

Calidad asistencial: atención centrada en el paciente

María Jesús Moriano Béjar

PID_00237347

Tiempo de lectura y comprensión: **8 horas**



Índice

Introducción	5
1. La relación médico-paciente en el proceso clínico asistencial	7
1.1. Marco conceptual	7
1.2. Los clientes sanitarios	9
1.2.1. Información y comunicación sanitaria	11
1.2.2. Evolución del sistema sanitario español	12
1.2.3. Sujetos, contenidos y difusión de la información sanitaria	13
1.2.4. Calidad de la información y nuevas tecnologías	14
1.3. Aspectos legales éticos y deontológicos de la relación médico-paciente	20
1.4. El proceso de la relación médico-paciente	29
1.5. El consentimiento informado	38
1.6. Necesidades estructurales para la garantía de una relación médico-paciente de calidad	43
1.7. Evaluación de la relación médico-paciente	44
2. La comunicación en el proceso clínico asistencial	50
2.1. Habilidades de comunicación	52
2.2. Habilidades y herramientas para el trabajo en equipo	56
3. Los servicios de información y atención al paciente como unidades de apoyo para una atención centrada en el cliente	73
3.1. Origen y evolución de los servicios de información y atención al paciente	73
3.2. Los servicios de información y atención al paciente en la actualidad	79
3.2.1. Líneas estratégicas básicas en atención al usuario	79
3.2.2. Marco organizativo	80
3.2.3. Funciones y líneas de trabajo	80
3.3. Aportaciones de los servicios de información y atención al paciente	83
Resumen	97
Bibliografía	99
Anexo	101

Introducción

El objetivo principal de este módulo es incorporar la relación médico-paciente en el centro de la definición y evaluación de los procesos asistenciales de las organizaciones sanitarias y determinar qué elementos influyen en la calidad de esta desde diferentes perspectivas.

El módulo está dividido en tres apartados. El primero de ellos lo dedicamos a describir a los clientes sanitarios y la evolución de su relación con los prestadores de servicio. Para ello haremos una revisión de los distintos cambios sociales, políticos y tecnológicos que han influido significativamente en el surgir de una nueva y compleja relación médico-paciente, que se desarrolla en un marco legal, ético, deontológico y humano específico.

Definimos la información y la comunicación sanitaria como la base de la construcción de las nuevas expectativas de los pacientes y los profesionales, poniendo como modelo de estructura el sistema sanitario español, describiendo a los actores, los contenidos y los modos de difusión de la información, así como, el paradigma del usuario actual.

Revisamos los criterios de calidad de la información, poniendo ejemplos que están relacionados con el desarrollo de las nuevas tecnologías.

Una vez definida la relación médico-paciente y posicionada en el centro de los procesos asistenciales, pasaremos a determinar las necesidades estructurales básicas que garanticen una relación de calidad y los métodos de evaluación.

El segundo apartado, entendiendo que la comunicación es la base de una relación de calidad, lo dedicamos a las habilidades de comunicación y a las herramientas de trabajo en equipo que son necesarias para el mantenimiento de un hacer centrado en el cliente.

Para terminar el módulo dedicamos un tercer apartado a las direcciones y servicios de atención al paciente, cómo surgieron y se desarrollaron, y a hablar de la necesidad actual de una organización orientada al cliente, al ser un proceso de apoyo a la gestión de la calidad, ya sea esta asistencial o percibida.

1. La relación médico-paciente en el proceso clínico asistencial

1.1. Marco conceptual

En las últimas décadas, se han producido cambios sociales, culturales, económicos, científicos y tecnológicos que han influido significativamente en el sistema sanitario y han dado lugar a un nuevo escenario y modelo de relación de los ciudadanos con el sistema sanitario y los profesionales.

Los ciudadanos, en el ejercicio de sus derechos como contribuyentes del sistema, exigen cada vez más un servicio de calidad, capaz de dar respuesta a sus necesidades y expectativas.

En la actualidad nos encontramos ante un ciudadano, usuario o cliente cada vez más informado y, como consecuencia, más formado, que se muestra activo ante su salud y participativo en el proceso de diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Estos cambios exigen la adopción de estrategias dirigidas a establecer un enfoque de la atención sanitaria orientada al paciente, usuario o cliente (estos términos se utilizarán indistintamente en el texto); enfoque que hay que entender como un proceso que le facilite moverse por el circuito asistencial, dando respuesta a las demandas que pueda hacer, tanto de tipo asistencial como administrativo, orientado a mejorar el acceso al sistema sanitario y la calidad del servicio, basado en el respeto a sus derechos.

Esta orientación al cliente implica una definición de procesos asistenciales que han de cumplir dos objetivos: por un lado, que la evaluación y el tratamiento estén basados en la prueba científica, de forma que se garantice su efectividad; y, por otro, que satisfagan y den respuesta a las necesidades y demandas de los pacientes con garantías de seguridad, respetando sus derechos y sus valores.

El objetivo final de aplicar estas estrategias será, por lo tanto, ofrecer una atención de calidad, segura, eficaz, ágil y confortable, ajustada a las necesidades y expectativas de los usuarios.

El término calidad lo entendemos desde tres puntos de vista: el **científico-técnico**, el **interpersonal**, que implica satisfacción del ciudadano, y el de las **condiciones ambientales o de confort**, que acompañan el proceso de atención.

Desde estas perspectivas, la gestión de la calidad orientada al cliente la definimos como el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en el establecimiento de sus objetivos, la planificación de estos, su evaluación y la mejora continua.

En el proceso asistencial, el aspecto interpersonal es la base de la satisfacción del cliente, y esta es la razón por la que consideramos que la relación médico-paciente se ha de considerar el centro del proceso.

Las organizaciones sanitarias históricamente han situado al cliente, al igual que las empresas de servicio privadas, como un destinatario pasivo de los servicios o productos.

Los administradores de más alto rango, como expertos en salud, se consideran arriba de la jerarquía de la organización, mientras que el cliente figura en el vértice inferior. Las organizaciones orientadas al cliente sitúan a este en el centro de la actividad, entendiendo que es lo primordial en el momento de la planificación, la implantación y la evaluación de la prestación de servicio.

El cliente es el experto, conoce sus propias circunstancias y necesidades, por lo que sus preferencias son la guía para la planificación, como los aspectos relacionados con la accesibilidad a la toma de decisiones sobre las intervenciones en salud. Por otro lado, los prestadores de servicios poseen las habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al cliente a tomar decisiones informadas, garantizar su seguridad y mantener la calidad técnica de atención.

En las organizaciones se distinguen diferentes tipos de procesos:

- **Procesos estratégicos** que engloban actividades referentes a la planificación a medio y largo plazo, con el objetivo de planificar lo que se quiere conseguir y de qué manera.
- **Procesos de soporte** en los que se identifican actividades, que, si bien no son parte de la actividad principal de la organización, son necesarias e imprescindibles para la buena gestión y desarrollo de esta.
- **Procesos de medición**, que son los que dan información de cómo se están desarrollando el resto de los procesos.
- **Procesos asistenciales**, que es lo que se hace, lo que supone el producto o servicio.

La definición e interrelación de los diferentes procesos constituye el mapa de procesos en el cual, al inicio y al final de este, se encuentra el cliente.

El cliente se define como:

«Toda persona o empresa que busca la satisfacción de una necesidad, a través de la adquisición de un producto o servicio».

El cliente sanitario es el elemento más importante de nuestras organizaciones sanitarias; podemos añadir a la definición que es su razón de ser.

En la actualidad no se puede entender ninguna organización sin que no se tenga en cuenta y siempre a los clientes y sus necesidades; por lo tanto, el primer paso es identificar a los clientes.

1.2. Los clientes sanitarios

En el sector sanitario se habla, por un lado, de partes interesadas y, por otro, de lo que son clientes propiamente dicho.

El concepto de «partes interesadas» es muy amplio. Así, nos encontramos con que hay diferentes entes que tienen interés en que hagamos las cosas bien: los potenciales usuarios, los usuarios, las familias, los tutores, los allegados de los usuarios, los políticos, los proveedores y la sociedad en general.

Nos centramos en las personas que son usuarios reales, no potenciales, de los servicios sanitarios. Identificamos varios.

Está el **paciente**, que es el que recibe directamente el servicio y en el que aparentemente se debe centrar todo el esfuerzo, aunque esto no sea siempre la realidad.

El paciente es el cliente que más incide en los procesos y actividades, ya que recibe el servicio directamente y será, en función de los resultados que se obtengan al trabajar sobre y para él, el que haga cambiar e introducir mejoras en los procedimientos, procesos y actividades.

En numerosas ocasiones el paciente no accede a los servicios sanitarios solo. Le acompañan una serie de personas que englobamos en los términos de **familiares o allegados**, que constituyen el segundo tipo de clientes que nos podemos encontrar y que también influyen en la opinión que puedan tener posibles usuarios de nuestros servicios. Son «jueces» bastante exigentes respecto de las actuaciones que hagamos sobre «sus pacientes», y en muchas ocasiones las quejas o las felicitaciones de nuestro trabajo tienen como origen su opinión.

El familiar o allegado solicita un trato, una información, un confort, etc., necesidades que, sin ser exactamente las mismas, van en paralelo a las del paciente. Por lo tanto, también hemos de tenerlas en cuenta y enfocar las actuaciones y recursos para satisfacerlas.

Un nuevo tipo de cliente, totalmente involucrado en los procesos de algunas organizaciones, es el de **los profesionales**. La complejidad de las organizaciones y de la práctica clínica requiere un continuo intercambio de servicios, de forma que los pedidos o trabajos que realizar tienen su origen en los propios profesionales de la salud. Puede considerarse a los pacientes como «productos suministrados por el profesional» para obtener un resultado.

Este cliente también tiene sus requisitos, necesitará unos resultados claros, en unas condiciones que le permita interpretarlos, con un tiempo de respuesta adecuado, etc.

Otro tipo de clientes son los **organismos públicos y las compañías aseguradoras**, que también tienen sus requisitos y necesidades, y que han de ser integrados en los intereses de la organización.

Cada cliente exige unos requisitos, dado que sus intereses son diferentes según la naturaleza e implicación en los procesos de la organización sanitaria.

En la gestión por procesos, la comunicación bien gestionada es la clave del buen funcionamiento.

En cada proceso se requiere una estructura comunicativa propia que permita relaciones que satisfagan las necesidades y expectativas de las personas, grupos u organizaciones.

Es en el proceso asistencial donde la relación que los profesionales establecen con los usuarios adquiere mayor importancia, ya que este proceso es el que mayor impacto tiene en la satisfacción del usuario. Van a ser, por lo tanto, los profesionales que intervienen en el proceso asistencial los que tengan una responsabilidad responsabilidad, aunque no única, respecto a que los resultados en los usuarios sean positivos.

Por tal razón, la relación médico-paciente ha de contemplarse como la pieza fundamental en la gestión por procesos.

La comunicación, como proceso relacional entre el médico y el paciente se tiene que gestionar en los procesos y requiere la definición de unos criterios de calidad medibles.

Para desarrollar una relación capaz de producir satisfacción en los clientes-usuarios es necesario, además de identificar al cliente, conocer cuáles son sus necesidades y expectativas. Para acercarnos a este conocimiento, tenemos que partir de la base de que una gestión enfocada a realizar el trabajo correctamente dando cumplimiento a la evolución de las necesidades de los clientes debe contar con elementos que ayuden a «educar» a los clientes en relación

con los servicios que prestan las organizaciones sanitarias, ya que la mala utilización de los servicios puede ser, en algunas ocasiones, una de las causas de una gestión deficiente.

Por esta razón revisamos en el siguiente apartado los diferentes acontecimientos que han dado lugar al usuario actual, el desarrollo de las tecnologías de la comunicación, los sistemas sanitarios, la aparición de un usuario de la sanidad de derecho y activo teniendo en cuenta que las expectativas de servicio, y por lo tanto las decisiones, se adquieren a través de la información.

1.2.1. Información y comunicación sanitaria

Son múltiples las definiciones que se han aplicado a los términos de información y comunicación, y se ha deliberado extensamente sobre en qué se diferencia un término del otro. Sin detenernos en definiciones complejas, damos a la información el significado de datos, contenidos; y a la comunicación, el de diálogo. De modo que entendemos la información como algo que es estático, y la comunicación, como un proceso al que se aplica carácter de vínculo, de relación y de intercambio.

Tal categoría de estático respecto a la información hace que la entendamos como una comunicación sistemáticamente organizada. Cuando la comunicación se refiere a una actividad específica, adquiere unos contenidos especializados, por lo que podemos decir que la información sanitaria es una comunicación organizada con unos contenidos específicos de salud.

La información sanitaria es, por lo tanto, un proceso de realimentación en el que intervienen múltiples actores, que se desarrolla en una sociedad que se caracteriza por un creciente, casi vertiginoso, desarrollo tecnológico y científico, el cual va a tener consecuencias significativas en la forma de comunicar los diferentes actores de la información sanitaria, como veremos a continuación, y, por lo tanto, en la relación médico-paciente.

Ha sido el desarrollo tecnológico, político, económico y científico el que ha dado lugar a una sociedad en el siglo XXI a la que llamamos «La sociedad de la de la información», que se ha definido como:

«... sistema de comunicaciones accesible, económico, abierto y global que trasciende las fronteras políticas y culturales y configura crecientemente a la sociedad como una red que interconecta cada vez más con los hombres, ofreciendo procedimientos rápidos y baratos de diseminación y difusión de datos e información».

El desarrollo tecnológico (en concreto, Internet) ha provocado una revolución en el mundo de la información. Se caracteriza por ser fácil de usar, con acceso a contenidos, interactiva y de transmisión rápida.

Referencia bibliográfica

J. L. Carrascosa (2003). *De la sociedad de la información a la sociedad del conocimiento*. Arca S. A.

Esta sociedad de desarrollo también ha propiciado, en el mundo sanitario, innovadores sistemas de diagnóstico y prometedoras terapias que tienen como consecuencia un interés creciente por el cuidado global de la salud, de modo que la información sanitaria, elemento básico para la toma de decisiones, adquiere una gran importancia para que las personas se responsabilicen, sea cual sea su posición en la sociedad, de la elección de acciones o de comportamientos que tienen efecto sobre la salud.

Tomaremos la sociedad española como modelo de escenario en el que se desarrolla la información sanitaria con el objetivo de acercarnos al conocimiento de los usuarios que van a estar en el centro de la relación clínica.

Paralelo al desarrollo tecnológico, científico y económico, surge el desarrollo democrático en España, que se inició en los años setenta, continúa en la década de los ochenta, con planes y normativas dirigidas a la protección de los derechos de los ciudadanos, y que siguió los pasos de la evolución internacional. Lo resumimos a continuación.

1.2.2. Evolución del sistema sanitario español

Para hablar de la evolución del sistema de salud español, hay que referirse a dos etapas: antes y después de la Ley general de sanidad de 1986.

Antes de la Ley general de sanidad, coexistían dentro del sistema público múltiples redes asistenciales no coordinadas.

La función pública de Sanidad correspondía al Estado, a través de una red de hospitales dirigida a enfermedades de trascendencia social (antituberculosos).

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social dependía del Ministerio de Trabajo y disponía de su propia red de cuidados.

La asistencia de beneficencia dependía principalmente de las corporaciones locales, que, a su vez, habían desarrollado hospitales generales. De las corporaciones locales dependía igualmente la asistencia psiquiátrica.

Existían otras redes asistenciales cuya responsabilidad estaba distribuida entre diferentes departamentos del Gobierno (Sanidad Militar, Hospitales Universitarios, Sanidad Penitenciaria).

Antes de la Constitución (1978) ya se había creado el INSALUD, para la gestión de la asistencia sanitaria. No obstante, no es hasta la aprobación del texto constitucional cuando se empieza a plantear de forma realista el desarrollo de la reforma sanitaria.

La Ley general de sanidad (1986) establece un cambio fundamental: transforma un sistema de seguridad social en un modelo de sistema nacional de salud (SNS), en el que se integran las redes asistenciales existentes y cuyo eje son las comunidades autónomas.

Este SNS tiene unos principios inspiradores: salud como concepto integral, salud para todos como base de solidaridad, participación comunitaria y los derechos de los usuarios.

La gestión en la asistencia sanitaria se transfirió a las comunidades autónomas (CC. AA.), en diferentes fechas, comenzando por Cataluña (1981) y finalizando el proceso en 2002, con la transferencia completa a la CC. AA.

Es en la Ley 14/1986 General de sanidad donde se incluye, entre las actuaciones que desarrollar de manera centralizada, las relativas al establecimiento de sistemas de información sanitaria, la realización de estadísticas de interés general supracomunitario, la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria, y se establecen medios e instrumentos de relación para la información y comunicación entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas.

1.2.3. Sujetos, contenidos y difusión de la información sanitaria

Los actores de la información sanitaria son múltiples: Gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.

Por lo tanto, la información sanitaria está dirigida a diferentes colectivos y con fines concretos:

- **Autoridades sanitarias:** en este caso, la información pretende favorecer la toma de decisiones y el desarrollo de las políticas sanitarias.
- **Profesionales:** esta información tiene el objetivo de mejorar los conocimientos y aptitudes clínicas.
- **Ciudadanos:** información sobre los derechos y deberes, riesgos para la salud que faciliten la toma de decisiones y vías de participación.

Sin restar importancia a la información asistencial dirigida a las autoridades sanitarias y a los profesionales, así como a la influencia de esta en los ciudadanos, nos vamos a centrar en este último colectivo.

Descrita ya la organización sanitaria y los sujetos que intervienen en la información, que son múltiples, se deduce una estructura comunicativa compleja, que se corresponde con un modelo organizacional jerárquico, de múltiples subsistemas especializados de carácter autónomo.

Este modelo de estructura supone un gran esfuerzo en tareas de coordinación y control. Es la accesibilidad a la información, que hoy en día permite la tecnología, la que posibilita su ejecución. Sin embargo, la accesibilidad a la información no es el único elemento que tener en cuenta para que la información, en concreto la información sanitaria, cumpla el fin para el que se genera, que es poner a disposición de los usuarios datos y contenidos que permitan la toma de decisiones responsable; también nos lleva a la reflexión sobre la calidad de la información y su influencia en el proceso que hemos definido anteriormente de «educar» a los clientes.

El desarrollo del conocimiento y la disponibilidad de un sistema de información de las características de Internet favorecen que el usuario acuda a distintas fuentes de información.

La información sanitaria ya no está solo en las manos de las instituciones responsables de los programas de prevención, cuyo objetivo es procurar al usuario la información dirigida a la prevención de la salud, la modificación o el mantenimiento de hábitos de vida saludables; ni de las organizaciones encargadas del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, de los cuidados para una vida de calidad en enfermos crónicos y del tratamiento y cuidados paliativos en la fase terminal. La información sanitaria está en el entorno del usuario, en los medios de comunicación, en publicaciones científicas o no, políticos, administradores, asociaciones de enfermos, asociaciones de profesionales, etc.

De esta forma, podemos decir que las fuentes de información del usuario son muy variadas, y eso nos lleva a plantearnos si la información que reciben es una información de calidad que permite una relación médico-paciente dirigida a la toma de decisiones adecuadas.

1.2.4. Calidad de la información y nuevas tecnologías

El término de calidad de información sanitaria hace referencia a una información adecuada, eficaz y que se desarrolla en un contexto ético.

- El término **adecuada** hace referencia a una información veraz, relevante y con suficiente definición de los contextos en los que debe aplicarse.
- La **eficacia en la información sanitaria** consiste en conseguir que esta sea de utilidad para la toma de decisiones de los usuarios de la información en materia de salud y está relacionada con el rigor científico de los datos.

- El término **ético** hace referencia a la credibilidad y privacidad de la información.

La calidad de la información, como un proceso de comunicación eficaz, está determinada por tres elementos: accesibilidad, saturación y comunicación espontánea:

- La **accesibilidad** es un elemento que repercute directamente en la satisfacción del usuario de la información: mayor accesibilidad, mayor satisfacción.
- La **saturación** en la información no produce un gran efecto en la satisfacción, pero sí en la eficacia, ya que a mayor saturación de información, menor eficacia. La saturación puede referirse al exceso de canales, a los que hay que prestar atención o al exceso de mensajes que tienen que procesarse.
- La **comunicación espontánea** surge de los grupos de personas y está condicionada a la información de las organizaciones, ya que se da cuando esta se ha interiorizado. Por ejemplo: un informador podrá dar información sobre el procedimiento de reclamaciones y sugerencias si anteriormente ya ha recibido esa información desde la organización. Un usuario informará sobre el efecto del tabaco en el organismo si anteriormente ha recibido información de los profesionales o autoridades sanitarias.

En un sistema de las características descritas anteriormente, con una estructura compleja en la que intervienen múltiples actores y que enmarcamos en una sociedad en un continuo desarrollo tecnológico y científico, el logro de una información sanitaria eficaz, es decir, que sea de utilidad para la toma de decisiones acordes con las necesidades de salud de los individuos, requiere una acción coordinada de todos los actores de salud implicados: Gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones benéficas, autoridades locales, la industria y los medios de comunicación.

Las nuevas tecnologías proporcionan el autoconsumo de información sobre salud. Esta situación entraña peligros potenciales, que están relacionados con la eficacia que analizábamos anteriormente y prueba la alta responsabilidad que tienen los profesionales de la salud, las administraciones y gestores de las instituciones y empresas de comunicación en la información de salud.

En la actualidad, por lo tanto, las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) han incrementado la accesibilidad de los usuarios a las fuentes de información en general, dado el progresivo aumento de los equipamientos en los hogares como indica la encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares de 2015 del Instituto Nacional de Estadística¹.

⁽¹⁾ Disponible en la página http://www.ine.es/dyngs/INE-base/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.

Internet se ha convertido en una fuente de información sanitaria importante, ya que es fácil de usar, con acceso a contenidos, interactiva y que tiene una transmisión rápida.

No todos los usuarios del sistema sanitario son a la vez usuarios de Internet, pero el número de sujetos que acceden a este medio de comunicación aumenta progresivamente.

Ogilvy Healthworld y Google España realizaron un trabajo sobre los usuarios de información sanitaria en Internet (2007), en el que señalan que se registraron en Europa más de sesenta millones de usuarios de información sanitaria en Internet. El 71% de los usuarios de Internet buscan información de salud, y el 85% de los pacientes utiliza Internet como fuente de información sobre su enfermedad.

Según la investigación, los temas de salud que más demandan las personas son hábitos de vida saludables (92%), síntomas específicos (87%) y entendimiento del diagnóstico y tratamiento (87%).

Señalábamos la complejidad de la estructura comunicativa de un sistema como el español, con diecisiete servicios de salud autonómicos, que dispone de una gran variedad de recursos informativos.

Los sitios web institucionales son una fuente importante de información. En este sentido, las administraciones y organizaciones sanitarias tienen una gran responsabilidad a la hora de emitir mensajes veraces y acordes con el desarrollo científico que permitan tomar decisiones responsables.

La pregunta que nos planteábamos es si estos recursos garantizan una información sanitaria de calidad: clara, coherente, creíble, comprensible y que reúna los aspectos deontológicos y éticos adecuados.

En este estudio, realizado en el año 2003, se observan diferencias considerables en las webs de las diferentes comunidades autónomas de España que pueden apreciarse en la siguiente tabla.

