



# [Código amable]

## **Autores**

López-Pardo Pardo, ME	Subdirectora de Calidad y Atención al Paciente	<a href="mailto:estrella.lopez.pardo@sergas.es">estrella.lopez.pardo@sergas.es</a>
Pais Iglesias, B	Subdirectora General de Atención a la Ciudadanía y Calidade	<a href="mailto:Beatriz.pais.iglesias@sergas.es">Beatriz.pais.iglesias@sergas.es</a>
Fernández Rodríguez, A	Supervisora de Calidad	<a href="mailto:Angeles.Fernandez.Rodriguez@sergas.es">Angeles.Fernandez.Rodriguez@sergas.es</a>
Verde Remeseiro, L	Gerente de Gestión Integrada de Santiago de Compostela.	<a href="mailto:Luis.verde.remeseiro@sergas.es">Luis.verde.remeseiro@sergas.es</a>

**Palabras clave:** humanización, consultas, satisfacción, certificación, evaluación, Lean Health Care

## Índice

I.	Introducción .....	2
II.	Objetivos .....	5
III.	Metodología.....	7
	a) Equipo de trabajo .....	7
	b) Enfoque metodolóxico .....	8
	Fase 0. Lanzamiento del proyecto.....	9
	Fase 1. Diseño .....	9
	Fase 2. Validación .....	12
IV.	Implicaciones y cambios en el personal derivados de la implantación del proyecto.....	12
	a) Factores críticos de éxito e principais riscos: .....	13
	b) Impacto esperado para el sistema público de salud:.....	13
	c) Impacto esperados para los ciudadanos/pacientes:.....	13
	d) Impacto esperados para los profesionales: .....	14
V.	Resultados .....	14
	1. Procedimiento de evaluación .....	14
	2. Desarrollo del modelo de evaluación .....	21
	3. Dimensiones de evaluación .....	22
	4. Sistema de puntuación y tipología de indicadores .....	25
	5. Herramienta para la Gestión del cambio .....	28
VI.	Conclusiones .....	31
VII.	Análisis bibliográfico .....	32
	Anexo I. Consentimiento participación de pacientes .....	34
	Anexo II. Categorización de los desperdicios identificados .....	35

## I. Introducción

La calidad y la seguridad en el servicio sanitario son preocupaciones comunes a todos los Servicios de Salud y representan un ámbito estratégico de cualquier organización sanitaria. El enfoque de los proyectos de mejora de la calidad, a menudo prioriza los resultados de una buena gestión del proceso asistencial desde un punto de vista podríamos decir organizativo, sobre los resultados de una adecuada atención integral y personalizada. Ello podría explicar por qué el aumento del gasto sanitario en periodos previos no haya ido necesariamente ligado a un aumento de la satisfacción de los usuarios.

Todo acto de atención sanitaria implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo por cuidar al paciente. En este sentido, la planificación de los servicios sanitarios, además de centrarse en la optimización de los recursos tangibles, debería enfocarse al cultivo de la sensibilidad social y de aquellos valores imprescindibles e inherentes a la atención sanitaria. Esta estrategia facilitará que la organización adquiera prestigio y gane en autoridad moral frente al conjunto de la sociedad.

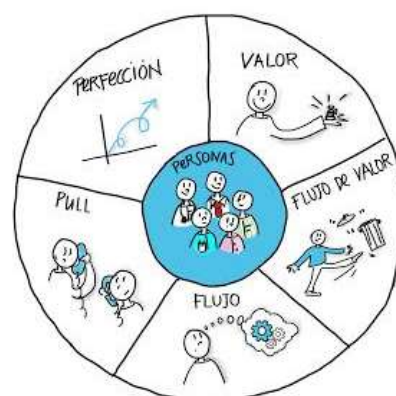
La equidad es un valor subyacente y uno de los principios básicos de nuestro sistema sanitario. Entiende la atención a la salud desde un igual acceso a la atención disponible para una igual necesidad, lo cual supone que cada paciente ha de recibir atención en función de sus necesidades en salud, mediante servicios de calidad, dignos y básicos, que le involucren como sujeto con capacidad de decisión y digno de respeto humano.

En los últimos años, los Servicios de Salud de España y de la mayoría de los países de nuestro entorno han iniciado importantes cambios organizativos para enfrentarse a nuevos retos. Uno de los más relevantes es adaptar los servicios sanitarios a los requerimientos y expectativas que la sociedad actual plantea. Por ello, la satisfacción de los pacientes y familiares debería situarse como uno de los objetivos principales del sistema sanitario. Sin embargo, ciertos estudios refieren que los proveedores de los servicios sanitarios tienden a subestimar las expectativas de los pacientes, excepto en lo relativo a los elementos tangibles, que tienden a ser sobrestimados. Los responsables directivos y los profesionales de enfermería suelen ser los que más se aproximan a las expectativas

sobre calidad del servicio de los pacientes, y los médicos los que más se acercan a los elementos tangibles que esperan los pacientes.

En el camino hacia un nuevo modelo, debemos de entender la satisfacción del paciente de una nueva forma, acudiendo directamente a los pacientes para determinar cuáles son realmente sus necesidades y sus expectativas. Y también contando con el profesional sanitario para que conozca, entienda y asuma el punto de vista del paciente, pues sólo así, podrá incrementar su satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria. Las actitudes y comportamientos de los profesionales también son una pieza clave para que el modelo funcione, se consolide y perdure. No podemos olvidar su importante papel ya que en ellos recae gran parte de la responsabilidad de la percepción que tienen los pacientes sobre el servicio recibido.

Sin embargo, no existen todavía los mecanismos adecuados que nos permitan una participación activa de los pacientes y ciudadanos en el diseño del mismo. La metodología Lean Health Care, apoyada en herramientas cualitativas, puede servirnos para facilitar el encuentro entre pacientes, profesionales y directivos para incorporar a la gestión factores que provengan de la experiencia de los ciudadanos y pacientes. Como organización, también pueden ayudarnos a asumir una actitud proactiva para prevenir las causas que puedan dar origen a no conformidades con la atención prestada.



En el momento actual, la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela dispone de resultados procedentes de encuestas de satisfacción realizadas a nivel corporativo y en las unidades que están certificadas por la aplicación de un sistema de gestión de calidad y/o gestión de riesgos. Podemos decir que la satisfacción es el resultado de la diferencia entre lo que el paciente espera que ocurra y su percepción de la experiencia, es decir, la diferencia entre las expectativas del paciente y las percepciones respecto al servicio prestado. El paciente también aporta información de alto interés, aunque de forma “no orientada”, mediante buzones de sugerencias y quejas a través del portal web (*contacte connosco*), reclamaciones (*Queres*), la elección de centro sanitario o el cambio de médico.

No obstante, existe poca experiencia en la delimitación de opiniones y preocupaciones de los pacientes, a pesar de que el análisis de su punto de vista es clave para la definición de los servicios de salud. Para ofrecer un servicio centrado en las necesidades de los pacientes necesitaríamos conocer en dónde reside para ellos el valor:



- cuáles son las expectativas de los pacientes, con puntos de vista distintos
- cuáles son los objetivos de calidad y las oportunidades de mejora que tenemos para aumentarla
- dónde se producen las ineficiencias y la mejor forma de solucionarlas desde la perspectiva del destinatario de la prestación sanitaria
- qué aspectos de la atención sanitaria son más valorados por el usuario.



A este conocimiento debe añadirse un procedimiento que garantice la puesta en marcha de medidas necesarias que satisfagan las expectativas de los pacientes, asignando responsabilidades y evitando los errores, omisiones, incertidumbres que sufren los pacientes cuando ciertos elementos de la atención personalizada no se gestionan adecuadamente.

La Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela consideró oportuno plantear el presente proyecto, *Código Amable*, y centrarlo en el ámbito de atención ambulatoria por ser, de lejos, el ámbito más frecuentado cada día. Los centros de salud y hospitales del Área Sanitaria de Santiago de Compostela reciben a diario unos 18.000 pacientes y familiares de perfil muy heterogéneo. Un importante porcentaje de los pacientes que acceden a nuestros centros sanitarios acuden sin acompañante, tienen movilidad reducida y un grado de autonomía personal limitado, por lo que precisan de una atención especial e individualizada por parte de la organización, tanto en el acceso como en el propio acto asistencial, como en su salida de los centros sanitarios.



Con frecuencia, el estrés de acudir a un centro desconocido o la incertidumbre que nos causa la posible presencia de una enfermedad afectan al nivel de comprensión de los pacientes y familiares. Algunas personas abandonan la consulta desorientados para realizar los siguientes trámites o con dudas por no haber comprendido lo que el profesional les ha explicado. La comunicación entre paciente y profesional es un elemento clave en la consulta. De ella depende una entrevista clínica de calidad, el enfoque diagnóstico y la adherencia al plan terapéutico establecido. De nada sirven los mejores diagnósticos y tratamientos si no se comprenden adecuadamente, o si el trato no es

suficientemente amable. Según encuestas recientes, sólo el 33 % de los pacientes entienden a su médico. Únicamente un tercio consideran que los profesionales sanitarios son suficientemente comprensivos, claros y pacientes.

