas las líneas de servicio, que se agrupan en las dimensiones del trato, la información, la confianza o la accesibilidad. Hay que destacar que en cada caso el desarrollo de algunas etapas se condiciona a las características intrínsecas de la línea estudiada y de los requerimientos del estudio, como pueden ser, por ejemplo, el sistema de muestreo específico según la unidad de análisis estudiada, ya sea región sanitaria, hospitales o sector sanitario.

Finalmente, en la **comunicación** del proyecto y de los resultados hay dos fases: una previa en relación con los objetivos, los plazos del proyecto y los resultados esperados y obtenidos, y una final de información y comunicación tanto interna como externa dirigidas al Departamento de Salud, a los responsables territoriales del CatSalut y a sus proveedores, al Instituto Catalán de la Salud, al Instituto de Estadística de Cataluña y al Centro de Estudios de Opinión de la Generalitat de Catalunya (a partir de 2005), así como a la Secretaría Técnica del CatSalut y al Gabinete de la Consejera del Departamento de Salud, a las patronales sanitarias y a los representantes sociales, en el marco de los consejos de dirección donde están representados, así como a la ciudadanía en general, en un ejercicio de transparencia.

**La comunicación del proyecto y de sus resultados es un ejercicio de transparencia del sistema de salud.**

**Metodología**

**Diseño**

Revisión bibliográfica

Investigación cualitativa (grupos focales)

Construcción cuestionario y diseño del estudio

**Realización**

Pretest comprensión

Estudio piloto

Validación cuestionario pre y postestudio

Supervisión Centro de Estudios de Opinión de Cataluña

Trabajo de campo

Análisis de los resultados

**Comunicación**

Comunicación interna y externa

Dado el alcance del proyecto y el presupuesto económico que se destinaba al mismo, la primera edición del PLAENSA© fue objeto de un concurso público a finales de octubre de 2002.

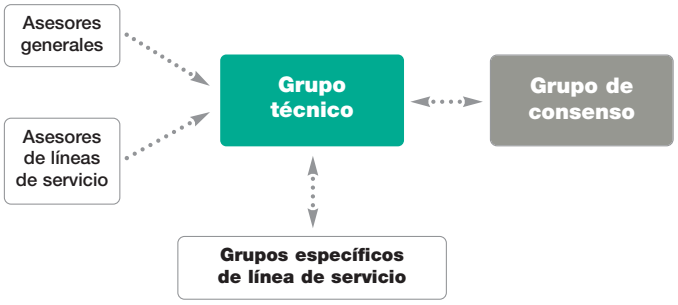
## UN PROYECTO DE CONSENSO

Considerando el número de líneas estudiadas y de proveedores, desde el primer momento se planteó como un valor añadido el desarrollo del proyecto con un amplio consenso, sistemática que se ha mantenido en las diferentes ediciones y estudios. Conseguir acuerdos en los temas de interés, sobre los cuales *a priori* no se disponía de información concluyente, debía conllevar una mejora cualitativa del estudio, tanto por la riqueza de las aportaciones desde diferentes perspectivas de la prestación de servicios (comprador, proveedor, organizaciones corporativas, etc.) como por el compromiso y la participación en las decisiones clave del desarrollo posterior. Con este objetivo se creó un sistema de consenso a dos niveles:

- Grupo general de consenso, integrado por profesionales de prestigio reconocido en el ámbito de la gestión y de investigación de la calidad percibida en los servicios sanitarios y que representaban a todos los sectores implicados: patronales, profesionales y Administración sanitaria.

- Grupos específicos por línea de servicio, integrados por un número variable de profesionales de una línea de atención determinada, de diferentes procedencias y conocedores de los aspectos técnicos y metodológicos del proyecto.

**Sistemática de trabajo**



## LAS ÁREAS DE INTERÉS Y LOS CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN

Las áreas de interés (también llamadas dimensiones o agrupaciones temáticas) incluidas en los cuestionarios son resultado de las aportaciones de una etapa previa de investigación bibliográfica y cualitativa. Estas mismas áreas o agrupaciones muy similares se pueden encontrar en la mayor parte de bibliografía de evaluación de servicios y se utilizan frecuentemente para comunicar de manera más sintética y comprensiva la opinión de la ciudadanía a la hora de valorar los servicios sanitarios. En las páginas de resultados (pág. 62 a 83) se puede ver un resumen de la valoración de estas áreas de interés en cada línea de servicio.

Los **cuestionarios** de esta primera etapa tenían entre 20 y 30 preguntas de tres tipologías:

- comunes, compartidas por todas las líneas de atención (10 preguntas)
- específicas, por línea de servicio (entre 5 y 12 preguntas)
- libres o de interés en función de la línea de servicio (entre 2 y 8 preguntas)

La formulación de las preguntas y de las respuestas utilizadas en los cuestionarios del PLAENSA© se basaban en la opinión general sobre un tema, Por ejemplo, "¿cómo valora la información que le dieron sobre su enfermedad?", con respuestas como "perfecta", "muy bien", "bien", "regular" o "mal", aunque un pequeño número recogía la experiencia personal, como "¿las explicaciones que le daba el médico se entendían?" con respuestas como "siempre", "casi siempre", "a menudo", "pocas veces" o "nunca".

### ÍTEMS QUE SON COMUNES EN TODOS LOS CUESTIONARIOS DEL PLAENSA©

- Satisfacción global
- Si pudiese escoger, volvería a este centro
- Tiempo que le dedica el médico
- Sentirse en buenas manos
- Trato personal del médico
- Trato personal de la enfermera
- Se entienden las explicaciones
- No le dan información contradictoria
- Disposición para escuchar y hacerse cargo
- Poder dar su opinión

### ÁREAS DE INTERÉS

- Accesibilidad a los servicios
- Trato de los profesionales
- Información del proceso asistencial, tanto organizativa como clínica
- Confianza en los profesionales y competencia de los profesionales
- Confort
- Organización y coordinación entre servicios y profesionales
- Continuidad asistencial
- Atención psicosocial y apoyo personal

**La satisfacción y la fidelidad se evaluaban con una nota de 0 a 10 y con una respuesta de si se tenía o no intención de volver al mismo centro.**

Para disponer de una valoración global de los servicios, se incluyeron dos preguntas que medían el grado de satisfacción y la fidelidad al centro. También había preguntas sobre datos sociodemográficos de la persona entrevistada, así como variables en relación al centro proveedor y al territorio.

## EL SISTEMA DE ENCUESTAS

En las encuestas se usaron dos métodos: la entrevista telefónica y la entrevista cara a cara (presencia física). Por motivos tanto de viabilidad como de validez metodológica se descartaron los cuestionarios autocumplimentados, un método muy utilizado entonces en el alta hospitalaria o en los servicios de atención primaria. A partir de 2010, con el desarrollo de las nuevas tecnologías digitales, se inician las encuestas con recogida de datos en línea en algunas de las líneas de servicio estudiadas, de modo que coexisten la entrevista cara a cara con la entrevista autocumplimentada.

Las encuestas **telefónicas** se realizaron en las líneas de atención primaria, de atención hospitalaria (internamiento de agudos y urgencias) y de atención a la salud mental ambulatoria de adultos. Las razones responden a criterios como la eficiencia (es inasumible realizarlas presencialmente por el volumen), la reducción de desviaciones en la selección si se hacen en persona en el centro y mayor representatividad de la población encuestada.

Las encuestas hechas **cara a cara** (presencia física) se usaron en la atención sociosanitaria y la atención a la salud mental de internamiento en media y larga estancia. En este caso permitían superar los problemas de comprensión y los derivados del estado de salud en el momento del alta en personas con patología compleja y edad avanzada, que podían ser minimizados con un entrevistador correctamente formado.

En ambos casos hay que considerar la especial atención que se dedicó a la formación de los encuestadores en los dos tipos de encuestas. Aspectos como la entonación, inducir las respuestas a los encuestados o dar información adicional no consensuada podían producir desviaciones en la muestra y afectar la variabilidad. En el caso de las encuestas telefónicas de salud mental ambulatoria se contó con el asesoramiento de expertos clínicos, y en el caso de las encuestas cara a cara se dedicó una atención especial a la obtención de información de los pacientes que por sus situaciones clínicas o personales requerían un abordaje muy cuidadoso.

Las encuestas se hicieron a personas de 15 años y más que habían utilizado los servicios sanitarios evaluados, excepto en el caso de la atención a la salud mental, que fueron personas de 18 años y más, por razones del modelo de atención vigente. En todos los casos se indicaba al asegurado que en caso de dudas o de querer más información se dirigiera al teléfono de Sanitat Respon.

## LA VALIDACIÓN ESTADÍSTICA

La redacción final de los cuestionarios contó con una validación estadística que garantiza su fiabilidad y validez para el uso periódico.

**Los cuestionarios fueron validados para garantizar su fiabilidad y validez.**

## LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y LAS MUESTRAS

Para definir las muestras se concretó la población diana: asegurados del CatSalut atendidos en Cataluña por las diferentes líneas de servicio y la población de estudio seleccionada a través de criterios de exclusión y de inclusión. A continuación se hizo la selección de los casos, que en esta primera edición siguió una estratificación de la población por unidad proveedora, sexo y edad, que respetaba la estructura poblacional en cada región sanitaria, sector sanitario para la atención primaria y hospital en el caso de la atención hospitalaria.

**Los estudios se basaban en fuentes de información propia del CatSalut, como el Registro central de personas aseguradas (RCA).**

Para determinar el tamaño de la muestra necesaria había que considerar el tamaño total, que permite escoger la parte estadísticamente representativa. De esta manera se determinó el número de unidades muestrales encuestadas que permitían garantizar una determinada precisión en las estimaciones necesarias. Este diseño permitió analizar los resultados para el total de Cataluña, por región sanitaria y también por unidad proveedora. En la ficha técnica de cada línea de servicio (pág. 62 a 83) se puede consultar esta información.

Para la obtención de los datos se utilizó el Registro central de personas aseguradas para todas las líneas, el Registro de facturación de los servicios sanitarios del CatSalut en el caso de los hospitales (hospitalización de agudos y urgencias) y el Conjunto mínimo básico de datos en la atención sociosanitaria y de salud mental, tanto en internamiento como en atención ambulatoria. También se utilizaron los datos de identificación de los centros y se creó un equipo de evaluadores para hacer el seguimiento del buen desarrollo de las encuestas.

## LA SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

De acuerdo con la Ley de protección de datos de carácter personal (LPD), en todas las etapas del estudio se tuvo especial cuidado en preservar la confidencialidad. En este sentido se adoptaron las medidas siguientes:

- Consulta a la Asesoría Jurídica del CatSalut y a asesores jurídicos externos.
- Firma de compromiso de confidencialidad específico para los estudios con las empresas externas.
- Firma de compromiso de confidencialidad a título individual por todos los profesionales que han participado en las diferentes etapas de los estudios.
- Eliminación del soporte informático que contenía los datos identificativos de las personas entrevistadas.

## LA ESTRATEGIA DE ANÁLISIS: INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES PREDICTORES

**Para simplificar la interpretación, se creó un indicador positivo que agrupaba las valoraciones positivas de cada respuesta y que daba lugar a dos valores: la excelencia (> 90%) y la mejora (< 75%).**

Se procedió al análisis descriptivo univariante y bivariante de las características sociodemográficas y de las respuestas de los asegurados mediante un análisis de frecuencias de las variables cualitativas y calculando los estadísticos de tendencia central y dispersión de las variables cuantitativas. Para simplificar la lectura de los resultados se creó un estadístico llamado **indicador positivo, que agrupaba las valoraciones positivas de cada pregunta**, con dos valores de referencia estándar que destacaban la excelencia cuando los valores eran superiores al 90% en el indicador positivo o la mejora cuando los valores no llegaban al 75%. La metodología utilizada permitía conocer tanto los valores medios por línea de servicio, como las diferencias en positivo o negativo de cada una de las preguntas por centro con relación a Cataluña. Esta información se consideró imprescindible para la propuesta posterior de mejoras en los aspectos con resultados inferiores a los valores de excelencia.

Todas las líneas estudiadas en este período permitían dos, y en algunos casos tres, niveles de análisis:

a) Resultados globales en Cataluña

b) Resultados por región sanitaria

c) Resultados por unidad muestral (sólo en atención hospitalaria con internamiento y atención hospitalaria urgente)

También se buscaron las asociaciones entre la valoración de la satisfacción global y las preguntas validadas de los cuestionarios, con el objetivo de estimar el peso relativo de cada pregunta en la evaluación global de los servicios.

Este análisis proporciona información sobre la influencia que tiene cada uno de los aspectos de la atención por línea de servicio, y que sirve para orientar las actuaciones de mejora de manera más efectiva.

**Las variables que actúan como factores predictores de la satisfacción orientan las mejoras a realizar en los diferentes servicios sanitarios.**

## LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la interpretación y las comparaciones posibles de los resultados que se muestran en las páginas 62 a 83 hay que tener en cuenta las diferentes realidades y condicionantes que giran en torno a cada unidad de estudio y línea de servicio.

El aspecto que define mejor los resultados es la **puntuación sobre la satisfacción global**, que supera el notable en todas las líneas, entre las que destaca la atención hospitalaria como la mejor valorada. En cuanto a los aspectos más valorados, están relacionados con la confianza, la competencia y el trato de los profesionales, seguidos de la información, que es suficiente y comprensible, aunque en algunas líneas se pide que sea más adecuada. Los aspectos que se deben mejorar tienen que ver con la organización, especialmente la accesibilidad a los servicios.

**Los aspectos más valorados en las encuestas 2003-2005 estaban relacionados con la confianza, la competencia y el trato de los profesionales.**

“Sentirse en buenas manos” aparece como primer factor predictor de la satisfacción en cinco de las seis líneas de servicios estudiadas, seguido de tener “toda la información que se necesita” y el “trato personal” especialmente de médicos y enfermeras.

**Los aspectos detectados en las encuestas 2003-2005 que debían mejorarse tenían que ver sobre todo con la accesibilidad de los servicios.**

En las líneas de servicios con atención ambulatoria, como primaria y salud mental, son predictores de satisfacción “la facilidad para obtener visita” y la “puntualidad en las citas”.

En los servicios con internamiento, como asistencia hospitalaria, socio-sanitaria y de salud mental, aparece “la información del proceso y al alta”. La gestión del tiempo libre (“no aburrirse”) es otro predictor en los servicios de más larga estancia.

Aunque no tiene significación estadística, hay que mencionar que se han observado diferencias en función de la edad (cuanta más edad, más positiva es la valoración), del género (las mujeres puntúan más bajo que los hombres), el nivel de estudios (las personas con un nivel de estudios inferior hacen valoraciones más positivas) y la salud percibida (cuanto mejor es la salud percibida por la persona encuestada, más valora los servicios sanitarios). Estas diferencias se dan de manera homogénea en todas las líneas de servicio y en todos los territorios con pequeñas diferencias.

**Los resultados y la metodología empleada se pueden consultar en la página web del CatSalut.**

**En la página web siguiente se puede consultar toda la información sobre el PLAENSA©:**

**www.gencat.cat/catsalut/plaensa/**

# Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2006-2011)

La experiencia de los estudios de satisfacción realizados hasta el año 2005 dio paso a una nueva edición del programa de encuestas, siguiendo la planificación y la metodología ya establecidas. Lo que se pretendía era disponer de fórmulas que hicieran más fácil el seguimiento de la realidad, consolidando un conjunto de herramientas que orientaran de manera sencilla al CatSalut en la toma de decisiones con relación a la mejora del funcionamiento de los servicios de salud.

La nueva propuesta de reevaluación a partir de 2006, y que se ha mantenido hasta las últimas ediciones, se planteó con un objetivo de reducción de costes en la realización de estudios, lo que fue posible por dos motivos. Por un lado, por la incorporación a finales de 2005 de un equipo de investigación del entorno académico del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, a través de un convenio anual. Y por otro lado, encargando el trabajo de campo (con encuesta telefónica) a la empresa pública del CatSalut, Sanitat Respon.

Las primeras actividades en esta etapa fueron de revisión, a fin de mejorar los instrumentos y métodos de esta nueva edición, pero sobre todo para establecer una estrategia de análisis de continuidad con un plan plurianual de recogida y explotación de información estadística mediante muestreo para todas las líneas de servicios. Esta acción respondía a la voluntad de disponer de información válida y objetiva que permitiera la comparación con los resultados de los estudios de los años anteriores.

## PUNTOS CLAVE (I)

- **Cambio en las delimitaciones territoriales: nuevo cálculo de resultados para cada territorio.**
- **Búsqueda de sostenibilidad, coherencia y planificación alcanzable.**
- **Experimentación de nuevos métodos de trabajo más eficientes en costes y tiempo.**

**Comparación de criterios para establecer el tamaño de la muestra de atención primaria 2003 y 2006**

| Línea de servicio | 2003 | 2006 |
|---|---|---|
| Objetivo | Hipótesis nula: $p_i = p_m$ | Hipótesis nula: $p_i = p_o$ |
| Nivel de confianza | 95% | 95% |
| Potencia de la prueba | 20% | 20% |
| Error máximo en la estimación | 0,11 | 0,11 |
| Tamaño de la muestra | 162 | 81 |

$p_i$ es la proporción de casos a favor de un enunciado determinado en la unidad i.
$p_m$ es la proporción media de casos a favor de un enunciado determinado en el conjunto de unidades observadas.
$p_o$ es un valor fijado por la proporción de casos a favor del enunciado.

## PUNTOS CLAVE (II)

- **Revisión de algunos paradigmas: tipología de escalas de respuestas, predictores de satisfacción y muestras necesarias.**
- **Búsqueda de métodos más precisos para orientar la mejora de los servicios hacia los aspectos considerados más importantes por la ciudadanía.**

El Decreto 105/2005, de 31 de mayo de 2005, había cambiado la organización territorial sanitaria en Cataluña, que pasaba de ocho regiones sanitarias a siete, lo que cambiaba la adscripción territorial de muchas unidades proveedoras. Esto obligó a revisar y calcular de nuevo los valores de las encuestas del PLAENSA© 2003-2005 por territorio, con el objetivo de poder comparar los resultados por cada línea de servicio que se evaluaba de nuevo.