La calidad de la información sanitaria en Internet: resultados de las 17 administraciones autonómicas españolas

	Credi- bilidad	Contenido	Enlaces	Diseño	Interac- tividad	Aspectos deonto- lógicos	Accesi- bilidad	Total
Andalucía	52	45	28	10	9	3	6	153
Aragón	40	48	21	15	15	0	0	139
Asturias	31	39	28	13	0	0	0	111
Baleares	52	54	19	15	9	18	4	171
Canarias	34	28	13	10	6	0	6	97

	Credi- bilidad	Contenido	Enlaces	Diseño	Interac- tividad	Aspectos deonto- lógicos	Accesi- bilidad	Total
Cantabria	46	48	19	10	9	0	6	138
Castilla-La Mancha	51	50	23	12	3	9	4	152
Castilla y León	58	38	21	12	3	0	4	136
Cataluña	46	50	33	10	9	3	6	157
Comunidad Valenciana	37	57	23	13	9	9	6	154
Extremadura	43	9	9	3	0	0	0	64
Galicia	34	6	10	7	3	0	0	60
La Rioja	34	45	12	10	6	0	0	107
Madrid	57	49	34	6	0	0	6	152
Murcia	57	46	15	10	6	0	6	140
Navarra	37	36	29	13	6	0	6	127
País Vasco	52	48	21	15	9	0	4	149

Todos los sistemas de salud del Estado español disponen de páginas web, pero existen discrepancias en la calidad de la información en este medio (contenido, credibilidad, enlaces, interactividad, diseño, aspectos deontológico, accesibilidad).

Para dar respuesta a esta pregunta, hacemos referencia al estudio titulado «La calidad de la información sanitaria en Internet: análisis comparativo en la administración autonómica española», realizado por Roqué y Montcusi².

⁽²⁾Se puede acceder en la página <http://www.carloshaya.net/xjornadas/comunicaciones/cc25.r>.

En cuanto a la calidad del contenido de la información en cada uno de los servicios de salud, se puede decir que es adecuada. No se han limitado a facilitar información institucional, sino que el usuario puede acceder también a contenidos de gestión y salud, tanto de prevención como de manejo de enfermedades.

Es la interactividad el punto más débil de las páginas, de modo que el usuario dispone de información, pero no puede formular preguntas y aclarar dudas. Sin embargo, la mayoría de las páginas son interactivas para algunos procesos administrativos, y todas para la formulación de reclamaciones y sugerencias.

Este ejemplo, sin olvidar que en la actualidad ha mejorado, nos muestra que realmente hay diferencias en cuanto a la información que cada uno de los servicios de salud ofrece al usuario. Nos hace recordar que la información sa-

nitaria dirigida a los usuarios debe ser **clara, veraz, coherente y centrada en el usuario**, para que este acceda de forma adecuada a los servicios de salud y pueda tomar decisiones adaptadas a sus necesidades.

En este mismo contexto hacemos referencia a la revisión bibliográfica de M. Carmen Conesa Fuentes y Enrique Aguinaga Ontoso que presenta una selección de estudios, códigos de conducta y sistemas de certificación relacionados con la evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria³.

⁽³⁾Está disponible en <http://bid.ub.edu/23/pdf/conesa2.pdf>.

En la actualidad, la red informática permite que el usuario acceda a información y pueda formular preguntas y emitir opiniones sobre su salud o enfermedad.

Esta oportunidad es lo que ha dado lugar a un «usuario experto» pero vulnerable, al fenómeno de saturación al que nos referíamos anteriormente, que, en un sistema tan jerarquizado, puede intervenir en la eficacia de la información sanitaria: tener conocimiento para cuidarse o tomar decisiones en cuanto a las distintas alternativas de tratamiento propuestas por el médico asistencial.

Internet pone al servicio de los usuarios información asistencial, y lo más importante, la información, provenga de la Red o no, es una aliada, tanto para el paciente como para los profesionales. Un paciente informado es un paciente implicado y, por lo tanto, activo en su proceso de salud o enfermedad.

El uso de Internet es motivo de estudio de los profesionales que tratan de conocer cómo se modifica el modelo de comunicación, qué ventajas y qué inconvenientes se pueden encontrar con el nuevo llamado **e-paciente**.

Internet no reemplaza al profesional sanitario ni mina su autoridad, sino que cambia el tipo de relación, aumentando la participación del paciente; produce cambios en la forma de pensar y en los comportamientos de salud, principalmente en los menores de cuarenta y cinco años.

A los facultativos parece que lo que más les preocupa es el exceso de ruido y los problemas en la fiabilidad y en la seguridad de las fuentes, y en parte han infravalorado la capacidad de los pacientes para acceder y utilizar a los recursos en línea; mientras que los pacientes afirman que ellos, o alguien que conocen, se han beneficiado de algún consejo conseguido en línea.

La realidad es que el *e-paciente* está ahí fuera, implicado, informado y motivado. Y lo más importante de todo: espera que le acompañen los profesionales.

En la actualidad son muchos los profesionales que han incorporado a sus servicios sistemas de información y comunicación con los pacientes. Y esta actitud va creciendo progresivamente, de modo que el uso de las redes llegará a cambiar el propio sistema sanitario.

El paciente de hoy está informado sobre su enfermedad, sobre las opciones de tratamiento y acerca de los centros pioneros en tecnología y tratamientos referentes a su enfermedad. Y, más aún, contactan con otros pacientes, comparten experiencias y se ayudan entre sí. Sabemos que los pacientes bien informados se implican más en sus cuidados, adquieren habilidades y participan de una manera más activa en la toma de decisiones.

No queremos terminar este apartado dedicado a la calidad de la información y nuevas tecnologías sin mencionar que el futuro de la sanidad está en el **big data** que surge como respuesta a la necesidad de las organizaciones de disponer de nuevas herramientas capaces de procesar, de forma eficiente, un gran volumen de datos de diversa tipología procedentes de fuentes muy heterogéneas.

El **big data** en el campo de la salud es de suma importancia, ya que facilita la recogida, el análisis y la utilización de datos para la toma de decisiones médicas que afectan a millones de pacientes y a los sistemas de salud. En relación con estos últimos destacamos que contribuiría a garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública en países como España, que se están enfrentando a un gran aumento de costes sanitarios derivados del envejecimiento de la población.

Las aplicaciones de **big data** en el sector salud y sanitario son numerosas y van en aumento, pero en particular podemos citar las siguientes:

- La investigación genómica y la secuenciación del genoma.
- Operativa clínica.
- Autoayuda y colaboración ciudadana.
- Mejora en la atención personalizada al paciente.
- Monitorización remota de pacientes.
- Medicina personalizada para todos.
- Autopsias virtuales.
- Seguimiento de pacientes crónicos.
- Mejoras en los procesos médicos.

Nos cuestionamos el impacto del **big data** en la relación de los profesionales sanitarios y los pacientes porque permite recoger datos procedentes de sensores instalados en dispositivos móviles y devolver información a los usuarios sobre su estado de salud, además de un intercambio rápido y seguro de información entre pacientes y registros médicos, de forma que el personal sanitario puede disponer de información en tiempo real sobre el estado de salud de los pacientes.

De aquí surge la cuestión de si realmente estamos preparados técnica y profesionalmente para procesar millones de datos, para usar las aplicaciones, mantener una relación centrada en la persona, que sea humana, y garantizar la privacidad de los pacientes.

Todas estas cuestiones se resolverán en un futuro muy inmediato, ya que la velocidad de las nuevas tecnologías es vertiginosa.

La constante preocupación de los profesionales por la calidad de la información en Internet los ha llevado a publicar códigos de conducta como el HON, para los sitios web de salud y medicina.

Entendiendo la información asistencial como un proceso relacional de las características que hemos señalado, se hace imprescindible el conocimiento de habilidades de comunicación, que en el mundo sanitario se han valorado como una competencia inferior y cuyo déficit se hace notar en la actualidad al tener que afrontar relaciones que son, como hemos descrito, complejas, y a las que se añade la puesta al día de habilidades específicas para el uso de las nuevas tecnologías.

Esta preocupación ha llevado a los profesionales a la elaboración de códigos de conducta como el HON Código de Conducta / HONcode para sitios web de salud y medicina. Los usuarios también son conscientes de tal riesgo. Ejemplo de ello es el Foro Europeo de Pacientes, que representa a más de ciento cincuenta millones de pacientes en toda la Unión Europea, que demanda una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, en tres áreas fundamentales. Una de ellas hace referencia a la información:

- **Acceso equitativo** y a tiempo de recibir un diagnóstico sin riesgos y efectivo, así como los tratamientos y el apoyo pertinente.
- **Mejor información y recursos** para que los pacientes puedan ser partícipes de la hora de determinar su asistencia.
- Asegurar que Bruselas y toda la Unión Europea se hagan eco de **la voz de los pacientes**.

1.3. Aspectos legales éticos y deontológicos de la relación médico-paciente

Comentábamos anteriormente que el proceso de comunicación entre los profesionales y los usuarios es un proceso relacional complejo, orientado a la toma de decisiones sobre las actuaciones en materia de salud. Pero no debemos olvidar que este proceso ha de desarrollarse en el marco del derecho.

El desarrollo industrial, político, económico y social de los últimos cuarenta años ha dado lugar a una sociedad en la que el usuario es un individuo de derecho en un mundo desarrollado. Por tal razón dedicamos este apartado a las normativas que avalan el derecho a la información sanitaria, ya sea asistencial o no asistencial.

Enmarcábamos la información sanitaria en una sociedad desarrollada en la que el usuario es un individuo «experto». Pero, en paralelo al desarrollo tecnológico, científico y económico, surge, en una sociedad democrática, el desarrollo de normativas dirigidas a proteger a los ciudadanos.

En España, la evolución democrática iniciada en los años setenta continúa en la década de los ochenta, con planes y normativas dirigidas a la protección de los derechos de los ciudadanos, y también de los usuarios de la sanidad. Se siguen los pasos del desarrollo internacional que resumimos a continuación:

- Plan de humanización de la asistencia del extinguido INSALUD. En 1983 definió una serie de puntos orientados a la protección de los derechos a la asistencia, participación e información de los usuarios de la sanidad española. En este mismo plan se hace mención a la implantación de los servicios de atención al paciente, con unas funciones concretas que veremos en el apartado dedicado a las funciones de los servicios de atención al usuario en materia de información y comunicación.
- Ley 14/1986, General de sanidad, de 25 de abril: el texto legal que hace referencia al derecho a la información de los usuarios de la sanidad.
- Convenio de Oviedo sobre los derechos del hombre y la biomedicina de 1997, vigente en España desde enero de 2000: sirve para establecer un marco común para dotar de una protección armonizada a los derechos y la dignidad de las personas en la aplicación de la biología y la medicina; destaca el derecho a la información, el consentimiento informado y la confidencialidad de la información relativa a la salud de las personas.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: es el referente normativo del Estado español en este ámbito.
- Leyes en temas de salud de las diferentes comunidades autónomas: incluyen en su articulado numerosas referencias a los derechos de los pacientes, en los que se recogen aspectos relativos a la información sanitaria.

No vamos a describir todos los articulados de las múltiples normas estatales y autonómicas que han sido determinantes para dar a la información sanitaria el valor que se le ha concedido en la actualidad. Nos centramos en la Ley 41/2002, por ser el referente en España.

Esta ley establece al derecho de información sanitaria asistencial y no asistencial. Define responsables, titulares del derecho, circunstancias en las que se tienen que aplicar, las excepciones y su aplicabilidad en el campo de la investigación. Regula el consentimiento informado y contempla la renuncia del paciente a recibir la información.

La Ley 41/2002 hace referencia al **derecho de información** sanitaria. Es el derecho a la información asistencial. Señala (artículo 4) que:

«los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre ella, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias».

En cuanto a cómo debe ser esta información, dice que la **información clínica** que forma parte de todas las actuaciones asistenciales:

«será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad».

Define quién es el responsable de la información al señalar que:

«el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle».

También indica (art. 5) quién es el titular del derecho a la información asistencial:

«El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas con él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita».

Se menciona en qué circunstancias será informado el paciente y a quiénes en el caso de incapacidad:

«El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal». «Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho».

La ley señala los **límites del derecho** a la información sanitaria (art. 4 y 5):

«El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho».

La ley recoge el derecho a la **información no asistencial** (art. 6):

«Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la ley».

Como señalábamos en el apartado anterior, la autonomía de las personas es un requisito indispensable en un mundo democrático en el que la información es requisito para la toma de decisiones individuales.

El **derecho de autonomía** es la base sobre la cual los usuarios toman decisiones libres en relación con su salud.

El proceso de comunicación, como proceso de relación profesional y usuario para la toma de decisiones, implica tener en cuenta el principio de autonomía que esta ley regula en su capítulo IV, artículo 8, denominado **consentimiento informado**. En el punto 1, señala:

«Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso».

En los puntos 2 y 3 describe cómo ha de ser este consentimiento informado:

«Será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente».

«El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos».

La ley contempla los casos de **investigación** en el punto 4 de este mismo artículo:

«Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud».

Tal consentimiento informado puede revocarse, basado en el principio de autonomía. La ley recoge esta circunstancia en el punto 5 del mismo artículo:

«El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento».

Manteniendo el principio de autonomía y la consideración de que la información se refiere a un proceso en el que el usuario está en una condición peculiar, que es su enfermedad, la ley, en su artículo 9, señala los **límites de la información**; es decir, los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, cuyas peculiaridades son:

«La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso.

Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de veinticuatro horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

«3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente».

«La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario».

La ley no deja a un lado las condiciones básicas en las que el proceso de información asistencial se tiene que desarrollar. Dedicó el artículo 10 a estas **condiciones de la información y del consentimiento** por escrito:

«El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

El médico responsable deberá ponderar en cada caso que, cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente».

Tomamos como ejemplo de guía del consentimiento informado elaborada por la Comunidad de Castilla y León⁴.

⁽⁴⁾ Disponible en la página <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guia-consentimiento-informado>.

Esta guía es útil para las instituciones y los profesionales sanitarios en la elaboración de los documentos de consentimiento informado.

El derecho a la información asistencial (y, en concreto, el consentimiento informado) se argumenta desde el punto de vista normativo, deontológico y ético, e incluye un modelo para la elaboración de los documentos de consentimiento informado.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de **información y documentación clínica**, en su artículo 11 hace referencia a las instrucciones previas definiéndolas en el apartado 1 como un documento en el que:

«una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos de este. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas».

En cuanto a cómo se ha de regular este derecho en el apartado 2 señala que:

«Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito».

En el apartado 3 se contempla en qué condiciones no se aplicarán las **instrucciones previas**:

«No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la "lex artis", ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones».

Las instrucciones previas, como cualquier consentimiento informado, podrán ser revocadas. Lo señala en el apartado 4 del artículo 11:

«Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito».

Dadas las características que mencionábamos anteriormente sobre el sistema sanitario español, el articulado recoge en el apartado 5 la función del Ministerio de Sanidad y de Políticas Sociales como garante de la aplicación de este derecho:

«Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el registro nacional de instrucciones previas, que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud».

Cada comunidad autónoma ha elaborado guías orientativas para los usuarios y profesionales. De nuevo tomamos como ejemplo la editada por la Comunidad Autónoma de Castilla y León⁵.

⁽⁵⁾ Documentos disponibles en www.saludcastillayleon.es/es.

En estas guías se argumenta desde el punto de vista normativo el derecho a las instrucciones previas y se propone un modelo de los documentos.

Tales documentos pueden ser útiles para orientar al usuario, pero tenemos que resaltar que las instrucciones previas son un consentimiento informado que se da previo a la situación de enfermedad. Como cualquier acto de comunicación en el que el usuario toma decisiones, se tiene que enmarcar en un proceso de comunicación interpersonal. No solo es la firma de un documento ante notario. Al menos esta es nuestra opinión.

La Ley 41/2002 recoge el derecho a la información no asistencial en el artículo 12 dedicado a la Información en el Sistema Nacional de Salud.

En el apartado 1 señala que:

«los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos».

Para ello en el apartado 2 se define la **forma de emitir esta información en los servicios de salud** diciendo que:

«dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones».

En cuanto a quiénes regulan este derecho, en el apartado 3 de este mismo artículo señala:

«Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo».

En este capítulo IV, la Ley 41/2002 trata de garantizar el derecho a **la información en la toma de decisiones y de la libre elección de médico**, para la cual:

«los usuarios y pacientes del Sistema Nacional de Salud, tanto en la atención primaria como en la especializada, tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes».

En esta misma ley, capítulo V, se define la historia clínica, su archivo, los contenidos, finalidad, sus usos, requisitos y personas que pueden acceder a la información asistencial; las comunidades autónomas son las encargadas de la regulación, de su conservación y de su custodia. Se señala que:

«son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal».

En el artículo 18 se hace referencia a los derechos de acceso a la historia clínica del paciente:

«1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

4. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual solo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros».

Las normativas, aunque lentamente, van adaptándose para dar este rol activo de los pacientes como es el caso del Real decreto (RD) 1090/2015, del 4 de diciembre, por el que se regulan los **ensayos clínicos con medicamentos**, los comités de ética de la investigación y el Registro Español de Estudios Clínicos,

que establece que los pacientes tienen voz en los comités de ética de los hospitales en los que se van hacer los ensayos como señala en el artículo 15 sobre la composición de los comités de ética de la investigación con medicamentos.

«1. El CEIM estará constituido por un mínimo de diez miembros, al menos uno de los cuales será un miembro lego, ajeno a la investigación biomédica o a la asistencia clínica, que representará los intereses de los pacientes, y son un miembro más de estos».

Dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Es una interacción entre personas que tiene su origen en el quehacer clínico y constituye el núcleo fundamental del proceso asistencial.

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Sin embargo, hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que es uno de los nexos más antiguos que han existido entre la filosofía y la medicina. Es, por lo tanto, una relación en la que está presente el conocimiento médico, su conducta profesional guiada por una serie de valores y reglas éticas y deontológicas, y el paciente, su experiencia de enfermedad, sus valores y sus creencias.

Así pues, podríamos resumir que el médico debe ser consciente de que su relación profesional interpersonal se debe caracterizar por:

- El respeto que inspira su investidura técnica; es una profesión de alto prestigio social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en prestación de un servicio de gran significación humana, como es promover o reestablecer la salud.
- Disposición a la relación de ayuda, sin aspiración de reciprocidad.
- Un planteamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores.

La calidad de la atención médica tiene como eje central la comunicación humana. Si la comunicación en la relación médico-paciente (RMP) es deficiente, la posibilidad de conflictos es muy alta, sobre todo en los países donde prima la medicina defensiva (empleo de procedimientos diagnósticos-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica. Tancredi 1978), caracterizada por la desconfianza entre médicos y pacientes. Por un lado, los médicos ejercen de forma muy cautelosa la profesión, y para cubrirse las espal-

das abusan de la interconsulta y de las investigaciones diagnósticas pensando que así están más protegidos de las demandas de los abogados; por su parte, el paciente busca aprovecharse de los errores del médico para obtener recursos económicos, a veces a costa de poner en riesgo su propia salud. Por otro lado, entre esta marea se desplaza la comunicación médico-paciente actual en el mundo capitalista que puede tornarse perversa, generadora de desconfianza y eleva los costos de atención en estos países, donde el temor y el juicio por mala praxis, fomentado por los abogados al acecho, tecnifica aún más la RMP y la encarece, a veces con solicitudes de investigaciones exageradas y repetitivas, acompañadas de conductas médicas irracionales que ponen en crisis la comunicación en la RMP.

Se ha demostrado en distintos análisis de demandas por mala praxis que en la mayoría de los casos no responden a un mal desempeño técnico profesional, sino a una falla en el proceso comunicacional durante la RMP no satisfecha, por una mala comunicación humana. Está comenzando a ser necesario que los médicos se formen en habilidades suficientes para comunicarse con el paciente.

La RMP se desarrolla en un contexto en el que una persona reclama al profesional sanitario para que le cure o le ayude en su enfermedad. Teniendo en cuenta que la salud es el primer valor del ser humano, podríamos decir que el profesional sanitario forma parte de la vida de las personas y que esta es una relación natural cuya construcción es la base de un buen servicio de salud. Por lo tanto, haremos una descripción teórica del proceso de comunicación humana.

1.4. El proceso de la relación médico-paciente

Para entender el proceso de relación médico-paciente, hemos tomado como referente teórico el estudio de la comunicación humana de Paul Watzlawick, por entender que es el más explicativo en el contexto de las instituciones sanitarias.

Por comunicación humana se entiende un complejo proceso en el que los individuos interactúan entre sí mediante símbolos que representan información, ideas, actitudes y emociones con el fin de influirse mutuamente.

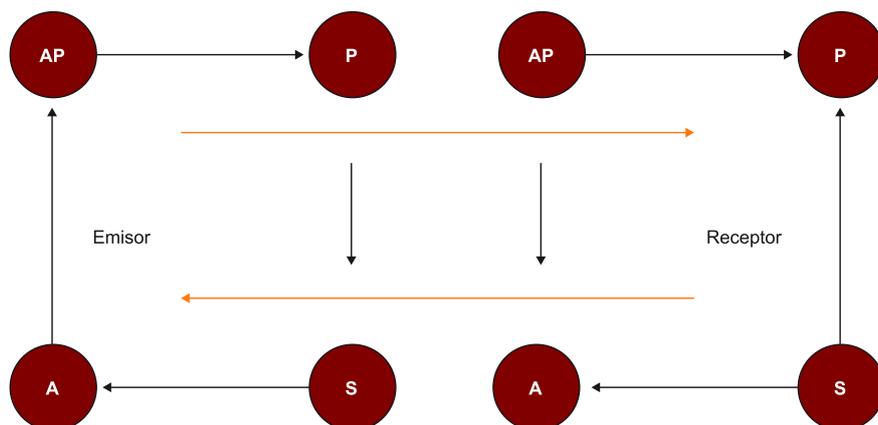
Este proceso es complejo, ya que influyen en él las percepciones, los pensamientos, los sentimientos, las emociones y las acciones del emisor y receptor al mismo tiempo.

Paul Watzlawick describe cinco axiomas básicos en el proceso de comunicación humana, que recordamos a continuación:

- **Es imposible no comunicarse**, por lo que todo comportamiento es una forma de comunicación. Dado que no existe el no comportamiento, tampoco existe la no comunicación.
- **Toda comunicación tiene aspectos de contenido y de relación**, de forma que la relación es la que clasifica el contenido. Es decir, que la comunicación, además del significado de las palabras, da información sobre cómo quiere ser entendido y cómo va a entender quien recibe el mensaje, de tal manera que el último clasifica al primero. Por lo tanto, es una metacomunicación: esto significa que toda comunicación tiene, además del significado de las palabras, más información sobre cómo el que habla quiere ser entendido y que le entiendan, así como de qué modo la persona receptora va a entender el mensaje, y además cómo el emisor ve su relación con el receptor de la información. La comunicación humana no puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad (o ampliación o modulación) del intercambio.
- **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes**. La puntuación de la secuencia de hechos apunta a la idea de que las personas interpretan lo que ocurre, básicamente ordenando los hechos en secuencias coherentes, pero necesariamente arbitrarias, porque expresan una perspectiva personal. La puntuación de la secuencia tiene vital importancia, pues de ella depende que las interacciones se produzcan sobre las bases de una realidad compartida, facilitando el acuerdo.
- **Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente**. El lenguaje digital (por ejemplo, el lenguaje verbal) cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico (dibujo, fotografía...) posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de las relaciones.
- **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios**, dependiendo de si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios (es decir, tienden a igualar su conducta recíproca) o si está basada en intercambios aditivos, esto es, donde uno y otro se complementan (así se produce un acoplamiento recíproco de la relación).

