



La veu de la ciutadania

Com la percepció
de la ciutadania es vincula
a la millora dels serveis sanitaris
i el sistema de salut de Catalunya

La veu de la ciutadania

Com la percepció
de la ciutadania es vincula
a la millora dels serveis sanitaris
i el sistema de salut de Catalunya

La **Ve**u de la ciutadania: com la percepció de la ciutadania es vincula a la millora dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya

Bibliografia

ISBN 9788439382805

I. Aguado, Hortensia, ed. II. Catalunya. Departament de Salut III. Servei Català de la Salut

1. Serveis sanitaris – Avaluació – Catalunya 2. Pacients – Satisfacció – Avaluació – Catalunya

614.39:658.562(467.1)

Aquest projecte no hagués estat possible sense la contribució, la col·laboració i la professionalitat de les persones, les institucions, les entitats i els grups de treball que han intervingut en totes les fases del projecte i que, sobretot, hi han regut:

Departament de Salut
Servei Català de la Salut
Institut Català de la Salut
Unió Catalana d'Hospitals
Consorci de Salut i Social de Catalunya
Centre d'Estudis d'Opinió de la Generalitat de Catalunya
Sanitat Respon

Fundació Gol i Gorina
Indeed Social Consulting
Institut d'Estudis i Professions, SL
Institut Opinòmetre, SL
Institut Universitari Avedis Donabedian
Universitat Pompeu Fabra
Universitat Miguel Hernández
Xarxa Sanitària d'Utilització Pública de Catalunya

Volem agrair especialment a les institucions i centres següents la generositat mostrada en les diferents etapes del projecte:

Clínica Barceloneta
Consorci Hospitalari de Vic
Consorci Sanitari Integral
Fundació Asil Hospital de Granollers
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 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

Març 2010

© **Departament de Salut**
Servei Català de la Salut

Direcció i coordinació
Hortensia Aguado Blázquez

Realització
Hores extraordinàries

Fotografies
Arxius del CatSalut i de l'Hospital Universitari de Bellvitge

ISBN: 978-84-393-8280-5

Impressió: Alpres
DL: 5.865-2010

Índex

Presentació de la consellera	5
Presentació del director	7
1. L'orientació a la ciutadania d'acord amb la missió del CatSalut	9
La relació amb la ciutadania en els primers anys del Servei Català de la Salut	10
L'asseguradora pública	12
El model de relació dins del sistema de salut	12
Una nova estructura directiva: la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat	14
El canvi de concepció: la percepció dels assegurats i la visió integral de l'atenció	16
Les propostes esdevenen exemples de bones pràctiques	18
2. Conèixer les preferències i expectatives de les persones assegurades per millorar la qualitat dels serveis	19
La primera edició del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005)	22
Les noves edicions del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut (PLAENSA© 2006-2009)	33
Una metodologia estesa a altres estudis complementaris	38
3. Els resultats de les enquestes del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut i el seu efecte	43
On som	44
Principals repercussions del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut	45
4. El futur, al servei de les persones	51
Les percepcions de la ciutadania i la qualitat de servei	52
La visió transversal de la salut: un nou paradigma d'actuació	53
El model d'atenció a la ciutadania	54
5. Resultats del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut per línies de servei 2003-2009	55
Atenció primària	58
Atenció hospitalària amb internament	60
Atenció sociosanitària amb internament	62
Atenció a la salut mental ambulatoria	64
Atenció a la salut mental amb internament	66
Atenció hospitalària urgent	68
Atenció especialitzada ambulatoria	70
Transport sanitari no urgent	72
6. Bibliografia	75

Presentació de la consellera

“La qualitat no succeeix per accident, ha de ser planificada.” Això ho deia Joseph Juran fa més de cinquanta anys. La recerca de la qualitat en la prestació de serveis és, doncs, una cursa de fons que implica planificació, control i el reconeixement que no sols l’assistència no és perfecta, sinó que cal seguir buscant contínuament oportunitats per millorar-la.

Això és el que el Servei Català de la Salut pretenia amb la incorporació de la Divisió d’Atenció al Client i Qualitat a la seva estructura directiva. S’havia anat fent evident la necessitat de considerar conceptes com ara l’atenció a la ciutadania, la qualitat del servei, la satisfacció dels usuaris i la millora contínua com a elements definidors de la política de salut que es volia dur a terme.

Amb l’afany de treballar en la millora contínua dels serveis de salut, i amb el convenciment que prestar un servei públic respon a l’objectiu fonamental de satisfer les necessitats de la ciutadania, el CatSalut va desenvolupar, l’any 2002, el primer Pla d’enquestes de satisfacció. Es volia recollir la veu dels usuaris del sistema de salut pel que fa a la pròpia percepció de la qualitat –que té poca cosa a veure amb la qualitat assistencial contemplada des del punt de vista del sistema sanitari– i el seu grau de satisfacció amb els serveis utilitzats.

Des de llavors, els resultats obtinguts s’han traduït en plans de millora que s’inclouen en els contractes amb les entitats proveïdores per a la compra de serveis i que ens ajuden a fer-ho cada dia millor. D’aquesta manera, la veu de la ciutadania s’ha incorporat decisivament a la presa de decisions del CatSalut: escoltem i som més transparents.

Durant tots aquests anys en què hem passat de l’escolta reactiva a l’escolta activa, del concepte de qualitat associat a la pràctica assistencial al concepte de qualitat associat a la satisfacció de les persones usuàries..., el salt qualitatiu ens ha portat a concretar un escenari més de la política de proximitat que impregna l’esperit de la governança del sistema sanitari proposat pel Departament de Salut.

És una satisfacció disposar d’una nova publicació, que se suma als nombrosos documents que detallen l’evolució que ha experimentat el Servei Català de la Salut des de la seva creació, ara fa 18 anys. És per això que vull fer un sincer reconeixement a la gran tasca feta per l’equip que ha dirigit i coordinat el llibre que avui es presenta, però també a tots els que, durant tants anys, han contribuït a fer del nostre sistema de salut un model de qualitat, proximitat i comprensió.

Marina Geli i Fàbrega
Consellera de Salut

Presentació del director

La missió del Servei Català de la Salut ha estat, des dels seus inicis el 1991, ja fa 18 anys, garantir una atenció sanitària de cobertura pública de qualitat a tota la ciutadania de Catalunya, mitjançant una adequada adaptació de l'oferta a les necessitats de la població, amb equitat, efectivitat i eficiència.

Aquest ha estat l'objectiu cap al qual s'ha encaminat, sempre, la configuració del model sanitari català. Però l'experiència acumulada i la consolidació de les infraestructures disponibles han permès afinar, cada cop més, els instruments que permeten aplicar les polítiques sanitàries dissenyades per a aquesta finalitat.

Això és el que ha passat, també, amb el paper atorgat a la ciutadania. Tenint en compte que sempre s'ha considerat que la ciutadania és el centre de tot el sistema, a poc a poc s'han anat trobant maneres d'incorporar la seva veu de forma decisòria als procediments de compra de serveis.

La participació i la comunicació amb els usuaris –amb els assegurats– ha estat des dels inicis del CatSalut un eix fonamental del sistema. En aquest sentit, ja des del 1993 es van incloure representants de les associacions de consumidors i usuaris al Consell de Salut de les regions sanitàries i als consells de participació del sectors sanitaris. I les unitats d'atenció al client ja figuraven als organigrames de les regions sanitàries. Però no n'hi havia prou, estàvem a les beceroles.

Cap instrument, per si sol, té força suficient per transformar un model, però si tots estan orientats en la mateixa direcció, llavors sí que és possible el canvi, la reorientació, i això és el que el Servei Català de la Salut ha anat fent al llarg d'aquests anys.

Actualment, a través del Pla d'enquestes de satisfacció de Catalunya (PLAENSA©), la percepció de la satisfacció per part dels usuaris s'ha arribat a integrar en el contracte amb els proveïdors, a través de les propostes de millora que es deriven de les enquestes de satisfacció que es fan periòdicament des de l'any 2002.

El camí que hem fet des de l'any 1991 fins al 2009 s'explica en el llibre que avui es presenta, així que deixaré que, sense avançar res més, descobreixi com s'està aconseguint millorar la qualitat de la prestació des del punt de vista dels usuaris i no només des del punt de vista del sistema sanitari.

Josep M. Sabaté i Guasch
Director del Servei Català de la Salut

1. L'orientació a la ciutadania d'acord amb la missió del CatSalut

▶ “Una organització només aconseguirà l'èxit a mitjà termini si és capaç de comprendre i millorar continuament la seva capacitat de satisfer i superar les necessitats i expectatives dels seus clients.”

William E. Deming

LA RELACIÓ AMB LA CIUTADANIA EN ELS PRIMERS ANYS DEL SERVEI CATALÀ DE LA SALUT

En els primers anys de posada en marxa del Servei Català de la Salut, l'actuació prioritària era necessàriament la definició del Pla de salut de Catalunya per tal de poder organitzar la prestació de serveis. En aquells moments ja es feia evident la necessitat de preguntar a la ciutadania per poder ordenar la demanda, de manera que la cartera de serveis pogués cobrir les necessitats dels assegurats, cosa que es va fer a través de l'Enquesta de salut portada a terme per primera vegada el 1994.

Aleshores ja es tenia clar que el model sanitari havia de ser descentralitzat i participatiu. Per això, pel que fa a la representació ciutadana, quan es van constituir el Consell de Direcció, el Consell de Salut del Servei Català de la Salut i els consells de salut de les regions sanitàries, s'hi van incorporar representants de les associacions de consumidors i usuaris. Aquesta participació, però, era molt formal i només podia ser col·lectiva i, en tot cas, només de les associacions més representatives a cada territori. Paral·lelament a aquesta participació i de manera gradual es va començar a treballar la política d'informació i relació amb la ciutadania, així com la imatge corporativa de l'organització i del sistema sanitari.

A partir de 1994, el Servei Català de la Salut va avançar en el desenvolupament i la definició de les unitats d'atenció a l'usuari a les regions sanitàries i als sectors sanitaris, alhora que en la contractació amb les entitats proveïdores començava a prioritzar que els centres sanitaris disposessin de serveis d'atenció a l'usuari.

El 1996 s'havia fet a Catalunya, per encàrrec del Servei Català de la Salut i de l'Institut Català de la Salut, una enquesta telefònica a 16.783 persones per conèixer el grau de satisfacció de la població atesa en els centres d'atenció primària. Els aspectes més ben valorats van ser el tracte i la capacitat dels professionals, mentre que l'opinió sobre l'accessibilitat, la informació i el confort de les instal·lacions va ser menys favorable.

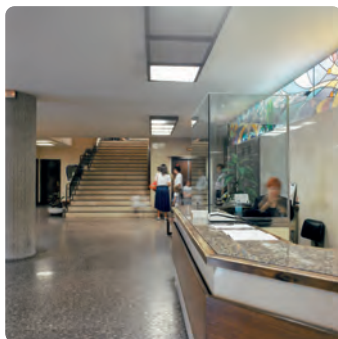
El mateix any es va elaborar la instrucció que establia per primera vegada el marc general relatiu al procediment de gestió i tramitació de les reclamacions i suggeriments presentats pels usuaris de la xarxa sanitària pública. Aquesta instrucció, la 3/96, partia del principi que tant les reclamacions com els suggeriments poden ser considerats com a manifestacions dels drets de la ciutadania que usen els serveis sanitaris públics,

ahora que representen un dels mecanismes per a la recollida d'informació sobre l'opinió del usuari. Per tant, contribueixen a la participació dels usuaris en la millora de la qualitat dels serveis sanitaris.

El 1998 es va dur a terme la **I Jornada sobre atenció al client: polítiques i estratègies de les organitzacions de salut a les portes de 2000**. La jornada recollia propostes per al procés de canvi en qüestions vinculades a la relació amb les persones usuàries, marcat per la presa de consciència que el protagonista i eix de totes les actuacions havia de ser la persona, que havia de ser tractada com a client.

Així, al final de la dècada dels noranta, el conjunt d'actuacions s'orientaven a millorar les relacions de la ciutadania amb el sistema sanitari. A partir de llavors, però, es va començar a intuir que, a més de l'avaluació i millora de la qualitat assistencial, era molt important saber quins són els aspectes que la ciutadania té en compte a l'hora de sentir-se satisfeta amb un servei i pensar que, efectivament, el Servei Català de la Salut ha donat resposta adequadament a les seves necessitats.

> Fins al final dels noranta, les actuacions s'havien orientat a millorar les relacions de les persones usuàries amb el sistema sanitari.



➤ Amb l'impuls del CatSalut com a asseguradora pública es reforçava el rol central que s'atorgava a la ciutadania dins del sistema de salut, ja que així es perfilava un model de garanties en el qual s'establien drets i deures per a les persones assegurades i l'asseguradora.

L'ASSEGURADORA PÚBLICA

L'any 2000 el Servei Català de la Salut (anomenat a partir de llavors CatSalut en forma abreujada) va reafirmar i impulsar la seva funció d'asseguradora pública, ja reconeguda a la LOSC, com a punt de partida per definir les relacions amb el que aleshores era el Departament de Sanitat, els proveïdors i la ciutadania. El fet que el CatSalut es definís com una asseguradora era fonamental en l'evolució del rol que s'atorgava a la ciutadania dins del sistema de salut. Des del punt de vista del Departament, les persones es defineixen com a ciutadans i ciutadanes. Per a les entitats proveïdores són clients. Per al CatSalut són assegurats.



El model relacional del Servei Català de la Salut s'havia de bastir bàsicament des d'aquesta perspectiva, ja que la condició de persona assegurada atorga clarament uns drets i estableix unes obligacions.

EL MODEL DE RELACIÓ DINS DEL SISTEMA DE SALUT

Naturalment, aquesta relació va fer variar enormement el plantejament inicial, ja que obligava el CatSalut a donar-se a conèixer com a asseguradora, i com a tal a fer una assignació rigorosa dels nivells de cobertura, a tenir un registre integrat i únic de reclamacions, a fer escolta tant reactiva com proactiva, a conèixer de manera vàlida i fiable els aspectes defi-

citaris dels serveis sanitaris, a ajustar les expectatives dels assegurats d'ideals a possibles... S'obria, doncs, un camp que obligava necessàriament a articular una infraestructura suficient dins el CatSalut que organitzés i garantís aquest model relacional.

En aquesta etapa els centres sanitaris, sobretot els hospitals, disposaven d'unitats d'atenció a l'usuari, ja que el model d'acreditació dels hospitals de Catalunya vigent des de 1983 (l'última actualització del qual es va fer el 17 de gener de 2006) feia referència explícita a les característiques de les unitats d'atenció a l'usuari, així com a les seves funcions de suport a les persones usuàries.

La progressiva consolidació d'aquestes unitats d'atenció a l'usuari als centres sanitaris va permetre iniciar activitats dirigides a l'escolta de les persones i es va potenciar la formació de l'estructura necessària de professionals que actuaven en aquest àmbit amb l'objectiu de facilitar l'accessibilitat de la ciutadania al sistema sanitari i millorar la gestió de les seves demandes. En línia amb aquestes actuacions, alguns territoris i proveïdors –especialment els centres de l'Institut Català de la Salut–, feien de manera heterogènia enquestes d'opinió i analitzaven periòdicament els motius de les reclamacions i dels suggeriments que els ciutadans havien presentat a les entitats proveïdores i al CatSalut. L'anàlisi d'aquesta informació ja permetia detectar part dels punts febles de l'organització i prendre mesures per millorar-los.

La gestió de les unitats d'atenció a l'usuari i aquestes iniciatives evidencien la voluntat de tenir en compte l'usuari en el moment de la prestació assistencial, si bé fins aleshores la filosofia i l'enfocament de l'atenció a la ciutadania consistien a actuar a partir de la iniciativa del ciutadà (normalment en forma de reclamació o suggeriment), considerant com a objectiu primer d'aquesta actuació la resposta “de finestreta” a l'actuació individual. Faltava, doncs, abordar els instruments que permetrien vincular la veu del client amb l'organització del sistema.

En aquests moments es va començar a introduir el concepte d'actuació “proactiva”, més aviat entès com a “anticipació”, contraposat als plantejaments exclusivament reactius (de resposta a les demandes).

La intenció, aleshores, era anticipar-se als problemes més freqüents o que podien provocar més alerta social, i millorar, així, l'opinió pública sobre els serveis.

> La consolidació de les unitats d'atenció a l'usuari dels centres sanitaris –que s'havien començat a instaurar als anys vuitanta– va permetre iniciar activitats d'escolta proactiva de les persones.

▶ A partir de 2000 es va fer més evident la necessitat de disposar d'estratègies de participació de la ciutadania en la governabilitat de les institucions.

▶ El concepte “qualitat” es va introduir com una part essencial de la política sanitària de Catalunya, com ho demostra la creació de la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat.

UNA NOVA ESTRUCTURA DIRECTIVA: LA DIVISIÓ D'ATENCIÓ AL CLIENT I QUALITAT

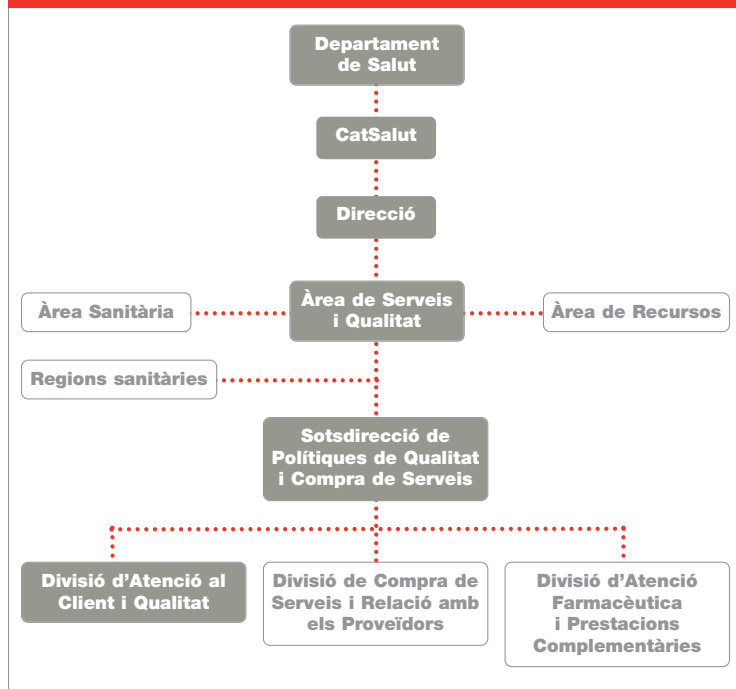
Per respondre millor als objectius estratègics que el CatSalut s'anava formulant, a partir de l'any 2000 hi va haver algunes reestructuracions en el model organitzatiu i de responsabilitats. Així, el Govern de la Generalitat va assignar la funció planificadora al Departament de Sanitat, mentre que el Servei Català de la Salut refermava el seu rol d'asseguradora pública. En aquest context es va crear, l'any 2000, la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat que, amb la modificació de l'estructura del CatSalut el 2005, va evolucionar cap a la Divisió d'Atenció al Ciutadà.