Por otra parte, nuestras áreas de consulta en centros de salud y hospitales son heterogéneas. Su espacio se ha ido transformando progresivamente para incorporar nuevos despachos o salas que permiten la realización de nuevas prestaciones. Al tiempo que se han ido ampliando, han ido tomando los espacios previamente destinados a la espera o a la circulación de pacientes.



El Servicio Gallego de Salud dispone de una Plataforma de Innovación Sanitaria que promueve un modelo de innovación abierta para canalizar ideas y convertirlas en proyectos con resultados aplicables a la realidad cotidiana de la práctica asistencial, con el reto de introducir cambios de forma ágil, sustituyendo procesos poco eficientes por alternativas de mayor calidad y extendiéndolos a todo el sistema de salud.



En el año 2014 La Subdirección de Calidad y Atención al paciente de la Gerencia de Gestión integrada de Santiago de Compostela presenta su propuesta de proyecto a la Plataforma de innovación y se aprueba para su ejecución. La Subdirección General de Atención a la Ciudadanía y Calidad concede a la idea carácter corporativo con el fin de aplicarlo en los centros sanitarios del Servicio Galego de Saúde.

## II. Objetivos

*Objetivo general:*

Constituir un marco regulatorio que fomente y asegure el desarrollo de servicios sanitarios centrados en el paciente, donde además de tratar clínicamente sus patologías, se sienta satisfecho por el servicio la atención global prestada por el Servicio Galego de Saúde. Pretendemos con ello:

- Identificar los elementos que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios, o incluso las superen (efecto calidad sorpresa sobre aspectos no esperados) durante el acceso, permanencia y alta/salida de un centro sanitario, de forma que se logre maximizar la satisfacción y se genere una fuerte sensación de “buen servicio”.
- Diseñar un Modelo de Evaluación que establezca un marco conceptual y metodológico para la valoración de la calidad y satisfacción de los usuarios procediendo a la certificación de Centro Código Amable del Servicio Galego de Saúde. Para ello nos proponemos disponer de:
  - o Manual de evaluación que nos permita obtener un diagnóstico
  - o Herramienta que nos ayude a planificar medidas de mejora

#### *Objetivos específicos:*

- Disponer de una metodología de evaluación centrada en las necesidades de los pacientes
- Identificar los puntos débiles y áreas de mejora en los centros sanitarios de forma partícula
- Comparar la situación y resultados entre centros desde una perspectiva homogénea
- Sistematizar una cultura de excelencia mediante el establecimiento de unos requisitos comunes
- Incrementar la satisfacción del paciente maximizando su calidad percibida
- Mejorar el prestigio de la institución

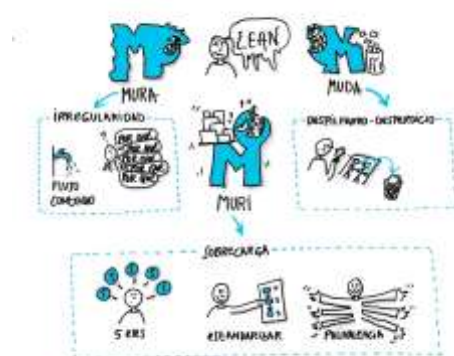
#### *Características del modelo*

- **Integrado:** Al comprender la evaluación del cumplimiento tanto a los Centros de Atención Primaria como a los Centros de Atención Hospitalaria que integran el Servicio Galego de Saúde.
- **Comparable:** Al permitir la comparación de resultados entre los distintos centros sanitarios.
- **Orientado a la mejora:** Pues establece criterios máximos de calidad para cada uno de los conceptos evaluados, así como resultados objetivo y estándares que permitirán a los centros sanitarios valorar el grado de excelencia y contribución a los objetivos estratégicos comunes, así como comparar resultados entre organizaciones.
- **Priorizado:** Al ponderar tanto las categorías, como las dimensiones y los elementos a analizar, permitiendo conocer y consensuar en todo el sistema las actuaciones clave para alcanzar una organización y servicio de calidad, eficaz, eficiente, sostenible, accesible y centrado en las necesidades de los/as pacientes.

- Sensible con las particularidades y diferencias existentes entre centros sanitarios:**  
 Para ello el Modelo contempla tres tipologías diferentes de indicadores (enfoque, despliegue y resultado) que aúnan una visión cualitativa y cuantitativa de cada dimensión, permitiendo su mejor entendimiento y contextualización, así como una puntuación final ajustada a la realidad de cada centro sanitario y que considera los esfuerzos realizados y no sólo los resultados obtenidos.
- Viable:** Pues supone el aprovechamiento del conocimiento ya existente en los centros sanitarios al emplear indicadores que están siendo actualmente medidos, a través de los sistemas de información en uso y datos existentes en la organización o fácilmente construibles mediante la revisión documental, entrevistas y cuestionarios a realizar por parte del equipo de evaluación.

### III. Metodología

El Proyecto Código Amable forma parte de un total de 12 proyectos innovadores de carácter transversal englobados en un proyecto financiado con Fondos Feder. Se presenta aquí la experiencia de las fases de lanzamiento y diseño, realizadas a 6 de junio de 2015. Las de implantación y evaluación se llevaron a cabo a lo largo de los meses de julio a noviembre de 2015.



Se aplica la metodología Lean Health Care, apoyada en herramientas cualitativas para facilitar el encuentro entre pacientes, profesionales y directivos e incorporar a la gestión factores que provienen de la experiencia de los ciudadanos y pacientes.

#### a) Equipo de trabajo

Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, integrado por responsables de Calidad de Servicios Centrales de la organización y del centro sanitarios, mandos intermedios y profesionales sanitarios.



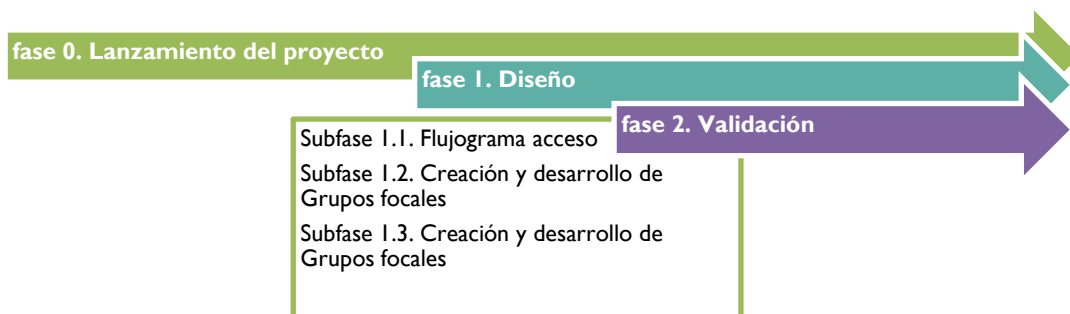
- Bautista Casasnovas, Adolfo; facultativo de Cirugía Pediátrica
- Pereira Soto, Manuel Ángel; facultativo Ginecología
- Caamaño Sambade, Beatriz; supervisora de Consultas externas
- Conde Pajaro, Mónica; supervisora de área de pruebas diagnósticas
- Vazquez Carrera, Angela; jefa de celadores
- Pernas Bello, Cruz; jefa de personal administrativo
- Álvarez Pardo, María del Carmen; Atención al paciente-Queres
- Jaraiz, Erika; profesora de la Facultad de Ciencias Políticas. USC
- López-Pardo Pardo, Estrella, subdirectora de Calidad, Admisión e Atención ao Paciente
- Fernández Rodríguez, Ángeles, supervisora de Calidad
- Pais Iglesias, Beatriz; subdirectora xeral de Atención ao Ciudadán e Calidade
- Gomez Ruiz, Rodrigo; plataforma de innovación
- Lado Sestayo, Rubén; plataforma de innovación
- Grande Sellera, Carlos; plataforma de innovación

Se asignaron funciones bien definidas a los miembros del equipo de trabajo:

- promotor, facilitador, gestor, miembro del grupo o colaborador.
- se incluyó a una paciente en el grupo de trabajo desde su inicio.



## b) Enfoque metodológico



## Fase 0. Lanzamiento del proyecto

**Objetivo:** comenzar la ejecución

**Actividades:**

- Presentación del equipo
- Proposición del plan de trabajo y detalle de actividades
- Validación del calendario de ejecución
- Determinación del plan de comunicación

**Resultados:**

- Expectativas del proyecto
- Plan de trabajo
- Calendario
- Plan de comunicación

## Fase I. Diseño

### Subfase I.1. Flujograma acceso

**Objetivo:** identificar desperdicios y áreas de mejora mediante la metodología Lean Health Care

**Actividades:**

- Presentación del primer borrador del flujograma de acceso y recorrido del paciente
- Discusión con los distintos profesionales
- identificar desperdicios y áreas de mejora derivados del flujograma

**Resultados:**

- flujograma
- señalización y descripción de desperdicios

Flujograma recorrido por el paciente.