A partir del 2005, año en el que se había iniciado un nuevo proyecto corporativo para la mejora de la atención sanitaria de acuerdo con la opinión de la ciudadanía (véase capítulo 3), se consideró recomendable disponer siempre que fuera posible de resultados por centros proveedores, lo que se podía conseguir rebajando los objetivos estadísticos y, por lo tanto, con una rebaja de la muestra.

A la vez se aprovecharon las nuevas ediciones para realizar estudios que permitieran avanzar en nuevos modelos de conocimiento de la percepción de la ciudadanía hacia aspectos primordiales a la hora de tomar decisiones tanto de tipo metodológico como estratégico.

La revisión de la metodología para 2006-2008 y de los resultados de 2003-2005 supuso un nuevo diseño del tamaño de la muestra, permitiendo disponer de datos por centro en todas las líneas de servicio, excepto aquellas que no cumplían los criterios de inclusión, como la atención sociosanitaria y la atención a la salud mental.

La revisión de los cuestionarios también consideró adecuada la metodología utilizada para determinar los contenidos de las preguntas y la tipología de respuesta por línea de atención, recomendándose validar periódicamente las preguntas, como se ha ido haciendo hasta día de hoy, siguiendo el procedimiento utilizado en los años 2003-2005 y teniendo en cuenta el hecho de poner más atención a las preguntas con peor resultado en las valoraciones de los asegurados.

**Número de preguntas por área de interés y línea de servicio**

| | Atención primaria | Atención hospitalaria con internamiento | Atención sociosanitaria con internamiento | Atención a la salud mental ambulatoria | Atención a la salud mental con internamiento | Atención hospitalaria urgente | Atención especializada ambulatoria | Transporte sanitario no urgente | Receta electrónica | Atención al embarazo, parto y puerperio | Oxigenoterapia a domicilio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Accesibilidad | 4 | 1 | 1 | 2 | – | 1 | 2 | 2 | – | – | 4 |
| Información | 3 | 8 | 4 | 6 | 4 | 7 | 3 | 1 | 3 | 9 | 4 |
| Competencia profesional | 5 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 1 | 1 | 4 | 9 | 4 |
| Confort | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 |
| Organización/coordinación | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 2 | 1 | 3 | 4 | 1 | – |
| Continuidad asistencial | 1 | 1 | 1 | 1 | – | 2 | 1 | – | 1 | 4 | – |
| Trato y relación personal | 3 | 4 | 3 | 2 | 9 | 5 | 4 | 3 | 1 | 4 | 2 |
| Apoyo y atención psicosocial | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 2 | – | – | – | – |

## LOS RESULTADOS DE LAS NUEVAS EDICIONES 2006-2008

Los estudios de la satisfacción de los asegurados del CatSalut en el período 2006-2008 presentan, en general, buenas valoraciones tanto desde el punto de vista de las diferentes líneas de servicio como desde la perspectiva de la mayor parte de las variables consideradas. Los nuevos estudios y ediciones recogían las nuevas realidades de la población asegurada. A grandes rasgos, se puede afirmar que la satisfacción global de los encuestados continuaba siendo buena y que la gran mayoría decían que seguirían usando el mismo tipo de servicio.

**La satisfacción global de los encuestados en 2006-2008 ha mostrado valoraciones en general buenas y la mayoría de personas manifestó que continuaría siendo fiel al mismo servicio.**

Las puntuaciones otorgadas a la pregunta que calcula la satisfacción global eran ligeramente inferiores al estudio del período 2003-2005. Pese a esta constatación, los valores de la satisfacción eran notables (8,2 en atención hospitalaria con internamiento y sociosanitaria con internamiento, 7,7 en atención a la salud mental ambulatoria, 7,5 en atención especializada ambulatoria, 7,6 en atención primaria y 7,3 en atención a la salud mental con internamiento y atención hospitalaria urgente).

**Las áreas de mejora se concentran en aspectos de accesibilidad y de adecuación de la información.**

El porcentaje de personas encuestadas que afirmaban que volverían a visitarse en el mismo centro era muy elevado. Destacaban los valores obtenidos en atención primaria (88,9%) y en atención hospitalaria con internamiento (88,4%), mientras que el resto de valores eran más bajos:

**La satisfacción seguía siendo mayor entre las personas de más edad, los hombres y los encuestados que declaraban menos estudios y más salud percibida.**

atención a la salud mental ambulatoria (83,3%), atención sociosanitaria con internamiento, atención especializada ambulatoria (83,1%), atención hospitalaria urgente (80,2%) y atención a la salud mental con internamiento (63%), valor este último previsible puesto que el ingreso en muchos casos no es deseado por las personas.

Los aspectos relacionados con la información y el trato de los profesionales que reciben los usuarios de los centros sanitarios tenían, en general, valoraciones muy favorables y constituían la mayor parte de sus áreas de excelencia. Las áreas de mejora se concentraban en aspectos organizativos, sobre todo la accesibilidad, así como la adecuación de la información tanto clínica como organizativa que se daba.

Las áreas de excelencia (preguntas que superan el 90% de valoraciones positivas) eran mayoritarias en atención hospitalaria con internamiento y atención sociosanitaria, suponían la mitad en atención primaria, atención especializada ambulatoria y atención a la salud mental con internamiento, y eran minoritarias (una de cada tres preguntas) en atención a la salud mental ambulatoria y en atención hospitalaria urgente.

**En las líneas con hospitalización, especialmente en las de larga estancia, el tiempo de estancia seguía apareciendo como una variable protectora: a más tiempo de ingreso más satisfacción.**

En cuanto a los factores predictores de las líneas estudiadas hasta 2008, aunque en general coinciden las preguntas que explican más la satisfacción global, algunas pierden importancia con relación a las que eran secundarias o algunas nuevas. Así, “sentirse en buenas manos” sigue presente en seis líneas de siete (excepto atención especializada ambulatoria) aunque pasa del primer lugar al tercero o cuarto, y se mantiene “tener toda la información que se necesita”.

En las líneas de servicios con atención ambulatoria, los factores predictores son “el tiempo de espera por visita”, “la facilidad para obtenerla”, “la puntualidad” y el “seguimiento del problema de salud”.

**La estabilidad en todas las ediciones realizadas con relación a los resultados debe interpretarse como una validación técnica de las herramientas de valoración que se utilizan.**

En los servicios con internamiento, siguen siendo los mismos que en 2003, aunque cambian ligeramente de posición: “información del proceso y al alta”, y “gestión del tiempo libre” en los servicios de más larga estancia.

## NUEVOS PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS. LOS RESULTADOS DE LAS EDICIONES 2009-2012

El Plan de encuestas ha seguido una dinámica innovadora, introduciendo la evaluación de nuevas líneas de atención, procesos transversales y productos, con la finalidad última de mejorar el servicio que se ofrece a la ciudadanía.

En 2009 se incorporó al PLAENSA© el estudio de satisfacción y calidad de servicio sobre el transporte sanitario no urgente, con la misma metodología. Este servicio obtuvo la valoración más alta de todas las líneas estudiadas en cuanto a satisfacción (8,5 sobre 10) y fidelidad (90%). También fue el año en el que se volvieron a estudiar la atención primaria, la atención hospitalaria con internamiento y la atención a la salud mental ambulatoria, que obtuvieron unos resultados similares a los de las ediciones de 2003 y 2006, con pequeñas diferencias en las tres líneas de servicio por territorio y proveedor.

En las nuevas ediciones de 2010 se midió la satisfacción de las mujeres atendidas durante la experiencia del embarazo, el parto y el puerperio. A diferencia de los estudios anteriores, éste se abordó como un proceso completo donde se valora la satisfacción en todos y cada uno de los niveles asistenciales por los que han pasado las mujeres. Así, se midió la visión de *continuum* asistencial, en el que coinciden diferentes profesionales y niveles de atención sanitaria. En cuanto a los resultados obtenidos, el nivel de satisfacción se situó en un 8,03 sobre 10, y un 84,8% de las mujeres encuestadas afirman que volverían a utilizar los mismos servicios. A grandes rasgos, cabe destacar que la percepción de la calidad del servicio –y por tanto de la satisfacción– es diferente en las mujeres primíparas (madres por primera vez) que en las multíparas, que ya tienen más experiencia en el proceso. De los 27 ítems, más de la mitad superaron el 90% de valoraciones positivas y sólo 4 se consideraron áreas a mejorar, vinculadas a aspectos de información.

En este mismo 2010, como nueva línea se realizó la evaluación de la receta electrónica, con el objetivo de medir la satisfacción de los usuarios de este circuito y evaluar su desarrollo. Este estudio presentó ciertas especificidades, al tener unas características de funcionamiento que no correspondían directamente a una línea de servicio de atención sanitaria, sino a la valoración de la adecuación de un circuito. El grado de satisfacción de los encuestados fue de 8,52 sobre 10. La mayoría de los resultados de las preguntas utilizadas superaron los valores de excelencia, lo que reitera los resultados obtenidos en la etapa de evaluación de

**Del análisis factorial se obtienen los factores que permiten ordenar el contenido del cuestionario por áreas temáticas, basadas en pruebas estadísticas.**

**Los datos obtenidos del PLAENSA© analizados a través del IPA (análisis de valoración e importancia) se están planteando como nueva perspectiva para la interpretación de los resultados.**

**La innovación del Plan de encuestas de satisfacción se pone de manifiesto al plantear estudios para nuevas líneas de servicio o producto, circuitos y procesos, como en el caso de la atención al embarazo, parto y puerperio y la receta electrónica, o nuevos métodos de recogida de información como en el caso de la atención sociosanitaria con internamiento.**

la prueba piloto. Está previsto realizar nuevos estudios que acompañen el desarrollo del proyecto e-receta para los próximos años.

Finalmente, el último estudio que se realizó en 2010 fue una nueva edición, la tercera, del estudio de opinión y satisfacción en la atención sociosanitaria con internamiento. Por las características de la población atendida y la variabilidad de la provisión de servicios se consideró adecuado llevar a cabo una revisión de los instrumentos de medida, mediante una revisión de la literatura y entrevistas en profundidad a personas atendidas en estos servicios. El objetivo no era otro que asegurar la vigencia de las áreas a explorar y probar en estos servicios la pertinencia del nuevo método de trabajo –la transmisión de la información en línea a través de la web del CatSalut– ya utilizados en las urgencias hospitalarias y en la atención ambulatoria especializada, buscando una mayor eficiencia y representatividad de todos los territorios de Cataluña, dadas las dificultades para disponer de los casos necesarios. El estudio ha sido posible gracias a la aceptación de los proveedores de compartir el esfuerzo del trabajo de campo, sujeto a un procedimiento estricto que ha hecho posible disponer en un breve tiempo de los resultados por proveedor, territorio y una nueva medida para Cataluña.

**Los estudios con continuidad en el PLAENSA©, como es el caso de Consultas externas, Urgencias y Atención sociosanitaria, obtienen, en general, valoraciones más positivas al compararlos con las ediciones anteriores de las mismas líneas, lo que denota los esfuerzos para la mejora continua de los servicios sanitarios.**

Siguiendo la planificación del PLAENSA©, en el año 2011 se da paso a nuevas ediciones de atención hospitalaria urgente y atención especializada ambulatoria, tercera y segunda edición respectivamente, en las que se mantiene la metodología de trabajo de las ediciones anteriores. Los resultados de ambos estudios incorporan una mejora general de las valoraciones de la satisfacción y la fidelidad en comparación con las ediciones anteriores. El último estudio de 2011 ha consistido en la evaluación de la calidad de servicio y satisfacción con la oxigenoterapia a domicilio, siguiendo la metodología establecida del PLAENSA© y con objetivos similares al estudio del transporte sanitario no urgente realizado en 2009. Este servicio ha obtenido la valoración más elevada de todos los estudios realizados hasta ahora, situando la valoración de los usuarios en un 9,14 y una fidelidad del 96,2%. La mayoría de las áreas valoradas superan el 90% de valoraciones positivas.

Finalmente, cabe destacar que se ha seguido aplicando criterios de rigor en los aspectos metodológicos del PLAENSA© y todos los instrumentos de medida utilizados han sido sometidos a pre-test y prueba piloto cuando era primera edición y a validación en todas las ediciones posteriores mediante el análisis factorial, donde se comprueba la validez y fiabilidad del estudio a través de los coeficientes estadísticos.

Los resultados específicos por línea de servicio y ediciones se pueden consultar en las páginas 62 a 83.

## ALGUNAS VENTAJAS ADICIONALES DE LOS RESULTADOS DEL PLAENSA© PARA LAS ENTIDADES PROVEEDORAS

Las encuestas del PLAENSA© proporcionan a los centros sanitarios la información necesaria para la obtención de la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, especialmente la que se refiere a los procesos de gestión y mejora de las relaciones con los clientes ("La organización, de acuerdo con su política y estrategia, dispone de instrumentos y recursos para hacer participar a los clientes en la mejora del servicio, detectando sus expectativas, recogiendo sus opiniones, reclamaciones y sugerencias y promoviendo la actuación derivada de la detección de oportunidades de mejora que revierta en una mayor satisfacción de los clientes").

Por otro lado, la información específica que el CatSalut ofrece periódicamente a cada proveedor sanitario hace innecesarios la mayoría de los estudios propios que los centros sanitarios confeccionaban, además de permitir la comparación objetiva con relación a Cataluña y a su región sanitaria.

El apoyo del equipo del Centro de Investigación de Economía de la Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra, así como la colaboración continuada del sector sanitario (patronales y entidades proveedoras), ha sido fundamental para hacer posible, aunque en algún momento con controversia, el progreso alcanzado en el conocimiento de las percepciones de la ciudadanía que actualmente es aceptado de manera mayoritaria. En este sentido, hay que destacar especialmente los centros sanitarios que pertenecen al Instituto Catalán de la Salud.

**El Centro de Estudios de Opinión de la Generalitat de Catalunya refrendó la validez metodológica del PLAENSA© desde sus inicios.**

**La información del PLAENSA© da soporte a los centros sanitarios en la consecución de algunos de los estándares necesarios para la obtención periódica del certificado de acreditación del Departamento de Salud.**

# Una metodología extendida a otros estudios complementarios

**El estudio de expectativas y percepciones de las familias de las personas atendidas en los servicios de internamiento de atención sociosanitaria y de salud mental y el estudio de opinión sobre la atención sanitaria de los menores de 15 años son ejemplos de información complementaria de los estudios de satisfacción que contiene el PLAENSA©.**

El PLAENSA© también proporciona cobertura teórica y metodológica a otro tipo de estudios de carácter más coyuntural que dan respuesta a las necesidades específicas del CatSalut, como son:

- La investigación en técnicas y métodos considerados relevantes (idoneidad del diseño de los instrumentos de medida en cuanto a enfoque de las preguntas y tipología de respuesta e incorporación del análisis de la importancia como sustitución de los factores predictores).

- Estudios de tipo sociológico (las percepciones y expectativas de las familias de personas con internamiento en media y larga estancia psiquiátrica y sociosanitaria o las percepciones de la población menor de 15 años sobre la asistencia sanitaria).

- Percepción ciudadana de acciones organizativas o medidas de gestión incorporadas a los servicios sanitarios (implantación de la receta electrónica, sistema unificado de triaje en urgencias, compra centralizada de servicios en el transporte no urgente programado, evaluación del protocolo del PREALT).

- Estudios que incorporan las TIC para valorar la eficiencia de los diferentes métodos tanto en el tipo de encuesta como en el sistema de recogida y análisis de la información. Este nuevo enfoque se ha probado con éxito en el estudio de atención especializada ambulatoria y está pendiente de incorporar a otras líneas de atención.

- Estudios de calidad percibida de los servicios en procesos de salud prevalentes abordados de manera transversal y no separados por niveles asistenciales, como embarazo-parto-puerperio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Todos estos estudios constituyen un valor añadido al proceso de toma de decisiones y sus resultados son susceptibles de ser incorporados a políticas de mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

## EL ESTUDIO DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y DE SALUD MENTAL

**En las líneas de atención sociosanitaria y salud mental se abordó el estudio de opinión de las familias de las personas atendidas en los centros debido a las dificultades de comunicación que podían tener algunos pacientes por la situación de su salud.**

De manera paralela al nuevo estudio sobre la opinión y satisfacción de las personas atendidas en las líneas de atención sociosanitaria y de salud mental con internamiento, se consideró oportuno abordar un estudio, en este caso con metodología cualitativa, de las familias de personas atendidas en los servicios de internamiento de atención sociosanitaria y de salud mental con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la calidad de servicio que se ofrece en estos centros. La razón principal estaba fundamentada en las dificultades, documentadas y objetivadas en el estudio del año 2003, que las personas atendidas en estos servicios tenían para comunicar sus opiniones debido a su situación de salud. Otra demanda a la que se dio respuesta fue la de las asociaciones vinculadas a este sector, que con afán protector defendían la necesidad de añadir al PLAENSA© la visión de las familias.

El estudio se basa en la información recogida a través de 12 grupos focales con un total de 105 familiares participantes y 15 entrevistas en profundidad a profesionales de los centros, a las cuales se sumaron técnicas de priorización y de consenso para las conclusiones finales. Este enfoque múltiple permitió una visión de conjunto del servicio en las líneas estudiadas, incorporando las opiniones de los familiares como clientes y las de los grupos de interés (profesionales y gestores) a la información disponible de los propios usuarios directos y ya conocida por estudios anteriores. De esta forma, se dispuso de una visualización más completa de la mayor parte de los elementos que conforman el estado de opinión con relación al servicio ofrecido en las líneas estudiadas.

Los resultados obtenidos con este nuevo abordaje muestran las diferencias entre las percepciones y expectativas de quien recibe el servicio y de quien le acompaña. Esta constatación es una motivación para continuar recogiendo periódicamente la opinión de las personas atendidas en estos servicios, a pesar de las dificultades técnicas y metodológicas existentes.