A partir d'aquí es va fer necessari consolidar una estructura, tant als serveis centrals com a les regions sanitàries, que permetés desplegar les competències relacionades amb la descentralització, la coordinació entre proveïdors i la promoció de la continuïtat assistencial. Però el més important per al projecte d'orientació a les persones era promoure les estratègies de participació de la ciutadania en la governabilitat de les institucions per tal d'acostar-la a l'Administració sanitària. És per això que els àmbits d'atenció al client van esdevenir punts de contacte de la ciutadania amb el CatSalut i van assumir la responsabilitat de facilitar el model relacional entre el CatSalut i els seus assegurats.

Com es pot comprovar en l'organigrama que creava el Decret citat anteriorment, la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat estava integrada en l'Àrea de Serveis i Qualitat, el nom de la qual reflecteix clarament que, el 2000, el concepte “qualitat” havia esdevingut una part fonamental de la política sanitària de Catalunya, més enllà dels aspectes avaluadors i de control clàssics.



La Divisió d'Atenció al Client i Qualitat en l'organigrama del CatSalut l'any 2000



Els àmbits d'actuació de la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat

La Divisió d'Atenció al Client i Qualitat es va crear amb l'objectiu d'executar les actuacions adreçades a garantir la qualitat dels serveis i les prestacions del sistema sanitari públic.

En aquest context, les funcions de la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat del CatSalut es van concretar en dues funcions:

1. Gestió integral de la demanda: valoració, anàlisi i gestió activa de les necessitats de la ciutadania, i ús preventiu del càlcul de risc i generació d'instruments de prevenció i atenció de grups d'usuaris o pacients amb problemes de salut específics.
2. Dinàmica d'atenció directa al client (el 2000 encara es feia referència al ciutadà com a "client") potenciada amb estratègies actives d'escolta de la ciutadania.

Des de llavors fins a l'actualitat, la política de relacions amb la ciutadania avançarà marcada per quatre àmbits d'actuació essencials, articulats des de la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat, que en l'actualitat es denomina Divisió d'Atenció al Ciutadà:

- Identificar les persones usuàries del sistema públic i el seu nivell d'assegurament, incloent-hi la coordinació, emissió i distribució de les targetes sanitàries i el manteniment dels registres necessaris.
- Portar a terme les actuacions que permetin garantir la màxima accessibilitat de la ciutadania al sistema sanitari.
- Coordinar l'atenció a les reclamacions i els suggeriments de la ciutadania, i proposar actuacions de millora.
- Vetllar per la satisfacció en l'atenció que rep la ciutadania.

EL CANVI DE CONCEPCIÓ: LA PERCEPCIÓ DELS ASSEGURATS I LA VISIÓ INTEGRAL DE L'ATENCIÓ

A poc a poc es va anar perfilant la idea d'una política integral d'atenció a partir d'un model de coneixement dels assegurats seguint un doble abordatge. D'una banda, amb l'estandardització de les activitats d'escolta per donar resposta eficaç i homogènia a les demandes dels assegurats a través de l'anàlisi integrada de suggeriments i reclamacions, amb noves vies d'accés de l'usuari a través d'internet (web, correu electrònic). I un segon abordatge, de caràcter proactiu, en el qual hi havia una clara aposta per conèixer quina era la valoració que la ciutadania feia dels serveis sanitaris amb l'objectiu d'utilitzar la informació per a la gestió dels centres proveïdors del CatSalut. Aquest va ser un canvi de posició important.



Per tal d'apropar les estructures de decisió a la ciutadania es va iniciar una etapa de descentralització i desconcentració cap a les unitats territorials més properes als ciutadans, amb l'objectiu últim de reduir les desigualtats, incrementar la satisfacció amb els serveis, coresponsabilitzar-los en el bon ús dels serveis i poder establir prioritats. S'esperava que l'aplicació d'aquests principis repercutís en la ciutadania de forma que s'obrissin fluxos de diàleg i es generessin polítiques congruents amb les necessitats de salut dels ciutadans. Així mateix, es van impulsar mecanismes de mesura del funcionament del sistema sanitari, per tal de conèixer i analitzar la qualitat dels serveis en termes de satisfacció de la ciutadania.

Tot i que cadascuna d'aquestes línies de treball va suposar el desenvolupament d'importants projectes per al CatSalut, aquesta publicació se centra en la descripció detallada del funcionament i el valor del Pla d'enquestes de satisfacció i els seus efectes com una de les eines d'avaluació rellevant del model sanitari català.

El Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut (PLAENSA©) és bàsicament una eina d'avaluació i de proposta de millores dels serveis que presta l'asseguradora pública a través de les entitats proveïdores contractades. La detecció d'insatisfaccions i deficiències esdevé una virtut del sistema, perquè detectar-les permet millorar-les.

És una eina feta amb absolut rigor, amb una metodologia comuna científicament validada i contrastada que s'ha anat dibuixant amb un ampli consens del sector, per garantir el compromís i la participació en decisions clau del desenvolupament posterior. En el capítol següent s'explica detingudament la metodologia que fonamenta el Pla d'enquestes i garanteix l'obtenció dels indicadors necessaris en cada línia de serveis en què s'aplica.

La innovació que comporta l'avaluació de la satisfacció ciutadana amb el sistema sanitari és la introducció, de manera estable i periòdica, d'objectius de millora anuals en els contractes de compra de serveis sanitaris i socio-sanitaris a les entitats proveïdores.

➤ La política integral d'atenció als assegurats té en compte l'estandardització de respostes, l'escolta proactiva i la informació per a la gestió dels centres i del sistema de salut.

➤ El PLAENSA© ha resultat innovador tant per l'abast metodològic que s'ha proposat com pels seus continguts.

▶ El PLAENSA© ha permès avançar en l'estratègia del CatSalut d'orientació de les organitzacions sanitàries a les necessitats i expectatives de la ciutadania.

LES PROPOSTES ESDEVENEN EXEMPLES DE BONES PRÀCTIQUES

El Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut ha resultat innovador tant en el nostre entorn com en altres realitats, i tant en l'Administració pública com en altres àmbits.

Aquesta innovació ha inclòs tant la metodologia utilitzada com els principis estratègics en què se suporta, de manera que es pot afirmar que el model de mesura de l'opinió i satisfacció de la ciutadania ha esdevingut un exemple de bona pràctica, a partir d'iniciatives com les que es resumeixen a continuació.

BONES PRÀCTIQUES A L'ADMINISTRACIÓ

El Pla d'enquestes s'ha presentat periòdicament en els comitès de Direcció i de Gestió del CatSalut, del Departament de Salut i de les regions sanitàries, dels governs territorials de salut, així com en algunes entitats proveïdores.

S'ha utilitzat com a model en sessions de treball amb altres administracions en l'Escola d'Administració de Catalunya i en els departaments de Salut de les comunitats de Castella i Lleó, Comunitat Valenciana i Servei Madrileny de Salut.

Està incorporat a les publicacions periòdiques corporatives del CatSalut i del Departament de Salut.

PROJECCIÓ EN L'ÀMBIT SANITARI

Els resultats i els avenços aconseguits es presenten periòdicament a les comunitats científica i social, en els àmbits de Catalunya i de l'Estat espanyol, en el marc de congressos i jornades.

Els qüestionaris se cedeixen a altres comunitats autònomes i centres sanitaris de països de parla hispana.

La informació i el model de millora de la qualitat s'utilitzen en l'àmbit acadèmic, en cursos de gestió sanitària de postgrau i de mestratge de la Universitat de Barcelona i de la Universitat Autònoma de Barcelona.

2. Conèixer les preferències i expectatives de les persones assegurades per millorar la qualitat dels serveis

➤ **“És impossible descriure correctament la qualitat sense tenir en compte el punt de vista del client.”**

Avedis Donabedian

➤ **L'opinió de la ciutadania constitueix un instrument de participació en la millora de la qualitat de l'assistència sanitària.**

Per al sistema de qualitat d'una organització sanitària és bàsic obtenir informació sobre les preferències i expectatives de les persones a qui van destinats els serveis, sobre què es considera rellevant en cada moment i sobre com canvien aquestes preferències i expectatives. Tot amb l'objectiu d'enfocar l'organització cap a les seves necessitats. En aquest context, quantificar la satisfacció permet avaluar l'acceptació dels esforços de planificació i provisió de serveis, i complementar els aspectes d'eficiència i efectivitat. Cal ser conscient, però, que la satisfacció és un concepte relacionat amb una gran varietat de factors, com ara els estils de vida de les persones, les seves experiències prèvies, les expectatives de futur i els diferents valors de l'individu i de la societat. Així mateix, pot variar segons el context social, ja que pot estar determinada pels hàbits culturals dels diferents grups socials.

D'acord amb les teories sociològiques més acceptades, el nivell de satisfacció amb els serveis sanitaris està clarament relacionat amb el grau d'adequació entre les expectatives dipositades *a priori* i la percepció final del servei rebut per part de les persones usuàries.

LES PRINCIPALS RAONS PER MESURAR LA SATISFACCIÓ AMB ELS SERVEIS DE SALUT

- **Proporciona un *feedback* imprescindible per a la gestió i l'optimització dels recursos sanitaris.**
- **És un dels actius de les organitzacions per aconseguir millores competitives i resultats estables a mitjà termini.**
- **És un predictor de les reaccions i els comportaments dels usuaris.**
- **És un dels pilars bàsics del model europeu de l'European Foundation for Quality Management (EFQM) amb relació a la millora de la gestió dels serveis d'atenció sanitària.**

L'opinió expressada per la ciutadania ofereix una informació essencial per conèixer el funcionament dels serveis sanitaris des del seu punt de vista i constitueix un instrument de participació d'aquests en la millora de la qualitat de l'assistència sanitària. Tal com afirmava Avedis Donabedian, considerat el pare de la qualitat assistencial, és impossible descriure correctament la qualitat sense disposar del punt de vista del client, ja que la seva opinió proporciona informació referent a l'èxit o fracàs del sistema sanitari per cobrir les seves expectatives. L'atenció de qualitat

va més enllà de la qualitat tècnica, de la competència dels professionals i de l'efectivitat diagnòstica i terapèutica; cal assolir la satisfacció del client que es produeix a partir de l'experiència global viscuda. És per això que en els últims anys els estudis de la satisfacció respecte dels serveis sanitaris s'han convertit en un instrument de valor creixent tant en el màrqueting com en la investigació sobre aquests serveis.

A les societats occidentals és comú avaluar la qualitat dels serveis sanitaris mitjançant la mesura del nivell de satisfacció dels seus usuaris. El Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut (PLAENSA©) impulsat al començament d'aquesta dècada s'emmarca en aquest context i ha resultat innovador en el nostre entorn tant per l'abast que es proposava com pels seus continguts, tal com es detalla en els apartats següents. El PLAENSA© ha permès disposar del coneixement necessari per avançar en una de les línies estratègiques prioritàries del CatSalut: l'orientació de les organitzacions sanitàries a les necessitats i expectatives de la ciutadania.

Al web del CatSalut hi ha la informació de tot el projecte PLAENSA© des de l'inici, els documents amb la metodologia seguida i els resultats de cadascun dels estudis. A tall d'exemple, es pot dir que durant l'any 2009 (de gener a novembre) s'han visitat 10.818 pàgines del PLAENSA©, 2.526 de les quals eren en català, 1.620 en castellà i 1.669 la taula resum de tots els estudis, amb 1.169 arxius descarregats en format pdf.

> El nivell de satisfacció amb els serveis sanitaris està clarament relacionat amb l'adequació entre expectatives i percepció final del servei rebut.



La primera edició del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005)



Les primeres aproximacions a la mesura de la satisfacció de la ciutadania que es van dur a terme al CatSalut van ser fruit d'una aproximació prèvia a altres estudis i experiències al voltant de la qualitat percebuda i la mesura de la satisfacció.

Fins a aquell moment, la informació disponible sobre el grau de satisfacció dels assegurats del CatSalut s'havia obtingut per iniciativa de les entitats proveïdores, amb l'inconvenient que comportaven l'heterogeneïtat de metodologies i els diferents sistemes d'avaluació, la qual cosa feia difícil la integració i comparació dels resultats. Tot i això, els resultats obtinguts eren similars als publicats en la literatura internacional i nacional i als d'altres serveis autonòmics de salut.

A la vista d'aquesta diversitat, es va fer evident que, per disposar d'un coneixement vàlid, fiable i objectiu de l'opinió i satisfacció dels assegurats del CatSalut que permetés la presa de decisions, calia utilitzar una metodologia homogènia. I també, un lideratge clar del CatSalut, que es va materialitzar en el Pla d'enquestes de satisfacció.

Planificació del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut

	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Atenció primària	●		●			●			●
Atenció hospitalària amb internament	●		●			●			●
Atenció sociosanitària amb internament	●			●			●		
Atenció a la salut mental ambulatoria	●		●			●			●
Atenció a la salut mental amb internament	●			●			●		
Atenció hospitalària urgent		●			●			●	
Atenció especialitzada ambulatoria					●			●	
Transport sanitari no urgent						●			●

PRINCIPIS DEL PLAENSA© 2003-2005

- Metodologia comuna
- Metodologia científica validada i contrastada
- Avaluació comparada de resultats
- Identificació d'àrees d'excel·lència i millora
- Identificació de factors predictors
- Aspectes comuns entre línies de servei

Al març de l'any 2002 va arrencar la primera edició del Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut. La raó de ser d'aquest projecte era estudiar l'opinió i satisfacció de tots els assegurats del CatSalut de manera contínua i seguint una metodologia comuna, científicament validada i contrastada, que també permetés una avaluació comparada de resultats entre els diferents proveïdors de cada línia de servei. Aquesta aproximació havia de facilitar, així mateix, la identificació d'àrees d'excel·lència i de millora per línia de servei. A més, permetia identificar i mesurar els aspectes comuns de satisfacció dels assegurats entre les línies de servei i identificar, a partir dels qüestionaris utilitzats, els que poden influir en la satisfacció o factors predictors, de gran utilitat per al CatSalut en la seva funció de comprador de serveis.

En aquell moment es van desenvolupar i validar qüestionaris de satisfacció d'assegurats específics per a cada línia de servei:

- Atenció primària (medicina general i infermeria)
- Atenció hospitalària (internament d'aguts)
- Atenció sociosanitària amb internament (llarga estada, convallescència i cures pal·liatives)
- Atenció a la salut mental, amb dos qüestionaris (centres de salut mental d'adults i internament de mitjana i llarga estada)

A aquests s'hi va afegir l'any 2005 l'atenció hospitalària urgent.

▶ El projecte del PLAENSA© té el valor afegit d'un ampli consens entre els proveïdors de serveis sanitaris, les organitzacions corporatives i el CatSalut com a comprador dels serveis.



UNA METODOLOGIA RIGOROSA

El disseny metodològic rigorós, les estratègies orientades a aconseguir el consens i la comunicació permanent del projecte, que s'ha mantingut fins a avui, han seguit unes pautes comunes per a totes les línies d'atenció estudiades. Per a cada línia de servei i cada producte estudiat el projecte es desenvolupa en tres fases: disseny, realització i comunicació.

En l'etapa de **disseny** es creen els instruments adients per definir les dimensions, incloent-hi les eines de mesura, partint d'una revisió bibliogràfica, la consulta a professionals i organismes nacionals i internacionals, així com la recerca d'altres instruments i experiències.

A través de la revisió de la informació obtinguda es defineixen els principals atributs o dimensions necessaris per mesurar la satisfacció, sense deixar de banda les variables socioculturals, que poden condicionar aspectes de la satisfacció compartits per grups d'edat o zona de procedència. A continuació, s'identifiquen les àrees d'interès dels assegurats fent ús de tècniques qualitatives, com ara grups focals i entrevistes, que ajuden a definir les característiques del qüestionari final preparat per a la validació.

L'etapa de **realització** comprèn la planificació i l'execució del treball de camp que permet l'obtenció de resultats fiables i vàlids. D'entrada es fan el càlcul mostral i la selecció de casos, seguidament es desenvolupa el treball de camp i, finalment, l'anàlisi dels resultats obtinguts per cada línia de servei i/o producte.

Aquesta metodologia comuna permet conèixer els valors d'aspectes d'interès comuns a totes les línies de servei, que s'agrupen en les dimensions del tracte, la informació, la confiança o l'accessibilitat. Cal apuntar, però, que en cada cas el desenvolupament d'algunes etapes es condiona a les característiques intrínseques de la línia estudiada i dels requeriments de l'estudi, com poden ser, per exemple, el sistema de mostreig específic segons la unitat d'anàlisi estudiada, ja sigui regió sanitària, hospitals o sector sanitari.

Finalment, en la **comunicació** del projecte i dels resultats hi ha dues fases: una de prèvia en relació amb els objectius, els terminis del projecte i els resultats esperats i obtinguts, i una de final d'informació i comunicació tant interna com externa adreçades al Departament de Salut, als responsables territorials del CatSalut i als seus proveïdors, a l'Institut Català de la Salut, a l'Institut d'Estadística de Catalunya i al Centre d'Estudis d'Opinió de la Generalitat de Catalunya (a partir de 2005), així com a la Secretaria Tècnica del CatSalut i al Gabinet de la Consellera del Departament de Salut, a les patronals sanitàries i als representants socials, en el marc dels consells de direcció on estan representats, i a la ciutadania en general, en un exercici de transparència.

> La comunicació del projecte i dels seus resultats és un exercici de transparència del sistema de salut.

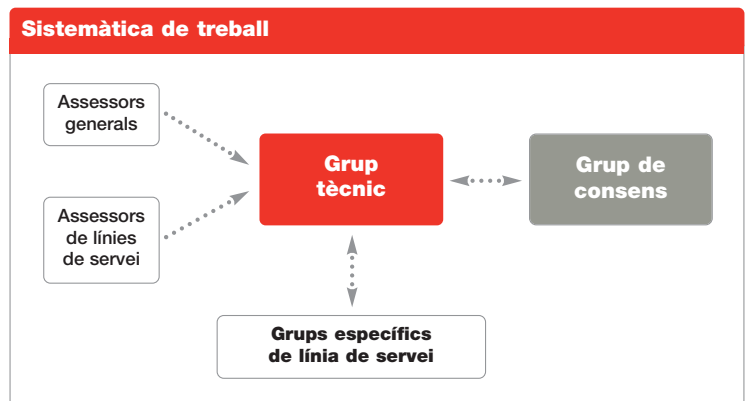


➤ Atès l'abast del projecte i el pressupost econòmic que s'hi destinava, la primera edició del PLAENSA® va ser objecte d'un concurs públic al final d'octubre de 2002.