- Se diseñó un cuestionario modelo para su utilización en la obtención de información sobre las expectativas de calidad de nuestros pacientes y conocer la satisfacción, resultado de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida) en base a:
  - sus necesidades personales y las situaciones del momento
  - sus experiencias propias en el servicio/unidad (satisfacción anterior)
  - la recomendación de los expertos (familiares y profesionales)
  - el impacto de las comunicaciones (informaciones directas de los responsables de gestión de los servicios de salud o de fuentes de información independientes del sector sanitario)
  - la cultura y educación de cada paciente
  
- Se seleccionó a los pacientes para el Grupo focal. Se eligió a un grupo de pacientes que acudirían a primera hora a una primera consulta de determinado día y se obtiene el consentimiento informado (anexo I).
  
- Se señalan los desperdicios: las expectativas de los diferentes segmentos de pacientes se convierten en especificaciones de nuestros servicios y así conseguir la máxima adecuación de los servicios prestados. Se determinaron los elementos relacionados con:
  - Accesibilidad (contacto, localización, aparcamiento, señalización,...)
  - Ayuda ante la dependencia (silla de ruedas, tarjeta especial, lenguaje visual,...)
  - Relaciones interpersonales (amabilidad, actitud receptiva, trato humano en general con los pacientes, interés, tipo de la información ofrecida según la demanda del paciente sobre aspectos generales, ...).
  - Información general y sobre el funcionamiento, guía de acogida.
  - Aspectos relacionados con el confort (características y estado de las instalaciones, hostelería, horario de visitas, ).

### **Resultados:**

- definición de los grupos focales
- recogida de información
- Señalización de desperdicios

Se realizó un nuevo flujograma del nuevo circuito, recogiendo iniciativas de todos los agentes que participaron en el proyecto.

### Subfase 1.3. Creación y desarrollo de Grupos focales

**Objetivos:** contar con un manual que nos permita evaluar y gestionar el cambio en función de las expectativas de los pacientes y familiares

**Actividades:**

- Diseño de la estructura

**Resultados:**

- Primera versión del Manual de Código amable

## Fase 2. Validación

**Objetivos:** validar el manual de evaluación en un centro sanitario

**Actividades:**

- Realizar una auditoría en un centro sanitario mediante la primera versión del Manual de Código amable

**Resultados:**

- Versión definitiva del Manual de Código amable

## IV. Implicaciones y cambios en el personal derivados de la implantación del proyecto

La implantación de este proyecto no supone traslados o cambios en las funciones de los profesionales.

#### a) Factores críticos de éxito e principais riscos:

- Compromiso y apoyo gerencial y delegación en profesionales para mantener la motivación. Integrar a las personas en el cambio de forma que se sientan parte de un proyecto común es la verdadera clave del éxito.
- Identificar las necesidades de los distintos segmentos de pacientes y familiares, poniendo el énfasis en incorporar la voz de aquellos grupos que tienen más dificultades de comunicación atención a pacientes con requerimientos especiales (ancianos que acuden solos, niños con problemas, pacientes con movilidad reducida...)
- Sensibilidad para anticiparse a las necesidades
- El principal riesgo es no identificar las necesidades desde el punto de vista de los pacientes sino de nuestro sesgo profesional.
- La implicación del equipo que va a desarrollar el proyecto, lograr despertar la conciencia de los profesionales que también como usuarios percibimos estas necesidades.

#### b) Impacto esperado para el sistema público de salud:

- Mejora del prestigio de la institución
- Impulso de una gobernanza comprometida con la calidad total
- Movilización de todas las unidades en una misma línea, para avanzar en la excelencia y mejora continua
- Incrementar la satisfacción del paciente, maximizando su calidad percibida.
- Compromiso explícito de la Administración sanitaria

#### c) Impacto esperados para los ciudadanos/pacientes:

- Minimizar las barreras de accesibilidad y comunicación
- Disminuye su ansiedad y temor que supone acudir o permanecer en un centro sanitario (mejorar la información previa a la visita a nuestra institución, que ayuda a orientarse y tranquiliza al paciente y acompañante, acompañamiento,...)
- Mejora de la confianza en la institución y los profesionales, al sentir que se tienen en cuenta las necesidades individualizadas
- Mejora de la calidad percibida
- Garantía de un compromiso explícito en cuanto a la atención personalizada

#### d) Impacto esperados para los profesionales:

- Mejora de la relación médico-paciente
- Mejor desarrollo del proceso asistencial
- Disminución de los problemas de trato
- Objetivos gerenciales orientados a la calidad total, enfocados a todo el personal, en todos los niveles y en todos los procesos de la Empresa

## V. Resultados

### I. Procedimiento de evaluación

#### I.1. Observaciones generales

Previamente a la descripción de la metodología de trabajo a desarrollar por los Equipos de Evaluación para la aplicación del Modelo anteriormente descrito, resulta necesario establecer una serie de criterios comunes y observaciones generales que guíen al Equipo de Evaluación en la toma de decisiones.

Estos criterios y observaciones se refieren a posibles incidencias en el proceso de evaluación que pueden condicionar su desarrollo y sobre las que es necesario que todos los Equipos dispongan de un entendimiento y directrices comunes.

Consideraciones generales en la interpretación de los datos y puntuaciones.

- Queda bajo la discreción del Equipo de Evaluación de cada centro sanitario la determinación de excepciones motivadas para la no evaluación de un elemento, dimensión, categoría o centro mediante la justificación precisa o la realización de un Informe según proceda.
- Para cada indicador se ha identificado el centro sanitario tipo a los que aplica si bien, en el momento de realización de la evaluación, los Equipos de Evaluación deberán adaptar el Modelo de puntuación a cada centro sanitario en función de los indicadores que le sean de aplicación.
- En el presente Manual se recoge una propuesta de agentes en base a puestos y perfiles para la consulta y contraste de información. Esta propuesta se ha construido de forma general para todos los centros sanitarios, pudiendo ser adaptada por el Equipo de Evaluación en función de las

características de cada organización, seleccionando los puestos y perfiles más apropiados para la consulta de información.

- En cualquiera de los casos anteriores y de aquellos otros que, siendo incidencias que afectan al proceso de evaluación no han sido detectadas y recogidas en el presente Manual, corresponde al Equipo de Evaluación la toma de decisiones informada respecto la realización de la evaluación y a los resultados de la misma.

## 1.2. Antes de la Evaluación

- Los Equipos de Evaluación tendrán asignados los centros sanitarios que recaen sobre su responsabilidad en términos de evaluación y se pondrá en conocimiento de cada uno de los centros sanitarios. Esta asignación será estable durante todo el proceso de evaluación. No obstante, en el caso de que sea necesario realizar algún cambio, éste será comunicado a los diferentes centros sanitarios afectados.

Cada Equipo de Evaluación deberá estar compuesto por un mínimo de tres personas.

Dentro de cada Equipo se designará la figura de Responsable del Equipo de Evaluación que entre sus funciones y como tarea principal, tendrá la interlocución con los diferentes equipos directivos de los centros sanitarios a evaluar, la coordinación del equipo de evaluación y los agentes implicados así como actuar de nexo con el Servicio Galego de Saúde para la comunicación de cualquier cuestión que surja en el proceso de evaluación y traslado de resultados.

- Del mismo modo, respecto cada uno de los centros sanitarios a evaluar, se creará la figura de Interlocutor de Evaluación que tendrá entre sus funciones la colaboración con el Responsable del Equipo de Evaluación, aportando la documentación y los recursos que faciliten la realización de las tareas de auditoría.
- Programación de la Evaluación y Planificación de la Agenda.

El Servicio Galego de Saúde será el encargado de fijar el calendario de evaluación, la cual se realizará durante todo el año y se verá condicionada al momento de recepción de las solicitudes.

