

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC
barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

Reestructuración del triaje avanzado en situación de pandemia en un Hospital de Tercer Nivel

10

Impacto de la COVID-19 en las propuestas de reforma sanitaria del Sistema Nacional de Salud

18

¿Qué podemos aprender de las experiencias de *benchmarking* existentes en Europa?

22

El triaje a domicilio: un nuevo servicio en el entorno de urgencias y emergencias

27

Estandarización en Urgencias: modelo de gestión basado en la metodología *Lean*

34

Percepción de las personas atendidas y de los profesionales sobre la calidad de un Servicio de Urgencias



En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@fphag.org

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

La buena atención, centrada en las personas

Cada vez más, y con más fuerza, podemos ver como la buena atención a las personas es el denominador común de la mayoría de los análisis y las acciones que se realizan en el ámbito sanitario. Los artículos que aquí podemos leer dan fe de ello.

El tener conocimiento, las personas interesadas, de los resultados que tienen las políticas sanitarias y su gestión son un primer punto de partida para considerar la información transparente y accesible, y también como un rendir cuentas. Porque las políticas y la gestión no son ni buenas ni malas, solo obtienen buenos o malos resultados. Amplia es la experiencia internacional y los estudios comparados referidos a nuestro SNS, que justifican con solvencia la necesidad de una iniciativa pública para disponer, mediante los adecuados recursos y la adecuada organización, de un instrumento de información y de rendición de cuentas de los resultados del conjunto del SNS y de todos sus niveles asistenciales, fácilmente accesible. Ejemplos de referencia los tenemos en la Comunidad de Madrid y Catalunya. La atención centrada en las personas debe tender a tenerlas informadas y las políticas a aplicar basadas en la evidencia.

Las reformas propuestas para nuestro SNS a raíz del impacto de la pandemia atienden también a centrarse en los efectos de mejora en la atención de las per-

sonas, añadiendo a la comunidad como objeto colectivo sumatorio. Aparecen así, propósitos ligados a la dimensión humana de la persona y sus valores como integrante indisoluble de la atención sanitaria. Los estudios comparativos de las reformas propuestas con anterioridad a la COVID-19 y las actuales ponen en evidencia asignaturas pendientes que deben superarse definitivamente.

El análisis de la percepción de la atención debe ser dual. Debe contener la perspectiva del receptor y la del prestador. Hablamos de servicios que prestan personas a personas. La opinión de los profesionales debe tenerse en cuenta en todos los aspectos junto a la de los pacientes.

Si, a título de ejemplo, hablamos de las condiciones físicas de las consultas, la protección de la intimidad o la relación empática, esa valoración dual aporta valor.

El Aula de Innovación en Políticas Sanitarias tiene como centro de sus actividades construir modelos de atención que, con los medios disponibles y su eficiente utilización, permitan cuidar y curar a las personas con base a la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente. Por ello, la atención debe basarse en la confianza y la empatía. Si con los medios disponibles y adecuadamente utilizados no hay suficiente, está en los representantes de los ciudadanos establecer las oportunas prioridades en la asignación de los recursos públicos.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí
llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan Bosch Sabater
jboschs@uic.es

Joan María Ferrer Tarrés
jm.ferrer@fsm.cat

Candela Calle Rodríguez
ccalle@iconcologia.net

Xavier Mate García
xavier.mate@quironsalud.es

Isabel Amo Mora
iamo@uic.es

Reestructuración del triaje avanzado en situación de pandemia en un Hospital de Tercer Nivel



Rafael Lledó Rodríguez

Director General en Fundació Privada
Hospital Asil de Granollers
rlledo@fphag.org



María del Mar Ferrán García

Enfermera Institut Català de la Salut, Centre
Atenció Primària Pont de Suert – Alta Ribagorça
mrferran.pirineu.ics@gencat.cat

ABSTRACT

Literature shows that emergency room nurses need to have defined protocols in place and receive regulated training to correctly carry out nursing techniques. This confirms the need to define a selection protocol for COVID-19 patients; different studies reveal the symptoms of these patients and the need to perform chest X-rays to diagnose pneumonia.

The study is mainly aimed at defining a strategic care plan for COVID-19 patients in the advanced triage of a tertiary hospital. Accordingly, a randomised study has been proposed, with a control group and an intervention group, which will begin in July 2022 and will last 9 months.

A random training will be given to the emergency room nurses of the Vall d'Hebron General Hospital, via online sessions for three consecutive months. The first session will address the possible symptoms of COVID-19. The second session will deal with the correct use of personal protective equipment (PPE) and how to correctly perform a CRP (C-reactive protein test) will be indicated. The last session will show the new advanced triage circuit and how to request a chest X-ray.

Finally, the patients included in the study will complete a satisfaction survey in order to assess the relationship between the training of nurses and the quality perceived. Once the level of satisfaction of patients seen in the Emergency Department is assessed, it will be possible to estimate the effectiveness of a training and practical plan for triage nurses.

KEYWORDS

Triage, Nursing, COVID-19, SARS-CoV-19, Coronavirus

RESUMEN

La literatura muestra que las enfermeras de Urgencias precisan contar con protocolos definidos y formación reglada para realizar correctamente las técnicas de enfermería. Este hecho confirma la necesidad de establecer un protocolo de selección para los pacientes COVID-19; encontrando en diferentes estudios la sintomatología que presentan estos pacientes y la necesidad de realizar una radiografía de tórax para diagnosticar una posible neumonía.

El principal objetivo del estudio es diseñar un plan estratégico de atención a los pacientes COVID-19 en el triaje avanzado de un hospital de tercer nivel. Para ello se propone un estudio aleatorio, con un grupo control y un grupo intervención, que se iniciará en el mes de julio de 2022 y tendrá una duración de 9 meses.

Se realizará una formación aleatoria en las enfermeras de Urgencias del Hospital General del Vall d'Hebron; formación que será online y tendrá una duración de tres meses consecutivos. En la primera sesión se expondrá la posible sintomatología COVID-19. En la segunda sesión se indicará el correcto uso de los equipos de protección individual (EPI) y cómo realizar correctamente una PCR (prueba de Proteína C Reactiva). Y en la última sesión se mostrará el nuevo circuito del triaje avanzado y cómo solicitar una radiografía de tórax.

Finalmente, los pacientes incluidos en el estudio realizarán una encuesta de satisfacción para poder valorar la relación entre la formación de las enfermeras y la calidad percibida. Una vez evaluado el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en Urgencias, se podrá estimar la efectividad de un plan formativo y práctico para las enfermeras del triaje.

PALABRAS CLAVE

Triage, Enfermería, COVID-19, SARS-CoV-19, Coronavirus

INTRODUCCIÓN

Diferentes estudios muestran la sintomatología que presentan los pacientes con COVID-19 y la necesidad de realizar una radiografía de tórax para diagnosticar una posible neumonía. La literatura muestra que las enfermeras de Urgencias precisan de protocolos definidos y de formación reglada para realizar las técnicas de enfermería. Este hecho evidencia la necesidad de establecer un protocolo de selección para los pacientes con COVID-19.

Es necesario seguir investigando en estas líneas y desarrollar protocolos que ayuden a la práctica clínica y apoyen a los profesionales, sobre todo en situaciones de pandemia mundial.

En este sentido, el triaje es la puerta de entrada al hospital y, por tanto, es básico reestructurarlo según las necesidades del Servicio y la situación en que se encuentre en cada momento. Se podrían crear nuevas líneas de actuación y procesos para mejorar la actividad y disminuir los contagios.

Por otra parte, en los hospitales y centros de Atención Primaria el paciente contagiado de COVID-19 sigue precisando de atención sanitaria. Por este motivo, a pesar de tener menor incidencia de pacientes COVID-19, se necesita de un protocolo para ofrecer la mejor asistencia con la mayor seguridad posible.

La hipótesis que se formula es que la reorganización del proceso de selección mejorará la asistencia sanitaria de los pacientes con COVID-19 y de los pacientes que acuden al sistema sanitario por otras consultas no relacionadas con este problema de salud.

Como objetivo general se plantea diseñar un plan estratégico de atención a los usuarios con COVID-19 en el triaje avanzado de un hospital de tercer nivel.

Y, como objetivos específicos, se encuentran los siguientes:

- Mejorar el proceso de selección avanzado en función de las necesidades del Servicio Urgencias en el contexto de la pandemia COVID-19.
- Identificar las carencias logísticas.
- Determinar un proceso de actuaciones específicas.
- Definir un proceso de formación teórica.
- Valorar la satisfacción de las enfermeras.
- Estimar la satisfacción de los pacientes.

CONTENIDO

Se propone llevar a cabo un estudio aleatorizado con un grupo control y otro de intervención, que tendrá lugar en las Urgencias del Hospital Vall d'Hebron. Se iniciará en julio de 2022 y finalizará 9 meses más tarde, en marzo de 2023. De forma aleatoria se seleccionarán 40 enfermeras de Urgencias y los criterios de inclusión será contar con dos años de experiencia en Urgencias y signar el consentimiento informado.

El estudio se ajusta a la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Y se lleva a cabo siguiendo los principios de buena práctica clínica y todas las consideraciones éticas, según la declaración de Helsinki, 2013 en Fortaleza.