En el proceso de comunicación intervienen múltiples factores entre los que se encuentran la percepción, el pensamiento, los sentimientos, las emociones y las acciones de cada uno de los sujetos que intervienen en el proceso, ya sean personas o grupos.

Esta interacción la representamos en el siguiente esquema:



Hemos definido la comunicación humana como un complejo proceso en el que intervienen múltiples factores, por lo que a la relación entre los profesionales médicos y los pacientes se le aplican las mismas características. Nos encontramos, por lo tanto, con aspectos que corresponden a los sujetos y al entorno.

Tradicionalmente, la comunicación se ha situado en un segundo plano, ya que la salud y el bienestar eran lo importante, sin tener en cuenta la opinión que el paciente pudiera tener respecto a las actuaciones médicas y de cuidados.

Se buscaba el beneficio del paciente. El profesional sanitario establecía una relación de poder tomando decisiones que él consideraba que eran las mejores para el paciente.

En la actualidad, el objetivo de la relación va más allá del conocimiento del diagnóstico por parte del paciente; consiste en que el paciente disponga de elementos de información que le permitan ser consciente de su estado y ejercer su máximo grado de autonomía.

Este cambio en la relación se ha tratado desde diferentes disciplinas (filosofía, ética, deontología, psicología...).

Siguiendo a Diego Gracia, la relación sanitaria es aquella que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada y un profesional sanitario.

Esta relación ha evolucionado: ha pasado de una relación enfermo-médico que el autor denomina REM, a una relación usuario-sanitario, que denomina RUS, en la que el médico no es el único sanitario y donde no quien consulta no es necesariamente un enfermo.

Hemos pasado de un modelo de relación basado en el paternalismo a un modelo basado en la autonomía del paciente, definido en la Ley 41/2002, a la que hacíamos referencia al hablar de la información como un derecho.

Una relación basada en el paternalismo implica que el profesional sanitario tiene el conocimiento y toma las decisiones que él considera que son las mejores en materia de salud con los individuos, de forma que estos aceptan las decisiones.

El cambio de relación de los profesionales con los usuarios se ha producido como consecuencia de múltiples cambios sociales, políticos y económicos que han dado lugar a un usuario que ya hemos denominado experto.

Estos acontecimientos en España podríamos resumirlos en los siguientes apartados:

- Ley general de sanidad (1986) que marca una característica fundamental: cobertura sanitaria universal y gratuita.
- Construcción de diecisiete servicios regionales de salud.
- Reforma de la atención primaria, como puerta de acceso al sistema y como impulsora de los programas de prevención, promoción de la salud y educación sanitaria.
- Construcción de hospitales en el ámbito comarcal, que acercan los servicios especializados al ciudadano.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Leyes autonómicas como La ley 8/2003, de 8 de abril, sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud (en la Comunidad de Castilla y León).
- Aparición de un patrón crónico de enfermedad asociado a aumento de esperanza de vida.
- Aumento de enfermedades crónicas y comorbilidades (oncológica, geriatría, salud mental).
- Enfermedades asociadas al estilo de vida: tabaquismo, accidentes de tráfico...
- Aparición de movimientos migratorios.

- Mayor especialización del conocimiento e introducción de nuevas tecnologías.

Con estos acontecimientos, los derechos se asocian al usuario o consumidor; estos son exigentes con los servicios que reciben.

Se distinguen tres modelos de relación:

- **Relación vertical de estructura «monárquica» o paternalista.** En este modelo, el profesional sanitario tiene el conocimiento y, actuando con los principios de beneficencia (fundamento del juramento hipocrático, que consiste en orientar el ejercicio de la medicina a buscar el bien del paciente) y no maleficencia (no dañar, es decir, abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño), toma las decisiones en materia de salud y el enfermo obedece.
Esta concepción paternalista de la medicina entiende que es el sanitario quien ha de determinar lo que es bueno para el paciente.
- **Relación vertical de estructura «oligárquica» o paternalista.** Este modelo implica que no es un solo profesional el que interviene en el problema de salud, sino múltiples, pero el sanitario continúa siendo quien toma las decisiones.
- **Relación horizontal de estructura «democrática».** Esta relación está basada en el principio de autonomía, por lo que se supone que el profesional tiene el conocimiento, informa al usuario, y entonces este decide sobre las alternativas que el sanitario le ofrece.

Este último modelo es el que se está imponiendo en la actualidad, de acuerdo con los cambios mencionados anteriormente. Así pues, la relación es más compleja y requiere mayor conocimiento por parte de los profesionales y una especial habilidad para transmitirlos.

En este sentido nos parece relevante destacar que actualmente la mayoría de los usuarios de la sanidad son personas mayores en situación de cronicidad, lo que hace más complejo establecer una relación satisfactoria. Esta situación ha llevado a reflexionar sobre la relación médico-paciente a distintos autores, entre los que se encuentra Ronald Heifetz. La propuesta teórica de Heifetz parte de una distinción conceptual entre dos tipos de situaciones, que denomina «problemas técnicos» y que constituyen motivos de desequilibrio personal o social. Sus causas son bien conocidas y para ellas existen soluciones conocidas y aplicadas muchas veces, que requieren un trabajo técnico que puede ser realizado por expertos ajenos al problema en sí. Los denomina «desafíos adaptativos» que constituyen motivos de desequilibrio personal o social cuyas causas

son poco conocidas o no conocidas (para las que no existen soluciones conocidas) y ante las que no es factible buscar algún «experto» ajeno al problema en sí capaz de realizar algún trabajo técnico.

Un ejemplo de un «problema técnico» sería una fractura de un hueso. Este problema ha sucedido muchas veces en el pasado. Se puede diagnosticar con gran precisión, a través de radiografías y otros exámenes. Hay soluciones aplicadas que un experto puede aplicar en cada caso específico.

Un ejemplo de un «desafío adaptativo» es el de una alteración cardíaca en un paciente de setenta años fumador, con sobrepeso, que vive solo, con ingresos económicos bajos... No se cuenta con ningún repertorio de posibles «soluciones» o «respuestas fáciles». Y no existe un «experto» a quien poder recurrir para que lo cure.

Frente a los desafíos adaptativos, Heifetz plantea que el equilibrio personal y/o social solo se logra a través de lo que denomina «trabajo adaptativo». Lo describe como el aprendizaje para abordar los conflictos entre los valores de las personas o para reducir la brecha entre los valores postulados y la realidad que se enfrenta. El trabajo adaptativo requiere un cambio de valores, creencias o conductas. La exposición y orquestación del conflicto (de las contradicciones internas) en los individuos y en los grupos potencian la movilización de las personas para que aprendan nuevos modos de actuar.

El nuevo paradigma que propone Heifetz invita a quien tiene autoridad, como es el caso del médico, a resistir la tentación de «dar respuestas fáciles» y a actuar bajo la premisa de que, al contrario, las respuestas están en las personas. El gran desafío es, por lo tanto, rechazar las respuestas fáciles, reducir la dependencia y estimular la libertad responsable.

La calidad de la relación médico-paciente es consecuencia de un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos que se dan en los encuentros entre los profesionales sanitarios y usuarios. Además están desarrollados en el marco legislativo.

La información, ya sea oral o escrita, base de la relación médico-paciente, tiene como requisito que las personas que la reciban sean capaces de comprender las circunstancias que están en juego y las consecuencias de sus decisiones, y que esa capacidad permita tomar decisiones responsables y acordes con su propio sistema de valores.

Con tal propósito, los contenidos mínimos de la información asistencial podemos decir que son los siguientes: objetivos o finalidad de la información, naturaleza, riesgos derivados de la intervención y los individuales; consecuencias, informaciones terapéuticas, alternativas posibles a la intervención propuesta y explicación del motivo por el que se propone una opción y no otra.

Además del contenido, en el proceso relacional, el profesional sanitario ha de evaluar el nivel de información que tiene que aportar al usuario. Depende de varios factores.

Uno de los factores que determina el nivel de información es la **capacidad de decisión del paciente**. El profesional sanitario tiene que evaluar la capacidad del paciente y tener en cuenta los casos en los que, en alguna medida, la tenga disminuida (menor, mayor con discapacidad, enfermo mental o una situación de urgencia). En estos casos, la información hace referencia a un hecho puntual en el que los representantes legales o allegados obran de acuerdo con la información médica para causar el mayor beneficio para la persona enferma, que no tiene la capacidad de recibir la información y de tomar decisiones.

Otro de los factores determinantes en cuanto al nivel de información es el deseo de información del paciente, que incluso puede ser el deseo de no información, que se regula como derecho a la **no información o derecho a la ignorancia**. Es una excepción al consentimiento informado.

La **necesidad de tratamiento y del nivel del riesgo** que este conlleve y los posibles efectos que la misma información pueda tener en el paciente también son elementos evaluables para el nivel de información.

Evaluar el nivel de información que permite al paciente la toma de decisiones es uno de los elementos básicos en la relación. Más información de la que el usuario requiere para la toma de decisiones no es garantía de que la decisión sea autónoma y responsable.

Independientemente del nivel que requiera la información en un caso concreto, y siguiendo con la idea de que la información es necesaria para la toma de decisiones responsables, la información no está limitada a la cantidad, sino también a la calidad, como señalábamos anteriormente:

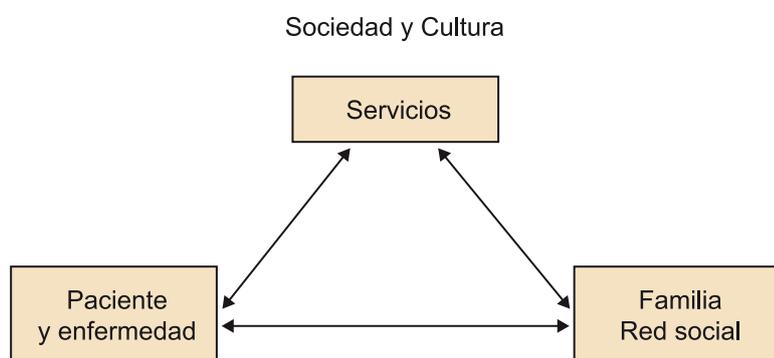
La información ha de ser veraz, comprensible e inteligible, adecuada y adaptada a cada persona, ampliando o reduciendo el contenido en cuanto a lo que esta desee saber; verbal y personalizada.

Hemos presentado la relación médico-paciente como un proceso que se desarrolla entre el profesional sanitario y la persona que reclama el servicio de salud, que está desarrollado en el marco legislativo y que es la base para la consecución de una prestación de servicio de calidad. Pero ya hemos mencionado en párrafos anteriores que la tecnología de la información (y, en concreto, Internet) ha puesto a disposición de los usuarios información asistencial. Así, el

paciente, a veces, conoce más de lo que el profesional supone e incluso puede disponer de información que no es adecuada o que no se puede aplicar a su caso particular.

Mencionábamos que el cliente no solo es el paciente, por lo que no es el único que interviene en la relación sanitaria. Eso nos lleva a tratar la enfermedad desde el punto de vista psicosocial, para entender la complejidad de la relación y poder intervenir de forma que la decisión sea informada, autónoma, y para que la atención se corresponda con las expectativas de los usuarios.

Los elementos que se han de tener en cuenta para evaluar el impacto que produce la enfermedad en el individuo son:



La enfermedad produce múltiples cambios en las personas desde la perspectiva psicosocial. En la relación clínica y en los procesos de información hay que tener en cuenta los cambios en la vida particular y social, así como el impacto emocional de la enfermedad.

En la figura, se representa la posición en la relación de cada uno de los aspectos que se deben tener en cuenta en el proceso de comunicación con el usuario: servicios sanitarios, paciente y características de la enfermedad; y la familia y la red social del enfermo. A continuación, se describen algunas de las variables psicosociales que han de tenerse en cuenta en la información.

En cuanto al paciente, la familia y la red social, que aparezca una enfermedad implica cambios que afectan a la estructura, los procesos y la respuesta emocional de la familia y la red social.

En la estructura familiar, los cambios fundamentales se dan en los roles y funciones que cada uno de los miembros desarrollan. Inicialmente se produce una negociación del rol de cuidador de la persona enferma. Esta negociación se produce de modo implícito o explícito. Cada persona relacionada con el paciente se posiciona. De esta negociación surge la figura del **cuidador principal o primario**, si la estructura lo permite. Esta figura va a acompañar al paciente, en especial en culturas como la española, en la que el peso de la enfermedad acompaña a la familia y a la red social.

La persona que asume el rol de cuidador principal es aquella que acompaña a lo largo de todo el proceso al enfermo. Por lo tanto, está implicado en las decisiones que toma de acuerdo con la información sanitaria que recibe.

El cuidador principal, en el sistema de cuidados que actualmente desarrollamos, se distingue desde el punto de vista psicosocial, por la falta de reconocimiento y el agotamiento, pues vive el impacto de la enfermedad como el paciente, aunque sin padecer la enfermedad.

Otro de los elementos alterados en la estructura es el generado por la **sobreprotección**, que es causa de coalición con algunos miembros y exclusión de otros. Así, unos dejan de hacer lo que pueden hacer, mientras que otros dejan de recibir lo que entienden que les corresponde recibir.

Finalmente, en cuanto a la estructura, se generan **patrones rígidos de comportamiento**, no solo en cuanto a la relación con la persona enferma, sino también con el sistema sanitario, que en general emite mensajes culpabilizantes, negativos e inútiles.

Por otro lado, la enfermedad produce **aislamiento social**. Requiere una atención que hace que los enfermos y sus cuidadores no puedan dedicarle un tiempo a las relaciones sociales. Además, en general, la enfermedad, sobre todo si es grave, produce un rechazo. Y la negativa a las ofertas sociales hace que estas disminuyan.

Entre las alteraciones que se producen en el proceso familiar se cuentan las relacionadas con el impacto de la enfermedad en el ciclo evolutivo de la persona enferma y la familia, así como los cambios según la evolución de la enfermedad.

En general, se produce una **congelación o ruptura del ciclo familiar**. De este modo, nos encontramos con familias que siguen con comportamientos infantiles, aunque el enfermo ya sea adulto, o bien otras que de nuevo vuelven a concentrarse en el núcleo familiar, aunque ya hubieran iniciado la independencia.

En cuanto a los **cambios según la evolución de la enfermedad**, hemos de tener en cuenta sus fases. El proceso de información asistencial varía de acuerdo con el momento de la enfermedad. Distinguimos tres fases: **aguda**, **crónica** y **terminal**. Las variables de la enfermedad en cuanto al comienzo son aguda y progresiva. El curso, constante, por recaídas, progresivo; el resultado, indeterminado, fatal, no fatal. Hemos de contemplar el grado y el tipo de incapacitación. También se incluye los fenómenos específicos ligados a ciertas enfermedades.

A estas alteraciones hay que añadir las de índole emocional en el paciente y en la familia. En referencia a la persona enferma, podemos hablar de: incredulidad, *shock*, negación, desplazamiento, miedo, ansiedad, violencia y culpabilidad. Relacionadas con la familia y, en concreto, en el cuidador principal, nos referimos a: protección, rabia, duelo anticipado, culpa, miedo, ansiedad...

La relación entre el médico y el paciente es compleja e intensa, ya que se basa en el deseo de sanar, en la mutua dependencia del saber y en el compromiso con el proceso terapéutico.

En la práctica, el clínico se ve obligado a establecer una relación adaptada a las características del paciente y de sus allegados, y en especial a la situación clínica en la que se desarrolle.

Las referencias literarias que versan sobre la relación médico-paciente son múltiples. Ha de ser el médico quien adopte el modelo que más se ajuste a las necesidades de los pacientes. Por poner algún ejemplo, nos encontramos con manuales para aprender a dar malas noticias como el de Marcos Gómez Sancho y otros, que pueden llegar a parecernos sorprendentes, pero no por esto menos eficaces. Hay algunos que hacen referencia al uso del humor en la relación asistencial, como es el de Jorge L. Tizón. Se basa en la espontaneidad y está sujeto a cierto control afectivo y cognitivo mediante un encuadre asistencial adecuado.

1.5. El consentimiento informado

Como se ha señalado anteriormente, el proceso asistencial hace referencia a lo que hacemos; supone un producto o servicio final. Y la información es siempre parte del proceso.

Los procesos asistenciales son los que tienen mayor impacto en la satisfacción de los usuarios. La información, por lo tanto, es parte del proceso y estará condicionada a los clientes que intervienen en ellos. Hablamos, por lo tanto, de información para la toma de decisiones responsables de los distintos clientes: pacientes, familiares, profesionales, servicios, gestores, administradores.

En el proceso asistencial, el interés del profesional por dar información no está limitado a los casos en los que exista gravedad del proceso de enfermedad o la complejidad de la técnica, aunque en estos casos sea mayor. Es decir, la información debe realizarse en cualquier proceso, aunque este pueda ser considerado poco invasivo o simple.

Desde el punto de vista normativo, hay procesos en los que la información y la decisión del paciente o sus representantes tiene que constar por escrito. Nos referimos al consentimiento informado (CI), al cual le vamos a dedicar las siguientes líneas.

El CI es un proceso de **encuentro y diálogo** entre el profesional y el paciente que comienza cuando el sanitario entra en contacto con el enfermo y que finaliza cuando se le da el alta definitiva. En este contexto, los formularios escritos son un instrumento para la transmisión de la información al paciente, sirven como punto de partida para el diálogo y como registro de que se realizó el proceso de consentimiento, pero nunca sustitutos del profesional en el proceso de información y relación.

Existe una normativa que hay que cumplir basada en la autonomía del paciente y el derecho a la decisión sobre las alternativas al tratamiento, unas recomendaciones de diferentes grupos de expertos que han elaborado guías sobre el contenido de los consentimientos informados escritos. Pero lo esencial del proceso es la relación médico-paciente, como venimos argumentando en este módulo. Desde la perspectiva de estar en consonancia con la normativa, el consentimiento informado lo define cada hospital, cada servicio, cada profesional. Y se ha de esforzar en la adecuación entre la ley y la realidad de su entorno, siendo respetuosas con ambas.

Las organizaciones sanitarias tendrán en cuenta que los profesionales conozcan la necesidad del consentimiento informado oral y escrito como un proceso en la relación sanitaria de calidad. Pondrán a disposición de los profesionales todos los CI de las diferentes prácticas sanitarias, que contemplen cada uno de los apartados consensuados con las sociedades científicas, profesionales. Han de estar validados por los comités de ética asistencial.

El CI está condicionado a las necesidades de cuidados de los pacientes. No es lo mismo en una urgencia que en un proceso no urgente o en atención primaria. Salvo estas excepciones, el CI se debe realizar en todo momento.

Distinguimos también el CI escrito, que debe plantearse previo al acto y con las actitudes descritas en la definición.

El profesional que solicita el CI ha de ser el que va a llevar a cabo el tratamiento o la intervención en el caso del CI escrito y todos los profesionales que realizan alguna práctica, aunque no sea de las incluidas en el CI escrito.

Los contenidos del CI están recogidos en las diferentes guías de consentimiento informado. Ponemos como ejemplo la guía de la Comunidad de Castilla y León, en cuya elaboración ha participado el Comité Asistencial de Ética de Salamanca⁶.

⁽⁶⁾ Disponible en <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guia-consentimiento-informado>.

El CI consta de una parte de información, que será específica para cada procedimiento, diagnóstico o terapéutico, y otra con datos identificativos, declaraciones y firmas. El contenido mínimo que exige la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica es el siguiente:

Contenidos del consentimiento informado escrito

Datos identificativos:

- Identificación del centro, servicio o establecimiento.
- Identificación del profesional informante.
- Identificación del paciente y, en su caso, del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho que ejerce la representación.
- Identificación del procedimiento.

Datos de información clínica:

- Naturaleza y descripción del procedimiento.
- Finalidad. Objetivos propuestos y beneficios esperados.
- Alternativas existentes.
- Consecuencias relevantes o de importancia que deriven con seguridad de su realización y de su no realización.
- Riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Riesgos típicos, probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia, o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Contraindicaciones. Referencia a circunstancias que, pudiendo sobrevenir antes de realizar el procedimiento propuesto, sean motivo de su contraindicación.

Declaraciones y firmas:

- Declaración de quien presta el consentimiento conforme ha comprendido adecuadamente la información.
- Declaración de que se conoce que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin expresión de la causa de revocación.
- Declaración de haber recibido una copia del documento.
- Consentimiento prestado por el paciente o, en su caso, por su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho.

Lugar y fecha

En cuanto a **quién debe firmar o consentir**, tenemos que hacer referencia a que aparecerán la firma del profesional y de la persona que presta el consentimiento, ya sea el paciente, el tutor o el representante en casos de urgencia.

El consentimiento informado debe contemplar determinadas situaciones: menores, adultos incapacitados, enfermos mentales, urgencias. Estos casos hacen referencia a las excepciones del consentimiento informado.

El CI tiene como requisito que las personas que lo otorgan sean capaces de comprender las circunstancias que están en juego y las consecuencias de sus decisiones. La persona con esa potestad puede tomar decisiones acordes con su propio sistema de valores. Por lo tanto, hay que distinguir dos tipos de capacidad: la de obrar de derecho y la de obrar de hecho.

En todos los casos en que la persona tenga reducida su capacidad, en alguna medida, hay que tener en cuenta estas circunstancias: menor, mayor con discapacidad, enfermo mental o una situación de urgencia.

1) Menores

En este caso, son los padres o tutores los que ejercen el derecho a la autonomía y autogobierno de la persona.

Hay que tener en cuenta que el menor es un sujeto en desarrollo y que el grado de autonomía y de capacidad para tomar decisiones dependerá del grado de desarrollo. Por tal razón, el sanitario debe reconocer y responder de forma singular en estos casos.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la norma hace una clara distinción entre el menor y el adulto. Establece una mayoría de edad, pero el sanitario ha de evaluar la capacidad del menor para tomar decisiones responsables, la comprensión de la información y la voluntariedad.

La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, hace referencia a que el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de un modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar a su representante legal (artículo 5.2). Y en el artículo 9.3, que se ocupa del consentimiento informado por representación, se señala que, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante del menor después de haber escuchado su opinión, si tiene doce años cumplidos. También hace referencia a los menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos. En estos casos, no cabe prestar el consentimiento informado por representación, aunque en los casos de alto riesgo los padres serán informados y su opinión se tendrá en cuenta a la hora de tomar decisiones.

2) Enfermos mentales

De nuevo hay que tener en cuenta la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, que hace referencia a que el enfermo será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar a su representante legal (artículo 5.2).

En este grupo de personas hay que tener en cuenta fundamentalmente la aplicación de las escalas de competencia que no deben ser tan restrictivas, que incluya a personas suficientemente competentes ni tan permisivas como para dejar que determinadas personas tomen decisiones que puedan ser perjudiciales para sí mismas.

3) Adultos incapacitados

Como en los apartados anteriores, la incapacidad supone una medición de la capacidad cognitiva de toma de decisiones.

Los tutores ya sean personas o instituciones han de tener en cuenta que hay que informar de acuerdo con las capacidades del individuo.

4) Urgencias

Esta es una situación muy especial, sobre todo en casos en los que los valores morales entran en conflicto, como es el caso de los testigos de Jehová (rechazo de transfusión de sangre).