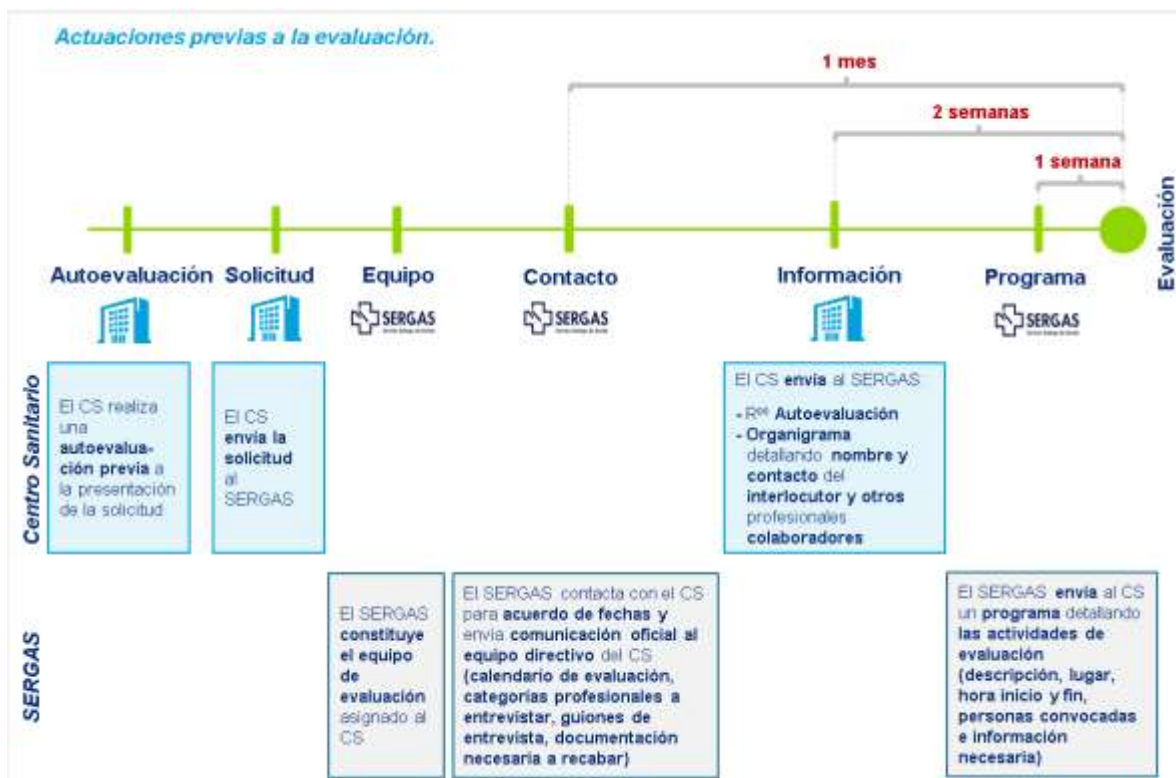


El Servicio Galego de Saúde, en coordinación con los centros sanitarios, deberá definir el calendario concreto para la celebración de las auditorías y desarrollar un proceso de evaluación eficiente. Para ello con un mes de antelación el Servicio Galego de Saúde se pondrá en contacto con cada uno de los centros sanitarios con el fin de:

- Acordar las fechas de realización de la evaluación. Este acuerdo se realizará bajo una propuesta que debe realizar el equipo evaluador.
- Duración prevista para la realización del proceso de evaluación, que dependerá del tamaño de centro sanitario a evaluar, que podrá oscilar entre dos y tres días.
- Informar al equipo directivo del centro sanitario de las condiciones en las que se realizará la evaluación:
  - Actividades básicas previstas y duración de la evaluación.
  - Necesidades del equipo evaluador.
- Una vez se hayan cerrado los calendarios de evaluación con los centros sanitarios, se hará llegar al equipo directivo de cada uno de ellos, una comunicación oficial que contenga los siguientes aspectos:
  - Calendario definitivo.
  - Documentación a recopilar de las distintas fuentes de información.
  - Personas por cada uno de los servicios o unidades a entrevistar.
  - Guiones de las entrevistas para agilizar el desarrollo de las mismas.
  - Otras informaciones que puedan ser de interés.
- Tal y como se ha indicado en el apartado anterior, una vez planificadas las fechas para la realización de las auditorías a los distintos centros sanitarios y se envíe la comunicación oficial a los equipos directivos, es necesario que los centros sanitarios faciliten al equipo de evaluación la siguiente información:
  - Organigrama del centro sanitario.
  - Nombre del Interlocutor de la Evaluación y contacto.
  - Nombres de las personas y contactos responsables de servicios o unidades que van a participar en el proceso de evaluación en base a la solicitud de entrevistas planteado en la comunicación.
  - Resultados de la autoevaluación así como información documental disponible y que se pueda anticipar para el desarrollo eficiente del proceso de evaluación.
- Con un mínimo de una semana antes del inicio de las actividades de evaluación se remitirá a la dirección del centro un programa de las actividades a realizar. Este programa, desglosado para cada uno de los evaluadores incluirá, al menos, las siguientes variables:

- Hora de inicio y finalización de la actividad.
- Descripción de la actividad.
- Lugar de realización de la actividad.
- Personas que deberán estar presentes (modificable en función de los resultados de la autoevaluación).
- Otras observaciones.

El responsable de realizar la convocatoria de los profesionales del centro sanitario es la propia dirección del mismo, mediante los mecanismos y la anticipación que considere conveniente.



### I.3. Durante la Evaluación

#### I.3.1. Reunión de presentación

El proceso de evaluación se inicia mediante una reunión entre el Equipo de Evaluación y el Equipo Directivo o Gerencia del centro sanitario, a la que se podrán añadir aquellas personas que el propio Equipo Directivo considere adecuado.

Esta reunión, a celebrar en el lugar que decida el Equipo Directivo y con una duración prevista de una hora constará de los siguientes apartados:

- Presentación de los evaluadores.
- Presentación del equipo directivo.
- Explicación de la agenda de trabajo.
- Explicación de la metodología de evaluación.
- Solución de dudas de los participantes en la reunión.

### *1.3.2. Metodología de evaluación*

El proceso de Evaluación se desarrollará según lo expuesto en apartados posteriores.

- Indicadores cualitativos.
  - De cara a la realización de análisis documental, la realización de entrevistas o sesiones grupales, se deberá disponer de una sala a tal efecto durante el periodo de Evaluación.
- Indicadores cuantitativos.
  - El Interlocutor de Evaluación será el responsable de aportar la información adicional necesaria para poder realizar el cálculo de los indicadores.
  - En el caso de que en el momento de iniciar el proceso de evaluación no se disponga de los indicadores cuantitativos, el Equipo de Evaluación lo comunicará a la dirección del centro.

### *1.3.3. Reunión de cierre*

La última actividad en el proceso “in situ” de Evaluación será la realización de una reunión de cierre del proceso con el Equipo Directivo (además de las personas que se consideren oportunas).

El objetivo de la reunión es, por un lado, informar del desarrollo de la evaluación, transmitir posibles hallazgos que convenga que sean conocidos por parte de la dirección, además de resolver cualquier duda que haya podido surgir por ambas partes.

En esta reunión no se informará acerca de los resultados que se han obtenido, pero si se informará de los plazos en los que se entregarán los resultados.

La estructura del informe de evaluación deberá contener, al menos, los siguientes puntos:

- Identificación del centro sanitario evaluado.
- Fecha de realización de la evaluación.
- Ejercicio anual evaluado.
- Identificación del Equipo de Evaluación.
- Identificación del Equipo de Trabajo del centro sanitario.
- Conclusiones de evaluación:
  - Observaciones generales.
  - Resultado de los paneles de puntuación:
  - Resumen por categoría.
  - Resumen por dimensión.
- Puntos fuertes y las áreas de mejora de cada elemento y las evidencias más significativas que los apoyan.
- Recomendación del Equipo Evaluador: Ideas para el desarrollo de acciones de mejora.
- Gráficas comparativas:
- Respecto al ejercicio de evaluación anterior, si lo hubiera.
- Respecto al conjunto del Servicio Galego de Saúde.

Anexos: Actas de las entrevistas, cuestionarios realizados, listado de documentación analizada y observaciones, evidencias recabadas y observaciones.

#### **I.4. Tras la Evaluación**

La obtención de la Certificación Código Amable, se verá condicionada a la calificación resultante de la valoración de los elementos definidos en el Modelo de Evaluación que serán detallados en un apartado posterior del presente documento.

De este modo, la puntuación requerida para la evaluación realizada deberá ser la siguiente:



- Comunicación de los resultados provisionales.
  - El Equipo Evaluador comunicará por vía electrónica los resultados provisionales que se hayan observado. Asimismo, se informará a la dirección del centro sanitario para poder recurrir los resultados con los que este no se muestre de acuerdo.
  - Se solicitará un acuse de lectura para dicha comunicación.
- No conformidad con los resultados.
  - Los centros sanitarios disponen de un plazo de dos semanas tras la recepción del documento para realizar las alegaciones que consideren convenientes.
  - Las alegaciones se dirigirán al Equipo Evaluador y deberán estar acompañadas de toda la información que apoye los argumentos expuestos por la dirección del centro.
  - La vía de comunicación de las alegaciones será electrónica, solicitándose un acuse de lectura.
- Comunicación de los resultados definitivos.
  - El Equipo Evaluador dispondrá de dos semanas para el análisis de las alegaciones presentadas por cada centro sanitario.
  - Tras este análisis comunicará por vía electrónica los resultados definitivos que se hayan observado. En el caso de que haya habido alegaciones no aceptadas por parte del Equipo Evaluador este informará, de las razones de la no aceptación.
  - En el caso de que un centro sanitario no haya realizado alegaciones a los resultados, los resultados definitivos se remitirán transcurrido el plazo señalado para las alegaciones.

## 2. Desarrollo del modelo de evaluación

De análisis de la información aportada por los pacientes y teniendo en cuenta el nuevo mapa de proceso se identifica mediante la metodología Lean 44 desperdicios (mudas) que se agruparon y categorizaron en 9 etiquetas: desplazamientos, señalización, comunicación, privacidad, tiempos de espera, trato, desinformación, infraestructuras y organización interna.

La evaluación de la gestión de la calidad del trato en la atención al paciente para la Certificación de Centro “Código Amable” se orquesta a través de 9 categorías de evaluación o grupos diferenciados que impactan directa o indirectamente en la percepción de calidad del paciente.



