

# La voz de la ciudadanía

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

Edición actualizada con datos de 2014

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  
Consortio de Salud y Social de Cataluña  
Centro de Estudios de Opinión de la Generalitat de Catalunya  
061 CatSalut Respon

Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears  
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya  
Fundación Jordi Gol i Gurina  
Gabinet d'Estudis Socials i Opinió Pública, SL  
Indeed Social Consulting, SL  
Institut DYM, SA  
Institut d'Estudis i Professions, SL  
Institut Opinòmetre, SL  
Institut Universitari Avedis Donabedian - UAB  
Universitat Pompeu Fabra  
Universidad Miguel Hernández  
Red Sanitaria de Utilización Pública de Cataluña

Marzo 2015

© **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

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

Centre Fòrum - Parc de Salut MAR de Barcelona  
Centre Hospitalari Martí i Julià  
Clínica Barceloneta  
Clínica Figarola  
Consorti Hospitalari de Vic  
Consorti Sanitari Integral  
Fundació Privada Asil Hospital de Granollers  
Fundació Sociosanitària de Barcelona  
Germanes Hospitalàries Benito Menni CASM  
Grup SAGESSA  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona  
Hospital de Campdevànol  
Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic  
Hospital del Mar - Parc de Salut MAR de Barcelona  
Hospital de Mataró  
Hospital de Palamós  
Hospital Universitari de Sabadell  
Hospital de Sant Andreu de Manresa  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona  
Hospital Nostra Senyora de Guadalupe de Esplugues de Llobregat  
Hospital Sociosanitari Francolí  
Hospital Sociosanitari Pere Virgili  
Hospital Universitari de Bellvitge  
Institut Català d'Oncologia  
Institut Pere Mata  
Mútua de Terrassa  
Parc Sanitari Sant Joan de Déu

# Índice

Presentación del director .....	5
<b>1. La orientación a la ciudadanía de acuerdo con la misión del CatSalut .....</b>	<b>7</b>
La relación con la ciudadanía en los primeros años del Servicio Catalán de la Salud .....	8
La aseguradora pública .....	10
El modelo de relación dentro del sistema de salud .....	10
Una nueva estructura directiva: la División de Atención al Cliente y Calidad .....	12
El cambio de concepción: la percepción de las personas aseguradas y la visión integral de la atención ..	14
Las propuestas se convierten en ejemplos de buenas prácticas .....	16
<b>2. Conocer las preferencias y expectativas de las personas aseguradas para mejorar la calidad de los servicios .....</b>	<b>17</b>
La primera edición del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut (PLAENSA© 2003-2005) .....	20
Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut .....	31
Una metodología extendida a otros estudios complementarios .....	39
<b>3. Los resultados de las encuestas del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut y su efecto .....</b>	<b>47</b>
Dónde estamos .....	48
Principales repercusiones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut .....	49
<b>4. El futuro, al servicio de las personas .....</b>	<b>55</b>
Las percepciones de la ciudadanía y la calidad de servicio .....	56
La visión transversal de la salud: un nuevo paradigma de actuación .....	58
El modelo de atención a la ciudadanía .....	59
<b>5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2014 .....</b>	<b>61</b>
Atención primaria .....	64
Atención hospitalaria con internamiento .....	66
Atención sociosanitaria con internamiento .....	68
Atención a la salud mental ambulatoria .....	70
Atención a la salud mental con internamiento .....	72
Atención hospitalaria urgente .....	74
Atención especializada ambulatoria .....	76
Transporte sanitario no urgente .....	78
Receta electrónica .....	80
Atención al embarazo, parto y puerperio .....	82
Oxigenoterapia a domicilio .....	84
Rehabilitación ambulatoria .....	86
<b>6. Bibliografía .....</b>	<b>89</b>



# Presentación del director

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

Sí quiero, sin embargo, presentar la última edición de la publicación corporativa con los datos de percepción de calidad y satisfacción de la ciudadanía para la mayoría de líneas de servicios que ofrece la aseguradora pública de Cataluña, el CatSalut. Me parece especialmente oportuno hacerlo ahora, cuando estamos finalizando las actuaciones previstas en el Plan de salud de Cataluña 2011-2015. Este Plan ha incluido, como una de las nueve líneas de actuación para este periodo, un mayor enfoque del sistema sanitario público hacia los pacientes y sus familias, definiendo la garantía de la calidad de la prestación y la satisfacción del paciente como uno de los proyectos estratégicos a desarrollar. En este marco el PLAENSA© sigue siendo una herramienta imprescindible de mejora para los servicios sanitarios públicos.

Así, podemos ofrecer datos específicos y de tendencia, desde el año 2003 hasta el 2014, en los ámbitos de atención primaria, atención hospitalaria (con internamiento, urgente y especializada ambulatoria), atención a la salud mental (con internamiento y ambulatoria de adultos) y atención sociosanitaria con internamiento, así como otros servicios y/o procesos como el transporte sanitario no urgente, la oxigenoterapia a domicilio, la rehabilitación ambulatoria, la valoración del circuito para la receta electrónica y los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, sobre los cuales han opinando más de 200.000 personas usuarias.

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

Son datos para incidir en el futuro, sí, pero también hablan de cómo se perciben los servicios en el presente, y nos dicen que, a pesar del contexto socioeconómico actual, el índice de satisfacción en relación con los servicios asistenciales públicos se mueve entre el notable y el sobresaliente, y la fidelidad expresada indica que la red pública es la opción preferida por la población usuaria.

Son datos optimistas que nos recuerdan que, a pesar de todo, seguimos disfrutando de un servicio público de primer orden y nos animan a seguir trabajando para el mantenimiento de la calidad y la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.

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



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

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

William E. Deming

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

En los primeros años de puesta en marcha del Servicio Catalán de la Salud, la actuación prioritaria era necesariamente la definición del Plan de salud de Cataluña para poder organizar la prestación de servicios. En aquellos momentos ya se hacía evidente la necesidad de preguntar a la ciudadanía para poder ordenar la demanda, de forma que la cartera de servicios pudiera cubrir las necesidades de las personas aseguradas, 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.

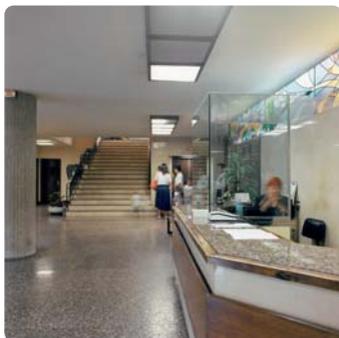
El mismo año se elaboró la instrucción que establecía por primera vez el marco general relativo al procedimiento de gestión y tramitación de las reclamaciones y sugerencias presentadas por las personas usuarias de la red sanitaria pública. Esta instrucción, la 3/96, partía del principio que tanto las 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 las personas usuarias. Por lo tanto, contribuyen a la participación de las personas usuarias en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

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.

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



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 personas aseguradas.



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 las personas aseguradas de ideales a posibles... Se abrió, 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 las personas usuarias 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 a la persona usuaria 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

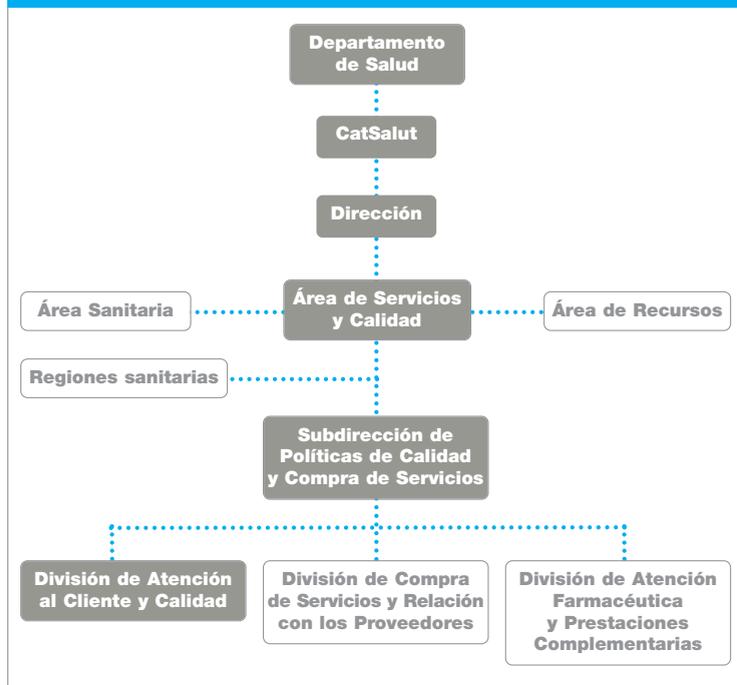
Para responder mejor a los objetivos estratégicos que el CatSalut se iba formulando, a partir del año 2000 hubo algunas reestructuraciones en el modelo organizativo y de responsabilidades. Así, el Gobierno de la Generalitat asignó la función planificadora al Departamento de Sanidad, mientras que el Servicio 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 Gerencia de Atención Ciudadana desde 2012, hasta la actualidad.

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 las personas aseguradas.

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 personas usuarias 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 Gerencia de Atención Ciudadana:

- 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 LAS PERSONAS ASEGURADAS 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 las personas aseguradas 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 las personas aseguradas a través del análisis integrado de sugerencias y reclamaciones, con nuevas vías de acceso de la persona usuaria 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 las personas aseguradas 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.

## **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.

▶ La política integral de atención a las personas aseguradas 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.

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, así como en las entidades proveedoras.

Además, los estudios del PLAENSA© forman parte de la información de resultados que se presenta a la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña, se incorporan en los informes sectoriales de la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña, apoyan a los objetivos del Plan de Salud 2011-2015, y están disponibles en el portal de transparencia de la Generalitat ([transparencia.gencat.cat](http://transparencia.gencat.cat)).

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, de la Universidad Autónoma de Barcelona i de la Universitat Oberta de Catalunya.

## **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 las personas usuarias.**
- ▶ **Es uno de los pilares básicos del modelo europeo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) con relación a la mejora de la gestión de los servicios de atención sanitaria.**

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

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

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

En las sociedades occidentales es común evaluar la calidad de los servicios sanitarios mediante la medida del nivel de satisfacción de las personas usuarias. El Plan de encuestas de satisfacción de asegurados del CatSalut (PLAENSA©) impulsado al principio de la década pasada 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 (<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>).



# 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 las personas aseguradas 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 las personas aseguradas 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	2013	2014	2015
Atención primaria		●		●			●			●		●
Atención hospitalaria con internamiento	●		●				●		●			●
Atención sociosanitaria con internamiento	●				●			●			●	
Atención a la salud mental ambulatoria	●		●				●			●		●
Atención a la salud mental con internamiento	●				●			●				
Atención hospitalaria urgente		●				●			●		●	
Atención especializada ambulatoria						●			●			●
Transporte sanitario no urgente							●					
Receta electrónica										●		●
Atención al embarazo, parto y puerperio								●			●	
Oxigenoterapia a domicilio									●			●
Rehabilitación ambulatoria										●		
Hemodiálisis ambulatoria												●

## 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 todas las personas aseguradas 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 las personas aseguradas 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 las personas aseguradas 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.

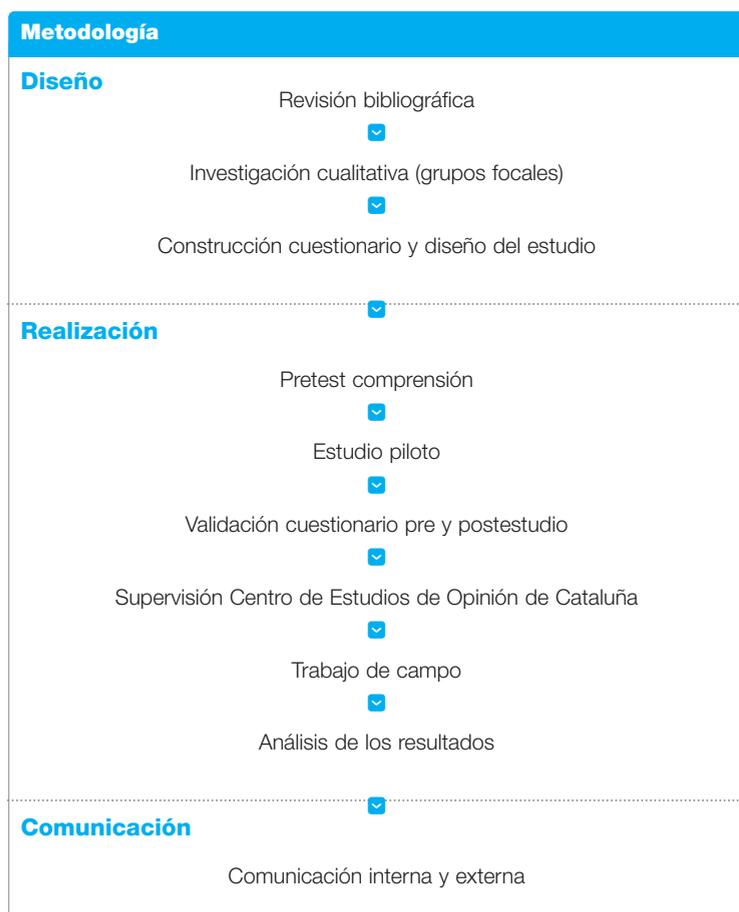
A través de la revisión de la información obtenida se definen los principales atributos o dimensiones necesarios para valorar la satisfacción, sin dejar de lado las variables socioculturales, que pueden condicionar aspectos de la satisfacción compartidos por grupos de edad o zona de procedencia. A continuación, 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 Oficina Técnica del CatSalut y al Gabinete del Consejero 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.

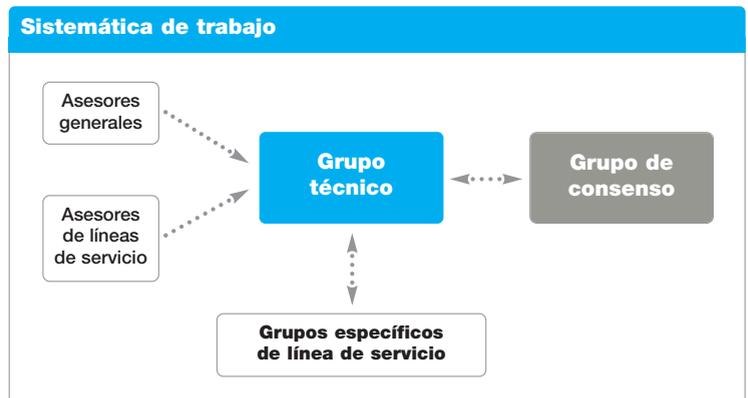


▶ Dado el alcance del proyecto y el presupuesto económico que se destinaba al mismo, la primera edición del PLAENSA® fue objeto de un concurso público a finales de octubre de 2002.

## 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 que se ha mantenido hasta hoy:

- 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. 64 a 87) 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”.

### 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

### 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

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



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

## EL SISTEMA DE ENCUESTAS

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

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

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

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

Las encuestas se hicieron a personas de 15 años y más que habían utilizado los servicios sanitarios evaluados, excepto en el caso de la atención a la salud mental, que fueron personas de 18 años y más, por razones del modelo de atención vigente. En todos los casos se indicaba a la persona asegurada que en caso de dudas o de querer más información se dirigiera al teléfono de Sanitat Respon, actualmente 061 CatSalut 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.

## LA POBLACIÓN DE ESTUDIO Y LAS MUESTRAS

Para definir las muestras se concretó la población diana: personas aseguradas del CatSalut atendidas 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.

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. 64 a 87) se puede consultar esta información.

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

Los cuestionarios fueron validados para garantizar su fiabilidad y validez.

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





## 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 las personas aseguradas 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.

## LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Para la interpretación y las comparaciones posibles de los resultados que se muestran en las páginas 64 a 87 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.

“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.

