

La voz de la ciudadanía

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

La **Voz** de la ciudadanía: como la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y al sistema de salud de Cataluña
Bibliografía
ISBN 9788439383499
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)

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

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

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

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

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

Marzo 2010

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

Dirección y coordinación
Hortensia Aguado Blázquez

Realización
Hores extraordinàries

Fotografías
Archivos del CatSalut y del Hospital Universitari de Bellvitge

ISBN: 978-84-393-8349-9

Impresión: Alpres
DL: 5.866-2010

Índice

Presentación de la consejera	5
Presentación del director	7
1. La orientación a la ciudadanía de acuerdo con la misión del CatSalut	9
La relación con la ciudadanía en los primeros años del Servicio Catalán de la Salud	10
La aseguradora pública	12
El modelo de relación dentro del sistema de salud	12
Una nueva estructura directiva: la División de Atención al Cliente y Calidad	14
El cambio de concepción: la percepción de los asegurados y la visión integral de la atención	16
Las propuestas se convierten en ejemplos de buenas prácticas	18
2. Conocer las preferencias y expectativas de las personas aseguradas para mejorar la calidad de los servicios	19
La primera edición del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005)	22
Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2006-2009)	33
Una metodología extendida a otros estudios complementarios	38
3. Los resultados de las encuestas del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut y su efecto	43
Dónde estamos	44
Principales repercusiones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut	45
4. El futuro, al servicio de las personas	51
Las percepciones de la ciudadanía y la calidad de servicio	52
La visión transversal de la salud: un nuevo paradigma de actuación	53
El modelo de atención a la ciudadanía	54
5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2009	55
Atención primaria	58
Atención hospitalaria con internamiento	60
Atención sociosanitaria con internamiento	62
Atención a la salud mental ambulatoria	64
Atención a la salud mental con internamiento	66
Atención hospitalaria urgente	68
Atención especializada ambulatoria	70
Transporte sanitario no urgente	72
6. Bibliografía	75

Presentación de la consejera

“La calidad no sucede por accidente, debe ser planificada”. Esto lo decía Joseph Juran hace más de 50 años. La búsqueda de la calidad en la prestación de servicios es, pues, una carrera de fondo que implica planificación, control y el reconocimiento de que no sólo la asistencia no es perfecta, sino que hay que seguir buscando continuamente oportunidades para mejorarla.

Esto es lo que el Servicio Catalán de la Salud pretendía al incorporar la División de Atención al Cliente y Calidad a su estructura directiva. Se había hecho evidente la necesidad de considerar conceptos como la atención a la ciudadanía, la calidad del servicio, la satisfacción de los usuarios y la mejora continua como elementos definitorios de la política de salud que se quería llevar a cabo.

Con el afán de trabajar en la mejora continua de los servicios de salud, y con el convencimiento de que prestar un servicio público responde al objetivo fundamental de satisfacer las necesidades de la ciudadanía, el CatSalut desarrolló, en 2002, el primer Plan de encuestas de satisfacción. Se quería recoger la voz de los usuarios del sistema de salud respecto a la propia percepción de la calidad –que poco tiene que ver con la calidad asistencial contemplada desde el punto de vista del sistema sanitario– y su grado de satisfacción con los servicios utilizados.

Desde entonces, los resultados obtenidos se han traducido en planes de mejora que se incluyen en los contratos con las entidades proveedoras para la compra de servicios y que nos ayudan a hacerlo cada día mejor. De esta manera, la voz de la ciudadanía se ha incorporado decisivamente a la toma de decisiones del CatSalut: escuchamos y somos más transparentes.

Durante todos estos años en los que hemos pasado de la escucha reactiva a la escucha activa, del concepto de calidad asociado a la práctica asistencial al concepto de calidad asociado a la satisfacción de las personas usuarias..., el salto cualitativo nos ha llevado a concretar un escenario más de la política de proximidad que impregna el espíritu de la gobernanza del sistema sanitario propuesto por el Departamento de Salud.

Es una satisfacción contar con una nueva publicación, que se suma a los numerosos documentos que detallan la evolución que ha experimentado el Servicio Catalán de la Salud desde su creación, hace ahora 18 años. Por este motivo quiero reconocer sinceramente la gran labor realizada por el equipo que ha dirigido y coordinado el libro que hoy se presenta, pero también a todos los que, durante tantos años, han contribuido a hacer de nuestro sistema de salud un modelo de calidad, proximidad y comprensión.

Marina Geli Fàbrega

Consejera de Salud

Presentación del director

La misión del Servicio Catalán de la Salud ha sido, desde sus inicios en 1991, hace ya 18 años, garantizar una atención sanitaria de cobertura pública de calidad a toda la ciudadanía de Cataluña, mediante una adecuada adaptación de la oferta a las necesidades de la población, con equidad, efectividad y eficiencia.

Este ha sido el objetivo hacia el que se ha encaminado, siempre, la configuración del modelo sanitario catalán. Pero la experiencia acumulada y la consolidación de las infraestructuras disponibles han permitido afinar, cada vez más, los instrumentos que permiten aplicar las políticas sanitarias diseñadas para esta finalidad.

Esto es también lo que ha pasado con el papel otorgado a la ciudadanía. Teniendo en cuenta que siempre se ha considerado que la ciudadanía es el centro de todo el sistema, poco a poco se han ido encontrando maneras de incorporar su voz de forma decisiva a los procedimientos de compra de servicios.

La participación y la comunicación con los usuarios –con los asegurados– ha sido desde los inicios del Cat-Salut un eje fundamental del sistema. En este sentido, ya desde 1993 se incluyeron representantes de las asociaciones de consumidores y usuarios en el Consejo de Salud de las regiones sanitarias y en los consejos de participación de los sectores sanitarios. Y las unidades de atención al cliente ya figuraban en los organigramas de las regiones sanitarias. Pero no era suficiente, estábamos en mantillas.

Ningún instrumento, por sí solo, tiene fuerza suficiente para transformar un modelo, pero si todos están orientados en la misma dirección, entonces sí que es posible el cambio, la reorientación, y esto es lo que el Servicio Catalán de la Salud ha ido haciendo a lo largo de estos años.

Actualmente, a través del Plan de encuestas de satisfacción de Cataluña (PLAENSA©), la percepción de la satisfacción por parte de los usuarios se ha llegado a integrar en el contrato con los proveedores, a través de las propuestas de mejora que se derivan de las encuestas de satisfacción que se efectúan periódicamente desde el año 2002.

El camino que hemos recorrido desde 1991 hasta 2009 se explica en el libro que hoy se presenta, así que dejaré que, sin adelantar nada más, descubran como se está consiguiendo mejorar la calidad de la prestación desde el punto de vista de los usuarios y no sólo desde el punto de vista del sistema sanitario.

Josep M. Sabaté Guasch

Director del Servicio Catalán de la Salud

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

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

William E. Deming

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

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

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

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

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

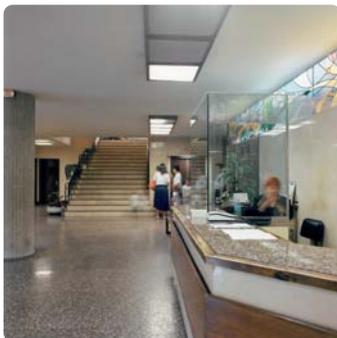
El mismo año se elaboró la instrucción que establecía por primera vez el marco general relativo al procedimiento de gestión y tramitación de las reclamaciones y sugerencias presentadas por los usuarios de la red sanitaria pública. Esta instrucción, la 3/96, partía del principio que tanto las reclamaciones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

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

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

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

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



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

LA ASEGURADORA PÚBLICA

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



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

EL MODELO DE RELACIÓN DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

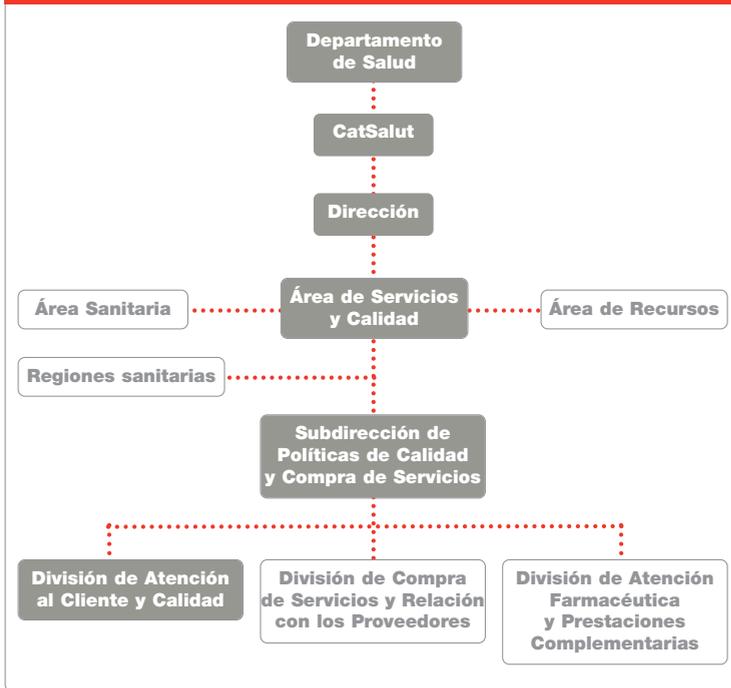
Para responder mejor a los objetivos estratégicos que el CatSalut se iba formulando, a partir del año 2000 hubo algunas reestructuraciones en el modelo organizativo y de responsabilidades. Así, el Gobierno de la Generalitat asignó la función planificadora al Departamento de Sanidad, mientras que el Servicio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