Las muras impactan directa o indirectamente en la percepción de calidad del paciente.

El análisis de los grupos focales reveló que algunos de los aspectos considerados importantes para el grupo no lo eran para los pacientes. Y que el orden de prioridades era diferente para usuarios y profesionales.

Cada una de estas categorías de evaluación han sido ponderadas con una puntuación sobre base 100 permitiendo otorgar un mayor peso relativo a unas categorías que a otras dado el mayor impacto que estas generan en la satisfacción del paciente y de sus acompañantes.



Se pondera utilizando la importancia que le otorgan los pacientes, que es máxima en comunicación, señalización y desplazamientos y mínima en organización interna, infraestructuras y privacidad.

### 3. Dimensiones de evaluación

A su vez, cada categoría de evaluación se descompone en dimensiones orientadas a la agrupación de los elementos similares a revisar dentro de una misma categoría de evaluación.

Los pesos han sido distribuidos entre las dimensiones, a fin de incentivar y dotar de importancia a unas dimensiones por encima de otras.

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Desplazamientos</b>  <b>13 PUNTOS</b>	Documentación	Revisar la Guía de acogida y la información sobre transporte, aparcamientos, disponibles en la web	<b>20 %</b>
	Aparcamiento	Analizar el número de plazas disponibles y valorar opciones de estacionamiento (*)	<b>30 %</b>
	Transporte público	Existencia de carteles informativos sobre líneas de autobús, teléfonos de radiotaxi en los accesos (*)	<b>20 %</b>
	Desplazamientos internos	Disponibilidad de sillas de ruedas suficientes y sistema de préstamo efectivo Disponibilidad de personal de ayuda en personas con autonomía limitada Gestión de accesos del centro sanitario (*)	<b>30 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Señalización</b>  <b>15 PUNTOS</b>	Aparcamiento	Plazas de aparcamiento reservado para discapacitados disponibles y suficientes	<b>15 %</b>
	Uniforme	La etiqueta del uniforme identifica la categoría profesional	<b>30 %</b>
	Salas de espera	Señalización de las salas de espera que corresponden a cada consulta El espacio de las salas de espera y las sillas tienen una disposición adecuada	<b>30 %</b>
	Carteles	Existencia de un directorio a la entrada Señalización de los flujos La información facilitada está actualizada y es legible	<b>25 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Comunicación</b>  <b>16 PUNTOS</b>	<b>Megafonía</b>	Sistema de cita visual, preferible a sistema de llamadas por megafonía	<b>10 %</b>
	<b>Compatibilidad</b>	Existencia de pictogramas de comunicación ampliada Sistema de voluntarios traductores con un circuito de actuaciones	<b>30 %</b>
	<b>Comprensión</b>	Los profesionales asisten a cursos de comunicación Existen protocolos de información diagnóstica, recomendaciones, tratamiento, apoyados en información escrita Se ofrece la hoja de prescripción farmacéutica a todos los pacientes Existen protocolos de acogida de pacientes con dificultades cognitivas (ej. autismo) Existe un profesional sanitario al que pueden acudir los pacientes que tengan dudas tras la consulta médica	<b>60 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Privacidad e intimidad</b>  <b>8 PUNTOS</b>	<b>Privacidad</b>	El sistema de llamadas no alude al nombre y apellidos del paciente	<b>60 %</b>
	<b>Intimidad</b>	Existe un protocolo de información acerca de la presencia de alumnado y se limita el número de alumnos por consulta (*)	<b>40 %</b>



CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Tiempos de espera</b> <b>11 PUNTOS</b>	<b>Información</b>	Existe un sistema de citas por tramos horarios razonables Las profesionales comienzan de forma puntual Se informa periódicamente sobre los tiempos de espera estimados cuando hay retrasos Informar del funcionamiento de las consultas cuando sea preciso	<b>55 %</b>
	<b>Formación</b>	Se informa al paciente de que no debe acudir a la cita antes del tiempo indicado	<b>45 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Trato</b> <b>14 PUNTOS</b>	<b>Información</b>	La información que se facilita a los pacientes sobre el resultado de las pruebas diagnósticas es comprensible y se apoya en un escrito (*)	<b>20 %</b>
	<b>Dedicación</b>	Los profesionales dedican tiempos separados a la escucha del paciente y escritura en la historia clínica Los profesionales analizan la historia clínica antes de que el paciente entre en la consulta	<b>20 %</b>
	<b>Identificación</b>	Los profesionales se presentan al paciente Existe una identificación clara y legible del profesional que consulta	<b>15 %</b>
	<b>Empatía</b>	Existe un plan para mejorar el trato profesional y criterios de actuación en caso de conflicto	<b>45 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Información</b> <b>13 PUNTOS</b>	<b>Coordinación</b>	Existe un protocolo para intercambiar información entre niveles asistenciales o servicios	<b>55 %</b>
	<b>Citas</b>	Existe un procedimiento de recordatorio de citas de pruebas diagnósticas Existe un procedimiento de suspensión o cancelación de citas	<b>45 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Infraestructuras</b> <b>5 PUNTOS</b>	<b>Infantil</b>	Revisar la estética de las consultas para hacerlas más acogedoras, sobre todo para los niños/as	<b>35 %</b>



<b>Salas de espera</b>	Existen materiales de educación sanitaria suficientes en la sala de espera Los espacios y mobiliario están adaptados a la demanda No existen espera en zonas de paso	<b>45 %</b>
<b>Educación</b>	Existe voluntariado disponible en consultas para ofrecer acompañamiento	<b>20 %</b>

CATEGORÍA	DIMENSIÓN	ELEMENTOS A VALORAR	PESO
<b>Organización interna</b>  <b>5 PUNTOS</b>	<b>Sistemas de información</b>	Se promueve que los pacientes actualicen sus datos personales en la zona administrativa Existe un sistema de comunicación de alertas dirigido a profesionales que informa de resultados graves (*)	<b>45 %</b>
	<b>Unificación de la ubicación</b>	Las citación de cualquier prueba o consulta se facilita en el mostrador del área donde fue consultado el paciente, para evitar su desplazamiento por el centro sanitario	<b>55 %</b>

(\*) elemento omitido en la evaluación de determinados centros sanitarios, los cuales serán asignados a la máxima puntuación bajo el cumplimiento de ciertos requisitos.

#### 4. Sistema de puntuación y tipología de indicadores

El empleo de esta metodología de valoración de los centros sanitarios a través de puntuación permitirá:

- Dar un indicio para la orientación de actividades de mejora de cada centro sanitario.
- Medir el progreso obtenido por los centros sanitarios a lo largo del tiempo.
- Identificar Buenas Prácticas a partir de una alta puntuación y reconocer el esfuerzo.
- Generar un entendimiento común sobre la importancia y pesos relativos de las iniciativas, acciones y resultados.

Partiendo del sistema de indicadores establecidos, el auditor puntúa de dos formas:

a) **Sumativa** (cuadrado):

Este sistema se caracteriza por plantear en el panel de evaluación una serie de sentencias o afirmaciones cuyo cumplimiento o no cumplimiento por parte de los centros será valorado por el evaluar en base a la auditoría de evaluación realizada.

En general, este tipo de paneles de evaluación se corresponde con los indicadores de enfoque y de despliegue, al orientarse generalmente a la valoración cualitativa del tipo de acciones emprendidas por el centro sanitario y su nivel de desarrollo.

Cada sentencia/ afirmación lleva emparejada una puntuación que, en caso de ser cumplida, será sumada y compondrá la puntuación final.

TIPO DE INDICADOR: DESPLIEGUE					SUMATORIO
ES.D1.E1.D. Colocar carteles informativos con detalle y actualizados en las entradas de acceso.	Existencia de carteles informativos de los horarios de taxi en el acceso.	Existencia de carteles informativos de los horarios de autobuses en el acceso.	Existencia de folletos en Información o la Administración del centro sanitario.	Inclusión de dicha información en la Guía de Acogida o en la web.	
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	

b) **Selectiva** (círculo):

A diferencia del caso anterior, este tipo de sistema de puntuación suele presentarse en los indicadores de resultado, al otorgar la puntuación en función de la cercanía o lejanía alcanzada respecto al resultado del centro sanitario con un objetivo estándar o en base a tramos de puntuación.