Aquí, por encima del principio de autonomía, descrito en la Ley 41/2002, está el valor «vida». El principio de beneficencia y no maleficencia, descrito en el código deontológico médico.

En estos casos, la información hace referencia a un hecho puntual en el que los representantes legales o allegados obran de acuerdo con la información médica para causar el mayor beneficio para la persona enferma, que no tiene la capacidad de recibir la información y de tomar decisiones.

En este apartado tenemos que incluir otro supuesto que es el **derecho a la no información** o el **derecho a la ignorancia** que sería otra excepción al CI. En la Ley 41/2002 está recogido en el artículo 4.1 (primera excepción) y en el 19 (segunda) sobre los derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Podemos concluir este apartado en que la información asistencial requiere un proceso relacional enfocado y argumentado en la Ley 41/2002 a una toma de decisiones autónoma y responsable.

1.6. Necesidades estructurales para la garantía de una relación médico-paciente de calidad

Señalábamos que en el proceso asistencial la relación clínica es la de mayor impacto en la satisfacción de los usuarios. Y la hemos definido como un proceso que se desarrolla entre el profesional sanitario y la persona que reclama el servicio de salud, que está explicado en el marco legislativo y que es la base para la consecución de una prestación de servicio de calidad.

También hemos considerado que la calidad de la relación médico-paciente es consecuencia de un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos que se dan en los encuentros entre los profesionales y los clientes.

Para que la relación médico-paciente se desarrolle de forma adecuada hay que tener en cuenta una serie de necesidades estructurales que podríamos resumir como sigue:

- **Accesibilidad.** Diseñar y/o implantar los procesos organizativos que permitan y faciliten la relación clínica, como es la asignación de un médico responsable del proceso asistencial, o de los procesos asistenciales, de fácil identificación y disponible que será el responsable principal, sin eximir al resto de los médicos de su deber de mantener una relación adecuada cuando intervengan con el paciente.
- **Privacidad.** Diseñar y/o implantar mecanismos que garanticen la privacidad de la relación. Disponer de lugares que garanticen la privacidad es complicado dadas las características de las organizaciones sanitarias, como es el hecho de tener habitaciones compartidas en los hospitales o locales de consulta comunicados entre sí.
- **Ética y deontología.** Dotar a los profesionales de los conocimientos éticos, deontológicos y legales que intervienen en la relación clínica, mediante programas de formación específicos.
- **Rigor científico.** Implantar programas de formación continua de los profesionales médicos que garanticen un conocimiento adaptado a la evidencia científica, de modo que generen relaciones de confianza entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso asistencial.
- **Nuevas expectativas.** Diseñar y/o implantar modelos de evaluación de las nuevas expectativas de los usuarios para que la relación clínica pueda adaptarse a estas y producir el nivel de satisfacción requerido.

1.7. Evaluación de la relación médico-paciente

No podríamos estar argumentando la relación médico-paciente como centro del proceso asistencial si no contáramos con elementos de evaluación que nos indiquen su calidad.

La calidad relacional está influida por aspectos científicos-técnicos, pero se basa fundamentalmente en aspectos que tienen que ver con el trato humano y el respeto, la actitud del médico ante las preguntas del paciente, cortesía, confort en general, interés por ampliar la información, comunicación efectiva, tiempo dedicado a la atención, participación del paciente.

Nos hemos preocupado por el tipo de clientes que tenemos y por conocer sus requisitos; por lo tanto, también debemos conocer cuál es la opinión que tienen de los servicios que reciben. Asimismo, hemos hecho referencia a que el cliente evoluciona. Podemos quedarnos obsoletos en cuanto a sus requerimientos si no escuchamos sus voces, sus expectativas. Por esta razón hemos de tener sistemas que nos den información sobre lo que los clientes opinan de nosotros, si están satisfechos o no.

En cuanto a la satisfacción, hay discrepancias sobre si la calidad de servicio es un antecedente o un consecuente de ella. Algunos autores se plantean que es la satisfacción la causante de una percepción de calidad de servicio, como es el caso de Schommer y Wiederholt; en cambio, otros autores consideran que es la calidad de servicio lo que influye sobre la satisfacción que se experimenta, como son Cronin y Taylor entre otros.

Autores como Martínez-Tur, Peiró y Ramos consideran que la calidad de servicio percibida es tanto un antecedente como un consecuente de la satisfacción. Definen la satisfacción del usuario como una evaluación posconsumo y/o postuso que es el resultado de procesos psicosociales de carácter cognitivo y afectivo. La calidad de servicio la contemplan como la evaluación actitudinal hacia este; es decir, si dicho servicio cumple con los fines que tiene encomendados, asociándolos a propiedades placenteras para la persona y que influyen en la satisfacción experimentada por el usuario.

Se puede afirmar que hay diferentes modelos de satisfacción:

- **Modelo de la confirmación de expectativas**, que contempla la satisfacción como el resultado de la diferencia entre los estándares de comparación previos de los consumidores y la percepción del rendimiento del servicio, de modo que un usuario está insatisfecho cuando el rendimiento es menor del esperado: discrepancia negativa. Este modelo implica que el usuario tiende a asimilar la realidad que observa y a ajustarla a sus estándares de comparación buscando el equilibrio, de modo que los sujetos tienden a percibir la realidad de forma similar a sus estándares. Pero en este modelo también se incluye una base actitudinal, de forma que, cuando

el servicio es nuevo, si es del agrado del usuario, independientemente de si se confirman o no sus expectativas, aparecen muestras de satisfacción. No hay que dejar a un lado otros aspectos como la experiencia previa, el nivel de implicación y el elemento tangible. Además de la confirmación de expectativas, hay otros dos acercamientos cognitivos en el estudio de la satisfacción: la teoría de la equidad y de la atribución causal.

- **Teoría de la equidad**, que considera que la satisfacción depende de la comparación costes-beneficios que hacen los clientes cuando llevan a cabo una transacción.
- **Teoría de la atribución causal**, que se centra en que los clientes atribuyen causas a los errores y virtudes de los servicios y bienes de consumo. La realización de estas atribuciones producirá una mayor o menor satisfacción. No es lo mismo que un cliente piense que un error se debe a un fallo suyo que a una equivocación de la organización. Con estas teorías se ha ampliado el campo, ya que se contempla a la persona no solo como un procesador de información, sino que se incluye el factor afectivo; es decir, un ser que busca y experimenta emociones.
- **Teoría de los dos factores de Herzberg**, aplicada a la satisfacción del cliente, que postula que las causas de la satisfacción y el descontento pueden no tener el mismo origen, de forma que algunos de los factores componentes de la calidad de servicio pueden no ser críticos para generar satisfacción, pero sí pueden producir insatisfacción si no se manejan bien. De este modo, se distinguen factores aumentadores, que son los que conducen a la satisfacción del cliente, aunque un fracaso en el manejo de ellos pudiera no generar necesariamente insatisfacción, y los factores higiénicos, que son aquellos que, al estar ausentes, generan insatisfacción, pero que, al estar presentes y al ser bien manejados no provocan satisfacción alguna en los clientes. Un ejemplo sería la puntualidad en el servicio: es algo que el usuario espera, pero que no genera sentimientos positivos hacia la gestión de la organización; sin embargo, no ser puntual generará insatisfacción. La buena gestión de los factores higiénicos provoca una base sobre la que se construye la satisfacción, pero han de darse los factores aumentadores, que son los que finalmente definen el nivel de satisfacción.

En la evaluación de la relación médico-paciente disponemos de dos tipos de información muy diferentes. Por un lado, está la información de satisfacción; por otro, la de insatisfacción. El primero de los dos tipos es el conocido y amparado comúnmente por una herramienta concreta, aunque no es la única: las encuestas de satisfacción. Mientras que el segundo es lo que se conoce como «quejas y reclamaciones».

En la siguiente tabla mostramos algunas de las características y diferencias entre estos dos tipos de información:

Satisfacción	Insatisfacción
Información sobre cómo el cliente percibe nuestro trabajo	La percepción normalmente es siempre mala
Suelen hacerse con carácter de muestra	Suelen ser concretas sobre una actividad
Preguntamos lo que nos interesa saber	No pedimos la información, se nos da
Generalmente, no identifican la prestación de un servicio puntual	Identifican de manera puntual la actuación
Pueden darnos información de procesos completos	Dan información de una actuación en un momento determinado
Valoran globalidades	No valoran nada por sí solas
La manipulación de la información es muy fácil	La información suele ser más objetiva
Dan actuaciones generalmente preventivas o mejoras	Las actuaciones que seguir son correctivas
El cliente no requiere contestación	El cliente exige una solución

Como podemos observar existen diferencias entre ambas herramientas. Así pues, hay que tenerlas en cuenta en la medición de la calidad de la relación médico-paciente.

Que una organización tenga más o menos reclamaciones no es, a priori, un signo de que es mejor o peor, o que genera más o menos satisfacción.

Así pues, presentar un número elevado de reclamaciones tampoco supone que su funcionamiento es peor que el de otras. Hemos de considerar también que en ocasiones ponemos, de forma consciente o inconsciente, barreras a este tipo de información. Y en lo referente a la relación clínica, el usuario evita el uso del sistema de reclamaciones mientras se está desarrollando el proceso asistencial, muchas veces condicionado por la ausencia de alternativas.

Disponer de recursos para medir la satisfacción, así como para tramitar y gestionar reclamaciones, exige recursos monetarios. Debe buscarse una rentabilidad, como en cualquier otro proceso.

A continuación veremos en qué consisten ambos procesos.

1) Proceso de satisfacción

Este proceso tiene como objetivo conocer la percepción de la organización por parte de los clientes. Lo primero que debemos tener claro es sobre qué información debemos preguntar, qué nos interesa saber. Por ejemplo, una encuesta en donde preguntamos sobre aquellos aspectos en los que sabemos que somos los mejores, no nos aportará mucha información para mejorar.

En segundo lugar, la información que nos interesa es diferente en función del cliente al que le vayamos a preguntar:

- El **paciente** se interesa por la amabilidad, el confort, los procesos asistenciales directos, la comida, etc.
- El **familiar**, por la información, el trato, las comodidades y las deferencias, etc.
- El **médico**, por la fiabilidad de los resultados, el informe, el volante que se debe usar, la rapidez, etc.

Por tal razón, una herramienta tan utilizada como las encuestas no siempre es la más eficaz.

También hay que evaluar el método utilizado, ya que, si no resulta agradable para los clientes, la información que se recopile no será fiable.

Existe una gran variedad de métodos: encuestas, entrevistas, grupos, reuniones, etc.

Cada técnica puede y debe modificarse y ajustarse a las necesidades de la evaluación. Por ejemplo, la entrevista puede ser grupal, individual, grabada, filmada o escrita.

Los clientes no tienen por qué percibir del mismo modo los datos que obtenemos basados en mediciones objetivas de los procesos y las actividades. Podemos tener un dato objetivo de calidad de la relación médica, como disponer de un lugar que permite la intimidad, señalizado y de fácil acceso. Nosotros le podemos otorgar un valor «x», positivo. Pero puede que le preguntemos al usuario valorarlo y este lo tenga como deficiente.

Entre las técnicas cualitativas de aplicabilidad en la evaluación de la calidad de la relación asistencial nos encontramos con las siguientes:

a) Las entrevistas. Una de las técnicas es la entrevista no-directiva en la que el entrevistado tiene un rol activo. El entrevistador se alinea con la realidad del entrevistado utilizando preguntas abiertas en un ambiente que le permita a los

participantes contestar sin límites y con confianza. También se pueden aplicar las directivas en las que el papel de los entrevistados es pasivo y se limita a dar respuesta a las preguntas que formula el entrevistador.

b) Los grupos focales. Un grupo focal puede definirse como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre una particular área de interés. Son de una gran utilidad para obtener información en campos como la planificación estratégica, la identificación de necesidades y la evaluación de programas. Esta técnica permite obtener información sobre las percepciones, los sentimientos y las actitudes de los clientes sobre su experiencia.

Las técnicas resultan efectivas porque inciden en las tendencias humanas; es decir, están basadas en que las actitudes y las percepciones que tienen los clientes de los productos, los servicios o los programas determinan su buen desarrollo.

Los grupos focales se caracterizan por estar constituidos por personas que poseen ciertas características en común que proveen datos o información de naturaleza cualitativa que exponen participando en una discusión enfocada.

Los grupos deben ser lo suficientemente pequeños como para permitir la oportunidad a cada participante de compartir su discernimiento sobre su experiencia, y a la vez lo bastante grandes como para proveer diversidad de percepciones.

Los procedimientos cualitativos como los grupos focales o las entrevistas individuales ofrecen información sobre cómo los clientes ven la realidad. La validez de los grupos focales depende de los procedimientos que utilicemos y del contexto donde los desarrollamos.

Entre las **ventajas de los grupos focales**, en relación con otras técnicas, están las siguientes:

- Sitúan a los participantes en situaciones reales y naturales.
- El formato permite obtener información sobre temas que no se han anticipado.
- Los grupos focales poseen validez aparente; la técnica es fácil de entender y los resultados son creíbles.
- El costo de las discusiones de grupo focal es relativamente bajo.
- Los grupos focales son ágiles en la producción de sus resultados.

- Los grupos focales permiten aumentar la muestra de estudio sin aumentar de forma excesiva el tiempo.

Un vez recopilada la información, esta debe utilizarse de la manera más óptima posible, ya que es el objetivo por el que la solicitamos, de modo que nos facilite directrices para implantar los cambios estableciendo acciones de mejora con resultados en la gestión de los procesos.

Todos los modelos de gestión nos exigen medir la información del grado de satisfacción, ya que es otra fuente de información que debemos contrastar con la que nosotros disponemos.

2) Proceso insatisfacción. Quejas y reclamaciones

La insatisfacción es otra entrada de información de los usuarios. En este caso, no hablamos de una información global, y tampoco del grado de aceptabilidad de forma genérica de los usuarios. Nos encontramos con las quejas o las reclamaciones.

Podemos considerar que las reclamaciones son fallos de nuestro sistema de gestión que detecta un cliente. Suelen referirse a un hecho determinado. Puede que el usuario considere que el servicio que está recibiendo o ha recibido es bueno, pero el hecho puntual por el que reclama tal vez eche por tierra toda esa buena percepción.

Las quejas y las reclamaciones son una herramienta para detectar y solucionar problemas. Para ello debemos saber, al igual que otras capas de la organización, cómo gestionarlas.

En primer lugar, hemos de saber aceptarlas dando facilidades para ello. El cliente debe saber que nos interesa que nos diga en qué cosas no funcionamos bien, así como que ponemos interés en que no vuelvan a surgir esos problemas.

2. La comunicación en el proceso clínico asistencial

La gestión por procesos lleva implícita la gestión de la comunicación, es decir, la definición de un conjunto de acciones y procedimientos mediante los cuales se despliegan un conjunto de recursos de comunicación para apoyar el desarrollo del proceso.

La aplicación de los recursos de comunicación está orientada a promover la comunicación entre las personas y los grupos que intervienen en el proceso, facilitar su integración, reducir los focos de conflicto mediante el fortalecimiento de la cohesión de los miembros y contribuir a crear espacios de información, participación y opinión.

En la gestión por procesos, y en concreto en el proceso asistencial de una organización sanitaria, las claves de una gestión de calidad son la definición clara de los destinatarios, la participación, la información, la opinión y la toma de decisiones.

Las habilidades de comunicación en el mundo sanitario se han evaluado históricamente como una competencia inferior. Su déficit se hace notar en la actualidad al tener que afrontar relaciones con personas y servicios en las organizaciones que son, como hemos descrito, complejas.

Las habilidades, tal y como su nombre indica, solo se pueden lograr llevándolas a cabo.

De hecho, podemos encontrarnos con profesionales veteranos que son grandes expertos en comunicación, una habilidad que han aprendido de la experiencia de acierto y error, del efecto que produce en los usuarios.

En el paradigma del usuario actual, los errores en la información o una información deficiente es motivo de insatisfacción e incluso de reclamación o denuncia.

Por otro lado, señalábamos que la complejidad de la asistencia requiere que el profesional médico establezca relaciones con diferentes servicios que desarrollan procesos que se interrelacionan para la consecución de los objetivos. Esto conlleva el conocimiento de las habilidades de trabajo en equipo con las personas que intervienen en los distintos procesos asistenciales.

La gestión por procesos en una organización está fundamentada, entre otros aspectos, en el sentimiento de equipo de los miembros que la componen.

Del mismo modo que hablábamos de la relación clínica como de una relación que proviene de un modelo paternalista, en relación con los grupos de trabajo sucede un fenómeno similar. Partimos, como ya señalábamos, de modelos organizativos jerarquizados y de organizaciones verticales, en las que los departamentos o servicios son entidades aisladas.

Pero los modelos están cambiando, las organizaciones se horizontalizan al trabajar con procesos y requieren un gran esfuerzo por las relaciones de los miembros que componen los equipos de trabajo y entre unos equipos y otros.

Ejemplo práctico

Hemos tomado como referencia para el análisis del proceso de información y comunicación con el usuario un servicio de urgencias de un hospital terciario cuyo objetivo se define de la siguiente forma:

«Prestar a los pacientes/usuarios que acuden a Urgencias los cuidados y atenciones inmediatos que requiere el problema de salud por el que acuden, mediante la realización de una aproximación diagnóstica y aplicación del tratamiento que se derive; priorizando la atención según la gravedad del problema, en un ámbito de seguridad, aportándole información sobre su proceso y facilitando, si se requiere, la continuidad de la atención, en orden a conseguir la satisfacción del paciente / usuario y sus familiares».

El modelo que hemos tomado para el ejemplo está basado en los criterios establecidos en la norma UNE EN ISO 9001:2008 relacionados con el establecimiento de la política de calidad, por entender que, en una organización que no tiene implantada una gestión por procesos, este modelo ayuda a su construcción. En aquellos que ya están implantados, el modelo EFQM sería la mejor opción.

Ejemplo de gestión de un proceso de información en urgencias

Misión: realizar las acciones informativas dirigidas a los pacientes y acompañantes en los diferentes momentos del proceso asistencial.

Alcance del proceso: desde que se incorpora, el paciente y los acompañantes en el servicio de urgencias hasta el alta de urgencias, sea cual sea el destino del paciente.

Entradas del proceso: necesidad de informar y mantener informados a los pacientes y acompañantes para el aseguramiento y la calidad de los resultados de la información en el proceso asistencial de manera satisfactoria.

Salidas del proceso: información personalizada de calidad, con la consiguiente emisión de resultados totalmente satisfactorios.

Responsables del proceso: coordinador de Urgencias / coordinador de Calidad.

Documentación aplicable:

- Protocolo de gestión de la información.
- Guías y folletos informativos.

Registros del proceso:

- Ficha informativa del informador de Urgencias.
- Consentimiento informado.
- Informe de alta.

Indicadores del proceso:

- Número de actividades y acciones informativas proactivas del informador de urgencias.
- Número de documentos informativos entregados a pacientes y acompañantes.
- Número de consentimientos informados.
- Encuestas de satisfacción.
- Número de quejas y reclamaciones cuyo motivo sea la información al paciente y/o acompañantes.

Este modelo centrado en el trabajo en equipo requiere el entrenamiento en habilidades y técnicas específicas.

2.1. Habilidades de comunicación

Las habilidades comunicativas son un conjunto de herramientas que debemos utilizar dependiendo de la situación en la que nos encontremos.

Para que la comunicación sea efectiva tiene que existir un equilibrio entre los interlocutores, de forma que reciben y se expresan a partes iguales.

En general, se puede decir que existen seis habilidades comunicativas que se clasifican y describen de la siguiente forma:

- **Habilidades receptivas:** se utilizan para recibir información, pero también son activas, ya que implican la elección de una acción concreta y la atención al interlocutor. Consisten en observar, escuchar y empatizar.
- **Habilidades expresivas:** preguntar, describir y sacar conclusiones.

A continuación describimos las distintas habilidades:

1) Observar

Mediante la observación se accede a una información específica sobre el comportamiento, sentimientos y pensamientos del observado.

Para desarrollar esta habilidad es necesario tener en cuenta los obstáculos que la imposibilitan, que son las etiquetas, los estereotipos y las proyecciones.

Ponemos a nuestro interlocutor etiquetas que pueden ser positivas o negativas, de forma que si es positiva no somos capaces de ver en él los comportamientos negativos; si la ponemos negativa, no somos capaces de ver comportamientos positivos. Por ejemplo: con un paciente que se nos presenta con cara de obediente, receptivo a realizar todo lo que le prescribimos, no somos capaces de ver las dificultades que va a tener para realizar un cuidado o un tratamiento,

y eludimos la información. En el caso, por otra parte, de un paciente que se nos presenta como «el pesado» que acude para cualquier cosa, quizá sucede de que eso nos impida detectar un síntoma importante.

También reaccionamos con estereotipos, ideas preconcebidas sobre los grupos a los que pertenece el interlocutor, sexo, raza, cultura..., que nos llevan a sacar conclusiones sin fundamento.

Puede que proyectemos, es decir, que traspasemos a otras personas nuestros propios miedos, prejuicios y creencias.

2) Escuchar

Esta habilidad consiste en escuchar, atender, advertir los puntos y cuestiones clave que presenta y comprobar si lo que percibimos es correcto.

Esta habilidad es muy compleja, por lo que se hace necesario seguir una serie de orientaciones:

- Seguir el orden: oír, entender, interpretar, responder.
- Evitar pensar lo que el interlocutor va a decir.
- No interrumpir.
- Parafrasear o resumir lo que el interlocutor ha dicho, para aclarar algún aspecto.
- Manifestar de forma no verbal que se está escuchando.
- Si hay discrepancia, resumir lo que ha dicho el interlocutor y después emitir la opinión.
- Ser flexible.

3) Empatizar

Consiste en recoger los sentimientos y valores de la otra persona y demostrar comprensión ante ellos. Requiere las siguientes conductas:

- Observar.
- Escuchar lo que dice.
- Adoptar comportamientos no verbales similares a los del interlocutor.

- Mantener contacto visual y expresión facial adecuada ante los sentimientos que transmite el interlocutor.

4) Preguntar

Consiste en formular preguntas fundamentalmente abiertas que permitan continuar el diálogo, que el preguntado exprese con sus propias palabras la situación que le pedimos que describa, que aclare las dudas que le planteamos con confianza.

5) Describir

Consiste en identificar ejemplos concretos y específicos de comportamientos y sus efectos; es decir, detallar las acciones específicas y los comportamientos, así como aportar ejemplo de acciones concretas y de comportamientos que ilustren como influyen en los resultados.

6) Sacar conclusiones

Consiste en articular y clarificar todo tipo de opiniones, recomendaciones y decisiones.

Las habilidades de comunicación las utilizaremos de acuerdo con la situación, pero tenemos que ser conscientes siempre de la posición que tenemos como profesionales de la salud. Nuestros mensajes son complicados, pero muy importantes para los usuarios. Especialmente si tienen un problema de salud grave.

En general, el profesional sanitario da información sobre el significado de los síntomas, pruebas diagnósticas, diagnósticos, tratamientos y cuidados. Una buena relación clínica supone una garantía para que el paciente tome sus decisiones de acuerdo con sus necesidades de salud y actúe de forma correcta.