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

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



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



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

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

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

1. Gestión integral de la demanda: valoración, análisis y gestión activa de las necesidades de los ciudadanos, y uso preventivo del cálculo de riesgo y generación de instrumentos de prevención y atención de grupos de usuarios o pacientes con problemas de salud específicos.
2. Dinámica de atención directa al cliente (en el 2000 todavía se hacía referencia al ciudadano como “cliente”) potenciada con estrategias activas de escucha de la ciudadanía.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

LAS PROPUESTAS SE CONVIERTEN EN EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

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

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

BUENAS PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN

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

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

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

PROYECCIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

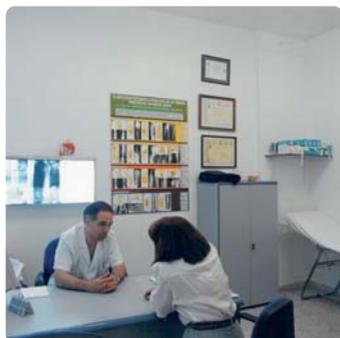
➤ **El nivel de satisfacción con los servicios sanitarios está claramente relacionado con la adecuación entre expectativas y percepción final del servicio recibido.**

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

En la web del CatSalut puede consultarse la información de todo el proyecto PLAENSA© desde el inicio, los documentos con la metodología seguida y los resultados de cada uno de los estudios. Como ejemplo, se puede decir que durante el año 2009 (de enero a noviembre) se han visitado 10.818 páginas del PLAENSA©, 2.526 de ellas eran en catalán, 1.620 en castellano y 1.669 la tabla resumen de todos los estudios, con 1.169 archivos descargados en formato pdf.



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



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

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

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

Planificación del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut

	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Atención primaria	●		●			●			●
Atención hospitalaria con internamiento	●		●			●			●
Atención sociosanitaria con internamiento	●			●			●		
Atención a la salud mental ambulatoria	●		●			●			●
Atención a la salud mental con internamiento	●			●			●		
Atención hospitalaria urgente		●			●			●	
Atención especializada ambulatoria					●			●	
Transporte sanitario no urgente						●			●

PRINCIPIOS DEL PLAENSA© 2003-2005

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

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

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

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

A estos se añadió en 2005 la atención hospitalaria urgente.

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



UNA METODOLOGÍA RIGUROSA

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

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

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

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

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

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

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

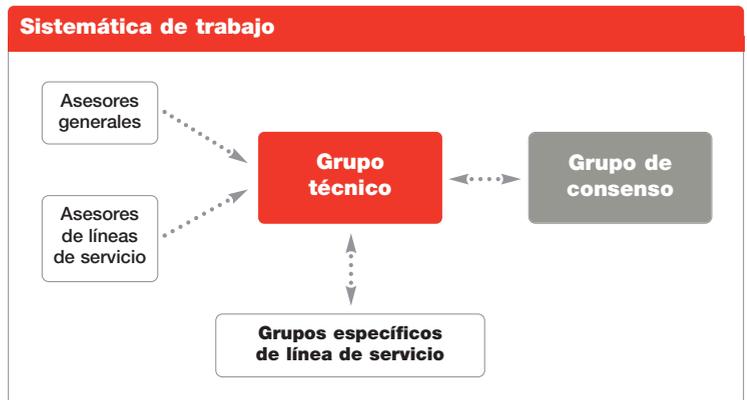


➤ Dado el alcance del proyecto y el presupuesto económico que se destinaba al mismo, la primera edición del PLAENSA© fue objeto de un concurso público a finales de octubre de 2002.

UN PROYECTO DE CONSENSO

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

- Grupo general de consenso, integrado por profesionales de prestigio reconocido en el ámbito de la gestión y de investigación de la calidad percibida en los servicios sanitarios y que representaban a todos los sectores implicados: patronales, profesionales y Administración sanitaria.
- Grupos específicos por línea de servicio, integrados por un número variable de profesionales de una línea de atención determinada, de diferentes procedencias y conocedores de los aspectos técnicos y metodológicos del proyecto.



LAS ÁREAS DE INTERÉS Y LOS CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN

Las áreas de interés (también llamadas dimensiones o agrupaciones temáticas) incluidas en los cuestionarios son resultado de las aportaciones de una etapa previa de investigación bibliográfica y cualitativa. Estas mismas áreas o agrupaciones muy similares se pueden encontrar en la mayor parte de bibliografía de evaluación de servicios y se utilizan frecuentemente para comunicar de manera más sintética y comprensiva la opinión de la ciudadanía a la hora de valorar los servicios sanitarios. En las páginas de resultados (pág. 58 a 73) se puede ver un resumen de la valoración de estas áreas de interés en cada línea de servicio.

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

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

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

ÍTEMES QUE SON COMUNES EN TODOS LOS CUESTIONARIOS DEL PLAENSA©

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

ÁREAS DE INTERÉS

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

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

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



EL SISTEMA DE ENCUESTAS

En las encuestas se usaron dos métodos: la entrevista telefónica y la entrevista cara a cara (presencia física). Por motivos tanto de viabilidad como de validez metodológica se descartaron los cuestionarios auto-cumplimentados, un método muy utilizado entonces en el alta hospitalaria o en los servicios de atención primaria.

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

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

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

Las encuestas se hicieron a personas de 15 años y más que habían utilizado los servicios sanitarios evaluados, excepto en el caso de la aten-

ción a la salud mental, que fueron personas de 18 años y más, por razones del modelo de atención vigente. En todos los casos se indicaba al asegurado que en caso de dudas o de querer más información se dirigiera al teléfono de Sanitat Respon.

LA VALIDACIÓN ESTADÍSTICA

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

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

LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y LAS MUESTRAS

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

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

Para determinar el tamaño de la muestra necesaria había que considerar el tamaño total, que permite escoger la parte estadísticamente representativa. De esta manera se determinó el número de unidades muestrales encuestadas que permitían garantizar una determinada precisión en las estimaciones necesarias. Este diseño permitió analizar los resultados para el total de Cataluña, por región sanitaria y también por unidad proveedora. En la ficha técnica de cada línea de servicio (pág. 58 a 73) se puede consultar esta información.

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





LA SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

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

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

LA ESTRATEGIA DE ANÁLISIS: INDICADORES POSITIVOS Y FACTORES PREDICTORES

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

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

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

- a) Resultados globales en Cataluña
- b) Resultados por región sanitaria
- c) Resultados por unidad muestral (sólo en atención hospitalaria con internamiento y atención hospitalaria urgente)

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

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

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

LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la interpretación y las comparaciones posibles de los resultados que se muestran en las páginas 58 a 73 hay que tener en cuenta las diferentes realidades y condicionantes que giran en torno a cada unidad de estudio y línea de servicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

www.gencat.cat/catsalut/plaensa/



Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2006-2009)

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

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

Las primeras actividades en esta etapa fueron de revisión, a fin de mejorar los instrumentos y métodos de esta nueva edición, pero sobre todo para establecer una estrategia de análisis de continuidad con un plan plurianual de recogida y explotación de información estadística mediante muestreo para todas las líneas de servicios. Esta acción respondía a la voluntad de disponer de información válida y objetiva que permitiera la comparación con los resultados de los estudios de los años 2003-2005.

PUNTOS CLAVE (I)

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

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

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

p_i es la proporción de casos a favor de un enunciado determinado en la unidad i .

p_m es la proporción media de casos a favor de un enunciado determinado en el conjunto de unidades observadas.

p_o es un valor fijado por la proporción de casos a favor del enunciado.