TIPO DE INDICADOR: RESULTADO				SUMATORIO
ES.D1.E1.R. Escasos materiales de educación sanitaria en salas de espera.	No se encuentran materiales de educación sanitaria en las salas de espera.	Existencia de materiales de educación sanitaria en ciertas salas de espera.	Existencia de materiales de educación sanitaria en la gran mayoría de salas de espera existentes.	
	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 10	

Tipología de indicadores

Para cada dimensión se han definido, en la medida de lo posible, **INDICADORES** de enfoque, despliegue y resultado:



Seguindo esta lóxica, se ha establecido un sistema de codificación de los indicadores que los clasifica y ordena de la siguiente manera:

- **C9.** Categoría de evaluación nº 9.
- **D1.** Dimensión nº I
- **E1.** Elemento nº I
- **E.** Indicador de Enfoque

**C9.D1.E1.E**

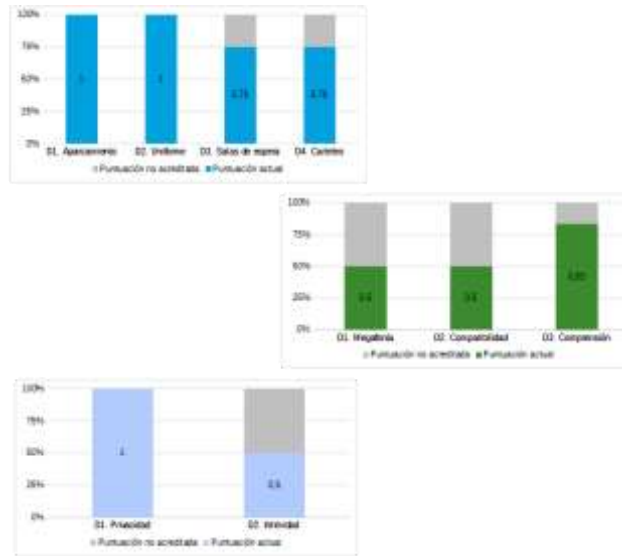
El auditor recoge la puntuación de cada apartado: categorías, dimensiones y elementos objeto de la evaluación.

	CALIFICACIÓN OTORGADA	PUNTUACIÓN MÁXIMA ELEMENTO	PUNTUACIÓN DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN CATEGORÍA	CALIFICACIÓN OBTENIDA		
<b>C1. Desplazamientos</b>							
<b>D1. Documentación</b>							
E1. Revisar la Guía de acogida y la información de accesos disponible en la web		10	20%	<b>13</b>	<b>0,00</b>		
<b>D2. Aparcamiento</b>							
E1. Analizar el número de plazas de aparcamiento disponibles y barajar opciones de estacionamiento		10	30%				
E2. Campaña de sensibilización para respetar zonas de paso y acceso		10					
<b>D3. Transporte público</b>							
E1. Colocar carteles de líneas de autobús o teléfonos de radiotaxi en los accesos		10	20%				
<b>D4. Desplazamientos internos</b>							
E1. Conseguir mayor número de sillas de ruedas y consolidar el modelo de préstamo de las mismas		10	30%				
E2. Gestión de accesos del centro sanitario		10					
<b>C2. Señalización</b>							
<b>D1. Aparcamiento</b>							
E1. Revisar las plazas de aparcamiento de minusválidos		10	15%	<b>15</b>	<b>0,00</b>		
<b>D2. Uniforme</b>							
E1. Necesidad de mejorar la etiqueta del uniforme que identifique la categoría profesional		10	30%				
<b>D3. Salas de espera</b>							
E1. Señalizar las salas de espera de las distintas consultas		10	30%				
E2. Adaptar el espacio de las salas de espera según proceda		10					
<b>D4. Carteles</b>							
E1. Colocar carteles informativos con detalle y actualizados en las entradas de acceso		10	25%				
E2. Examen de la información facilitada en formato de carteles		10					
<b>TOTAL</b>					<b>0,00</b>		



A continuación, se utiliza una hoja Excel de puntuación que permite automatizar las actuaciones de la auditoría del Equipo de Evaluación.

En este sentido se reflejan las categorías, dimensiones y elementos objeto de la evaluación y se indica la puntuación global sobre 100 obtenida por el centro sanitario que solicita la certificación de Có\_digo amable.



## 5. Herramienta para la Gestión del cambio

Esta herramienta tiene como fin facilitar la gestión de actuaciones, una vez realizado el diagnóstico inicial.

Cada línea estratégica tiene un objetivo definido y engloba las acciones específicas que será necesario ejecutar para dar cumplimiento del mismo.



Para cumprir los objetivos definidos se proponen las siguientes acciones de mejora por línea estratégica, A continuación se muestran ejemplos:

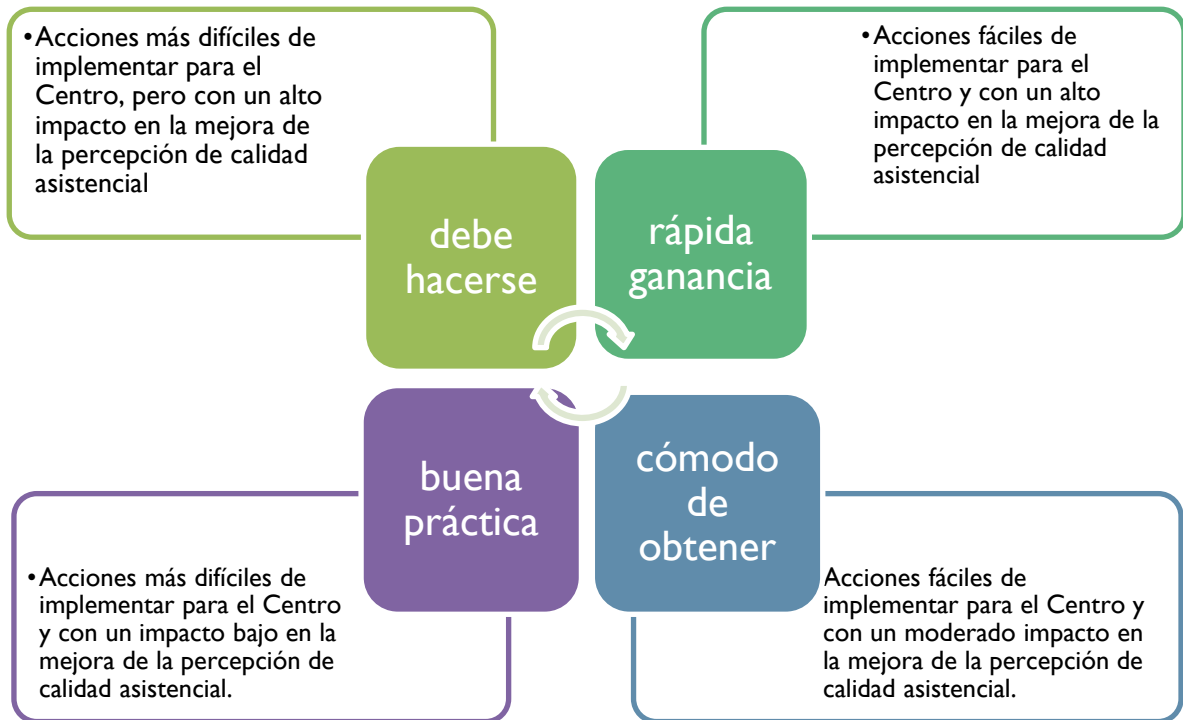


Se establece un sistema de priorización para el cambio basado en:

- El impacto en la percepción del paciente



- La facilidad de implementación



Con ello se construye el mapa de priorización en el que se sitúan el conjunto de acciones propuestas.

Un ejemplo podría ser:



## VI. Conclusiones

En el ámbito de los servicios sanitarios públicos, la búsqueda de la satisfacción de la ciudadanía, y de los pacientes en particular, ha de centrarse en la generación de valor. Un valor que debe medirse en términos de mejora de salud, bienestar, recuperación y confort. Como sistema público, garante del derecho universal a la salud, debemos desarrollar servicios orientados a las necesidades de las personas, en lo posible individualizados y personalizados y adaptados a las condiciones concretas del entorno. Una herramienta como *Có\_digo amable* nos permite dar este salto cualitativo, escuchando a pacientes y familias, mejorando el conocimiento de la organización, el centro y el entorno y dando prioridad de ejecución a aquellos puntos que más interesan y repercuten en la efectividad de la atención.

Los servicios de salud que hacen énfasis en incorporar la perspectiva de los clientes realizan periódicamente encuestas que analizan la calidad percibida, con el objetivo de valorar el impacto de las medidas establecidas en centros de salud y hospitales. Los centros sanitarios que cuentan modelos de gestión de calidad implantados acentúan aún más esta orientación al cliente, introduciendo cambios en la cultura de la organización sanitaria. Y a pesar de la implantación de diversas iniciativas, los incrementos que se producen en el grado de satisfacción son más discretos de lo esperado, en parte porque las actuaciones que se programan son puntuales, mantienen una visión departamental y abarcan aspectos parciales del servicio, sin tener en cuenta la perspectiva global de pacientes y familiares.

La aplicación de la metodología *Lean Health Care* nos permitió aproximarnos de una forma sencilla a una realidad que no conocíamos. A diferencia de las encuestas de satisfacción realizadas anteriormente, los canales creados para la participación de pacientes y profesionales nos facilitaron un diagnóstico más específico y completo. En la Gerencia de Gestión Integrada de Santiago de Compostela no disponíamos de un conocimiento profundo acerca de aspectos que inciden en nuestra imagen y la confianza de paciente y que repercuten claramente en aspectos tan importantes como la adherencia a los planes terapéuticos. Y ahora disponemos de este conocimiento. Además, conseguimos desarrollar un sistema de evaluación de la calidad percibida involucrando a los profesionales, que son la clave para el desarrollo posterior del proyecto. Una de las tareas iniciales más delicadas en su inicio fue diseñar y seleccionar al grupo de profesionales que participaron en el diseño del proyecto. Podemos decir con satisfacción que conseguimos configurar un equipo sensible y operativo, que mediante sucesivas reuniones de trabajo fue capaz de progresar y llegar a consensos. Entendemos además que este grupo actuará como una red de comunicación con otros profesionales para obtener un efecto multiplicador en la implantación del proyecto.