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

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

> **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©:**

**<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>**



# Las nuevas ediciones del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut

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

La nueva propuesta de reevaluación a partir de 2006, y que se ha mantenido hasta las últimas ediciones, se planteó con un objetivo de reducción de costes en la realización de estudios, lo que fue posible por dos motivos. Por un lado, por la incorporación a finales de 2005 de un equipo de investigación del entorno académico del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, a través de un convenio anual. Y por otro lado, encargando el trabajo de campo (con encuesta telefónica) a la empresa pública del CatSalut, Sanitat Respon, actualmente 061 CatSalut Respon.

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

## PUNTOS CLAVE (I)

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

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

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

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

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

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

## PUNTOS CLAVE (II)

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

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

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

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

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

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

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

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

## LOS RESULTADOS DE LAS NUEVAS EDICIONES 2006-2008

Los estudios de la satisfacción de las personas aseguradas 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:

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

▶ Las 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.**

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 las personas usuarias de los centros sanitarios tenían, en general, valoraciones muy favorables y constituían la mayor parte de sus áreas de excelencia. Las áreas de mejora se concentraban en aspectos organizativos, sobre todo la accesibilidad, así como la adecuación de la información tanto clínica como organizativa que se daba.

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

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

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

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

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

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

## NUEVOS PLANTEAMIENTOS METODOLÓGICOS. LOS RESULTADOS DE LAS EDICIONES 2009-2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el año 2012 se realizó la cuarta edición de los estudios de atención primaria, atención hospitalaria con internamiento y atención a la salud mental ambulatoria. Los resultados de los dos primeros estudios muestran una mejora general de las valoraciones de satisfacción y de la fidelidad, así como de la mayoría de preguntas. En cuanto a la salud mental ambulatoria, la satisfacción global aumenta respecto a 2011, la fidelidad se reduce, y la evolución del resto de preguntas es heterogénea.

En 2013 se realizó una nueva edición, la cuarta, de la atención urgente hospitalaria, con resultados de satisfacción y de fidelidad ligeramente superiores a los de la edición de 2011, y con mejores resultados en la mayoría de preguntas. También se realizó la segunda edición del proceso de embarazo, parto y puerperio, con mejor resultado en la satisfacción global y en la mayoría de preguntas respecto a la edición de 2010, pero con un pequeño descenso de la fidelidad. Este estudio, a diferencia del de 2010, incorpora algunas preguntas de interés para el seguimiento del modelo de atención al parto normal. Por último, en el año 2013 se realizó la primera edición del estudio de la rehabilitación ambulatoria, con la metodología más habitual del PLAENSA®. En cuanto a los resultados obtenidos, la satisfacción se encuentra muy cerca del 8 y más de ocho de cada diez usuarios encuestados volvería a ir al mismo centro si pudiera elegir.

En el año 2014 se ha realizado la segunda edición de la evaluación de la receta electrónica; si bien la primera edición, de 2010, se realizó en usuarios de la atención primaria, en la edición de 2014 se ha evaluado la receta electrónica prescrita en la atención especializada, lo que ha supuesto realizar cambios en el cuestionario que se había utilizado en 2010. El grado de satisfacción global con la receta electrónica en la atención especializada es ligeramente inferior al que se obtuvo en la atención primaria. También se ha realizado la segunda edición del estudio de oxigenoterapia a domicilio, con resultados de satisfacción y fidelidad que mejoran los de la edición de 2011, aunque la mayoría de preguntas empeoran ligeramente los resultados. Y, finalmente, también se ha realizado la tercera edición de la atención especializada ambulatoria, en este caso con resultados ligeramente mejores que en la anterior edición, de 2011.

Una buena prueba del rigor metodológico seguido ha sido la revisión de los cuestionarios cuando éstos ya han sido utilizados en tres ediciones. Desde el año 2010, se han revisado los cuestionarios correspondientes a la atención sociosanitaria con internamiento, la atención primaria, la atención hospitalaria con internamiento, la atención a la salud mental ambulatoria y la atención urgente hospitalaria. Para estos procesos de revisión se ha seguido la metodología del PLAENSA®, explicada en detalle en las páginas 22 y 23 de esta publicación. El objetivo es asegurar la vigencia de las áreas de interés de los cuestionarios, modificar los descriptivos utilizados o, en su caso, incorporar otros nuevos, manteniendo su validez como instrumentos de medida de la calidad de servicio percibida en cada ámbito.

Los resultados específicos por línea de servicio y ediciones se pueden consultar en las páginas 64 a 87.

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

▶ 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.

## 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 primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental en Cataluña, especialmente la que se refiere a los procesos de gestión y mejora de las relaciones con las personas usuarias.

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.



# Una metodología extendida a otros estudios complementarios

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 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©.

▶ 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 ESTUDIO DE EXPECTATIVAS Y PERCEPCIONES DE LAS FAMILIAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA 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 las propias personas usuarias directas 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.

La metodología y los resultados se pueden consultar en:  
<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>

## 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 las personas usuarias de los servicios 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 metodología y los resultados se pueden consultar en:  
<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>

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

## 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 las personas aseguradas 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 las personas usuarias atendidas en centros con procedimiento de triaje implantado y las atendidas en centros que todavía no lo habían implantado.

De las 5.381 personas usuarias encuestadas, 1.810 habían sido atendidas 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 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 las personas usuarias de este nuevo e innovador servicio. En los territorios donde se desarrolló la implantación de la receta electrónica (Girona y Terres de l'Ebre) se realizaron cuatro grupos focales que aportaron información relevante sobre las actividades del proceso evaluado.

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

En 2010, se ha convertido la evaluación de las percepciones de las personas usuarias con la receta electrónica en un estudio específico que queda integrado en el PLAENSA© como una línea de servicio a evaluar (véase la página 80).

Cabe decir que, siguiendo con la planificación del PLAENSA©, en el año 2014 se realizó una nueva edición del estudio de la receta electrónica. Sin embargo, dado que desde la Gerencia de Atención Farmacéutica del CatSalut se había realizado un notable esfuerzo para extender el sistema de la receta electrónica en el ámbito de la atención especializada a lo largo de los años 2012 y 2013 –con el objetivo de que al finalizar el año 2013 la totalidad de centros de la XHUP hubieran iniciado la prescripción electrónica–, el estudio de 2014 se ha focalizado en evaluar la receta electrónica prescrita en la atención especializada, a diferencia del estudio del año 2010, que se centró en la evaluación de la prescripción de la receta electrónica en la atención primaria.

Esta diferencia en la tipología de servicio prescriptor ha comportado la necesidad de realizar cambios en el cuestionario empleado en 2010, de cara a ajustarlo a las características específicas de la atención especializada y ofrecer así información específica orientada a la mejora del circuito.

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 las personas usuarias de la prueba piloto.



## **PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIO Y SATISFACCIÓN CON LA COMPRA CENTRALIZADA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

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

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

La información resultante permitió disponer de una imagen más precisa y cercana a la realidad del servicio prestado, así como del sistema organizativo y de funcionamiento. Se identificaron las diferentes actividades que afectan al servicio –tanto asistencial como logístico– y se detectaron los aspectos percibidos como claves por parte de la persona usuaria y que formarían parte del cuestionario validado, que se utilizó en el estudio cuantitativo que se realizó posteriormente (véase las páginas 84 y 85).

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

Persiguiendo los mismos objetivos y el mismo abordaje metodológico que se siguió con la oxigenoterapia a domicilio, a lo largo del año 2013 se diseñó el cuestionario para evaluar la calidad percibida y la satisfac-

ción con la rehabilitación ambulatoria. En este caso, también se analizó el proceso de prestación de servicio y los agentes implicados para la elaboración del guión del análisis cualitativo, consistente en la celebración de cinco grupos focales con personas usuarias del servicio. Así, las preguntas del cuestionario se fundamentaron en la visión y las áreas de interés del servicio que los usuarios expusieron en los grupos focales. Con este nuevo cuestionario, y una vez hecha la validación estadística, se realizó el primer estudio a personas usuarias del servicio.

Siguiendo en la misma línea, a lo largo del 2014 se ha llevado a cabo este proceso para poder evaluar, durante el año 2015, la calidad de servicio percibida y la satisfacción con los servicios de hemodiálisis ambulatoria.



### **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 al equipo de calidad de la Gerencia de Atención Ciudadana del CatSalut como referente de los proveedores sanitarios y sociosanitarios.

Tanto es así que se han puesto en funcionamiento más de 2.000 proyectos de mejora en 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 Gerencia de Atención Ciudadana 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.

Cabe decir, también, que la información de los estudios de calidad de servicio percibida y satisfacción del PLAENSA© se incorpora a los informes sectoriales de la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Mediante estos informes se miden, evalúan y se difunden los resultados en salud y calidad obtenidos por los diferentes agentes que integran el sistema sanitario, en las dimensiones de atención centrada en el paciente, adecuación, efectividad, seguridad, eficiencia, sostenibilidad, e investigación y docencia. Todo ello es una herramienta para garantizar la transparencia, el rendimiento de cuentas e incentivar la mejora en los resultados de cada agente.

## 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.

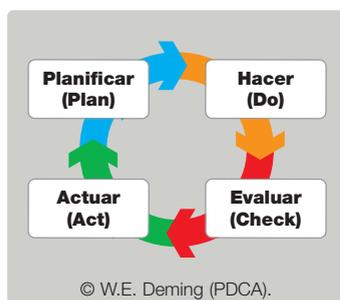
Este proyecto se basaba en la incorporación de dos objetivos específicos en la parte variable de los contratos de servicios de las principales líneas de atención (primaria, hospitalaria, sociosanitaria y de salud mental) para los años 2005-2006 bajo el concepto “satisfacción”, siguiendo la filosofía 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. Esta sistemática ha pasado a realizarse anualmente.

▶ 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 <input checked="" type="checkbox"/>	Objetivo de mejora <input checked="" type="checkbox"/>
Priorizar y proponer objetivos <input checked="" type="checkbox"/>	Análisis de la situación <input checked="" type="checkbox"/>
Actuaciones propuestas <input checked="" type="checkbox"/>	Definición de actividades realizadas <input checked="" type="checkbox"/>
Responsable del proyecto <input checked="" type="checkbox"/>	Identificación de los cambios incorporados <input checked="" type="checkbox"/>
Cronograma previsto <input checked="" type="checkbox"/>	Evolución del proyecto <input checked="" type="checkbox"/>
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

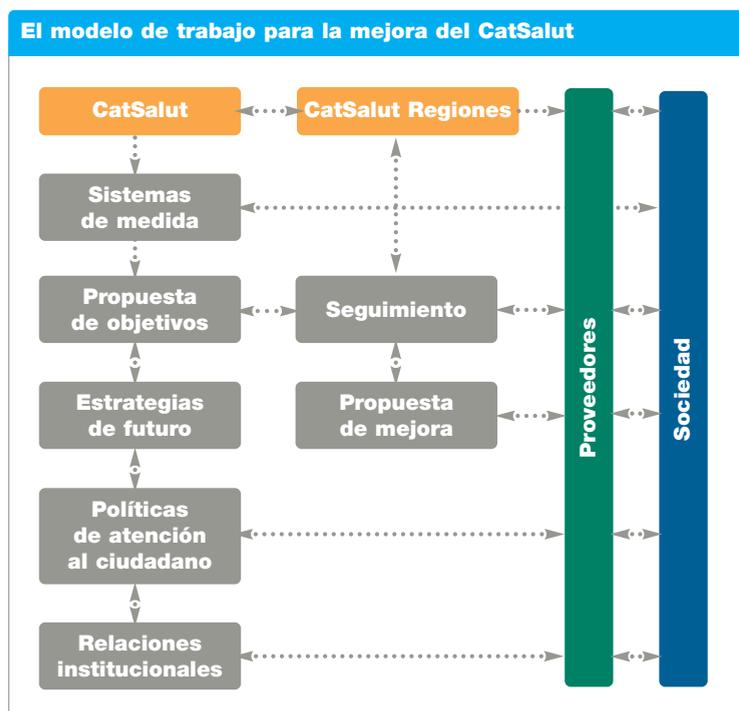
La propuesta de los proyectos o planes de mejora de la calidad percibida se basa en una sistemática de trabajo en cascada, que va de los servicios centrales a las unidades territoriales proveedoras, y que los implica de manera transversal, tanto en el ámbito de las regiones sanitarias como de los proveedores. 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:

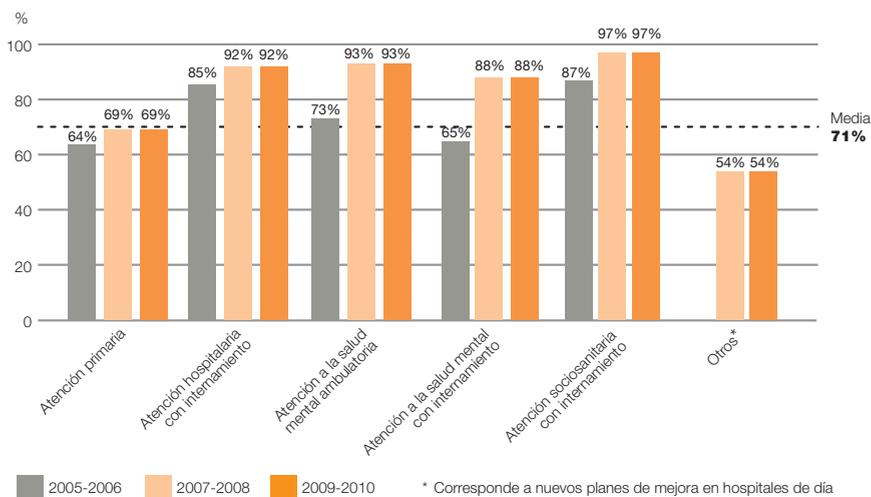
- Las áreas de mejora detectadas en el estudio de satisfacción, preguntas que no habían logrado el 75% de valoraciones positivas como la accesibilidad, la información o el confort.
- Los factores predictores de satisfacción, sobre todo en los casos de coincidencia con las áreas de mejora.
- Los proyectos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

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



En el período 2007-2008 se recomendó de manera centralizada que los planes de mejora estuvieran orientados hacia más y mejor información tanto clínica como organizativa, y se mantuvieron 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.

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



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

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.

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

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

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

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

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

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

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

El éxito del PLAENSA© radica en el rigor metodológico y en la proximidad a los intereses de la ciudadanía: los cuestionarios son elaborados a partir de una aproximación cualitativa a los ciudadanos y ciudadanas, que expresan sus experiencias y expectativas sobre las diferentes líneas de servicio objetos de estudio, y que, como se ha comentado, mantienen su vigencia mediante una revisión y actualización periódica.

La utilización de las TIC (por ejemplo, con la realización de encuestas en línea) también nos permite agilizar la capacidad de procesamiento de datos y, por tanto, dar respuesta rápida a las necesidades detectadas y establecer tendencias de comportamiento generales. Se trata de un

avance que mejora la accesibilidad a los datos de manera homogénea en todos los centros, utilizando herramientas de medición validadas.

De esta manera, se trabaja para ser más eficientes tanto en las actividades de medición como en las de mejora. Esta experiencia comenzó en 2008 con la atención especializada, ha continuado hasta el presente y se está aplicando en la mayoría de líneas de servicio, abriendo un camino que tiene como meta a medio plazo disponer de información periódica, factible y eficiente.

En la actualidad, el CatSalut pone a disposición de cada centro sanitario que lo solicite una página web para administrar las encuestas del PLAENSA© a las personas que hayan sido usuarias. De esta manera, ofrece a los centros la posibilidad de medir la calidad de servicio percibida y la satisfacción en su centro, siguiendo una metodología común, científicamente validada y rigurosa, de acuerdo con un procedimiento de trabajo testado, y recibiendo asesoramiento experto para el correcto desarrollo del trabajo de campo. Este proyecto, que hemos llamado Customicemos el PLAENSA©, ofrece a los centros la posibilidad de incrementar la periodicidad de sus medidas de satisfacción, al tiempo que homogeneiza la sistemática de trabajo y las herramientas de medida en el sistema.