Todos los participantes del estudio deben estar de acuerdo en formar parte del mismo, es decir, deben firmar su autorización para participar. Se les informará del proceso verbalmente y por escrito a través de una hoja informativa. Una vez recibida toda la información sobre el estudio se firmará el consentimiento informado. En este documento se expone en qué consiste el estudio de forma detallada, a la vez que se solicita su autorización. En todo momento se debe respetar la decisión de las enfermeras y enfermeros y el hecho de que estos no quieran formar parte del mismo, así como los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

A su vez, el estudio será evaluado previamente por el comité de ética del Hospital Vall d'Hebron. De esta forma se asegurará en todo momento que se respeten los principios bioéticos, la fidelidad y confidencialidad de los profesionales.

La intervención que se propone sigue seis ejes distintos:

1. Mejora del software del programa MAT (Modelo Andorrano de Triage).
2. Reestructuración en el procedimiento de transferir a los pacientes a los diferentes boxes de Urgencias y proceder a la solicitud y realización de radiografía de tórax.
3. Aumento de la seguridad de las profesionales de enfermería al realizar la derivación inversa.
4. Aumento de la satisfacción del paciente con COVID-19.
5. Satisfacción del equipo de enfermería.
6. Formación de las enfermeras.

En el grupo A, grupo control, se realizarán 3 sesiones formativas online. En la primera sesión se tratará la sintomatología COVID-19 y se expondrá el nuevo formato del programa informático del triaje.

En la segunda sesión se explicará el uso de los EPI (Figura 1) y cómo realizar correctamente la muestra de PCR (Figura 2). En la tercera sesión, se expondrá cómo solicitar la radiografía de tórax y el nuevo circuito de los usuarios: admisión a Urgencias, motivo de entrada, escribir: sospecha COVID-19.

También se explicará cómo realizar correctamente la hoja de derivación inversa del Hospital Vall d'Hebron.

A los pacientes con COVID-19 se le realizarán encuestas de satisfacción previas al inicio del nuevo proceso de selección y se repetirán posteriormente a la aplicación del nuevo proceso de selección.

A su vez se recogerán los siguientes datos, que serán útiles como indicadores: tiempo de espera, altas voluntarias, número de reclamaciones, tiempo de demora al realizar radiografía de tórax y ubicación en un box de Urgencias.

Ús correcte de l'EPI (granota)



Escaneja aquest QR-NURSE per veure el vídeo formatiu



Col·locar-se'l

- 1  Higiene de mans amb solució alcohòlica
- 2  Granota
- 3  Mascareta FFP2 o FFP3, assegurar ajustament facial
- 4  Ulleres montura integral o universal
- 5  Caputxa
- 6  Guant de làtex o nitril de protecció biològica per sobre del puny

Treure-se'l

- 1  Retirar els guants
- 2  Higiene de mans amb solució alcohòlica
- 3  Retirar la granota donant-li la volta sobre si mateixa (primer treure la caputxa)
- 4  Ulleres, **no tocar la part davantera.** S'han d'estirar per la goma o la barnilla lateral
- 5  Mascareta, **no tocar la part davantera.**
- 6  Higiene de mans amb solució alcohòlica

Figura 1. Viñeta formativa del Hospital Vall d'Hebron. Uso correcto del Equipo de Protección Individual (EPI).

Utilizaremos indicadores en salud, PREMS (*Patient Reported Experience*), que estarán vinculados a la experiencia y percepción del usuario; además, permitirán valorar todos los ítems nombrados anteriormente.

En el estudio se puede observar la gestión del tiempo, la calidad de la visita, la información recibida, la accesibilidad a los profesionales, el uso de las nuevas tecnologías, el apoyo emocional y la atención en las transferencias.

En los indicadores PROMS (*Patient Reported Outcomes Measures*), se encontrarán los tiempos de espera, el número

de reclamaciones, número de altas voluntarias y el retraso en las pruebas diagnósticas.

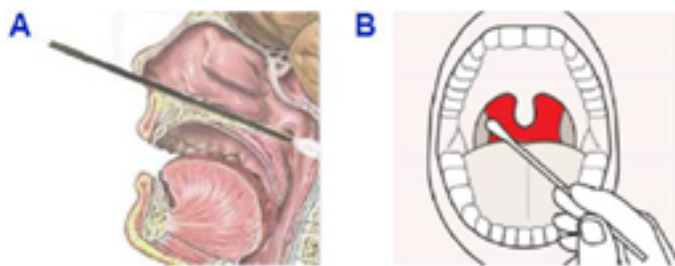
- Las variables independientes son: edad, sexo y hora de entrada en el sistema sanitario.
- Las variables dependientes son: nivel de triaje y tiempo de espera.
- Las variables cuantitativas son: número de reclamaciones o número de altas voluntarias.
- Las variables cualitativas son: satisfacción del paciente o enfermera.

Preses de mostres per a diagnòstic de SARS-CoV-2 i altres virus respiratoris



ADULTS: Frotis nasofaringi i orofaringi en un mateix tub gran amb medi de transport viral.

- **Frotis nasofaringi (Figura A):** introduir en fossa nasal, paral·lelament al paladar, fins a paret posterior de nasofaringe, deixar uns segons i retirar lentament amb moviments de rotació. Utilitzar la mateixa turunda per a les dues fosses nasals. Introduir la turunda en el tub, i trencar el pal fent pressió.
- **Frotis orofaringi (Figura B):** fregar de forma enèrgica a nivell d'amígdales i de faringe posterior. Introduir la turunda en el tub, i trencar el pal fent pressió.



NENS: Aspirat nasofaringi en contenidor estèril.

Conservació de les mostres a 4°C fins a la recepció al laboratori.

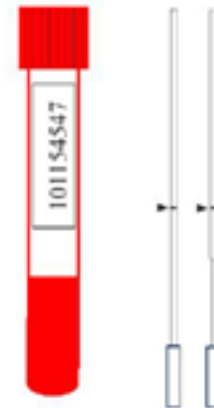


Figura 2. Viñeta formativa del Hospital Vall d'Hebron. Tècnica PCR.

Se propone el siguiente cronograma para llevar a cabo el estudio. Se iniciará en el mes de julio con la planificación y la formación de la IP de la llamada a enfermera, se enviará la propuesta al comité de ética y se seleccionarán las enfermeras de forma aleatoria. En agosto se harán las primeras encuestas a los pacientes y enfermeras. A la vez que tendrá lugar la primera sesión formativa: factores de riesgo COVID-19. En septiembre, tendrá lugar la 2ª sesión formativa: EPI + PCR. En octubre tendrá lugar la 3ª sesión: nuevo circuito triate, RX. De noviembre a enero se recogerán encuestas por segunda vez, se recogerán los datos y se analizarán. En marzo de 2023 se realizará el informe final y haremos difusión de resultados en diferentes revistas científicas y en las distintas jornadas de enfermería.

A continuació, se expone el anàlisi DAFO (Figura 3), donde se encuentran como debilidades los pocos recursos económicos y el cansancio del personal de enfermería. En cuanto a las amenazas se pueden ver la inestabilidad de la evolución de la enfermedad, bajas del personal de enfermería y protocolos cambiantes. En las fortalezas se encuentran: la buena localización del Hospital Vall d'Hebron, un equipo de enfermería cohesionado y buena actitud por parte de los profesionales. Por último, en las oportunidades se encuentran: la necesidad de nuevos protocolos, formación online, reconocimiento y visibilidad de la enfermera.

RESULTADOS

Los resultados que se esperan obtener de la implantación de este protocolo son:

- Una mejora organizativa del Servicio de Urgencias, a la vez que una mejor gestión del equipo de enfermería y del equipo multidisciplinar.
- Reducir tiempos de espera y colapso sanitario en las Urgencias. Aumentar el control de los pacientes y de la sintomatología que estos presentan para evitar complicaciones.
- Aumentar la satisfacción de las enfermeras y la seguridad del paciente. A la vez se espera reducir los niveles de ansiedad de los profesionales.
- Aumentar la satisfacción asistencial por parte del usuario, a la vez que se espera reducir el número de reclamaciones y altas voluntarias.

Este estudio pretende aumentar la satisfacción de los pacientes, mejorar los tiempos de espera y la gestión organizativa del Servicio de Urgencias, por tanto, un desarrollo más eficaz del proceso de atención enfermero a urgencias. También se están valorando las experiencias y percepción de los pacientes con PREMs.

Para evaluar los resultados, se utilizarán diferentes indicadores específicos:

DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Pocos recursos económicos.</p> <p>Presupuesto limitado.</p> <p>Cansancio del personal enfermería.</p> <p>Reubicación personal enfermería.</p> <p>Recursos humanos limitados.</p>	<p>Inestabilidad en la evolución de la enfermedad.</p> <p>Posibles bajas de personal enfermería por la propia patología.</p> <p>Otros proyectos.</p> <p>Exceso de presión asistencial.</p> <p>Recursos de protección personal.</p> <p>Protocolos COVID cambiantes.</p> <p>Planes de contingencia.</p> <p>Contexto político.</p>
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<p>Buena localización del hospital.</p> <p>Gran afluencia de paciente COVID-19.</p> <p>Buena actitud y experiencia de las profesionales.</p> <p>Equipo de trabajo cohesionado.</p> <p>Adaptable otros centros.</p> <p>Adquisición de conocimientos y habilidades específicas en materia de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Ética y compromiso con la profesión enfermera.</p>	<p>Necesidad por parte del personal asistencial de realizar protocolos.</p> <p>Interés de la población.</p> <p>Pocos costes de mantenimiento.</p> <p>Formación online.</p> <p>Empoderamiento de la ciudadanía.</p> <p>Reconocimiento y visibilidad de la enfermera.</p> <p>Autonomía profesional.</p> <p>Utilización de las TIC.</p> <p>Nuevas líneas estratégicas.</p>

Figura 3. Análisis DAFO.