UN PROJECTE DE CONSENS

Considerant el nombre de línies estudiades i de proveïdors, des del primer moment es va plantejar com un valor afegit el fet de desenvolupar el projecte amb un ampli consens, sistemàtica que s'ha mantingut en les diferents edicions i estudis. Aconseguir acords en els temes d'interès, sobre els quals *a priori* no es disposava d'informació concloent havia de comportar una millora qualitativa de l'estudi, tant per la riquesa de les aportacions des de diferents perspectives de la prestació de serveis (comprador, proveïdor, organitzacions corporatives, etc.) com pel compromís i la participació en les decisions clau del desenvolupament posterior. Amb aquest objectiu es va crear un sistema de consens a dos nivells:

- Grup general de consens, integrat per professionals de prestigi reconegut en l'àmbit de la gestió i recerca de la qualitat percebuda en els serveis sanitaris i que representaven tots els sectors implicats: patrons, professionals i Administració sanitària.
- Grups específics per línia de servei, integrats per un nombre variable de professionals d'una línia d'atenció determinada, de diferents procedències i coneixedors dels aspectes tècnics i metodològics del projecte.



LES ÀREES D'INTERÈS I ELS QÜESTIONARIS DE MESURA

Les àrees d'interès (també dites dimensions o agrupacions temàtiques) incloses en els qüestionaris són resultat de les aportacions d'una etapa prèvia de recerca bibliogràfica i qualitativa. Aquestes mateixes àrees o agrupacions molt similars es poden trobar en la major part de bibliografia d'avaluació de serveis i s'utilitzen freqüentment per comunicar de manera més sintètica i comprensiva l'opinió de la ciutadania a l'hora de valorar els serveis sanitaris. A les pàgines de resultats (pàg. 58 a 73) es pot veure un resum de la valoració d'aquestes àrees d'interès en cada línia de servei.

Els **qüestionaris** d'aquesta primera etapa tenien entre 20 i 30 preguntes de tres tipologies:

- comunes, compartides per totes les línies d'atenció (10 preguntes)
- específiques, per línia de servei (entre 5 i 12 preguntes)
- lliures o d'interès en funció de la línia de servei (entre 2 i 8 preguntes)

La formulació de les preguntes i de les respostes utilitzades en els qüestionaris del PLAENSA© es basaven en l'opinió general sobre un tema, com ara: "Com valora la informació que li van donar sobre la seva malaltia?", amb respostes com "perfecta", "molt bé", "bé", "regular" o "malament", tot i que n'hi havia un petit nombre que recollien l'experiència personal, com "Les explicacions que li donava el metge s'entenen?" amb respostes com "sempre", "quasi sempre", "sovint", "poques vegades" o "mai".

ÀREES D'INTERÈS

- ▶ Accessibilitat als serveis
- ▶ Tracte dels professionals
- ▶ Informació del procés assistencial, tant organitzativa com clínica
- ▶ Confiança en els professionals i competència dels professionals
- ▶ Confort
- ▶ Organització i coordinació entre serveis i professionals
- ▶ Continuitat assistencial
- ▶ Atenció psicosocial i suport personal

ÍTEMS QUE SÓN COMUNS EN TOTS ELS QÜESTIONARIS DEL PLAENSA©

- ▶ Satisfacció global
- ▶ Si pogués triar, tornaria a aquest centre
- ▶ Temps que li dedica el metge
- ▶ Sentir-se en bones mans
- ▶ Tracte personal del metge
- ▶ Tracte personal de la infermera
- ▶ S'entenen les explicacions
- ▶ No li donen informació contradictòria
- ▶ Disposició per escoltar i fer-se càrrec
- ▶ Poder donar la seva opinió

➤ La satisfacció i la fidelitat s'avaluaven amb una nota de 0 a 10 i amb una resposta de si es tenia o no intenció de tornar al mateix centre.



Per disposar d'una valoració global dels serveis, es van incloure dues preguntes que mesuraven el grau de satisfacció i la fidelitat al centre. També hi havia preguntes sobre dades sociodemogràfiques de la persona entrevistada, així com variables en relació amb el centre proveïdor i el territori.

EL SISTEMA D'ENQUESTES

Per fer les enquestes es van utilitzar dos mètodes: l'entrevista telefònica i l'entrevista cara a cara (presència física). Per motius tant de viabilitat com de validesa metodològica es van descartar els qüestionaris auto-emplenats, un mètode molt utilitzat aleshores a l'alta hospitalària i als serveis d'atenció primària.

Les enquestes **telefòniques** es van fer en les línies d'atenció primària, d'atenció hospitalària (internament d'aguts i urgències) i d'atenció a la salut mental ambulatoria d'adults. Les raons responen a criteris com l'eficiència (és inassumible fer-les presencialment atès el volum), la reducció de biaxos en la selecció si es fan en persona al centre i més representativitat de la població enquestada.

Les enquestes fetes **cara a cara** (presència física) es van fer servir en l'atenció sociosanitària i l'atenció a la salut mental d'internament en mitjana i llarga estada. En aquest cas permetien superar els problemes de comprensió i els derivats de l'estat de salut en el moment de l'alta en persones amb patologia complexa i edat avançada, que podien ser pal·liats amb un entrevistador correctament format.

En aquests casos cal considerar l'especial atenció que es va dedicar a la formació dels enquestadors en els dos tipus d'enquestes. Aspectes com l'entonació, induir les respostes als enquestats o donar informació addicional no consensuada podien produir biaxos en la mostra i afectar-ne la variabilitat. En el cas de les enquestes telefòniques de salut mental ambulatoria es va tenir l'assessorament d'experts clínics, i en el cas de les enquestes cara a cara es va dedicar una atenció especial a l'obtenció d'informació dels pacients que per les seves situacions clíniques o personals requerien un abordatge molt curós.

Les enquestes es van fer a persones de 15 anys i més que havien utilitzat els serveis sanitaris avaluats, excepte en el cas de l'atenció a la salut mental, que van ser persones de 18 anys i més, per raons del model vigent d'atenció. En tots els casos s'indicava a l'assegurat que en cas de dubtes o voler més informació s'adreçés al telèfon de Sanitat Respon.

LA VALIDACIÓ ESTADÍSTICA

La redacció final dels qüestionaris va disposar d'una validació estadística que en garantia la fiabilitat i la validesa per a l'ús periòdic.

▶ Els qüestionaris van ser validats per garantir-ne la fiabilitat i la validesa.

LA POBLACIÓ D'ESTUDI I LES MOSTRES

Per definir les mostres es va concretar la població diana: els assegurats del CatSalut atesos a Catalunya per les diferents línies de servei i la població d'estudi seleccionada a través de criteris d'exclusió i d'inclusió. Seguidament es va fer la selecció dels casos, que en aquesta primera edició va seguir una estratificació de la població per unitat proveïdora, sexe i edat, que respectava l'estructura poblacional en cada regió sanitària, sector sanitari per a l'atenció primària i hospital en el cas de l'atenció hospitalària.

Per determinar la grandària de la mostra necessària calia considerar la grandària total, que permet escollir-ne la part estadísticament representativa. D'aquesta manera es va determinar el nombre d'unitats mostrals enquestades que permetien garantir una determinada precisió en les estimacions necessàries. Aquest disseny va permetre analitzar els resultats per al total de Catalunya, per regió sanitària i també per unitat proveïdora. A la fitxa tècnica de cada línia de servei (pàg. 58 a 73) es pot consultar aquesta informació.

Per a l'obtenció de les dades es va utilitzar el Registre central de persones assegurades per a totes les línies, el Registre de facturació dels serveis sanitaris del CatSalut en el cas dels hospitals (hospitalització d'aguts i urgències) i el Conjunt mínim bàsic de dades en l'atenció sociosanitària i de salut mental, tant en internament com atenció ambulatoria. També es van utilitzar les dades d'identificació dels centres i es va crear un equip d'avaluadors per fer el seguiment del bon desenvolupament de les enquestes.

▶ Els estudis es basaven en fonts d'informació pròpia del CatSalut, com el Registre central de persones assegurades (RCA).





LA SEGURETAT I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES

D'acord amb la Llei de protecció de dades de caràcter personal (LPD), en totes les etapes de l'estudi es va tenir una cura especial a preservar la confidencialitat. En aquest sentit es van adoptar les mesures següents:

- Consulta a l'Assessoria Jurídica del CatSalut i a assessors jurídics externs.
- Signatura de compromís de confidencialitat específicament signat per als estudis amb les empreses externes.
- Signatura de compromís de confidencialitat signat a títol individual per tots els professionals que han participat en les diferents etapes dels estudis.
- Eliminació del suport informàtic que contenia les dades identificatives de les persones entrevistades.

L'ESTRATÈGIA D'ANÀLISI: INDICADORS POSITIU I FACTORS PREDICTORS

▶ Per simplificar la interpretació, es va crear un indicador positiu que agrupava les valoracions positives de cada resposta i que donava lloc a dos valors: l'excel·lència (> 90%) i la millora (< 75%).

Es va fer l'anàlisi descriptiva univariant i bivariant de les característiques sociodemogràfiques i de les respostes dels assegurats mitjançant una anàlisi de freqüències de les variables qualitatives i calculant els estadístics de tendència central i dispersió de les variables quantitatives. Per simplificar la lectura dels resultats es va crear un estadístic anomenat **indicador positiu, que agrupava les valoracions positives de cada pregunta**, amb dos valors de referència estàndard que destaquen l'excel·lència quan els valors eren superiors al 90% en l'indicador positiu o la millora quan els valors no arribaven al 75%. La metodologia utilitzada permetia conèixer tant els valors mitjans per línia de servei com les diferències en positiu o negatiu de cadascuna de les preguntes per centre amb relació a Catalunya. Aquesta informació es va considerar imprescindible per a la proposta posterior de millores en els aspectes amb resultats inferiors als valors d'excel·lència.

Totes les línies estudiades en aquest període permetien dos, i en alguns casos tres, nivells d'anàlisi:

a) Resultats globals a Catalunya

b) Resultats per regió sanitària

c) Resultats per unitat mostral (només en atenció hospitalària amb internament i atenció hospitalària urgent)

També es van buscar les associacions entre la valoració de la satisfacció global i les preguntes validades dels qüestionaris, amb l'objectiu d'estimar el pes relatiu de cada pregunta en l'avaluació global dels serveis.

Aquesta anàlisi proporciona informació sobre la influència que té cadascun dels aspectes de l'atenció per línia de servei, i que serveix per orientar les actuacions de millora de manera més efectiva.

➤ Les variables que actuen com a factors predictors de la satisfacció orienten les millores que s'han de fer en els diferents serveis sanitaris.

L'INTERPRETACIÓ DELS RESULTATS

Per a la interpretació i les comparacions possibles dels resultats que es mostren a les pàgines 58 a 73 cal tenir en consideració les diferents realitats i condicionants que giren al voltant de cada unitat d'estudi i línia de servei.

L'aspecte que defineix millor els resultats és la **puntuació sobre la satisfacció global**, que supera el notable en totes les línies, entre les quals destaca l'atenció hospitalària com la més ben valorada. Quant als aspectes més valorats, aquests estan relacionats amb la confiança, la competència i el tracte dels professionals, seguits de la informació, que és suficient i entenedora, tot i que en algunes línies es demana que sigui més adequada. Els aspectes que cal millorar tenen a veure amb l'organització, especialment l'accessibilitat als serveis.

➤ Els aspectes més valorats en les enquestes 2003-2005 estaven relacionats amb la confiança, la competència i el tracte dels professionals.

“Sentir-se en bones mans” apareix com a primer factor predictor de la satisfacció en cinc de les sis línies de serveis estudiades, seguit de “tenir tota la informació que es necessita” i el “tracte personal”, especialment de metges i infermeres.

En les línies de serveis amb atenció ambulatoria, com ara primària i salut mental, són predictors de satisfacció “la facilitat per obtenir visita” i “la puntualitat en les cites”.

➤ Els aspectes que calia millorar detectats en les enquestes 2003-2005 tenien a veure sobretot amb l'accessibilitat dels serveis.

En els serveis amb internament, com l'assistència hospitalària, sociosanitària i de salut mental, apareix "la informació del procés i a l'alta". La gestió del temps lliure ("no avorrir-se") és un altre predictor en els serveis de més llarga estada.

Tot i que no té significació estadística, cal esmentar que s'han observat diferències en funció de l'edat (com més edat, la valoració és més positiva), el gènere (les dones puntuen més baix que els homes), el nivell d'estudis (les persones amb un nivell d'estudis més baix fan valoracions més positives) i la salut percebuda (com més bona és la salut percebuda per la persona enquestada, més valora els serveis sanitaris). Aquestes diferències es donen de manera homogènia en totes les línies de servei i en tots els territoris amb petites diferències.

➤ Els resultats i la metodologia emprada es poden consultar a la pàgina web del CatSalut.

A la pàgina web següent es pot consultar tota la informació sobre el PLAENSA@:

www.gencat.cat/catsalut/plaensa/



Les noves edicions del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut (PLAENSA© 2006-2009)

L'experiència dels estudis de satisfacció fets fins a l'any 2005 va donar pas a una nova edició del programa d'enquestes, seguint la planificació i la metodologia ja establertes. El que es pretenia era disposar de fórmules que fessin més fàcil el seguiment de la realitat, consolidant un conjunt d'eines que orientessin de manera senzilla el CatSalut en la presa de decisions amb relació a la millora del funcionament dels serveis de salut.

La nova proposta de reavaluació per al 2006 es va plantejar amb un objectiu de reducció de costos en la realització d'estudis, fet que va ser possible per dos motius, d'una banda, la incorporació al final de 2005 d'un equip de recerca de l'entorn acadèmic del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra, a través d'un conveni anual, i de l'altra, encarregant el treball de camp (amb enquesta telefònica) a l'empresa pública del CatSalut, Sanitat Respon.

Les primeres activitats en aquesta etapa van ser de revisió, per tal de millorar els instruments i els mètodes d'aquesta nova edició, però sobretot per establir una estratègia d'anàlisi de continuïtat amb un pla plurianual de recollida i explotació d'informació estadística mitjançant mostreig per a totes les línies de serveis. Aquesta acció responia a la voluntat de disposar d'informació vàlida i objectiva que permetés la comparació amb els resultats dels estudis dels anys 2003-2005.

PUNTS CLAU (I)

- ▶ **Canvi en les delimitacions territorials: nou càlcul de resultats per a cada territori.**
- ▶ **Cerca de sostenibilitat, coherència i planificació assolible.**
- ▶ **Experimentació de nous mètodes de treball més eficients en costos i temps.**

Comparació de criteris per establir la grandària de la mostra d'atenció primària 2003 i 2006

Línia de servei	2003	2006
Objectiu	Hipòtesi nul·la: $p_i = p_m$	Hipòtesi nul·la: $p_i = p_o$
Nivell de confiança	95%	95%
Potència de la prova	20%	20%
Error màxim en l'estimació	0,11	0,11
Grandària de la mostra	162	81

p_i és la proporció de casos a favor d'un enunciat determinat en la unitat i .

p_m és la proporció mitjana de casos a favor d'un enunciat determinat en el conjunt d'unitats observades.

p_o és un valor fixat per la proporció de casos a favor de l'enunciat.

PUNTS CLAU (II)

➤ Revisió d'alguns paradigmes: tipologia d'escala de respostes, predictors de satisfacció i mostres necessàries.

➤ Cerca de mètodes més precisos per orientar la millora dels serveis cap als aspectes considerats més importants per la ciutadania.

El Decret 105/2005, de 31 de maig de 2005, havia canviat l'organització territorial sanitària a Catalunya, que passava de vuit regions sanitàries a set, fet que canviava l'adscripció territorial de moltes unitats proveïdores. Això va obligar a revisar i calcular de nou els valors de les enquestes del PLAENSA© 2003-2005 per territori, amb l'objectiu de poder comparar els resultats per cada línia de servei que s'avaluava de nou.

A partir de 2005, any en què s'havia iniciat un nou projecte corporatiu per a la millora de l'atenció sanitària d'acord amb l'opinió de la ciutadania (vegeu capítol 3), es va considerar molt recomanable disposar sempre que fos possible de resultats per centres proveïdors, cosa que es podia aconseguir rebaixant els objectius estadístics i, per tant, amb una rebaixa de la mostra.

A la vegada es van aprofitar les noves edicions per fer estudis que permetessin avançar en nous models de coneixement de la percepció de la ciutadania sobre aspectes cabdals a l'hora de prendre decisions tant de tipus metodològic com estratègic.

La revisió de la metodologia per a 2006-2009 i dels resultats de 2003-2005 va comportar un nou disseny de la grandària de la mostra, fet que va permetre disposar de dades per centre en totes les línies de servei, excepte aquelles que no acomplien els criteris d'inclusió, com l'atenció sociosanitària i l'atenció a la salut mental.

La revisió dels qüestionaris també va considerar adequada la metodologia utilitzada per determinar els continguts de les preguntes i la tipologia de resposta per línia d'atenció, i es va recomanar validar periòdicament les preguntes seguint el procediment utilitzat els anys 2003-2005 i tenint en compte el fet de parlar més atenció a les preguntes amb pitjor resultat en les valoracions dels assegurats.

Nombre de preguntes per àrees d'interès i línia de servei

	Atenció primària	Atenció hospitalària amb internament	Atenció sociosanitària amb internament	Atenció a la salut mental ambulatoria	Atenció a la salut mental amb internament	Atenció hospitalària urgent	Atenció especialitzada ambulatoria	Transport sanitari no urgent
Accessibilitat	4	1	1	2	–	1	2	6
Informació	3	8	3	6	4	7	2	1
Competència professional	5	4	7	6	6	6	3	1
Confort	2	3	3	2	3	3	2	2
Organització/coordinació	3	1	4	2	4	2	2	1
Continuïtat assistencial	1	1	2	1	–	2	1	–
Tracte i relació personal	3	4	4	2	9	5	4	1
Suport i atenció psicosocial	3	2	6	3	4	2	1	–

ELS RESULTATS DE LES NOVES EDICIONS

Els estudis de la satisfacció dels assegurats del CatSalut en el període 2006-2008 presenten, en general, bones valoracions tant des del punt de vista de les diferents línies de servei com des de la perspectiva de la major part de les variables considerades. Els nous estudis i edicions recullen les noves realitats de la població assegurada. A grans trets, es pot afirmar que la satisfacció global dels enquestats continuava sent bona i que la gran majoria deien que continuarien fent servir el mateix tipus de servei.