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

El año 2015 finalizará la tercera fase prevista del PLAENSA©, coincidiendo con el Plan de Salud 2011-2015. Esta última etapa mantiene las fortalezas del proyecto –validez de los métodos, fiabilidad de la medida y propuestas de mejora sistemáticas específicas por línea, territorio y unidad proveedora– e incorpora una nueva mirada que refuerza el papel de la ciudadanía en la sostenibilidad del sistema sanitario.

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

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

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

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

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

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

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

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

## EL MODELO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

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

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

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

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



# **5. Resultados del Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut por líneas de servicio 2003-2014**



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.



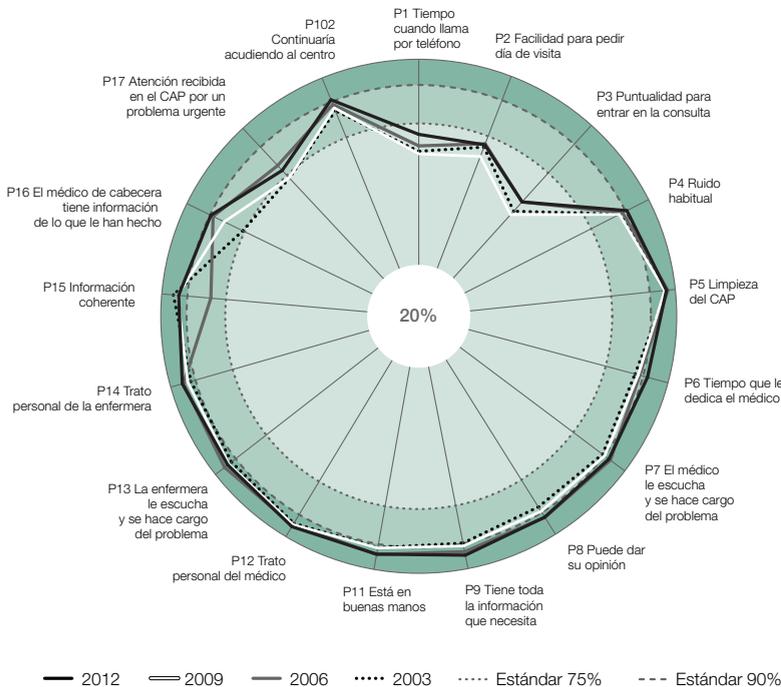
La información completa de los estudios está disponible en:  
<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>

# Atención primaria

## Ficha técnica

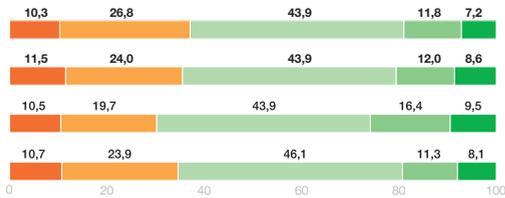
	2003	2006	2009	2012
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años o más de edad que han sido atendidas durante el último año en los centros de atención primaria, en la consulta médica y en la consulta de enfermería en Cataluña			
<b>Marco de muestreo</b>	Personas aseguradas 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                      enero de 2012			
<b>Diseño muestral</b>	83 unidades muestrales (sectores o unidades proveedoras dentro de los sectores) 162 casos por unidad muestral como mínimo 13.477 casos en total	351 unidades muestrales (áreas básicas de salud) 80 casos por unidad muestral como mínimo 31.039 casos en total	359 unidades muestrales (áreas básicas de salud) 80 casos por unidad muestral como mínimo 29.720 casos en total	369 unidades muestrales (áreas básicas de salud) 80 casos por unidad muestral como mínimo 30.100 casos en total
<b>Margen de error</b>	0,8 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	0,5 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	0,4 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	0,4 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador			
<b>Periodo de realización del trabajo de campo</b>	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	Del 2 de mayo al 11 de julio de 2012

## Resultados generales

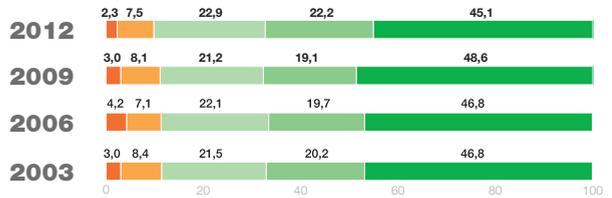


- La mayoría de ítems se sitúan por encima del 75% de valoraciones positivas, destacando como excelentes las preguntas que valoran la confianza, la competencia profesional, el tiempo de dedicación, la relación y el trato de los profesionales, y la limpieza.
- La última edición del estudio, de 2012, pone de manifiesto una mejora de las valoraciones en la mayoría de preguntas.
- Las mejoras se relacionan con aspectos de accesibilidad, como la petición de visita, la espera para recibir la atención telefónica, y la puntualidad para entrar en la consulta.

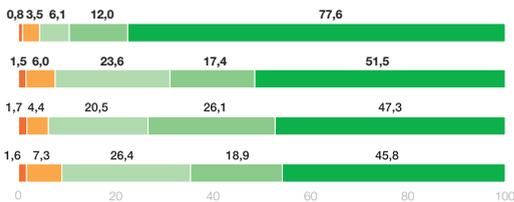
## Accesibilidad



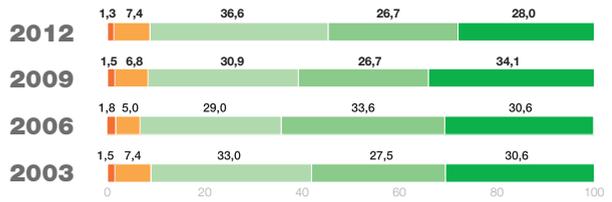
## Competencia profesional



## Información

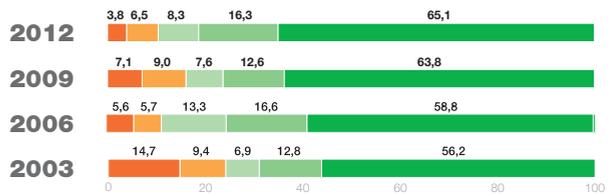


## Trato y relación personal



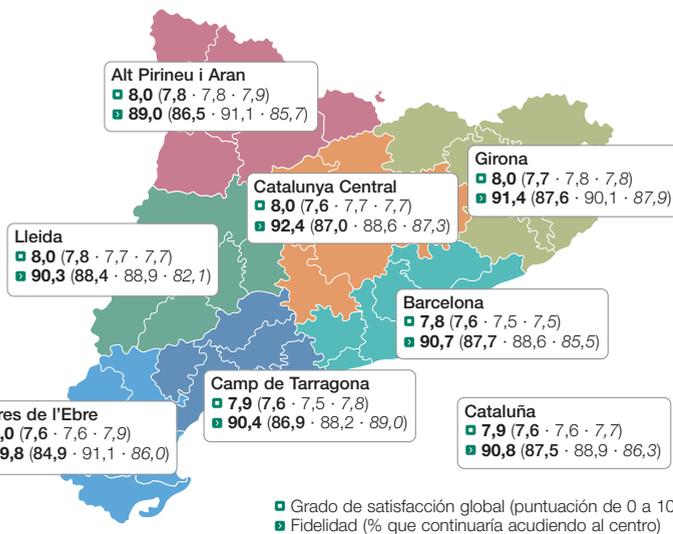
- ▶ La distribución de las categorías de respuesta que valoran las áreas de accesibilidad, competencia y trato de los profesionales muestran bastante estabilidad en el tiempo.
- ▶ Hay una tendencia al alza en las categorías positivas; especialmente las áreas de la información y la continuidad asistencial muestran una tendencia hacia la mejora.
- ▶ Hay que tener presente, sin embargo, que el estudio de 2012 se realizó con un nuevo cuestionario que incorporaba modificaciones en la formulación de algunas preguntas, como por ejemplo en el área de información.

## Continuidad asistencial



■ Mal  
■ Regular  
■ Bien  
■ Muy bien  
■ Perfecto

## Satisfacción y fidelidad 2012 (2009 · 2006 · 2003)



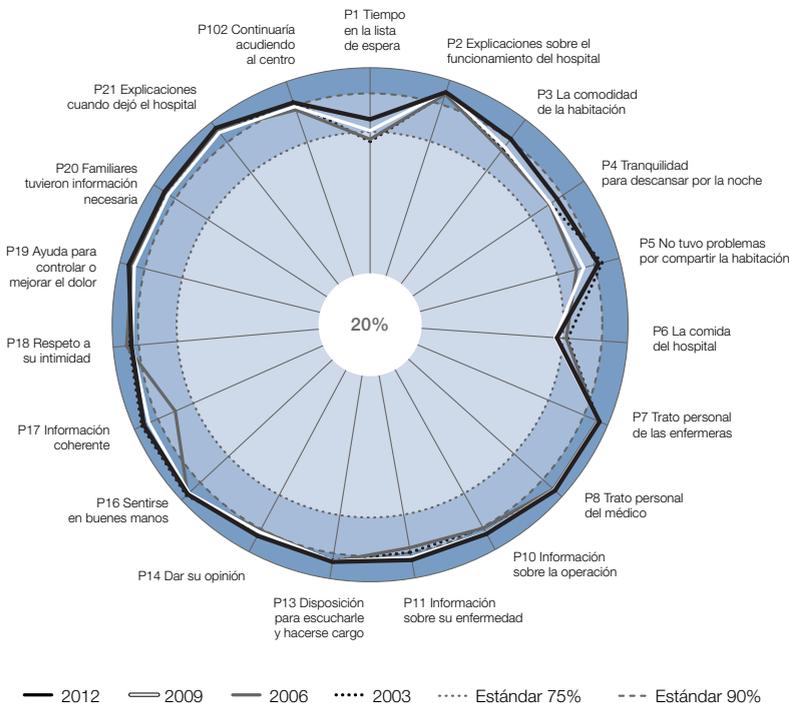
- ▶ La satisfacción es de notable y la intención de volver ha superado, por primera vez en la edición de 2012, el 90% de personas encuestadas.
- ▶ Se observa una mejora de la satisfacción global y la fidelidad en todos los territorios, en el periodo 2009-2012.

# Atención hospitalaria con internamiento

## Ficha técnica

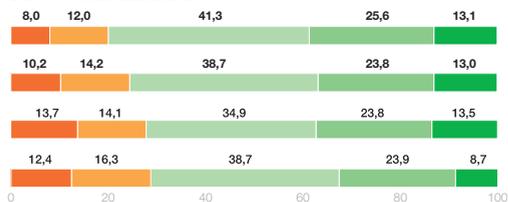
	2003	2006	2009	2012
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más de edad que han sido hospitalizadas dos días o más en un hospital de agudos			
<b>Marco de muestreo</b>	Registros de facturación del CatSalut correspondientes a la hospitalización de agudos de la línea de servicio de atención hospitalaria de personas aseguradas 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	Septiembre a diciembre de 2011
<b>Diseño muestral</b>	60 unidades muestrales (hospitales) 162 casos por unidad muestral como mínimo 9.720 casos en total	60 unidades muestrales (hospitales) 80 casos por unidad muestral como mínimo 4.968 casos en total	58 unidades muestrales (hospitales) 80 casos por unidad muestral como mínimo 4.683 casos en total	58 unidades muestrales (hospitales) 80 casos por unidad muestral como mínimo 4.780 casos en total
<b>Margen de error</b>	1 punto porcentual Nivel de confianza: 95%	1,3 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,1 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	0,9 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador			
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	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	Del 10 al 24 de julio de 2012

## Resultados generales

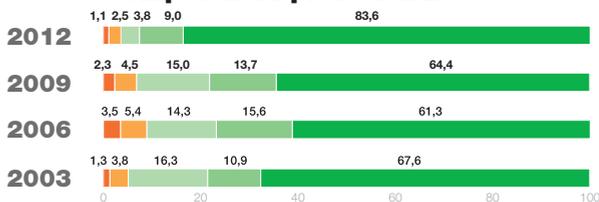


- ▶ Es la línea de servicio mejor valorada de todas las estudiadas en los cuatro periodos, con valores de excelencia en 16 de las 19 preguntas, y con una tendencia positiva en general. Destacan positivamente las valoraciones de confianza, la información, especialmente en el alta hospitalaria, la ayuda para controlar el dolor, la relación y el trato con los profesionales.
- ▶ Se observan mejoras en la mayoría de ítems analizados, especialmente en el ámbito del confort, como la comodidad de la habitación, la tranquilidad para descansar, etc.
- ▶ Los principales puntos de mejora son la comida de los hospitales y la percepción del tiempo en lista de espera.
- ▶ Hay diferencias significativas con respecto a Cataluña entre los valores alcanzados en algunos territorios y hospitales en cuanto a aspectos como la lista de espera, el confort y la comida.

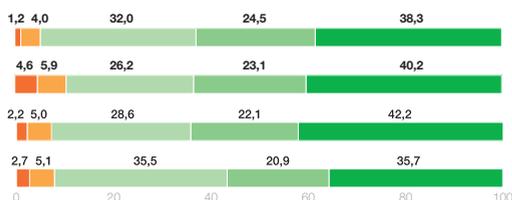
## Accesibilidad



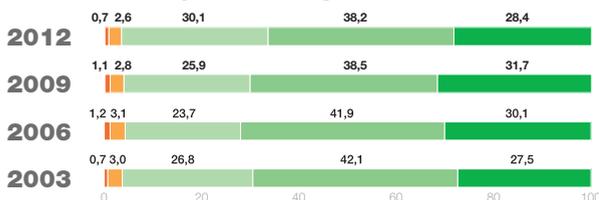
## Competencia profesional



## Información



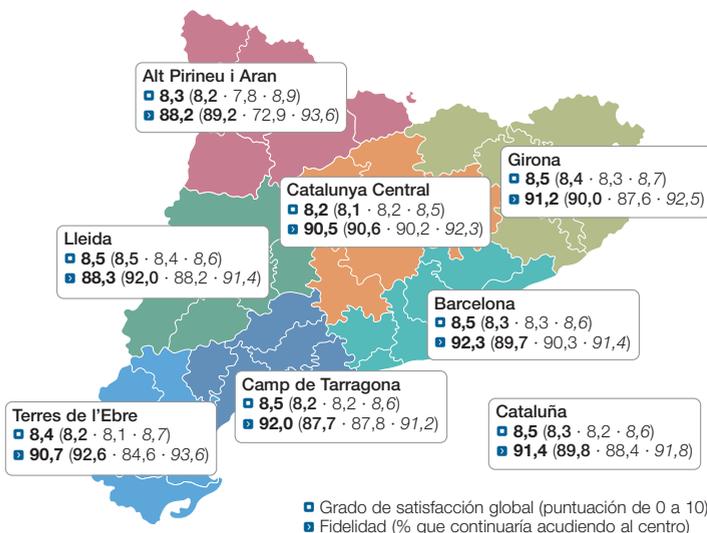
## Trato y relación personal



- ▶ La accesibilidad y el trato de los profesionales son las áreas que muestran respuestas más estables.
- ▶ La mejora más destacable en las categorías positivas se da en la de competencia profesional.
- ▶ Hay que tener presente, sin embargo, que el estudio de 2012 se realizó con un nuevo cuestionario que incorporaba modificaciones en la formulación de algunas preguntas.

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

## Satisfacción y fidelidad 2012 (2009 · 2006 · 2003)



- ▶ La satisfacción global y la intención de volver siguen siendo de las más elevadas entre las líneas de servicio evaluadas, con satisfacción de notable alto y la intención de volver en más de 9 de cada 10 personas encuestadas.