**El informe sobre la opinión de la población de 7 a 14 años (nunca estudiada antes del 2008) destaca que este grupo valora, además del trato recibido, la apariencia de los equipamientos.**

## LA OPINIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 7 A 14 AÑOS

Nunca hasta entonces se había estudiado la población menor de 15 años, por lo que se realizó un estudio para conocer la opinión de los niños y niñas de 7 a 14 años. El objetivo era poder valorar los servicios sanitarios desde la visión de los niños para plantear mejoras para este colectivo. Se buscaba encontrar los factores relevantes en la atención sanitaria desde la visión del niño o niña, comprobar la relación de factores relacionados con la salud como, por ejemplo, variables sociodemográficas o culturales, y determinar, si era posible, la mejor herramienta para valorar la percepción de los servicios sanitarios de la población infantil.

Los resultados de este estudio, realizado a través de ocho grupos focales de niños y niñas de las diferentes regiones sanitarias, muestran que las percepciones de los usuarios pediátricos, a pesar de ser mayoritariamente positivas, no se encuentran todavía fundamentadas en un juicio objetivo y son casi siempre expresadas desde el universo de anécdotas y narraciones infantiles, siendo más palpable esta realidad entre niños y niñas con edades inferiores a 10 años. Aún así, también en menores de 15 años, como en el resto de población incluida en el plan, parece ser que el trato recibido es el aspecto más relevante. También se fijan en la apariencia de los equipamientos e incorporan con avidez la terminología sanitaria.

A pesar de todo, a estas edades no hay todavía un conocimiento elaborado de los diferentes roles sanitarios presentes en la atención primaria y especializada, por lo que los niños no son capaces de distinguir lo que hace el médico o médica, el enfermero o enfermera y el resto de profesionales sanitarios.

Por último, el estudio permite intuir una identificación positiva con los servicios sanitarios catalanes en oposición a otras realidades que han vivido fuera, en vacaciones o viajes familiares.

El estudio también analizó patrones de comportamiento familiar en caso de enfermedad de los niños, puesto que la literatura sugería casos de hiperfrecuentación asistencial más elevados en pacientes pediátricos. En todo caso, no se obtuvieron evidencias en este sentido.

## LA PERCEPCIÓN DEL SISTEMA DE TRIAJE COMO MEJORA DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA URGENTE

Entre los meses de marzo y junio del 2008 se revaluó la satisfacción de los asegurados del CatSalut con los servicios de urgencias hospitalarias. Dada la voluntad de eficiencia del PLAENSA© se desarrolló, además del objeto propio del estudio, una explotación paralela de los datos para conocer si existían diferencias en las percepciones de los usuarios atendidos en centros con procedimiento de triaje implantado y los atendidos en centros que todavía no lo habían implantado.

De los 5.381 usuarios encuestados, 1.810 habían sido atendidos en alguno de los 18 hospitales que tenían implantado en aquel momento un procedimiento de triaje en las urgencias, y que daban respuesta al 36% de las urgencias en Cataluña, mientras que las 3.571 personas restantes lo habían sido en alguno de los 35 hospitales que en el momento de la encuesta no contaban con procedimiento de triaje y que atendían el 64% de las urgencias.

Aunque los sistemas de triaje suponen una atención más adecuada y segura para las personas atendidas, así como actuaciones más eficientes y efectivas para los profesionales y centros sanitarios, el estudio no mostró diferencias significativas entre los dos grupos estudiados. Esto hace pensar que la implantación de procedimientos de triaje no modifica la percepción de la calidad de servicio.

**La percepción de la ciudadanía se utiliza también para evaluar la adecuación y efectividad de nuevos modelos de servicio y cambios organizativos o de gestión.**

Este proyecto, impulsado por el Departamento de Salud, coordinado con los colegios de farmacéuticos y desplegado y supervisado por el Servicio Catalán de la Salud, ha sido evaluado por los usuarios de la prueba piloto.

## LA EVALUACIÓN CUALITATIVA DE LA PRUEBA PILOTO DE IMPLANTACIÓN DE LA RECETA ELECTRÓNICA

Para disponer de información complementaria sobre el desarrollo de la prueba piloto de implantación de la receta electrónica en Cataluña se consideró oportuno conocer la percepción y las áreas de interés de los usuarios de este nuevo e innovador servicio. En los territorios donde se desarrolló la implantación de la receta electrónica (Girona y Terres de l'Ebre) se realizaron cuatro grupos focales que aportaron información relevante sobre las actividades del proceso evaluado.

Comprobada la adecuación y eficiencia del método utilizado, se ha previsto realizar nuevas aproximaciones cualitativas a poblaciones representativas de otros territorios donde se ha ido extendiendo el modelo de receta electrónica a fin de elaborar un cuestionario específico para valorar la satisfacción y calidad percibida de este servicio.

En 2010, se ha convertido la evaluación de las percepciones de los usuarios con la receta electrónica en un estudio específico que queda integrado en el PLAENSA© como una línea de servicio a evaluar (véase la página 78).

## PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO Y SATISFACCIÓN CON LA COMPRA CENTRALIZADA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS: EL EJEMPLO DE LA OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO

Para el CatSalut, conocer la percepción de la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios de los productos intermedios contratados, como el transporte sanitario no urgente programado, la oxigenoterapia a domicilio o la rehabilitación ambulatoria, proporciona una información complementaria muy valiosa para la evaluación de la compra centralizada de productos y servicios.

El suministro de la oxigenoterapia a domicilio es un excelente ejemplo de esta tipología de estudios donde la percepción ciudadana proporciona, además de la valoración sobre la calidad de los servicios, información de tipo organizativo y/o de gestión de servicios y productos sanitarios donde la provisión se realiza de manera centralizada. La metodología utilizada sigue el procedimiento habitual del PLAENSA©: una primera etapa de revisión del circuito/proceso o servicio que se evalúa –que en este caso es el circuito que sigue la persona cuando precisa este producto en las tres fases identificadas (prescripción, provisión y seguimiento)– así como de los agentes implicados en todo el proceso –empresa proveedora, usuario/paciente y profesional asistencial–, seguida de la etapa de abordaje cualitativo con entrevistas semi-estructuradas realizadas en el domicilio donde se presta el servicio.

La información resultante permitió disponer de una imagen más precisa y cercana a la realidad del servicio prestado, así como del sistema organizativo y de funcionamiento. Se identificaron las diferentes actividades que afectan al servicio –tanto asistencial como logístico– y se detectaron los aspectos percibidos como claves por parte del usuario y que formarían parte del cuestionario validado, que se utilizó en el estudio cuantitativo que se realizó posteriormente (véase las páginas 82 y 83).

Los resultados cuantitativos obtenidos muestran el elevado grado de satisfacción con los servicios recibidos y la variabilidad territorial –aspectos relevantes para la evaluación de la compra de servicios–, así como la influencia de algunas variables de tipo estructural y de entorno doméstico en el uso adecuado de la oxigenoterapia a domicilio, información que servirá para la planificación de servicios en el marco del Plan director de las enfermedades del aparato respiratorio.

# 3. Los resultados de las encuestas del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut y su efecto

**Más de 1.600 planes de mejora de los servicios sanitarios en Cataluña, propuestos por los proveedores sanitarios y sociosanitarios.**

## DÓNDE ESTAMOS

Llegados a este punto, y una vez repasadas las distintas oleadas de valoración de la opinión y satisfacción, que se han definido tanto metodológicamente como en cuanto a alcance y objetivos, tenemos que preguntarnos qué punto hemos alcanzado, dónde estamos y cuáles han sido las repercusiones principales tanto de la política como de las acciones emprendidas.

Así, y si asumimos que el objetivo final ha sido disponer de información sobre lo que opina la ciudadanía para mejorar los servicios sanitarios, este capítulo recoge las repercusiones fundamentales que permiten situar a la División de Atención al Ciudadano del CatSalut como referente de los proveedores sanitarios y sociosanitarios.

Tanto es así que actualmente están en funcionamiento más de 1.600 proyectos de mejora en todos los centros proveedores de Cataluña.

Pasada la primera etapa de implementación (2005-2006) y la reedición de mejoras (2007-2008), en estos momentos se inicia un escenario cualitativamente diferente para el rol que la División de Atención al Ciudadano ha de ejercer con relación a todos sus grupos de interés, especialmente a sus interlocutores principales.

Los grandes ejes que definen la situación actual son:

- Redefinición del contrato de servicios: concebido habitualmente como un mecanismo de relación y transformado en mecanismo de mejora para los proveedores.
- Interiorización de un modelo global para la mejora basado en un modelo de mejora de la calidad –PDCA– que supone la introducción de proyectos de mejora por centros de acuerdo con los resultados del PLAENSA©.
- Plan de auditorías externas para conocer el impacto de esta sistemática.

# PRINCIPALES REPERCUSIONES DEL PLAN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CATSALUT

## LA INTRODUCCIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LOS CONTRATOS DE SERVICIOS

En una primera etapa, a finales del año 2004, y una vez se dispuso de los resultados de la primera edición del PLAENSA©, el CatSalut remitió a cada unidad proveedora sus resultados específicos comparados con la media de Cataluña. Esto permitió comparar las diferencias por línea de servicio, territorio y unidad proveedora. A partir de este punto, la División de Atención al Cliente y Calidad, junto con la División de Evaluación de Servicios Sanitarios, los responsables de las regiones sanitarias del CatSalut y los proveedores sanitarios, iniciaron un ambicioso proyecto denominado **Mejorar la calidad percibida de los servicios sanitarios**, que respondía a una de las líneas estratégicas del CatSalut, la calidad entendida como el camino hacia la excelencia.

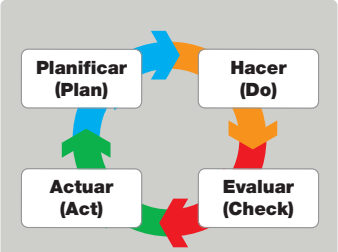
Este proyecto se basaba en la incorporación de dos objetivos específicos en la parte variable de los contratos de servicios de las principales líneas de atención (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental) para los años 2005-2006 bajo el concepto "satisfacción", siguiendo la filosofía de otras ya más habituales en la evaluación de los servicios como son la eficiencia, la adecuación o la resolución.

Para facilitar la consecución de los objetivos se propuso una sistemática de trabajo, que quedó recogida en un anexo de apoyo al contrato por línea de servicio, en un documento de trabajo único denominado *Informe normalizado de autoevaluación*, que recoge los principios básicos para la mejora continua de la calidad y que sirve de guía tanto al comprador como al proveedor. Como se puede ver en el gráfico siguiente, las actividades se debían realizar en períodos de dos años: un primer año, donde se proponían los planes de mejora a realizar y un segundo de autoevaluación de los objetivos conseguidos.

**La calidad percibida se incorporó a los contratos de servicios de los centros sanitarios con la inclusión, en la parte variable, de dos objetivos específicos bajo el concepto de "satisfacción".**

**Informe normalizado de autoevaluación**

| Primer año | Segundo año |
|---|---|
| Presentar los resultados al Comité de Dirección | Objetivo de mejora |
| Priorizar y proponer objetivos | Análisis de la situación |
| Actuaciones propuestas | Definición de actividades realizadas |
| Responsable del proyecto | Identificación de los cambios incorporados |
| Cronograma previsto | Evolución del proyecto |
| Propuesta sistemática de evaluación de las actuaciones | Resultado final del proyecto y resultado de la evaluación, en su caso |



© W.E. Deming (PDCA).

## LA INTERIORIZACIÓN DE UN MODELO GLOBAL PARA LA MEJORA BASADO EN EL CÍRCULO DE LA MEJORA CONTINUA (PDCA): INTRODUCCIÓN DE PROYECTOS DE MEJORA POR CENTROS

La propuesta de los proyectos o planes de mejora de la calidad percibida se basa en una sistemática de trabajo en cascada, que va de los servicios centrales a las unidades territoriales proveedoras, y que los implica de manera transversal, tanto en el ámbito de las regiones sanitarias como de los proveedores. Esta propuesta está orientada a conseguir la implantación y diseminación de un modelo de mejora continua de la calidad liderado por el CatSalut.

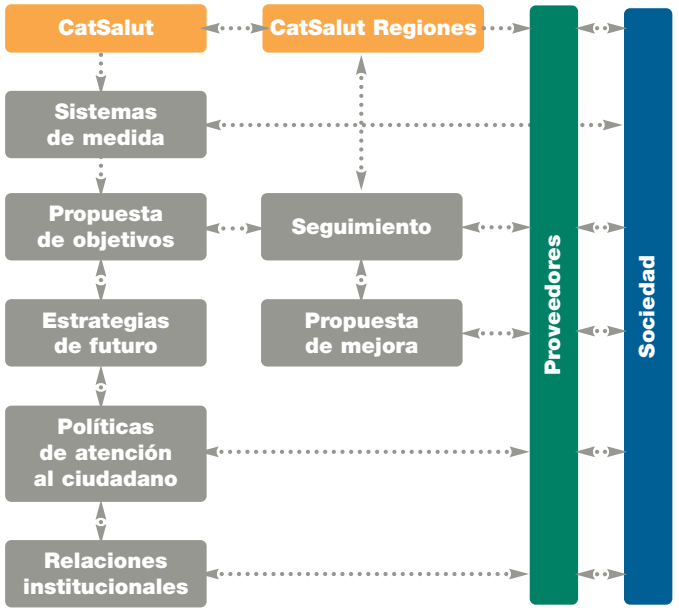
Ha sido un proceso de implantación progresivo y de aprendizaje alrededor del modelo estándar de mejora continua de la calidad (PDCA) hacia el territorio y desde el territorio, de forma que actualmente todos los actores implicados en el servicio no sólo lo utilizan sino que han interiorizado en el modelo la misma sistemática de trabajo:

En el período 2005-2006, por indicación del CatSalut y siguiendo las actividades propuestas en el informe normalizado de autoevaluación, los proyectos de mejora estuvieron relacionados con:

- Las áreas de mejora detectadas en el estudio de satisfacción, preguntas que no habían logrado el 75% de valoraciones positivas como la accesibilidad, la información o el confort.
- Los factores predictores de satisfacción, sobre todo en los casos de coincidencia con las áreas de mejora.
- Los proyectos corporativos ya iniciados, orientados a mejorar el *continuum*, tanto desde el punto de vista asistencial como del organizativo entre niveles.

**Más de 800 proveedores han propuesto planes de mejora de calidad percibida de los servicios sanitarios.**

**El modelo de trabajo para la mejora del CatSalut**

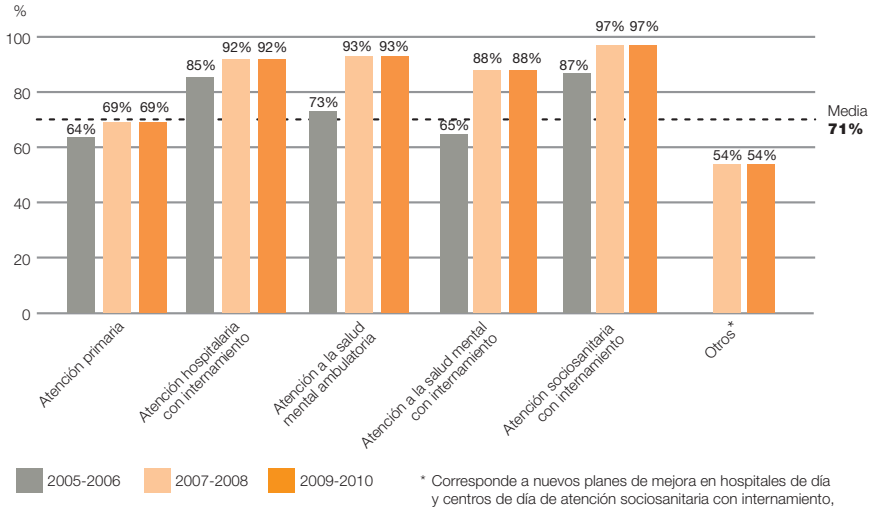



Como ejemplo en cuanto a contenidos y consecución, en el gráfico siguiente se puede ver la distribución de los 118 proyectos de mejora realizados en la atención hospitalaria en este período, que se lograron en el 85% de los casos y de manera homogénea en todos los territorios. Hay que señalar que en el grupo “Otros” eran mayoritarias las propuestas para mejorar la información de tipo organizativo.

En el período 2007-2008 se recomienda de manera centralizada que los planes de mejora estén orientados hacia más y mejor información tanto clínica como organizativa, y se mantienen algunos proyectos de mejora sobre la accesibilidad de los servicios, especialmente en la atención primaria, puesto que en los estudios de 2006 estas áreas seguían siendo mejorables desde la óptica de las personas usuarias.

La sistematización de la mejora promueve la existencia de planes de mejora realizados de manera compartida por proveedores diferentes, ya sea de titularidad o de prestación de servicios, pero que dan servicio en un mismo territorio, con el objetivo de favorecer la accesibilidad y la utilización de servicios.

**Actuaciones de mejora por línea de servicio, 2005-2006, 2007-2008 y 2009-2010**




* Corresponde a nuevos planes de mejora en hospitales de día y centros de día de atención sociosanitaria con internamiento, de salud mental de adultos y de salud mental infantojuvenil, en el período 2007-2008.

## REALIZACIÓN DE UNA AUDITORÍA EXTERNA

**Se realizó una auditoría en los centros para valorar el impacto de los objetivos de satisfacción.**

Como medida de control y para disponer de información clave de las mejoras de la atención a la ciudadanía, a finales del año 2006, y coincidiendo con el cierre de los planes de mejora del período 2005-2006, se encargó una auditoría a una empresa externa para conocer objetivamente el impacto y el conocimiento de las unidades proveedoras sobre los objetivos de satisfacción. Un 31% de la totalidad de unidades proveedoras fueron objeto de la auditoría, y en algunas líneas de servicio se entrevistaron más del 50% de los centros proveedores.

El objetivo era disponer del grado de acuerdo entre los datos obtenidos en la autoevaluación de los centros y la auditoría externa. Esta medida externa proporcionó información complementaria sobre el modelo de atención a la ciudadanía ofrecido en los centros sanitarios y sirvió para iniciar de manera objetiva la búsqueda de los aspectos clave de un modelo de atención al ciudadano en el ámbito de la salud.