Podemos resumir las **habilidades de comunicación necesarias para una relación eficaz**:

- Usar un lenguaje apropiado a la persona que escucha, evitando palabras o conceptos que para el emisor pueden ser elementales, pero que el receptor no tiene por qué conocer o comprender. Recordamos que comunicar consiste en hacerse entender.
- Dar indicaciones o prescripciones de manera clara, concisa y completa, evitando siempre la ambigüedad y la polisemia. No dar las cosas por sueltas.
- Dejar hablar al interlocutor y no interrumpirle de manera gratuita. Solo cuando no se entienda algo importante, cuando no se siga el curso de la

información, o bien se perciba una divagación exagerada. Compartir la interacción comunicativa, que incrementa el respeto y confianza.

- Ayudar al interlocutor a que se encuentre cómodo y libre en aquello que quiera expresar.
- Mostrar interés hacia lo que se está escuchando, a través del *feedback* no verbal y mediante acciones tales como mirar al interlocutor a la cara, colocar el cuerpo frente a él, asentir con la cabeza... La relación comunicativa correcta no solo implica escuchar, sino también demostrar que se hace.
- Escuchar significa prestar atención y demostrar que se hace para comprender y no para responder.
- Evitar, en la relación interactiva con el paciente, las interferencias físicas (interrupciones, ruido ambiental, espacios físicos inapropiados...), las interferencias psicológicas (distracciones, preocupaciones..., que pudiera tener el profesional en el momento de la interacción) y las interferencias actitudinales (prejuicios sociales, estereotipos negativos, juicios prematuros sobre individuos, sentimientos negativos experimentados hacia un paciente...).
- Ser empático, es decir, ponerse en el lugar del otro y, por un momento, con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de la otra persona, y emitir respuestas que expresen la comprensión
- Dejar tiempo para que el interlocutor se exprese.
- Evitar juicios de valor sobre el interlocutor.
- Ser conscientes de que todas las personas tienen necesidades físicas, psicológicas y sociales.
- Atender no solo al contenido del mensaje, sino también a los sentimientos y necesidades de la persona.
- Hacer preguntas para conocer un dato relevante o entenderlo mejor, o para animar a la otra persona a expresarse.
- Estar atento a los mensajes no verbales. A través de ellos, se puede obtener información de gran valor comunicativo sobre cómo es esa persona, cuál es su estado de ánimo, cuáles son sus expectativas, sus temores, su motivación para el tratamiento, así como sobre una gran cantidad de rasgos caracterológicos, comportamentales y psicosociales.

- Ser consciente de la propia comunicación no verbal y utilizarla como un recurso comunicativo.
- Verificar si el usuario ha comprendido.
- Manifestar una elevada motivación hacia el propio trabajo.
- Autoexigirse un esfuerzo de amabilidad, de capacidad de adaptación y de flexibilidad en el trato con el paciente, superior al que se esperaría en otros ámbitos de relación social.

Señalábamos que las habilidades comunicativas son un conjunto de herramientas que debemos utilizar dependiendo de la situación. En la relación clínica, está condicionada por la función que el médico asuma en la relación con el paciente, si es educativa y/o se desarrolla en un contexto de enfermedad, ya sea esta grave o no.

2.2. Habilidades y herramientas para el trabajo en equipo

El trabajo en equipo es un concepto más amplio que el equipo de trabajo, aunque no se puede trabajar en equipo si no existe de antemano un grupo de trabajo.

El equipo de trabajo es una unidad específica para una tarea o un proyecto concreto, limitado en el tiempo. Es un sistema en el que necesariamente se debe trabajar para lograr una finalidad, mientras que el trabajo en equipo supone un estilo, una manera de relacionarse y de implicarse en la realización de la tarea y en la consecución de los objetivos comunes. No tiene una duración determinada. Se mantiene para el desarrollo de las tareas habituales y para hacer frente a los desafíos que surgen en el entorno interno y externo de la unidad de trabajo.

Trabajar en equipo requiere las siguientes cualidades:

- Conocer claramente el objetivo común y compartirlo.
- Implicación de todas las personas que componen el equipo.
- Que las tareas individuales son diferentes, pero todas ellas necesarias para alcanzar el objetivo.
- Que las responsabilidades las tienen todos los miembros aunque sean diferentes.
- Que para trabajar en equipo no hace falta estar siempre juntos.

- Que la comunicación entre los miembros debe de ser buena, fluida y constante.

El trabajo en equipo puede tener barreras que hagan que los resultados no sean los deseados. Se puede deber a la estructura de la organización o a otros factores. Por lo tanto, hablamos de:

1) Barreras estructurales

La estructura organizacional puede estrangular el trabajo en equipo. Puede haber varios motivos:

- Exceso de «confidencialidad»: se esconde información importante a los que la necesitan. Tal actitud fomenta el individualismo.
- El sistema de recompensa que en ocasiones fomenta la proeza individual y mata el trabajo grupal.
- El sistema único de evaluación descendente basado en la autoridad.
- La naturaleza eventual de los equipos que genera falta de esfuerzo para un tiempo limitado.

2) Barreras culturales

- Actitud de los directivos; si no creen en el trabajo en equipo, difícilmente implantan modelos de trabajo que lo requieran.
- Centrarse en la tarea y en el corto plazo no facilita la gestión de las relaciones y emociones.
- Deficiencias en las habilidades del pensamiento estratégico, como es la diferenciación de la causa y efecto, pensar más allá de lo establecido desarrollando nuevos puntos de vista y soluciones eficaces. Saber lo que es importante y lo que es prescindible, comprender los efectos prácticos de las decisiones potenciales y adaptarlas, al conocer de antemano la diferencia entre la teoría y la práctica.

3) Barreras circunstanciales

Estas barreras hacen referencia a la ubicación de los miembros del equipo y al número.

Conocidas las barreras para el desarrollo del trabajo en equipo podemos determinar las **condiciones necesarias para el desarrollo de equipos de trabajo** que, en lugar de construir obstáculos, son palancas de cambio y la base de la gestión por procesos.

- Dirección. Definir una visión específica de la organización que permita establecer metas comunes, comunicadas y coordinadas entre todas las unidades, los servicios y los equipos de trabajo.
- Cooperación estructurada. Garantizar el equilibrio entre la cooperación y la competencia, de forma que se mantenga el reto de cada grupo, pero que no exista conflicto entre los recursos o enfrentamientos de objetivos parciales.
- Acceso a la información. Información accesible para todos los miembros del grupo y sin restricciones.
- Recompensas. Presupuestar incentivos para compensar al personal en función de su rendimiento dentro del grupo.
- Orientación al servicio. Facilitar las infraestructuras y los recursos para que los equipos desarrollen su labor.

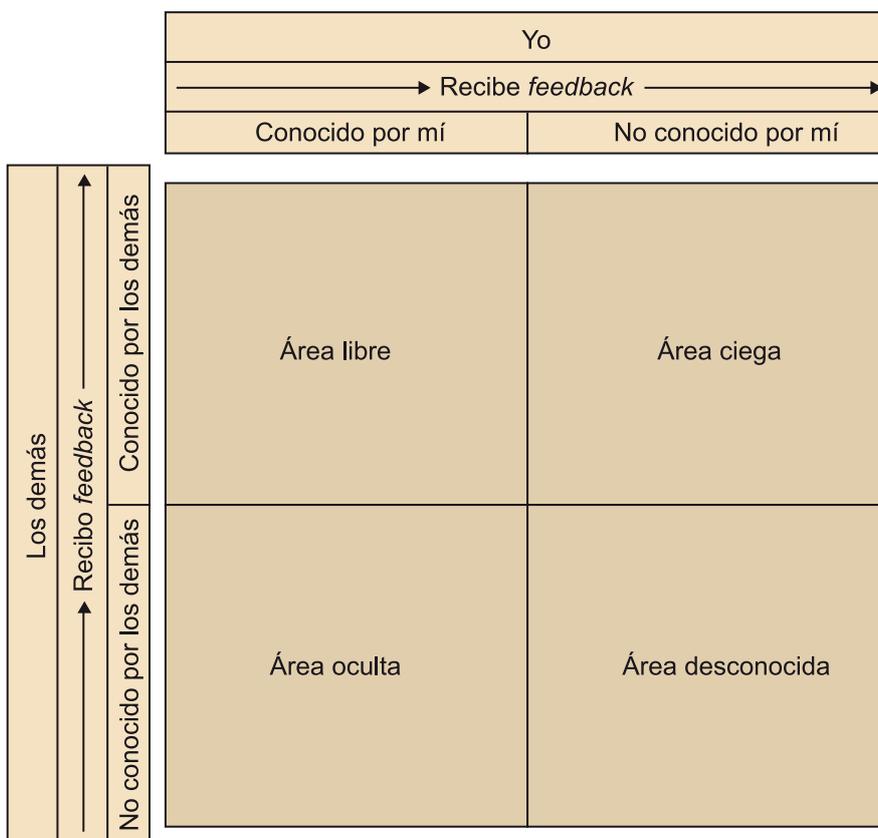
Para que un equipo se pueda considerar eficaz en su funcionamiento interno y para que el producto de su actividad tenga un buen nivel de calidad, ha de cumplir con una serie de requisitos:

- Compartir metas y objetivos que responden a las preguntas de ¿qué?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cómo? Correspondientes a la misión, la visión, los valores y el proceso.
- Confianza y resolución de conflictos, ya que estos son inevitables. Hay que partir del conocimiento de su existencia y generar un clima que favorezca la expresión de necesidades con confianza.
- Compartir el liderazgo, ya que los miembros del equipo asumen diferentes funciones de liderazgo en relación con la tarea o la relación.
- Establecer sistemas de control y procedimiento que sirven para guiar las actividades del grupo.
- Utilizar las habilidades y competencias de cada miembro del grupo.
- Comunicaciones interpersonales efectivas.
- Saber resolver problemas y tomar decisiones.

- Experimentar y ser creativos.
- Evaluar la eficacia del grupo y la satisfacción de las personas.

Un buen equipo de trabajo requiere unas buenas habilidades sociales. Un ejemplo clásico pero muy útil para entender los factores que influyen en el proceso de comunicación y en el establecimiento de las relaciones en el equipo de trabajo es la ventana de Johari (diseñada por Joe Luft y Harry Ingram).

Según este modelo, la comunicación tiene cuatro áreas. El tamaño de cada una de ellas determina el flujo de información y el tipo de relación.



El **área libre** o **abierta** es información que nosotros mismos desvelamos a quienes nos rodean. En el equipo de trabajo es importante que esta área sea lo más grande posible, dado que la información clara y fluida facilita la coordinación.

El **área ciega** está constituida por la información que los demás tienen sobre nosotros, pero de la que nosotros no somos conscientes, a pesar de transmitirla con los gestos y actitudes. Es importante animar a los miembros del equipo que comenten sus opiniones sobre nuestras formas de actuación, para corregir si es necesario y conseguir mejor desempeño profesional. A esta solicitud de información se la conoce como *feedback* o retroalimentación.

El **área oculta** es la información que de forma intencional no se revela a los demás. Es muy positivo desvelar la información profesional (errores, aciertos, dudas...) con el fin de que los otros miembros del grupo se enriquezcan sin necesidad de pasar de nuevo por la experiencia. La reducción del área oculta es la autoapertura.

El **área desconocida** es la información sobre nosotros que nadie conoce, ni siquiera nosotros mismos.

Una comunicación fluida requiere un área libre muy grande y que las áreas oculta y ciega sean lo más pequeñas posibles. Un equipo de trabajo debe mantener una sana práctica de autoapertura y retroalimentación.

La **retroalimentación** es una habilidad compleja, ya que es difícil aceptar las cosas que los demás pueden opinar sobre nosotros y nuestro desempeño profesional, sobre todo cuando la experiencia se basa en pertenecer a un modelo de organización de una estructura vertical muy burocratizada. Por esta razón es importante tener en cuenta las pautas para dar o recibir retroalimentación.

Pautas para dar retroalimentación

- Concreta, referida a hechos, sin generalizar.
- Descriptiva, exenta de juicios de valor.
- Útil, que esté relacionada con la actuación laboral.
- Modificable dado que es subjetiva.
- Inmediata, mejor cuanto más cerca esté en el tiempo.
- Comprobable, es decir, observable y verificable.
- Pautas para recibir retroalimentación.
- Solicitar la retroalimentación, ya que nos permite recibirla y asumirla mejor.
- Escuchar activamente, como hemos descrito antes.
- Formular preguntas aclaratorias para comprender bien y evitar malas interpretaciones.
- Aceptar, ya que así es como nos ven los demás.
- Agradecer, ya que dar este tipo de información supone un esfuerzo y cierto riesgo.

Para comunicar en el equipo contamos con diez técnicas o reglas básicas de referencia:

1) Interrogación

Es la técnica más sencilla y más potente, pero necesita cierta habilidad para obtener buenos resultados.

Las preguntas sirven para documentar puntos que pueden ser importantes y obligan a pensar en la dirección adecuada.

Las preguntas pueden ser cerradas, limitan la respuesta («¿Te parece bien aplicar este tratamiento?»), abiertas, en las que cabe cualquier contestación («¿Qué opinas de este tratamiento?») o de alternativa en las que el interlocutor puede decidir, participa («¿Qué opinas sobre la aplicación del tratamiento A o B?»).

2) Especificación

Consiste en resaltar lo esencial del mensaje, lo importante, para tenerlo como referencia posterior. Es una forma de precisar, enmarcar, sintetizar y asegurar la información («Así que la idea básica es...»).

3) Confrontación

Consiste en señalar una incongruencia, algo que una persona afirma en un momento y niega en otro, o algo que hace dando una explicación contraria. El objetivo es que la persona cambie de actitud.

En la confrontación hay que ser concisos, evitar la agresividad y explicar lo que está pasando («Dijiste que no te preocupaba el tema, pero veo que realmente te afecta»).

4) Explicación

Se utiliza para clarificar, reforzar un tema o mostrar reacciones.

Se debe dar de forma clara, corta, concisa y está relacionada con lo que la persona piensa, ve o cree. Ante un problema hay que explicar qué pasa, cómo pasa, qué consecuencias tiene, cómo se originan, pero sin buscar culpables ni ataques personales, precisando datos y hechos concretos.

5) Reconocimiento

Se trata de decir con sinceridad algo bueno de la otra persona o de su trabajo, o simplemente expresar interés por su persona.

6) Feedback

Consiste en decir lo que se ha entendido para que la otra persona se asegure de que el mensaje ha sido captado según sus expectativas, además de mostrar que hemos prestado atención. Cuando solicitamos el *feedback*, lo que hacemos es que la otra persona pueda decirnos qué entendió, qué hará a partir de esa información y cómo se siente.

7) Ilustración

Es una técnica para intervenir eficazmente en las reuniones del equipo: consiste en romper el hielo o distender una reunión cuando se ha creado un ambiente tenso. Han de ser divertidas sin caer en la burla o la ironía.

8) Confirmación

Es una parada, un resumen que ayuda a saber lo que se ha avanzado («Según hemos comentado, los pasos que se deben seguir son...»).

9) Interpretación

Significa dar un punto de vista personal sobre algo que pasa, contando que siempre estará afectado por la percepción personal.

Puede ser cerrada («Tienes ciertas reservas sobre...») o abierta («Parece que tienes ciertas reservas sobre...»).

Esta técnica ha de usarse siempre que la otra persona esté dispuesta a escuchar; si no lo está, formularemos alguna pregunta previa, o bien un comentario.

10) Cristalización

Es una técnica que pretende comunicar expresamente a todos cuándo se ha alcanzado un objetivo o una meta. Se basa en el agradecimiento en la participación, ciertos comentarios sobre la eficacia y el logro. Esta técnica genera buenas expectativas para seguir trabajando en equipo.

Disponemos de una variedad de herramientas de trabajo en equipo para aplicar a diferentes tareas y situaciones que están suficientemente contrastadas y que no tienen grandes dificultades de aplicación.

En función de la finalidad del trabajo, elegiremos una u otra herramienta.

El **tipo de tarea** y la **finalidad** quedan resumidos en la siguiente tabla:

Finalidad	Herramienta
1) Diagnóstico	
• De un equipo, unidad, organización	DAFO
• Análisis de problemas	Diagrama de las seis preguntas
• Ordenación de las causas	Diagrama causa-efecto (Ishikawa)
• Priorización de las causas	Diagrama de Pareto
2) Planificación	Ciclo PDCA o Rueda de Deming

Finalidad	Herramienta
3) Programación	Diagrama de Gantt
4) Solución de problemas	Método Wallem
5) Toma de decisiones	Matriz de Criterios
6) Participación	
• Estimular la participación	Philip 6/6
• Estimular la creatividad	<i>Brainstorming</i>

1) Análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades)

El análisis DAFO es una herramienta cuya finalidad es el diagnóstico de un equipo, unidad u organización que consiste en concretar, en un gráfico o una tabla resumen, la evaluación de los puntos fuertes y débiles con las amenazas y oportunidades, formulando preguntas del tipo que se expresan en la siguiente tabla:

Fortalezas Aspectos que van bien y normalmente seguirán bien	Debilidades Aspectos que van mal y normalmente seguirán mal
1 2 3...	1 2 3...
Oportunidades Aspectos que van bien o mal, pero que pueden ir mejor	Amenazas Aspectos que van bien o mal, pero tienden a ir peor
1 2 3...	1 2 3...

Una vez realizado el análisis, se definirán las estrategias combinando todos los elementos como figura en la siguiente tabla:

	Oportunidades (O) ¿Qué hacer para explotarlas? 1. 2. 3.	Amenazas (A) ¿Qué hacer para afrontarlas? 1. 2. 3.
Fortalezas (F) ¿Qué hacer para mejorarlas? 1. 2. 3.	FO <i>Estrategia «Maxi-Maxi»</i> Estrategia que aprovecha las fortalezas para maximizar las oportunidades.	FA <i>Estrategia «Maxi-Mini»</i> Estrategia que utiliza las fortalezas para minimizar las amenazas.
Debilidades (D) ¿Qué hacer para corregirlas? 1. 2. 3.	DO <i>Estrategia «Mini-Maxi»</i> Estrategia que minimiza las debilidades sacando partido de las oportunidades.	DA <i>Estrategia «Mini-Mini»</i> Estrategia que minimiza las debilidades y evita las amenazas.

Una vez definidas las estrategias, se definirá el momento de la implantación y los criterios de evaluación.

2) Diagrama de las seis preguntas

Es una herramienta para el análisis de problemas que pretende fomentar la creatividad y el pensamiento analítico. Es de gran utilidad para asegurar que se pregunta lo más importante de cada situación o problema.

El primer paso es definir la situación o problema de forma clara y concisa.

El segundo es elaborar una tabla en la que la primera fila hace mención de lo que es problema y contesta a las seis preguntas; en la segunda, se refiere lo que no es problema de este modo:

	Cuándo	Cómo	Dónde	Qué	Quién	Por qué
Si						
No						

El tercer paso consiste en un *brainstorming* sobre cada una de las filas, columna o columnas, formulando preguntas del tipo: «¿Dónde o cómo suele ocurrir el problema?».

El cuarto paso consiste en la maduración de las ideas.

En el quinto paso, si hubiera numerosas causas, el grupo debe preguntarse por el 20% de las causas que crean el 80% del problema.

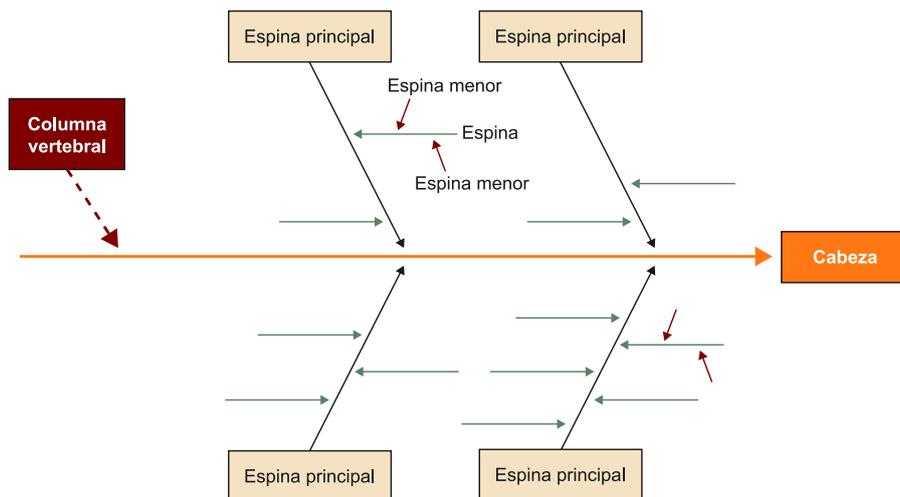
En el sexto paso, las causas explicarían tanto cuanto, cómo...es problema, como cuando, cómo no es problema y emitiría criterios de actuación.

3) Diagrama causa efecto

Es una herramienta de diagnóstico que permite ordenar las causas posibles de un problema o efecto, así como visualizar esquemáticamente de forma rápida y sencilla.

Los pasos que seguir son los siguientes:

- Trazar en un papel «la columna vertebral».
- Definir algunas de las grandes familias de causas que se representa en la «espina principal». Las causas y subcausas forman las espinas menores que se van asignando a cada familia de causas. La siguiente figura sirve de ejemplo:



Una vez hecha la representación, se analiza la relación entre el problema y sus posibles causas y se identifican las líneas de acción.

4) Diagrama de Pareto

Es una representación gráfica de los datos obtenidos sobre un problema, que ayuda a identificar cuáles son los aspectos prioritarios que hay que tratar.

También se conoce como «Diagrama ABC» o «Diagrama 20-80». Su fundamento parte de considerar que un pequeño porcentaje de las causas, el 20%, producen la mayoría de los efectos, el 80%. Se trataría, pues, de identificar ese pequeño porcentaje de causas «vitales» para actuar prioritariamente sobre él.

5) Metodología PDCA

La mejora continua, a través de una gestión por hechos y datos, es un principio básico de calidad y competitividad. Implica un conjunto de actividades secuenciales cuya finalidad es resolver cualquier tipo de problema que se presente en el desarrollo de la actividad de la organización y lograr, en consecuencia, unos objetivos y la consecución de los resultados.

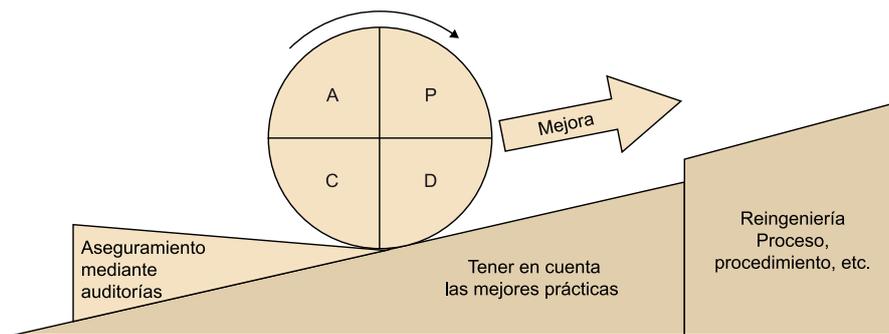
La mejora continua es por definición un concepto integrado en el sistema de competitividad de la organización.

El método más adecuado para llevar a cabo la mejora continua, principalmente a través de procesos, es el que corresponde a las siglas PDCA, definido por Sherwart y cuya aplicación genera unos resultados sustanciales, ya que PDCA (*plan, do, check, act*, en inglés) es un ciclo de bucle cerrado en cuatro fases que son la planificación, la ejecución, el control y el ajuste, que determina la mejora.