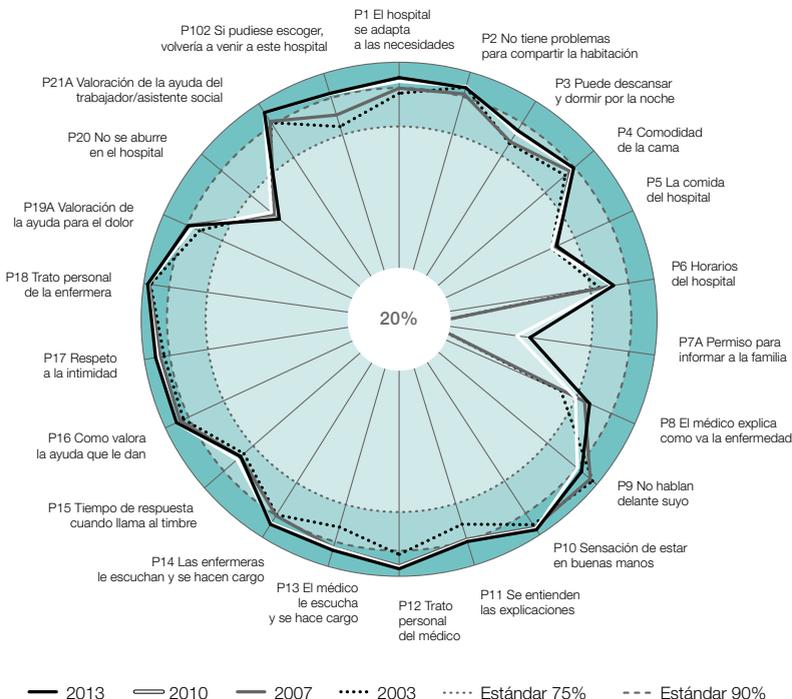
- ▶ A pesar de algunas diferencias territoriales causadas por la tipología de hospitales, en todos los territorios la satisfacción se sitúa por encima del 8 y la fidelidad por encima del 88% y se observa, en la mayoría de territorios, una tendencia positiva.

# Atención sociosanitaria con internamiento

## Ficha técnica

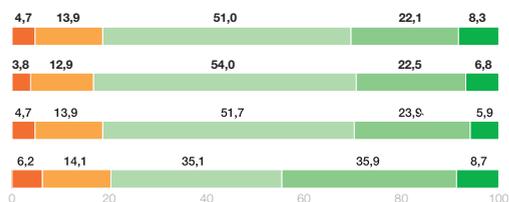
	2003	2007	2010	2013
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más, personas usuarias directamente receptoras del servicio de atención sociosanitaria en convalecencia, media y larga estancia y cuidados paliativos, ingresadas en uno de los centros y con una estancia superior a 7 días para cada una de las líneas de producto			
<b>Marco de muestreo</b>	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			
<b>Diseño muestral</b>	8 unidades muestrales (regiones sanitarias) 401 casos por unidad muestral como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 2.050 casos en total	7 unidades muestrales (regiones sanitarias) 170 casos por unidad muestral como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 2.197 casos en total	9 unidades muestrales (regiones sanitarias) 80 casos por unidad muestral como mínimo 2.322 entrevistas válidas	9 unidades muestrales (regiones sanitarias) 80 casos por unidad muestral como mínimo 2.970 entrevistas válidas
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas personales		Encuestas en línea vía web en los mismos centros sociosanitarios	
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Entre el 15 de julio y el 13 de agosto de 2003	Del 19 de marzo al 26 de julio de 2007	Entre mayo y septiembre de 2010 para los datos totales de Cataluña	Entre abril y agosto de 2013 para los datos totales de Cataluña
	Para cada centro el período de recogida de datos ha oscilado entre los 3 y los 5 días			

## Resultados generales

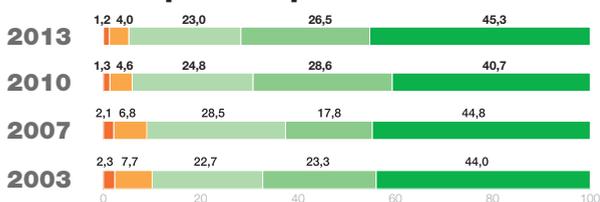


- ▶ La incorporación de la opinión de las personas atendidas en estos servicios de salud ha sido un reto desde el punto de vista logístico y metodológico. Se ha continuado con las encuestas en línea que requieren la colaboración y el apoyo de los centros proveedores.
- ▶ En 2013, de las 22 preguntas, 13 se encuentran por encima del 90% de valoraciones positivas, 6 entre el 90% y el 75%, y 3 por debajo del 75%.
- ▶ 17 de las 22 preguntas de la encuesta mejoran resultados en comparación con los del año 2010, entre las que cabe destacar la mejora en las explicaciones del médico sobre la evolución de la enfermedad y en la solicitud de permiso para informar a la familia.
- ▶ Las preguntas con mayor potencial de mejora hacen referencia al permiso para informar a la familia, la comida y el aburrimiento.

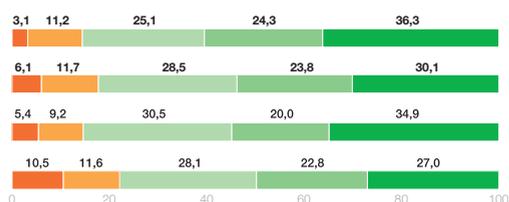
## Accesibilidad



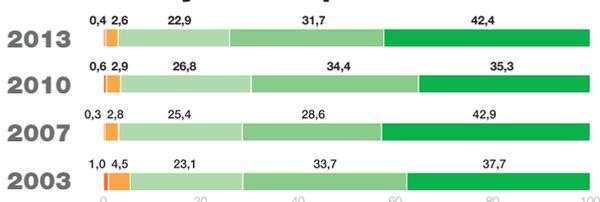
## Competencia profesional



## Información



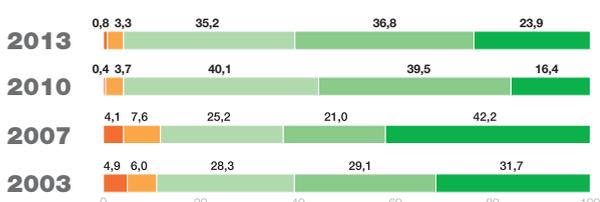
## Trato y relación personal



➤ En la mayoría de áreas de interés y en el último periodo (2010-2013) se observa un ligero incremento de las categorías más positivas y un decremento de las más negativas.

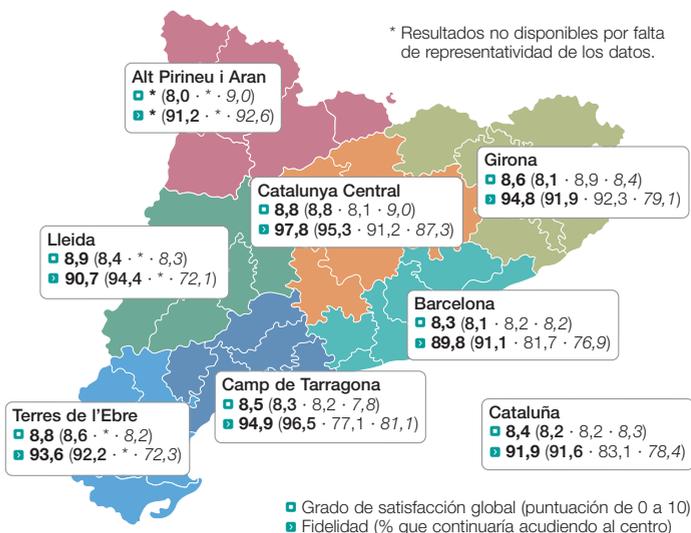
➤ El área de información es la que presenta un mayor aumento en las categorías positivas y una mayor disminución en las negativas.

## Continuidad asistencial



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

## Satisfacción y fidelidad 2013 (2010 · 2007 · 2003)



➤ La satisfacción global y la intención de volver son de las más elevadas de entre las líneas de servicio evaluadas, con satisfacción de notable alto y la intención de volver en más de 9 de cada 10 personas encuestadas.

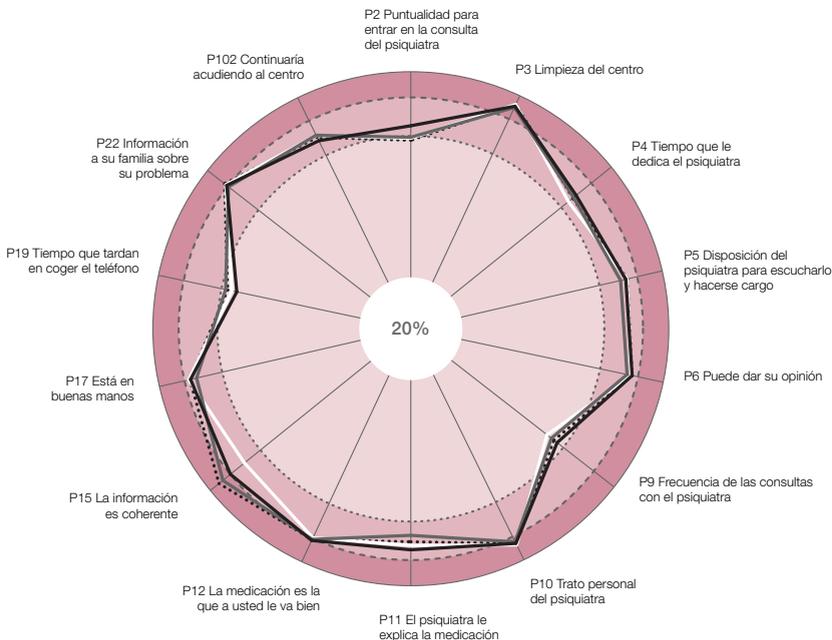
➤ Los valores de satisfacción incrementan o se mantienen estables en todos los territorios en el último periodo. La fidelidad, en cambio, a pesar de aumentar en toda Cataluña, muestra patrones de evolución diferenciados por territorio.

# Atención a la salud mental ambulatoria

## Ficha técnica

	2003	2006	2009	2012
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 18 años y más de edad que han sido atendidas en los últimos doce meses en un centro de CSMA de la línea de atención psiquiátrica y salud mental ambulatoria en Cataluña			
<b>Marco de muestreo</b>	Conjunto de personas aseguradas 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	Enero a diciembre de 2011
<b>Diseño muestral</b>	8 unidades muestrales (regiones sanitarias este año)	63 unidades muestrales (centros de salud mental ambulatoria)	68 unidades muestrales (centros de salud mental ambulatoria)	77 unidades muestrales (centros de salud mental ambulatoria)
	401 casos por unidad muestral como mínimo	80 casos por unidad muestral como mínimo	80 casos por unidad muestral como mínimo	80 casos por unidad muestral como mínimo
	3.215 casos en total	5.374 casos en total	5.586 casos en total	6.113 casos en total
<b>Margen de error</b>	1,7 puntos porcentuales	1,2 puntos porcentuales	1,1 puntos porcentuales	0,9 puntos porcentuales
	Nivel de confianza: 95%	Nivel de confianza: 95%	Nivel de confianza: 95%	Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador			
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	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	Del 25 de septiembre al 24 de octubre de 2012

## Resultados generales

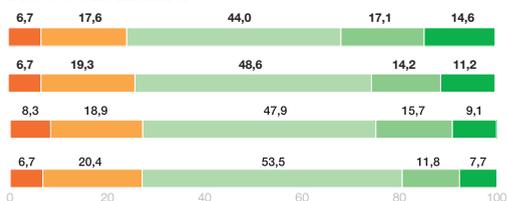


➤ La mayoría de resultados se sitúan por encima del 75% de valoraciones positivas. De éstos, la mayoría se encuentran en el nivel estándar, entre el 75% y el 90% de valoraciones positivas. Hay cuatro en el ámbito de la excelencia, relacionadas con la limpieza del centro, el trato del psiquiatra, la información a la familia y la adecuación de la medicación.

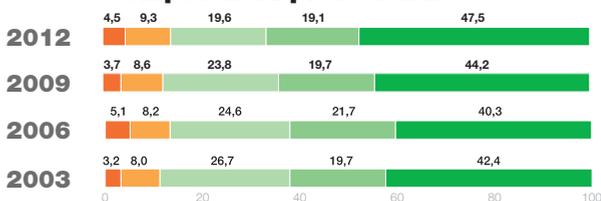
➤ Habría que mejorar los aspectos de accesibilidad y la frecuencia de las consultas.

— 2012    = 2009    -·- 2006    ···· 2003    ···· Estándar 75%    --- Estándar 90%

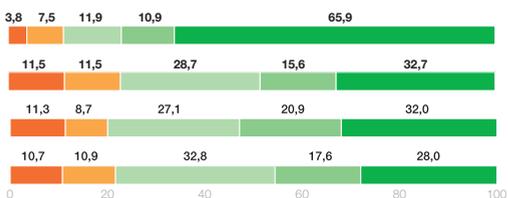
## Accesibilidad



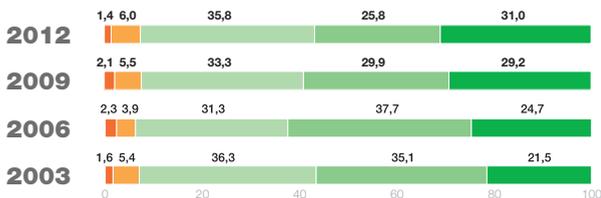
## Competencia profesional



## Información

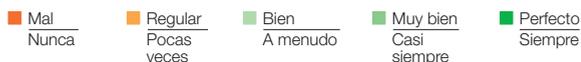


## Trato y relación personal

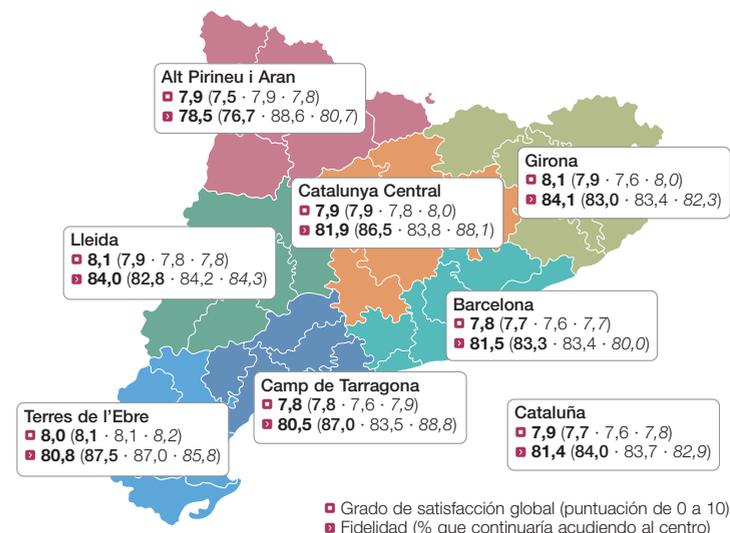


➤ Esta línea presenta una gran estabilidad en las valoraciones de todas las áreas, a excepción de la de información, donde se observa un fuerte aumento de las valoraciones positivas, que pasa a ser el área que presenta mejores resultados.

➤ Hay que tener presente, sin embargo, que el estudio de 2012 se realizó con un nuevo cuestionario que incorporaba modificaciones en la formulación de algunas preguntas, como por ejemplo en el área de información.



## Satisfacción y fidelidad 2012 (2009 · 2006 · 2003)



➤ La satisfacción es de notable y la intención de volver al centro se da en 8 de cada 10 personas usuarias.