Les puntuacions atorgades a la pregunta que mesura la satisfacció global eren lleugerament inferiors a l'estudi del període 2003-2005. Malgrat aquesta constatació, els valors de la satisfacció eren notables (8,2 en atenció hospitalària amb internament i sociosanitària amb internament, 7,7 en atenció a la salut mental ambulatoria, 7,5 en atenció especialitzada ambulatoria, 7,6 en atenció primària i 7,3 en atenció a la salut mental amb internament i atenció hospitalària urgent).

El percentatge de persones enquestades que afirmaven que tornarien a visitar-se en el mateix centre era força elevat. Hi destacaven els valors obtinguts en atenció primària (88,9%) i en atenció hospitalària amb internament (88,4%), mentre que la resta de valors eren més baixos: atenció a la salut mental ambulatoria (83,3%), atenció sociosanitària amb internament, atenció especialitzada ambulatoria (83,1%), atenció hospitalària urgent (80,2%) i l'atenció a la salut mental amb internament (63,0%), cosa previsible atès que l'ingrés en molts casos és indesitjat.

Els aspectes relacionats amb la informació i el tracte dels professionals que reben els usuaris dels centres sanitaris tenien, en general, valoracions molt favorables i constituïen la major part de les seves àrees d'excel·lència. Les àrees de millora es concentraven en aspectes organitzatius, sobretot l'accessibilitat, així com l'adequació de la informació tant clínica com organitzativa que es donava.

Les àrees d'excel·lència (preguntes que superen el 90% de valoracions positives) eren majoritàries en atenció hospitalària amb internament i atenció sociosanitària, suposaven la meitat en atenció primària, atenció especialitzada ambulatoria i atenció a la salut mental amb internament, i eren minoritàries (una de cada tres preguntes) en atenció a la salut mental ambulatoria i en atenció hospitalària urgent.

➤ La satisfacció global dels enquestats el 2006-2009 ha mostrat valoracions en general bones i la majoria de persones va manifestar que continuaria sent fidel al mateix servei.

➤ Les àrees de millora es concentren en aspectes d'accessibilitat i d'adequació de la informació.

➤ La satisfacció continuava essent més gran entre les persones de més edat, els homes i els enquestats que van declarar menys estudis i més salut percebuda.

➤ **En les línies amb hospitalització, especialment a les de llarga estada, el temps d'estada continuava apareixent com una variable protectora: com més temps d'ingrés més satisfacció.**

➤ **L'estabilitat en totes les edicions realitzades amb relació als resultats s'ha d'interpretar com una validació tècnica de les eines de mesura que s'utilitzen.**

Quant als factors predictors de les línies estudiades en aquest període, tot i que en general coincideixen les preguntes que més expliquen la satisfacció global, algunes perden importància respecte de les que eren secundàries o algunes de noves. Així, "sentir-se en bones mans" segueix present en sis línies de set (excepte atenció especialitzada ambulatoria), tot i que passa del primer lloc al tercer o quart, i es manté "tenir tota la informació que es necessita".

En les línies de serveis amb atenció ambulatoria, els factors predictors són "el temps d'espera per visita", "la facilitat per obtenir-la", "la puntualitat" i "el seguiment del problema de salut".

En els serveis amb internament, segueixen sent els mateixos que el 2003, tot i que canvien lleugerament de posició "informació del procés i a l'alta" i "gestió del temps lliure" en els serveis de més llarga estada.

L'any 2009 s'incorpora al PLAENSA© l'estudi de satisfacció i qualitat de servei sobre el transport sanitari no urgent, que segueix la mateixa metodologia. Aquest servei obté la valoració més alta de totes les línies estudiades quant a satisfacció (8,5 sobre 10) i fidelitat (90%). També és l'any en què es tornen a estudiar l'atenció primària, l'atenció hospitalària amb internament i l'atenció a la salut mental ambulatoria, que obtenen uns resultats similars als de les edicions de 2003 i 2006, amb petites diferències en les tres línies de servei per territori i proveïdor.

Pel que fa a l'ordre de les puntuacions rebudes de les diferents preguntes en cada una de les línies de servei analitzades, es constata una gran estabilitat entre edicions, la qual cosa també s'ha d'interpretar com un element de validació tècnica de l'enquesta emprada.

Els resultats específics per línia de servei i edicions realitzades es poden consultar a les pàgines 58 a 73.

ALGUNS AVANTATGES ADDICIONALS DELS RESULTATS DEL PLAENSA® PER A LES ENTITATS PROVEÏDORES

Les enquestes del PLAENSA® faciliten als centres sanitaris la informació necessària per a l'obtenció de l'acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya, especialment la que es refereix als processos de gestió i millora de les relacions amb els clients ("L'organització, d'acord amb la seva política i estratègia, disposa d'instruments i recursos per fer participar els clients en la millora del servei, detectant les seves expectatives, recollint les seves opinions, reclamacions i suggeriments i promovent l'actuació derivada de la detecció d'oportunitats de millora que reverteixi en una satisfacció més gran dels clients").

D'altra banda, la informació específica que el CatSalut ofereix periòdicament a cada proveïdor sanitari fa innecessaris la majoria dels estudis propis que els centres sanitaris feien, a més de permetre la comparació objectiva respecte de Catalunya i de la seva regió sanitària.

El suport de l'equip del Centre de Recerca d'Economia de la Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, així com la col·laboració continuada del sector sanitari (patronals i entitats proveïdores), ha estat fonamental per fer possible, tot i que en algun moment amb controvèrsia, l'avenç assolit en el coneixement de les percepcions de la ciutadania que actualment és acceptat de manera majoritària. En aquest sentit, cal destacar especialment els centres sanitaris que pertanyen a l'Institut Català de la Salut.

➤ El Centre d'Estudis d'Opinió de la Generalitat de Catalunya va donar suport a la validesa metodològica del PLAENSA® des dels seus inicis.

➤ La informació del PLAENSA® dona suport als centres sanitaris en la consecució d'alguns dels estàndards necessaris per a l'obtenció periòdica del certificat d'acreditació del Departament de Salut.



Una metodologia estesa a altres estudis complementaris

➤ L'estudi d'expectatives i percepcions de les famílies de les persones ateses en els serveis d'internament d'atenció socio sanitària i de salut mental i l'estudi d'opinió sobre l'atenció sanitària dels menors de 15 anys són exemples d'informació complementària dels estudis de satisfacció que conté el PLAENSA®.

El PLAENSA® també proporciona cobertura teòrica i metodològica a un altre tipus d'estudis de caràcter més conjuntural que donen resposta a les necessitats específiques del CatSalut, com ara:

- La investigació en tècniques i mètodes considerats rellevants (idoneïtat del disseny dels instruments de mesura quant a enfocament de les preguntes i tipologia de la resposta i incorporació de l'anàlisi de la importància com a substitució dels factors predictors).
- Estudis de tipus sociològic (les percepcions i expectatives de les famílies de persones amb internament en mitjana i llarga estada psiquiàtrica i socio sanitària o les percepcions de la població menor de 15 anys sobre l'assistència sanitària).
- Percepció ciutadana d'accions organitzatives o mesures de gestió incorporades als serveis sanitaris (implantació de la recepta electrònica, sistema unificat de triatge a urgències, compra centralitzada de serveis en el transport no urgent programat, avaluació del protocol del PREALT).
- Estudis que incorporen les TIC per valorar l'eficiència dels diferents mètodes tant en el tipus d'enquesta com en el sistema de recollida i anàlisi de la informació. Aquest nou enfocament s'ha provat amb èxit en l'estudi d'atenció especialitzada ambulatoria i resta pendent d'incorporar a altres línies d'atenció.
- Estudis de qualitat percebuda dels serveis en processos de salut prevalents abordats de manera transversal i no separats per nivells assistencials, com ara embaràs-part-puerperi o malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).

Tots aquests estudis constitueixen un valor afegit del procés de presa de decisions i els seus resultats són susceptibles de ser incorporats a polítiques de millora de la qualitat dels serveis sanitaris.

L'ESTUDI D'EXPECTATIVES I PERCEPCIONS DE LES FAMÍLIES DE LES PERSONES ATESES EN ELS SERVEIS D'INTERNAMENT D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA I DE SALUT MENTAL

De manera paral·lela al nou estudi sobre l'opinió i satisfacció de les persones ateses a les línies d'atenció sociosanitària i de salut mental amb internament es va considerar oportú abordar un estudi, en aquest cas amb metodologia qualitativa, de les famílies de persones ateses en els serveis d'internament d'atenció sociosanitària i de salut mental amb l'objectiu d'aprofundir en el coneixement de la qualitat de servei que s'ofereix en aquests centres. La raó principal estava fonamentada en les dificultats, documentades i objectivades en l'estudi de l'any 2003, que les persones ateses en aquests serveis tenien per comunicar les seves opinions a causa de la seva situació de salut. Una altra demanda a la qual es va respondre va ser la de les associacions vinculades a aquest sector, que amb afany protector defensaven la necessitat d'afegir al PLAENSA© la visió de les famílies.

L'estudi es basa en la informació recollida a través de 12 grups focals amb un total de 105 familiars participants i 15 entrevistes en profunditat a professionals dels centres, a les quals es van sumar tècniques de priorització i consens per a les conclusions finals. Aquest enfocament múltiple va permetre una visió de conjunt del servei en les línies estudiades, incorporant les opinions dels familiars com a clients i les dels grups d'interès (professionals i gestors) a la informació disponible dels mateixos usuaris directes i ja coneguda per estudis anteriors. D'aquesta forma es va disposar d'una visualització completa de la major part dels elements que conformen l'estat d'opinió amb relació al servei ofert en les línies estudiades.

Els resultats obtinguts amb aquest nou abordatge mostren les diferències existents entre les percepcions i expectatives de qui rep el servei i de qui l'acompanya. Aquesta constatació és una motivació per continuar recollint periòdicament l'opinió de les persones ateses en aquests serveis, tot i les dificultats tècniques i metodològiques que hi ha.

▶ En les línies d'atenció sociosanitària i salut mental es va abordar l'estudi d'opinió de les famílies de les persones ateses als centres a causa de les dificultats de comunicació que podien tenir alguns pacients a causa de la situació de la seva salut.

▶ L'informe sobre l'opinió de la població de 7 a 14 anys (mai estudiada abans del 2008) destaca que aquest grup valora, a més del tracte rebut, l'aparença dels equipaments.

L'OPINIÓ DELS NENS I NENES DE 7 A 14 ANYS

Mai no s'havia estudiat la població menor de 15 anys, per la qual cosa es va fer un estudi per conèixer l'opinió dels nens i nenes de 7 a 14 anys. L'objectiu era poder valorar els serveis sanitaris des de la visió dels infants per tal de plantejar millores per a aquest col·lectiu. Es buscava trobar els factors rellevants en l'atenció sanitària des de la visió del nen o nena, comprovar la relació de factors relacionats amb la salut, com ara variables sociodemogràfiques o culturals, i determinar, si era possible, la millor eina per mesurar la percepció dels serveis sanitaris de la població infantil.

Els resultats d'aquest estudi, portat a terme a través de vuit grups focals de nens i nenes de les diferents regions sanitàries, mostren que les percepcions dels usuaris pediàtrics, tot i ser majoritàriament positives, encara no es troben fonamentades en un judici objectiu i són quasi sempre expressades des de l'univers d'anècdotes i narracions infantils. Aquesta realitat és més palpable entre nens i nenes d'edats inferiors a 10 anys. Tot i així, també en menors de 15 anys, com en la resta de població inclosa en el pla, sembla que el tracte rebut és l'aspecte més rellevant. També es fixen en l'aparença dels equipaments i incorporen amb avidesa la terminologia sanitària.

Malgrat tot, a aquestes edats encara no hi ha un coneixement elaborat dels diferents rols sanitaris presents a l'atenció primària i especialitzada, per la qual cosa els infants no són capaços de distingir el que fa el metge o metgessa, l'infermer o infermera i la resta de professionals sanitaris.

Finalment, l'estudi permet intuir una identificació positiva amb els serveis sanitaris catalans per oposició a altres realitats que han viscut fora, en ocasió de vacances o viatges familiars.

L'estudi també va analitzar patrons de comportament familiar en cas de malaltia dels infants, ja que la literatura suggeria casos d'hiperfreqüentació assistencial més elevats en pacients pediàtrics. En tot cas, no es van obtenir evidències en aquest sentit.

LA PERCEPCIÓ DEL SISTEMA DE TRIATGE COM A MILLORA DE L'ATENCIÓ HOSPITALÀRIA URGENT

Entre els mesos de març i juny del 2008 es va reavaluar la satisfacció dels assegurats del CatSalut amb els serveis d'urgències hospitalàries. Atesa la voluntat d'eficiència del PLAENSA© es va desenvolupar, a més de l'objecte propi de l'estudi, una explotació paral·lela de les dades per conèixer si hi havia diferències en les percepcions dels usuaris atesos en centres amb procediment de triatge implantat i els atesos en centres que encara no l'havien implantat.

Dels 5.381 usuaris enquestats, 1.810 havien estat atesos en algun dels 18 hospitals que tenien implantat en aquell moment un procediment de triatge a les urgències, que donaven resposta al 36% de les urgències a Catalunya, mentre que les 3.571 persones restants ho havien estat en algun dels 35 hospitals que en el moment de l'enquesta no tenien un procediment de triatge i que atenien el 64% de les urgències.

Tot i que els sistemes de triatge suposen una atenció més adequada i segura per a les persones ateses, així com actuacions més eficients i efectives per als professionals i centres sanitaris, l'estudi no va mostrar diferències significatives entre els dos grups estudiats. Això fa pensar que la implantació de procediments de triatge no modifica la percepció de la qualitat de servei.

▶ La percepció de la ciutadania també s'utilitza per avaluar l'adequació i efectivitat de nous models de servei i canvis organitzatius o de gestió.



➤ Aquest projecte, impulsat pel Departament de Salut, coordinat amb els col·legis de farmacèutics i desplegat i supervisat pel Servei Català de la Salut, ha estat avaluat pels usuaris de la prova pilot.

L'AVALUACIÓ QUALITATIVA DE LA PROVA PILOT D'IMPLANTACIÓ DE LA RECEPТА ELECTRÒNICA

Per disposar d'informació complementària sobre el desenvolupament de la prova pilot d'implantació de la recepta electrònica a Catalunya es va considerar oportú conèixer la percepció i les àrees d'interès dels usuaris d'aquest servei nou i innovador. Als territoris on es va desenvolupar la implantació de la recepta electrònica (Girona i Terres de l'Ebre) es van realitzar quatre grups focals que van aportar informació rellevant sobre les activitats del procés avaluat.

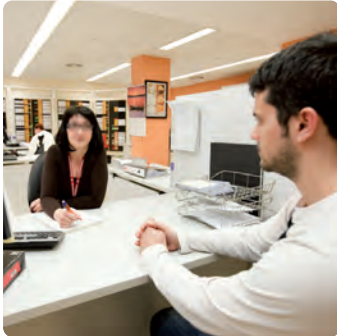
Comprovada l'adequació i l'eficiència del mètode utilitzat, s'ha previst fer noves aproximacions qualitatives a poblacions representatives d'altres territoris on s'ha anat desplegant el model de recepta electrònica a fi d'elaborar un qüestionari específic per mesurar la satisfacció i la qualitat percebuda d'aquest servei.

L'avaluació de les percepcions dels usuaris amb la recepta electrònica s'ha d'interpretar com un primer pas per integrar a curt termini en el PLAENSA© la mesura de la satisfacció amb l'atenció farmacèutica com una línia més de servei per part del CatSalut.



3. Els resultats de les enquestes del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut i el seu efecte

> Més de 1.600 plans de millora dels serveis sanitaris a Catalunya, proposats pels proveïdors sanitaris i sociosanitaris.



ON SOM

Arribats a aquest punt, i un cop repassades les diverses onades de mesura de l'opinió i satisfacció, les quals es defineixen tant metodològicament com pel que fa a l'abast i els objectius, ens toca preguntar-nos el punt que hem assolit, on ens trobem i quines han estat les repercussions principals tant de la política com de les accions encetades.

Així, i si assumim que l'objectiu final ha estat disposar d'informació sobre el que opina la ciutadania per a la millora dels serveis sanitaris, aquest capítol recull les repercussions fonamentals que permeten situar la Divisió d'Atenció al Ciutadà del CatSalut com a referent dels proveïdors sanitaris i sociosanitaris.

I és així fins al punt que en l'actualitat es troben en funcionament més de 1.600 projectes de millora a tots els centres proveïdors de Catalunya.

Passada la primera etapa d'implementació (2005-2006) i la reedició de millores (2007-2008), en aquests moments s'inicia un escenari qualitativament diferent per al rol que la Divisió d'Atenció al Ciutadà ha d'exercir en relació amb tots els seus grups d'interès, especialment amb els seus interlocutors principals.

Els grans eixos que defineixen la situació actual són:

- Redefinició del contracte de serveis: concebut habitualment com a mecanisme de relació i transformat en mecanisme de millora per als proveïdors.
- Interiorització d'un model global per a la millora basat en un model de millora de la qualitat –PDCA– que comporta la introducció de projectes de millora per centres d'acord amb els resultats del PLAENSA©.
- Pla d'auditories externes per conèixer l'impacte d'aquesta sistemàtica.

PRINCIPALS REPERCUSSIONS DEL PLA D'ENQUESTES DE SATISFACCIÓ DEL CATSALUT

LA INTRODUCCIÓ DE LA QUALITAT PERCEBUDA ALS CONTRACTES DE SERVEIS

En una primera etapa, al final de l'any 2004, i una vegada es va disposar dels resultats de la primera edició del PLAENSA®, el CatSalut va fer arribar a cada unitat proveïdora els seus resultats específics comparats amb la mitjana de Catalunya. Això va permetre comparar les diferències per línia de servei, territori i unitat proveïdora. Aquest és el punt a partir del qual la Divisió d'Atenció al Client i Qualitat, juntament amb la Divisió d'Avaluació de Serveis Sanitaris, els responsables de les regions sanitàries del CatSalut i els proveïdors sanitaris, van iniciar un ambiciós projecte denominat **Millorar la qualitat percebuda dels serveis sanitaris**, que responia a una de les línies estratègiques del CatSalut, la qualitat entesa com el camí cap a l'excel·lència.