PUNTOS CLAVE (II)

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

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

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

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

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

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

Número de preguntas por áreas de interés y línea de servicio

	Atención primaria	Atención hospitalaria con internamiento	Atención sociosanitaria con internamiento	Atención a la salud mental ambulatoria	Atención a la salud mental con internamiento	Atención hospitalaria urgente	Atención especializada ambulatoria	Transporte sanitario no urgente
Accesibilidad	4	1	1	2	–	1	2	6
Información	3	8	3	6	4	7	2	1
Competencia profesional	5	4	7	6	6	6	3	1
Confort	2	3	3	2	3	3	2	2
Organización/coordinación	3	1	4	2	4	2	2	1
Continuidad asistencial	1	1	2	1	–	2	1	–
Trato y relación personal	3	4	4	2	9	5	4	1
Apoyo y atención psicosocial	3	2	6	3	4	2	1	–

LOS RESULTADOS DE LAS NUEVAS EDICIONES

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

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

El porcentaje de personas encuestadas que afirmaban que volverían a visitarse en el mismo centro era muy elevado. Destacaban los valores obtenidos en atención primaria (88,9%) y en atención hospitalaria con internamiento (88,4%), mientras que el resto de valores eran más bajos: atención a la salud mental ambulatoria (83,3%), atención sociosanitaria con internamiento, atención especializada ambulatoria (83,1%), atención hospitalaria urgente (80,2%) y atención a la salud mental con internamiento (63%), valor este último previsible puesto que el ingreso en muchos casos no es deseado por las personas.

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

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

➤ La satisfacción global de los encuestados en 2006-2009 ha mostrado valoraciones en general buenas y la mayoría de personas manifestó que continuaría siendo fiel al mismo servicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

Respecto al orden de las puntuaciones recibidas de las diferentes preguntas en cada una de las líneas de servicio analizadas, se constata una gran estabilidad entre ediciones, lo cual también debe interpretarse como un elemento de validación técnica de la encuesta empleada.

Los resultados específicos por línea de servicio y ediciones realizadas se pueden consultar en las páginas 58 a 73.

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

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

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

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

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

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



Una metodología extendida a otros estudios complementarios

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

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

- La investigación en técnicas y métodos considerados relevantes (idoneidad del diseño de los instrumentos de medida en cuanto a enfoque de las preguntas y tipología de respuesta e incorporación del análisis de la importancia como sustitución de los factores predictores).
- Estudios de tipo sociológico (las percepciones y expectativas de las familias de personas con internamiento en media y larga estancia psiquiátrica y sociosanitaria o las percepciones de la población menor de 15 años sobre la asistencia sanitaria).
- Percepción ciudadana de acciones organizativas o medidas de gestión incorporadas a los servicios sanitarios (implantación de la receta electrónica, sistema unificado de triaje en urgencias, compra centralizada de servicios en el transporte no urgente programado, evaluación del protocolo del PREALT).
- Estudios que incorporan las TIC para valorar la eficiencia de los diferentes métodos tanto en el tipo de encuesta como en el sistema de recogida y análisis de la información. Este nuevo enfoque se ha probado con éxito en el estudio de atención especializada ambulatoria y está pendiente de incorporar a otras líneas de atención.
- Estudios de calidad percibida de los servicios en procesos de salud prevalentes abordados de manera transversal y no separados por niveles asistenciales, como embarazo-parto-puerperio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

La evaluación de las percepciones de los usuarios con la receta electrónica se ha de interpretar como un primer paso para integrar a corto plazo en el PLAENSA© la valoración de la satisfacción con la atención farmacéutica como una línea más de servicio por parte del CatSalut.



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

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



DÓNDE ESTAMOS

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

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

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

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

Los grandes ejes que definen la situación actual son:

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

PRINCIPALES REPERCUSIONES DEL PLAN DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL CATSALUT

LA INTRODUCCIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN LOS CONTRATOS DE SERVICIOS

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

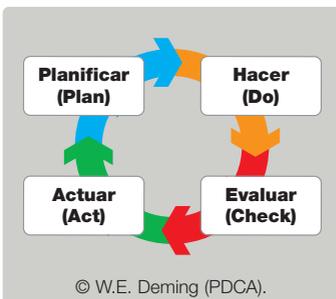
Este proyecto se basaba en la incorporación de dos objetivos específicos en la parte variable de los contratos de servicios de las principales líneas de atención (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental) para los años 2005-2006 bajo el concepto “satisfacción”, siguiendo la filosofía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

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

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

Informe normalizado de autoevaluación

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



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

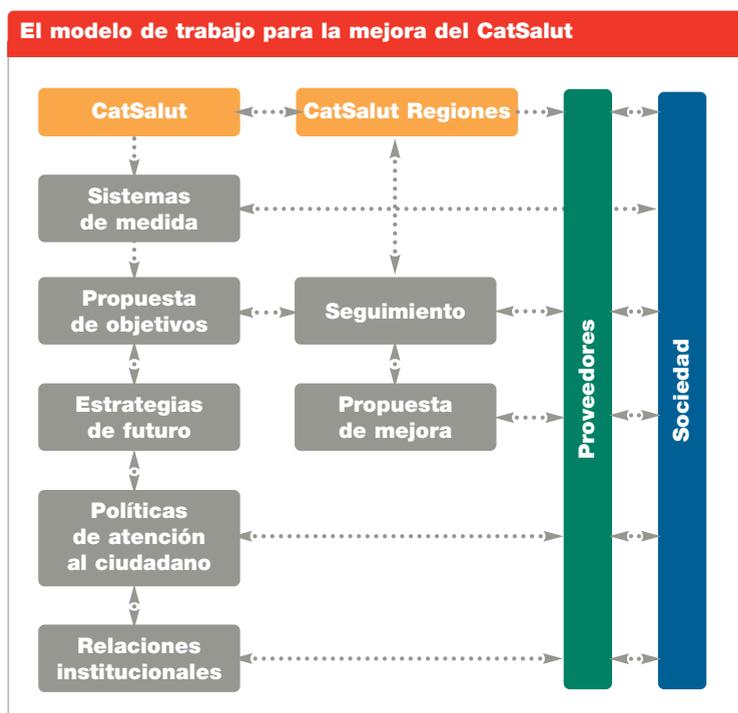
La propuesta de los proyectos o planes de mejora de la calidad percibida se basa en una sistemática de trabajo en cascada, que va de los servicios centrales a las unidades territoriales proveedoras, y que los implica de manera transversal, tanto en el ámbito de las regiones sanitarias como de los proveedores.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

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

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

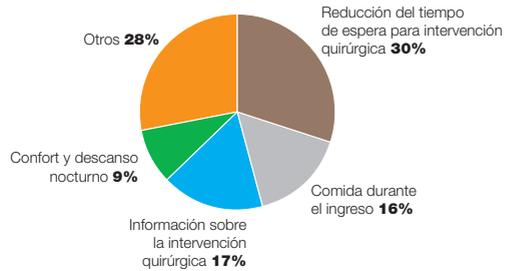
- Las áreas de mejora detectadas en el estudio de satisfacción, preguntas que no habían logrado el 75% de valoraciones positivas como la accesibilidad, la información o el confort.
- Los factores predictores de satisfacción, sobre todo en los casos de coincidencia con las áreas de mejora.
- Los proyectos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

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



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

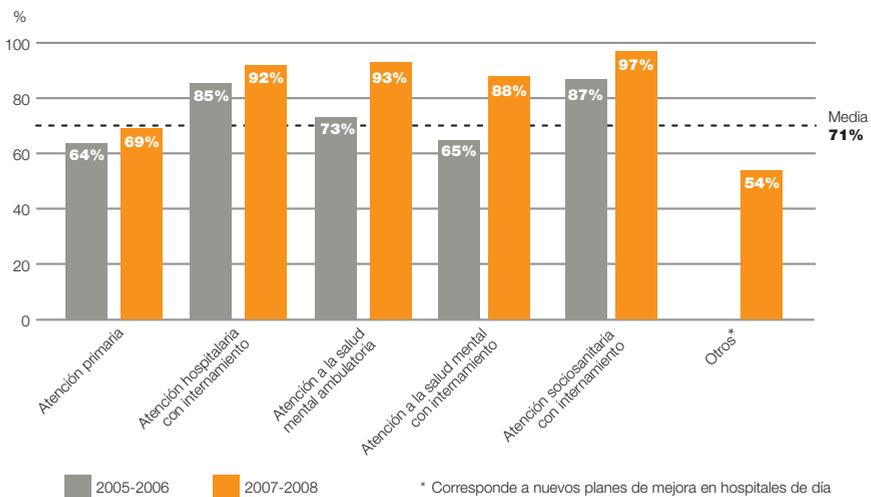
Distribución de los planes de mejora de los proveedores de atención hospitalaria con internamiento en el período 2005-2006



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

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

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



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

REALIZACIÓN DE UNA AUDITORÍA EXTERNA

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

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

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

- Hay diferencias entre los profesionales implicados: había un alto grado de conocimiento entre los responsables de gestión, un nivel aceptable de conocimiento de la estrategia entre los responsables de ejecutar los proyectos de mejora y un bajo nivel de conocimiento entre los profesionales sanitarios del centro.
- También había diferencias en cuanto al tipo de organización: en las unidades pequeñas había un alto grado de conocimiento del proyecto, pero en las unidades más complejas el grado de conocimiento era más bajo.