- Encuestas de satisfacción pacientes.
- Encuestas de satisfacción a las enfermeras.
- Número de reclamaciones.
- Número de altas voluntarias.
- Tiempos de demora en realizar pruebas diagnósticas.
- Tiempos en ubicar un paciente en un box de Urgencias.
- Eventos adversos/errores que producen mal al paciente

CONCLUSIONES

- La actualización de protocolos y la adaptación del Servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel según las necesidades del Servicio tienen un gran impacto sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente.
- La obtención de un listado de carencias logísticas y estructurales del sistema de triaje ayudará a establecer mejoras y a actualizar protocolos en pacientes con

sospecha de COVID-19; además de realizar pruebas diagnósticas con mejores tiempos de espera.

- Un protocolo de acciones para pacientes con sospecha de COVID-19 y su aplicación, permitirá medir resultados.
- Una formación cuidadosa a las enfermeras mejorará la práctica de estas profesionales y también aumentará la seguridad y satisfacción de los pacientes y familiares.
- La realización de pruebas de forma más ágil mejorará considerablemente la satisfacción de los enfermos y familiares con COVID-19.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [2 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-ope>

- ning-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020
2. Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020 [2 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947>.
 3. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports [Internet]. [2 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
 4. World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. [2 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf>
 5. Alpízar C. Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de Urgencias. Rev Enfermería Actual en Costa Rica. 2015; 27(1):1-12. [2 de enero de 2021]. Disponible en: [file:///D:/Users/43580323S/Downloads/Dialnet-LosSistemasDeTriage-4895864%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/43580323S/Downloads/Dialnet-LosSistemasDeTriage-4895864%20(1).pdf)



Impacto de la COVID-19 en las propuestas de reforma sanitaria del Sistema Nacional de Salud



Josep Fusté Sugrañes
Fundació Unió Catalana
d'Hospitals
josepfuste@uch.cat



Carles Oliete Guillen
Unió Catalana
d'Hospitals
carlesoliete@uch.cat



Joan Cànovas
Unió Catalana
d'Hospitals
joancanovas@uch.cat



Roser Fernández Alegre
Fundació Unió Catalana
d'Hospitals
roserfernandez@uch.cat

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has rethought health systems and generated a new wave of reports on their transformation with approaches related to financing, the care model and social commitment. This study selects 14 reports from which the measures have been classified into 10 thematic areas and identifies a total of 176 items related to solvency, transformation instruments and pandemic management.

It shows a change in the general approach of the proposals, from the term evolution of the system to reform of the system, or from the economic concept of sustainability to talk about solvency. In addition, elements such as public health, digitalization, humanism and professionalism gain prominence.

KEYWORDS

Reform, Health Policies, COVID-19 Impact, Financing

RESUMEN

La pandemia ha hecho replantear los sistemas sanitarios y ha generado una nueva oleada de informes de expertos sobre su transformación con planteamientos relacionados con la financiación, el modelo de atención y el compromiso social. Este estudio se han seleccionado 14 informes de los cuales se han clasificado las medidas en 10 ámbitos temáticos e identificado un total de 176 ítems relacionados con la solvencia, instrumentos de transformación y gestión de la pandemia.

Se muestra un cambio en el enfoque general de las propuestas, pasando del término evolución del sistema a reforma del sistema, o del concepto económico de sostenibilidad a hablar de solvencia. Además, ganan protagonismo elementos como la salud pública, la digitalización, el humanismo y el profesionalismo.

PALABRAS CLAVE

Reforma, Políticas Sanitarias, Impacto COVID-19, Financiación

INTRODUCCIÓN

Los sistemas nacionales de salud están siempre en constante evolución. Se trata de una organización compleja que, aunque rígida en algunos aspectos, debe adaptarse continuamente a las necesidades cambiantes de la población. La Fundació Unió Catalana d'Hospitals, en un estudio el año 2018, hizo una recopilación de las recomendaciones que los expertos sugerían para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, con una revisión de un total de 39 informes¹.

El surgimiento del SARS-CoV-2 y la enfermedad que desarrolla conocida como COVID-19, ha provocado un auténtico trasiego en el Sistema de Salud. Además del impacto en la salud de las personas, ha tenido un impacto sin precedentes en la presión de las respuestas de los servicios sanitarios y sociales. La experiencia está demostrando que hay resistencias y barreras al cambio que son superables, pero también hay que reconocer que ha levantado el velo de las fortalezas y de los puntos débiles del Sistema y que probablemente dejará una situación de nuevas debilidades por cansancio en los profesionales y nuevas secuelas que habrá que gestionar en los próximos tiempos.

La pandemia ha hecho replantear los sistemas sanitarios y ha generado una nueva oleada de informes de expertos sobre su necesaria transformación con nuevos enfoques y planteamientos. Entre los elementos principales que caracterizan este nuevo período, además de la irrupción de la pandemia y el impacto de la COVID-19, se pueden destacar las secuelas con relación a la financiación del Sistema como consecuencia de la crisis de los primeros años de la década pasada, el cambio en el perfil de la demanda, la transformación del modelo de atención y la relevancia de los aspectos de desarrollo sostenible a escala global y de responsabilidad local (Agenda 2030).

En este artículo se presenta resumidamente el contenido del estudio realizado por la Fundació Unió Catalana d'Hospitals con el propósito de analizar las propuestas de los informes sobre la adaptación y la reforma del SNS en el nuevo contexto de irrupción de la COVID-19 y los cambios más relevantes respecto a las propuestas de informes anteriores a la pandemia del nuevo coronavirus².

CONTENIDO

1. OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es disponer de un marco de referencia sobre las recomendaciones de transformación y reforma del SNS en el nuevo escenario dominado por el impacto de la COVID-19. El estudio pretende responder a las siguientes preguntas: ¿han cambiado las recomendaciones de mejora del SNS en la etapa COVID-19 respecto la etapa anterior? ¿qué elementos han ganado importancia y qué otros la han perdido? ¿Cuál es el nuevo esquema de transformación del sistema?

2. METODOLOGÍA

La metodología del estudio consiste en identificar, clasificar y analizar las medidas de los informes recientes desde la irrupción de la COVID-19 que contienen sugerencias y recomendaciones de cambios a introducir en el SNS, elaboradas por profesionales o instituciones influyentes en el sector y de reconocido prestigio. En el presente estudio se han modificado parcialmente los ámbitos de clasificación del estudio previo¹ de acuerdo con el nuevo marco conceptual generado por los cambios que se están experimentando en el contexto actual. Se han considerado los ámbitos temáticos siguientes:

Componentes que definen la solvencia del sistema:

- Financiación y asignación de recursos por prioridades.
- Desarrollo sostenible y salud pública.
- Modelo asistencial.
- Investigación, desarrollo e innovación.

Elementos facilitadores de la transformación:

- Organización y regulación del sistema.
- Profesionales.
- Transformación digital y humanismo.
- Ética de la eficiencia, participación y compromiso social.
- Alianzas.

Medidas que se refieren a la gestión específica de la pandemia:

- Gestión COVID-19 y otras emergencias.

Las fuentes de información provienen de las principales instituciones, comisiones y otros profesionales independientes que tienen por función generar conocimiento y cuentan con capacidad de influencia en los principales agentes políticos y tomadores de decisiones. Algunas de estas entidades operan a nivel estatal y otras a nivel autonómico. También se ha recogido el punto de vista de la representación política³ y la visión internacional en base a dos de los informes más reconocidos^{4,5}.

RESULTADOS

1. INFORMES SELECCIONADOS E IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS

Se han seleccionado un total de 14 informes (Tabla 1), de los cuales se han extraído las medidas relacionadas con los 10 ámbitos temáticos señalados en el apartado de metodología.

Se han identificado medidas y propuestas relativamente diferenciadas y relacionadas con los 10 ámbitos temáticos de análisis del estudio por un total de 176 ítems entre los contenidos de los 14 informes seleccionados. En la Tabla 2 se presenta la cuantificación de medidas identificadas en el conjunto de informes clasificados según ámbitos temáticos.