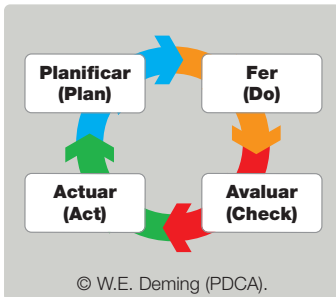
Aquest projecte es basava en la incorporació de dos objectius específics a la part variable dels contractes de serveis de les principals línies d'atenció (primària, hospitalària, sociosanitària i de salut mental) per als anys 2005-2006 sota el concepte "satisfacció", seguint la filosofia d'altres ja més habituals en l'avaluació dels serveis com l'eficiència, l'adequació o la resolució.

Per facilitar l'assoliment dels objectius es va proposar una sistemàtica de treball, que va quedar recollida en un annex de suport al contracte per línia de servei en un document de treball únic denominat *Informe normalitzat d'autoavaluació*, que recull els principis bàsics per a la millora contínua de la qualitat i que serveix de guia tant al comprador com al proveïdor. Com es pot veure en el gràfic següent, les activitats s'havien de fer en períodes de dos anys: un primer any, on es proposaven els plans de millora, i un segon d'autoavaluació de les fites aconseguides.

▶ La qualitat percebuda es va incorporar als contractes de serveis dels centres sanitaris amb la inclusió, a la part variable, de dos objectius específics sota el concepte de "satisfacció".

Informe normalitzat d'autoavaluació

Primer any	Segon any
Presentar els resultats al Comitè de Direcció	Objectiu de millora
▼	▼
Prioritzar i proposar objectius	Anàlisi de la situació
▼	▼
Actuacions proposades	Definició d'activitats realitzades
▼	▼
Responsable del projecte	Identificació dels canvis incorporats
▼	▼
Cronograma previst	Evolució del projecte
▼	▼
Proposta sistemàtica d'avaluació de les actuacions	Resultat final del projecte i resultat de l'avaluació, si escau



LA INTERIORITZACIÓ D'UN MODEL GLOBAL PER A LA MILLORA BASAT EN EL CERCLE DE LA MILLORA CONTÍNUA (PDCA): INTRODUCCIÓ DE PROJECTES DE MILLORA PER CENTRES

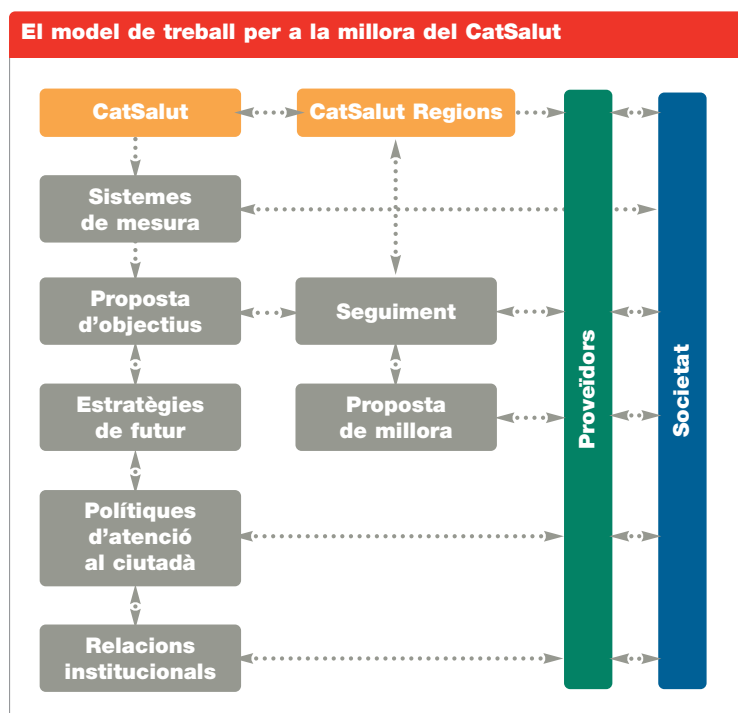
La proposta dels projectes o plans de millora de la qualitat percebuda es basa en una sistemàtica de treball en cascada, tot anant dels serveis centrals a les unitats territorials proveïdores, i que els implica de manera transversal, tant en l'àmbit de les regions sanitàries com dels proveïdors. Aquesta proposta està orientada a aconseguir la implantació i disseminació d'un model de millora contínua de la qualitat liderat pel CatSalut.

Ha estat un procés d'implantació progressiu i d'aprenentatge al voltant del model estàndard de millora contínua de la qualitat (PDCA) cap al territori i des del territori, de manera que actualment tots els actors implicats en el servei no només l'utilitzen sinó que han interioritzat en el model la mateixa sistemàtica de treball:

En el període 2005-2006, per indicació del CatSalut i seguint les activitats proposades en l'informe normalitzat d'autoavaluació, els projectes de millora van estar relacionats amb:

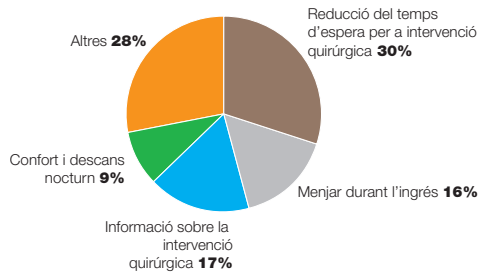
- Les àrees de millora detectades en l'estudi de satisfacció, preguntes que no havien assolit el 75% de valoracions positives com l'accessibilitat, la informació o el confort.
- Els factors predictors de satisfacció, sobretot en els casos de coincidència amb les àrees de millora.
- Els projectes corporatius ja iniciats, orientats a millorar el contínuum, tant des del punt de vista assistencial com de l'organitzatiu entre nivells.

> Més de 800 proveïdors han proposat plans de millora de qualitat percebuda del serveis sanitaris.



A tall d'exemple quant a continguts i assoliment, en el gràfic següent es pot veure la distribució dels 118 projectes de millora realitzats en l'atenció hospitalària en aquest període, que van ser assolits en un 85% dels casos i de manera homogènia en tots els territoris. Cal fer esment que en el grup d'"Altres" eren majoritàries les propostes per millorar la informació de tipus organitzatiu.

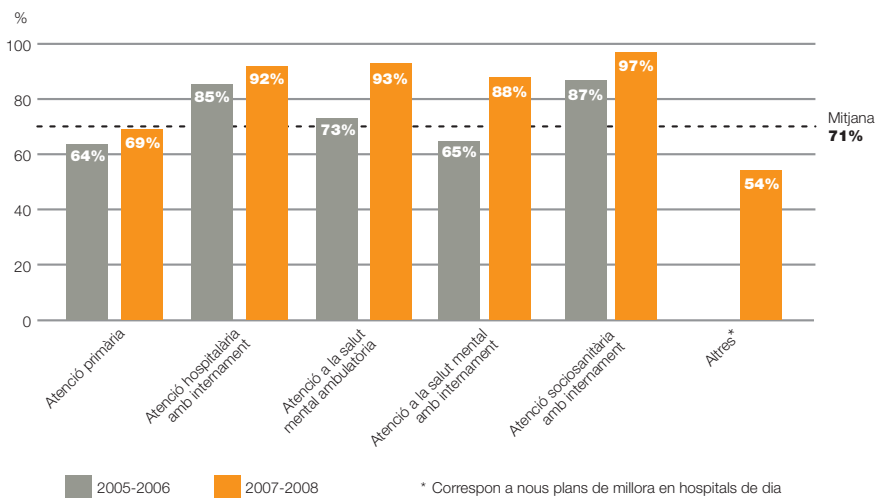
Distribució dels plans de millora dels proveïdors d'atenció hospitalària amb internament en el període 2005-2006



En el període 2007-2008 es recomana de manera centralitzada que els plans de millora estiguin orientats a més i millor informació tant clínica com organitzativa i es mantenen alguns projectes de millora sobre l'accessibilitat dels serveis, especialment en l'atenció primària, ja que en els estudis de 2006 aquestes àrees seguien sent millorables des de l'òptica de les persones usuàries.

La sistematització de la millora promou l'existència de plans de millora portats a terme de manera consorciada per proveïdors diferents, ja sigui de titularitat o de prestació de serveis, però que donen servei en un mateix territori, amb l'objectiu d'afavorir l'accessibilitat i la utilització de serveis.

Actuacions de millora per línia de servei, 2005-2006 i 2007-2008



* Correspon a nous plans de millora en hospitals de dia i centres de dia d'atenció sociosanitària amb internament, de salut mental d'adults i de salut mental infantojuvenil, en el període 2007-2008.

LA REALITZACIÓ D'UNA AUDITORIA EXTERNA

Com a mesura de control, i per disposar d'informació clau de les millores de l'atenció a la ciutadania, al final de l'any 2006, coincidint amb el tancament dels plans de millora del període 2005-2006, es va encarregar una auditoria a una empresa externa per conèixer objectivament l'impacte i el coneixement de les unitats proveïdores sobre els objectius de satisfacció. Un 31% de la totalitat d'unitats proveïdores van ser objecte de l'auditoria i en algunes línies de servei es van entrevistar més del 50% dels centres proveïdors.

La finalitat era disposar del grau d'acord entre les dades obtingudes en l'autoavaluació dels centres i l'auditoria externa. Aquesta mesura externa va proporcionar informació complementària sobre el model d'atenció a la ciutadania ofert als centres sanitaris i va servir per iniciar de manera objectiva la cerca dels aspectes clau d'un model d'atenció a la ciutadania en l'àmbit de la salut.

Quant al grau de coneixement de les accions de millora impulsades des dels serveis d'atenció al ciutadà per part dels professionals, les conclusions van ser les següents:

- Hi ha diferències entre els professionals implicats: hi havia un alt grau de coneixement entre els responsables de gestió, un nivell acceptable de coneixement de l'estratègia entre els encarregats d'executar els projectes de millora i un baix nivell de coneixement entre els professionals sanitaris del centre.
- També hi havia diferències quant a la naturalesa de l'organització: a les unitats petites hi havia un grau alt de coneixement del projecte, però a les unitats més complexes el grau de coneixement era més baix.

Els resultats de l'auditoria van fer paleses algunes consideracions molt útils sobre els projectes i la consecució d'objectius per a l'etapa actual.

Una de les principals conclusions que se'n va extreure va ser la constatació que no hi ha un model únic d'atenció al ciutadà, sinó que cada centre o empresa proveïdora adapta el seu servei d'atenció al ciutadà a les seves necessitats i als recursos disponibles.

Cal destacar que aquesta heterogeneïtat en l'estructura dels serveis no comporta diferències a l'hora de donar suport a la ciutadania, en tot cas són els circuits organitzatius els que són diferents, fet que pot allargar els terminis per a la resolució del cas.

> Es va fer una auditoria als centres per valorar l'impacte dels objectius de satisfacció.

> Cada proveïdor sanitari ha anat adaptant els serveis d'atenció a la ciutadania a les necessitats i els recursos disponibles.

Models de serveis d'atenció a la ciutadania en funció del proveïdor, les necessitats i els recursos

Tipus	Descripció	Exemples
Multifunció	L'atenció al ciutadà és una part de les funcions d'un professional del centre, el qual té moltes altres responsabilitats (documentació, qualitat, etc). De vegades es porta a terme amb personal de suport	Majoria dels centres d'atenció primària
Directe	Hi ha un responsable d'atenció al ciutadà, en dependència directa de gerència, amb dedicació a temps complet i amb funcions associades a la gestió de reclamacions, enquestes de satisfacció, resolució de conflictes, etc.	Majoria d'hospitals
Indirecte	Es designa una persona alliberada per a l'atenció al ciutadà, però sense dependència directa de gerència. Compleix les mateixes funcions que en el cas anterior, però amb dependència jeràrquica d'un altre membre de l'organització.	Unitats i hospitals complexos

En definitiva, i com s'ha anat veient al llarg de tot el capítol, es pot afirmar que s'ha avançat en la línia de la integració tant vertical com horitzontal del model de millora, de manera que en el moment actual **el rol del CatSalut s'afiança per orientar, impulsar i acompanyar els centres proveïdors en el camí d'automillora**.



4. El futur, al servei de les persones

▶ La governança del sistema de salut del segle XXI és impossible sense estratègies d'integració de la percepció de la ciutadania.

La raó de ser d'un sistema de salut universalista és intentar mantenir i millorar la salut de tota la població i que els qui ho necessitin disposin de la millor atenció sanitària possible. És per aquests motius que està ple de significats el diàleg entre l'Administració i els administrats, les institucions i la ciutadania, els professionals i els usuaris, els individus i els col·lectius al servei de persones que s'escolten i busquen la manera de millorar adaptant-se a la realitat de cada moment.

És a partir d'aquestes premisses que s'omple de sentit tot el projecte realitzat –que es recull en aquesta publicació– i el compromís de futur del CatSalut en l'atenció a la ciutadania.

En un àmbit tan important per a tota la població com la provisió de serveis sanitaris, i amb una responsabilitat administrativa com la que té el CatSalut, parlar del futur no vol dir enumerar aquelles coses que hipotèticament voldríem consolidar els propers anys, sinó fer esment d'aquelles que hem encetat i que, sens dubte, anirem fent.

Des del ferm convenciment que la governança del sistema de salut del segle XXI és impossible sense generar estratègies integradores i entenedores dels diferents tipus de coneixement que es donen en la realitat del món sanitari, i des de la responsabilitat concreta del CatSalut en l'àmbit de l'atenció al client i la qualitat, que no és altra que la relació del sistema amb la ciutadania, encarem els reptes de futur com un compromís.

LES PERCEPCIONS DE LA CIUTADANIA I LA QUALITAT DE SERVEI

▶ L'èxit del PLAENSA© rau en el rigor metodològic i la proximitat d'interessos a la ciutadania.

L'èxit del PLAENSA© rau en el rigor metodològic i en la proximitat als interessos de la ciutadania: els qüestionaris són elaborats a partir d'una aproximació qualitativa als ciutadans i ciutadanes, que expressen les seves experiències i expectatives sobre les diferents línies de servei objecte d'estudi. És per això que, en una societat com l'actual, sotmesa a un canvi constant, el primer compromís per un futur immediat passa per revisar els qüestionaris (que van ser dissenyats l'any 2003 i que han estat la base dels estudis fets fins ara) per contrastar-ne la vigència o, si escau, fer les revisions o incorporacions necessàries per convertir-los en l'eina per a la mesura apropiada a la ciutadania i als serveis sanitaris del nostre temps.

En la mateixa línia se situa el projecte d'incorporar les noves tecnologies al coneixement de les opinions de la ciutadania, tant pel que fa a l'apli-

ció a les enquestes de satisfacció com pel fet que siguin una eina de relació entre la ciutadania i l'Administració sanitària.

L'experiència portada a terme el 2008 a l'atenció ambulatoria especialitzada ha estat el punt de partida d'un camí que té com a fita disposar dues vegades l'any d'informació dels usuaris de diferents línies de servei per a cadascun dels centres contractats pel CatSalut i agilitar la capacitat d'anàlisi i, per tant, de resposta a les necessitats que puguin ser detectades en l'enquesta de satisfacció, així com establir tendències de comportament generals. Es tractaria d'un avenç que, en la línia que es proposa en el nou model d'atenció al ciutadà, dotaria d'homogeneïtzació tots els centres amb una eina de mesura validada, contrastada i amb resultats que permeten la comparació amb el consegüent estalvi de recursos en altres estudis de poca utilitat pràctica.

En una altra direcció, però també en relació amb el desenvolupament de l'aplicació de noves tecnologies, s'està explorant la possibilitat de conèixer les percepcions i opinions de la ciutadania a través d'Internet i la incorporació d'aquesta informació a la implementació de polítiques sanitàries.

LA VISIÓ TRANSVERSAL DE LA SALUT: UN NOU PARADIGMA D'ACTUACIÓ

Potser el nou paradigma basat en una visió transversal és el repte més difícil, però a la vegada el més aclaridor en cas de poder ser capaçs d'assolir-lo, atès que l'estructura organitzativa clàssica està fent evidents les seves febleses per fer front a les necessitats de la població en matèria de salut.

És una realitat que la salut és un àmbit prioritari tant per a l'Administració sanitària com per a la ciutadania i que, quan es parla de salut, no es fa referència concreta a cap de les línies assistencials que comprèn l'atenció sanitària, sinó que es fa referència a una globalitat que inclou des de les mesures preventives fins a les diferents atencions que pot rebre el ciutadà en cas d'un problema de salut, les proves diagnòstiques a què s'ha de sotmetre, el temps d'espera per rebre el servei, etc.

Si podem identificar de manera transversal els diferents punts de l'itinerari de salut que segueix el ciutadà en el sistema sanitari entès com a procés, no com a blocs estancs de serveis sanitaris comunicats per un passadís pel qual circula el ciutadà, sinó com un contínuum assistencial

> El futur apunta a la incorporació de les noves tecnologies al coneixement de les opinions de la ciutadania.

> La salut s'entén cada vegada més com un concepte integral; per tant, els instruments de mesura de la satisfacció han de poder captar la percepció d'aquest contínuum assistencial.

global, que tard o d'hora, de forma completa o parcial, fan servir tots els ciutadans i ciutadanes, si som capaços de mesurar, avaluar i detectar les possibilitats de millora i actuar per facilitar el flux d'aquest trànsit de persones en l'itinerari de salut, de ben segur que haurem aconseguit un gran avenç en la millora del sistema de salut comptant amb la participació directa de la ciutadania.

Des d'aquesta nova perspectiva s'estan incorporant experiències per a la mesura de la satisfacció en processos transversals que impliquen la participació de diferents línies de servei i també diferents proveïdors de serveis sanitaris.

EL MODEL D'ATENCIÓ A LA CIUTADANIA

▶ El CatSalut treballa en la revisió del model d'atenció a la ciutadania en la sanitat pública per donar patrons d'actuació dins del sistema públic i models de referència al sector privat.

En un projecte de llarg abast quant a complexitat i contingut, el CatSalut treballa, per encàrrec del Departament de Salut, en la revisió del model d'atenció al ciutadà en la sanitat pública per garantir l'homogeneïtzació dels processos i les accions en què la ciutadania es relaciona amb els serveis sanitaris, sigui quin sigui el nivell assistencial i el proveïdor.

El CatSalut ha definit un model que donarà com a resultat a mitjà termini l'establiment d'un patró d'actuació comú a tots els actors del sistema sanitari públic i, a la vegada, servirà de referència per a la sanitat privada. Aquest model concreta l'estructura, funció i posició de les unitats d'atenció al ciutadà en l'organització i defineix, al mateix temps, processos i procediments derivats de les funcions que els són atribuïdes.

El model, que regularà les relacions amb la ciutadania, emana dels principis i els valors recollits a la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, com la universalització de l'atenció sanitària, la integració de serveis, la simplificació, racionalització, eficàcia i eficiència de les organitzacions, la concepció integral de la salut, la descentralització i desconcentració de la gestió i la participació comunitària.