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

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

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

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

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

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

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

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



4. El futuro, al servicio de las personas

▶ **La gobernabilidad del sistema de salud del siglo XXI es imposible sin estrategias de integración de la percepción de la ciudadanía.**

La razón de ser de un sistema de salud universalista es intentar mantener y mejorar la salud de toda la población y que quienes lo necesiten dispongan de la mejor atención sanitaria posible. Por estos motivos tiene un gran significado el diálogo entre la Administración y los administrados, las instituciones y la ciudadanía, los profesionales y los usuarios, los individuos y los colectivos, al servicio de las personas que se escuchan y buscan la manera de mejorar adaptándose a la realidad de cada momento.

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

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

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

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

LAS PERCEPCIONES DE LA CIUDADANÍA Y LA CALIDAD DE SERVICIO

El éxito del PLAENSA© radica en el rigor metodológico y en la proximidad a los intereses de la ciudadanía: los cuestionarios son elaborados a partir de una aproximación cualitativa a los ciudadanos y ciudadanas, que expresan sus experiencias y expectativas sobre las diferentes líneas de servicio objeto de estudio. Por eso, en una sociedad como la actual, sometida a un cambio constante, el primer compromiso para un futuro inmediato pasa por revisar los cuestionarios (que fueron diseñados en el año 2003 y que han sido la base de los estudios realizados hasta ahora) para contrastar su vigencia o, si procede, hacer las revisiones o incorporaciones necesarias para convertirlos en la herramienta de valoración adecuada a la ciudadanía y a los servicios sanitarios de nuestro tiempo.

En la misma línea se sitúa el proyecto de incorporar las nuevas tecnologías al conocimiento de las opiniones de la ciudadanía, tanto en lo que

se refiere a la aplicación de las encuestas de satisfacción como a que sean una herramienta de relación entre los ciudadanos y la Administración sanitaria.

La experiencia que se llevó a cabo en 2008 en la atención ambulatoria especializada ha sido el punto de partida de un camino que tiene como objetivo disponer dos veces al año de información de los usuarios de diferentes líneas de servicio para cada uno de los centros contratados por el CatSalut y agilizar la capacidad de análisis y, por tanto, de respuesta a las necesidades que puedan ser detectadas en la encuesta de satisfacción, así como establecer tendencias de comportamiento generales. Se trataría de un avance que, en la línea que se propone en el nuevo modelo de atención al ciudadano, dotaría de homogeneización a todos los centros con una herramienta de valoración validada, contrastada y con resultados que permiten la comparación con el consecuente ahorro de recursos en otros estudios de poca utilidad práctica.

En otra dirección, pero en relación también con el desarrollo de la aplicación de las nuevas tecnologías, se está explorando la posibilidad de conocer las percepciones y opiniones de la ciudadanía en Internet y la incorporación de esta información a la implementación de políticas sanitarias.

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

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

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

Si podemos identificar de manera transversal los diferentes puntos del itinerario de salud que sigue el ciudadano en el sistema sanitario entendido como proceso, no como bloques estancos de servicios sanitarios comunicados por un pasillo en el que circula el ciudadano, sino como un

> El futuro apunta a la incorporación de las nuevas tecnologías en el conocimiento de las opiniones de la ciudadanía.

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

continuum asistencial global, que tarde o temprano, de forma completa o parcial, usan todos los ciudadanos y ciudadanas; si somos capaces de medir, evaluar y detectar las posibilidades de mejora y actuar para facilitar el flujo de este tránsito de personas en el itinerario de salud, seguro que habremos conseguido un gran adelanto en la mejora del sistema de salud contando con la participación directa de la ciudadanía.

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

➤ El CatSalut trabaja en la revisión del modelo de atención a la ciudadanía en la sanidad pública para dar patrones de actuación dentro del sistema público y modelos de referencia al sector privado.

EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

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

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

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

Para completar el modelo está previsto elaborar un libro de estilo de la atención al ciudadano en las instituciones relacionadas con la atención sanitaria en Cataluña, que considerará los aspectos no protocolizables del proceso asistencial y que servirá de guía para todos los profesionales y las profesionales del sector de la salud.

5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2009

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

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

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



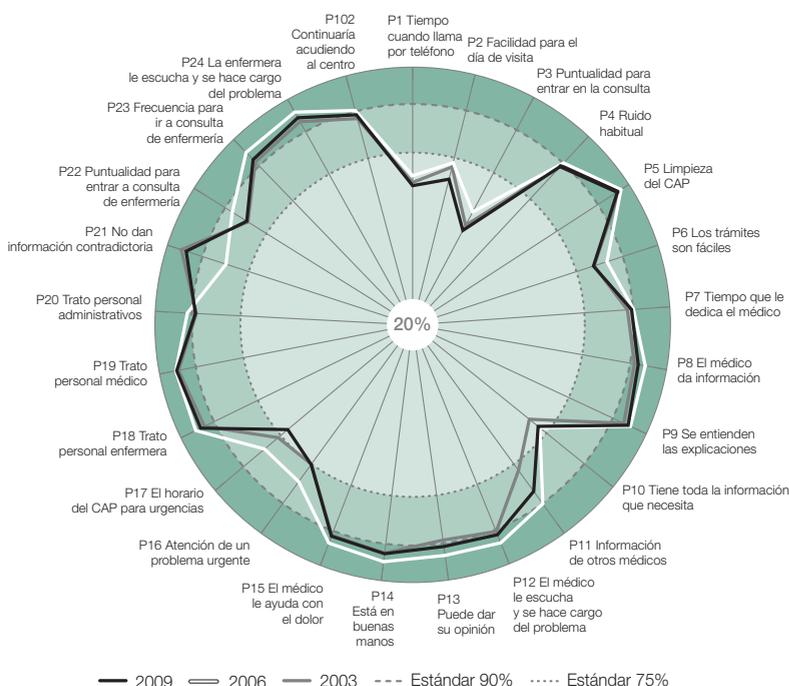
La información completa de los estudios está disponible en:
www.gencat.cat/catsalut/plaensa/

Atención primaria

Ficha técnica

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

Resultados generales



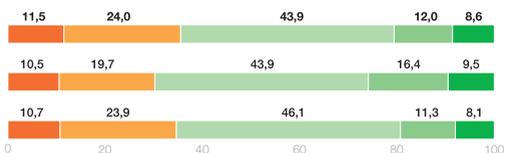
➤ La mayoría de resultados están por encima del 75% de valoraciones positivas, destacando como excelentes las preguntas que valoran la confianza, la competencia, el tiempo de dedicación, la relación y el trato de los profesionales y el confort.

➤ Los resultados son similares entre períodos estudiados, con una tendencia positiva en general.

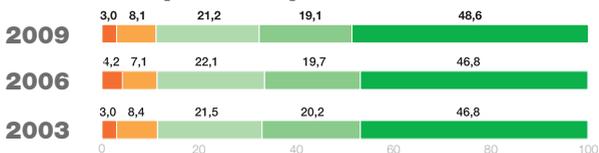
➤ Las mejoras se orientan hacia los aspectos de accesibilidad a los servicios (petición de visita y puntualidad y gestión de los problemas urgentes).

➤ Los centros con entornos más rurales son los que tienen mejores valoraciones.