INFORMES	NÚMERO DE MEDIDAS SELECCIONADAS
Impacto de la pandemia del COVID-19 en las organizaciones sanitarias: 25 propuestas a partir de lo que hemos aprendido ⁶ .	25
COVID-19: lecciones aprendidas. Para una reforma del Sistema Sanitario de Salud ⁷ .	27
Decálogo para la reforma del sistema de salud de Cataluña. Diez propuestas de cambio a partir de las lecciones aprendidas durante la crisis sanitaria de la COVID-19 ⁸ .	13
Propuestas futuras de gestión tras el COVID-19. Por la reconstrucción y la transformación del sistema sanitario ⁹ .	32
La reforma del sistema de salud de Cataluña, de la bibliografía documental a los cambios transformacionales post COVID-19 ¹⁰ .	53
La recuperación post COVID-19: Algunas reflexiones sobre el papel del sector de la salud ¹¹ .	39
La Sanidad, sector aún más estratégico por la pandemia ¹² .	35
<i>Not the last pandemic: Investing now to reimagine public-health systems</i> ⁴ .	7
Acuerdo nacional de bases para la reactivación económica con protección social ¹³ .	13
Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica (solamente el apartado de "Sanidad y Salud Pública") ³ .	33
30 medidas para fortalecer el sistema de salud ¹⁴ .	54
Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI. Un sistema inclusivo que cuente con los ciudadanos y pacientes, con los profesionales y con todos los agentes del sistema ¹⁵ .	55
106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de COVID-19 ¹⁶ .	64
Europe 2020. State of health in the EU cycle ⁵ .	15

Tabla 1. Informes de referencia sobre la reforma del Sistema Sanitario producidos en el contexto COVID-19 y seleccionados.

ÁMBITOS TEMÁTICOS DE ANÁLISIS	NÚMERO DE MEDIDAS IDENTIFICADAS
Financiación y asignación de recursos por prioridades.	17
Desarrollo sostenible y salud pública.	8
Modelo asistencial.	33
Investigación, desarrollo e innovación.	20
Organización y regulación del sistema.	32
Profesionales.	25
Transformación digital y humanismo.	11
Ética de la eficiencia, participación y compromiso social.	10
Alianzas.	7
Gestión COVID-19 y otras emergencias.	13

Tabla 2. Clasificación de medidas identificadas según ámbitos de análisis.

2. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS MEDIDAS MÁS COMUNES

Financiación y asignación de recursos por prioridades

Prácticamente todos los informes incluyen la necesidad de mejorar la financiación del sistema de salud y social para adecuarlo a las necesidades crecientes asociadas al envejecimiento y a la incorporación de nuevos tratamientos, entre otros factores. En algunos casos se menciona la necesidad de revisar el sistema de financiación autonómico actual ajustándolo a la capacidad de generación de riqueza de las autonomías, así como dotarlas de más capacidad de autogobierno.

El debate de la mejora del financiamiento del sistema de salud y social está asociado al debate general sobre el crecimiento económico, las prioridades de gasto público y la fiscalidad. Algunos informes destacan que hay que hacer compatible el crecimiento de la economía productiva y las políticas sociales, al tiempo que cabe situar al sector salud y social como estratégico en un nuevo modelo de economía productiva, impulsando medidas de fomento de un sector que genera valor añadido.

En cuanto al destino del incremento presupuestario se señala que hay que priorizar las áreas que se consideran coste-efectivas y que requieren mejoras concretas (listas de espera, atención a pacientes crónicos complejos, transformación digital). Es imprescindible la evaluación que permita rendir cuentas respecto a las decisiones tomadas que implican el uso de los recursos públicos. A nivel de recursos, mayoritariamente se reconoce la necesidad de mejorar las condiciones contractuales y retributivas de los profesionales, acercándolas a las de los países comparables, y de invertir en la adecuación de las infraestructuras, equipamientos, tecnología y digitalización.

Desarrollo sostenible y salud pública

Impulsar la acción sobre el conjunto de los determinantes de la salud, desde la conceptualización de salud en todas las políticas y con un abordaje interdepartamental, aparece explícitamente en cinco de los informes.

Así mismo el sector sanitario no es ajeno al desarrollo sostenible, sino que debe erigirse como promotor de políticas en esta línea. En cuanto a aspectos sectoriales se propone un Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente y, más específicamente, un plan para prevenir y mitigar los impactos en la salud por la contaminación y el calentamiento global.

Distintos informes plantean la conveniencia de hacer evolucionar los sistemas de vigilancia e inteligencia epidemiológica con información en tiempo real. También, otros dos informes, plantean alinear las políticas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Modelo asistencial

La Atención Centrada en la Persona (ACP) sería el paradigma sobre el cual pivota la evolución necesaria del modelo asistencial, complementándose con el enfoque de salud comunitaria desde la perspectiva poblacional. La integración sanitaria y social aparece también en un buen número de informes como esencial e inaplazable,

que debe desarrollarse de forma global y eficiente, pero evitando la sanitización de problemas de ámbito social. Tanto la ACP como la integración sanitaria y social deberían garantizar la continuidad asistencial, a través de los mecanismos de trabajo en red.

Un grupo de propuestas apuntan a la estandarización de modelos de atención a la cronicidad, adquiriendo relevancia el domicilio como centro de operaciones con la coordinación de la Atención Primaria y los otros recursos sanitarios y sociales.

Una serie de informes también destacan la necesidad de definir y desplegar un modelo de salud comunitaria, que contribuya a reducir los efectos de las desigualdades y para avanzar desde el actual sistema centrado en la enfermedad hacia un modelo centrado en la salud, con un enfoque biopsicosocial y, consecuentemente, de trabajo interdisciplinar.

Algunos de los ámbitos de provisión de servicios que ganan protagonismo son el de la atención intermedia y el de la atención domiciliaria, con un gran potencial para dar respuesta al envejecimiento poblacional juntamente con la mayor complejidad, cronicidad, fragilidad y dependencia, evitando ingresos innecesarios y adecuando la atención según la intensidad requerida en cada momento. Por otra parte, cabe destacar la necesidad de resolver el modelo de atención sanitaria en las residencias, mejorando la integración asistencial con los equipos de Atención Primaria y la coordinación con el conjunto de red asistencial. Aparte de los ámbitos de provisión que se entrevén imprescindibles de cara al futuro, un aspecto clave es la coordinación territorial y trabajo en red de todos los dispositivos de atención sanitarios y sociales.

Prácticamente todos los informes hacen hincapié, con distintos matices, en las propuestas de evolucionar hacia equipos asistenciales multidisciplinares en unidades funcionales transversales y con gestión integrada.

Investigación, desarrollo e innovación

Las innovaciones necesitan un clima organizativo proclive promoviendo procesos de co-creación, al tiempo que hay que establecer marcos de apoyo legal, menos burocratizados, financiación, estrategia y planificación. De forma bastante generalizada, en los informes se pone en valor el potencial de la colaboración público-privada.

Prácticamente todos los informes de una manera u otra señalan la conveniencia de disponer de planes de reserva y mayor autonomía tecnológica y de materias primas, impulsando la competitividad de la industria local.

Otro grupo de propuestas hacen referencia al desarrollo e implementación de herramientas de salud digital, *real world* y *big data* (industria de los datos) e inteligencia artificial aplicadas a la investigación.

Finalmente, los fondos de la Unión Europea *Next Generation* para mitigar el impacto económico provocado por la COVID-19 también se vislumbran como motores de regeneración e innovación hacia un nuevo modelo productivo, donde la investigación y la innovación en el ámbito sanitario y social debe tener una presencia destacada.

Organización y regulación del sistema

La organización y regulación del sistema acumula una buena parte de las propuestas de los distintos informes, haciendo hincapié en la calidad de la gobernanza pública y la relación de la Administración con las organizaciones responsables de la provisión y gestión de los servicios. Las propuestas apuntadas en los distintos informes se centran en:

- Promover consensos estables entorno a fortalezas del sistema de salud y social, en base a acuerdos entre fuerzas políticas y pacto social con sindicatos, asociaciones empresariales y Administración.
- Apostar por redes de provisión de interés público inclusivas, armonizadas, estables, comprometidas socialmente, de gestión profesionalizada y orientadas a resultados.
- Revisar y priorizar la cartera de servicios, planificación y evaluación.
- Rediseñar la arquitectura institucional del SNS basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las comunidades autónomas entre sí y con el Ministerio de Sanidad.
- Adaptar los marcos normativos, administrativos y laborales para dotar al Sistema de flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de los ciudadanos.
- Fortalecer la salud pública (estructuras, desarrollo vigilancia epidemiológica, coordinación entre niveles institucionales).
- Dotar a las organizaciones de provisión de servicios de personalidad jurídica y autonomía de gestión, y de gestión profesionalizada y diferenciada del gobierno de las instituciones.
- Rediseñar el modelo de contratación de servicios.
- Asignar los recursos económicos incorporando modelos de pago por resultados.
- Desarrollar un modelo de gobernanza territorial de proveedores.

Profesionales

En el ámbito profesional, las propuestas son muy numerosas. Por una parte, el conjunto de propuestas que se enmarcarían en el paradigma del profesionalismo, basado en la autonomía de gestión (capacidad de autoorganización y de trabajo en equipo), la rendición de cuentas y la evaluación de resultados. Por otra parte, la incorporación de nuevos profesionales en los equipos y liberar a los profesionales asistenciales de tareas que no aportan valor a la asistencia, especialmente tareas administrativas. También se hace hincapié en la profesionalización de la gestión de las organizaciones, reinvertiendo el resultado de la buena gestión en el servicio del interés público.

La flexibilización y conciliación son elementos que toman relevancia, así como la incorporación de los valores de las nuevas generaciones, el acompañamiento en el recambio generacional y en el reconocimiento de nuevos liderazgos.

Otro bloque de propuestas hace referencia a aspectos de regulación, planificación, formación y desarrollo profesional, que deben enmarcarse dentro un gran pacto social con la participación de todos los agentes (sindicatos, asociaciones empresariales y gobierno) que dé estabilidad al Sistema, evite la conflictividad y dé confianza a profesionales y ciudadanos. Cabe destacar la necesidad expresada de evolucionar hacia un nuevo marco de relaciones laborales y negociación colectiva, adaptado a los nuevos valores sociales y a políticas de reconocimiento que permitan retener y captar talento, promoviendo el profesionalismo.