**Cada proveedor sanitario ha ido adaptando los servicios de atención a la ciudadanía a las necesidades y recursos disponibles.**

En cuanto al grado de conocimiento de las acciones de mejora impulsadas desde los servicios de atención al ciudadano por parte de los profesionales, las conclusiones fueron las siguientes:

- Hay diferencias entre los profesionales implicados: había un alto grado de conocimiento entre los responsables de gestión, un nivel aceptable de conocimiento de la estrategia entre los responsables de ejecutar los proyectos de mejora y un bajo nivel de conocimiento entre los profesionales sanitarios del centro.

- También había diferencias en cuanto al tipo de organización: en las unidades pequeñas había un alto grado de conocimiento del proyecto, pero en las unidades más complejas el grado de conocimiento era más bajo.

Los resultados de la auditoría pusieron de manifiesto algunas consideraciones muy útiles sobre los proyectos y la consecución de objetivos para la etapa actual.

Una de las principales conclusiones que se extrajo fue la constatación de que no existe un modelo de atención al ciudadano único, sino que cada centro o empresa proveedora adapta su servicio de atención al ciudadano a sus necesidades y a los recursos disponibles.

Hay que destacar que esta heterogeneidad en la estructura de los servicios no supone diferencias a la hora de dar apoyo a la ciudadanía; en todo caso son los circuitos organizativos los que son diferentes, lo que puede alargar los plazos para la resolución del caso.

**Modelos de servicios de atención a la ciudadanía en función del proveedor, las necesidades y los recursos**

| Tipo | Descripción | Ejemplos |
|---|---|---|
| Multifunción | La atención al ciudadano es una parte de las funciones de un profesional del centro, quien tiene muchas otras responsabilidades (documentación, calidad, etc.). A veces se realiza con personal de apoyo. | Mayoría de los centros de atención primaria |
| Directo | Hay un responsable de atención al ciudadano, con dependencia directa de gerencia, con dedicación a tiempo completo y con funciones asociadas a la gestión de reclamaciones, encuestas de satisfacción, resolución de conflictos, etc. | Mayoría de hospitales |
| Indirecto | Se designa a una persona liberada para la atención al ciudadano, pero sin dependencia directa de gerencia. Cumple las mismas funciones que en el caso anterior, pero con dependencia jerárquica de otro miembro de la organización. | Unidades y hospitales complejos |

**En definitiva**, y como se ha ido viendo a lo largo de todo el capítulo, se puede afirmar que se ha avanzado en la línea de la integración tanto vertical como horizontal del modelo de mejora, de forma que actualmente **el rol del CatSalut se afianza para orientar, impulsar y acompañar a los centros proveedores en su camino de automejora.**

# 4. El futuro, al servicio de las personas

**La gobernanza del sistema de salud del siglo XXI necesita estrategias de integración de las percepciones de la ciudadanía.**

La razón de ser de un sistema de salud universalista es intentar mantener y mejorar la salud de toda la población y que quienes lo necesiten dispongan de la mejor atención sanitaria posible. Por otra parte, desde la Administración sanitaria se deben rehuir las fórmulas ya agotadas que otorgan paternalmente atribuciones a la ciudadanía que le son propias por derecho. Por todo ello tiene pleno significado el diálogo entre la Administración y los administrados, las instituciones y la ciudadanía, los profesionales y los usuarios, los individuos y los colectivos al servicio de personas que se escuchan y buscan la forma de mejorar adaptándose a la realidad de cada momento.

A partir de estas premisas se llena de sentido todo el proyecto realizado –que se recoge en esta publicación– y el compromiso de futuro del CatSalut en la atención a la ciudadanía.

En un ámbito tan importante para toda la población como es la provisión de servicios sanitarios y con una responsabilidad administrativa como la que tiene el CatSalut, hablar del futuro no significa enumerar aquellas cosas que hipotéticamente querríamos consolidar en los próximos años, sino hacer mención de aquellas que hemos empezado y que, sin duda, iremos ejecutando.

Desde el firme convencimiento de que la gobernanza del sistema de salud del siglo XXI es imposible sin generar estrategias integradoras y entendedoras de los diferentes tipos de conocimiento que se dan en la realidad del mundo sanitario y desde la responsabilidad concreta del CatSalut en el ámbito de la atención a la ciudadanía y la calidad, que no es otra que la relación del sistema con la ciudadanía, hacemos frente a los retos de futuro como un compromiso.

## LAS PERCEPCIONES DE LA CIUDADANÍA Y LA CALIDAD DE SERVICIO

**El éxito del PLAENSA© radica en el rigor metodológico y la proximidad a los intereses de la ciudadanía.**

El éxito del PLAENSA© radica en el rigor metodológico y en la proximidad a los intereses de la ciudadanía: los cuestionarios son elaborados a partir de una aproximación cualitativa a los ciudadanos y ciudadanas, que expresan sus experiencias y expectativas sobre las diferentes líneas de servicio objeto de estudio. Por eso, en una sociedad como la actual, sometida a un cambio constante, el primer compromiso para un futuro inmediato pasa por seguir revisando los cuestionarios, que han sido la base de los estudios realizados hasta ahora, para contrastar su vigencia y efectuar las revisiones o incorporaciones necesarias para convertirlos en la herramienta de valoración adecuada a las necesidades de la ciudadanía y a los servicios sanitarios de nuestro tiempo.

En la línea de conocer cada vez mejor las necesidades y percepciones de la ciudadanía, se han incorporado las nuevas tecnologías, tanto en lo referente a su aplicación en la realización de encuestas de satisfacción como por el hecho de que sean una herramienta de relación entre la ciudadanía y la Administración sanitaria. De esta manera, los nuevos enfoques buscan la incorporación de las TIC desde una perspectiva multicanal, para seguir aproximándose a la escucha y a la interacción directa con la ciudadanía.

**La innovación en la utilización de las nuevas tecnologías está presente y se incorpora al conocimiento de las opiniones de la ciudadanía.**

Sigue siendo uno de los objetivos principales, como no puede ser de otra manera, ser más eficientes tanto en las actividades de medición como en la mejora; por esto se ha consolidado una herramienta innovadora que permite disponer en línea de la información específica y adaptada a la demanda de los centros proveedores del Servicio Catalán de la Salud. La experiencia que comenzó en 2008 con atención especializada, ha continuado hasta el presente y se está aplicando a otras líneas de servicio como la atención sociosanitaria, abriendo un camino que tiene como meta a medio plazo disponer de información periódica de las percepciones de los usuarios sobre las diferentes líneas de servicio para cada uno de los centros contratados por el CatSalut, de manera factible y eficiente.

La utilización de las TIC también nos permite agilizar la capacidad de procesamiento de datos y, por tanto, dar respuesta rápida a las necesidades detectadas y establecer tendencias de comportamiento generales. Se trata de un avance que mejora la accesibilidad a los datos de manera homogénea en todos los centros, utilizando herramientas de medición validadas.

En relación con el desarrollo de la aplicación de las nuevas tecnologías, se ha explorado la posibilidad de conocer las percepciones y opiniones de la ciudadanía en internet. Este es un nuevo contexto en el que la ciudadanía se convierte en la fuente de información para medir la opinión sobre los servicios sanitarios y para incorporar esta información en la orientación de políticas sanitarias.

Actualmente finaliza la planificación prevista para el período PLAENSA© 2002-2012 y se inicia una nueva etapa que llegará hasta el año 2015. Esta nueva etapa mantiene las fortalezas del proyecto –validez de los métodos, fiabilidad de la medida y propuestas de mejora sistemáticas específicas por línea, territorio y unidad proveedora– e incorpora una nueva mirada que refuerza el rol de la ciudadanía en la sostenibilidad del sistema sanitario.

**Reconocer y reforzar el rol de la ciudadanía ahora, puede ayudar a mantener una asistencia sanitaria efectiva y asequible en el futuro.**

**La salud se entiende cada vez más como un concepto integral, por lo que los instrumentos de medición de la satisfacción deben poder captar la percepción de este *continuum* asistencial.**

## LA VISIÓN TRANSVERSAL DE LA SALUD: UN NUEVO PARADIGMA DE ACTUACIÓN

Quizás el nuevo paradigma basado en una visión transversal es el reto más difícil –pero a la vez el más clarificador en caso de poder ser capaces de alcanzarlo–, dado que la estructura organizativa clásica está evidenciando sus debilidades para hacer frente a las necesidades de la población en materia de salud.

Es una realidad que la salud es un ámbito prioritario tanto para la Administración sanitaria como para la ciudadanía y que, cuando se habla de salud, no se hace referencia concreta a ninguna de las líneas asistenciales que comprende la atención sanitaria, sino que se hace referencia a una globalidad que abarca desde las medidas preventivas hasta las diferentes atenciones que puede recibir la persona cuando tiene un problema de salud, las pruebas diagnósticas a las que debe someterse, el tiempo de espera para recibir el servicio, etc.

Si podemos identificar de manera transversal los diferentes puntos del itinerario de salud que siguen los ciudadanos y las ciudadanas en el sistema sanitario entendido como proceso –no como bloques estancos de servicios sanitarios comunicados por un pasillo en el que circula la persona, sino como un *continuum* asistencial global, que tarde o temprano, de forma completa o parcial, usarán dichas personas–, si somos capaces de medir, evaluar y detectar las posibilidades de mejora y actuar para facilitar el flujo de este tránsito de personas en el itinerario de salud, seguro que habremos conseguido un gran adelanto en la mejora del sistema de salud contando con la participación directa de la ciudadanía.

Desde esta nueva perspectiva se están incorporando experiencias para la medición de la satisfacción en procesos transversales que implican la participación de diferentes líneas de servicio y también diferentes proveedores de servicios sanitarios.

## EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

**El CatSalut trabaja para consolidar un modelo de atención a la ciudadanía en el ámbito de los servicios sanitarios públicos que pretende ser de referencia para el sector privado.**

En un proyecto de largo alcance en cuanto a complejidad y contenido, el CatSalut trabaja, por encargo del Departamento de Salud, en la revisión del modelo de atención a la ciudadanía en la sanidad pública para garantizar la homogeneización de los procesos y las acciones en los que la ciudadanía se relaciona con los servicios sanitarios, sea cual sea el nivel asistencial y el proveedor.

Desde el CatSalut, se ha definido un modelo que dará como resultado el establecimiento de un patrón de actuación común a todos los actores del sistema sanitario público y, a la vez, servirá de referencia para la sanidad privada. Este modelo concreta la estructura, función y posición de las unidades de atención al ciudadano en la organización y define, al mismo tiempo, procesos y procedimientos derivados de las funciones que les son atribuidas y debe entenderse como una de las herramientas fundamentales para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario en Cataluña.

El modelo, que regulará las relaciones con la ciudadanía, emana de los principios y valores recogidos en la Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, como la universalización de la atención sanitaria, la integración de servicios, la simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de las organizaciones, la concepción integral de la salud, la descentralización y desconcentración de la gestión, y la participación comunitaria.

# 5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2011

A continuación se presentan los resultados de cada línea de servicio con una representación sintética que destaca las características fundamentales que deben ser completadas con la información disponible en la web corporativa.

Para cada línea de servicio la información se organiza de acuerdo con la siguiente estructura:

- Un primer apartado que incluye la ficha técnica de cada estudio y los años de realización.
- Un segundo apartado de resultados en una presentación radial que incluye el valor del indicador positivo por cada una las preguntas. Se pueden comparar los resultados de cada pregunta con dos referencias estándar, de afuera hacia adentro: un primer umbral del 90% que destaca los valores excelentes y un segundo umbral del 75%, que hay que considerar como valores de mejora.
- En tercer lugar, la distribución y variación de las respuestas agrupadas por áreas temáticas o de interés y que conforman la satisfacción con cada una de las líneas de servicio.
- Y finalmente un mapa de Cataluña, con los territorios que la componen según el criterio sanitario (regiones sanitarias), donde constan en etiquetas los índices de satisfacción global y fidelidad.

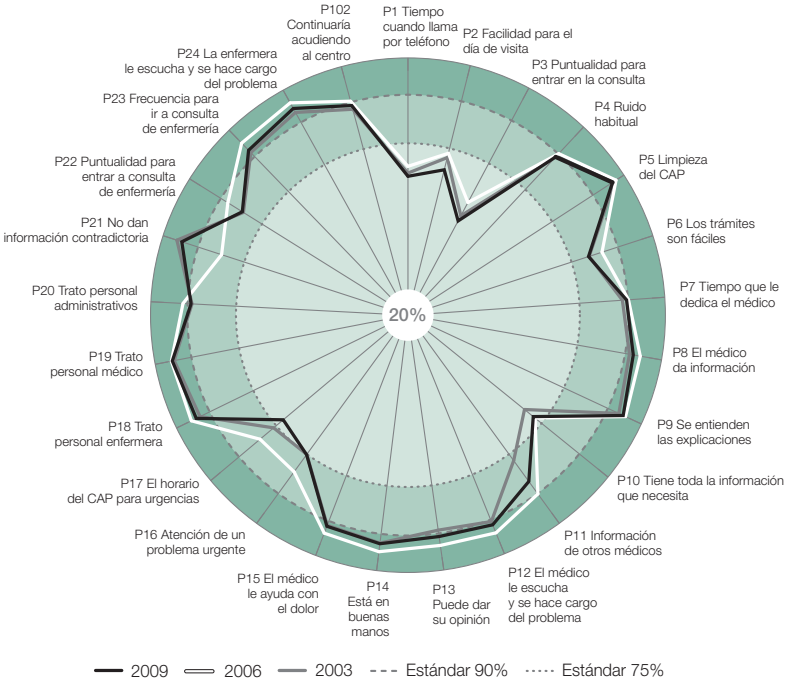
La información completa de los estudios está disponible en:
www.gencat.cat/catsalut/plaensa/

# Atención primaria

## Ficha técnica

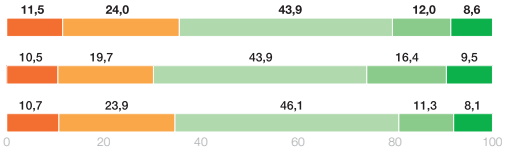
| | 2003 | 2006 | 2009 |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años o más de edad que han sido atendidos durante el último año en los centros de atención primaria, en la consulta médica y en la consulta de enfermería en Cataluña | | |
| **Marco de muestreo** | Asegurados de 15 años o más de edad que aparecen en el Registro central de personas aseguradas (RCA) del CatSalut en | | |
| | mayo de 2003 | mayo de 2006 | marzo de 2009 |
| **Diseño muestral** | 83 unidades muestrales (sectores o unidades proveedoras dentro de los sectores)<br>162 casos por unidad como mínimo<br>13.477 casos en total | 351 unidades muestrales (áreas básicas de salud)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>31.039 casos en total | 359 unidades muestrales (áreas básicas de salud)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>29.720 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 7 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 17 de septiembre al 23 de octubre de 2003 | Del 26 de julio al 24 de noviembre de 2006 | Del 19 de mayo al 31 de julio de 2009 |

## Resultados generales

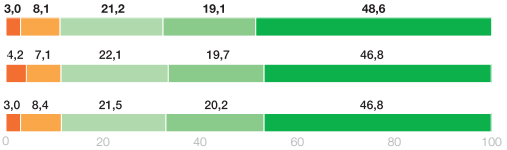



- **La mayoría de resultados están por encima del 75% de valoraciones positivas, destacando como excelentes las preguntas que valoran la confianza, la competencia, el tiempo de dedicación, la relación y el trato de los profesionales y el confort.**
- **Los resultados son similares entre períodos estudiados, con una tendencia positiva en general.**
- **Las mejoras se orientan hacia los aspectos de accesibilidad a los servicios (petición de visita y puntualidad y gestión de los problemas urgentes).**
- **Los centros con entornos más rurales son los que tienen mejores valoraciones.**

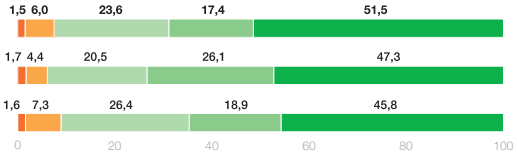
## Accesibilidad



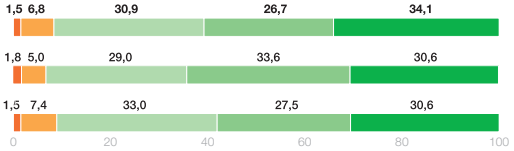

## Competencia profesional



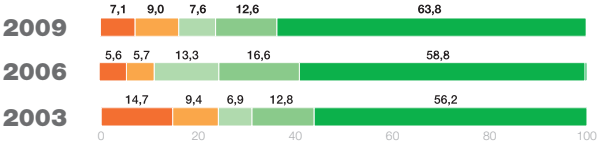

## Información




## Trato y relación personal



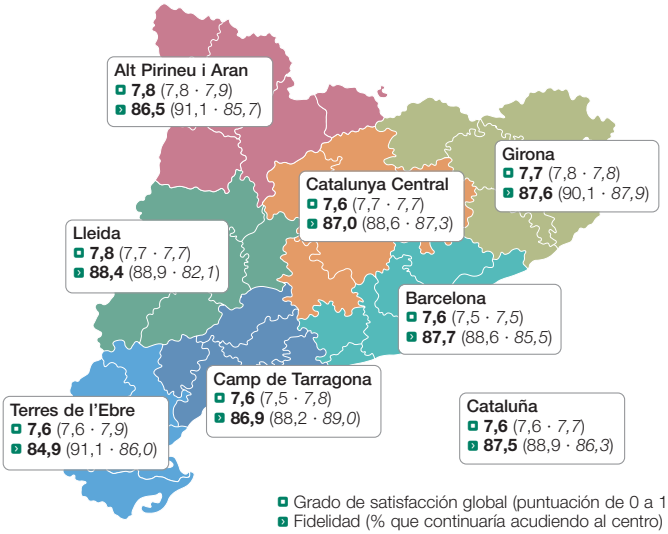

## Continuidad asistencial




Mal / Nunca · Regular / Pocas veces · Bien / A menudo · Muy bien / Casi siempre · Perfecto / Siempre

- La distribución de las categorías de las respuestas que valoran la competencia y el trato de los profesionales son las áreas que muestran mayor estabilidad en el tiempo.
- Existe una tendencia al alza en todas las categorías de respuesta positivas, especialmente en la continuidad y la información.

## Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · *2003*)



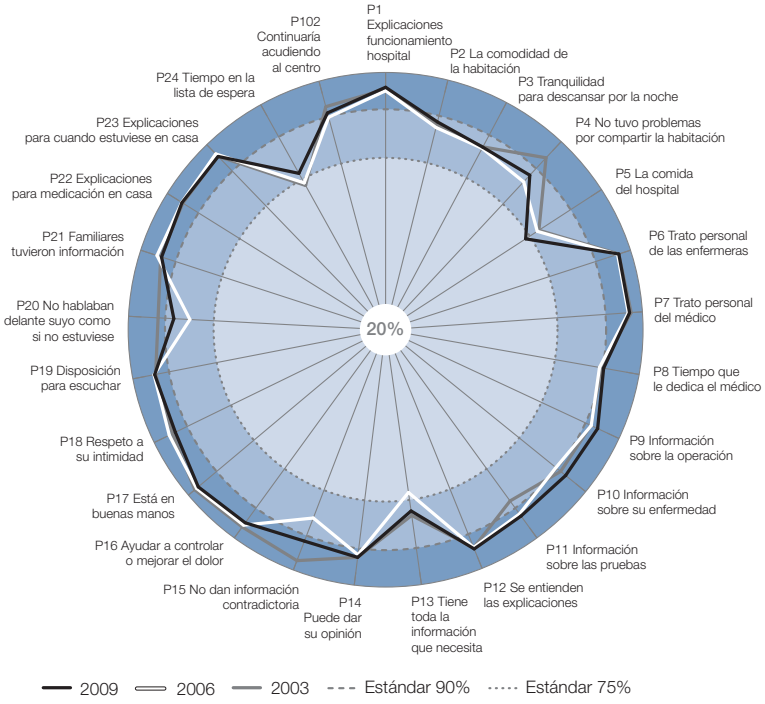

- La satisfacción supera el notable y la intención de volver se da en 8 de cada 10 ciudadanos.
- Se mantienen los valores entre períodos en el ámbito de Cataluña y, en general, entre territorios.

# Atención hospitalaria con internamiento

## Ficha técnica

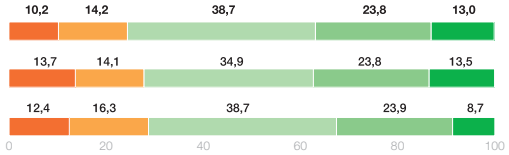
| | 2003 | 2006 | 2009 |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido hospitalizados dos días o más en un hospital de agudos | | |
| **Marco de muestreo** | Registros de facturación del CatSalut correspondientes a la hospitalización de agudos de la línea de servicio de atención hospitalaria de asegurados de 15 años o más de edad<br>Abril, mayo y junio de 2003 | Enero, febrero y marzo de 2006 | Marzo, abril, mayo y junio de 2009 |
| **Diseño muestral** | 60 unidades muestrales (hospitales)<br>162 casos por unidad como mínimo<br>9.720 casos en total | 60 unidades muestrales (hospitales)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>4.968 casos en total | 58 unidades muestrales (hospitales)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>4.683 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 7 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 13 de octubre<br>al 16 de noviembre de 2003 | Del 19 de julio<br>al 18 de octubre de 2006 | Del 22 de octubre<br>al 12 de noviembre de 2009 |

## Resultados generales

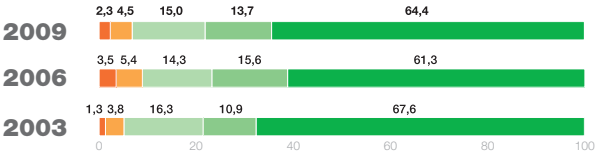



- **Es la línea de servicio mejor valorada en los tres períodos de todas las líneas estudiadas, con valores de excelencia en 14 de las 24 preguntas y con una tendencia positiva en general donde destacan las valoraciones de la confianza, la información al alta hospitalaria, la competencia, el tiempo de dedicación, la relación y el trato de los profesionales.**
- **Hay que efectuar mejoras en la percepción del tiempo en lista de espera para intervención y en algunos aspectos de confortabilidad (comodidad de la habitación, organización que favorezca el descanso nocturno y la comida).**
- **Por tipología de hospitales, son los hospitales generales y los de alta tecnología los que están mejor valorados.**

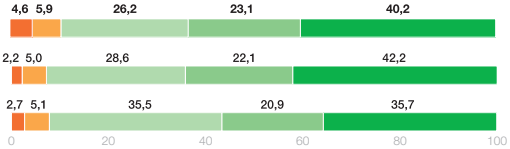
## Accesibilidad



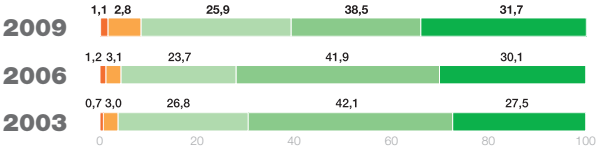

## Competencia profesional




## Información

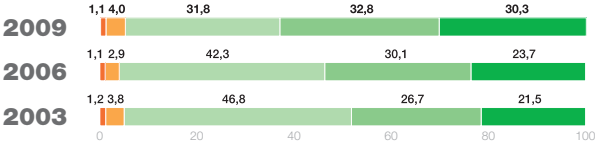



## Trato y relación personal



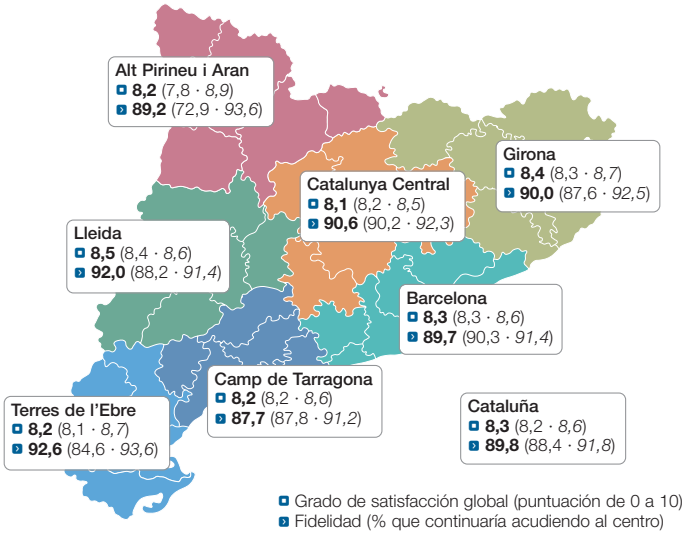

- La continuidad asistencial, la información y el trato de los profesionales son las áreas que muestran respuestas más estables.
- La distribución de las categorías de respuesta se mantiene, con una ligera tendencia a la baja.

## Continuidad asistencial




Mal / Nunca · Regular / Pocas veces · Bien / A menudo · Muy bien / Casi siempre · Perfecto / Siempre

## Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · *2003*)



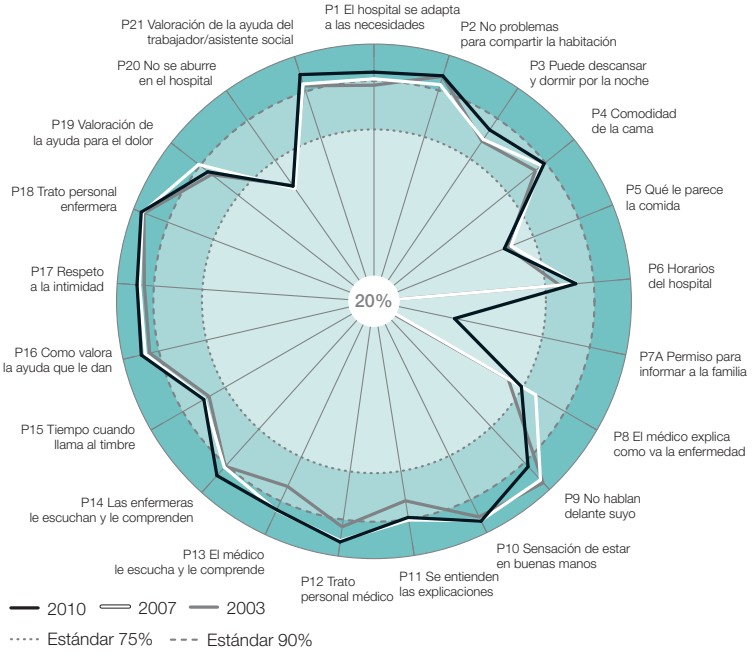

- La satisfacción tiene una de las notas más alta entre las líneas y períodos estudiados con una intención de volver que se mantiene en 9 de cada 10 ciudadanos.
- Esta valoración se mantiene entre períodos en el ámbito de Cataluña, aunque hay alguna diferencia entre territorios y períodos, que tienen que ver con la tipología de hospitales.

# Atención sociosanitaria con internamiento

## Ficha técnica

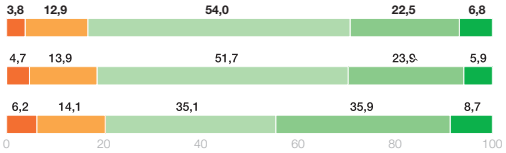
| | 2003 | 2007 | 2010 |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más, usuarios directamente receptores del servicio de atención sociosanitaria en convalecencia, media y larga estancia y cuidados paliativos, ingresados en uno de los centros y con una estancia superior a 7 días para cada una de las líneas de producto | | |
| **Marco de muestreo** | Número de recursos de internamiento de media y larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos contratados por el CatSalut en el momento de realizar el estudio | | |
| **Diseño muestral** | 8 unidades muestrales (regiones sanitarias)<br>401 casos por unidad como mínimo<br>Sólo se pudo entrevistar a 2.050 casos en total | 7 unidades muestrales (regiones sanitarias)<br>170 casos por unidad como mínimo<br>Sólo se pudo entrevistar a 2.197 casos en total | 9 unidades muestrales (regiones sanitarias)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>2.322 entrevistas válidas |
| **Método de entrevista** | Entrevistas personales | Entrevistas personales | Encuestas en línea vía web en los mismos centros sociosanitarios |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Entre el 15 de julio y el 13 de agosto de 2003 | Del 19 de marzo al 26 de julio de 2007 | Entre mayo y septiembre de 2010 para los datos totales de Cataluña. Para cada centro el período de recogida de datos ha oscilado entre los 3 y los 5 días. |

## Resultados generales

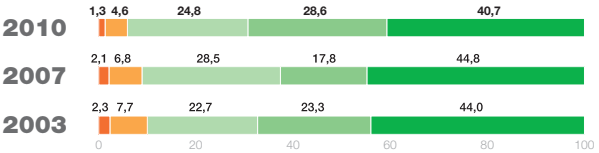



- **La incorporación de la opinión de las personas atendidas en estos servicios de salud ha sido un reto desde el punto de vista metodológico y logístico.**
- **De las 22 preguntas, 12 alcanzan niveles de excelencia (por encima del 90%), 6 se encuentran entre el 75% y el 90%, y 4 por debajo del 75%.**
- **De las que se encuentran por debajo, el permiso para informar a los familiares y el aburrimiento son las peor valoradas. En el extremo positivo encontramos aspectos como el trato y el hecho de sentirse en buenas manos.**
- **Respecto a 2003 y 2007 ha habido una mejora importante en el aspecto del permiso para informar a la familia.**

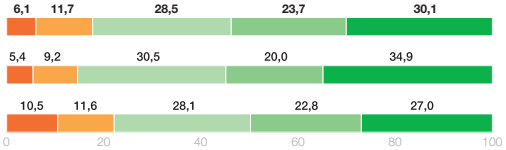
## Accesibilidad



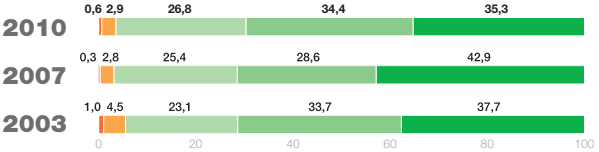

## Competencia profesional




## Información

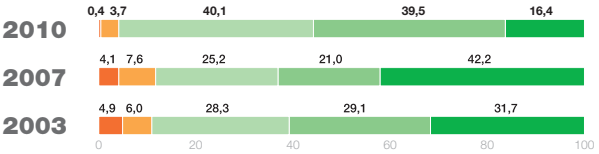



## Trato y relación personal




- En las diferentes áreas se observa una ligera tendencia de aumento del punto central en detrimento del extremo positivo.
- Las valoraciones negativas se mantienen estables; en todo caso, hay una pequeña disminución, especialmente en el área de continuidad asistencial.

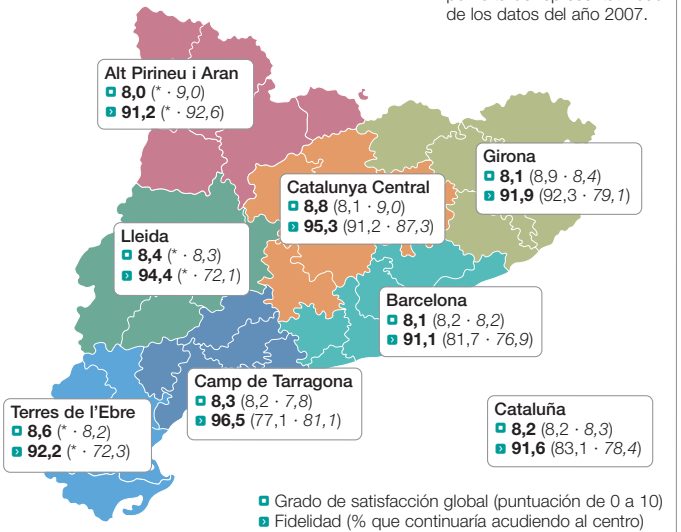
## Continuidad asistencial




Mal / Nunca · Regular / Pocas veces · Bien / A menudo · Muy bien / Casi siempre · Perfecto / Siempre

## Satisfacción y fidelidad 2010 (2007 · *2003*)

* Resultados no disponibles por falta de representatividad de los datos del año 2007.




- Grado de satisfacción global (puntuación de 0 a 10)
- Fidelidad (% que continuaría acudiendo al centro)

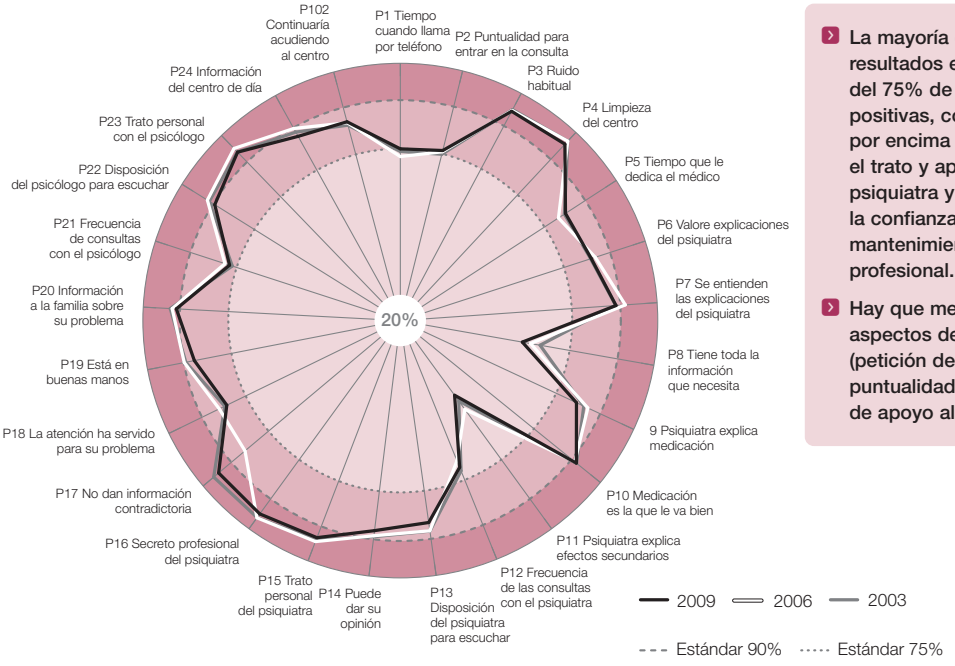
- Los valores de satisfacción superan el notable y se mantienen estables respecto a otros años.
- La fidelidad, en cambio, aumenta respecto a otros años, ya que este año es del 91,6%, cifra superior al 83,1% de 2007.