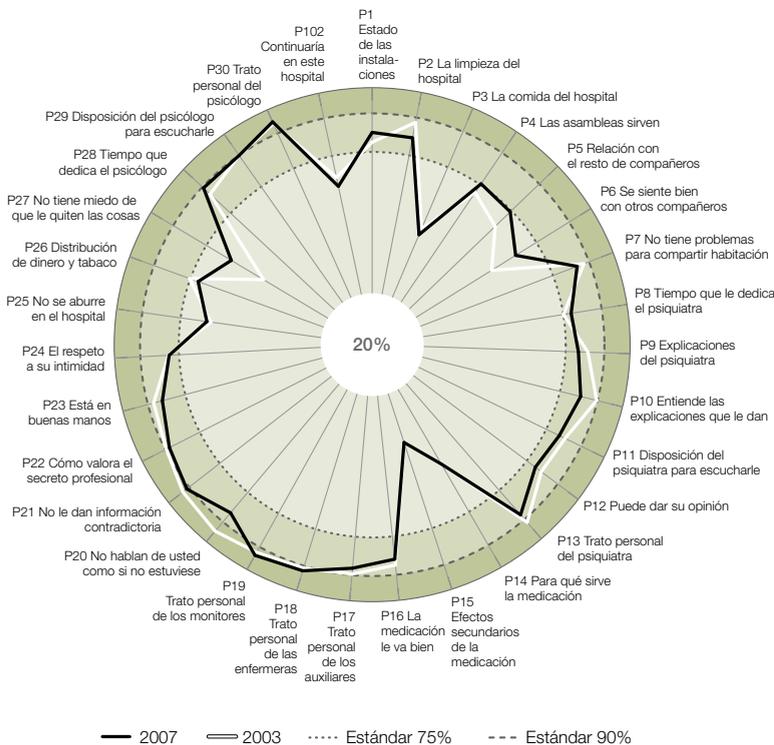
➤ La satisfacción incrementa ligeramente en Cataluña y en la mayoría de territorios en el último periodo (2009-2012), mientras que la intención de volver al centro se reduce en Cataluña y en la mayoría de territorios en el mismo periodo.

# Atención a la salud mental con internamiento

## Ficha técnica

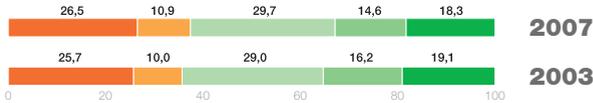
	2003	2007	2010*	2013**
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 18 años y más, personas usuarias directamente receptoras del servicio de atención psiquiátrica y salud mental de media y larga estancia, ingresadas en un centro con estancia superior a un mes			
<b>Marco de muestreo</b>	Número de recursos de internamiento de media y larga estancia contratados por el CatSalut en el momento de realizar el estudio			
<b>Diseño muestral</b>	8 unidades muestrales (regiones sanitarias) 401 casos por unidad muestral como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 829 casos en total	7 unidades muestrales (regiones sanitarias) 170 casos por unidad muestral como mínimo Sólo se pudo entrevistar a 454 casos en total		
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas personales			
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 8 al 23 de septiembre de 2003	Del 19 de marzo al 26 de julio de 2007		

## Resultados generales

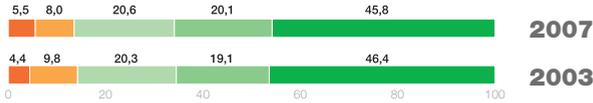


- Esta línea de servicio es la que cuenta con menos personas entrevistadas, dada su situación de salud, frecuentemente inestable, y los largos períodos de internamiento que tienen la mayoría de las personas.
- A pesar de la mejora evidente entre los dos períodos, la mayoría de resultados siguen situados 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 otras personas internas, la gestión del tiempo de ocio y la comida.

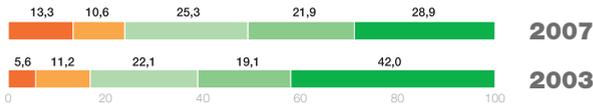
## Información



## Competencia profesional



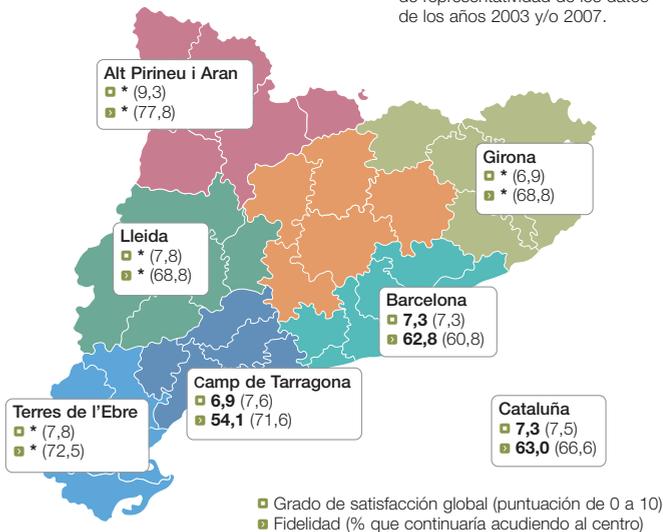
## Trato y relación personal



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



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

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

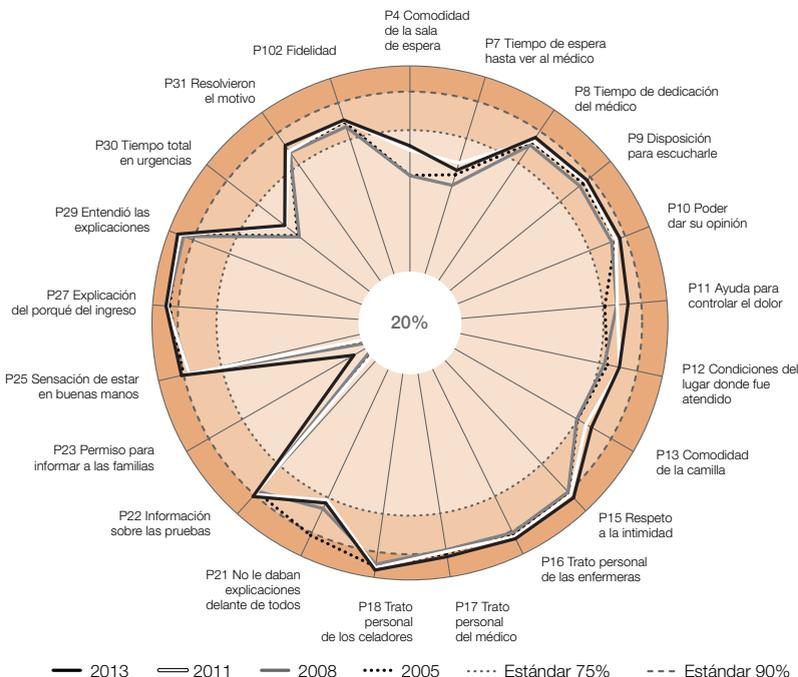
\*\* Se ha seguido el mismo criterio utilizado en el año 2010 con respecto a los resultados obtenidos en el estudio de atención sociosanitaria de 2013, es decir, los resultados obtenidos en el estudio de la atención sociosanitaria con internamiento 2013 se han utilizado también para la línea de atención a la salud mental con internamiento en el caso de los centros que disponen de ambas líneas.

# Atención hospitalaria urgente

## Ficha técnica

	2005	2008	2011	2013
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más de edad que han sido atendidas por los servicios de urgencias hospitalarias			
<b>Marco de muestreo</b>	Registros de facturación del CatSalut correspondientes a personas aseguradas atendidas en urgencias, de 15 años y más Septiembre y noviembre de 2005	Enero y febrero de 2008	Enero y febrero de 2011	Mayo de 2013
<b>Diseño muestral</b>	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 muestral como mínimo 8.748 casos en total	53 unidades muestrales 97 casos por unidad muestral como mínimo 5.381 casos en total	55 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo 4.625 casos en total	52 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo 5.061 casos en total
<b>Margen de error</b>	1 punto porcentual Nivel de confianza: 95%	1,1 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,2 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,2 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador			
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 16 de enero al 17 de febrero de 2006	Del 13 de mayo al 31 de julio de 2008	Del 14 al 29 de junio de 2011	Del 2 de septiembre al 9 de octubre de 2013

## Resultados generales

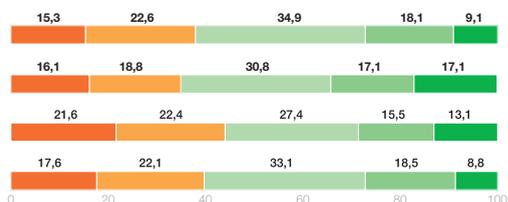


▶ A lo largo de las cuatro ediciones, más de un 70% de las preguntas se han situado por encima del 75% de valoraciones positivas, y se observan pequeñas mejoras en la valoración de la mayoría de ítems. Sobre todo, hay mejoras en la resolución del motivo, la confianza con los profesionales, el respeto a la intimidad, el permiso para informar a la familia, y en el trato de los médicos y de los celadores.

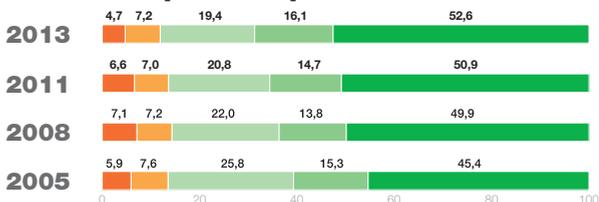
▶ Los aspectos mejor valorados son el trato de los profesionales, las explicaciones y el respeto a la intimidad.

▶ Por tipología de hospitales, son los hospitales básicos aislados y los de alta tecnología los que están mejor valorados.

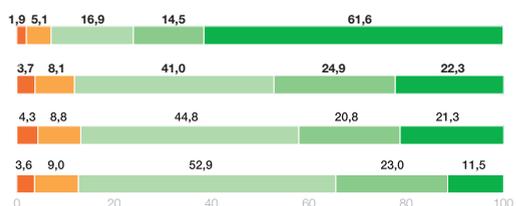
## Accesibilidad



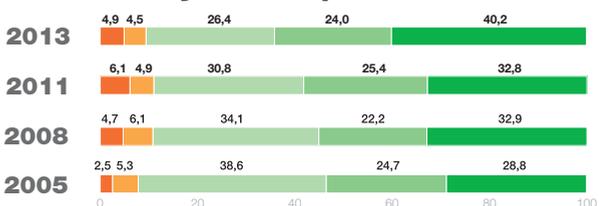
## Competencia profesional



## Información



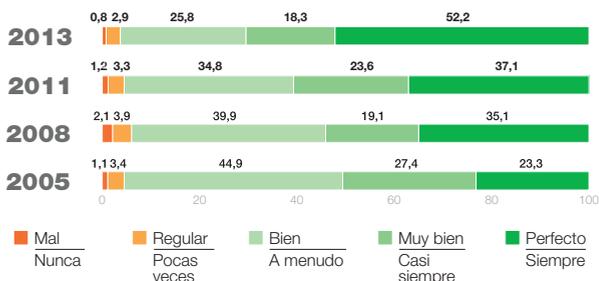
## Trato y relación personal



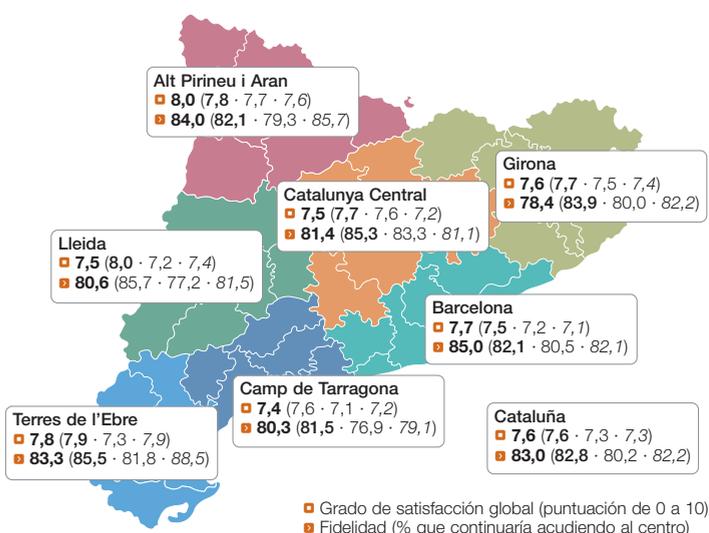
El análisis por áreas nos muestra una tendencia de mejora en las valoraciones de las diferentes áreas de interés en el último periodo (2011-2013), a excepción del área de accesibilidad.

Hay que tener presente, sin embargo, que el estudio de 2013 se realizó con un nuevo cuestionario que incorporaba modificaciones en la formulación de algunas preguntas, como por ejemplo en el área de información.

## Continuidad asistencial



## Satisfacción y fidelidad 2013 (2011 · 2008 · 2005)



La nota de satisfacción de 2013 se mantiene estable respecto a la de 2011 y es de notable (7,6), con la intención de volver en más de 8 de cada 10 personas usuarias encuestadas, ligeramente superior a la de 2011.

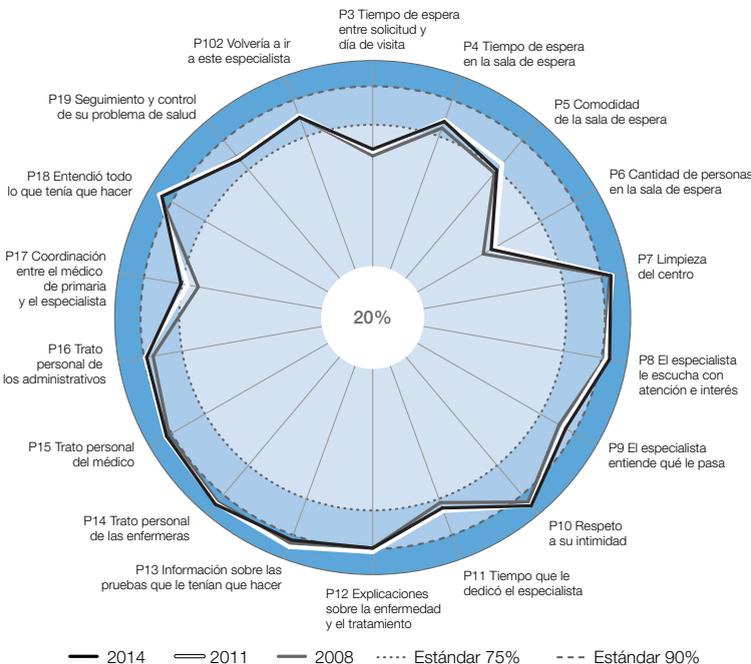
Se observa una evolución de la satisfacción y la fidelidad diferenciada por territorios, con mejoras en el Alt Pirineu i Aran y en Barcelona.

# Atención especializada ambulatoria

## Ficha técnica

	2008	2011	2014
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más de edad que han sido atendidas en una consulta de atención especializada ambulatoria		
<b>Marco de muestreo</b>	Se han seleccionado proporcionalmente registros del Registro central de personas aseguradas, 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 personas aseguradas de 15 años o más de edad		
<b>Diseño muestral</b>	La unidad muestral es el centro con atención especializada ambulatoria (hospitales y CAP II con seis o más especialidades):		
	80 unidades muestrales 124 casos por unidad muestral como mínimo 7.986 casos en total	80 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo 4.950 casos en total	82 unidades muestrales 76 casos por unidad muestral como mínimo 4.679 casos en total
<b>Margen de error</b>	0,9 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,1 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,1 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador		
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 4 de julio al 11 de noviembre de 2008	Del 28 de marzo al 17 de junio de 2011	Del 12 de junio al 28 de julio de 2014

## Resultados generales



▶ La mayoría de respuestas superan los valores del 75%, con siete respuestas por encima del 90%, relacionadas con el respeto a la intimidad, el trato de los profesionales, la limpieza, la información y la escucha y el interés del especialista.

▶ No alcanzan el 75% los aspectos de accesibilidad, como el tiempo de espera entre la solicitud y la visita, la cantidad de personas y la comodidad de la sala de espera.

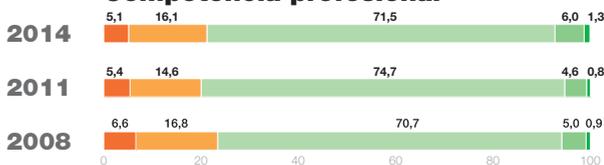
▶ La comodidad en la sala de espera es el aspecto con una variación negativa más destacable respecto a la edición anterior.