Transformación digital y humanismo

El desarrollo de la teleasistencia, a partir del avance con la experiencia reciente, constituye uno de los paradigmas de transformación de la manera de proveer los servicios. En los informes se señala el potencial para mejorar la gestión clínica, el acceso a los servicios, la calidad, la eficiencia y la rentabilidad, pero se pone sobre aviso que no siempre puede sustituir el acto presencial y que debe garantizar una mayor continuidad asistencial del paciente.

La transformación digital debe incorporarse tanto en los distintos ámbitos asistenciales, la relación con usuarios, la gestión y la toma de decisiones, como en la evaluación, y requiere de un planteamiento estratégico y estandarización de las TIC para aportar eficiencia y mejora de la calidad.

En paralelo a la transformación digital y la utilización de los modelos de atención no presencial desde distintos informes se destaca la importancia de la humanización de los procesos asistenciales, repensando el modo de relación de los servicios con los pacientes y sus familiares y potenciando la alfabetización y el empoderamiento digital de profesionales y ciudadanos.

Ética de la eficiencia, participación y compromiso social

La incorporación de la ética de la eficiencia en la toma de decisiones se plasma en diversos informes proponiendo fortalecer la evaluación de políticas y procesos por resultados, y la publicación de resultados de la gestión sanitaria, basados en resultados de salud y eficiencia que permita la comparación entre centros. Otro aspecto relevante se refiere a promover la responsabilidad social y apostar claramente por la transparencia.

En cuanto a la participación, algunos informes hacen referencia a incorporar la perspectiva de la ciudadanía en la mejora de los servicios, la implicación del paciente en la toma de decisiones y sistematizar la toma de decisiones compartidas en salud y en enfermedad.

Alianzas

En distintos capítulos de los informes se hace referencia a la colaboración entre instituciones como propuesta para llevar a cabo las transformaciones necesarias. Por una parte, hay propuestas que se refieren a la colaboración entre organizaciones sanitarias a nivel territorial, para optimizar las instalaciones y servicios. Por otra parte, las encaminadas a potenciar la colaboración del sector público

y privado, especialmente en innovación y desarrollo de soluciones.

Otro aspecto que plantean algunos de los informes es la conveniencia de establecer una permeabilidad de flujos de información entre sistema público y privado que permita la continuidad de la atención (interoperabilidad). Finalmente, algunos informes plantean cambiar el relato de competencia entre el sistema público y privado hacia un planteamiento de cooperación.

Gestión COVID y otras emergencias

Entre las medidas específicas, propuestas y consideraciones destacan:

- Cooperación leal entre niveles de gobernanza.
- Plan de emergencias de salud pública.
- Planes para ampliar capacidad asistencial y mantener servicios asistenciales, con diseños de transversalidad y flexibilidad de sistemas “siempre activo”.
- Garantizar prevención y protección de pacientes y profesionales.
- Tener una Atención Primaria preparada.

Finalmente, se aprecia que es necesario también incorporar

los aprendizajes para poder hacer las cosas de manera diferente y mejor, impulsando e incentivando los cambios transformacionales.

3. CAMBIOS EN LAS MEDIDAS RESPECTO LOS INFORMES DE SOSTENIBILIDAD DEL SNS PREVIOS AL IMPACTO DE LA COVID-19

En este apartado se analiza cómo han cambiado las recomendaciones de mejora del SNS en la etapa bajo el impacto de la COVID-19 respecto a la anterior. Se mantienen agrupando un volumen importante de medidas y propuestas, las referidas a financiación, organización del sistema, modelo asistencial y eficiencia. Sin embargo, temáticas que acumulaban muchas medidas como cartera de servicios, gestión de la demanda y farmacia, han sido focos de interés menos preponderante en esta nueva etapa y, en cambio, aspectos relacionados con la salud pública y el desarrollo sostenible, la transformación digital y el humanismo aparecen como áreas que centran un nuevo interés reforzado (Tabla 3).

CONCLUSIONES

La realidad de la pandemia ha generado una situación de estrés en el sistema sin que, a duras penas, se hubiesen

MEDIDAS QUE SE MANTIENEN CON UN ALTO GRADO DE RELEVANCIA	MEDIDAS QUE GANAN RELEVANCIA	MEDIDAS QUE DISMINUYEN SU PRESENCIA
Mejora de la financiación.	Compatibilidad, crecimiento, economía productiva y políticas sociales.	Control del gasto.
Creación de organismos independientes para evaluación de calidad y de resultados.	Priorización de intervenciones más coste-efectivas.	Preocupación por la universalidad de acceso.
Autonomía de gestión.	Foco en condiciones laborales e inversión en equipamiento.	Copago.
Profesionalismo.	ACP e integración social y sanitaria.	Listas de espera.
I+D+i.	Acciones sobre determinantes de la salud.	Farmacia.
Colaboración público-privada.	Salud comunitaria.	
	Atención Primaria.	
	Teleasistencia.	
	Perspectiva ciudadana en la toma de decisiones.	
	Cogobernanza.	
	Salud pública y vigilancia epidemiológica.	
	Colaboración a escala europea.	

Tabla 3. Cambios principales en los focos de interés respecto los informes previos al impacto de la COVID-19.

realizado los cambios que se habían identificado para afrontar los retos de futuro.

Si en los informes previos a la pandemia el reto principal era el de la sostenibilidad del SNS¹⁷, en el momento actual el reto es la solvencia del SNS, entendida como la capacidad de dar respuesta a las necesidades de la población, aportando valor para mantener y mejorar la salud y el bienestar. Si antes se hablaba de progreso, los informes más recientes parecen referirse a un planteamiento de reforma, o quizás quieren expresar la necesidad de que los cambios transformacionales pasen efectivamente. En este nuevo marco, se ha constatado que ante una emergencia colectiva se ha tenido la capacidad de acelerar cambios en la respuesta a la COVID-19, pero lo importante es apostar

en el compromiso para una acción transformadora proactiva y efectiva. Y ello requiere superar la fase de elaboración de informes de diagnóstico y propuesta de medidas a centrarnos en analizar las resistencias a los cambios y actuar sobre ellas y, medir el impacto y los resultados del cambio para legitimar la apuesta.

Del análisis realizado hasta ahora, incorporando los resultados del primer estudio sobre Informes de Sostenibilidad¹ y las propuestas más recientes de los últimos meses en el contexto de la pandemia², se puede resumir un nuevo esquema de transformación del Sistema por la combinación de los componentes que definen su solvencia y una serie de elementos facilitadores de la transformación (Tabla 4).

COMPONENTES DE LA SOLVENCIA				
Financiación y priorización	Desarrollo sostenible y salud en todas las políticas	Atención centrada en la persona y salud comunitaria		I+D+i
Economía social y productiva	ODS (Agenda 2030)	Integración asistencial sanitaria y social		Inversión en I+D+i
Fiscalidad	Salud en todas la políticas	Organización entorno a la persona, enfoque biopsicosocial		Minimizar barreras y trabas administrativas
Sector económico estratégico	Desarrollo salud pública y vigilancia epidemiológica	Trabajo interdisciplinar		Fomentar innovación en procesos, productos y servicios
Priorización basada en valor		Salud comunitaria		Big data y Inteligencia artificial
		Reorganización y coordinación ámbitos asistenciales		Investigación en salud pública

ELEMENTOS FACILITADORES DE LOS CAMBIOS TRANSFORMACIONALES				
Calidad gobernanza y gestión	Profesionalismo y captación de talento	Transformación digital y humanismo	Ética y eficiencia	Alianzas
Consenso y pacto político y social	Capacidad de autoorganización y trabajo en equipo	Estrategia de transformación digital	Empoderamiento y participación en las decisiones	Proyectos colaborativos
Marcos normativos flexibles	Incorporación nuevos profesionales	Teleasistencia	Evaluación de políticas y prácticas	Trabajo en red
Rediseño arquitectura SNS y cogobernanza	Flexibilización y conciliación	Factor humano de la relación asistencial	Publicación de resultados	Permeabilidad flujos de información
Planificación y evaluación	Planificación		Responsabilidad social y transparencia	Colaboración público-privada
Desarrollo estructuras salud pública	Evolución formación			
Autonomía de gestión	Nuevo marco relaciones laborales			
Nuevos modelos contratación de servicios				

Tabla 4. Esquema de transformación del SNS. Solvencia y cambios transformacionales en el nuevo contexto generado con el impacto de la COVID-19.