Per completar el model s'ha previst elaborar un llibre d'estil de l'atenció al ciutadà en les institucions relacionades amb l'atenció sanitària a Catalunya, que considerarà aquells aspectes no protocol·litzables del procés assistencial i que servirà de guia per a tots els professionals i les professionals del sector de la salut.

5. Resultats del Pla d'enquestes de satisfacció del CatSalut per línies de servei 2003-2009

A continuació es presenten els resultats de cada línia de servei amb una representació sintètica que destaca els trets fonamentals que han de ser completats amb la informació disponible a la web corporativa.

Per a cada línia de servei la informació s'organitza d'acord amb l'estructura següent:

- Un primer apartat que inclou la fitxa tècnica de cada estudi i els anys de realització.
- Un segon apartat de resultats en una presentació radial que inclou el valor de l'indicador positiu per a cada una de les preguntes. Es poden comparar els resultats de cada pregunta amb dues referències estàndard, de fora a dins: un primer llindar del 90% que destaca els valors excel·lents i un segon llindar del 75%, que cal considerar com a valors de millora.
- En tercer lloc, la distribució i variació de les respostes agrupades per àrees temàtiques o d'interès i que conformen la satisfacció amb cadascuna de les línies de servei.
- I finalment un mapa de Catalunya, amb els territoris que la componen segons el criteri sanitari (regions sanitàries), on consten en etiquetes els índexs de satisfacció global i fidelitat.



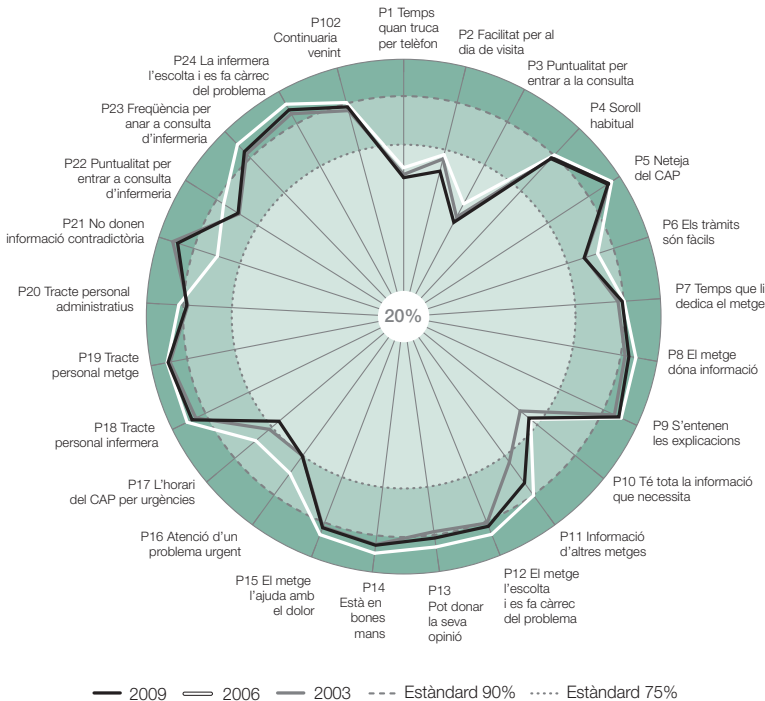
La informació completa dels estudis està disponible a:
www.gencat.cat/catsalut/plaensa/

Atenció primària

Fitxa tècnica

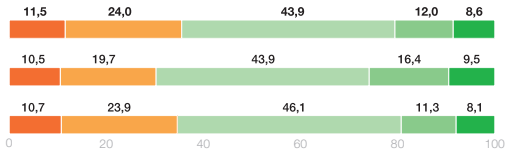
	2003	2006	2009
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys o més d'edat que han estat atesos el darrer any als centres d'atenció primària, a la consulta mèdica i a la consulta d'infermeria a Catalunya		
Marc de mostreig	Assegurats de 15 anys o més d'edat que apareixen al Registre central de persones assegurades (RCA) del CatSalut al maig de 2003	maig de 2006	març de 2009
Disseny mostral	83 unitats mostrals (sectors o unitats proveïdores dins els sectors) 162 casos per unitat com a mínim 13.477 casos en total	351 unitats mostrals (àrees bàsiques de salut) 80 casos per unitat com a mínim 31.039 casos en total	359 unitats mostrals (àrees bàsiques de salut) 80 casos per unitat com a mínim 29.720 casos en total
Marge d'error	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	7 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador		
Període de realització del treball de camp	Del 17 de setembre al 23 d'octubre de 2003	Del 26 de juliol al 24 de novembre de 2006	Del 19 de maig al 31 de juliol de 2009

Resultats generals

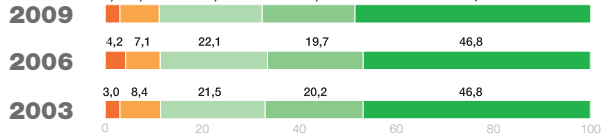


- La majoria de resultats estan per sobre del 75% de valoracions positives i destaquen com a excel·lents les preguntes que valoren la confiança, la competència, el temps de dedicació, la relació i el tracte dels professionals i el confort.
- Els resultats són similars entre períodes estudiats, amb una tendència positiva en general.
- Les millores s'orienten cap als aspectes d'accessibilitat als serveis (petició de visita i puntualitat i gestió dels problemes urgents).
- Els centres amb entorns més rurals són els que tenen més bones valoracions.

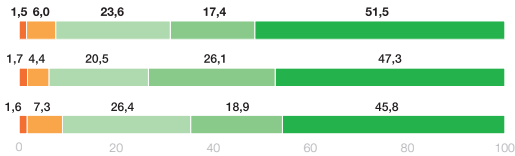
Accessibilitat



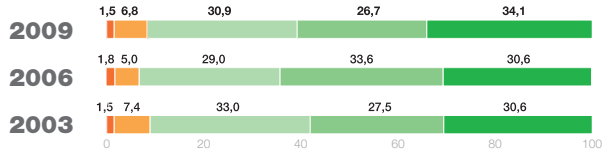
Competència professional



Informació



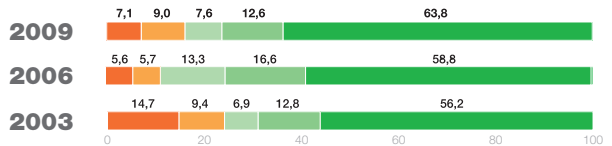
Tracte i relació personal



➤ La distribució de les categories de les respostes que valoren la competència i el tracte dels professionals són les àrees que mostren més estabilitat en el temps.

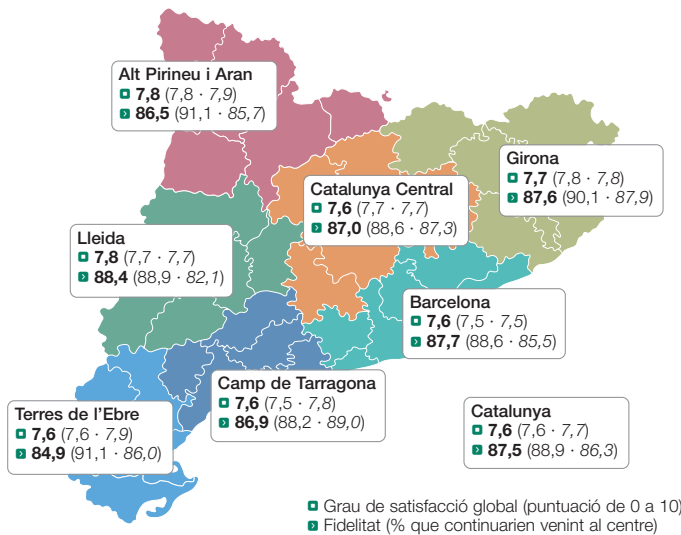
➤ Hi ha una tendència a l'alça en totes les categories de resposta positives, especialment en la continuïtat i la informació.

Continuïtat assistencial



■ Malament
■ Regular
■ Bé
■ Molt bé
■ Perfecte

Satisfacció i fidelitat 2009 (2006 · 2003)



➤ La satisfacció supera el notable i la intenció de tornar es dona en 8 de cada 10 ciutadans.

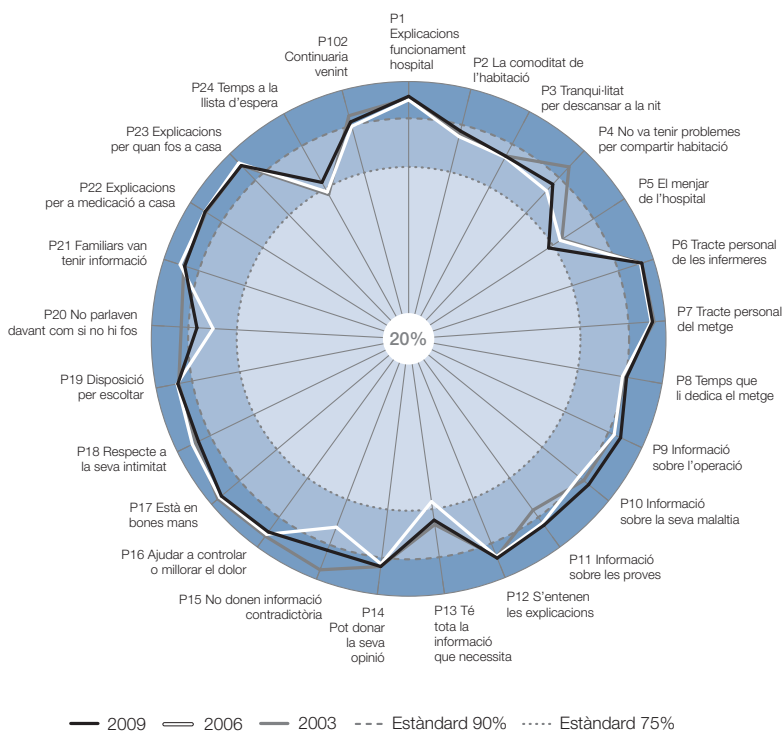
➤ Es mantenen els valors entre períodes en l'àmbit de Catalunya i, en general, entre territoris.

Atenció hospitalària amb internament

Fitxa tècnica

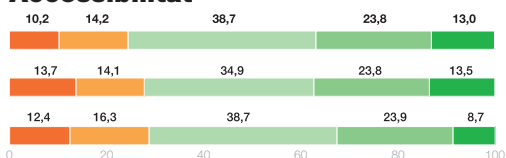
	2003	2006	2009
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys i més d'edat que han estat hospitalitzats dos dies o més en un hospital d'aguts		
Marc de mostreig	Registres de facturació del CatSalut corresponents a l'hospitalització d'aguts de la línia de servei d'atenció hospitalària d'assegurats de 15 anys o més d'edat Abril, maig i juny de 2003	Gener, febrer i març de 2006	Març, abril, maig i juny de 2009
Disseny mostral	60 unitats mostrals (hospitals) 162 casos per unitat com a mínim 9.720 casos en total	60 unitats mostrals (hospitals) 80 casos per unitat com a mínim 4.968 casos en total	58 unitats mostrals (hospitals) 80 casos per unitat com a mínim 4.683 casos en total
Marge d'error	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	7 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador		
Període de realització del treball de camp	Del 13 d'octubre al 16 de novembre de 2003	Del 19 de juliol al 18 d'octubre de 2006	Del 22 d'octubre al 12 de novembre de 2009

Resultats generals

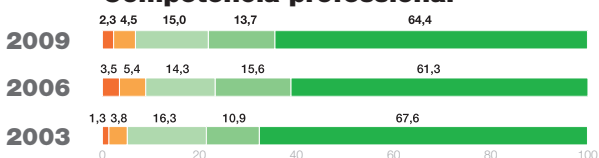


- És la línia de servei més ben valorada en els tres períodes de totes les línies estudiades, amb valors d'excel·lència en 14 de les 24 preguntes i amb una tendència positiva en general on destaquen les valoracions de la confiança, la informació a l'alta hospitalària, la competència, el temps de dedicació, la relació i el tracte dels professionals.
- S'han de fer millores en la percepció del temps en llista d'espera per a intervenció i en alguns aspectes de confortabilitat (comoditat de l'habitació, organització que afavoreixi el descans nocturn i el menjar).
- Per tipologia d'hospitals, són els hospitals generals i els d'alta tecnologia els que estan més ben valorats.

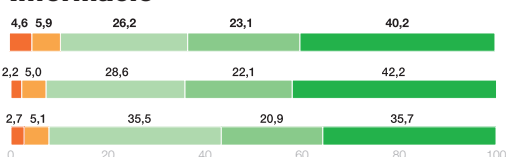
Accessibilitat



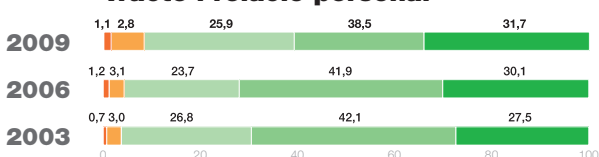
Competència professional



Informació



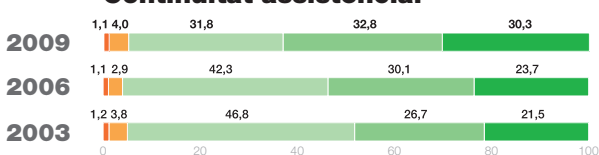
Tracte i relació personal



▶ La continuïtat assistencial, la informació i el tracte dels professionals són les àrees que mostren respostes més estables.

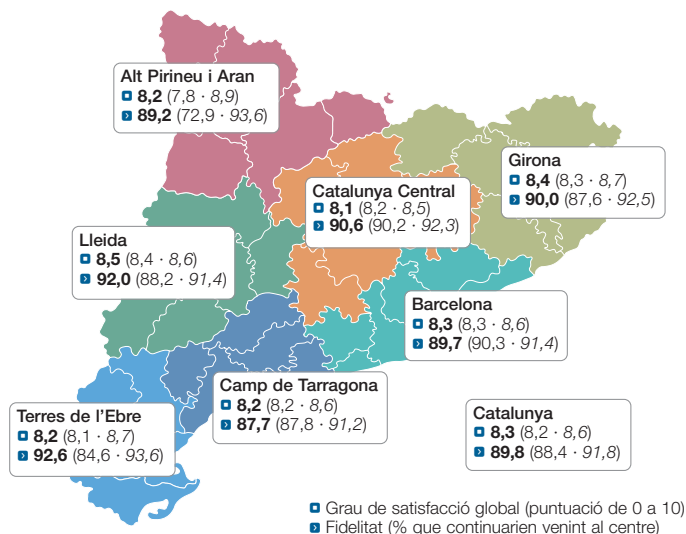
▶ La distribució de les categories de resposta es manté, amb una lleugera tendència a la baixa.

Continuïtat assistencial



■ Malament Mai
 ■ Regular Poques vegades
 ■ Bé Sovint
 ■ Molt bé Gairebé sempre
 ■ Perfecte Sempre

Satisfacció i fidelitat 2009 (2006 · 2003)



▶ La satisfacció té una de les notes més altes entre les línies i períodes estudiats amb una intenció de tornar que es manté en 9 de cada 10 ciutadans.

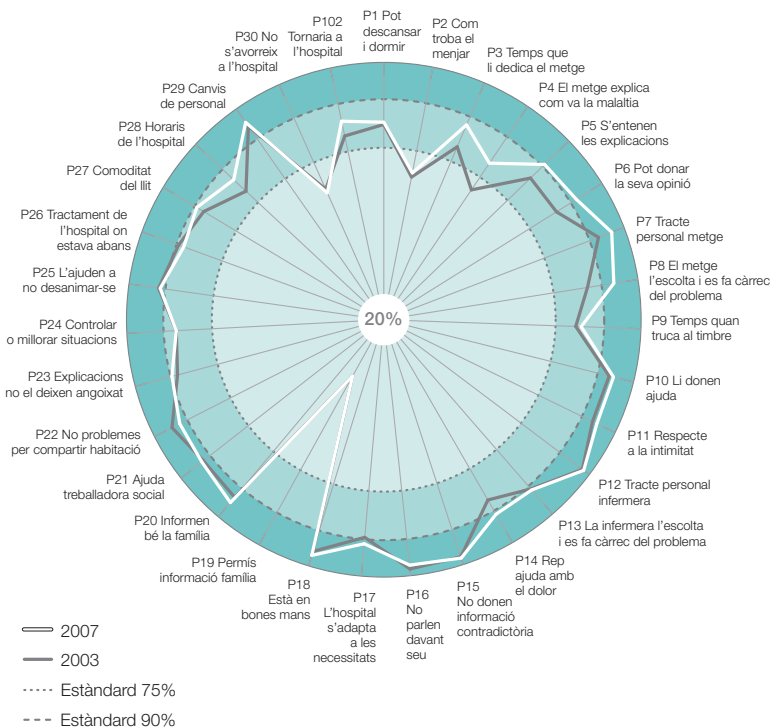
▶ Aquesta valoració es manté entre períodes en l'àmbit de Catalunya, tot i que hi ha alguna diferència entre territoris i períodes, que tenen a veure amb la tipologia d'hospitals.

Atenció socio sanitària amb internament

Fitxa tècnica

	2003	2007
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys i més, usuaris directament receptors del servei d'atenció socio sanitària en convalescència, mitjana i llarga estada i cures pal·liatives, ingressats en un dels centres i amb una estada superior a 7 dies per a cadascuna de les línies de producte	
Marc de mostreig	Nombre de recursos d'internament de mitjana i llarga estada, convalescència i cures pal·liatives contractats pel CatSalut en el moment de fer l'estudi	
Disseny mostral	8 unitats mostrals (regions sanitàries) 401 casos per unitat com a mínim Només es van poder entrevistar 2.050 casos en total	7 unitats mostrals (regions sanitàries) 170 casos per unitat com a mínim Només es van poder entrevistar 2.197 casos en total
Mètode d'entrevista	Entrevistes personals	
Període de realització del treball de camp	Entre el 15 de juliol i el 13 d'agost de 2003	Del 19 de març al 26 de juliol de 2007

Resultats generals

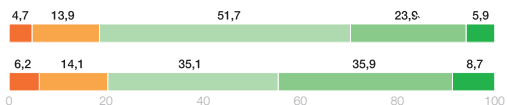


► La incorporació de l'opinió de les persones ateses en aquests serveis de salut ha estat un repte des del punt de vista metodològic i logístic, que s'ha acompanyat d'estudis complementaris de les famílies i dels professionals que les atenen.