- **Planificar:** es la fase más importante y compleja del ciclo. Consiste en desarrollar y preparar una serie de actividades que van a condicionar el

contenido del plan de acción necesario para conseguir los resultados que se desean.

- **Ejecutar:** consiste en implantar y llevar a cabo las acciones que se han preparado y formulado en la fase de planificación destinada a conseguir los resultados previstos mediante una supervisión idónea.
- **Controlar:** equivale a comprobar y revisar con pruebas los resultados que se están consiguiendo según lo establecido en el plan de acción, verificando indicadores y objetivos previstos, y determinando propuestas de acción positivas o correctivas.
- **Ajustar:** es el fruto de una actividad de revisar con pruebas los resultados que permiten actuar sobre lo que hay que mantener, a través de la homologación o estandarización, o corregir para reciclar la mejora continua, con vistas a la preparación de un nuevo estadio de la gestión de que se trate, con nuevos objetivos acciones, recursos, etc.



6) Diagrama de GANTT

Los cronogramas de barras o «gráficos de Gantt» los concibió el ingeniero norteamericano Henry L. Gantt, uno de los precursores de la ingeniería industrial contemporánea de Taylor. Gantt procuró resolver el problema de la programación de actividades, es decir, su distribución conforme a un calendario, de manera tal que se pudiese visualizar el periodo de duración de cada actividad, sus fechas de iniciación y terminación, e igualmente el tiempo total requerido para la ejecución de un trabajo. El instrumento que desarrolló permite también que se siga el curso de cada actividad, al proporcionar información del porcentaje ejecutado de cada una de ellas, así como el grado de adelanto o atraso con respecto al plazo previsto.

Este gráfico consiste simplemente en un sistema de coordenadas en que se indica:

a) **En el eje horizontal:** un calendario o escala de tiempo definido en términos de la unidad más adecuada al trabajo que se va a ejecutar: hora, día, semana, mes, etc.

b) **En el eje vertical:** las actividades que constituyen el trabajo que ejecutar. A cada actividad se hace corresponder una línea horizontal cuya longitud es proporcional a su duración; la medición se efectúa con relación a la escala definida en el eje horizontal, tal y como se ilustra.

c) **Símbolos convencionales:** en la elaboración del gráfico de Gantt se acostumbra a utilizar determinados símbolos, aunque pueden diseñarse muchos otros para atender las necesidades específicas del usuario. Los símbolos básicos son los siguientes:

- Iniciación de una actividad.
- Término de una actividad.
- Línea fina que conecta las dos «L» invertidas. Indica la duración prevista de la actividad.
- Línea gruesa. Señala la fracción ya realizada de la actividad, en términos de porcentaje. Debe trazarse debajo de la línea fina que representa el plazo previsto.
- Plazo durante el cual no puede realizarse la actividad. Corresponde al tiempo improductivo; puede anotarse encima del símbolo utilizando una abreviatura.
- Indica la fecha en que se procedió a la última actualización del gráfico, es decir, en que se hizo la comparación entre las actividades previstas y las efectivamente realizadas.

d) **Contenido:** el diagrama de Gantt consiste en una representación gráfica sobre dos ejes; en el vertical se disponen las tareas del proyecto y en el horizontal se representa el tiempo.

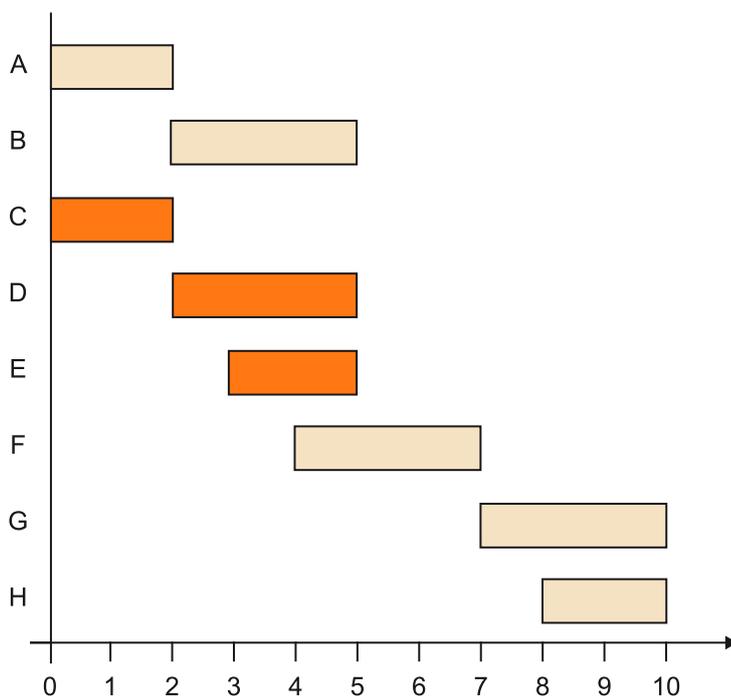
e) **Características:**

- Cada actividad se representa mediante un bloque rectangular cuya longitud indica su duración; la altura carece de significado.
- La posición de cada bloque en el diagrama indica los instantes de inicio y finalización de las tareas a que corresponden.

- Los bloques correspondientes a tareas del camino crítico acostumbran a rellenarse en otro color (en el caso del ejemplo, en rojo).

Tarea	Predec.	Duración
A	-	2
B	A	3
C	-	2
D	C	3
E	D_{II+1}	2
F	B_{FI-1}	3
G	D, E, F	3
H	C_{FF}	2

Finalmente, una vez realizados los cálculos del proyecto utilizando un sistema adecuado, como el diagrama PERT o el Roy, resulta conveniente destacar con un color distinto las tareas con margen total 0, para poder identificar con facilidad los caminos críticos.



7) Modelo Richard Wallen

Richard Wallen diferencia dos ciclos para tomar cualquier decisión o acción. El primer ciclo consta de tres etapas:

- Definir correctamente el problema al que se enfrenta el grupo.
- Organizar una «tormenta de ideas» para proponer alternativas de solución.
- Evaluar las ventajas y desventajas de las soluciones propuestas, etapa previa a cualquier acción.

El segundo ciclo se refiere expresamente a la acción, es decir, a la solución del problema. Consiste en:

- Efectuar la planeación de una alternativa que seguir.
- Realizar esa alternativa.
- Determinar si los resultados corresponden al objetivo deseado.
- Después se reinicia el ciclo I.

8) Matriz de criterios

Las matrices funcionan mejor cuando las opciones son más complejas o cuando se deben tener en cuenta múltiples criterios para fijar prioridades o tomar una decisión.

Para la elaboración de esta matriz hay que seguir los siguientes pasos:

- **Paso 1:** se hace una lista con las opciones por evaluar. Se ha de comprobar que todos los miembros del equipo entiendan bien lo que cada una de las opciones significa.
- **Paso 2:** se eligen los criterios para tomar la decisión. El grupo puede escoger estos criterios recurriendo a una lluvia de ideas y luego a una votación para determinar cuáles son los más importantes/pertinentes expresándolos como positivos o negativos. Hay que comprobar que todos los miembros entiendan los criterios elegidos de la misma manera.

Los criterios que se usan normalmente para elegir problemas incluyen: importancia, apoyo para los cambios, visibilidad del problema, riesgos que se corren si no se hace nada, factibilidad de efectuar cambios en esta área. Para elegir soluciones, a menudo se aplican los siguientes criterios: costo, posible oposición, factibilidad, apoyo de la administración, apoyo de la comunidad, eficiencia, oportunidad, impacto sobre otras actividades. Estos no son los únicos criterios posibles. El grupo tiene que elaborar una lista que sea adecuada para su situación y que se representa en un gráfico, del que se eligen los que más positivos tengan:

Opción	Criterios				Total
	C 1	C 2	C 3	C 4	
Opción 1	+	+	+	+	
Opción 2	+	-	+	-	
Opción 3	+	+	+	-	
Opción 4	+	-	-	-	

9) Philips 6/6

Consiste en dividir un grupo grande en grupos de seis personas para discutir durante seis minutos un tema y llegar a una conclusión. De los informes de los subgrupos se extrae la conclusión general.

Los objetivos de esta técnica son: permitir o promover la participación de todos los miembros del grupo, para multiplicar su eficacia, obtener opciones en tiempo muy breve y desarrollar la capacidad de síntesis y concentración, ayudar a superar inhibiciones y desánimo.

Es una técnica que necesita poca preparación, por lo que se suele utilizar de forma imprevista, aunque sí es necesario que quien la impulse conozca la técnica.

10) Tormenta de ideas o *brainstorming*

El objetivo de esta técnica es producir un gran número de ideas sobre un tema en concreto en un breve espacio de tiempo.

Es deseable un lugar tranquilo, con un grupo de ocho o doce personas y una atmósfera distendida.

Esta técnica consta de tres fases:

a) Preparación

Presentación del tema que hay que mostrar, explicar, documentar y cerciorarse de la comprensión por parte de los miembros del grupo.

La tormenta de ideas o *brainstorming* consiste en expresar libremente, en pocas palabras, todas las ideas sugeridas por el tema, eliminar toda actitud crítica de las ideas emitidas por otros; se pueden expresar ideas originales o inspiradas en las ya dichas y consiste en emitir el máximo de ideas en el menor tiempo, ya que lo importante es la cantidad.

b) Producción de ideas

Se puede aplicar dos modalidades, la expresión libre o la rueda de opiniones.

Hay que anotar todas las ideas y numerarlas. A medida que van surgiendo, se subrayan las palabras clave.

Durante la producción de ideas, tienen que participar todos los miembros. Hay que tratar solo el tema elegido, sintetizar las ideas, expresarlas una cada vez y no argumentarlas.

c) Tratamiento de las ideas o fase final

Esta fase consiste en:

- Eliminar las ideas que claramente están fuera del tema.
- Agrupar las apropiadas en familias de la misma naturaleza.
- Clasificar por subtemas.
- Seleccionar las ideas en dos grados, eligiendo las buenas ideas, por un lado, aproximadamente el 5% con los criterios de que sean aplicables, que satisfagan las condiciones del medio y que sean compatibles con otras ideas ya existentes. Entre estas buenas ideas se seleccionan las mejores por el método de comparación de pares o por apreciación de su eficacia operativa.

11) Los sombreros del doctor de Bono

Esta técnica es complementaria de la tormenta de ideas, que es el primer sombrero de color verde. Consiste en aplicar a las ideas obtenidas por la tormenta, una serie de filtros que son los sombreros de diferentes colores.

- El **sombrero verde**: es el de la creatividad, el de la tormenta de ideas. Hay que ir anotándolas.
- El **sombrero amarillo**: es el optimista. Con él se piensa en los mejores aspectos de las mejores ideas. Se eliminan de la lista las ideas en las que no se encuentran buenos aspectos.
- El **sombrero negro**: es el pesimista. Se intenta encontrar lo peor de cada idea con argumentos negativos que harán que caigan de la lista algunas de las ideas.
- El **sombrero blanco**: es el neutro. Es el momento en el que se aportan datos estadísticos, cifras, cifras contables, índices..., que ayudan a refrendar las

decisiones que hay que tomar con respecto a las ideas, cada vez menos, que van quedando en la lista.

- El **sombrero azul**: es el más frío de todos, algo así como el jefe de los demás. Posee la visión del conjunto, la panorámica global y las conclusiones. Este paso permite tomar la decisión final sobre las tres o cuatro ideas que hayan sobrevivido a los sombreros anteriores.

3. Los servicios de información y atención al paciente como unidades de apoyo para una atención centrada en el cliente

Llegados a este punto, podemos definir la gestión de la calidad orientada al paciente y usuario como el conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en el establecimiento de sus objetivos, la planificación de estos, su evaluación y la mejora continua.

En este marco se hacen imprescindibles las políticas y estrategias en atención al usuario y, por supuesto, los servicios y/o unidades de atención al usuario como unidades de apoyo.

3.1. Origen y evolución de los servicios de información y atención al paciente

En 1984 se crean los servicios de atención al usuario en los centros sanitarios dependientes del extinguido Instituto Nacional de la Salud, y se les dota de diferentes profesionales para desarrollar una función de apoyo en la tramitación de reclamaciones y sugerencias, encuestas de satisfacción de los usuarios, análisis de los resultados y propuestas de mejora, así como de una función de atención personalizada a los usuarios que presentasen dificultades en el proceso de atención, ocasionadas por el funcionamiento del sistema sanitario, o bien por su propia situación de enfermedad.

El servicio estará compuesto, en principio, por un médico, una enfermera, un asistente social y uno o dos administrativos. Evidentemente, la dirección de los diferentes centros adecuará el número de profesionales a la dimensión del servicio.

La función de los SAU se dirigía fundamentalmente a la información, la orientación y la gestión de recursos sanitarios y psicosociales.

El Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria de 1984 fue el motor inicial de estos servicios, junto a otras acciones dirigidas a potenciar la participación de los pacientes y ciudadanos en las organizaciones sanitarias, como la divulgación de los derechos y deberes de los pacientes, el aumento de las prestaciones, el acercamiento a los servicios, el mayor confort de las instalaciones y, por supuesto, la mejora de la asistencia y cuidados. El objetivo general del

plan fue el de mejorar la calidad de la atención hospitalaria a todos los niveles, tanto en la asistencia médico-enfermera como en la atención hostelera, recepción, etc.

El plan define el servicio de atención al paciente como:

«Servicio que depende directamente de la Dirección del hospital y se responsabilizará de la acogida y orientación del paciente y sus familiares, recogerá las propuestas, sugerencias, quejas, reclamaciones, para la mejora de la atención que reciben. Igualmente velará por el cumplimiento de las normas dictadas por la Dirección respecto a los pacientes y familiares, analizando los datos e información que compile y elabore sobre política y organización del hospital, en pro de una humanización de este».

En el citado plan se describen seis objetivos específicos de los servicios de atención al paciente:

- Acoger y orientar al paciente y a los familiares.
- Mantener contacto directo con el paciente.
- Conocer las propuestas y sugerencias que los pacientes y familiares puedan hacer para la mejora de las prestaciones que recibe del hospital.
- Atender y canalizar las reclamaciones que puedan hacerse referentes al funcionamiento de los servicios del hospital y de sus trabajadores.
- Velar por el cumplimiento de las normas dictadas por la Dirección respecto a los pacientes y familiares.
- Compilar y analizar los datos e informaciones obtenidas, con el fin de elaborar propuestas referentes a la política y organización del hospital, tendente a una humanización de este.

Las actividades que se realizarán para conseguir los objetivos citados antes son las siguientes:

- Atención personal a pacientes y familiares y recepción de reclamaciones.
- Confidencialidad absoluta sobre los temas tratados.
- Acuse de recibo, mediante carta al paciente y/o familiares, indicando que se les hará llegar una respuesta adecuada a la reclamación, firmada por la Dirección.
- Comunicación de las reclamaciones a la Dirección, la cual delegará o indicará el camino de solución de la queja, reclamando al servicio correspondiente (según la naturaleza de la reclamación). Se deberá dar respuesta al SAU.

- Distribución de la reclamación a las comisiones habituales de control de calidad.
- Publicación mensual del resumen de incidencias, indicando las recibidas, las contestadas, las pendientes, la procedencia y el servicio afectado.
- Registro de los casos atendidos.
- Publicación de los medios de acceso al servicio (teléfono, dirección postal y electrónica, etc.).

Evidentemente, todas estas acciones no van en perjuicio de las responsabilidades legales que puedan derivarse, y el paciente ha de saber que si no está satisfecho con la respuesta obtenida podrá acudir a la Inspección y, después, a la Dirección Provincial.

En el año 2000 se publicó un estudio realizado por la Sociedad Española de los Servicios de Atención al Usuario de la Sanidad sobre la situación de dichos servicios (funciones, estructura, personal, formación e investigación, canales de comunicación interna, colaboración del voluntariado, manera de informar a los usuarios, tratamiento de reclamaciones y planes de mejora propuestos).

De este estudio se extrajo el perfil de los SAU en España, su estructura y personal. Sirvió para establecer un estándar útil para la descripción del estado de los SAU en España al tiempo que facilitaba el estudio de la tendencia evolutiva de estos servicios.

- Se decía que los responsables de estos servicios eran mujeres de una edad media de 41 años (el 77% diplomadas en Enfermería y el 62% asistentes sociales), que dependían del nivel más alto jerárquico de la organización y que disponían de un reglamento de funcionamiento en el 57% de los casos.
- También se apuntaba sobre su actividad las **propuestas de mejora** a la Dirección del centro sanitario (92% de los entrevistados) centradas en acciones tendentes a evaluar la opinión de los usuarios, facilitar información, gestionar prestaciones del sistema sanitario y apoyar el trabajo social.
- La **formación al personal** se centraba en comunicación, informática, idiomas, calidad, aspectos legales y bioética.
- De la **participación** de estos servicios en foros científicos surgían 0,7 comunicaciones y 0,6 artículos anuales.
- La **comunicación interna** se realizaba mediante reuniones con las direcciones y con otros servicios oral y telefónicamente.
- La **información al usuario** se realizaba principalmente mediante entrevistas personales, publicaciones internas, charlas grupales y por medio de las asociaciones de consumidores.
- En el 2000, el 70% de los servicios ya disponían de **guías del usuario**, que habían sido elaboradas, en el 60% de los casos, por los profesionales del SAU, y estos eran, en el 54% de los casos, responsables de su distribución. El 78% de los servicios entrevistados entregaba la **carta de derechos y deberes** de los usuarios, y además la distribuían entre los profesionales (66%).

Hay múltiples normativas que fundamentan la formación y el mantenimiento de los SAU, entre las que destacan las relacionadas con la autonomía del paciente, que se orientan a la consecución de un modelo horizontal o democrático de relación usuarios-equipos sanitarios.

A continuación presentamos una relación de **normativas** relacionadas con la información sanitaria y los derechos y obligaciones de los usuarios de la sanidad:

- La Orden de 6 septiembre de 1984, sobre obligatoriedad de elaborar un informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos (5).
- La Ley 14/1986 en el artículo 9 señala que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a este, de sus derechos y deberes, que se recogen en los artículos 10 y 11.
- El Real decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Este R. D. especifica las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la Sanidad. Hace referencia a los servicios de información y documentación sanitaria específicamente, cuya constitución se centra en:
 - La información al paciente y a sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, en particular, para la adecuada prestación del consentimiento informado y la utilización del sistema sanitario, así como, en su caso, de los demás servicios asistenciales, en beneficio de su salud, asistencia, atención y bienestar.
 - La información y, en su caso, tramitación de los procedimientos administrativos necesarios para garantizar la continuidad del proceso asistencial.
 - La expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos para la valoración de la incapacidad u otros efectos.
 - El informe de alta, al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o el informe de consulta externa de atención especializada.
 - La documentación o certificación médica de nacimiento, defunción y demás extremos para el Registro Civil.
 - La comunicación o entrega, a petición del interesado, de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos contenidos en ella, sin perjuicio de la obligación de su conservación en el centro sanitario.

- La expedición de los demás informes o certificados sobre el estado de salud que deriven de las demás prestaciones sanitarias, o que sean exigibles por disposición legal o reglamentaria.

Se ha producido, como ya hemos comentado, un gran cambio en lo referente a la **autonomía del paciente y a sus derechos y obligaciones** en materia de información y documentación clínica, que conlleva un cambio para la sanidad española, y especialmente en las relaciones con los usuarios o ciudadanos.

Volviendo al ejemplo de la Comunidad de Castilla y León, concretando la legislación anterior, tenemos las siguientes normas:

a) El Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario. En él se define el ámbito de aplicación que se extiende a todos los centros, servicios y establecimientos de cualquier nivel, categoría y titularidad ubicados en su territorio.

En esta norma se describe el contenido de las guías de información (datos relativos a la identificación del centro, servicio o establecimiento y los relativos a los derechos, deberes y normas de utilización). En cuanto a datos relativos a los derechos, deberes y normas de utilización, menciona los siguientes:

- Atención al público. Lugares y horarios de atención al público para información no asistencial.
- Visitas. Horarios y régimen de visitas, si procede.
- Información asistencial. Lugares y horarios establecidos para ella.
- Reclamaciones y sugerencias. Referencia expresa a la disponibilidad de hojas de reclamaciones y sugerencias, así como a la unidad o persona responsable de su tramitación.
- Tarifas. Se indica el lugar y horario en el que se pueden consultar las tarifas de las personas obligadas al pago.
- Normas de régimen interno. Normas internas que afecten a los usuarios.
- Derechos y deberes. Relación de derechos y deberes conforme a la legislación vigente.

Esta normativa afecta de pleno a la función de los SAU y abre un nuevo campo de actuación en cuanto a la información al usuario.

b) Orden SAN/279/2005, de 5 de abril. Especifica el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario de Castilla y León y regula la gestión y el análisis de la información derivada de estas. Además se ofrece un marco de actuación donde el ciudadano es el protagonista y en el que los profesionales utilizan los mismos criterios ante la opinión de los usuarios.

Mediante esta norma se facilita la unificación de criterios en la clasificación y tramitación de las reclamaciones en el ámbito de la comunidad autónoma, proporcionando datos homogéneos comparables entre los distintos centros asistenciales, así como un modelo para la recogida de datos que mejora la calidad de los servicios.

Sobre las garantías de información, en el ámbito estatal, contamos con las siguientes normas:

a) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En su artículo 26 se establecen las garantías de información. De forma específica señala cómo los servicios de salud informarán a los ciudadanos de los derechos y deberes, prestaciones y cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como de los requisitos necesarios para el acceso a estos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Son derechos y obligaciones establecidos también en las correspondientes normas autonómicas, en su caso.

b) Real decreto 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funciones de los hospitales gestionados por el INSALUD.

Esta norma, vigente en el ámbito de la atención especializada del Servicio de Salud de Castilla y León, establece que el área de actividad denominada «Atención al Paciente» queda adscrita a la gerencia del hospital.

Las **funciones de los servicios de atención al usuario** en la Comunidad Autónoma de Castilla y León están reflejadas en distintas normativas del Servicio de Salud autonómico. Resumidamente, son las siguientes:

- Velar y tutelar el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes. El principio rector está regulado en la Ley General de Sanidad (artículos 9, 10 y 11), aunque cada comunidad autónoma ha desarrollado su carta específica.
- Atender, tramitar e impulsar todas las reclamaciones, sugerencias, quejas y agradecimientos que se presenten con respecto al centro sanitario.

- Conocer el grado de satisfacción de los usuarios, proporcionando acciones de mejora.
- Ser gestoría de usuarios dando información y orientando a los pacientes sobre el centro sanitario y el sistema de salud.
- Velar por el desarrollo de una coordinación sociosanitaria dentro del área de influencia.
- Desarrollar acciones de mejora en la hospitalización.
- Realizar tareas de educación sanitaria colectiva.

3.2. Los servicios de información y atención al paciente en la actualidad

Podríamos decir que atención al usuario es casi todo lo que acompaña a la actividad asistencial, y también elementos concretos de la misma actividad asistencial. Por lo tanto, es todo lo que añade valor a la asistencia, al servicio y a la organización, y que comporta la satisfacción de los usuarios que implica a toda la organización; así pues, a todos los profesionales.

La evolución de estos servicios, como hemos expuesto anteriormente, ha dado lugar a una definición más concreta de las líneas estratégicas, organización y funciones, recogidas por la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad y desarrolladas en la actualidad en algunos servicios de salud y que están disponibles en <http://www.seaus.net/documentos-interes-seaus>.