El área ambulatoria es un ámbito abierto al público, en el cual trabajan múltiples profesionales que realizan diversas actividades de consulta y diagnósticas que marcan unas dinámicas propias y diferentes flujos internos que añaden complejidad a la implantación de cualquier medida de mejora. En general, la gestión del cambio en ámbitos que no forman parte de la primera línea de gestión se ralentiza o demora en demasía. Las actuaciones necesarias para mejorar la atención ambulatoria no suponen una gran inversión económica y sin embargo, su implementación es compleja ya que afecta a la cultura de la organización, la forma de trabajar y el rol de los profesionales. Por ello, es importante que proyectos de este tipo se incorporen a los objetivos estratégicos corporativos anuales, pues sólo su visibilidad y priorización les conceden un carácter institucional y definitivo.

En cualquier contexto sanitario público es necesario que las instituciones sean capaces de generar confianza y fidelidad, pues ello incide de forma positiva en la atención individualizada y en la imagen que la propia organización y sus profesionales proyectan en la sociedad. Estos elementos son claves para avanzar hacia una organización excelente. El ámbito de atención en consultas, tanto en centros de salud como en hospitales, brinda a nuestras organizaciones, cada día, miles de oportunidades para mejorar el confort de pacientes y acompañantes, la efectividad del servicio y el prestigio corporativo. Código amable, aplicado a todos los centros de una organización permite identificar una serie de buenas prácticas a implantar y a reconocer el esfuerzo de aquellos que logran un grado de implantación más alto.

Por último señalar que, poder disponer de una herramienta que integra la visión de pacientes, profesionales y dirección nos ayuda a generar un entendimiento común sobre la importancia y los pesos que debemos dar a las diferentes iniciativas y nos ayuda a caminar por una nueva senda en la cual la organización se adelanta a las necesidades de las personas. Deberíamos pasar de gestionar con una actitud paternalista que presupone cuáles son las necesidades de los pacientes, a gestionar con una actitud de colaboración, orientada a la escucha y consulta real de las expectativas de los pacientes. La experiencia Código\_amable ha constituido una fuente importante de enriquecimiento para el grupo de profesionales y de ella hemos concluido que el diseño de cualquier proyecto de innovación y calidad debe incorporar en su dinámica de trabajo la voz del paciente y sus familias.

## VII. Análisis bibliográfico

- Jaráiz, E. Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. The components of patient satisfaction and their usefulness for hospital management. Universidad de Santiago de Compostela. Revista Española de Ciencia Política. Núm. 32, Julio 2013, pp. 161-181

- Jaráiz, E. 2009. “La gestión de la atención primaria: confianza y satisfacción en el sistema sanitario de Galicia”, Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas 8 (2): 69-83.
- Encuesta de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Asistencia Sanitaria Pública de la Comunidad de Madrid 2014  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354534175627&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354534175627&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756)
- Rodrigo Gutiérrez, María Rubio, Juan Fernández, Cristina Navarro, Blanca Parra. Mejora en la calidad percibida: el Plan de los Pequeños Detalles del SESCAM. Improved patient satisfaction: the Small Details Plan of the regional healthcare service of Castilla-La Mancha. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 19. Núm. 02. Marzo 2004
- Bohigas, L. 1995. “La satisfacción del paciente”, Gaceta sanitaria 50: 283-286. 2008
- Calnan, M., Rowe, R.. Trust matters in health Care. Great Britain: Open University Press.
- Caminal, J., Sánchez, E., Schiaffino, A.. “El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global”, Revista de Calidad Asistencial 17: 4-10. 2002
- Barrasa, I., Aibar, C. 2003. “Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001”, Revista de Calidad Asistencial 18: 580-590
- Encuesta de “Calidade percibida polos pacientes do conxunto dos centros hospitalarios de Galicia” realizada por la Xunta de Galicia en 2008
- Estudio de satisfacción en pacientes hospitalizados en Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela  
<https://www.sergas.es/Docs/xornadasQS/IIIXornadas/ponencias/06BGarc%C3%ADa.pdf>
- Barómetro sanitario Año 2013 (publicado el 29 de julio de 2014)



## Anexo I. Consentimiento participación de pacientes



El objetivo de este documento es informarle que el Servicio Gallego de Salud está llevando a cabo un nuevo proyecto de innovación a través de la Plataforma de Innovación Sanitaria. Se trata de un proyecto llamado "Código Amable", que pretende mejorar la experiencia de las consultas externas, desde la perspectiva del usuario y de las personas que trabajan diariamente en dichas consultas. Para el desarrollo de este proyecto se cuenta con la ayuda de la consultoría externa Deloitte.

El proyecto pretende mejorar distintas áreas, y una de ellas es la consulta desde el punto de vista del usuario, para lo cual se seleccionarán pacientes que acuden regularmente a la consulta.

Hemos pensado que usted puede ayudarnos participando en el proyecto ya que cumple alguna de las características mencionadas anteriormente. En esta parte del proyecto participarán aproximadamente entre 10-12 personas.

**Su participación es completamente voluntaria**, por lo que puede decidir no participar o, si acepta hacerlo, cambiar de opinión retirando su consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Le aseguramos que esta decisión no afectará ni a su situación personal ni a la relación con los responsables de la consulta.

Si acepta participar su intervención consiste en cubrir un cuestionario, y participar en un grupo focal con otros usuarios, en el que colaborar y conversar durante 2 horas aproximadamente **en el Hospital Clínico de Santiago** con el responsable de la consultoría Deloitte (D. Marcos Guerra). La conversación tratará sobre el valor que aporta todo el proceso de gestión de las Consultas Externas, recogiendo, tanto la problemática desde que se accede al Hospital hasta que se abandona. La cita se realizará el 2 de junio de 2015.

De las entrevistas y conversaciones mantenidas se extraerán conclusiones generales y en ellas no figurarán ni su nombre ni ningún otro dato personal suyo. El uso de sus datos se hará conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Usted no se beneficiará directamente de la participación de este proyecto pero si puede beneficiarse en un futuro cuando se apliquen las mejoras que se puedan proponer. Este proyecto no supone ningún riesgo para usted. El Sergas no recibe ninguna compensación económica por participar en este proyecto.

Para recibir más información o resolver las dudas que se le presenten acerca del proyecto, puede contactar por teléfono o por correo electrónico con:

Dra. Estrella López-Pardo (Tfno: 981 950 970, [mail: estrella.lopez.pardo@sergas.es](mailto:estrella.lopez.pardo@sergas.es)) y Dña. Ángeles Fernández Rodríguez (Tfno:981 955 383, [mail: angeles.fernandez.rodriguez.cobos@sergas.es](mailto:angeles.fernandez.rodriguez.cobos@sergas.es)).

Muchas gracias por su colaboración

Acepto colaborar en el desarrollo de este proyecto

No acepto colaborar en el desarrollo de este proyecto

Firma: D./Dña:



## Anexo II. Categorización de los desperdicios identificados

### Desplazamientos

#### Desperdicios

1. Ausencia de planos del hospital disponibles para la localización por el paciente de áreas de interés previo a su desplazamiento al Centro Hospitalario (Web).
2. Dificultad de aparcamiento de vehículos particulares de pacientes y familiares.
3. Desinformación sobre medios de transporte públicos de acceso al Hospital (autobuses y otros).
4. Indisponibilidad de sillas de ruedas en el hospital, su ubicación y las posibilidades de préstamo.
5. Acceso a pie complejo al no respetarse las aceras ni los accesos.
6. Necesidad de acudir al buzón de citas para depositar la solicitud necesaria si las pruebas no son realizadas de inmediato, ante la carencia de vías alternativas como teléfono o web.

#### Soluciones identificadas

1. Grabar vídeos de corta duración con información previa a la llegada al hospital en los que visualizar los espacios (departamento de prensa) así como la revisión de la guía de acogida añadiendo a esta enlaces web de interés.
2. Analizar las plazas y conveniencia de establecer estacionamientos de corta duración.
3. Colocar carteles de líneas de autobuses (TUSSA) así como teléfonos de radiotaxi en los accesos al Centro Hospitalario.
4. Posibilidad de conseguir sillas de ruedas y algún andador a través de inspección médica. Establecer cómo se hará el préstamo ya que se ha detectado que no se devuelven una vez utilizadas. Para préstamos de mayor duración, establecer circuito con trabajo social.
5. Campaña de sensibilización para respetar zonas de paso y acceso. Posibilidad de avisar a la grúa en las principales entradas al hospital que son pasos de transporte público.
6. Se identifica un déficit de información de los profesionales sanitarios sobre dicho circuito. Procurar que se gestionen las citas en el mostrador directamente del Servicio sin tener que desplazarse a la planta -3.