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

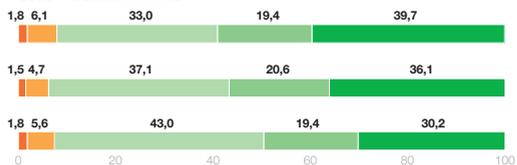
## Accesibilidad



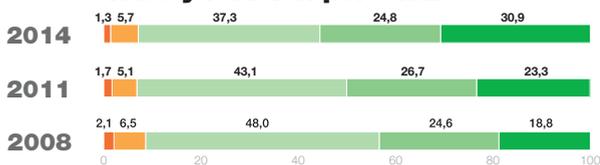
## Competencia profesional



## Información

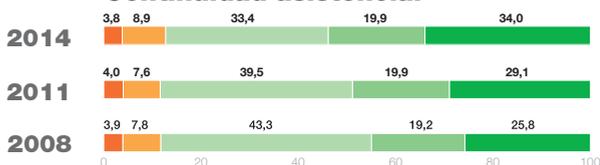


## Trato y relación personal



Se observa una tendencia general de aumento de las categorías más positivas en las áreas de interés analizadas.

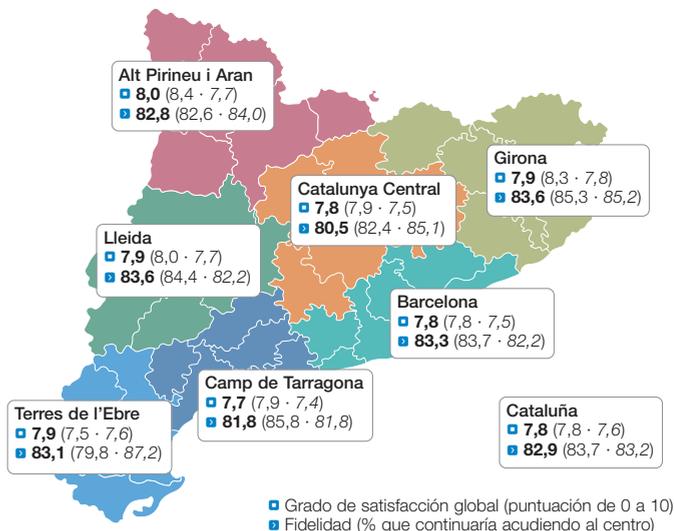
## Continuidad asistencial



■ Mal  
■ Regular  
■ Bien  
■ Muy bien  
■ Perfecto

Nunca      Pocas veces      A menudo      Casi siempre      Siempre

## Satisfacción y fidelidad 2014 (2011 · 2008)



La nota de satisfacción de 2014 se mantiene estable respecto a la de 2011 y es de notable (7,8), con la intención de volver en 8 de cada 10 personas usuarias encuestadas, ligeramente inferior a la de 2011.

Se observa que en la mayoría de territorios se ha producido una leve disminución de la satisfacción y de la fidelidad entre el año 2011 y el 2014.

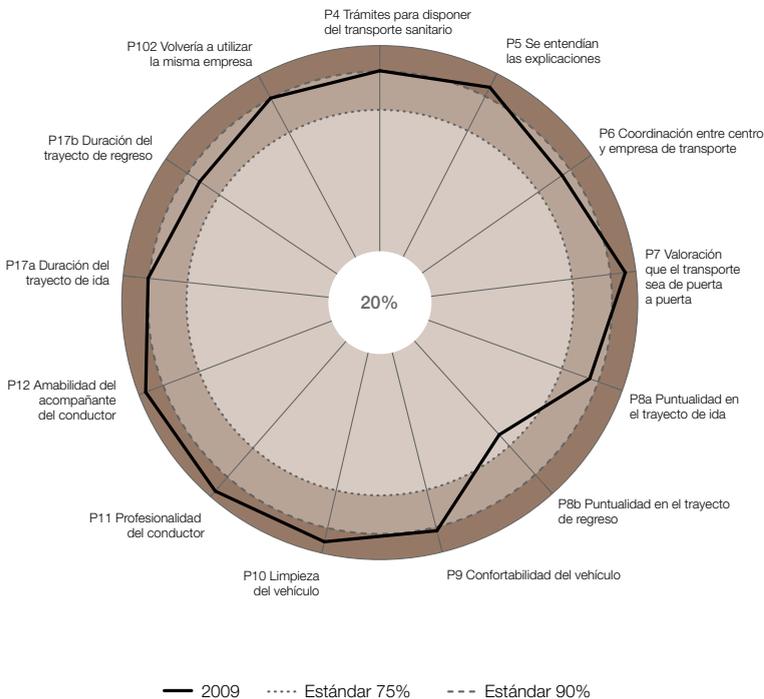
# Transporte sanitario no urgente

## Ficha técnica

2009

<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más de edad que han sido usuarias una o más veces del servicio de transporte sanitario no urgente
<b>Marco de muestreo</b>	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
<b>Diseño muestral</b>	La unidad muestral es el lote (unidad de contratación de esta línea de servicio): 19 unidades muestrales, 120 casos por unidad muestral como mínimo, 2.237 casos en total
<b>Margen de error</b>	1,7 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 9 al 31 de marzo de 2009

## Resultados generales

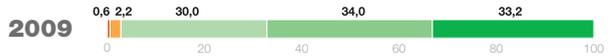


- La mayoría de resultados están por encima del 90%, especialmente los referentes a las características técnicas y profesionales del vehículo y del conductor.
- Se debe mejorar la puntualidad y algunos aspectos de coordinación del proceso.

## Accesibilidad



## Competencia profesional



## Información

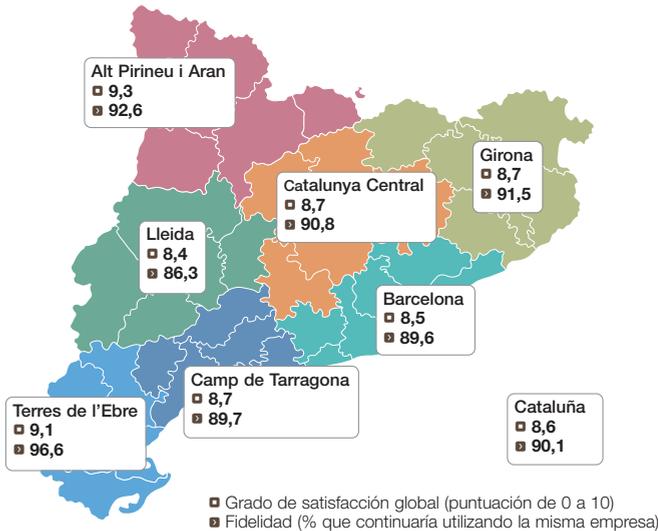


## Trato y relación personal



➤ 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



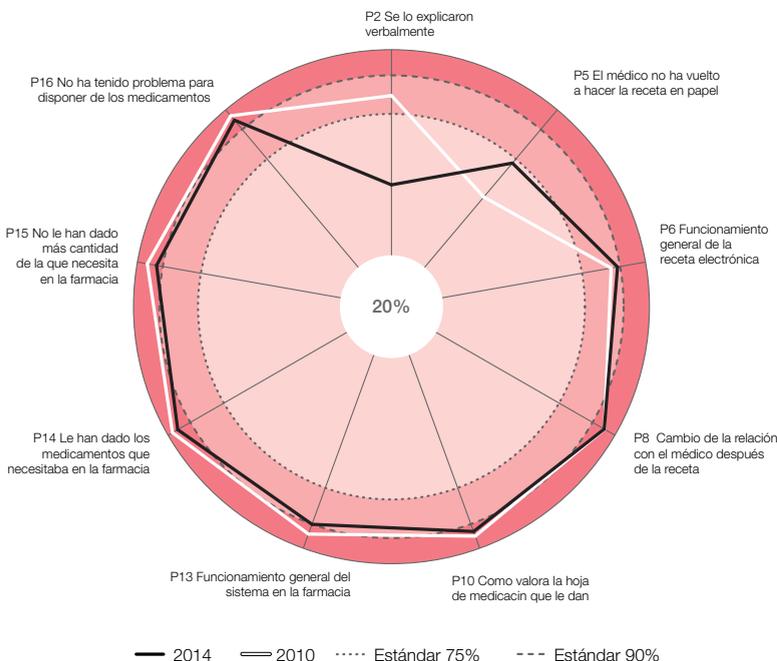
➤ Es la línea de servicio con la puntuación de satisfacción más alta y con una intención de utilizar la misma empresa de transporte en 9 de cada 10 personas usuarias.

# Receta electrónica

## Ficha técnica

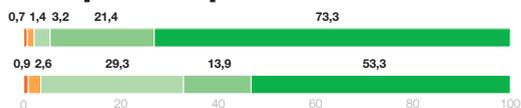
	2010	2014
<b>Población objeto de estudio</b>	Personas aseguradas de 15 y más años que han utilizado como mínimo una vez la receta electrónica antes del 1 de abril de 2010	Personas aseguradas de 15 y más años que han utilizado en alguna ocasión la prescripción electrónica por parte de un especialista en Cataluña
<b>Marco de muestreo</b>	Estratificado por región sanitaria, con selección de forma aleatoria proporcional. Para el cálculo de la muestra se ha utilizado el registro de la receta electrónica del CatSalut del mes de marzo de 2010	Estratificado por región sanitaria, con selección de forma aleatoria proporcional. Para la selección de la muestra se ha utilizado el registro de la receta electrónica del CatSalut, seleccionando personas aseguradas a las que, entre los meses de enero y febrero de 2014, se hubiera dispensado una o más recetas provenientes de una estructura de atención especializada
<b>Diseño muestral</b>	9 unidades muestrales (regiones sanitarias) 150 casos por unidad muestral como mínimo 2.288 entrevistas válidas	9 unidades muestrales (regiones sanitarias) 150 casos por unidad muestral como mínimo 2.059 entrevistas válidas
<b>Margen de error</b>	2 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,7 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador	
<b>Periodo de realización del trabajo de campo</b>	Del 14 al 25 de junio de 2010	Del 5 de abril al 5 de mayo de 2014

## Resultados generales

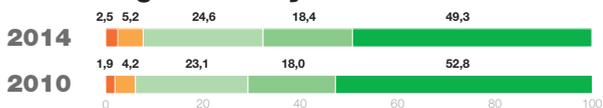


- ▶ La mayoría de preguntas superan el valor del 90% de respuestas positivas.
- ▶ El principal aspecto a mejorar es la explicación verbal sobre el funcionamiento de la receta electrónica.
- ▶ Los resultados de 2014, en general, son ligeramente inferiores a los de 2010.

## Competencia profesional



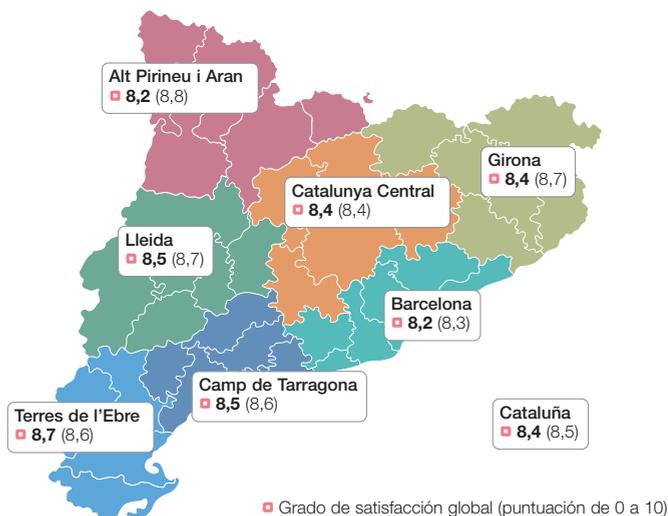
## Organización y coordinación



- El número de áreas de interés evaluadas son más reducidas que en otras líneas de servicio, dadas las características específicas que implican evaluar la receta electrónica.
- El área de competencia profesional obtiene mejores resultados que la de organización y coordinación.
- En cuanto a la evolución de las valoraciones en las dos ediciones del estudio, se observa que mientras en la competencia profesional se incrementan las valoraciones más positivas, en la organización y coordinación se da un leve incremento de respuestas negativas.

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

## Satisfacción 2014 (2010)



- La nota de satisfacción se sitúa por encima de 8 y se mantiene bastante estable respecto a la del año 2010.
- Se observa que en la mayoría de territorios se ha producido una pequeña disminución de la satisfacción global, pero en todos alcanza el 8,2.

# Atención al embarazo, parto y puerperio

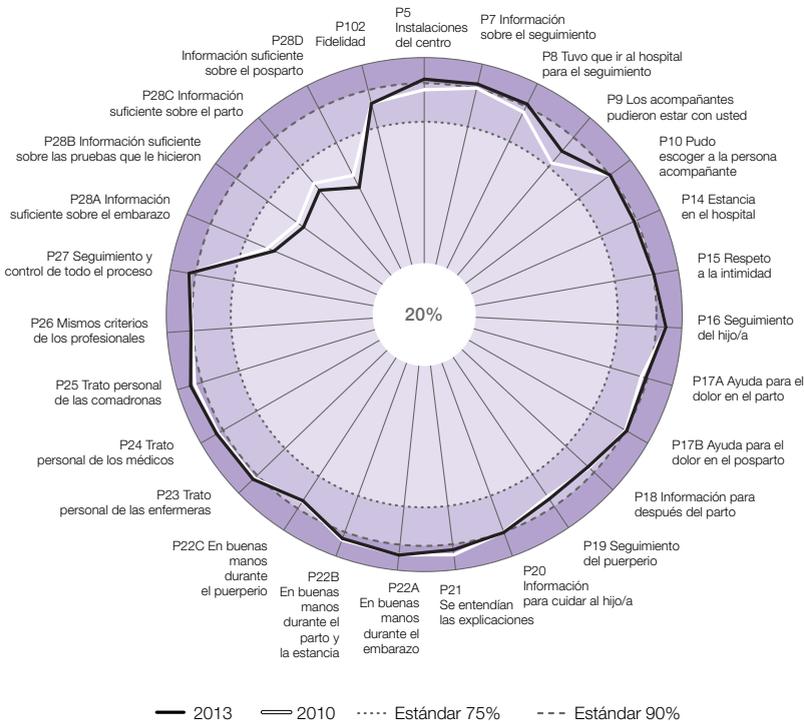
## Ficha técnica

**2010**

**2013**

<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de mujeres aseguradas de 15 años y más de edad que han tenido un hijo/a	
<b>Marco de muestreo</b>	Extracción de datos del CMBD de modo aleatorio para cada una de las unidades muestrales, y que corresponde a mujeres aseguradas de 15 años o más de edad que hayan tenido un hijo o una hija durante el año precedente a la realización del estudio. En los centros con pocos casos se han recogido datos durante un período de tiempo más amplio para asegurar el número mínimo de encuestas por unidad muestral	
<b>Diseño muestral</b>	La unidad muestral es el hospital 42 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo 3.312 casos en total	La unidad muestral es el hospital 43 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo 3.384 casos en total
<b>Margen de error</b>	1,6 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,5 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador	
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 1 al 22 de junio de 2010	Del 5 al 22 de junio de 2013

## Resultados generales



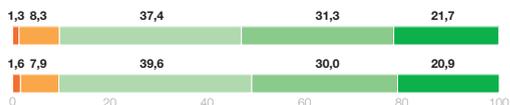
▶ En general, en la edición de 2013 los resultados son positivos: un total de dieciséis ítems se sitúan por encima del 90% de valoraciones positivas, seis ítems se sitúan entre el 75% y el 90% de valoraciones positivas, y sólo cuatro están por debajo del estándar del 75% de valoraciones positivas.

▶ La mayoría de preguntas mejoran los resultados obtenidos en el año 2010, y las diferencias más significativas se dan en las instalaciones del centro, la posibilidad de que el acompañante pudiera estar en el parto, y el trato de las comadronas.