3.2.1. Líneas estratégicas básicas en atención al usuario

Las líneas estratégicas básicas en atención al usuario, definidas por la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, serían las siguientes: la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos, así como los aspectos éticos derivados de su aplicación:

- La accesibilidad a profesionales, centros, servicios y prestaciones.
- La información y la comunicación en todos sus aspectos.
- La opinión del usuario y su satisfacción.
- La personalización de la atención en todos los niveles organizativos y personales.
- La mejora continua de la calidad, tanto técnica como percibida.

- La formación, la investigación y la docencia en la materia.

3.2.2. Marco organizativo

Cada Consejería de Salud deberá contar con una Dirección General de Atención al Paciente, que en algunas consejerías se han denominado también de calidad. Marca el modelo y las pautas que seguir.

Cada proveedor de servicios sanitarios deberá contar también con una Dirección de Atención al Usuario que dependa de la Dirección-Gerencia. A partir de esa Dirección de Atención al Usuario, cada organización sanitaria se dotará de los técnicos/cargos intermedios y profesionales de primer contacto que crea necesario para obtener el adecuado proceso de atención eficaz y eficiente en atención al usuario, y decidirá la ubicación física del servicio.

Por lo tanto, se definen cuatro niveles en el marco organizativo:

- La Dirección General de Atención al Ciudadano, al Paciente y Calidad, en la Consejería de Salud (DGAC).
- La Dirección de Atención al Usuario, en cada proveedor de servicios (DAU).
- Los mandos intermedios.
- Los profesionales de primer contacto con el cliente.

3.2.3. Funciones y líneas de trabajo

La Dirección General de Atención al Ciudadano, al Paciente y Calidad en la Consejería de Salud de cada comunidad autónoma es la responsable de implantar el modelo de atención.

Podríamos resumir sus funciones así:

- Definir el modelo de atención al usuario en el sistema sanitario.
- Definir las líneas que desarrollar por parte de las direcciones de atención al usuario de los diferentes proveedores del sistema sanitario público, concertado y privado.
- Implantar y desarrollar la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos.
- Informar a los ciudadanos de la cartera de servicios y prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud vigente en cada momento.

- Informar y facilitar el ejercicio de los derechos que se deriven de la aplicación de la legislación vigente (derecho a la información, libre elección, segunda opinión, voluntades anticipadas, etc.)
- Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, mediante estudios de opinión, y haciendo el análisis de las causas de las reclamaciones y sugerencias.
- Identificar las necesidades e implantar las medidas de calidad necesarias.
- Definir un sistema de indicadores de calidad en atención al cliente.
- Establecer mecanismos y criterios para la evaluación continuada de la calidad de centros, unidades y servicios, así como de los diferentes procesos, a través del establecimiento de un plan de calidad.
- Colaborar en la elaboración y distribución de materiales y publicaciones de información y educación sanitaria, coordinando la comunicación institucional dirigida al paciente.
- Promover la investigación y la docencia.

Las direcciones de atención al usuario de cada proveedor, bajo las directrices y principios básicos marcados desde la Dirección General de Atención al Ciudadano de cada comunidad autónoma han de velar por la calidad, la eficacia y la equidad en el desarrollo de sus políticas de atención al usuario en un sentido integrador, facilitando a su vez la coordinación con otros proveedores.

La Dirección de Atención al Usuario de cada proveedor ha de tener capacidad directiva suficiente para diseñar las estrategias de empresa orientadas al cliente, incorporando la participación de los agentes sociales y fomentando la intervención en la comunidad.

Es, por definición, la que implanta las líneas estratégicas marcadas desde la consejería en su centro o zona, siempre de acuerdo con la misión y los valores de su empresa.

La Dirección de Atención al Usuario, integrada en la Dirección-Gerencia, se centra en:

- El cliente externo. Tanto a través del conjunto de profesionales como de forma directa y personalizada, atendiendo a aquellos usuarios que acuden al servicio por propia iniciativa.
- Al cliente interno. Al que debe prestar el máximo soporte para que pueda atender de forma adecuada a sus propios clientes.

- Las funciones principales de la Dirección de Atención al Usuario del Proveedor.

En general, las funciones serían las siguientes:

- La promoción y el respeto de los derechos y deberes de los ciudadanos-clientes del sistema sanitario y la equidad de los servicios.
- La personalización de la atención.
- La mejora de la calidad de la atención y la satisfacción de los clientes.

En este sentido, la Dirección de Atención al Usuario se encargaría de:

- Diseñar e implantar un modelo de atención al usuario definido por la Dirección General de Atención al Ciudadano de acuerdo con la misión y los valores de la propia organización, definiendo e implementando estrategias que pongan esta al servicio de los ciudadanos.
- Garantizar el compromiso con la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos, teniendo en cuenta los aspectos éticos de la organización.
- Informar y difundir en su ámbito la cartera de servicios y prestaciones sanitarias vigentes.
- Garantizar la accesibilidad de sus usuarios a los servicios sanitarios propios y la coordinación con otros proveedores.
- Mejorar los procesos y su continuidad.
- Gestionar y evaluar la opinión del usuario y su satisfacción mediante la elaboración y posterior análisis de estudios, encuestas, reclamaciones, agradecimientos y sugerencias.
- Colaborar en la elaboración de materiales y publicaciones de información, educación sanitaria, y coordinar la comunicación dirigida al paciente.
- Establecer criterios y mecanismos para la evaluación continuada de la calidad en los centros, unidades y procesos, mediante un plan de calidad.
- Promover la formación, la investigación y la docencia.
- En general, desarrollar los diferentes apartados de la cartera de servicios propia de atención al usuario.

Por lo tanto, la Dirección de Atención al Usuario fomenta, impulsa y homogeneiza todas las actividades y elementos de la organización en referencia a la atención al usuario, sus líneas estratégicas y su cartera, alimentando y actuando en todos los puntos del proceso global y continuado de atención al paciente.

Promueve medidas encaminadas a simplificar los procesos que afectan al usuario, procurando un servicio homogéneo y equitativo, en el marco de un modelo de organización enfocado a sus clientes, ágil, flexible y dinámico. Actúa en todo momento como motor y elemento dinamizador de las políticas de atención a los ciudadanos en el ámbito sanitario, potenciando una cultura que ponga la organización al servicio de las personas.

3.3. Aportaciones de los servicios de información y atención al paciente

Los profesionales de los servicios de atención al usuario han trabajado, según el marco legal descrito, basándose en las recomendaciones de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Son múltiples los estudios sobre el tema recogidos en la literatura. Señalamos a continuación algunos de los trabajos realizados sobre los diferentes campos de actuación de los servicios de atención al usuario.

Por lo que respecta al objetivo de **velar y tutelar el cumplimiento de los derechos y deberes y la promoción y difusión de la carta de derechos y deberes** de los pacientes, distintos trabajos ponen en evidencia el interés de los profesionales por el quehacer diario y la evaluación de sus acciones. En primer lugar, se debe destacar que, desde el punto de vista perceptivo, parece que el usuario es más conocedor de los derechos que de las obligaciones, pero incluso los derechos no se perciben como tales. Carulla constata esta afirmación al analizar en qué medida los usuarios sienten que se respeta su intimidad al estar ingresados en un hospital.

Para la realización de dicho estudio se entrevistó a ciento quince pacientes ingresados que respondieron a preguntas relacionadas con la intimidad y el descanso.

Llama la atención a que, ante preguntas concretas relacionadas con la intimidad (como, por ejemplo, si los profesionales llamaban a la puerta antes de acceder a la habitación), un 40% contesta que a veces, nunca o que no sabe, mientras que a la pregunta directa de si sintió que se les respetaba su intimidad la percepción es alta:

Respuesta	N	%
Siempre	98	85%
A menudo	3	3%
A veces	0	0%
Nunca	0	0%
N. C.	14	12%

Esta discordancia hace pensar que los usuarios de los pacientes no perciben este derecho reconocido, algo que se justifica por su condición de enfermos, como constata Polaino:

«estamos tan absortos en nuestro problema principal, que nos volvemos tolerantes y poco críticos con situaciones agresivas hacia nuestra persona, que en otras circunstancias de nuestra vida, en las que la enfermedad no está presente, percibiríamos de forma distinta e incluso seríamos capaces de reclamar enérgicamente amparados por la fortaleza que emerge cuando se sienten lesionados los derechos fundamentales» (Polaino, 2001).

Posterior al estudio de Carulla, y en el marco de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se realizó un estudio sobre **el conocimiento que tienen los usuarios del hospital sobre los derechos y deberes**. El estudio 1 se lleva a cabo sobre pacientes mayores de catorce años, ingresados procedentes de urgencias y programados, con una estancia superior a tres días, con exclusión de los que estaban ingresados en unidades psiquiátricas, de cuidados intensivos, penitenciarias y pacientes comatosos.

Los derechos más reconocidos fueron el derecho a información completa y confidencial (85%) y el consentimiento informado para la realización de investigaciones (85%). Los menos reconocidos fueron el derecho a exigir que se cumplan sus derechos (59%) y el derecho a que la hospitalización afecte lo menos posible a sus relaciones sociales (56%). Por otra parte, el estudio constató que solo el 25% de los entrevistados conocía la Carta de derechos y deberes de los usuarios. En este caso, la encuesta hace referencia a los derechos y deberes, y el entrevistado lo identifica como «derecho», «deber» o «no sabe / no contesta».

En las conclusiones se menciona la necesidad de seguir con la tarea de divulgar y dar a conocer la carta de derechos y deberes de los usuarios y la función de los servicios de atención al usuario.

También destacamos distintas acciones promocionadas por las gerencias, con participación directa de profesionales de la sanidad para la promoción y puesta en marcha de planes relacionados con **la difusión y garantías de los derechos y deberes**, entre ellas, el Plan director de información Hospital Clínico San Carlos, expuesto en el V Simposium de la Sociedad Española de Atención al

Referencia bibliográfica

M. T. Polaino (2001). *Seaus* (vol. 1, núm. 10).

Referencia bibliográfica

M. J. Moriano, y otros (2002). «Derecho a la información. El derecho más reconocido por los usuarios». En: V Simposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Libro de comunicaciones. Gijón.

Usuario de la Sanidad, en el que se concluye que se necesita una estrategia planificada en la que la Dirección esté totalmente implicada y que va más allá de las unidades de atención al usuario, incluidos los servicios de información.

En este sentido, en el X Congreso de la SEAUS (Salamanca, 2001) se presentaron varios trabajos, como el de M. E. Caraballero, orientado a evaluar la mejora de la difusión desde la publicación de la Carta de derechos y deberes de la Comunidad Canaria, reconociendo el esfuerzo de los servicios de atención al usuario y admisión.

También se ha escrito abundante literatura referida a derechos reconocidos y desarrollados más recientemente como la libre elección de especialista, el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica, la segunda opinión médica o las voluntades anticipadas.

Por lo que respecta a la **libre elección de especialista**, un derecho en el que el personal de primer contacto está muy implicado (pues se debe informar de él al usuario en el momento de iniciar la primera cita), debemos recordar que es un derecho con bajo índice de reconocimiento por parte de los usuarios. Los usuarios suelen ejercer este derecho a partir de experiencias personales y no de datos objetivos que puedan determinar quién es el profesional más adecuado para el proceso de salud del usuario. Generalmente, suelen asociarlo a criterios de accesibilidad al servicio a partir de la información que reciben sobre demoras, y su elección suele recaer en quien los pueda atender lo antes posible.

Cuando se ha analizado la evolución de la aplicación de este derecho, se concluye que sigue relacionado con los plazos de demora: no se observa un aumento significativo de peticiones de cambio de facultativo si no aumentan las demoras.

Referencia bibliográfica

«Plan director de información Hospital Clínico San Carlos». En: Libro de comunicaciones del V Simposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Gijón. C. Berlanga Aguiñiga (2002). «Evolución de la libre elección de especialista en un centro de salud 1997-2000». SEAUS (vol. 2, núm. 12, págs. 12-13).

En cuanto a la información clínica o **información asistencial**, los servicios de atención al usuario han participado en la elaboración, evaluación y normalización en los comités de ética asistencial de los consentimientos informados con el objetivo de que estos garantizaran el derecho y estuvieran contruidos sobre la base de las recomendaciones de los comités de bioética, hasta que fueron publicadas las guías en los diferentes sistemas de salud. El estudio del grado de cumplimentación de los consentimientos ha llevado a la elaboración de planes de mejora.

Referencias bibliográficas

P. Cobos Fernández (2002). «Libre elección de especialista, una oferta accesible». SEAUS (vol. 2, núm. 12, págs. 10-11).

En este artículo se hace hincapié en el derecho de los facultativos a tener repartida la carga de trabajo de forma equitativa, en especial en los centros de atención primaria:

M. X. Bernat (2001). «Libre elección de médico, sí, pero ¿cómo?». En: Actas del X Congreso de la SEAUS. Salamanca.

Referencia bibliográfica

J.L. García Romero (2001). «Evaluación de un plan de mejora para la cumplimentación de los consentimientos informados», presentado en el X Congreso de la SEAUS 2001.

A propósito de las diferentes legislaciones autonómicas en materia de **consentimiento informado de los menores de edad**, B. Andreu Martínez realiza un estudio que prueba la existencia de importantes discrepancias en la regulación de ciertos aspectos del consentimiento informado prestado por menores de edad, entre las distintas leyes autonómicas, así como divergencias con la Ley estatal 41/2002, y que estas no deben ser aplicadas, en su opinión, aportando la alarma de la falta de equidad en la aplicación de las normas para los distintos servicios de atención al usuario.

Por lo que respecta al **acceso a la historia clínica** y a la obtención de copia de los datos que figuren en ella, cabe destacar que esta actividad ha ido en aumento en algunos de los servicios que han asumido esta tarea para garantizar el derecho por su falta de regulación y que se han preocupado, en algunos casos, de elaborar protocolos consensuados con las asesorías jurídicas de los centros asistenciales.

Otro de los aspectos en los que los servicios de atención al usuario han participado directamente es la información de los servicios y la **acogida en los centros asistenciales**. Desde el inicio, los profesionales de los servicios de atención al usuario han elaborado los manuales de acogida al paciente. En un principio, de acuerdo con las recomendaciones del Plan de Humanización de la Asistencia del INSALUD y, posteriormente, adecuándolos a las normativas de cada comunidad autónoma. La Ley 41/2002, en su artículo 12, dice, referente a la información en el Sistema Nacional de Salud:

«1) Además de los derechos reconocidos en los artículos anteriores, los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

2) Los servicios de salud dispondrán en los centros y servicios sanitarios de una guía o carta de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre las guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones.

3) Cada servicio de salud regulará los procedimientos y los sistemas para garantizar el efectivo cumplimiento de las previsiones de este artículo recogidas en la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud».

De esta forma, se han elaborado manuales de cada centro, que se entregan al ingreso de los pacientes y se distribuyen por los distintos centros asistenciales, que recogen la información que precisa el usuario para hacer uso de los servicios y para acceder a las consultas y los servicios de urgencias y disponen de un resumen de los derechos y deberes en materia de salud.

Posteriormente, se han elaborado las guías de acuerdo con el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario. Estas guías deberían

Referencia bibliográfica

B. Andreu Martínez. «Grandes diferencias entre las leyes autonómicas en la regulación del consentimiento informado de los menores de edad».

Referencia bibliográfica

I. Mateos del Riego. «Acceso del paciente a la historia Clínica». XII Congreso Nacional de la SEAUS 2005 elaborando protocolos consensuados en algunos casos, con las asesorías jurídicas de los centros asistenciales.

estar a disposición de los usuarios en un lugar identificado, visible y accesible y, cuando existan las correspondientes unidades, debería haber un ejemplar al menos en Atención al Usuario, Admisión, Consultas Externas y Urgencias.

Las guías de información deberán estar a disposición de los usuarios en un lugar identificado, visible y accesible a estos. Cuando existan las correspondientes unidades, deberá haber un ejemplar de la guía al menos en Atención al Usuario, Admisión, Consultas Externas y Urgencias. El contenido de las guías lo describimos en el siguiente cuadro:

Contenido de las guías de información al usuario

Las guías de información al usuario contendrán como mínimo los siguientes aspectos:

Datos relativos a la identificación del centro, servicio o establecimiento:

- Denominación. Denominación completa del centro, servicio o establecimiento.
- Datos de comunicación. Dirección postal, teléfono y, en su caso, fax y direcciones telemáticas.
- Autorización y registro. Fecha de autorización y datos de inscripción en el registro regulado en el Decreto 93/1999, de 29 de abril.
- Titularidad. Se indicará si esta es pública o privada, y la persona o entidad a la que corresponda.
- Organigrama. Estructura organizativa; se ha indicar expresamente el cargo de la persona que ostente la máxima responsabilidad sobre la dirección del centro, servicio o establecimiento.
- Oferta de servicios. Características asistenciales y prestaciones disponibles.
- Personal. Referencia a la plantilla de personal desglosada por grupos profesionales.
- Instalaciones y medios técnicos.

Datos relativos a los derechos, deberes y normas de utilización:

- Atención al público. Lugares y horarios de atención al público para información no asistencial.
- Visitas. Horarios y régimen de visitas, si procede.
- Información asistencial. Lugares y horarios establecidos para esta.
- Reclamaciones y sugerencias. Referencia expresa a la disponibilidad de hojas de reclamaciones y sugerencias, así como a la unidad o persona responsable de su tramitación.
- Tarifas. Indicación del lugar y horario en los que las personas obligadas a pagar pueden consultar las tarifas.
- Normas de régimen interno. Normas internas que afecten a los usuarios.
- Derechos y deberes. Relación de derechos y deberes conforme a la legislación vigente.

Una preocupación fundamental de los profesionales de los SAU es la actualización de los datos de dichas guías, como se evidencia en el estudio de Ana Botaya presentado en el IV Simposium de la SEAUS (Huesca, 2000) en el que

destaca el alto índice de cumplimentación de este objetivo institucional, 87%, y el interés por aumentar el porcentaje con el análisis de factores relacionados con las personas que deben realizar esta tarea.

Esta preocupación ha llevado a que en algunos SAU se organicen jornadas «Conoce tu hospital» (como el caso expuesto por Víctor Manuel Expósito Martín), que persiguen tanto dar a conocer los recursos a los ciudadanos como identificar sus necesidades mediante una visita guiada.

En el quehacer diario, los SAU realizan acciones comunicativas de diverso tipo: personales o telefónicas, con apoyo documental (entrega de manuales de acogida), visitas (a asociaciones de enfermos), participación en los medios de comunicación, etc.

Se trata de acciones dirigidas a conseguir que el ciudadano conozca sus derechos y obligaciones.

Evidentemente, la comunicación comporta bidireccionalidad, por lo que los SAU recogen la voz del paciente mediante los servicios de recepción de **reclamaciones y sugerencias**, y la elaboración de estudios de opinión y **satisfacción** del usuario.

Por lo que respecta a la **implicación social de la tarea asistencial**, no podemos obviar la Ley 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado, que tiene por objeto promover y facilitar la participación solidaria de los ciudadanos en el seno de organizaciones sin ánimo de lucro. Sobre la base de esta ley se genera en los centros asistenciales la figura del coordinador del voluntariado que se ha asignado a los servicios de atención al usuario. Entre las acciones que se han realizado desde esta coordinación, aparte de las reuniones periódicas, cabe destacar la elaboración de guías de los grupos de voluntariado y asociaciones de enfermos en el área asistencial para una mejor información al usuario o actividades para formar a estos voluntarios para que puedan participar en acciones concretas.

Un ejemplo de formación a voluntarios es del grupo de apoyo a los cuidadores de los pacientes trasplantados de médula ósea en el Hospital Universitario de Salamanca, que actualmente desarrolla un grupo de voluntarios ASCOL.

Recordemos el desarrollo que han tenido en los últimos cuarenta años las asociaciones de enfermos y su indudable protagonismo en la evolución de un modelo sanitario paternalista a otro más democrático. Aspecto que ya hemos comentado.

Referencia bibliográfica

M. J. Moriano Béjar, y otros. «Programa de apoyo a los cuidadores de la Unidad de trasplante de médula ósea en el Hospital Universitario de Salamanca». *Enfermería Oncológica* (núm. 30, pág. 167).

Otro de los puntos que ha preocupado a los servicios de atención al usuario, y que también se contempla en la guía elaborada por la sociedad, es la labor del **personal de primer contacto**. En este sentido, el interés se ha centrado en definir el perfil, evaluar la función y establecer criterios de formación que se adapten a los criterios de calidad de atención y a la necesidad de su disponibilidad para dar una respuesta a las demandas de los usuarios de forma que se reduzcan los trámites.

Las funciones del personal de primer contacto están fundamentalmente centradas en una atención personalizada y están disponibles en los servicios de citas, atención al usuario e información.

Otra de las preocupaciones de los SAU, en su interés por velar por los derechos de los usuarios, es la **atención a los inmigrantes**, un colectivo con alto riesgo de exclusión. En el XI Congreso de la SEAUS (Esplugues de Llobregat, 2003), R. Chumillas presentó la ponencia «¿Conocemos para qué países somos un distrito de preferencia?».

En este estudio se muestra que el porcentaje de población inmigrante más alto corresponde a Latinoamérica, cosa que facilita la comunicación, al compartir idioma. El segundo grupo en porcentaje lo constituyen los inmigrantes provenientes de la Europa oriental, que al presentar, en general, un nivel cultural medio-alto se adaptan fácilmente al nuevo entorno. Por lo que respecta a los inmigrantes asiáticos, principalmente chinos y centroafricanos, el estudio advierte que requieren una atención especial para que puedan asimilar la información.

El fenómeno de la inmigración, que llegó a su punto máximo en el 2011 con 5.751.487 de extranjeros, ha variado. A partir de este año comenzó a disminuir hasta situarse en 4.426.811 en el año 2015. Por nacionalidades, en términos relativos, los mayores crecimientos fueron para los residentes de Ucrania (3,7%), Italia (2,5%) y Francia (1,5%). Por su parte, los mayores descensos se dieron entre los nacionales de Bolivia (-7,2%), Ecuador (-5,5%) y Colombia (-4,3%).

Los SAU deben conocer el perfil de la población inmigrante, ya que son estos servicios los que deben resolver en primera instancia sus necesidades y dudas.

Este tipo de estudios han dado lugar a la exigencia de medidas por parte de las gerencias que ayuden a los profesionales a comunicarse con esta población y acciones formativas para el tratamiento de las enfermedades adaptando los tratamientos a la cultura de procedencia.

En relación con la **población infantil**, los SAU se han preocupado de dar a conocer los derechos del niño. De nuevo, tenemos que hacer referencia al Plan de Humanización, en el que se contemplaba el acompañamiento del niño por parte de su tutor. También han intervenido en la acomodación de las unida-

Referencia bibliográfica

Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np917.pdf>

des de hospitalización, coordinación con las escuelas hospitalarias, acciones lúdicas en coordinación con grupos de voluntariado, equipos deportivos... Así como en acciones que garanticen la atención a los padres o tutores.

Respecto a este último aspecto, destacamos el trabajo de M. J. Moriano y colaboradores «Un modelo de evaluación para la mejora de los cuidados de las familias con niños prematuros en el Hospital Universitario de Salamanca», publicado en la revista *Signo*. Analiza la situación peculiar en la que se encuentran los padres de hijos prematuros y los bebés, los procesos básicos en los que están inmersos desde el punto de vista biológico y psicosocial, el proceso de maternidad como antesala de lo que será el parto prematuro y las consecuencias derivadas de la experiencia del ingreso en una unidad de cuidados intensivos de neonatología. Asimismo, propone acciones de mejora que garanticen una información accesible y de calidad dentro de una atención psicosocial a las familias que tienen un hijo prematuro.