Como conclusión, el análisis de la situación ya está hecho, el diagnóstico en el nuevo contexto está realizado y los retos están enfrente. Se ha aprendido que la efectividad de los cambios está en la capacidad de superar las resistencias. Es hora de identificar las resistencias y tomar compromiso para vencerlas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fundació Unió Catalana d'Hospitals. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: análisis comparado de informes de diagnóstico y propuestas. Del diagnóstico a la acción. Estudis de la Fundació. 2018.
2. Fundació Unió Catalana d'Hospitals. Impacto de la COVID-19 en las propuestas de reforma sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Análisis comparado de propuestas. Estudis de la Fundació Unió. 2020.
3. Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica. Capítulo 4. "Sanidad y Salud Pública". Julio 2020
4. McKinsey & Company. Not the last pandemic: Investing now to reimagine public-health systems. Julio 2020
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Health at a Glance: Europe 2020. State of health in the EU cycle. Noviembre 2020.
6. Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria Impacto de la pandemia del Covid19 en las organizaciones sanitarias: 25 propuestas a partir de lo que hemos aprendido. Mayo 2020.
7. Colegio de Médicos de Cataluña. Covid19: lecciones aprendidas. Para una reforma del Sistema Sanitario de Salud. Colegios Oficiales de Médicos de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona, con la adhesión de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC), Sociedad Catalana de Geriátrica y Gerontología y la Fundación Academia de Ciencias Médicas y de Salud de Cataluña y Baleares Junio 2020.
8. Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria, Colegios de Médicos de Cataluña y Colegios de enfermeros y enfermeras de Cataluña Decálogo para la reforma del sistema de salud de Cataluña. Diez propuestas de cambio a partir de las lecciones aprendidas durante la crisis sanitaria de la Covid19. Junio 2020.
9. Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA). Propuestas futuras de gestión tras el Covid19. Por la reconstrucción y la transformación del sistema sanitario. SEDISA con la colaboración de MSD. Julio 2020
10. Unió Catalana d'Hospitals). La reforma del sistema de salud de Cataluña, de la bibliografía documental a los cambios transformacionales post Covid19. Julio 2020
11. Cercle d'Economia. La recuperación post Covid19: Algunas reflexiones sobre el papel del sector de la salud. Octubre 2020.
12. Círculo de Empresarios. La Sanidad, sector aún más estratégico por la pandemia. Octubre 2020
13. Unión General de Trabajadores (UGT), Comisiones Obreras (CCOO), Gobierno de la Generalidad de Cataluña, Fomento del Trabajo y Pequeña y Mediana Empresa de Cataluña (PIMEC) Acuerdo nacional de bases para la reactivación económica con protección social. Julio 2020.
14. Gobierno de la Generalitat de Catalunya. Comité de expertos para la Transformación del Sistema Público de Salud. Informes sobre las 30 medidas para fortalecer el sistema de salud. Septiembre 2020.
15. Grupo independiente de expertos a nivel nacional. Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI. Un sistema inclusivo que cuente con los ciudadanos y pacientes, con los profesionales y con todos los agentes del sistema. Octubre 2020.
16. Fundación Economía y Salud 106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de COVID-19. Noviembre 2020.
17. Fernandez R, Argenté M, Rodríguez X. Sostenibilidad y excelencia del sistema sanitario catalán. Nuevos paradigmas, retos y respuestas. Med Clin. 2015;145(Supl 1):8-12.

¿Qué podemos aprender de las experiencias de *benchmarking* existentes en Europa?



Anna García-Altés
Agència de Qualitat i
Avaluació Sanitàries de
Catalunya.



Cristina Adroher
Hospital Sant Joan de Déu
Barcelona. Centre de Re-
cerca en Economia i Salut



Viky Morón
Knowhowadvisers Health
Consulting



Boi Ruiz
Profesor de la UIC
y Presidente de
Knowhowadvisers

ABSTRACT

Background. Benchmarking experiences have been flourishing in Europe during the last years with the idea of improving healthcare quality.

Objective. This paper aims to review the European benchmarking experiences, analysing their main characteristics and highlighting common and differential ones.

Methods. The identification of benchmarking experiences was based on the list of European countries for which there exists an electronic “HiT health system review”. Predefined variables were identified, mainly data sources, formats, topics, and target audiences.

Results. 14 benchmarking experiences were identified. Most of them are governmental. All of them are web-based. The easiness to navigate through the websites and materials and to understand them varies among experiences. Most common data sources are registries. Few experiences include patient experience indicators. None of them explicitly mentions if they use results as the basis to start quality improvement efforts.

Conclusions. Benchmarking is essential for transparency and accountability, and to support improvement. To do this effectively it must reconcile important and potentially conflicting goals: meaningful accountability, requiring real consequences from underperformance, and an environment that encourages open and honest reporting. Enhancing reporting websites is needed.

KEYWORDS

Transparency, Accountability, Benchmarking

RESUMEN

Antecedentes. Las experiencias de evaluación comparativa han florecido en Europa durante los últimos años con la idea de mejorar la calidad de la atención médica.

Objetivo. Este artículo tiene como objetivo revisar las experiencias europeas de *benchmarking*, analizando sus principales características y destacando las comunes y las diferenciales, así como identificar las particularidades de un modelo de rendición de cuentas ideal.

Métodos. La identificación de experiencias de evaluación comparativa se ha basado en la lista de países europeos para los que existe una “revisión del sistema de salud de HiT (*Health Systems in Transition*)”. Se identificaron variables predefinidas, principalmente fuentes de datos, formatos, temas y público objetivo.

Resultados. Se identificaron 14 experiencias de *benchmarking*. La mayoría de ellas son gubernamentales. Todas ellas están basadas en la web y la facilidad para navegar por los sitios web y los materiales y comprenderlos varía según la experiencia. Las fuentes de datos más comunes son los registros. Pocas acciones incluyen indicadores de la experiencia del paciente. Ninguna de ellas menciona explícitamente si utilizan los resultados como base para iniciar esfuerzos de mejora de la calidad, o para la evaluación de resultados o compra de servicios.

Conclusiones. El *benchmarking* es esencial para la transparencia y la rendición de cuentas, así como para apoyar la mejora. Para hacerlo de manera efectiva debe conciliar objetivos importantes y potencialmente conflictivos: responsabilidad significativa, que requiere consecuencias reales por un desempeño deficiente, y un entorno que fomente la presentación de informes abiertos y honestos. Es necesario mejorar los sitios web de informes.

PALABRAS CLAVE

Transparencia, Rendición de Cuentas,
Benchmarking

INTRODUCCIÓN

La transparencia es un elemento constitutivo de las sociedades democráticas desarrolladas¹. En el sector de la salud, el aumento de la transparencia del gobierno tiene un impacto en la salud de la población a través de políticas óptimas, mejor gestión de las organizaciones sanitarias y mejor práctica clínica². La rendición de cuentas significa visibilizar el proceso de toma de decisiones, así como los métodos aplicados y los resultados obtenidos. En el contexto económico actual, que obliga a poner el foco en la eficiencia, la rendición de cuentas se corresponde con la demanda social de una mayor transparencia en la toma de decisiones en las políticas públicas y la rendición de cuentas en el uso de los recursos públicos³.

Se ha demostrado que la comparación de la calidad entre centros sanitarios contribuye a una mejora de los resultados, pero también a importantes ahorros al optimizar la adecuación de los procedimientos, recursos que a su vez podrían ser utilizados para dar cobertura a necesidades sanitarias no satisfechas de la población⁴⁻⁶. El motor de la mejora de la calidad es la reputación del hospital⁷. La cuestión clave es producir información fiable sobre la calidad, que se mantenga sólida frente a las críticas de los proveedores, sobre la que actúe el personal sanitario y que esté disponible para la ciudadanía de manera comprensible⁸.

La experiencia de *benchmarking* más famosa fue en 1989 con la publicación de los resultados de mortalidad por *bypass* coronario (CABG) de hospitales y cirujanos en el estado de Nueva York, que mostró un impacto positivo en los resultados⁹. La experiencia pionera en Europa fue en Escocia en 1994, con la publicación de informes anuales de resultados clínicos, aunque con un impacto mucho menor¹⁰. Más recientemente, desde 2005, la Sociedad de Cirugía Cardiorrástica de Gran Bretaña e Irlanda ha venido publicando datos abiertos al público relativos a hospitales y cirujanos, política que se ha asociado con una reducción del 50% en la mortalidad ajustada por riesgo¹¹.

CONTENIDO

Las experiencias de *benchmarking* han florecido en Europa durante los últimos años con la idea de ser una herramienta útil para los profesionales, tanto clínicos, gerentes y responsables políticos como para la ciudadanía. Cada sistema de salud lo ha hecho atendiendo temas específicos en función de sus necesidades, derivando en un amplio espectro de experiencias. Este artículo tiene como objetivo presentar el “Estudio sobre la publicación de resultados en el SNS (Sistema Nacional de Salud): bases para un modelo” recientemente publicado, en el que se hace una revisión sistemática de los procedimientos de rendición de cuentas existentes en España y en otros países europeos¹².

La identificación de países europeos con experiencias de evaluación comparativa se basó en la lista de países para los que existe una “revisión del sistema de salud de HiT, una publicación electrónica del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud¹³. El Observatorio

es una asociación, organizada por OMS/Europa, que incluye otras organizaciones internacionales (la Comisión Europea, el Banco Mundial), gobiernos nacionales y regionales, otras organizaciones del sistema de salud y el mundo académico. En las revisiones del HiT, el Observatorio describe sistemáticamente el funcionamiento de los sistemas de salud, así como las iniciativas de reforma y políticas en curso o en desarrollo. Se analizaron los encabezados de transparencia y rendición de cuentas de las revisiones de HiT más recientes y se identificaron los países que tienen algún tipo de sistema de evaluación comparativa. Se agregaron las experiencias de Cataluña y Madrid. La revisión se realizó durante el primer trimestre de 2019 y se actualizó en febrero de 2020.