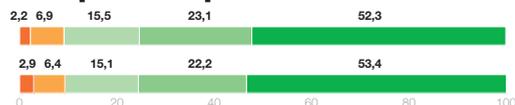
▶ Los elementos que se sitúan en la excelencia se relacionan con la confianza, la competencia y el trato de los profesionales, el seguimiento del hijo/a y las instalaciones.

▶ Son aspectos con potencial de mejora los relacionados con la suficiencia de información a lo largo del proceso.

## Información



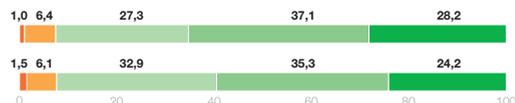
## Competencia profesional



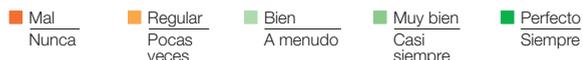
## Trato y relación personal



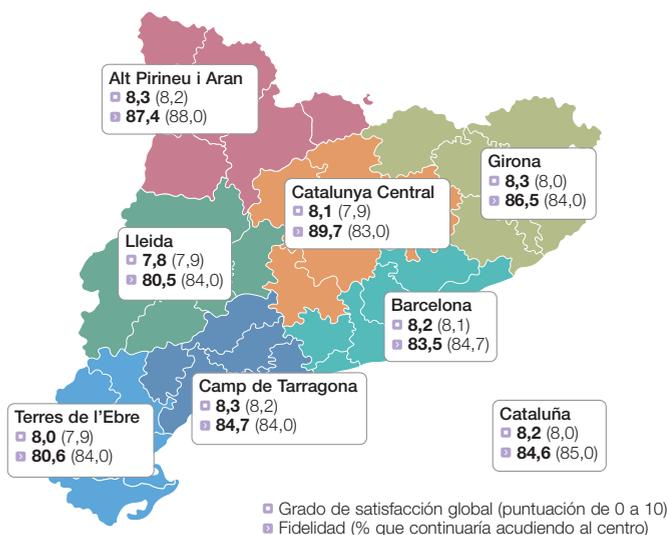
## Continuidad asistencial



Las valoraciones de las áreas de interés se mantienen bastante estables, con una ligera tendencia positiva en todas ellas.



## Satisfacción y fidelidad 2013 (2010)



La nota de satisfacción se sitúa por encima del 8 y supera ligeramente la valoración del año 2010, mientras que más de 8 de cada 10 personas encuestadas manifiestan la intención de volver a ir a los mismos servicios, dato que casi iguala el de 2010.

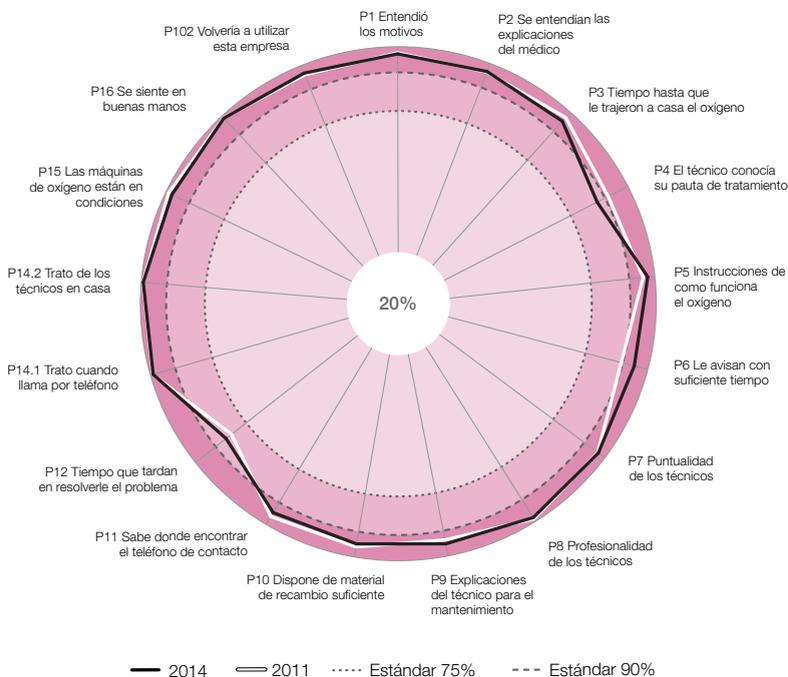
Se observa que en la mayoría de territorios se ha producido un incremento de la satisfacción global, mientras que la evolución de la intención de volver a ir a los mismos servicios no presenta un patrón claro desde la óptica territorial.

# Oxigenoterapia a domicilio

## Ficha técnica

	2011	2014
<b>Población objeto de estudio</b>	Conjunto de personas aseguradas de 15 años y más de edad usuarias del servicio de oxígeno a domicilio	
<b>Marco de muestreo</b>	Registros seleccionados proporcionalmente a partir de los datos correspondientes a la facturación de la actividad del oxígeno a domicilio del mes de enero de 2011	julio de 2014
<b>Diseño muestral</b>	La unidad muestral es el lote (unidad de contratación de esta línea de servicio): 16 unidades muestrales 120 casos por unidad muestral como mínimo 1.834 casos en total	15 unidades muestrales 80 casos por unidad muestral como mínimo, ponderando según volumen de facturación 1.990 casos en total
<b>Margen de error</b>	2,1 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%	1,3 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador	
<b>Período de realización del trabajo de campo</b>	Del 28 de junio al 7 de julio de 2011	Del 2 al 20 de octubre de 2014

## Resultados generales

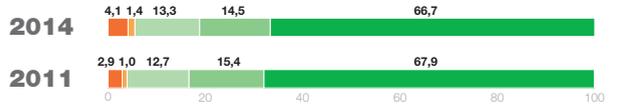


- Todas las preguntas superan, en la última edición, los valores del 75%, con catorce preguntas por encima del 90%, considerado nivel de excelencia, y sólo dos entre el 75% y el 90%, nivel estándar.
- Las preguntas menos valoradas hacen referencia al tiempo que tardan en resolver algún problema relacionado con el oxígeno y si el técnico conocía la pauta de tratamiento de la persona usuaria.

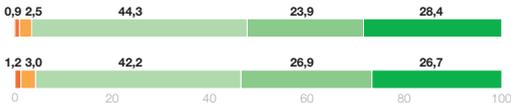
## Accesibilidad



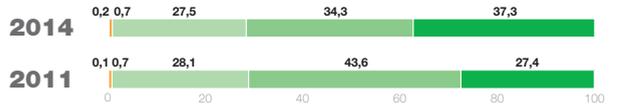
## Competencia profesional



## Información



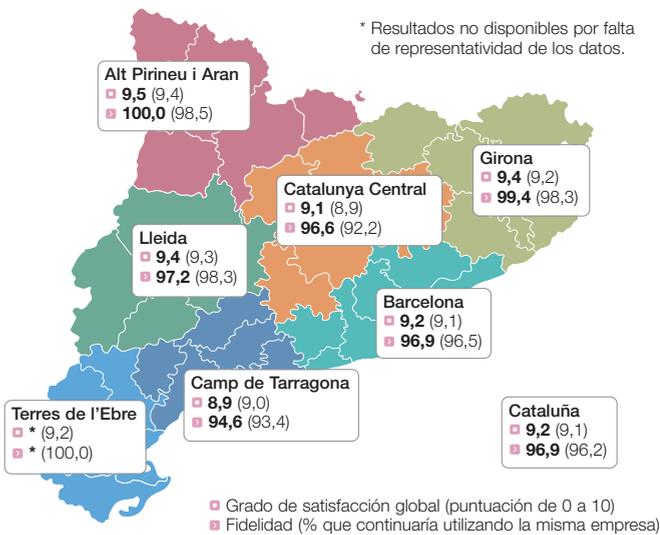
## Trato y relación personal



Existe bastante estabilidad en las valoraciones de las áreas de interés. El área de trato y relación personal es donde más se incrementan las valoraciones más positivas, mientras que en el área de competencia profesional es donde ha crecido más la categoría de respuesta más negativa.

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

## Satisfacción y fidelidad 2014 (2011)



La nota de satisfacción de 2014 se incrementa ligeramente respecto a la de 2011 y es de excelente (9,2), con la intención de utilizar la misma empresa en más de 9 de cada 10 personas usuarias encuestadas, ligeramente superior a la de 2011.

Se observa que la mejora en la satisfacción y la fidelidad es general en todos los territorios.

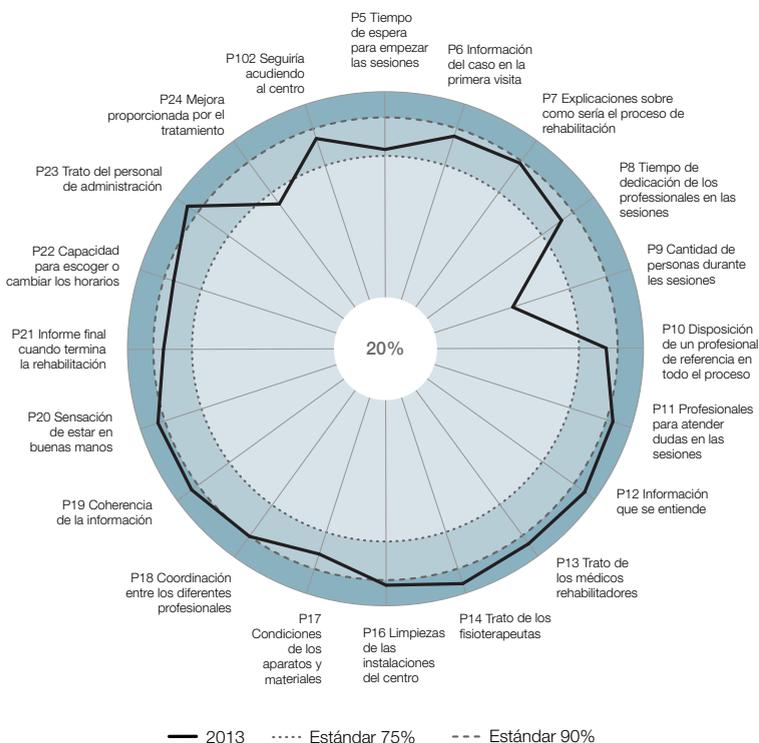
# Rehabilitación ambulatoria

## Ficha técnica

**2013**

<b>Población objeto de estudio</b>	Personas aseguradas de 15 años o más que hayan sido usuarias del servicio de rehabilitación ambulatoria
<b>Marco de muestreo</b>	Registros de facturación de rehabilitación ambulatoria del periodo comprendido entre los meses de enero a marzo de 2013 que corresponden a personas aseguradas de 15 años o más, según el Registro central de personas aseguradas (RCA)
<b>Diseño muestral</b>	50 centros (lote/hospital) 90 casos por unidad muestral como mínimo 4.879 casos en total
<b>Margen de error</b>	1,3 puntos porcentuales Nivel de confianza: 95%
<b>Método de entrevista</b>	Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador
<b>Periodo de realización del trabajo de campo</b>	Del 28 de junio al 8 de julio de 2013

## Resultados generales

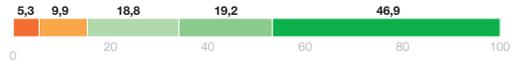


- Los resultados son, en general, positivos: un total de diez ítems se encuentran por encima del 90% de valoraciones positivas, y ocho ítems entre el 75% y el 90% de valoraciones positivas, y sólo dos se sitúan por debajo del estándar de 75% de valoraciones positivas.
- En la excelencia encontramos elementos relacionados con el trato y la competencia de los profesionales, la información y la limpieza de los centros.
- Son mejorables la cantidad de personas en las sesiones de rehabilitación, la mejora que proporciona el tratamiento y el tiempo para empezar las sesiones.

## Accesibilidad



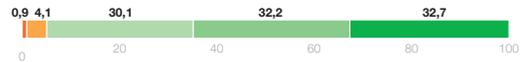
## Competencia profesional



## Información

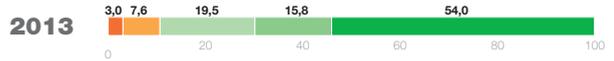


## Trato y relación personal



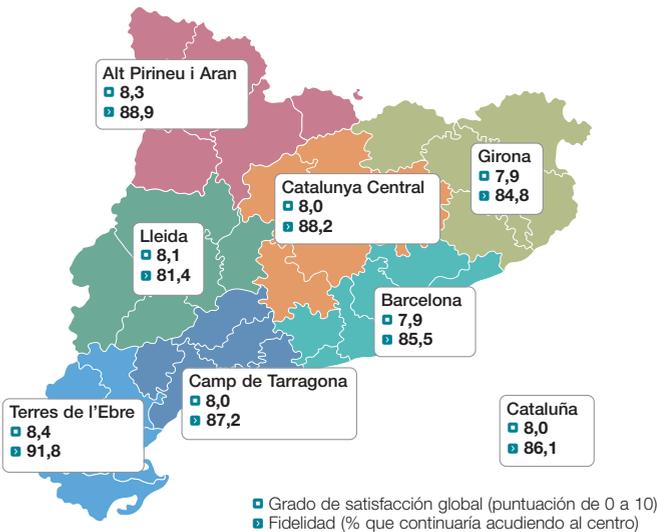
Entre las áreas de interés destacan, con más respuestas positivas, el trato y la relación personal, y la organización y coordinación.

## Organización y coordinación



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

## Satisfacción y fidelidad 2013



- La nota de satisfacción es de notable, y más de 8 de cada 10 personas usuarias encuestadas manifiesta que volvería a ir al mismo centro de rehabilitación si pudiera elegir.
- Se observan diferencias de satisfacción y de fidelidad entre territorios, pero los valores de satisfacción son muy próximos a 8 en todos los territorios y la fidelidad supera el 80% en todos ellos.

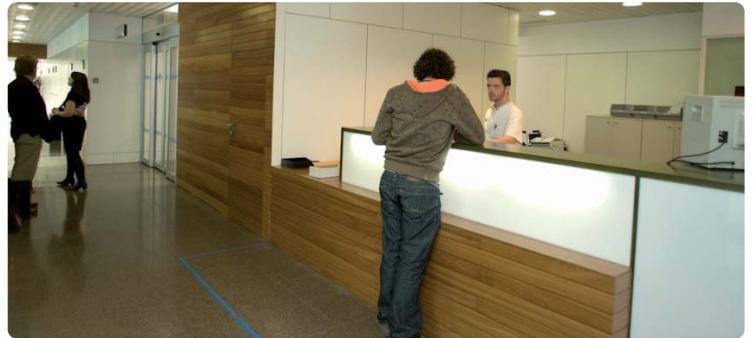
▶ El PLAENSA© contiene el espíritu de una verdadera política de proximidad en el ámbito de la salud.