Como ya hemos comentado, quizás una de las acciones por las que son más reconocidos los SAU es la **atención, trámite e impulso de las reclamaciones, sugerencias, quejas y agradecimientos** que se presenten los usuarios respecto al centro sanitario.

Esta labor se rige por las normas para la gestión de reclamaciones y sugerencias formuladas por los usuarios de la sanidad en el ámbito del INSALUD de 10 de junio de 1992, normativa que unifica los criterios de tramitación de reclamaciones en los diferentes centros asistenciales en aquel entonces dependientes del INSALUD.

La transferencia de las competencias en Sanidad a las distintas comunidades autónomas da paso a la elaboración de normativas por parte de las diferentes consejerías de salud para regular el derecho de los ciudadanos a utilizar los procedimientos de reclamaciones y sugerencias.

En este marco, los SAU se rigen por una gestión común centralizada e informatizada dirigida a la mejora de la calidad asistencial.

La aplicación de esta normativa supone una tarea de atención personalizada, valoración de las dificultades que los usuarios tienen al hacer uso de los servicios sanitarios, respuesta inmediata centrada en el problema planteado, resolución del problema si es posible, investigación del motivo de reclamación, propuesta de mejora a la gerencia.

Para Castilla y León, la norma es el Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamación y sugerencia en el ámbito sanitario.

De acuerdo con este marco legal, y tomando como referencia la Comunidad Autónoma de Castilla y León, el Hospital Universitario de Salamanca y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León realizan un estudio para determi-

nar cómo están constituidos y qué funciones desarrollan los profesionales del SAU que puede servir de referencia para la elaboración de un plan de comunicación e información con el usuario. Según los datos obtenidos de este estudio, los profesionales de los SAU desarrollan las siguientes actividades:

Profesional	Actividad
Responsable del SAU	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del personal • Coordinación con Dirección • Gestión de reclamaciones • Actualización de información de las guías de servicios y prestaciones • Atención personal a usuarios • Resolución de conflictos • Encuestas de satisfacción • Participación en comisiones • Educación sanitaria • Coordinación de aulas escolares • Estudios sobre las expectativas y la satisfacción de los pacientes • Participación en grupos de mejora de diferentes procesos apartando la perspectiva del usuario • Coordinación con los grupos de autoayuda, asociaciones de enfermos, voluntariado... • Coordinación y apoyo a acciones dirigidas al entretenimiento de los pacientes hospitalizados (biblioteca, actos lúdicos...) • Evaluación del derecho a la información y el acceso a la historia clínica • Coordinación con otros profesionales de distinto nivel asistencial, transmisión de información relevante para el seguimiento de los pacientes • Elaboración y actualización de guías de acogida • Evaluación de los diferentes procesos en el servicio de atención al usuario y elaboración de informes para la mejora de la atención a los usuarios del propio servicio • Participación en los comités de ética asistencial • Participación en los cursos de formación continuada en materia de calidad de atención a los usuarios, derechos y deberes, ética de cuidados, habilidades de comunicación, resolución de conflictos
Profesionales del SAU	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a las reclamaciones • Citaciones • Ordenes de asistencia • Traslados • Tramitación de documentación • Información de voluntades anticipadas, comité de ética asistencial • Tramitación de pruebas a centros concertados • Tramitación de prestaciones • Coordinación intrahospitalaria y extrahospitalaria • Atención al público personal y telefónica • Informar • Solicitud de documentos, historia clínica • Entrega de documentos • Gestión de citas • Programa de reclamaciones • Registros civiles • Colaboración en encuestas poshospitalización • Biblioteca para pacientes
Trabajador/a social	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de recursos sanitarios y sociales • Información recursos familiares • Orientación sobre los recursos • Coordinación paciente-familia, seguimiento de casos... • Informes sociales • Detección del riesgo social al ingreso • Atención a la infancia • Programas de violencia

Los SAU desempeñan una función importante relacionada con la información, sobre todo no asistencial, aunque participa en procesos de información asistencial, cuyo objetivo es el de velar por los derechos de los usuarios.

La participación de los SEAU en materia de información la resumimos en la siguiente tabla:

Participación de los SAU en los procesos de información asistencial y no asistencial

Información no asistencial	Información asistencial
Derechos y deberes	Consentimiento informado
Servicios	Voluntades anticipadas
Acceso a los servicios	Guías de cuidados y autocuidados
Prestaciones	Entrega de documentación clínica
Procedimientos administrativos	Solicitudes de informes clínicos
Normas de las organizaciones	Segunda opinión médica
Reclamaciones, quejas y sugerencias	
Encuestas de opinión y satisfacción	
Voluntariado	

Los **servicios de información** constituyen otro de los procesos de apoyo a la relación asistencial, además de añadir valor a la misión de la organización, ya sea esta asistencial, preventiva, curativa o terapéutica, rehabilitadora, de cuidados al final de la vida, docente o investigadora.

La información al usuario es un proceso de comunicación relacional en el que el informador emite contenidos ajustados a las necesidades informativas de los usuarios, a la vez que facilita una atención de calidad.

Las unidades de información de las organizaciones sanitarias trabajan con personal de apoyo a toda la actividad que se desarrolla en ellas, por lo que deberán tener una estructura dotada de personal suficiente y recursos informativos para los distintos procesos que se den en la organización.

Dada nuestra experiencia en hospitales, describiremos un modelo de servicio de información, que en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León fue pionero en el año 2000 y que en la actualidad se mantiene, después de diferentes evaluaciones y acciones de mejora. Este ejemplo nos será útil para definir las funciones, acciones y criterios de calidad aplicables a estos servicios.

El Complejo Asistencial de Salamanca

El Complejo Asistencial de Salamanca es un gran hospital universitario de referencia regional y nacional con una cartera de servicios que incluye prácticamente todas las prestaciones del sistema de salud español.

El Área de Salud de Salamanca tiene adscritos 353.404 habitantes, el 44% de los cuales son de un entorno urbano. El resto pertenecen a zona rural.

La estructura física del hospital la describimos en la siguiente tabla:

Estructura física

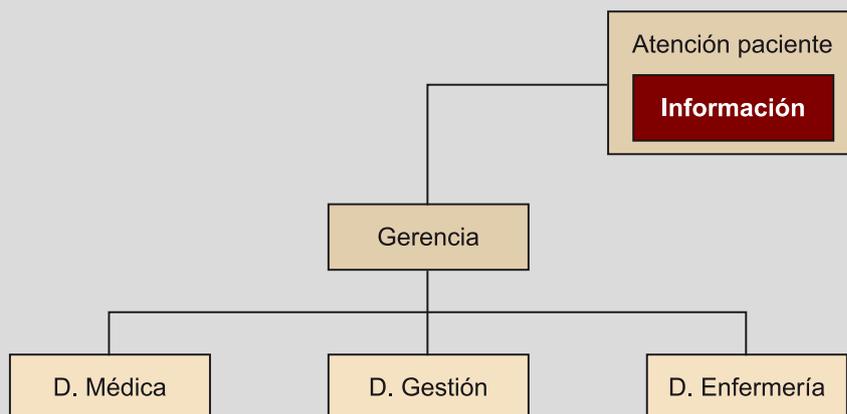
Camas en funcionamiento de agudos	903
Camas en funcionamiento de media-larga estancia	110
Quirófanos programados funcionantes	20
Locales de consulta médica	179
Puestos de hospital de día onco-hematológico	15
Puestos de hospital de día sida	2
Puestos de hospital de día general	2

El tamaño del hospital hace que el número de usuarios sea muy elevado en los diferentes procesos de consultas, hospitalización y urgencias.

En el año 2000, se inicia un proyecto dirigido a satisfacer las necesidades informativas de los usuarios que se estaban detectando desde el Servicio de Atención al Usuario (SAU).

En el Servicio de Salud de Castilla y León, los SAU dependen, a nivel central, del Servicio de Relaciones con los Usuarios; y a nivel hospitalario están adscritos a la Gerencia, por lo dispuesto en el Reglamento de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (RD 521/87).

Adscripción funcional de los servicios de información

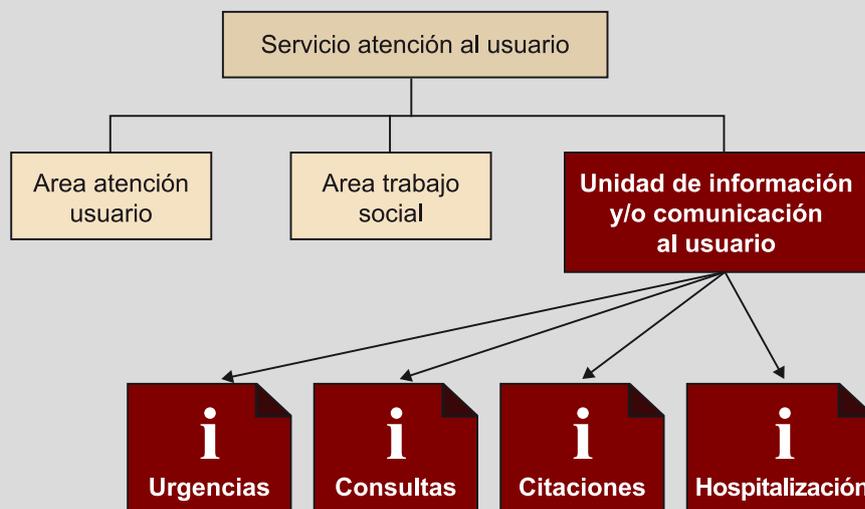


Este proyecto consistió en la creación de un **Área de Información y Comunicación** adscrita a la Gerencia de Atención Especializada de Salamanca, única, homogénea, que llegara al mayor número de usuarios; dinámica en la información y comunicación con los ciudadanos y coordinada entre las distintas áreas de trabajo del SAU, servicios y unidades del hospital. El objetivo general fue mejorar la calidad de la atención sanitaria con el desarrollo de actividades de información, comunicación, forma-

ción y asesoramiento a los usuarios y/o ciudadanos del Área de Salud de Salamanca, Atención Especializada.

Se definieron unas funciones y se dotaron de medios materiales y humanos para desarrollarlas. La estructura y dotación corresponde a la figura II.

Organización y estructura del SAU y la unidad de información



Se definieron unos **objetivos específicos**:

- Coordinar la información a los usuarios con los diferentes centros de atención especializada del área de Salamanca.
- Elaborar, unificar y mantener actualizada la información dirigida a los usuarios y/o ciudadanos en diferentes canales (puntos de información, folletos, revistas, canal interno de TV...) en Atención Especializada.
- Elaborar manuales y/o guías para la información al usuario que garanticen unificación de criterios (manuales de estilo de información al usuarios y/o ciudadano, guías de comunicación de malas noticias, guías de información en situaciones de crisis, catástrofes...).
- Organizar y/o coordinar actividades para usuarios: sesiones educativas, seminarios específicos, programas de pacientes expertos, programas de apoyo psicosocial, actividades lúdicas, visitas (colegios, alumnos universitarios, asociaciones...).
- Coordinar las acciones de las asociaciones de enfermos en el hospital (voluntariado).
- Facilitar la información para usuarios que se transmite en los medios de comunicación, en coordinación con el Gabinete de Comunicación de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Salamanca.
- Diseñar y realizar encuestas de opinión y/o satisfacción en todos los centros de atención especializada del área de Salamanca, analizar los resultados y proponer acciones de mejora
- Evaluar las diferentes actividades de comunicación con el usuario, analizar los resultados y proponer acciones de mejora.

Se definieron funciones para el responsable de la unidad y los informadores:

Funciones del responsable:

- Coordinar las tareas de los puestos de información de los distintos centros de atención especializada del área de Salamanca
- Evaluar y proponer cualquier modificación en cuanto a recursos humanos, materiales u organizativos del Área de Información y Comunicación con el Usuario.

- Proponer, elaborar, actualizar los documentos informativos para los usuarios de Atención Especializada: manuales de acogida en consultas externas, cirugía ambulatoria, hospitalización, y urgencias general y pediátrica, guía de acogida para pacientes desplazados, guía de acogida para extranjeros, información sobre derechos y obligaciones de los usuarios.
- Elaboración y/o adecuación de folletos informativos específicos de autocuidado del paciente de las unidades de hospitalización, consultas externas...
- Elaborar y actualizar guía de contactos con intérpretes de idiomas y de personas sordomudas.
- Coordinar con los diferentes centros de atención especializada la información a los usuarios.
- Elaborar manuales y/o guías para la información al usuario (manuales de estilo de información al usuarios y/o ciudadano, guías de comunicación de malas noticias, guías de información en situaciones de crisis, catástrofes...).
- Organizar y/o coordinar actividades para pacientes, usuarios y ciudadanos: sesiones educativas, seminarios específicos, programas de pacientes expertos, programas de apoyo psicosocial, actividades lúdicas, visitas (colegios, alumnos universitarios, asociaciones...).
- Coordinar la información que ofrecen las asociaciones de enfermos en el hospital.
- Mantener actualizados los distintos canales de información al usuario (tablones, canales de televisión, expositores, revistas para usuarios...).
- Fomentar y coordinar la participación de diferentes instituciones para el desarrollo y evaluación del plan de comunicación de los usuarios (Sacyl, Universidad Civil y Pontificia con las facultades de Comunicación, Bellas Artes, Psicología, Sociología, con cursos de posgrados como Oncología, Planificación estratégica, Escuelas de enfermería...).
- Diseñar y controlar la ejecución de encuestas de opinión y/o satisfacción en todos los centros de atención especializada.
- Elaborar calendario anual del desarrollo del Plan de Comunicación con los Usuarios.
- Evaluar el Plan de Comunicación con los Usuarios.

Funciones de los informadores:

- Acoger, orientar e informar a todo el público.
- Informar sobre ubicación de servicios asistenciales.
- Informar sobre ubicación de pacientes.
- Atender de forma personalizada a personas que presenten dificultades de orientación, acompañándolas si es necesario.
- Informar de trámites y horarios de la actividad asistencial.
- Informar y reforzar con soporte escrito, sobre las normas del hospital y los derechos y deberes de los usuarios.
- Acoger e informar a los familiares de los pacientes que acuden al servicio de urgencias sobre el momento asistencial en el que se encuentra el paciente, facilitando la comunicación entre profesionales y los acompañantes de los enfermos.
- Informar sobre trámites para obtener diferentes prestaciones del sistema sanitario.
- Apoyar actos (acogidas, actos lúdicos, formativos...) organizados desde la Dirección.
- Atender a usuarios que demanden realizar una reclamación y/o sugerencia.

- Distribuir y recoger encuestas de opinión o satisfacción.

El **perfil profesional** que dirige estas unidades es el siguiente:

Conocimientos:

- Conocimientos sobre los sistemas sanitarios.
- Conocimiento en derechos y obligaciones de los usuarios.
- Conocimientos en comunicación y planificación.

Actitudes:

- Capacidad de liderazgo.
- Capacidad para el trabajo en equipo y la colaboración.
- Orientación hacia la búsqueda de resultados concretos con eficacia y eficiencia.
- Receptividad y flexibilidad.
- Interés por la innovación y el cambio.
- Capacidad para manejar la incertidumbre
- Integridad ante la información confidencial.
- Estabilidad emocional y resistencia al estrés.
- Capacidad para absorber información compleja e intuición.
- Polivalencia.

El Servicio de Atención al Usuario y la Unidad de Información-Comunicación dentro del área global de Admisión han sido acreditados por la norma ISO 9001:2000.

En nuestro caso, los procesos de atención a la información se corresponden con el proceso de atención en urgencias, hospitalización y consultas externas.

Resumen

En este módulo hemos incorporado la relación médico-paciente al centro de la definición y de la evaluación de los procesos asistenciales de las organizaciones sanitarias. Para ello hemos definido al cliente sanitario que en la actualidad nos encontramos como consecuencia del desarrollo tecnológico, político, social y económico de las últimas décadas.

La relación médico-paciente la hemos contemplado desde la perspectiva legal, ética y deontológica y de las relaciones humanas, a la que hemos incorporado unos criterios de calidad, y hemos descrito la metodología de su evaluación.

Dada la importancia del entrenamiento en habilidades de comunicación y trabajo en equipo, hemos hecho una revisión de estas desde el punto de vista teórico, sin olvidar que las habilidades se adquieren cuando se llevan a cabo.

Finalmente, hemos considerado importante definir las funciones de los servicios de atención al paciente y de calidad, ya que su actividad está estrechamente relacionada con la evaluación de la satisfacción e insatisfacción de los clientes sanitarios. Y es al mismo tiempo la base de la garantía de los derechos de los clientes y el apoyo a los procesos asistenciales.

Bibliografía

Alventosa del Río, J. Consentimiento informado del menor en el ámbito de la sanidad y la biomedicina en España. *Rev. Bol. Der.* [online]. 2015, núm. 20 [citado 2016-03-31], págs. 264-290. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2070-81572015000200012&lng=es&nrm=iso. ISSN 2070-8157.

Carrascosa, J. L. (2003). *De la sociedad de la información a la sociedad de la comunicación*. Madrid: Arcadia.

Cayuela, A.; Camacho, J. J.; Ras, X.; Díaz, M. C. (1991). «La opinión de los usuarios a través de las reclamaciones». *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (núm. 65, págs. 215-221). Consejería de Sanidad de Castilla y León. Guía de Consentimiento Informado.

Corbacho, M. S., y colaboradores (2001). «La reclamación encubierta. Identificando problemas de calidad». *Calidad Asistencial* (núm. 16, págs. 29-34).

Cruceiro, A. (1999). (ed.). *Bioética para clínicos. La relación clínica y el consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.

Galán Cortés, J. C. (1999). «La responsabilidad médica y el consentimiento informado». *Rev. Med. Uruguay* (núm. 15, págs. 5-12).

García Gómez-Heras, J. M.; Velayos Castelo, C. (eds.) (2005). *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos.

García Romero, J. L. (2001). «Evaluación de un plan de mejora para la cumplimentación de los consentimientos informados». En: Actas del X Congreso de la SEAUS. Salamanca.

Gómez-Pajares, F.; Pérez-Bermúdez, B.; Fernández-Martínez, S., y otros (2001). «Análisis de supervivencia y tiempos de respuesta de las reclamaciones en un hospital de agudos». *Calidad Asistencial* (núm. 16, págs. 10-14).

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.

Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.

Gómez Sancho M. (1996). *¿Cómo dar malas noticias en medicina?* Madrid: Ed. Grupo Aula Médica (1.ª ed.).

Heifetz, Ronald. (1997). *Liderazgo sin respuestas fáciles. Propuestas para un nuevo diálogo social en tiempos difíciles*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Lorenzo, S.; Mira, J.; Olarte, y otros (2004). «Análisis matricial de la voz del cliente: QFD aplicado a la gestión sanitaria». *Gaceta Sanitaria* (vol. 18, núm. 6, págs. 464-471). ISSN0213-9111.

Losada Vázquez, Á. (1998). *La comunicación institucional en la gestión del cambio*. Salamanca: Universidad Pontificia.

Manifiesto de pacientes del FEP para la Comisión y el Parlamento Europeo (2009).

Martínez Solana, Y. (2004). *La comunicación organizacional*. Madrid: Fragua.

Mateos del Riego, I. (2005). «Acceso del pacientes a la historia clínica». En: XII Congreso Nacional de la SEAUS. San Sebastián.

Miguel, J. L. (2008). «Calidad en las relaciones con los clientes ISO 10002. Guía para la gestión de reclamaciones». *Forum Calidad* (núm. 191, págs. 36-38).

Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud (1984). Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid: Servicio de Publicaciones.

Moriano Béjar M. J. (2000). «La familia y los amigos: objetivo de cuidados para enfermería, soporte para el enfermo oncológico». *Revista* (núm. 4).

Moriano Béjar M. J.; Alonso Punter, J. C. (2002). «Accesibilidad en los nuevos escenarios transferenciales». *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* (vol. 3, núm. 4, págs. 49-61).

Moriano Béjar M. J.; De León Ovejero, A. (2002). «Programa de apoyo a los cuidadores de la Unidad de Trasplantes de Médula Ósea en el Hospital Universitario de Salamanca». *Enfermería Oncológica* (vol. 2, núm. 2, pág. 4-12).

Moriano Béjar, M. J.; González B.; Chipén C. (2004). «Evaluación de un programa de asesoramiento al personal de enfermería para la mejora del clima laboral». *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* (vol. 5, núm. 4, págs. 45-61).

Moriano Béjar, M. J. y colaboradores (2002). «Derecho a la información. El derecho más reconocido por los usuarios». En: V Simposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Libro de comunicaciones. Gijón.

Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia*. Barcelona: Paidós.

Pérez, F. (2002). «Plan director de información. Hospital Clínico San Carlos». En: V Simposium de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. Libro de comunicaciones. Gijón.

Saturno Hernández, P. J. (1995). «Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios». *Revista Española de Salud Pública* (núm. 69, págs. 163-175).

Seyfert-Margolis, Vicki (2015). «Médicos y pacientes». En: *Big Data. El poder de los datos*. Fundación Innovación Bankinter. Disponible en: <https://www.fundacionbankinter.org/documents/11036/68724/Big+Data+ES+Completo+2015/4c567aad-92a4-4fc1-8b25-8cda397bb81f>.

Simón Lorda, P. (2007). «Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (vol. 30, núm. 2, págs. 191-198).

Simón Lorda, P.; Barrio Cantalejo, I. (1995). «El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral». *Jano* (vol. 48, núm. 1117, págs. 55-64).

Simón Lorda, P.; Concheiro Carro, L. (1993). «El consentimiento informado: teoría y práctica». *Medicina Clínica* (vol. 100, núm. 17, págs. 659-663).

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (2000). *Líneas estratégicas básicas en atención al usuario*. Disponible en: <http://www.seaus.net/images/stories/pdf/guialineas2.pdf>.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. *Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud*. Disponible en: <http://www.seaus.net/libros-seaus/libro-seaus-sanidad>.

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad. *El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional*. Disponible en: <http://www.seaus.net/libros-seaus/libro-seaus-el-administrativo-de-la-salud>.

Torres, E. Manzur, E. Hidalgo, P. Barra, C. «Relación entre las dimensiones de la calidad del servicio y la satisfacción: un análisis de los componentes higiénicos y satisfactorios». *Estudios de Administración* (vol. 15, núm. 1, 2008, págs. 65-92).

Tizón J. 2005. *El humor en la relación asistencial*. Herder: Barcelona.

VV. AA. (2015, diciembre). *Informe big data y salud*. Ed. Prodigioso Volcán y Planner Media. Disponible en: <http://www.plannermedia.com/downloads/informebigdataysalud.pdf>.

Watzlawicz, P., y otros (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Anexo

Normativas

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (artículo nueve).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (artículo 26).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Real Decreto 521/1987, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funciones de los hospitales gestionados por el INSALUD.

Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Decreto 40/2003, de 3 de abril, relativo a las guías de información al usuario y a los procedimientos de reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario.

Orden SAN/279/2005, de 5 de abril, que especifica el procedimiento de tramitación de las reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario y regula la gestión y el análisis de la información derivada de estas.

Orden, de 6 septiembre de 1984, sobre obligatoriedad de elaborar un informe de alta para pacientes atendidos en establecimientos sanitarios.

Real decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los comités de ética de la investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