# Atención a la salud mental ambulatoria

## Ficha técnica

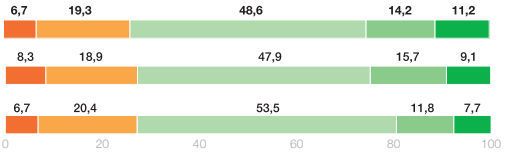
| | 2003 | 2006 | 2009 |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 18 años y más de edad que han sido atendidos en los últimos doce meses en un centro de CSMA de la línea de atención psiquiátrica y salud mental ambulatoria en Cataluña | | |
| **Marco de muestreo** | Conjunto de asegurados de 18 o más años de edad que aparecen en los registros del Conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD-SM) del CatSalut<br>Junio de 2002 a junio de 2003 | Junio de 2005 a junio de 2006 | Enero a diciembre de 2008 |
| **Diseño muestral** | 8 unidades muestrales (regiones sanitarias este año)<br>401 casos por unidad como mínimo<br>3.215 casos en total | 63 unidades muestrales (centros de salud mental ambulatoria)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>5.374 casos en total | 68 unidades muestrales (centros de salud mental ambulatoria)<br>80 casos por unidad como mínimo<br>5.586 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 8 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 30 de octubre al 22 de diciembre de 2003 | Del 7 de septiembre al 24 de noviembre de 2006 | Del 10 al 20 de septiembre de 2009 |

## Resultados generales

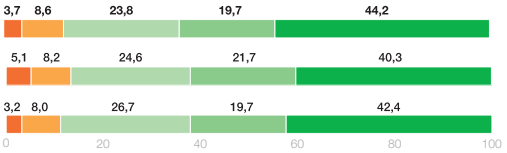



- **La mayoría de los resultados están por encima del 75% de valoraciones positivas, con 8 preguntas por encima del 90%, como el trato y apoyo del psiquiatra y del psicólogo, la confianza, el confort y el mantenimiento del secreto profesional.**
- **Hay que mejorar los aspectos de accesibilidad (petición de visita y puntualidad) e información de apoyo al tratamiento.**

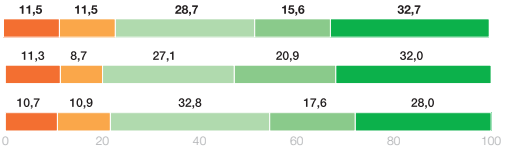
## Accesibilidad



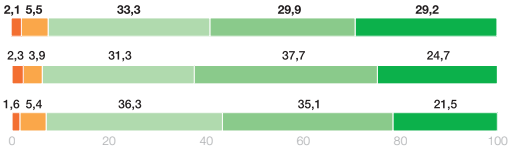

## Competencia profesional




## Información

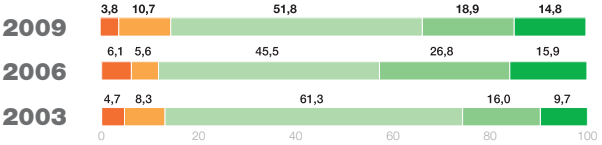



## Trato y relación personal



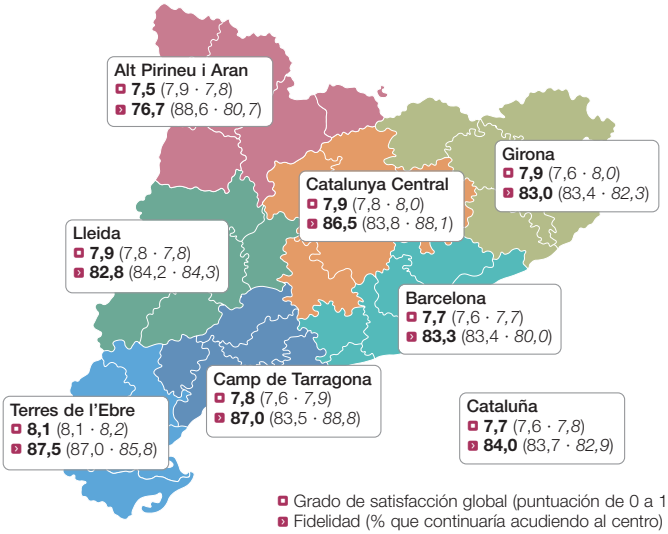

- Es la línea donde se observa más estabilidad en las respuestas por áreas y entre períodos, con mejores valoraciones positivas de los extremos.

## Continuidad asistencial




Mal / Nunca · Regular / Pocas veces · Bien / A menudo · Muy bien / Casi siempre · Perfecto / Siempre

## Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · *2003*)




Grado de satisfacción global (puntuación de 0 a 10)
Fidelidad (% que continuaría acudiendo al centro)

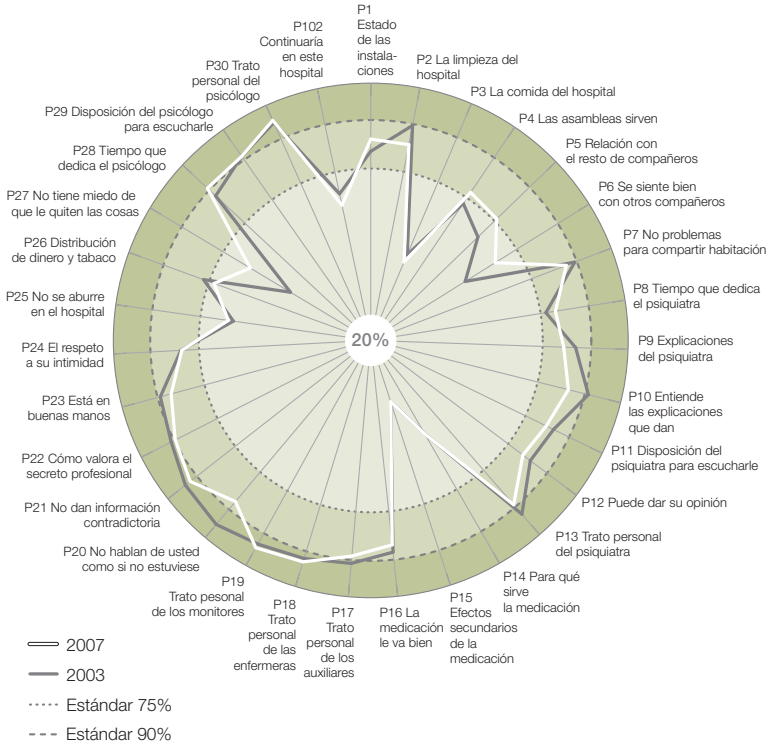
- La satisfacción supera el notable y manifiestan intención de volver al centro 8 de cada 10 ciudadanos.
- Se mantienen los valores entre períodos en el ámbito de Cataluña y en general entre territorios, aunque hay diferencias entre unidades proveedoras.

# Atención a la salud mental con internamiento

## Ficha técnica

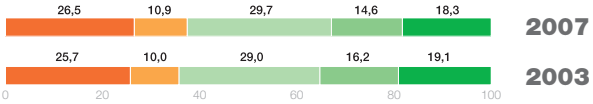
| | 2003 | 2007 | 2010* |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 18 años y más, usuarios directamente receptores del servicio de atención psiquiátrica y salud mental de media y larga estancia, ingresados en un centro con estancia superior a un mes | | |
| **Marco de muestreo** | Número de recursos de internamiento de media y larga estancia contratados por el CatSalut en el momento de realizar el estudio | | |
| **Diseño muestral** | 8 unidades muestrales (regiones sanitarias)<br>401 casos por unidad como mínimo<br>Sólo se pudo entrevistar a 829 casos en total | 7 unidades muestrales (regiones sanitarias)<br>170 casos por unidad como mínimo<br>Sólo se pudo entrevistar a 454 casos en total | |
| **Método de entrevista** | Entrevistas personales | | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 8 al 23 de septiembre de 2003 | Del 19 de marzo al 26 de julio de 2007 | |

## Resultados generales

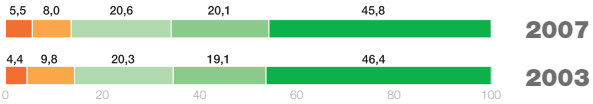



- **Esta línea de servicio es la que cuenta con menos personas entrevistadas, dada su situación de salud, frecuentemente inestable, y los largos períodos de internamiento que tienen la mayoría de las personas.**
- **A pesar de la mejora evidente entre los dos períodos, la mayoría de resultados siguen situados en la franja entre el 90% y el 75%, destacando como excelentes los que valoran la confianza, el trato y apoyo del psiquiatra y del psicólogo y la confianza.**
- **Son mejorables la información de apoyo al tratamiento, los aspectos de organización interna y de relación con otros internos, la gestión del tiempo de ocio y la comida.**

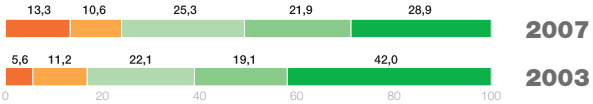
## Información




## Competencia profesional




## Trato y relación personal

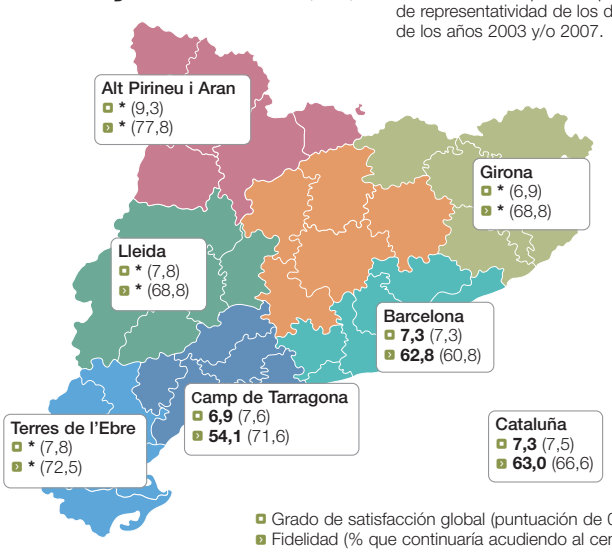



Mal — Nunca | Regular — Pocas veces | Bien — A menudo | Muy bien — Casi siempre | Perfecto — Siempre

- El número de áreas de interés valoradas es menor dadas las características de los servicios evaluados.
- La distribución de las respuestas se mantiene estable en la competencia y la información entre períodos.
- En el apartado de trato y relación con los demás internos, en 2007 se han incrementado las valoraciones negativas.

## Satisfacción y fidelidad 2007 (2003)

* Resultados no disponibles por falta de representatividad de los datos de los años 2003 y/o 2007.




Grado de satisfacción global (puntuación de 0 a 10)
Fidelidad (% que continuaría acudiendo al centro)

- La satisfacción supera el notable, y manifiestan que volverían al centro 6 de cada 10 ciudadanos, dato que representa el valor más bajo de todas las líneas estudiadas y que está relacionado con las características específicas de estos servicios.
- Se mantienen los valores entre períodos en el ámbito de Cataluña y en general entre los territorios de los que hay información.

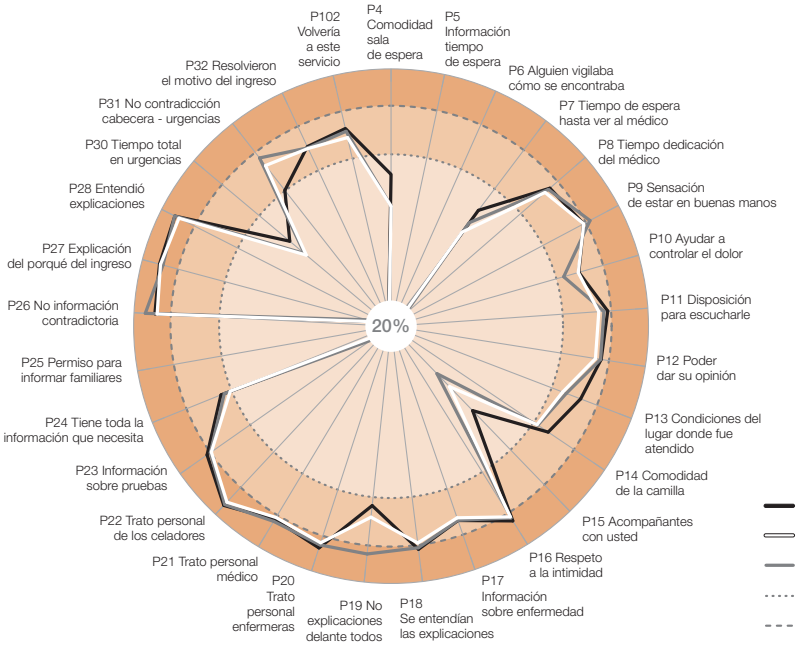
* Dado que hay una coincidencia casi total entre las áreas de interés identificadas por las personas atendidas en las líneas de servicio de atención a la salud mental con internamiento y las de la atención sociosanitaria con internamiento, en 2010 se consideró adecuado utilizar los resultados obtenidos en el estudio 2010 de atención sociosanitaria para ambas líneas cuando se trataba de un mismo centro proveedor.

# Atención hospitalaria urgente

## Ficha técnica

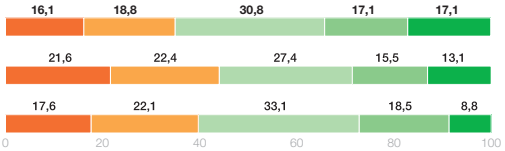
| | 2005 | 2008 | 2011 |
|---|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido atendidos por los servicios de urgencias hospitalarias | | |
| | Entre septiembre y noviembre de 2005 | Entre enero y febrero de 2008 | Entre enero y febrero de 2011 |
| **Marco de muestreo** | Registros de facturación del CatSalut correspondientes a pacientes atendidos en urgencias, de 15 años y más de edad | | |
| | Del 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2005 | Enero y febrero de 2008 | Enero y febrero de 2011 |
| **Diseño muestral** | Se ha definido como unidad muestral cada hospital con un mínimo de 2.500 altas/año en los servicios de urgencias | | |
| | 54 unidades muestrales<br>162 casos por unidad como mínimo<br>8.748 casos en total | 53 unidades muestrales<br>97 casos por unidad como mínimo<br>5.381 casos en total | 55 unidades muestrales<br>80 casos por unidad como mínimo<br>4.625 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 12 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 16 de enero al 17 de febrero de 2006 | Del 13 de mayo al 31 de julio de 2008 | Del 14 al 29 de junio de 2011 |

## Resultados generales

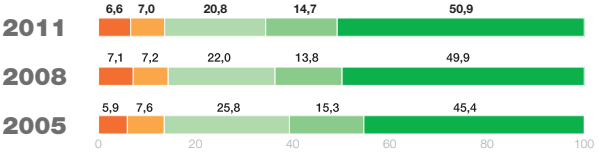



- **Un 70% de las preguntas están por encima del 75% de valoraciones positivas pero, aunque las diferencias son pequeñas, se da una tendencia de mejora en el respeto a la intimidad y en el trato del médico, así como en comodidad e información.**
- **Por tipología de hospitales, los hospitales de alta tecnología son los que están mejor valorados.**

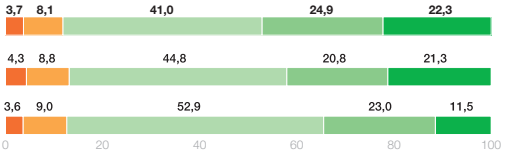
## Accesibilidad



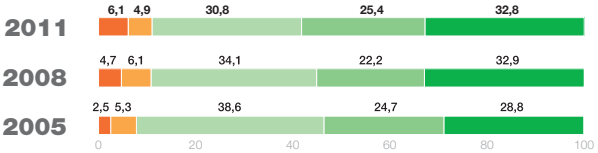

## Competencia profesional



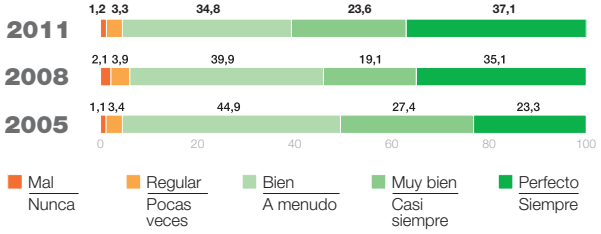

## Información




## Trato y relación personal

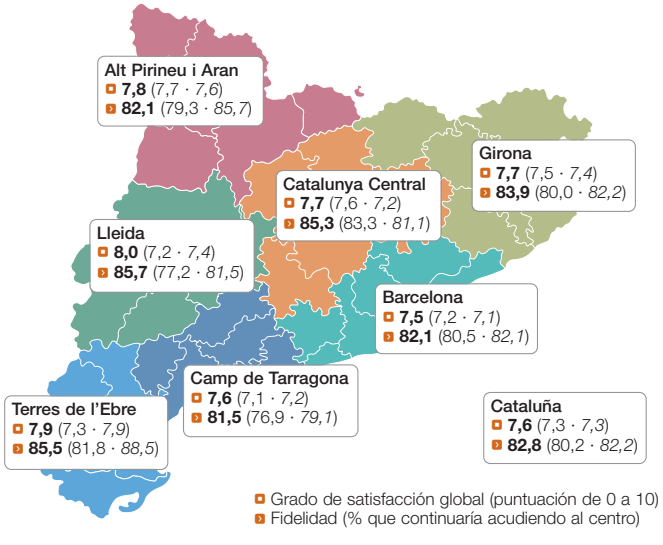



## Continuidad asistencial




- El análisis por áreas nos muestra una tendencia de los usuarios de urgencias a valorar mejor las diferentes áreas, tendiendo las respuestas hacia el extremo positivo.

## Satisfacción y fidelidad 2011 (2008 · *2005*)



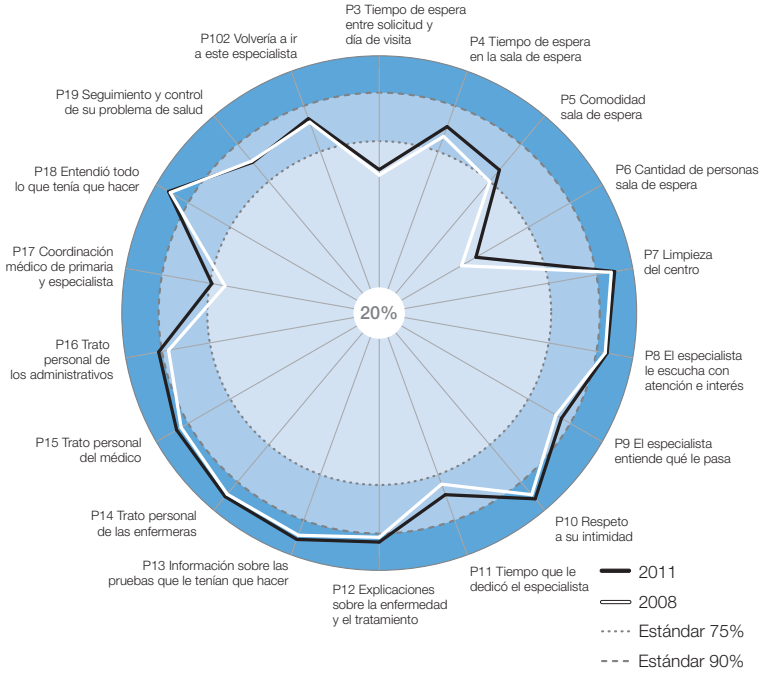

- La nota de satisfacción de 2011 es superior y se sitúa en un 7,6, con una intención de volver que aumenta, superando los datos de 2005.
- Se da una mejora generalizada de los datos en los territorios, y se mantienen diferencias entre ellos que tienen que ver con la tipología de los hospitales.