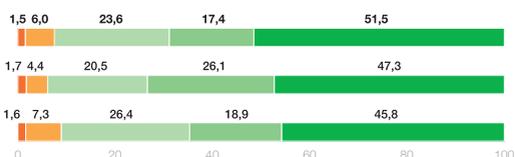
Accesibilidad



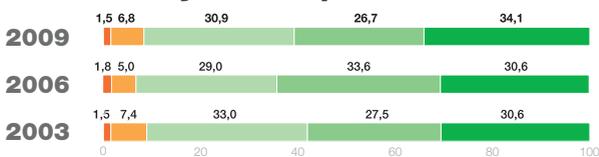
Competencia profesional



Información



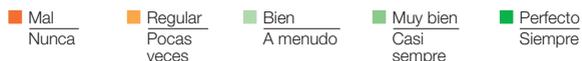
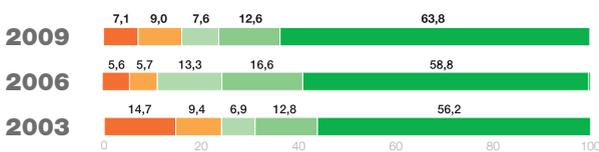
Trato y relación personal



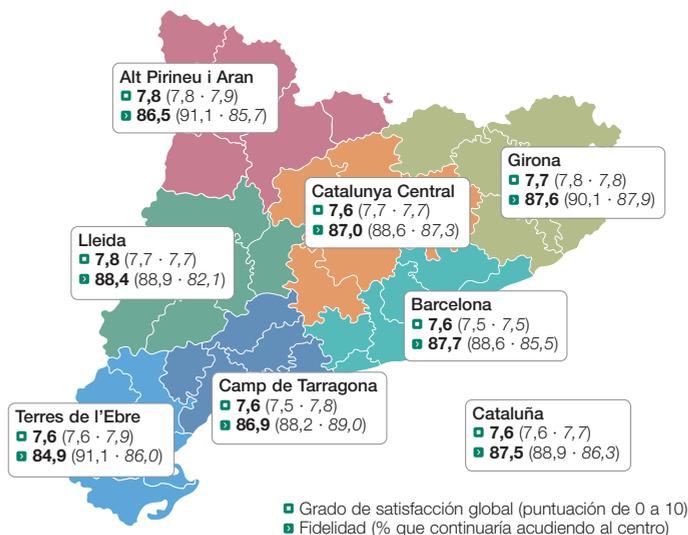
La distribución de las categorías de las respuestas que valoran la competencia y el trato de los profesionales son las áreas que muestran mayor estabilidad en el tiempo.

Existe una tendencia al alza en todas las categorías de respuesta positivas, especialmente en la continuidad y la información.

Continuidad asistencial



Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · 2003)



La satisfacción supera el notable y la intención de volver se da en 8 de cada 10 ciudadanos.

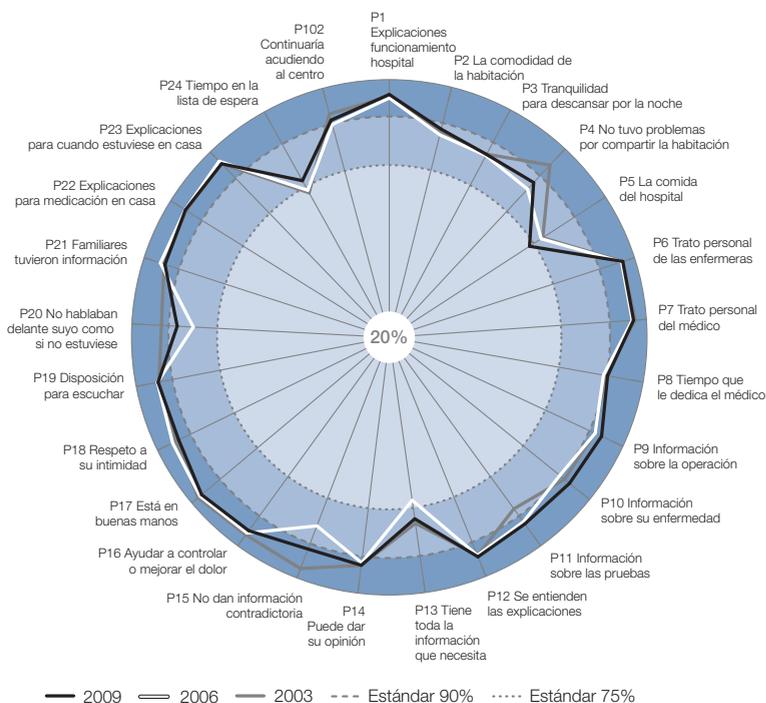
Se mantienen los valores entre períodos en el ámbito de Cataluña y, en general, entre territorios.

Atención hospitalaria con internamiento

Ficha técnica

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

Resultados generales

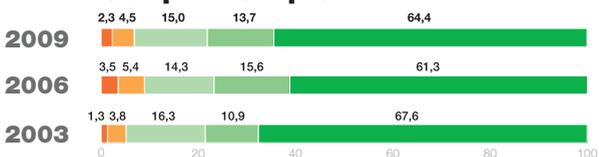


- Es la línea de servicio mejor valorada en los tres periodos de todas las líneas estudiadas, con valores de excelencia en 14 de las 24 preguntas y con una tendencia positiva en general donde destacan las valoraciones de la confianza, la información al alta hospitalaria, la competencia, el tiempo de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

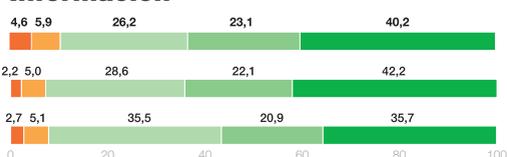
Accesibilidad



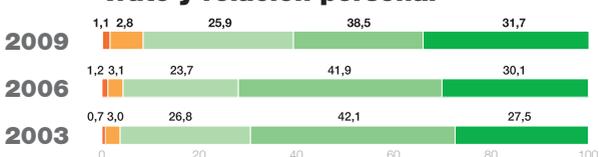
Competencia profesional



Información

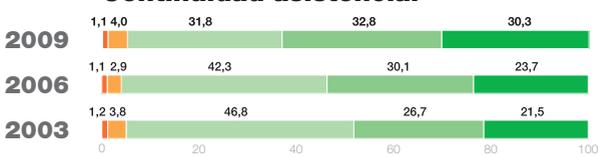


Trato y relación personal



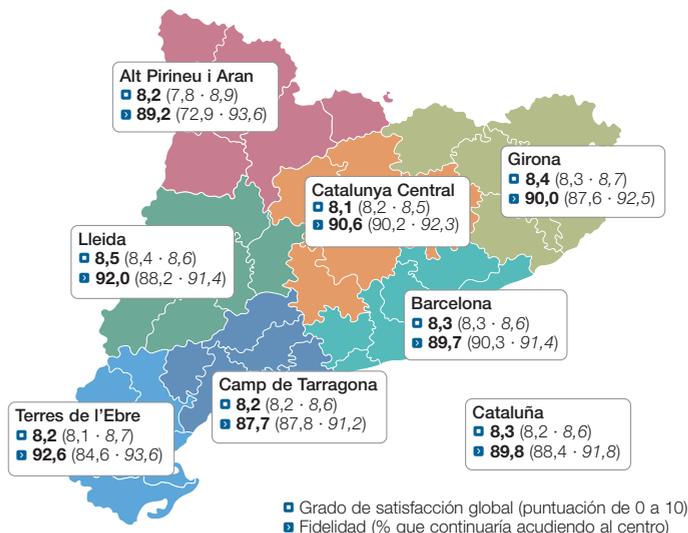
- ▶ La continuidad asistencial, la información y el trato de los profesionales son las áreas que muestran respuestas más estables.
- ▶ La distribución de las categorías de respuesta se mantiene, con una ligera tendencia a la baja.

Continuidad asistencial



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

Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · 2003)



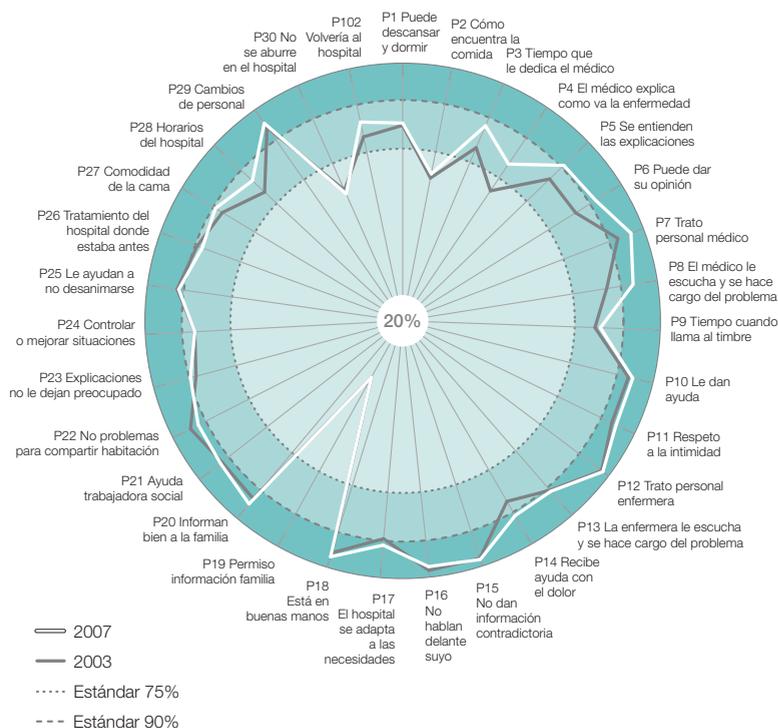
- ▶ La satisfacción tiene una de las notas más alta entre las líneas y períodos estudiados con una intención de volver que se mantiene en 9 de cada 10 ciudadanos.
- ▶ Esta valoración se mantiene entre períodos en el ámbito de Cataluña, aunque hay alguna diferencia entre territorios y períodos, que tienen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