RESULTADOS

El estudio identificó 14 experiencias europeas de *benchmarking*: Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, dos en Países Bajos, Noruega, Portugal, dos en España, Suecia, Suiza y Reino Unido.

La mayoría de las iniciativas de *benchmarking* dependen de los gobiernos de los países (84%). Las únicas excepciones son las experiencias de los Países Bajos y Alemania, que dependen de una asociación de pacientes y una fundación privada, respectivamente. Las fuentes de datos más comunes para los indicadores medidos en las diferentes experiencias son los registros: registros administrativos utilizados en el reembolso de los servicios sanitarios y en las políticas de mejora de la calidad, o registros clínicos específicos diseñados para monitorizar la calidad. Los datos de experiencia del paciente también se incluyen en nueve de las experiencias identificadas (Dinamarca, Francia, Países Bajos (2), Suecia, Suiza, Reino Unido, Cataluña y Madrid).

Todas las experiencias ponen a disposición de la ciudadanía su información a través de sitios web y todas, excepto una de las experiencias de Países Bajos, lo hacen de forma gratuita. La facilidad para navegar por los sitios web y el nivel de comprensión de los materiales varía según la experiencia. Algunos de ellos (Austria, Dinamarca, Francia, Alemania, Holanda -Zorgkaart Nederland-, Reino Unido) incluyen un buscador para localizar fácilmente los centros y conocer sus resultados. Otros (Portugal, Cataluña y Madrid) incluyen gráficos muy visuales para comparar los centros entre ellos, otros (Francia) muestran los resultados mediante visualización en mapas, aunque otros (Dinamarca, Holanda -Zorgkaart Nederland-, Suecia) presentan solo resultados numéricos. Pocas experiencias (Dinamarca, Finlandia, Holanda, Portugal, Reino Unido, Cataluña y Madrid) permiten descargar información también en formato de datos abiertos.

La mayoría de las experiencias incluyen solo indicadores relativos al desempeño de los centros hospitalarios. Alemania, Cataluña y Madrid son la excepción, publicando también indicadores de atención primaria y salud mental, entre otras áreas. Los indicadores publicados son heterogéneos: algunos países publican indicadores de salud, estilos de vida y utilización, mientras que otros también publican indicadores de resultados sobre, por ejemplo, seguridad, efectividad y eficiencia de la atención hospita-

laria. Los indicadores comunes a la mayoría de las experiencias son los tiempos de espera (para pruebas diagnósticas o para intervenciones quirúrgicas), la estancia media y las infecciones nosocomiales. Algunas experiencias incluyen indicadores relacionados con condiciones relevantes, como parto, enfermedades cardiovasculares o cáncer.

CONCLUSIONES

La escasez de experiencias de transparencia y rendición de cuentas en el ámbito sanitario en el contexto internacional pone de manifiesto que todavía hay mucho que avanzar. Este es uno de los mensajes del “Estudio sobre la publicación de resultados en el SNS: bases para un modelo”, presentado recientemente, que hace una revisión sistemática de los procedimientos de rendición de cuentas existentes en España y en otros países europeos y plantea las bases de un modelo ideal para el Sistema Nacional de Salud.

La rendición de cuentas implica visibilizar el proceso de toma de decisiones, el método aplicado y los resultados obtenidos. Esta *accountability* tiene efectos a diferentes escalas: macro (gobierno, parlamento y otras instituciones), meso (aseguradoras, centros sanitarios y unidades dentro de una institución) y micro (profesionales sanitarios y pacientes). Ejerce un impacto en la salud de la población a través de las políticas, la gestión de las organizaciones y la práctica clínica aumentando la productividad y mejorando los resultados en salud. Es un factor clave para que la inversión pública sea acertada, los recursos humanos sean los más cualificados, los costes de provisión de servicios se reduzcan y la competencia se estimule con la comparación de resultados.

En este contexto, el anteriormente citado estudio da algunas pistas de los puntos clave para un buen modelo de transparencia y rendición de cuentas: ¿qué características debería tener este modelo ideal?:

1. Iniciativa pública: llevada a cabo por una organización gubernamental (a diferencia de modelos promovidos por fundaciones o asociaciones de pacientes).
2. Organismo independiente: ejecutada por un ente ajeno a las instancias evaluadas.
3. Resultados de atención sanitaria: los indicadores deben incluir resultados de resultados de los centros sanitarios y no sólo de estado de salud de la población.
4. Resultados de gestión: se publicitarán indicadores sobre la utilización de los recursos en función de datos sobre costes, productividad y uso de estos recursos.
5. Registros administrativos: el origen de la información con la que se construyen los indicadores debe provenir de registros sistemáticos, auditados y obligatorios.
6. Web y datos abiertos: la fuente donde se puedan consultar y comparar los resultados debe ser amigable y de fácil acceso. Se deben poder descargar en formato de datos abiertos.
7. Formato sencillo y visual: la información debe presentarse de forma fácilmente comprensible para el público general.

8. Gratuidad: el acceso a la información relativa a los resultados de los proveedores sanitarios del sistema de salud debe ser gratuita.
9. Enfocado a los profesionales y la ciudadanía: la iniciativa debe estar dirigida tanto a profesionales como a la ciudadanía, adaptándose a cada público.
10. Implicaciones sobre política sanitaria: la iniciativa debe informar de los resultados a partir de los cuales se toman decisiones de política sanitaria y de gestión de los recursos.

Como se ha mencionado, las fuentes de datos más comunes para los indicadores medidos en las diferentes experiencias son los registros. Los beneficios de derivar indicadores de calidad a partir de datos administrativos son varios: no es necesario recoger datos, se minimiza la posibilidad de manipulación y se garantiza la universalidad (todos los centros incluidos). Los contras son obvios: los indicadores se limitan a información codificable y, principalmente, a los resultados de los pacientes hospitalizados¹⁴. En un futuro próximo, la interoperabilidad de los sistemas de información dentro del sector salud, o incluso con otros sectores (social, educativo, económico, laboral, etcétera) contribuirá aún más a la evaluación de los servicios de salud.

Según lo visto, la inclusión de indicadores de resultado más allá del alta hospitalaria aumentaría el valor de los ejercicios de *benchmarking*¹⁵. Ninguna de las experiencias analizadas publica indicadores referentes a cuestiones económicas ni mide la calidad de la prescripción farmacéutica. Las dimensiones de calidad distintas de la seguridad y la eficacia están sistemáticamente infrarrepresentadas, y hay una cobertura deficiente de muchas especialidades clínicas o indicadores no relacionados con la atención aguda¹⁶.

No obstante, la medición de la calidad en la atención médica es un tema complejo. Ningún indicador por sí solo resumirá de manera adecuada la seguridad y la calidad de una organización, y es deseable un enfoque multidimensional. Si bien la medición de resultados puede tener una variedad de consecuencias adversas no intencionales (visión de túnel, selección adversa, efecto techo, juego, etc.)^{17,18}, se podrían tomar algunas medidas para minimizar estos efectos (mejorar la calidad y disponibilidad de los datos, medir el contexto no solo el indicador, evitar umbrales, establecer objetivos claros, involucrar a los actores, entre otros)^{17,19,20}. Además, con relación a la calidad de los indicadores, se han propuesto algunos criterios para evaluar las medidas de resultado²¹. Mejorar la forma en que se mide el rendimiento de los servicios sanitarios y en que se utiliza esa información es fundamental para la optimización de los servicios sanitarios en sí¹⁸.

Uno de los aspectos más llamativos es que, si bien los indicadores y datos son la base sobre la que basar las políticas públicas e iniciar esfuerzos de mejora, ninguna de las experiencias de *benchmarking* identificadas menciona explícitamente si utilizan los resultados de esta manera. En realidad, y según una encuesta reciente entre los países de la OCDE, la mayoría de las experiencias de evaluación comparativa se centran en la

transparencia y la rendición de cuentas, o en la mejora de las políticas o la prestación de servicios de salud²⁰. Solo Francia hace explícito el vínculo entre la evaluación comparativa y la acreditación de centros. En términos generales, los supuestos detrás de las experiencias deben hacerse explícitos, incluyendo su enfoque²¹.