# Atención especializada ambulatoria

## Ficha técnica

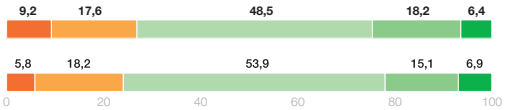
| | 2008 | 2011 |
|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido atendidos en una consulta de atención especializada ambulatoria | |
| **Marco de muestreo** | Se han seleccionado proporcionalmente registros del Registro central de asegurados, según un muestreo realizado a partir de la población de las áreas básicas de salud de referencia de cada centro de atención especializada ambulatoria y que corresponden a asegurados de 15 años o más de edad | |
| **Diseño muestral** | La unidad muestral es el centro con atención especializada ambulatoria (hospitales y CAP II con seis o más especialidades): | |
| | 80 unidades muestrales<br>124 casos como mínimo<br>7.986 casos en total | 80 unidades muestrales<br>80 casos como mínimo<br>4.950 casos en total |
| **Margen de error** | 11 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | 11 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 4 de julio al 11 de noviembre de 2008 | Del 28 de marzo al 17 de junio de 2011 |

## Resultados generales

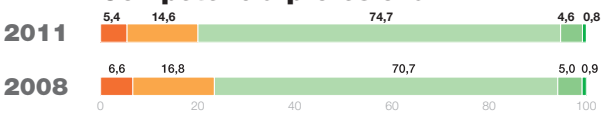



- **La mayoría de preguntas superan los valores del 75%, con 8 preguntas por encima del 90%, relacionadas con el trato y competencia de los profesionales y la información del proceso.**
- **No llegan al 75% los aspectos de accesibilidad (tiempo de espera por día de visita y número excesivo de personas en las salas de espera) y coordinación con otros niveles asistenciales y temas de información (respecto al tratamiento y a la enfermedad).**
- **Ha mejorado la confortabilidad (comodidad de la sala de espera).**
- **No hay diferencias entre tipología de centros, exceptuando los que corresponden a los denominados CAP II, que muestran valoraciones más bajas en la mayoría de preguntas, incluyendo las que valoran satisfacción y fidelidad.**

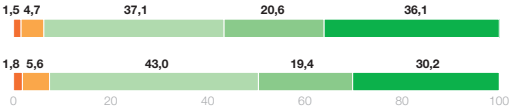
## Accesibilidad



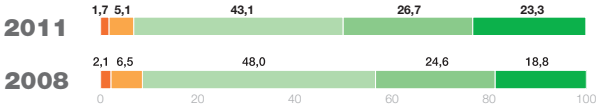

## Competencia profesional



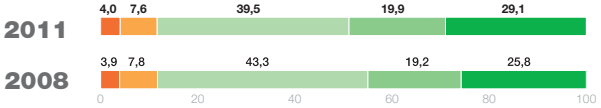

## Información




## Trato y relación personal



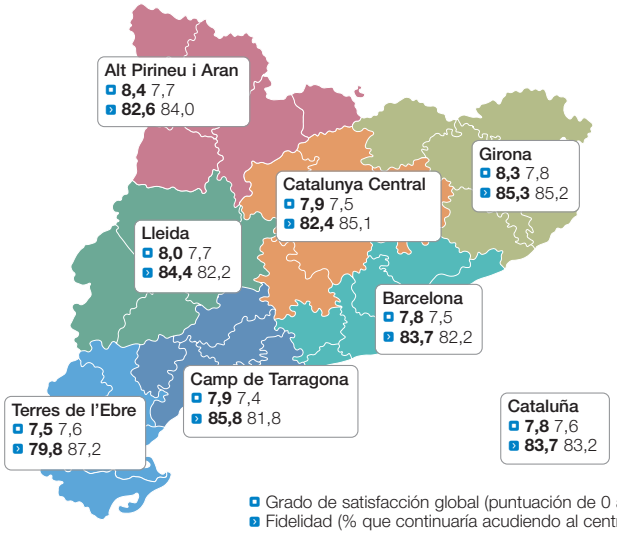

## Continuidad asistencial




Mal / Nunca · Regular / Pocas veces · Bien / A menudo · Muy bien / Casi siempre · Perfecto / Siempre

- Todas las áreas de interés tienden a valoraciones más positivas, excepto el área de la accesibilidad, donde aumentan los dos extremos por igual.

## Satisfacción y fidelidad 2011 2008



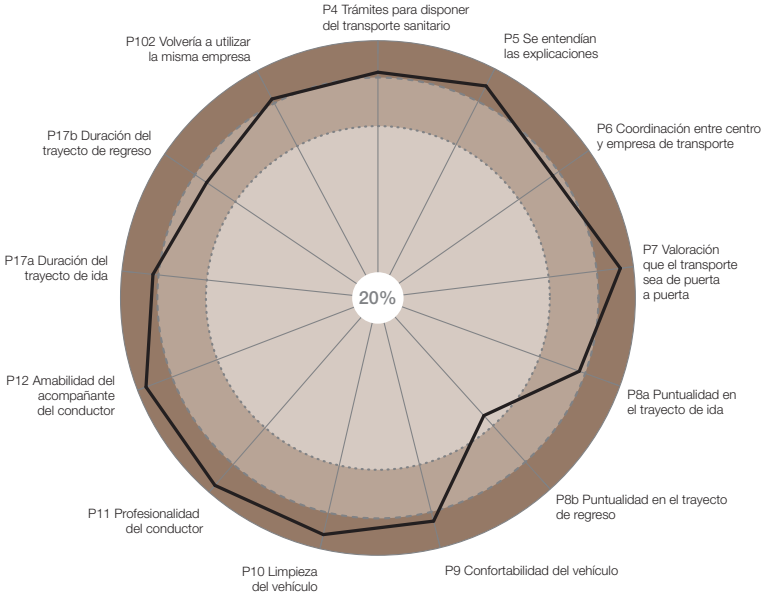

- La satisfacción supera el notable, con la intención de volver en 8 de cada 10 personas, con notas ligeramente más altas que en la edición de 2008.
- Estos valores se mantienen, en general, entre territorios, aunque se pueden observar diferencias.

# Transporte sanitario no urgente

## Ficha técnica

| | 2009 |
|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido usuarios una o más veces del servicio de transporte sanitario no urgente |
| **Marco de muestreo** | Registros seleccionados proporcionalmente a partir de los datos correspondientes a la facturación de la actividad del transporte sanitario no urgente del mes de noviembre de 2008 |
| **Diseño muestral** | La unidad muestral es el lote (unidad de contratación de esta línea de servicio):<br>19 unidades muestrales, 120 casos como mínimo, 2.237 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 9 al 31 de marzo de 2009 |

## Resultados generales



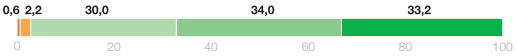

- **La mayoría de resultados están per encima del 90%, especialmente los referentes a las características técnicas y profesionales del vehículo y del conductor.**
- **Se debe mejorar la puntualidad y algunos aspectos de coordinación del proceso.**

## Accesibilidad

## Información

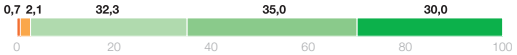
## Competencia profesional

2009




## Trato y relación personal

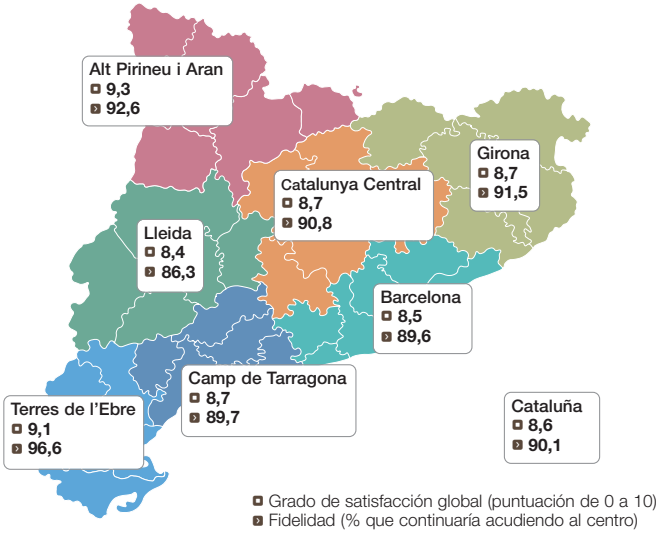
2009




Mal – Nunca | Regular – Pocas veces | Bien – A menudo | Muy bien – Casi siempre | Perfecto – Siempre

La competencia profesional, el trato y la relación personal son las áreas con mejores valoraciones, seguidas de la accesibilidad y la información.

## Satisfacción y fidelidad 2009




Grado de satisfacción global (puntuación de 0 a 10)
Fidelidad (% que continuaría acudiendo al centro)

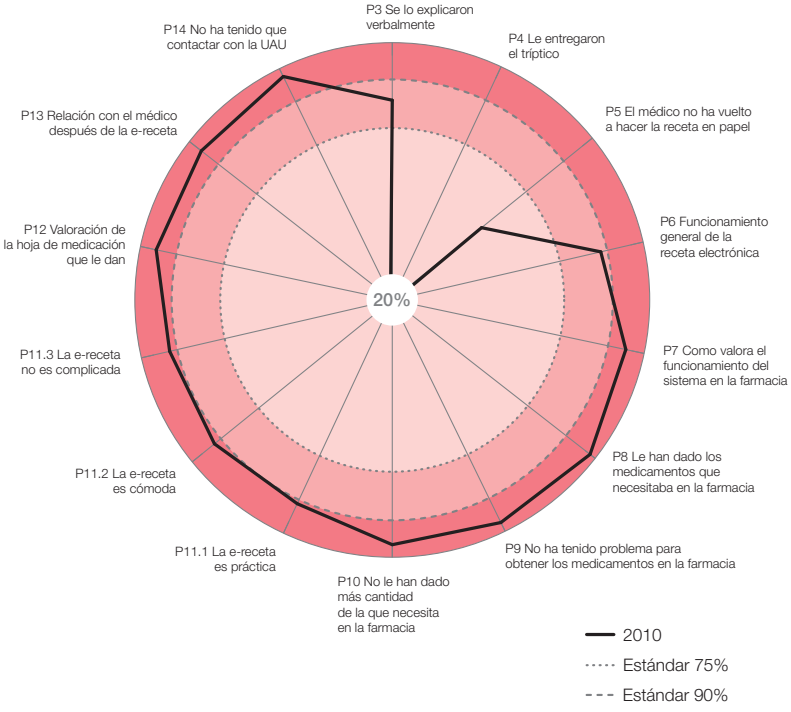
Es la línea de servicio con la puntuación de satisfacción más alta y con una intención de utilizar la misma empresa de transporte en 9 de cada 10 usuarios.

# Receta electrónica

## Ficha técnica

| | 2010 | |
|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Personas de 15 y más años residentes en Cataluña que han utilizado como mínimo una vez la receta electrónica antes del 1 de abril de 2010 | |
| **Marco de muestreo** | Estratificado por región sanitaria, con selección de forma aleatoria proporcional. Para el cálculo de la muestra se ha utilizado el registro de la receta electrónica del CatSalut del mes de marzo de 2010 | |
| **Diseño muestral** | 9 unidades muestrales (regiones sanitarias) | 150 casos por unidad como mínimo<br>2.288 entrevistas válidas |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 14 al 25 de junio de 2010 | |

## Resultados generales




- **Del total de 15 preguntas, 9 se encuentran por encima del 90% de respuestas positivas, 3 entre el 75% y el 90%, y 3 por debajo del 75%.**
- **No llegan al 75% las preguntas relacionadas con la entrega del tríptico, con la receta en papel y con si ha notado alguna diferencia o cambio con la receta electrónica.**
- **En el extremo positivo encontramos aspectos como si le han dado los medicamentos que necesitaba y si no ha tenido problemas para obtenerlos en la farmacia.**

## Competencia profesional

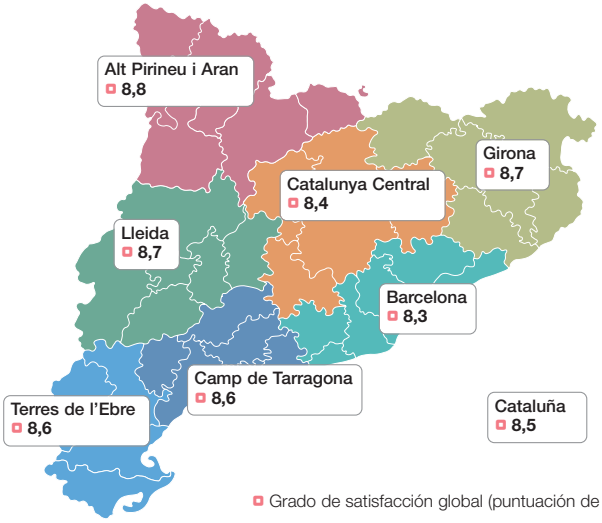
## Organización y coordinación

2010

Mal / Nunca — Regular / Pocas veces — Bien / A menudo — Muy bien / Casi siempre — Perfecto / Siempre

- El número de áreas de interés valoradas son más reducidas, dadas las características de los servicios evaluados. Por esta peculiaridad se añade el área de organización y coordinación.
- El área de competencia profesional obtiene respuestas menos negativas.
- El área de organización y coordinación obtiene respuestas más positivas.

## Satisfacción 2010




Grado de satisfacción global (puntuación de 0 a 10)

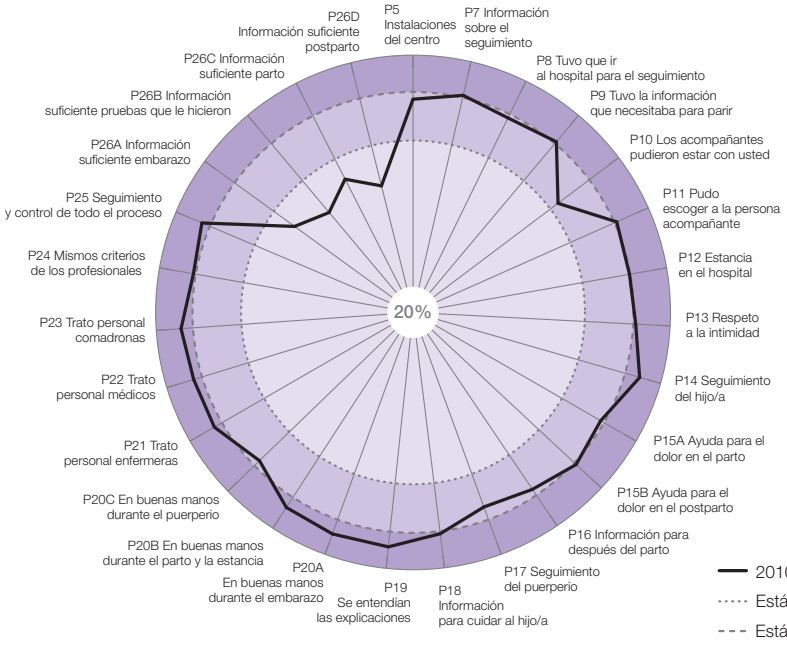
- La satisfacción supera el notable. En este caso no se ha evaluado la fidelidad, ya que deja de tener sentido la pregunta por el hecho de que la receta electrónica es un circuito y no un servicio asistencial.
- Se mantienen los valores en el ámbito de Cataluña y, en general, entre los territorios de los que existe información.

# Atención al embarazo, parto y puerperio

## Ficha técnica

| | 2010 | |
|---|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de mujeres aseguradas de 15 años y más de edad que han tenido un hijo/a | |
| **Marco de muestreo** | Extracción de datos del CMBD de modo aleatorio para cada una de las unidades muestrales, y que corresponde a mujeres aseguradas de 15 años o más de edad. En los centros con pocos casos se han recogido datos durante un período de tiempo más amplio para asegurar el número mínimo de encuestas por unidad muestral | |
| **Diseño muestral** | La unidad muestral es el hospital<br>42 unidades muestrales | 80 casos por unidad como mínimo<br>3.312 casos en total |
| **Margen de error** | 10 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% | |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador | |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 1 al 22 de junio de 2010 | |

## Resultados generales



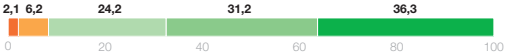

- **Del total de 27 preguntas, 15 se encuentran por encima del 90% de respuestas positivas, 8 entre el 75% y el 90%, y 4 por debajo del 75%.**
- **No llegan al 75% los aspectos relacionados con la información: información durante el embarazo, el parto, el puerperio y las pruebas que le realizaron.**
- **En el extremo positivo se sitúan aspectos relacionados con el seguimiento del hijo o hija, si se entendían las explicaciones y el hecho de sentirse en buenas manos.**

## Información

## Competencia profesional

2010

## Trato y relación personal



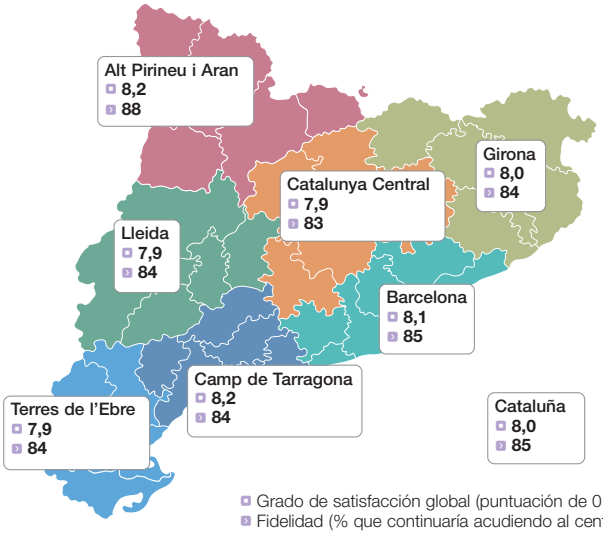

## Continuidad asistencial

2010

Mal — Nunca
Regular — Pocas veces
Bien — A menudo
Muy bien — Casi siempre
Perfecto — Siempre

- Entre las áreas de interés, destacan con menos respuestas negativas las que guardan relación con la continuidad asistencial y el trato y relación personal.