Atención sociosanitaria con internamiento

Ficha técnica

	2003	2007
Población objeto de estudio	Conjunto de asegurados de 15 años y más, usuarios directamente receptores del servicio de atención sociosanitaria en convalecencia, media y larga estancia y cuidados paliativos, ingresados en uno de los centros y con una estancia superior a 7 días para cada una de las líneas de producto	
Marco de muestreo	Número de recursos de internamiento de media y larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos contratados por el CatSalut en el momento de realizar el estudio	
Diseño muestral	8 unidades muestrales (regiones sanitarias) 401 casos por unidad como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 2.050 casos en total	7 unidades muestrales (regiones sanitarias) 170 casos por unidad como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 2.197 casos en total
Método de entrevista	Entrevistas personales	
Período de realización del trabajo de campo	Entre el 15 de julio y el 13 de agosto de 2003	Del 19 de marzo al 26 de julio de 2007

Resultados generales

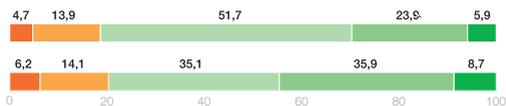


► La incorporación de la opinión de las personas atendidas en estos servicios de salud ha sido un reto desde el punto de vista metodológico y logístico, que se ha acompañado de estudios complementarios de las familias y de los profesionales que las atienden.

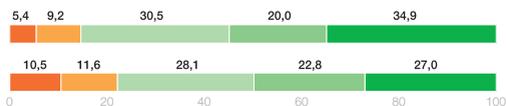
► En la valoración que se hace de estos servicios, destaca la excelencia alcanzada en la competencia de los profesionales, especialmente de las enfermeras, así como la adecuación de los servicios de convalecencia y cuidados paliativos.

► En el estudio de 2007 mejora la valoración que se hace de los médicos, pero los aspectos de confortabilidad (organización del tiempo de ocio y descanso nocturno y la comida) y pedir permiso para informar a la familia, siguen por debajo de los valores deseables.

Accesibilidad



Información



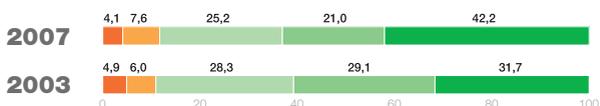
Competencia profesional



Trato y relación personal



Continuidad asistencial



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

- ▶ La estabilidad entre períodos en la distribución de las respuestas demuestra la capacidad de las personas atendidas en esta línea para valorar los servicios recibidos.
- ▶ Hay una ligera tendencia al alza en todas las categorías de respuestas positivas, especialmente en las áreas de la competencia profesional y la información.

Satisfacción y fidelidad 2007 (2003)

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



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

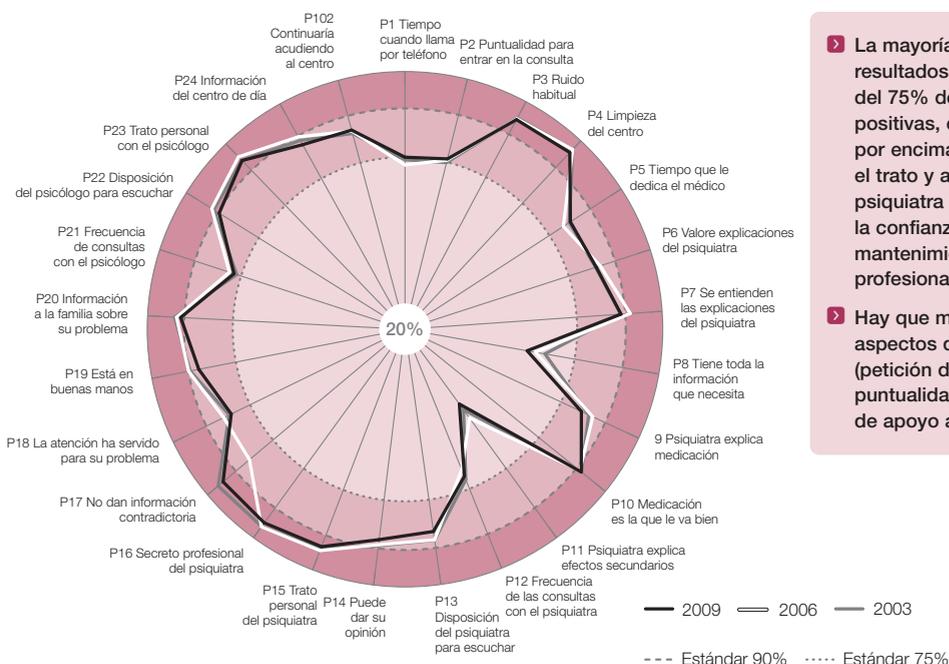
- ▶ Los valores de satisfacción son los segundos más altos de todas las líneas y períodos.
- ▶ Hay una ligera mejora en 2007 en la intención de volver.
- ▶ El cambio de estructura territorial del 2005 afectó a la adscripción de algunos centros, por lo cual no se puede hacer la comparación de algunos territorios entre períodos.

Atención a la salud mental ambulatoria

Ficha técnica

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

Resultados generales



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

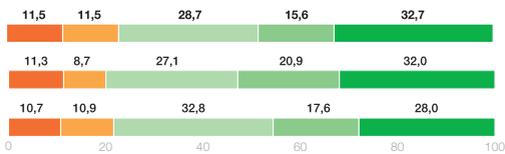
Accesibilidad



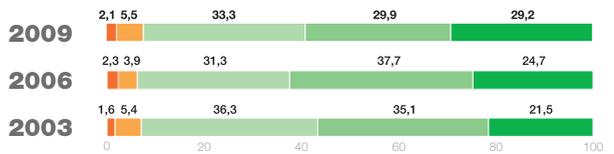
Competencia profesional



Información

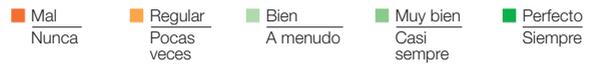


Trato y relación personal

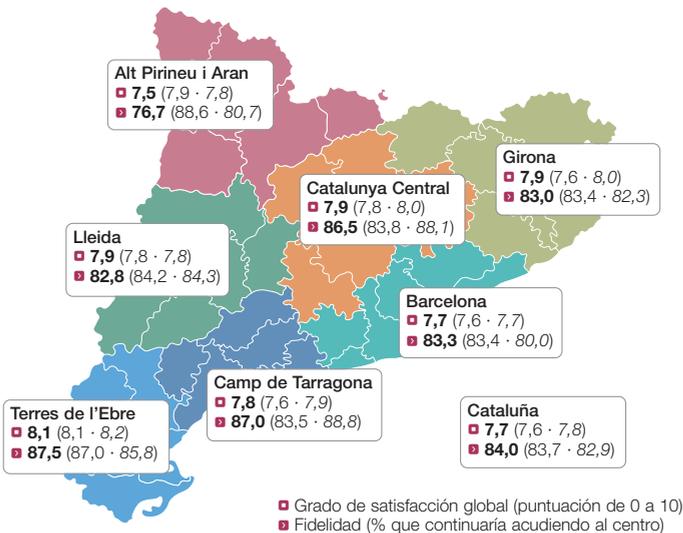


Es la línea donde se observa más estabilidad en las respuestas por áreas y entre períodos, con mejores valoraciones positivas de los extremos.

Continuidad asistencial



Satisfacción y fidelidad 2009 (2006 · 2003)



La satisfacción supera el notable y manifiestan intención de volver al centro 8 de cada 10 ciudadanos.

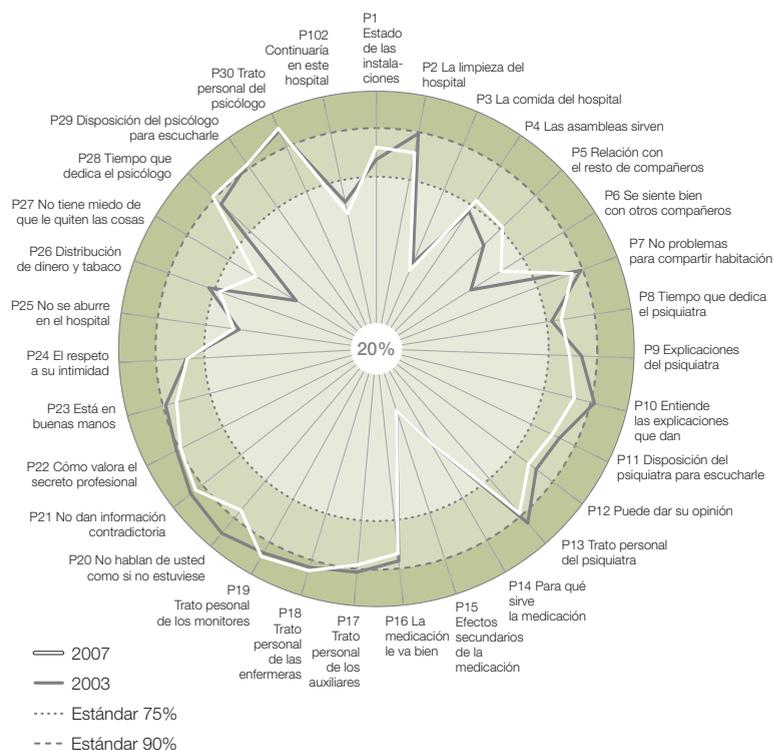
Se mantienen los valores entre períodos en el ámbito de Cataluña y en general entre territorios, aunque hay diferencias entre unidades proveedoras.