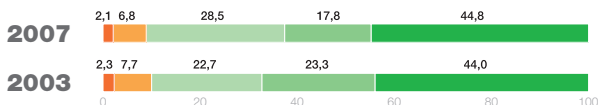
► En la valoració que es fa d'aquests serveis, destaca l'excel·lència assolida en la competència dels professionals, especialment de les infermeres, així com l'adequació dels serveis de convalescència i cures pal·liatives.

► A l'estudi de 2007 millora la valoració que es fa dels metges, però els aspectes de confortabilitat (organització del temps de lleure i descans nocturn i el menjar) i demanar permís per informar a la família, segueixen per sota dels valors desitjables.

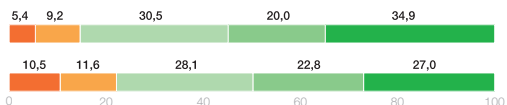
Accessibilitat



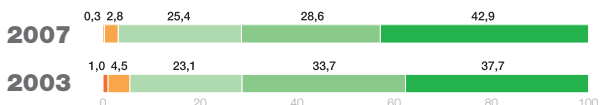
Competència professional



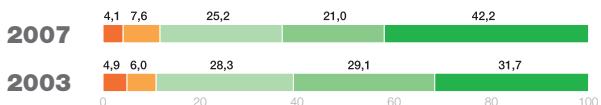
Informació



Tracte i relació personal



Continuïtat assistencial



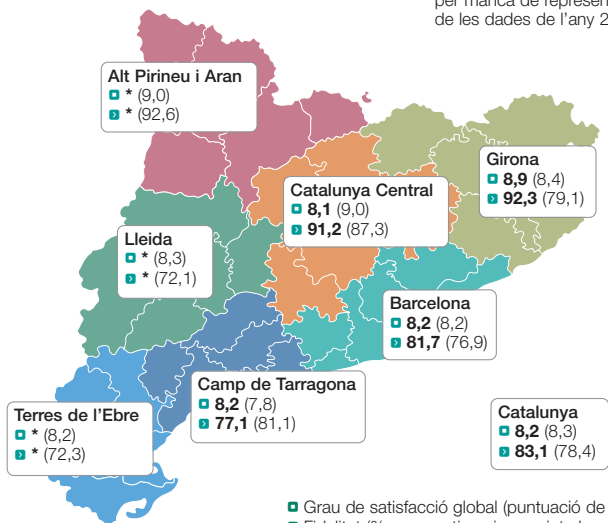
■ Malament Mai
 ■ Regular Poques vegades
 ■ Bé Sovint
 ■ Molt bé Gairebé sempre
 ■ Perfecte Sempre

➤ L'estabilitat entre períodes en la distribució de les respostes demostra la capacitat de les persones ateses en aquesta línia per valorar els serveis rebuts.

➤ Hi ha una lleugera tendència a l'alça en totes les categories de respostes positives, especialment en les àrees de la competència professional i la informació.

Satisfacció i fidelitat 2007 (2003)

* Resultats no disponibles per manca de representativitat de les dades de l'any 2007.



■ Grau de satisfacció global (puntuació de 0 a 10)
■ Fidelitat (% que continuarien venint al centre)

➤ Els valors de satisfacció són els segons més alts de totes les línies i períodes.

➤ Es dona una lleugera millora el 2007 en la intenció de tornar.

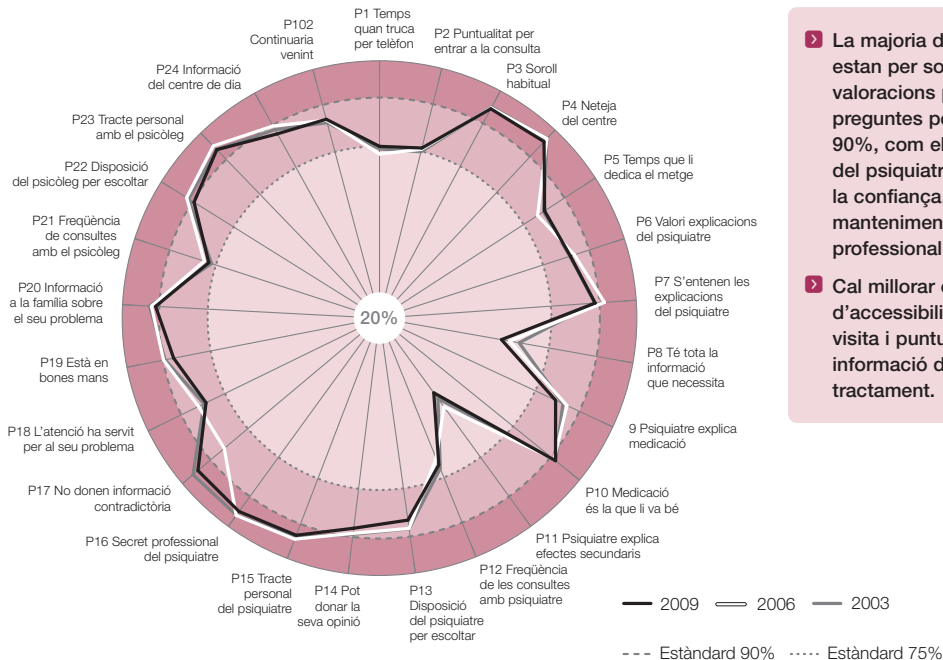
➤ El canvi d'estructura territorial del 2005 va afectar l'adscripció d'alguns centres, per la qual cosa no es pot fer la comparació d'alguns territoris entre períodes.

Atenció a la salut mental ambulatoria

Fitxa tècnica

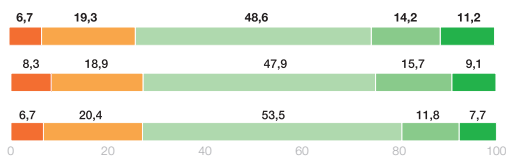
	2003	2006	2009
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 18 anys i més d'edat que han estat atesos en els darrers dotze mesos en un centre de CSMA de la línia d'atenció psiquiàtrica i salut mental ambulatoria a Catalunya		
Marc de mostreig	Conjunt d'assegurats de 18 o més anys d'edat que apareixen als registres del Conjunt mínim bàsic de dades de salut mental (CMBD-SM) del CatSalut Juny de 2002 a juny de 2003	Juny de 2005 a juny de 2006	Gener a desembre de 2008
Disseny mostral	8 unitats mostrals (regions sanitàries aquest any) 401 casos per unitat com a mínim 3.215 casos en total	63 unitats mostrals (centres de salut mental i ambulatoria) 80 casos per unitat com a mínim 5.374 casos en total	68 unitats mostrals (centres de salut mental i ambulatoria) 80 casos per unitat com a mínim 5.586 casos en total
Marge d'error	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	8 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador		
Període de realització del treball de camp	Del 30 d'octubre al 22 de desembre de 2003	Del 7 de setembre al 24 de novembre de 2006	Del 10 al 20 de setembre de 2009

Resultats generals

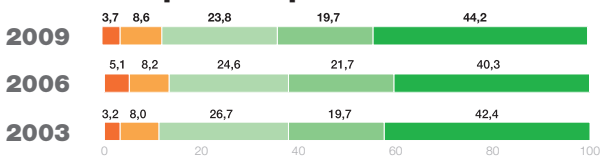


- ▶ La majoria dels resultats estan per sobre del 75% de valoracions positives, amb 8 preguntes per sobre del 90%, com el tracte i suport del psiquiatre i del psicòleg, la confiança, el confort i el manteniment del secret professional.
- ▶ Cal millorar els aspectes d'accessibilitat (petició de visita i puntualitat) i informació de suport al tractament.

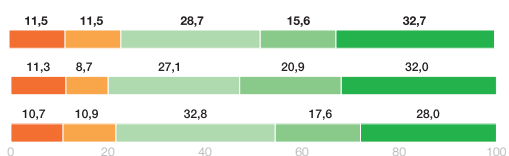
Accessibilitat



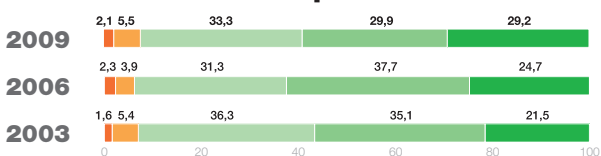
Competència professional



Informació

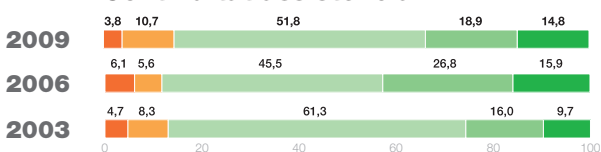


Tracte i relació personal



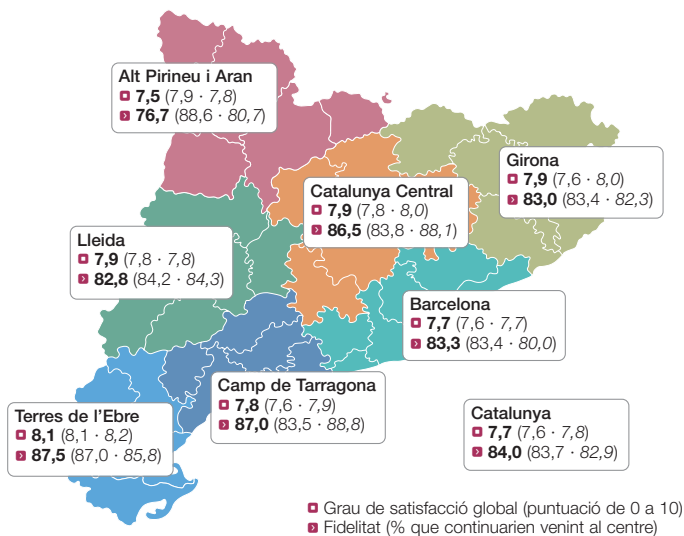
➤ És la línia on s'observa més estabilitat en les respostes per àrees i entre períodes, amb millors valoracions positives dels extrems.

Continuïtat assistencial



■ Malament Mai
 ■ Regular Poques vegades
 ■ Bé Sovint
 ■ Molt bé Gairebé sempre
 ■ Perfecte Sempre

Satisfacció i fidelitat 2009 (2006 · 2003)



➤ La satisfacció supera el notable i manifesten intenció de tornar al centre 8 de cada 10 ciutadans.

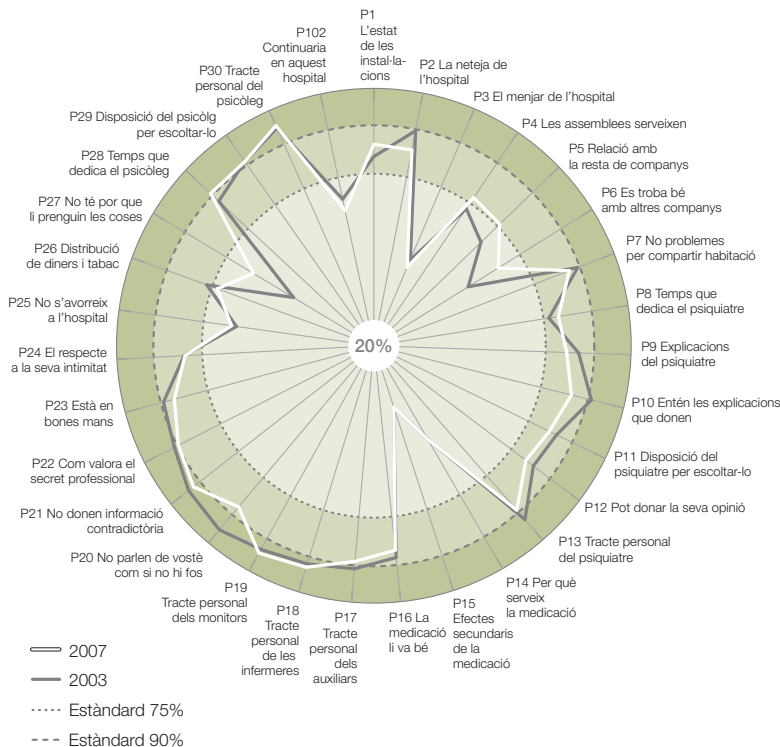
➤ Es mantenen els valors entre períodes en l'àmbit de Catalunya i en general entre territoris, tot i que hi ha diferències entre unitats proveïdores.

Atenció a la salut mental amb internament

Fitxa tècnica

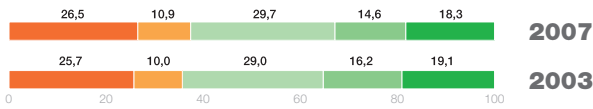
	2003	2007
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 18 anys i més, usuaris directament receptors del servei d'atenció psiquiàtrica i salut mental de mitjana i llarga estada, ingressats en un centre amb estada superior a un mes	
Marc de mostreig	Nombre de recursos d'internament de mitjana i llarga estada contractats pel CatSalut en el moment de fer l'estudi	
Disseny mostral	8 unitats mostrals (regions sanitàries) 401 casos per unitat com a mínim Només es van poder entrevistar 829 casos en total	7 unitats mostrals (regions sanitàries) 170 casos per unitat com a mínim Només es van poder entrevistar 454 casos en total
Mètode d'entrevista	Entrevistes personals	
Període de realització del treball de camp	Del 8 al 23 de setembre de 2003	Del 19 de març al 26 de juliol de 2007

Resultats generals

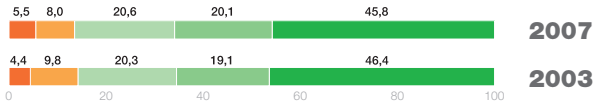


- ▶ Aquesta línia de servei és la que té menys persones entrevistades, atesa la seva situació de salut, freqüentment inestable, i els llargs períodes d'internament que tenen la majoria de les persones.
- ▶ Tot i la millora evident entre els dos períodes, la majoria de resultats segueixen situats en la franja entre el 90% i el 75% i destaquen com a excel·lents les que valoren la confiança, el tracte i suport del psiquiatre i del psicòleg i la confiança.
- ▶ Són millorables la informació de suport al tractament, els aspectes d'organització interna i de relació amb altres interns, la gestió del temps de lleure i el menjar.

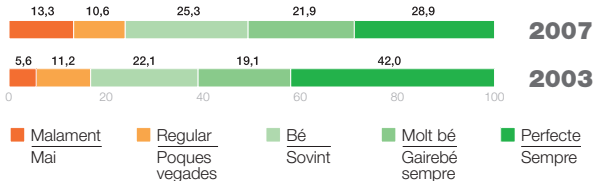
Informació



Competència professional



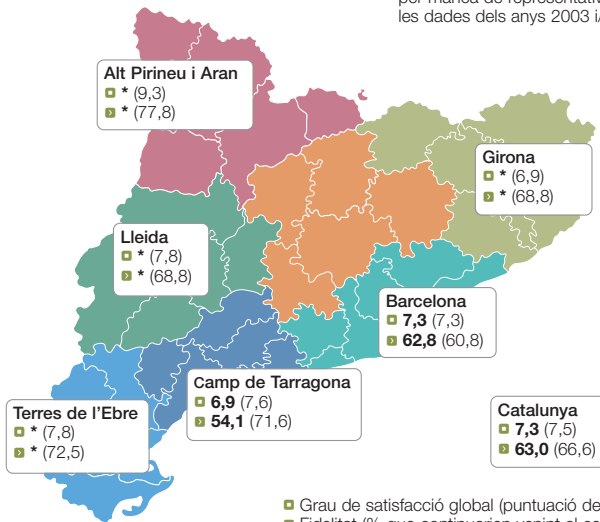
Tracte i relació personal



- El nombre d'àrees d'interès valorades és més petit ateses les característiques dels serveis avaluats.
- La distribució de les respostes es manté estable en la competència i la informació, entre períodes.
- En l'apartat de tracte i relació amb els altres interns, el 2007 s'han incrementat les valoracions negatives.

Satisfacció i fidelitat 2007 (2003)

* Resultats no disponibles per manca de representativitat de les dades dels anys 2003 i/o 2007.



- La satisfacció supera el notable, i manifesten que tornarien al centre 6 de cada 10 ciutadans, dada que representa el valor més baix de totes les línies estudiades i que està relacionada amb les característiques específiques d'aquests serveis.
- Es mantenen els valors entre períodes en l'àmbit de Catalunya i, en general, entre els territoris dels quals hi ha informació.

Atenció hospitalària urgent

Fitxa tècnica

	2005	2008
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys i més d'edat que han estat atesos pels serveis d'urgències hospitalàries entre setembre i novembre de 2005	entre gener i febrer de 2008
Marc de mostreig	Registres de facturació del CatSalut corresponents a pacients atesos a urgències, de 15 anys i més d'edat De l'1 de setembre al 30 de novembre de 2005	Gener i febrer de 2008
Disseny mostral	S'ha definit com a unitat mostral cada hospital amb un mínim de 2.500 altes/any als serveis d'urgències 54 unitats mostrals 162 casos per unitat com a mínim 8.748 casos en total	53 unitats mostrals 97 casos per unitat com a mínim 5.381 casos en total
Marge d'error	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador	
Període de realització del treball de camp	Del 16 de gener al 17 de febrer de 2006	Del 13 de maig al 31 de juliol de 2008

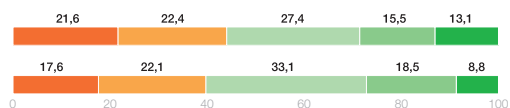
Resultats generals



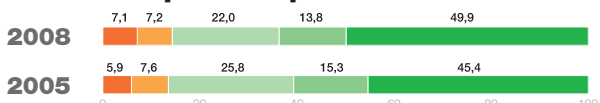
► Un 70% de les preguntes estan per sobre del 75% de valoracions positives però, tot i que les diferències són petites, es dona una tendència negativa entre períodes, exceptuant-ne les millores en la informació del temps d'espera i del procés i l'organització en l'estada.

► Per tipologia d'hospitals, són els hospitals de referència i els d'alta tecnologia els que estan més ben valorats.