## Satisfacción y fidelidad 2010



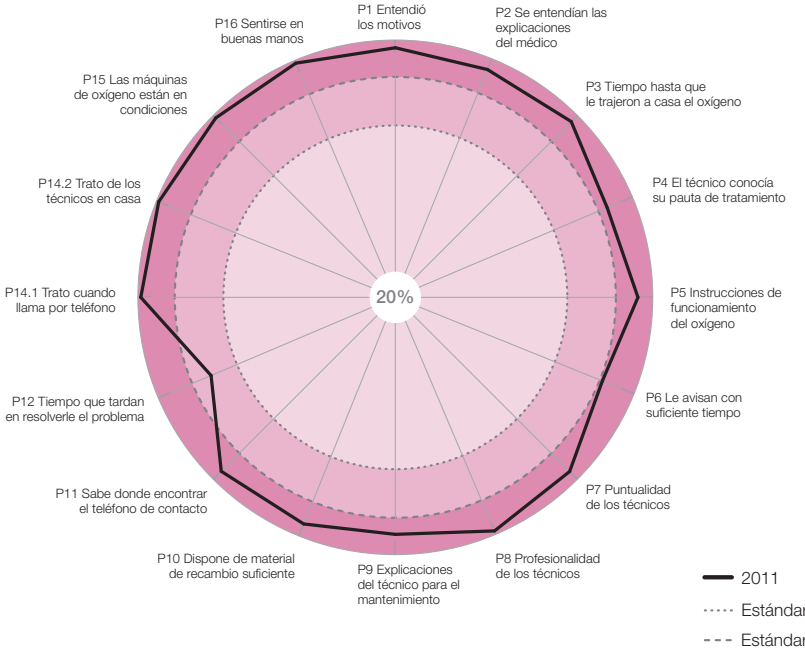

- La satisfacción obtiene un 8, mientras que el 85% de mujeres volverían a acudir a los mismos servicios.
- Estos valores se mantienen, en general, entre territorios.

# Oxigenoterapia a domicilio

## Ficha técnica

| | 2011 |
|---|---|
| **Población objeto de estudio** | Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad usuarios del servicio de oxígeno a domicilio |
| **Marco de muestreo** | Registros seleccionados proporcionalmente a partir de los datos correspondientes a la facturación de la actividad del oxígeno a domicilio del mes de enero de 2011 |
| **Diseño muestral** | La unidad muestral es el lote (unidad de contratación de esta línea de servicio):<br>16 unidades muestrales 120 casos como mínimo 1.834 casos en total |
| **Margen de error** | 2,1 puntos porcentuales<br>Nivel de confianza: 95% |
| **Método de entrevista** | Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador |
| **Período de realización del trabajo de campo** | Del 28 de junio al 7 de julio de 2011 |

## Resultados generales




- **Todas las preguntas superan los valores del 75%, con 14 preguntas por encima del 90%, y sólo dos entre el 75% y el 90%.**
- **Las preguntas menos valoradas hacen referencia al tiempo con el que le avisan cuando los técnicos tienen que venir a casa y el tiempo que tardan en resolverle algún problema relacionado con el oxígeno a domicilio. En el extremo positivo encontramos preguntas relacionadas con el trato, con la profesionalidad de los técnicos y con el hecho de sentirse en buenas manos.**

## Accesibilidad

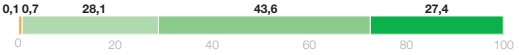
## Competencia profesional

2011

## Información

## Trato y relación personal

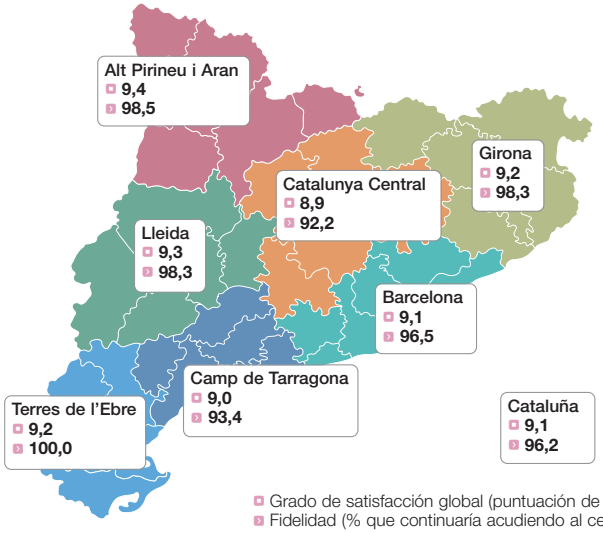
2011




Mal — Nunca
Regular — Pocas veces
Bien — A menudo
Muy bien — Casi siempre
Perfecto — Siempre

- Las áreas de interés con menos respuestas negativas son las que tienen que ver con la competencia profesional y el trato y relación personal.

## Satisfacción y fidelidad 2011




- La nota de satisfacción supera el excelente, y el 96,1% de los encuestados volverían a utilizar la misma empresa.
- Estos valores se mantienen, en general, entre territorios.

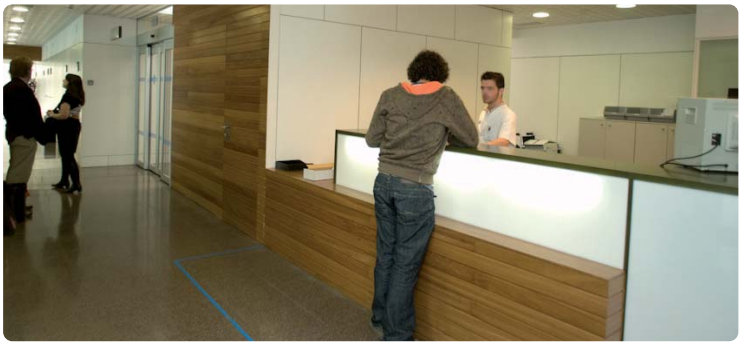
**El PLAENSA© contiene el espíritu de una verdadera política de proximidad en el ámbito de la salud.**

## APUNTE FINAL

A partir de aquí se ve como la ciudadanía, que siempre ha ocupado el centro del sistema sanitario, ha ido afianzando progresivamente su capacidad participativa en la toma de decisiones del sistema sanitario.

El Servicio Catalán de la Salud ha ido evolucionando hacia una escucha proactiva de la voz de la ciudadanía. De esperar la sugerencia para actuar ha pasado a preguntar para prever, de la participación en los consejos de Dirección y de Salud ha avanzado hacia la participación en la toma de decisiones relacionadas con los indicadores de satisfacción relevantes.

El PLAENSA© es, así pues, una muestra más de la voluntad y la necesidad de realizar una verdadera política de proximidad, la que acerca la ciudadanía y los órganos de gestión y decisión de los servicios públicos.



# 6. Bibliografía

Abalo Piñeiro J *et al*. El análisis de la importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema* 2006; 18; 4: 730-7.

Aguado H, Artigas M, Agustí E, Saura RM, Ribalta A, Suñol R. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut. *Annals de Medicina* 2005; 88: 98-100.

Aguado H, Cerdà I, Argimon JM, Murillo C, Canela J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA©. Estrategias para incoporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Medicina Clinica* (Barc) 2011; 137(Supl 2): 55-9.

Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Revista de Calidad Asistencial* 2005; 20(5): 246-50.

Amblas S. *El uso de una metodología sólida en estudios de satisfacción determina la calidad de la información*. Disponible *online* en: http://www.dep.net/publicacion/81/noticia/711/65279el-uso-una-metodologia-solida-estudios-satisfaccion-determina-calidad-informacion.html.

Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 5 (76): 423-436. Disponible *online* en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17076505.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modelling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin* 1988; (103): 411-23.

Aragon S, Gesell S. A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departaments: a multigrup structural equation modelling investigation. *American Journal of Medical Quality* 2003; 18; 6: 229-41.

Barzil K, Bedard M, Kueger P, Abernathy T, Lohfeld L, Willison K. Service preferences among family caregivers of the terminally ill. *J Palliat Med* 2005; 8(1): 69-78.

Berwick DM. Continous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-6.

Berwick DM. Improving patient care. My right knee. *Ann Intern Med* 2005; 143(3): 236-7. Disponible *online* en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15657160. [Último acceso: 9 de abril de 2010.]

Cabrera GA, Londoño JL, Bello LD. (2008). Validating an instrument for measuring the perceived quality of services received by people using hospitals in Colombia. *Revista Española de Salud Pública*; 10(3): 443-51.

Camacho FT, Feldman SR, Balkrishnan R, Kong MC, Anderson RT. Validation and reliability of 2 specialty care satisfaction scales. *American Journal of Medical Quality* 2009; 24(12): 12-8.

Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(1): 4.

Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-9.

CatSalut (2006). *Pla Director Sociosanitari*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut i Seguretat Social. Disponible *online* en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/pd_socisanitari271006.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

CatSalut (2006). *Serveis Sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2113/indicsociosan.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

CatSalut (ed.) (2004). *Els serveis sociosanitaris i l'atenció geriàtrica*. Vida als anys. Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/at_sociosan/atgeriat.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

CatSalut (ed.) (2004). *L'atenció sociosanitària a Catalunya*. Vida als anys. Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: ttp://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/at_sociosan/ atsoc2003.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

CatSalut (ed.) (2004). *L'atenció sociosanitària per a les cures pal·liatives*. Vida als anys. Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/at_sociosan/curespal.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

CatSalut (ed.) (2009). Indicadors de qualitat del sector sociosanitari. Qualitat percebuda i compra de serveis assistencials. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Disponible *online* en: http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/jornades/jqp5/jm_argimon.pdf.

CatSalut:

- http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2007/07_catsalut_resum.pdf
- http://www10.gencat.net/catsalut/archivos/publicacions/memories/2008/08_catsalut.pdf
- Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut (2003 i 2008): http://www10.gencat.net/catsalut/cat/experiencies_enquesta.htm

Casa J, Repullo JR, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria* 2003; 31(8): 527-38.

Cleary PD i Edgman-Levitan S. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspectives. *JAMA* 1997, 278(19): 1608-12.

Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a crossnational perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007; 7: 26.

Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFIC). *Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client*. SCMFC: Barcelona, 1998.

Declerq ER, Sakala C, Corry MP, Appelbaum S. *Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York, Childbirth Connection; 2006.

De Leeuw ED. *Nuevas tecnologías en la recogida de datos, diseño de cuestionario y calidad de las encuestas*. Seminario Internacional de Estadística en Euskadi. Instituto Vasco de Estadística - EUSTAT 2004. Disponible *online* en: http://www.eustat.es/prodserv/datos/Sem44.pdf.

Deming, WE. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Ed. Díaz de Santos, SA: Madrid, 1989.

Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(1): 22-9.

Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Revista de Calidad Asistencial* 2005; 20(1): 35-42.

Díaz Vázquez CA *et al*. Publicaciones de los pediatrias de atención primaria españoles en revistas científicas. 1999-2005. *Rev Ped de At Prim* 2006; 8: 235-50.

Divisió d'Atenció al Ciutadà. *Projecte DO*. *Document intern*. Servei Català de la Salut: Barcelona, 2002.

Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana: México DF, 1984.

Fitzpatrick R. Surveys of patient: I-Important General considerations. *BMJ* 1991; 302: 887-9.

Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 1981; 18(1): 39-50.

Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008; 8: 27.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al recent nascut*. Direcció General de Salut Pública: Barcelona, 2003.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Pla estratègic d'ordenació de Serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva*. Direcció General de Planificació i Avaluació: Barcelona, 2007.

Gil F, Barrasa A, Roda R. Grupos de discusión. A: F Gil i CM Alcover. *Técnicas grupales en contextos organizacionales* (pp. 171-88). Madrid: Pirámide, 2004.

González N, Quintana JM, Bilbao A, Estevan C, San Sebastián JA, Sierra E, Aizpuru F, Escobar A. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio

Vasco de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (3): 210-7. Disponible *online* a: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n3/original5.pdf.

Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004; 46: 212-9.

Granado S, Rodríguez Riero C, Olmedo MC, Chacón García A, Vigil Escribano D, Rodríguez Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Revista Española de Salud Pública* 2007; 81(6): 537-645.

Guest ML, Stamp GE. South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care. *Rural and Remote Health* 2009; 9: 1101. Disponible *online* en: http://www.rrh.org.au.

Hair JF. *Análisis multivariante*. Ed. Prentice-Hall Intl.: Madrid, 1999.

Hall JA, Dornan MC. Metaanalysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci Med* 1988; 27(6): 637.

Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfation with medical care. A meta analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 811-8.

Hendriks AA, Oort FJ, Vrielink MR, Smets EMA. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14(6): 471-82.

Hulka BS, Zyzansrey SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care* 1982; 20: 649-53.

Jäckle A, Roberts C, Lynn P. Assessing the effect of data collection mode on measurement. *ISER Working Paper* 2008; 08. University of Essex, Regne Unit. Disponible *online* en: http://www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2008-08.pdf.

Jäckle A, Roberts C, Lynn P. Telephone versus face to face interviewing: mode effects on data quality and likely causes. *ISER Working Paper* 2006; 41.

Juran JM. *Juran y la planificación para la calidad*. Editorial Díaz de Santos: Madrid, 1990.

Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M *et al*. Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116: 886-95.

Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària a Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm 1.324.

López-Viñas ML, Guzmán-Sebastián R, Tirvió-Gran C, Busquets-Bou E, Manzanera-López R. Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación. *Revista de Calidad Asistencial* 2004; 19(3): 151-6. Disponible *online* en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_ articulo=13061955&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=120&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v19n03a13061955pdf001.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de la calidad total y medicina basada en la evidencia. *Med Cli* 2000; 114: 460-3.

Lorenzo Martínez S y col. *Autoevaluación de centros sanitarios, utilizando como referencia el Modelo de Excelencia*. MSD: Madrid, 2001.

Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit* 2006; 20: 31-9.

March, JC, Prieto MA, Hernan M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13; 4, 213-9.

Martín MC, Cabré J, Ruiz L, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdós P, Roca J, Saura RM. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. *Medicina Intensiva* 2008; 32(1): 23-32. Disponible *online* en: http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n1/especial.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. La Habana, Cuba. Disponible *online* en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm.

Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin* 2000; 114(Supl 3): 26-33.

Mira JJ *et al*. SERVQUAL: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva* 1998; 5: 12-8.

Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez Jover V, Palazón I *et al*. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y en atención primaria. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(5): 273-83.

Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tiradao S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15: 36-42.

Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. Investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34(4): 161-9.

Morgan D, Krueger R. (eds.). *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications; 1998.

National Perinatal Epidemiology Unit: Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006. Oxford, NPEU; 2007.

Newsome P, Wrigt G. A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. *British Dental Journal* 1999; 1986(4): 161-5.

Palacios F, Merino M, Medina L, Zubidena M, Irigoyen V, Sánchez T. Diferencias en los costes y resultados de dos técnicas de encuesta: teléfono y correo. *Rev Calidad Asistencial* 2006; 21(1): 20-4.

Parasuraman A, Zeithmal V, Berry A. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1998; 64: 1-12.

Peters TJ, Waterman RH Jr. *En busca de la excelencia*. Ediciones Folio: Barcelona, 1984.

Pujol Ribera E, Gené Badia J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarín Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J, Escaramis-Babiano G. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria* 2006; 20(3): 209-21.

Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India –a scale to measure patient perceptions of quality–. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(6): 414-21.

Riba C, Cuxart A. Construyendo las bases para una comparación fiable: Encuesta Social Europea 2002 en España. *Revista Española de Ciencia Política* 2003; 8: 165-85. Disponible como Economics and Business Working Paper 790, UPF, en http://www.econ.upf.edu/ca/recerca/paper.php?id=790.

Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, Van der Pal K, Prins M, Green J *et al*. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* (Berkeley, Calif.). 2008; 35: 107-16.

Riveros J, Berné CM. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista Médica de Chile* 2007; 135: 862-70.

Ruyter, K, Blomers J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economc Psychol* 1997; 18: 387-406.

Sarabia, FJ *et al*. *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Colección Economía y Empresa. Ed. Pirámide: Madrid, 1999.

Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 1995; 10(5): 271-9.

Serrano del Rosal R, Loriente Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex* 2008; 50: 162-72.

Servicio Andaluz de la Salud (SAS). *La sanidad desde el otro lado*. 2002.

Servicio Andaluz de la Salud. *Encuestas de satisfacción 2008*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible *online* en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp.

Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, Bisson D, Draycott T. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG* 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02363.x

Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11(4): 319-28.

Steiner DL, Norman GR. *Health measurament scales. A practical guide to their development and use*. 2a ed. Oxford University Press: Gran Bretanya, 2001.

Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. *Rev Calidad Asistencial* 1996; 1.174-86.

Torralba L, Manzanera R, López Viñas ML. *Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya*. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2005.

Torres Moraga E, Lastra Torres J. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(4): 719-34.

Universitat Pompeu Fabra – CRES. *Dictamen relatiu a l'enquesta de satisfacció del CatSalut 2005, 2006, 2007, 2008 i 2009. Document intern*. Divisió d'Atenció al Ciutadà. Servei Català de la Salut.

Varela J, Rial A, García E. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicothema* 2003; Vol 15 (4): 656-61.

Verho H, Arnetz J. Validation and application of an instrument for measuring patient relatives' perception of quality of geriatric care. *International Journal for Quality in Heath Care* 2003; 15(3): 197-206.

Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 551-60.

Ware J, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13: 669-82.

Watkins L, Weeks A. Providing information to pregnant women: how, what and where? *BJOG* 2009; 116: 877-9.

Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009, 9:18 doi:10.1186/1471-2393-9-18.

Zamora Sánchez JJ, Blanco Rodríguez M. Indicadores de calidad en los centros sociosanitarios del grupo Capio Sanidad. Gerokomos 2007; 18(1): 24-9. Disponible *online* en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/24rincon.pdf. [Último acceso: 26 de marzo de 2010.]

Generalitat de Catalunya
**Departament de Salut**

CatSalut
Servei Català
de la Salut