Atención a la salud mental con internamiento

Ficha técnica

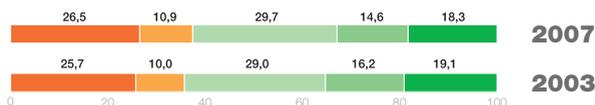
	2003	2007
Población objeto de estudio	Conjunto de asegurados de 18 años y más, usuarios directamente receptores del servicio de atención psiquiátrica y salud mental de media y larga estancia, ingresados en un centro con estancia superior a un mes	
Marco de muestreo	Número de recursos de internamiento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

Resultados generales

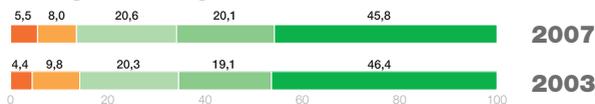


- Esta línea de servicio es la que cuenta con menos personas entrevistadas, dada su situación de salud, frecuentemente inestable, y los largos períodos de internamiento que tienen la mayoría de las personas.
- A pesar de la mejora evidente entre los dos períodos, la mayoría de resultados siguen situados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

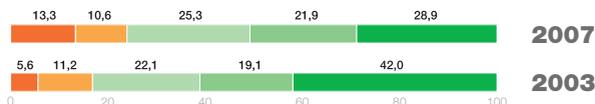
Información



Competencia profesional



Trato y relación personal



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

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

Satisfacción y fidelidad 2007 (2003)

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



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

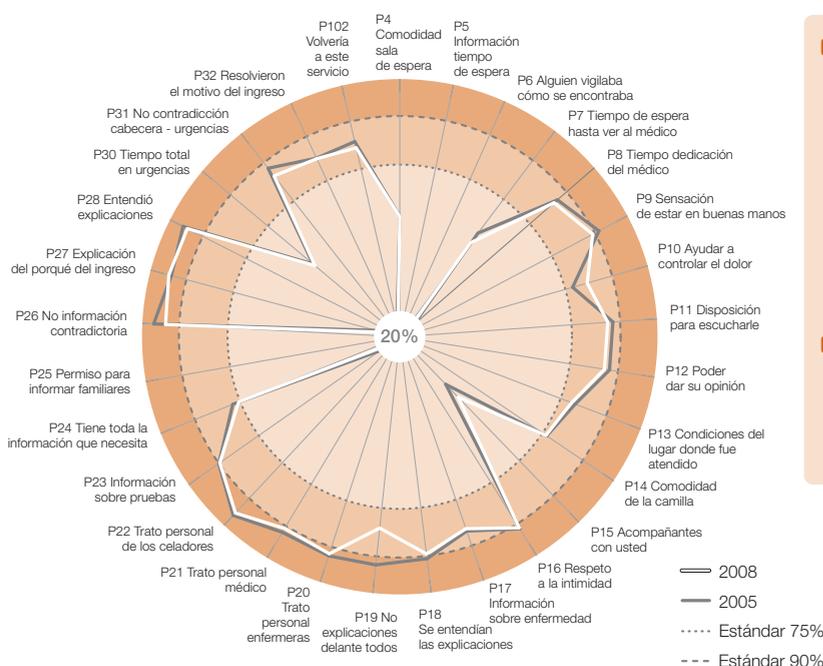
- La satisfacción supera el notable, y manifiestan que volverían al centro 6 de cada 10 ciudadanos, dato que representa el valor más bajo de todas las líneas estudiadas y que está relacionado con las características específicas de estos servicios.
- Se mantienen los valores entre periodos en el ámbito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

Atención hospitalaria urgente

Ficha técnica

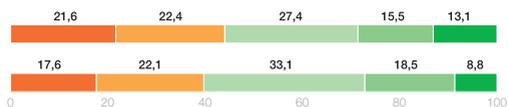
	2005	2008
Población objeto de estudio	Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido atendidos por los servicios de urgencias hospitalarias entre septiembre y noviembre de 2005	entre enero y febrero de 2008
Marco de muestreo	Registros de facturación del CatSalut correspondientes a pacientes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

Resultados generales



- Un 70% de las preguntas están por encima del 75% de valoraciones positivas pero, aunque las diferencias son pequeñas, hay una tendencia negativa entre períodos, exceptuando las mejoras en la información del tiempo de espera y del proceso y la organización en la estancia.
- Por tipología de hospitales, son los hospitales de referencia y los de alta tecnología los que están mejor valorados.

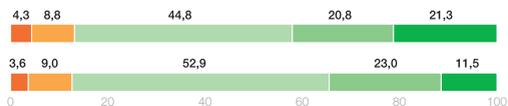
Accesibilidad



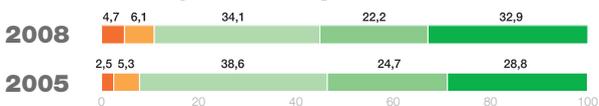
Competencia profesional



Información

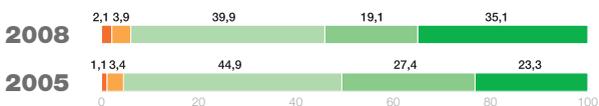


Trato y relación personal



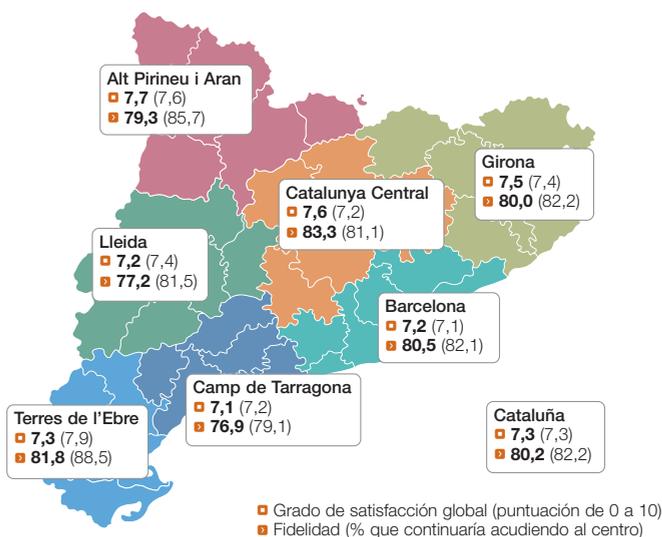
El análisis por áreas muestra opiniones opuestas ya que crecen las categorías de respuesta de los extremos en detrimento de los valores más centrales.

Continuidad asistencial



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

Satisfacción y fidelidad 2008 (2005)



La nota de satisfacción se mantiene en 7,3, con una intención de volver al centro que baja ligeramente.

También se mantienen los valores entre periodos en el ámbito de Cataluña, aunque hay diferencias entre territorios y periodos, que tienen que ver con la tipología de hospitales.