## APUNTE FINAL

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

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

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



## 6. Bibliografía

- Abalo Piñeiro J *et al*. El análisis de la importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema* 2006; 18; 4: 730-7.
- Adrián JA, Casado JC, Rodríguez-Parra MJ, González, M. Evaluación funcional y tratamiento logopédico de pacientes con disfonía: resultados de una intervención interdisciplinar de la voz en el ámbito hospitalario. *Rev Logop Foniatr Audiol*. 2003; 23(1): 9-19.
- Aguado H, Artigas M, Agustí E, Saura RM, Ribalta A, Suñol R. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats del CatSalut. *Annals de Medicina* 2005; 88: 98-100.
- Aguado H, Cerdà I, Argimon JM, Murillo C, Canela J. Plan de encuestas de satisfacción del CatSalut-PLAENSA©. Estrategias para incorporar la percepción de la calidad de servicio de los ciudadanos en las políticas de salud. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(Supl 2): 55-9.
- Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C y Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital del Mar y Hospital de l'Esperança, IMAS, Barcelona, España. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(2): 90-6.
- Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist*. 2005; 20(5): 246-50.
- Altamira de la Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones M J, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiola C, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud. *Rev Calid Asist*. 2009; 24 (3): 109-14.
- Ambas S. El uso de una metodología sólida en estudios de satisfacción determina la calidad de la información. Disponible *online* en: <http://www.dep.net/publicacion/81/noticia/711/65279el-uso-una-metodologiasolida-estudios-satisfaccion-determina-calidad-informacion.html>. [Último acceso: 15 de enero de 2015.]
- Amezcuca M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 5(76): 423-36. Disponible *online* en: <http://www.index-f.com/cuali/ANALISIS.pdf> [Último acceso: 15 de enero de 2015.]
- Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modelling in practice: a review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin* 1988; (103): 411-23.
- Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M, Llorens P, Álvarez A, Vegas F, Epelde F. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calid Asist*. 2007; 22(4): 161-7.
- 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.
- Barrasa JL, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción Realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calid Asist*. 2003; 18(7): 580-90.
- Barrera-Chacon JM, Zarco Perinan MJ. Gestión de calidad en rehabilitación Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. *Rehabilitación (Madr)* 2009; 43(3): 118-22.
- Barriola Lerchundib MT, García-Urbanejab M, Guajardo Remacha J, Ladrón de Guevarab JM, López Arbeloab G, Yetano Laguna J. Trescientos indicadores de calidad hospitalarios automáticos a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básico. *Rev Calid Asist*. 2006; 21(4): 207-12.
- 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.
- Berwick DM. Improving patient care. My right knee. *Ann Intern Med*. 2005; 143(3): 236-7. Disponible *online* en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15657160>. [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

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

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

Caminal J, Sánchez E, Schiaffino. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. *Rev Calid Asist.* 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 Calid Asist.* 2001; 16: 276-9.

Carbonell Torregrosa MA, Aranaz Andrés JM, Mira Solves JJ, Pérez-Jover V. ¿Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario? *Rev Calid Asist.* 2004; 19(6): 370-3.

Carbonell Torregrosa MA, Gírbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006; 18: 30-5.

Carrera A, Andrés de Llano J, Barajas EJ, Jimeno J-Ál, Sanz de Álvaro M-I, Gilsanz F. Perspectiva del paciente tras artroplastia total de rodilla. *Rev Calid Asist.* 2006; 21(2): 76-81.

CatSalut (2006). *Pla Director Sociosanitari*. Generalitat de Catalunya: Departamento de Salud y Seguridad Social. Disponible *online* en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits\\_tematicos/linies\\_dactuacio/salut\\_i\\_qualitat/plans\\_directors\\_s\\_2008-2010/sociosanitari/que\\_es/documents/pd\\_socisanitari2\\_71006.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors_s_2008-2010/sociosanitari/que_es/documents/pd_socisanitari2_71006.pdf). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

CatSalut (2006). *Serveis Sociosanitaris. Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i la família*. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/temes\\_de\\_salut/ambit\\_socisanitari/documents/arxius/indicisociosan.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/ambit_socisanitari/documents/arxius/indicisociosan.pdf). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

CatSalut (ed.) (2003). *L'atenció sociosanitària a Catalunya. Vida als anys*. Generalitat de Catalunya: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible *online* en: [http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at\\_sociosanit\\_catalunya\\_2003.pdf](http://www.gencat.cat/salut/botss/pdf/at_sociosanit_catalunya_2003.pdf). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

CatSalut (ed.) (2009). *Indicadors de qualitat del sector sociosanitari. Qualitat percebuda i compra de serveis assistencials*. Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. Disponible *online* en: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis\\_atencio\\_salut/valoracio\\_serveis\\_atencio\\_salut/millora\\_qualitat\\_servei/documents/arxius/jm\\_argimon.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/millora_qualitat_servei/documents/arxius/jm_argimon.pdf). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

CatSalut:

*Memorias de actividad del CatSalut*  
[http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix\\_catsalut/informacion\\_memories\\_activitat/ma\\_anual\\_catsalut/](http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix_catsalut/informacion_memories_activitat/ma_anual_catsalut/)

*Pla d'enquestes de satisfacció (PLAENSA)*  
<http://catsalut.gencat.cat/plaensa>

*La veu de la ciutadania. Com la percepció de la ciutadania es vincula a la millora dels serveis sanitaris i el sistema de salut de Catalunya.*  
[http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis\\_atencio\\_salut/documents/arxius/veu\\_ciudadania\\_plaensa.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/documents/arxius/veu_ciudadania_plaensa.pdf)

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.

Cerro López P *et al.* ¿Qué opinan los pacientes de diálisis del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria sobre los servicios recibidos? Valoración de la calidad percibida. *NURE INV* (revista en internet) 2008; marzo - abril; 5(33).

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

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

Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFC). *Provant de seure a l'altra cadira. La perspectiva del client*. SCMFC: Barcelona, 1998.

Cuñado Barrio A, Rial Careijo C, Lanero González B, Moreno Escobar J, García López F. Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 1999; 11: 352-60.

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

De Leeuw ED. *Nuevas tecnologías en la recogida de datos, diseño de cuestionario y calidad de las encuestas*. Seminari Internacional d'Estadística a Euskadi. Instituto Vasco de Estadística - EUSTAT 2004. Disponible *online* en: [http://www.eustat.es/prod\\_serv/datos/Sem44.pdf](http://www.eustat.es/prod_serv/datos/Sem44.pdf) [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

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 Calid Asist*. 2002; 17(1): 22-9.

Díaz R. La calidad percibida en la sanidad pública. *Rev Calid Asist*. 2005; 20(1): 35-42.

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.

División de Atención al Ciudadano. *Projecte DO*. Documento interno. Servicio Catalán de la Salud: Barcelona, 2002.

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

Epelde, F. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calid Asist*. 2007; 22(4): 161-7.

Fajardo J, Casado C, Gutiérrez L, Paneque P, Calahorra J, Avilés B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencia. *Sevilla Emergencias* 2000; 12: 20-6.

Fernández-Llera G, Martín-López C, Rodríguez-García J, Echevarría C. Programas de rehabilitación en centros de mayores: situación actual y propuesta de actuación. *Sevilla, Rehabilitación (Madr)* 2012; 46(1): 49-54.

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

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

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

García MC, Ribera MV, Gómez A, Medel J, Márquez E, Buxó X, Candela A. Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectos de patología crónica del raquis. Barcelona. *Rev Soc Esp Dolor*. 2011; 18(4): 228-34.

Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al recent nascut*. Dirección General de Salud Pública: Barcelona, 2003.

Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. *Pla estratègic d'ordenació de Serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva*. Dirección General de Planificación y Evaluación: Barcelona, 2007.

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

González N, Quintana JM, Bilbao A, Estevan C, San Sebastián JA, Sierra E, Aizpuru F, Escobar A. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22 (3): 210-7. Disponible *online* en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n3/original5.pdf>. [Último acceso: 15 de enero de 2015.]

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

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

- Guest ML, Stamp GE. South Australian rural women's views of their pregnancy, birthing and postnatal care. *Rural and Remote Health* 2009; 9: 1101. Disponible online en: <http://www.rrh.org.au>.
- Guix Oliver J *et al.* Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 465-72.
- Guix J. "P<0,05, sí, pero...": la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2003; 18(1): 55-8.
- 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, Vrielink MR, Smets EMA. Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care* 2002; 14(6): 471-82.
- Hernández-Meca ME *et al.* Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivos de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2005; 8: 90-6.
- Hernández-Meca ME *et al.* Factores determinantes de la satisfacción del paciente en tratamiento renal sustitutivo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2007; 10: 6-13.
- Hernando Robles P, Lechuga Pérez FJ, Gumà JR, Martín-Florido C, Vivancos H, Carrau E, Bonastre M. Valoración de la satisfacción en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio: la utilidad del informe del usuario y los grupos de discusión. *Rev Calid Asist.* 2001; 16: 261-8.
- Hernando Robles P, Lechuga Pérez FJ, Ollé JM. La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 2003; 22 (85): 137-52.
- Hulka BS, Zyzansrey SJ. Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care.* 1982; 20: 649-53.
- Jäckle A, Roberts C, Lynn P. Assessing the effect of data collection mode on measurement. *ISER Working Paper* 2008; 08. University of Essex, Regne Unit. Disponible online en: <http://www.iser.essex.ac.uk/pubs/workpaps/pdf/2008-08.pdf>.
- Jäckle A, Roberts C, Lynn P. Telephone versus face to face interviewing: mode effects on data quality and likely causes. *ISER Working Paper* 2006; 41.
- Juran JM. *Juran y la planificación para la calidad*. Editorial Díaz de Santos: Madrid, 1990.
- Kingdon C, Neilson J, Singleton V, Gyte G, Hart A, Gabbay M *et al.* Choice and birth method: mixed-method study of caesarean delivery for maternal request. *BJOG* 2009; 116: 886-95.
- Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria en Cataluña. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm 1.324.
- López-Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias* 1999; 11: 184-90.
- López-Viñas ML, Guzmán-Sebastián R, Tirvió-Gran C, Busquets-Bou E, Manzanera-López R. Evaluación de la calidad de la asistencia en Cataluña. Modelo de acreditación. *Rev Calid Asist.* 2004; 19(3): 151-6. Disponible online en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/calidad-asistencial-256/evaluacion-calidad-asistencia-catalu%C3%B1a-modelo-acreditacion-13061955-monografico-2004> [Último acceso: 15 de enero de 2015].
- Lorenzo S *et al.* Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria. *Gac Sanit.* 2004; 18(6): 464-71.
- 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.
- Maderuelo JA, Haro AM, Pérez F, Cercas LJ, Valentín AB, Morán E. Satisfacción de las mujeres con el seguimiento del embarazo. Diferencias entre los dispositivos asistenciales. *Gac Sanit.* 2006; 20: 31-9.

- March JC, Prieto MA, Hernan M, Solas O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud. *Gac Sanit*. 1999; 13( 4): 213-9.
- Martín MC, Cabré J, Ruiz L, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdós P, Roca J, Saura RM. Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico. *Medicina Intensiva* 2008; 32(1): 23-32. Disponible *online* en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n1/especial.pdf>. [Último acceso: 15 de enero de 2015.]
- Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. *La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad*, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. L'Havana, Cuba. 2008. Disponible *online* en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]
- Montoya M *et al*. Variables asociadas a la satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009; 12(1): 19-25.
- Mira JJ, Aranaz JM. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin*. 2000 (Barc); 114(Supl 3): 26-33.
- Mira JJ, Buil JA, Aranaz JM, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E *et al*. ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gac Sanit*. 2000; 14: 291-3.
- 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, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, Aranaz J. Causas de satisfacción e insatisfacción en Urgencias. *Rev Calid Asist*. 2001; 16: 390-6.
- 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 Calid Asist*. 2002; 17(5): 273-83.
- Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tiradão S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calid Asist*. 2000; 15: 36-42.
- Mira JJ, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. Investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34(4): 161-9.
- Miró O. El usuario y su uso de las urgencias. The user and his use of emergency services and departments. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(3).
- Morgan D, Krueger R (eds.). *The Focus Group Kit*. London: Sage Publications; 1998.
- National Perinatal Epidemiology Unit. *Recorded delivery: a national survey of women's experience of maternity care 2006*. Oxford, NPEU; 2007.
- Newsome P, Wrigt G. A review of patient satisfaction: concepts of satisfaction. *British Dental Journal* 1999; 1986(4): 161-5.
- Palacios F, Merino M, Medina L, Zubidena M, Irigoyen V, Sánchez T. Diferencias en los costes y resultados de dos técnicas de encuesta: teléfono y correo. *Rev Calid Asist*. 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.
- Pages E, Iborra J, Jou N, Moranta P, Ramon S y Cuxart A. Prótesis total de rodilla. Valoración funcional y satisfacción personal del paciente a los cinco años. Sección Secuelas Osteoarticulares. *Rehabilitación (Madr)* 2001; 35(1): 3-8.
- Pérez Domínguez T *et al*. Satisfacción del paciente en una Unidad de diálisis: ¿Qué factores modulan la satisfacción del paciente en diálisis? *Enferm Nefrol*. 2012; 15(2): 101-7.
- Peters TJ, Waterman RH Jr. *En busca de la excelencia*. Ediciones Folio: Barcelona, 1984.
- Pujol Ribera E, Gené Badia J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarín Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J, Escaramis-Babiano G. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006; 20(3): 209-21.
- Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India –a scale to measure patient perceptions of quality-. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(6): 414-21.
- Rebull J, Castellà M, Pablo A, Vázquez R, Portoles M, Chanovas M R. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Calid Asist*. 2003; 18 (5): 286-90.

- Riba C, Cuxart A. Construyendo las bases para una comparación fiable: Encuesta Social Europea 2002 en España. *Revista Española de Ciencia Política* 2003; 8: 165-85. Disponible como Economics and Business Working Paper 790, UPF, en <http://www.econ.upf.edu/ca/recerca/paper.php?id=790>.
- Rijnders M, Baston H, Schonbeck Y, Van der Pal K, Prins M, Green J *et al.* Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* (Berkeley, Calif.) 2008; 35: 107-16.
- Riveros J, Berné CM. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Revista Médica de Chile* 2007; 135: 862-70.
- Ruggeri M, Greenfield TK. The Italian version of the service satisfaction scale (SSS-30) adapted for community-based psychiatric patients: Development, factor analysis and application. *Evaluation and Program Planning* 1995; Volume 18, Issue 2, April-June: 191-20.
- Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García-Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. *Rev Calid Asist.* 2011; 26 (02): 111-22.
- Ruyter K, Blomers J, Peeters P. Merging service quality and service satisfaction. An empirical test of an integrative model. *J Economic Psychol.* 1997; 18: 387-406.
- Sáinz A *et al.* Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad. *Rev Calid Asist.* 2002; 17(5): 284-91.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Rodríguez-Blázquez C, Atienza C, Velázquez R. Centro de Investigación en Minusvalías. Universidad de Cádiz. ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Revista Electrónica de Psiquiatría* 1998; 2(3) septiembre.
- Sarabia, FJ *et al.* *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas.* Colección Economía y Empresa. Ed. Pirámide: Madrid, 1999.
- Sartorius N, Sanz J, Pérez R. Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2006; 26(98): 289-301.
- Saturno PJ, Sánchez JA. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. *Rev Calid Asist.* 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. *La sanidad desde el otro lado.* 2002.
- Servicio Andaluz de la Salud. *Encuestas de satisfacción 2008.* Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Disponible *online* en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr\\_encuestasatsi sf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_encuestasatsi sf). [Último acceso: 15 de enero de 2015.]
- Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, Bisson D, Draycott T. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG* 2009; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02363.x
- Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11(4): 319-28.
- Steiner DL, Norman GR. *Health measurement scales. A practical guide to their development and use.* 2a ed. Oxford University Press: Gran Bretaña, 2001.
- Thompson A, Suñol R. Las expectativas como factores determinantes en la satisfacción de los pacientes: conceptos, teoría y pruebas. *Rev Calid Asist.* 1996; 1: 174-86.
- Torralba L, Manzanera R, López Viñas ML. *Acreditació de centres d'atenció hospitalària aguda a Catalunya.* Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2005.
- Torres Moraga E, Lastra Torres J. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Revista de Administração Pública* 2008; 42(4): 719-34.
- Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. Unidad de Urgencias. *Med Clin.* 2003; 120(18): 711-6.

Universitat Pompeu Fabra - CRES. *Dictamen relatiu a l'enquesta de satisfacció del CatSalut 2005, 2006, 2007, 2008 i 2009*. Documento interno. División de Atención al Ciudadano. Servicio Catalán de la Salud.

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.

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

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

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

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

Zamora Sánchez JJ, Blanco Rodríguez M. Indicadores de calidad en los centros sociosanitarios del grupo Capio Sanidad. *Gerokomos* 2007; 18(1): 24-9.  
Disponible *online* en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n1/24rincon.pdf>.  
[Último acceso: 15 de enero de 2015.]