### Señalización

#### Desperdicios

1. Deficiente señalización de las plazas reservadas a personas con movilidad reducida.
2. Escasa y deficiente señalización de los edificios y de la localización de las consultas externas así como de las pruebas diagnósticas.
3. Falta de concreción de la especialidad de las salas de espera en las que se encuentra (el paciente en ocasiones no está seguro de haber llegado a la sala de espera de tac, rmn u otros).
4. Incorrecta señalización a pacientes y familiares que deban proceder a la recogida de medicación en Farmacia hospitalaria.
5. Falta de distinción en las Salas de Espera de zonas reservadas a pacientes pendientes de visita frente a zonas específicas a pacientes ya vistos que hayan sido solicitados reposo o espera al salir de la consulta.
6. Dificultad en la diferenciación del personal empleado del hospital con motivo de uniformes poco diferenciados así como la ausencia de nombres identificativos en los mismos.
7. Excesivos carteles en los controles de consultas externas de carácter no informativo (anuncios, sindicatos, entre otros).

#### Soluciones identificadas

1. Revisar las plazas de aparcamiento de minusválidos, ya que en algunas de ellas se ha eliminado la señalización horizontal y no disponen de señales verticales, debiendo ser repasadas las señalizaciones.
2. Considerar la información y gestión de nueva señalización. Colocar carteles informativos con detalle y actualizados en las entradas de acceso.
3. Señalizar las salas de espera de las distintas consultas. Diseño uniforme de los carteles. Para las pruebas radiológicas revisar líneas de colores.
4. El Servicio de Farmacia va a cambiar de ubicación con lo que se hace necesaria la información previa a los usuarios y profesionales que podría empezar de inmediato. Mejorar la comunicación con nuestros profesionales previamente al traslado.
5. Adaptar el espacio a estos pacientes dentro de las posibilidades existentes.
6. Necesidad de mejorar la etiqueta del uniforme que identifique la categoría profesional y nombre de los profesionales ya que la uniformidad confunde, aumentando el tamaño de los datos reflejados.
7. Examen de la información en estos espacios y normativa de uso de carteles. Los carteles deben ser amigables no prohibitivos.



## Comunicación

### Desperdicios

1. Avisos por megafonía al paciente en la sala de espera que resultan insuficientes (no se oyen).
2. Dificultades de comunicación con pacientes sordomudos u otras dificultades de escucha.
3. Dificultades de comunicación con pacientes que no dominan el castellano ni otros idiomas hablados por el profesional sanitario.
4. Necesidad de mejorar la claridad en la explicación del diagnóstico en consultas externas y pruebas diagnósticas.
5. Necesidad de mejorar la claridad en la explicación de los próximos pasos a recorrer por el paciente en consultas externas y pruebas diagnósticas.
6. Necesidad de comprobar la correcta recepción del mensaje recibido por el paciente y familiares en consultas externas y pruebas diagnósticas.
7. Modalidades de aviso en el caso de la suspensión de consultas o citas existentes deficientes (teléfono).

### Soluciones identificadas

1. Eliminar el sistema de megafonía y pasar a un sistema sin llamadas. Concienciar a los profesionales ya que se dispone de este sistema en alguna unidad y hay profesionales que siguen llamando sin motivo.
2. Elaborar pictogramas en colaboración con las asociaciones de sordomudos. Se está trabajando con la asociación de autismo en la señalización adecuada para estos pacientes. Voluntariado con conocimiento de lenguaje de signos. Programa Urgencias similar.
3. Dentro del sistema de voluntariado implantar el de voluntarios traductores y definir el circuito (solicitud a trabajo social).
4. Formación del personal. Disponer en la web del hospital de información sobre pruebas.
5. Posibilidad de elaborar un *check list* con indicaciones. Protocolos de pruebas e información sobre ellas a facilitar en el momento de la solicitud de la cita.
6. Consensuar con el personal de consultas externas la unificación de la información que se aporta al paciente. Escucha activa.
7. Implementar una campaña de actualización de datos de contacto. Aviso telefónico y SMS.

## Privacidad e intimidad del paciente

### Desperdicios

1. Excesiva presencia de profesionales sanitarios y otros en formación en las consultas externas que resultan intimidantes para ciertos pacientes.
2. Avisos por megafonía al paciente en la sala de espera por nombre y apellidos (resultando incómodos para el paciente que desea preservar su anonimato).

### Soluciones identificadas

1. Examinar la posibilidad de gestionar el número de alumnos por consulta. Protocolo de información al paciente.
2. Eliminar el sistema de megafonía y pasar a un sistema sin llamadas. Concienciar a los profesionales ya que se dispone de este sistema en alguna unidad y hay profesionales que siguen llamando sin motivo.



## Tiempos de espera

### Desperdicios

1. Desinformación sobre los tiempos de espera en las salas de consultas (cuántos pacientes se tienen por delante y la previsión de espera).
2. Deficiente información sobre el sistema de llamada a los pacientes (por orden de llegada, por hora de cita, por prioridad, entre otros).
3. Falta de información al confirmar cita sobre la hora confirmada y la hora estimada de atención.

### Soluciones identificadas

1. Informar al paciente a la llegada y educar para que no asistan antes de la hora de la cita, esto evitará la ansiedad que genera la espera. Si se va a retrasar la consulta informar en el momento de la recepción. A través de la pantalla de llamada también poder poner aviso de retraso o interrupción de consulta.
2. Informar al paciente de la necesidad de no acudir antes de la hora indicada en la cita. Diseño de Protocolos de información.
3. Crear Protocolos de actuación sobre información.

## Trato

### Desperdicios

1. Sensación de abandono por el paciente y familiares en el proceso por falta de información sobre los tiempos y plazos en el conocimiento de resultados.
2. Se detecta en ocasiones que el primer contacto con la historia clínica del paciente se produce cuando este se encuentra dentro de la consulta con el especialista, solicitando este cuestiones que se encuentran clarificadas en la misma.
3. Necesidad de mejorar la presentación del profesional sanitario en consultas externas y pruebas diagnósticas (el paciente desea saber con quién habla).
4. Necesidad de mejorar el contacto visual en consultas externas y pruebas diagnósticas.

### Soluciones identificadas

1. Mejorar la información que se facilita a los pacientes sobre los resultados de sus pruebas y los tiempos estimados para ello. Protocolización de las llamadas telefónicas a pacientes informativas de resultados previa a su asistencia a la consulta sucesiva.
2. Concienciar a los profesionales sobre sus responsabilidades de consulta previa si es posible.
3. Protocolo que determine unas pautas de atención de trato e identificación de profesionales. Visor con nombre del médico que atiende la consulta.
4. Plan de acción de los profesionales dentro de la iniciativa de mejorar el trato y pautas de actuación cómo presentarse.



## Desinformación

### Desperdicios

1. Documentación recibida en Atención Primaria de remisión a Atención Especializada excesivamente compleja y carente de información relevante.
2. Falta de información al paciente sobre los requerimientos para la visita en consulta externa o la recepción de pruebas diagnósticas (documentación necesaria, ayunas, medicación, enemas, entre otros).
3. Falta de información previa de utilidad de cara a la realización de pruebas diagnósticas.
4. Deficientes recordatorios de cita de pruebas diagnósticas.
5. Imposibilidad de seguimiento del estado de solicitud de cita por Internet u otros medios.
6. Falta de entrega de la copia o resguardo de los documentos entregados en el buzón de solicitud de citas.

### Soluciones identificadas

1. Protocolos de actuación sobre información en Atención Primaria.
2. Revisar la posibilidad de mejorar la información facilitada por los responsables en Atención Primaria a través de su comparativa con la información actual dada.
3. Explicación y confirmación de que se entiende la información que aporta el facultativo que es el responsable.
4. Revisar procedimiento y ver las posibilidades de implementar avisos al paciente por mensaje de texto (SMS).
5. Campaña de información ya que existe posibilidad de verlo desde la página del sergas con DNI electrónico.
6. Grapar el comprobante de petición de cita con el justificante utilizado para solicitarla.

## Infraestructuras

### Desperdicios

1. Carencia de techo o resguardo de la lluvia para los pacientes que acceden en ambulancia al Hospital.
2. Existencia de un solo mostrador acristalado, de acceso a consultas externas.
3. Tamaño de salas de espera no adaptados a la dimensión de pacientes y familiares que acuden a dicha especialidad (ej. pediatría donde los niños siempre son acompañados por familiares).
4. Excesivos carteles publicitarios frente a la carencia de información de educación sanitaria en las paredes de las salas de espera.

### Soluciones identificadas

1. Instalar un alpendre para que no se mojen los pacientes en el traslado al centro.
2. Creación de un sistema de voluntariado que oferte acompañamiento hasta consultas de pacientes que lo necesitan. Se ha contactado con la universidad y se está a la espera de reunión con la USC.
3. Revisar espacios y adaptarlos dentro de lo posible a la capacidad adecuada a la demanda. Mejorar entrada edificio A.
4. Revisar y establecer unas pautas sobre los carteles que se cuelgan en estos espacios.