Atención especializada ambulatoria

Ficha técnica

2008

Población objeto de estudio Conjunto de asegurados de 15 años y más de edad que han sido atendidos en una consulta de atención especializada ambulatoria

Marco de muestreo Se han seleccionado proporcionalmente registros del Registro central de asegurados, según un muestreo realizado a partir de la población de las áreas básicas de salud de referencia de cada centro de atención especializada ambulatoria y que corresponden a asegurados de 15 años o más de edad

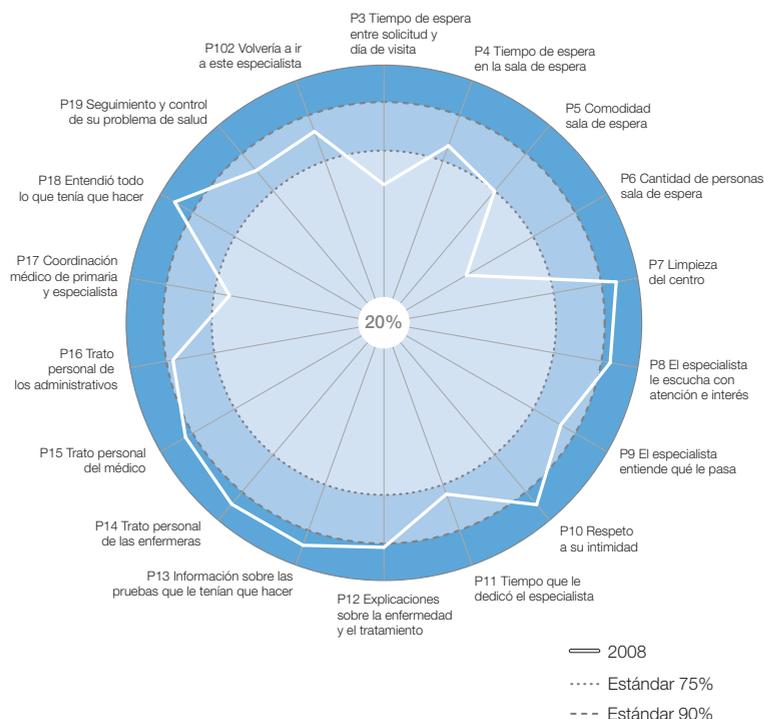
Diseño muestral La unidad muestral es el centro con atención especializada ambulatoria (hospitales y CAP II con seis o más especialidades): 80 unidades muestrales, 124 casos como mínimo, 7.986 casos en total

Margen de error 11 puntos porcentuales
Nivel de confianza: 95%

Método de entrevista Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador

Período de realización del trabajo de campo Del 4 de julio al 11 de noviembre de 2008

Resultados generales

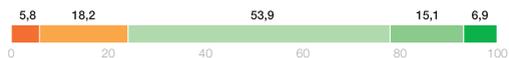


➤ La mayoría de preguntas superan los valores del 75%, con 7 preguntas por encima del 90%, relacionadas con el trato y competencia de los profesionales e información del proceso.

➤ No llegan al 75% los aspectos de accesibilidad (tiempo de espera por día de visita) confortabilidad (comodidad de la sala de espera y número excesivo de personas en las salas de espera) y coordinación con otros niveles asistenciales.

➤ No hay diferencias entre tipología de centros, exceptuando los que corresponden a los denominados CAP II que muestran valoraciones más bajas en la mayoría de preguntas, incluidas las que valoran satisfacción y fidelidad.

Accesibilidad



Competencia profesional

2008



Información



Trato y relación personal

2008



Entre las áreas de interés, destacan con menos respuestas negativas las que tienen que ver con la información y el trato de los profesionales.

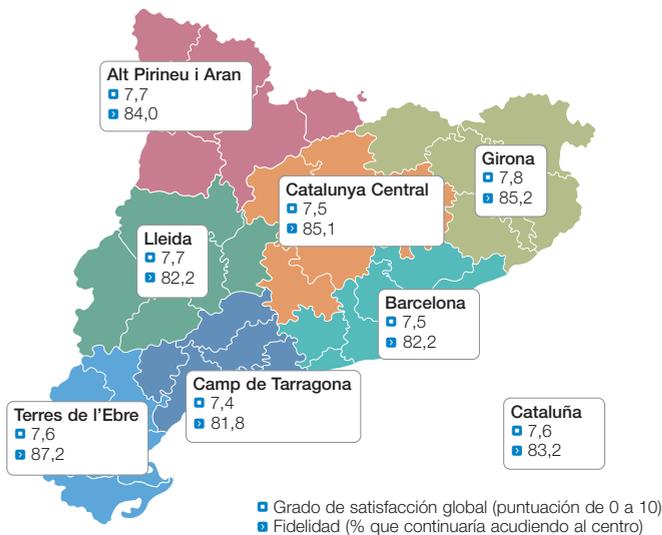
Continuidad asistencial

2008



■ Mal
■ Regular
■ Bien
■ Muy bien
■ Perfecto

Satisfacción y fidelidad 2008



La satisfacción supera el notable, con la intención de volver en 8 de cada 10 ciudadanos.

Estos valores se mantienen en general entre territorios.

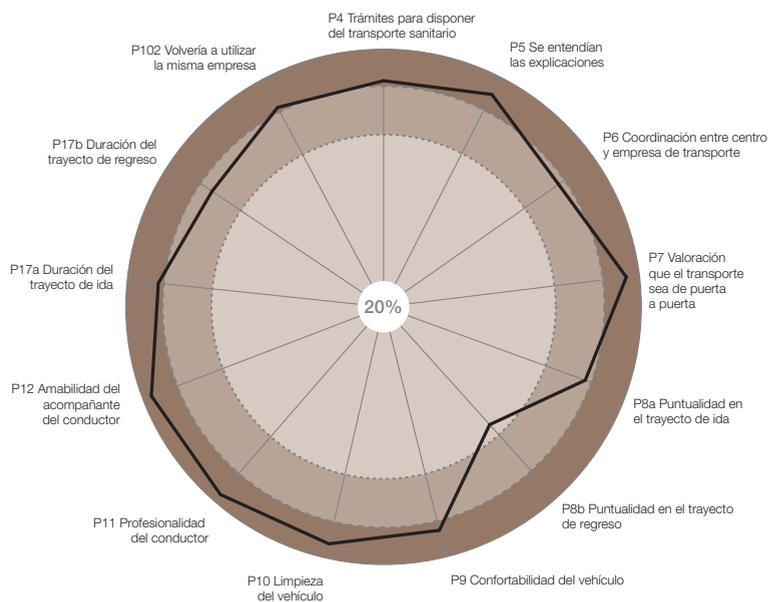
Transporte sanitario no urgente

Ficha técnica

2009

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

Resultados generales



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

— 2009

..... Estándar 75%

--- Estándar 90%

Accesibilidad



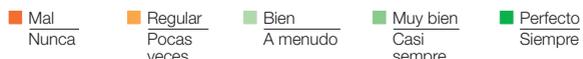
Competencia profesional



Información

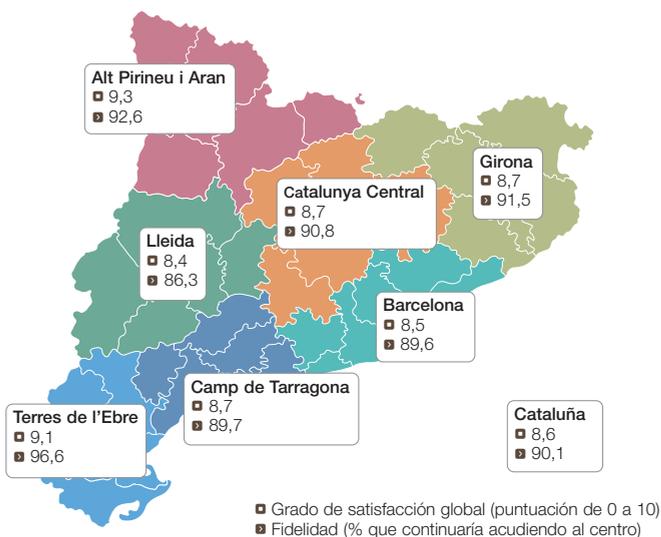


Trato y relación personal



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

Satisfacción y fidelidad 2009



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

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

APUNTE FINAL

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

El Servicio Catalán de la Salud ha ido evolucionando hacia una escucha proactiva de la voz de la ciudadanía. De esperar la sugerencia para actuar ha pasado a preguntar para prever, de la participación en los consejos de Dirección y de Salud ha avanzado hacia la participación en la toma de decisiones relacionadas con los indicadores de satisfacción relevantes. Todo ello es una muestra de cómo el sistema sanitario está avanzando desde la democracia representativa a la democracia participativa.

El PLAENSA© es, así pues, una muestra más de la voluntad y la necesidad de realizar una verdadera política de proximidad, la que acerca a la ciudadanía y los órganos de gestión y decisión de los servicios públicos. Probablemente, la proximidad y la democracia participativa son las únicas fórmulas viables para hacer política en el siglo XXI.



6. Bibliografía

- Abalo Piñeiro J *et al.* El análisis de la importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema* 2006; 18; 4: 730-7.
- Agudo 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 Comunitària (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*. Seminario Internacional de Estadística en Euskadi. Instituto Vasco de Estadística - EUSTAT 2004. Disponible en <http://www.eustat.es/prodserv/datos/Sem44.pdf>.

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

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

Díaz 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, Reino Unido. Disponible en <http://www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2008-08.pdf>.

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

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

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 como Economics and Business Working Paper 790, UPF, en <http://www.econ.upf.edu/ca/recerca/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: Reino Unido, 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.
- Torraiba 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 Health 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.