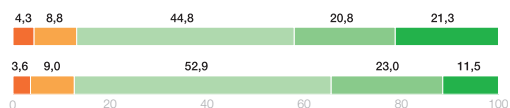
Accessibilitat



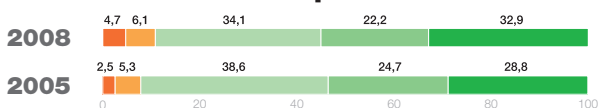
Competència professional



Informació

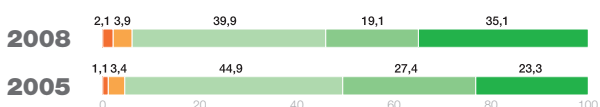


Tracte i relació personal



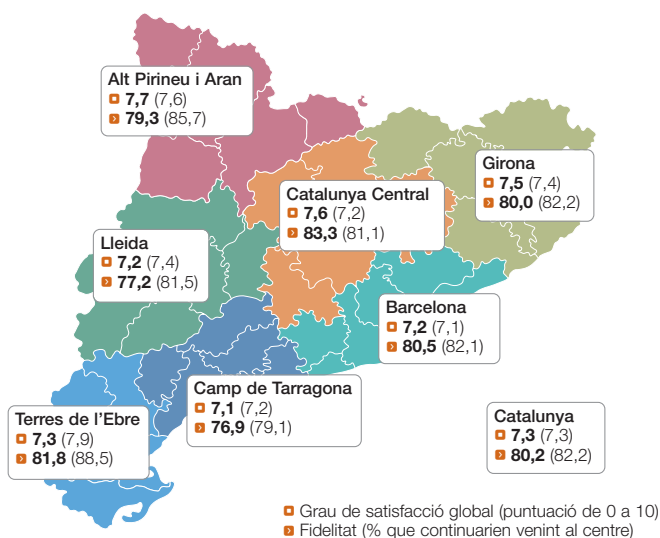
➤ L'anàlisi per àrees mostra opinions oposades ja que creixen les categories de resposta dels extrems en detriment dels valors més centrals.

Continuïtat assistencial



■ Malament Mai
■ Regular Poques vegades
■ Bé Sovint
■ Molt bé Gairebé sempre
■ Perfecte Sempre

Satisfacció i fidelitat 2008 (2005)



➤ La nota de satisfacció es manté en 7,3, amb una intenció de tornar al centre que baixa lleugerament.

➤ També es mantenen els valors entre períodes en l'àmbit de Catalunya, tot i que hi ha diferències entre territoris i períodes, que tenen a veure amb la tipologia d'hospitals.

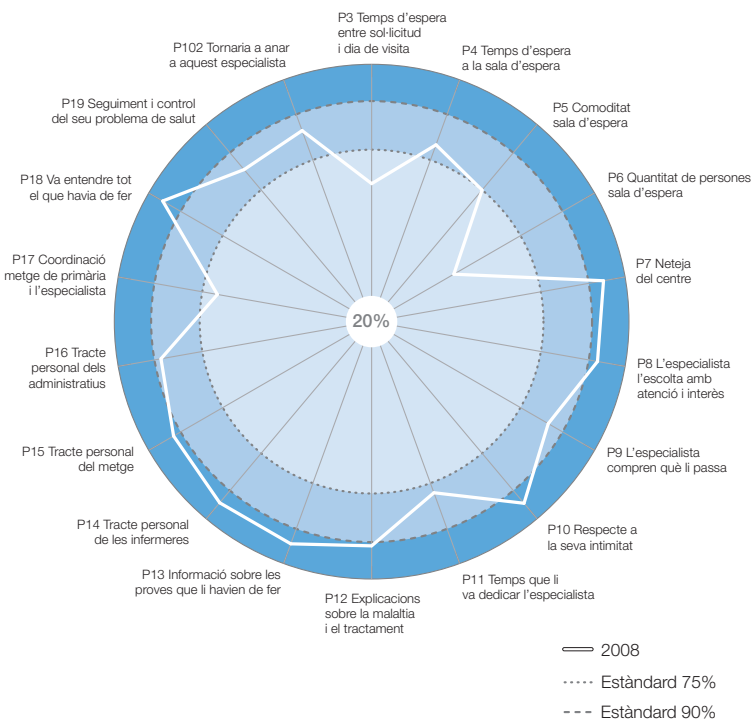
Atenció especialitzada ambulatoria

Fitxa tècnica

2008

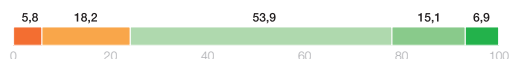
Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys i més d'edat que han estat atesos en una consulta d'atenció especialitzada ambulatoria
Marc de mostreig	S'han seleccionat proporcionalment registres del Registre central d'assegurats, segons un mostreig fet a partir de la població de les àrees bàsiques de salut de referència de cada centre d'atenció especialitzada ambulatoria i que corresponen a assegurats de 15 anys o més d'edat
Disseny mostral	La unitat mostral és el centre amb atenció especialitzada ambulatoria (hospitals i CAP II amb sis o més especialitats): 80 unitats mostrals, 124 casos com a mínim, 7.986 casos en total
Marge d'error	11 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador
Període de realització del treball de camp	Del 4 de juliol a l'11 de novembre de 2008

Resultats generals



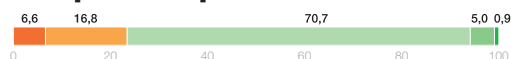
- ▶ La majoria de preguntes superen els valors del 75%, amb 7 preguntes per sobre del 90%, relacionades amb el tracte i la competència dels professionals i la informació del procés.
- ▶ No arriben al 75% els aspectes d'accessibilitat (temps d'espera per dia de visita) confortabilitat (comoditat de la sala d'espera i nombre excessiu de persones a les sales d'espera) i coordinació amb altres nivells assistencials.
- ▶ No hi ha diferències entre tipologia de centres, exceptuant-ne els que corresponen als denominats CAP II, que mostren valoracions més baixes en la majoria de preguntes, incloent-hi les que valoren satisfacció i fidelitat.

Accessibilitat



Competència professional

2008

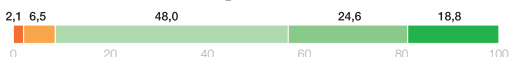


Informació



Tracte i relació personal

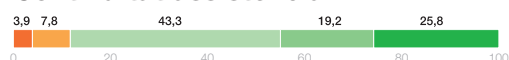
2008



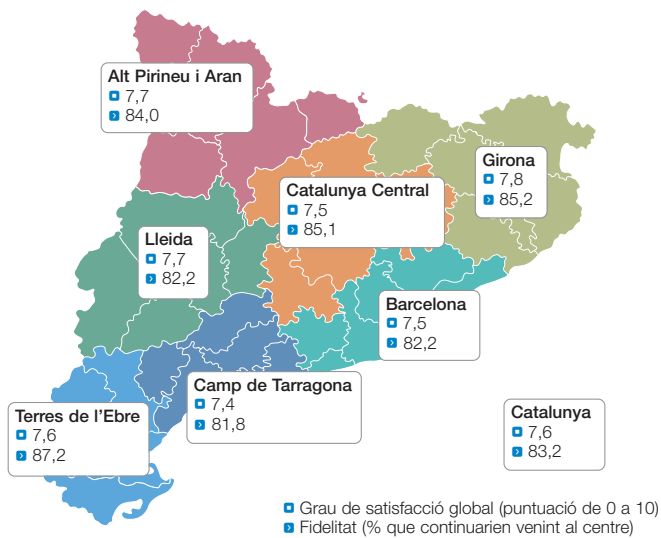
Entre les àrees d'interès, destaquen amb menys respostes negatives les que tenen a veure amb la informació i el tracte dels professionals.

Continuïtat assistencial

2008



Satisfacció i fidelitat 2008



La satisfacció supera el notable, amb la intenció de tornar al centre en 8 de cada 10 ciutadans.
Aquest valor es mantenen, en general, entre territoris.

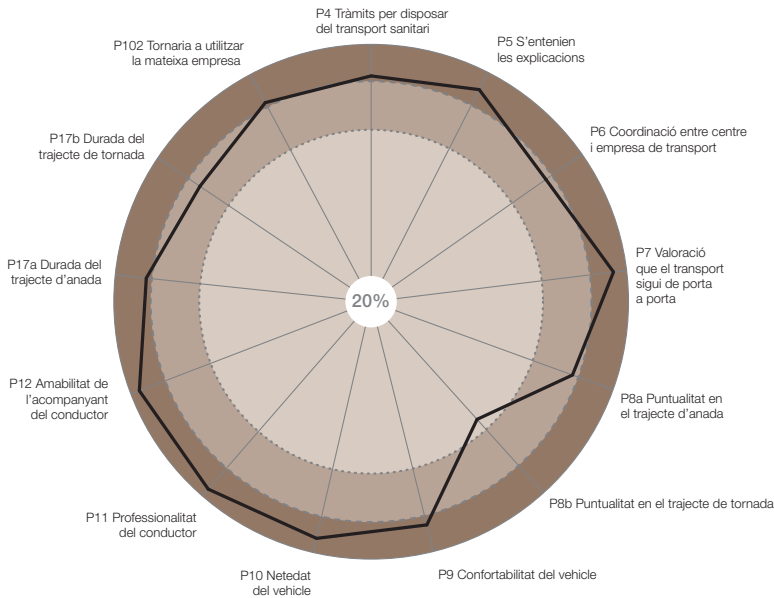
Transport sanitari no urgent

Fitxa tècnica

2009

Població objecte d'estudi	Conjunt d'assegurats de 15 anys i més d'edat que han estat usuaris una vegada o més del servei de transport sanitari no urgent
Marc de mostreig	Registres seleccionats proporcionalment a partir de les dades corresponents a la facturació de l'activitat del transport sanitari no urgent del mes de novembre de 2008
Disseny mostral	La unitat mostral és el lot (unitat de contractació d'aquesta línia de servei): 19 unitats mostrals, 120 casos com a mínim, 2.237 casos en total
Marge d'error	10 punts percentuals Nivell de confiança: 95%
Mètode d'entrevista	Entrevistes telefòniques assistides per ordinador
Període de realització del treball de camp	Del 9 al 31 de març de 2009

Resultats generals



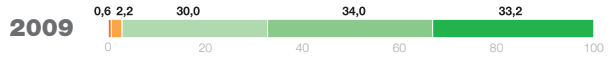
- ▶ La majoria de resultats estan per sobre del 90%, especialment els que fan referència a les característiques tècniques i professionals del vehicle i del conductor.
- ▶ Cal millorar la puntualitat i alguns aspectes de coordinació del procés.

— 2009
..... Estàndard 75%
--- Estàndard 90%

Accessibilitat



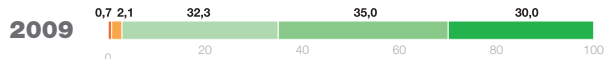
Competència professional



Informació

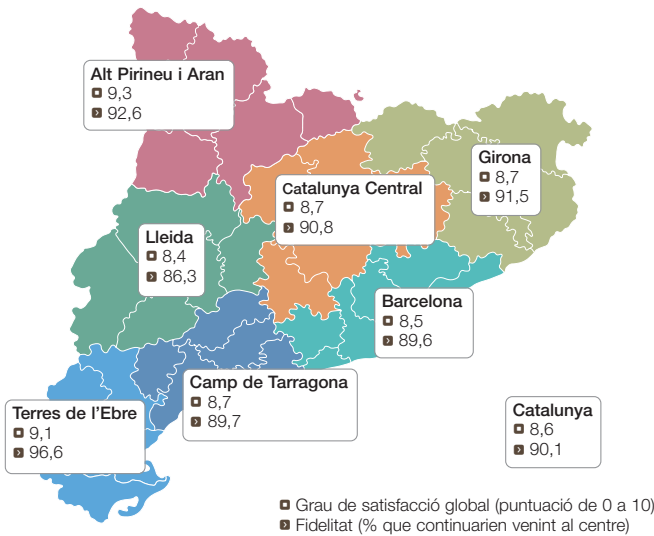


Tracte i relació personal



➤ La competència professional i el tracte i la relació personal són les àrees amb millors valoracions, seguides de l'accessibilitat i la informació.

Satisfacció i fidelitat 2009



➤ És la línia de servei amb la puntuació de satisfacció més alta i amb una intenció de fer servir la mateixa empresa de transport en 9 de cada 10 usuaris.

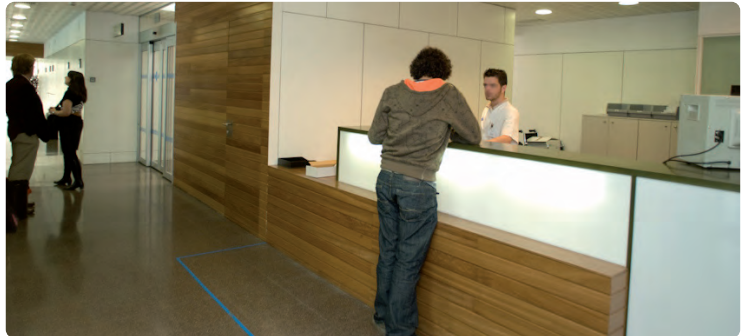
> El PLAENSA© conté l'esperit d'una veritable política de proximitat en l'àmbit de la salut.

APUNT FINAL

A partir d'aquí, es veu com la ciutadania, que sempre ha ocupat el centre del sistema sanitari, ha anat afermant progressivament la seva capacitat participativa en la presa de decisions del sistema sanitari.

El Servei Català de la Salut ha anat evolucionant cap a una escolta proactiva de la veu de la ciutadania. D'esperar el suggeriment per actuar ha passat a preguntar per preveure, de la participació en els consells de Direcció i de Salut ha avançat cap a la participació en la presa de decisions relacionades amb els indicadors de satisfacció rellevants. Tot plegat és una mostra de com el sistema sanitari està avançant des de la democràcia representativa a la democràcia participativa.

El PLAENSA©, doncs, és una mostra més de la voluntat i la necessitat de fer una veritable política de proximitat, la que acostava la ciutadania i els òrgans de gestió i decisió dels serveis públics. Probablement, la proximitat i la democràcia participativa són les úniques fórmules viables per fer política al segle XXI.



6. Bibliografia

- 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.
- 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.
- 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 departments: 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. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989; 320: 53-6.
- 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): 12-18.
- Caminal J, Sánchez E, Schiaffino. 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:
- 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.
- Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (SCMFIC). *Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client*. SCMFIC: Barcelona, 1998.

De Leeuw ED. *Nuevas tecnologías en la recogida de datos, diseño de cuestionario y calidad de las encuestas*. Seminari Internacional d'Estadística a Euskadi. Instituto Vasco de Estadística - EUSTAT 2004. Disponible a http://www.eustat.es/prod_serv/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 Vázquez CA *et al.* Publicaciones de los pediatras 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.

González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, de la 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.

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.

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 satisfaction with medical care. A meta analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30: 811-8.

Hendriks AA, Oort FJ, Vrieling 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, Zyzanski 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 a <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.

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

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

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

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

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.

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.

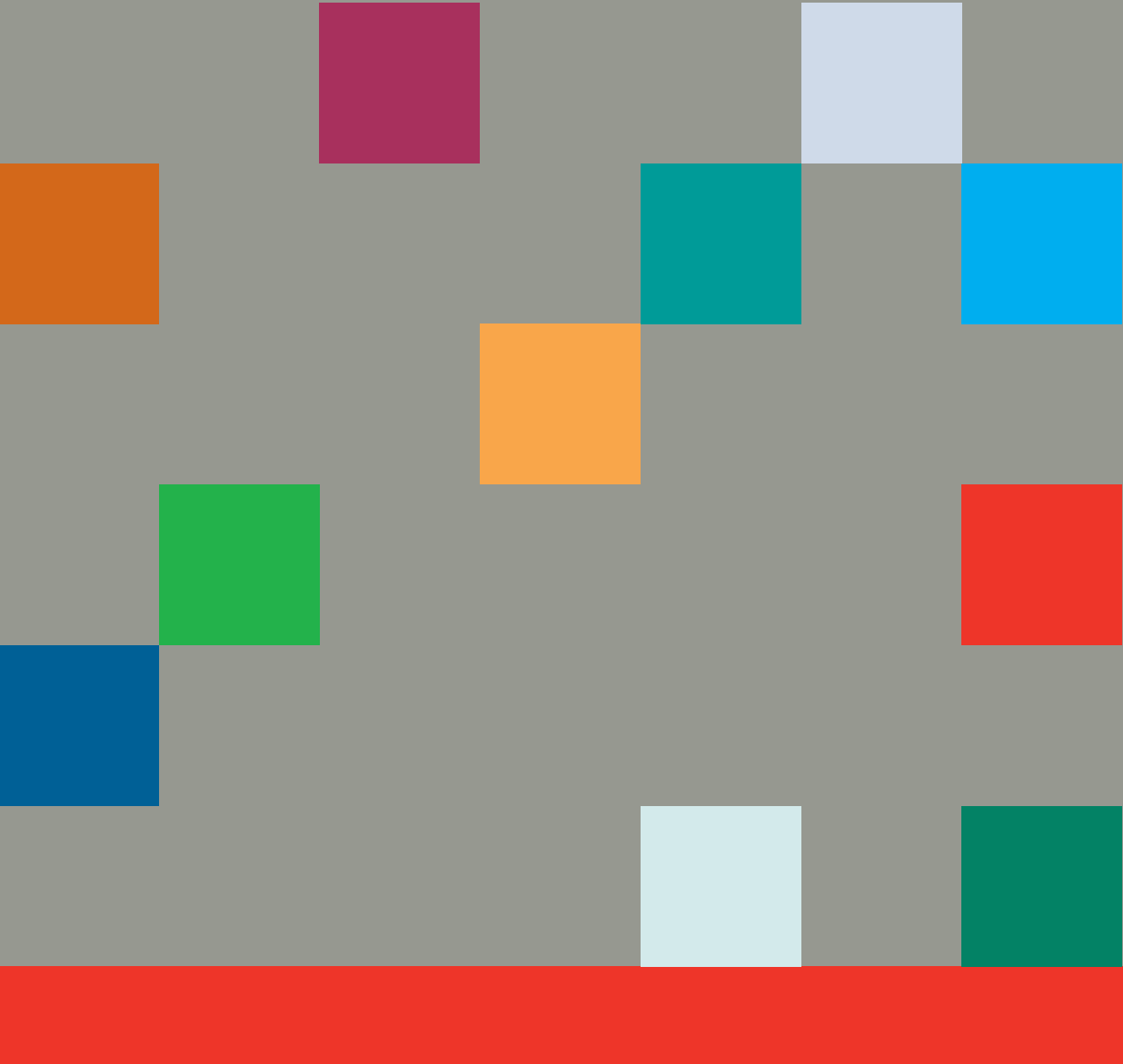
Parasuraman A, Zeithmal V, Berry A. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1998; 64: 1-12.

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 Rúa 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): 414-421.

- Riba C, Cuxart A. Construyendo las bases para una comparación fiable: a Encuesta Social Europea 2002 en España. *Revista Española de Ciencia Política* 2003; 8: 165-85. Disponible com Economics and Business Working Paper 790, UPF, a <http://www.econ.upf.edu/ca/reerca/paper.php?id=790>.
- 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.
- 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.
- 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 measurement 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.
- Ware J, Snyder M. Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13: 669-82.



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

ISBN 978-84-393-8280-5



9 788439 382805