Sobre la base del estudio presentado, la investigación futura podría centrarse en mejorar la precisión y validez de los indicadores de calidad para que poder ampliar la medición del valor de la atención y relacionar los resultados del *benchmarking* con la toma de decisiones. También parece relevante analizar otros tipos de atención además de la atención hospitalaria, como la atención primaria, la atención mental o la atención sociosanitaria, e incluir indicadores relacionados con los diferentes profesionales de la salud, como los indicadores sensibles a la práctica enfermera²². El desglose significativo de los datos (por sexo, edad, etnia, nivel socioeconómico, etc.) es fundamental para garantizar una toma de decisiones impulsada por la equidad²³. Por último, es necesario seguir trabajando para definir un conjunto de indicadores de referencia que podrían ser aplicables en toda Europa para permitir comparaciones significativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Council of Europe. Recommendation CM/Rec (2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. Strasbourg: Council of Europe; 2010.
2. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gac Sanit* 2011;25:333-338.
3. García-Altés A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gac Sanit* 2016;30:9-13.
4. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, et al. Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Aff (Millwood)* 2012;31:220-227.
5. The Commonwealth Fund. Aiming higher. Results from a state scorecard on Health System Performance. New York: The Commonwealth Fund; 2009.
6. Wind A, van Harten WH. *Benchmarking* specialty hospitals, a scoping review on theory and practice. *BMC Health Serv Res* 2017;17:245.
7. Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 2003;22:84-94.
8. Bevan G. How might information improve quality of care in the English NHS? *Euro Observer* 2007;9:1-4.
9. Chassin MR. Achieving and sustaining improved quality: lessons from New York State and cardiac surgery. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:40-51.
10. Mannion R, Goddard M. Impact of published clinical outcomes data: case study in NHS hospital trusts. *BMJ* 2001;323:260-263.
11. Bridgewater B, Cooper G, Livesey S, et al., on behalf of the Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain & Ireland. Maintaining Patients' Trust: Modern Medical Professionalism. Henley-on-Thames: Dendrite Clinical Systems Ltd; 2011.
12. Ruiz B, Adroher C, Morón V., García-Altés. Estudio sobre la publicación de resultados en el SNS: bases para un modelo. Fundación Salud Innovación y Sociedad. 2019.
13. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system reviews. [cited 2021 March 9]. <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>.
14. Busse R, Nimptsch U, Mansky T. Measuring, monitoring, and managing quality in Germany's hospitals. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:w294-304.
15. Bottle A, Middleton S, Kalkman CJ, et al. Global comparators project: international comparison of hospital outcomes using administrative data. *Health Policy Plan* 2004;19:371-379.
16. Copnell B, Hagger V, Wilson SG, et al. Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators. *Intern Med J* 2009;39:352-360.
17. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit* 2008;22:143-155.
18. Beazley I, Dougherty S, James C, et al. Decentralisation and performance measurement systems in health care. OECD Working Papers on Fiscal Federalism, No. 28. Paris: OECD Publishing; 2019.
19. Klazinga N, Fischer C, ten Asbroek A. Health services research related to performance indicators and *benchmarking* in Europe. *J Health Serv Res Policy* 2011;16:38-47.
20. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, et al. How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries. Santa Monica: RAND; 2011.
21. Baker DW, Chassin MR. Holding providers accountable for health care outcomes. *Ann Intern Med* 2017;167:418-423.
22. García-Altés A, Subirana-Casacuberta M, Llorens D, et al. The experience of Catalonia measuring nurse-sensitive indicators: Trends study 2012-2018. *J Nurs Manag*. 2021 Apr 24. doi: 10.1111/jonm.13348
23. Nuti S, Vola F, Bonini A, et al. Making governance work in the health care sector: evidence from a 'natural experiment' in Italy. *Health economics, policy, and law* 2016;11(1):17-38.

El triaje a domicilio: un nuevo servicio en el entorno de urgencias y emergencias



Nura Asad Jara, MD.

Enfermera de Atención Primaria del Consultorio Médico de Viladecavalls. Hospital Universitario Mútua de Terrassa
nasad@mutuaterrassa.cat



Francesc García Cuyàs PhD.

Adjunto a la Direcció Mèdica y Director de Transformación Digital. Hospital Sant Joan de Déu
francesc.garcia@sjd.es

ABSTRACT

Triage is a process that allows the user to manage clinical risk to handle the flow of patients in terms of demand and clinical needs.

Nowadays, the saturation of patients in hospitals and primary care emergency services is one of the biggest healthcare problems. This project aims to improve patient accessibility in the healthcare system to provide the best possible care through a model that allows demand matching in an emergency department.

The method to be used is the development of a platform, in web and APP format, through the completion of forms by patients. These forms will be the data collection tool, thus responding to the citizen by recommending the corresponding level of care, as well as the available centers to go to, with their corresponding waiting times.

Thanks to the integration of this new technological model, it will be possible to reduce the economic cost in the health system, also improving the time management in an emergency service.

It will give greater autonomy, by providing the patients the capability to self-manage the level of care for their pathology and more satisfaction of health professionals.

KEYWORDS

Triage, Emergencies, Technology, Artificial Intelligence, Management

RESUMEN

El triaje es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder gestionar adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes en cuanto a la demanda y a sus necesidades clínicas.

Actualmente, la saturación de los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como de atención primaria, es uno de los problemas más importantes en la Sanidad. El objetivo de este proyecto es mejorar la accesibilidad del paciente al Sistema Sanitario, para darle la mejor asistencia posible mediante un modelo que permita la adecuación de la demanda en un Servicio de Urgencias.

El método que se utilizará es el desarrollo de una plataforma, en formato web y app, a través de la realización de formularios por parte de los pacientes, que serán los instrumentos de recogida de datos, para así dar respuesta al ciudadano recomendando el nivel asistencial que le corresponde, así como los centros disponibles donde acudir, con sus correspondientes tiempos de espera.

Gracias a la integración de este nuevo modelo tecnológico, se permitirá reducir el gasto económico en el Sistema Sanitario, mejorando también la gestión del tiempo en un Servicio de Urgencias.

Se dará mayor autonomía al ciudadano, dotándolo de capacidad para autogestionar el nivel de atención de su patología aguda, y también habrá una mayor satisfacción por parte de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE

Triage, Urgencias, Tecnología, Inteligencia Artificial, Gestión

INTRODUCCIÓN

El (triaje/clasificación) es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico, para poder gestionar adecuadamente y con seguridad el flujo de pacientes en cuanto a la demanda y a sus necesidades clínicas.

Debe de ser la clave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente y, por lo tanto, una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posea un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. Las funciones del triaje deben ser¹:

1. Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
2. Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
3. Asegurar la reevaluación de los pacientes que tienen que esperar.
4. Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
5. Aportar información sobre el proceso asistencial.
6. Disponer de información para los familiares.
7. Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
8. Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Actualmente se reconocen cinco modelos de triaje estructurados con una amplia implantación:

1. La Australian Triage Scale (ATS).
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
3. El Manchester Triage System (MTS).
4. El Emergency Severit Index (ESI).
5. El Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES) a partir del Modelo Andorrano de Triage (MAT).

En el ámbito sanitario se utilizan cinco niveles de triaje diferentes, donde el nivel I está indicado para aquellas situaciones que requieren una resucitación, con riesgo vital inmediato, y el nivel V está indicado para aquellas situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programados sin riesgo del paciente.

La planificación y las actuaciones que se están realizando actualmente para dar respuesta a las necesidades asistenciales en el ámbito de las urgencias, se enmarcan en el despliegue del Plan Nacional de Urgencias de Catalunya (PLANUC). Este Plan es la hoja de ruta para asegurar una atención continuada y urgente equitativa, cualitativa y resolutive, liderada por profesionales, que

sitúa a la persona y sus necesidades en el centro del sistema². El PLANUC contiene 10 ejes diferentes que permiten mejorar la gestión y prestación de la demanda en los servicios sanitarios. El eje número 8, Sistemas de Información, informa de la toma de decisiones para mejorar la gestión y la adecuación de la organización y la oferta de recursos, a través de la disposición de cuadros de mando que incluyan indicadores de saturación, de disponibilidad de recursos, de predicción de demanda y de adecuación o calidad de servicios.

El Sistema Sanitario público establece diferentes recursos y circuitos para dar respuesta a la demanda de atención inmediata de la ciudadanía. En Catalunya, la atención de urgencias se lleva a término por los dispositivos de atención primaria y hospitalaria, así como a través del teléfono 061 CatSalut Respon, que es un servicio de urgencias de acceso directo a todo el país, las 24 horas del día, los 365 días del año. Los profesionales de los Centros de Atención Primaria (CAP) y de los consultorios locales ayudan a resolver la mayoría de los problemas de salud en su horario habitual y en los horarios de atención continuada³.

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La aplicación de un triaje se desarrolla a partir de los años 60 a través de escalas de 3 y 4 niveles de categorización. Debido a que no se ha demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, fueron sustituidas por nuevas escalas de 5 niveles de priorización a partir de los años 90. Un concepto básico en el triaje: lo urgente no siempre es grave y lo grave no siempre es urgente. Esto hace posible clasificar a los pacientes a través de un grado de urgencia, de manera que los pacientes más urgentes serán visitados primero y los demás serán reevaluados hasta que sean visitados por sus facultativos.

La atención médica ha ido evolucionando en el tiempo, pasando de una asistencia enfocada a la enfermedad a una atención dirigida al paciente. En la actualidad, las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) se han combinado para dar respuesta a la Telemedicina y a la Teleasistencia⁴ no solo como una nueva tecnología, sino también como una nueva manera de hacer y de organizar la prestación de servicios sanitarios, con la finalidad de dar asistencia médica a aquellos pacientes que se encuentren en lugares lejanos del centro sanitario. Dentro de este campo encontramos, entre otros:

- Educación para la Salud.
- Salud Pública.
- El desarrollo de programas de salud y estudios epidemiológicos.

La telemedicina se define como un concepto muy amplio que da una multitud de servicios de atención sanitaria, enfocados a las enfermedades y a sus factores, como también a un mayor bienestar del paciente y a la prevención de enfermedades. Se practica a distancia con la ayuda de las TIC.

Servicios como La Meva Salut (LMS) (acceso a través de Internet al historial clínico del ciudadano catalán) o como CatSalut Respon (dispositivo de atención sanitaria no presencial), son una prueba de la tendencia gracias a la digitalización de la información y a su modelo de compartición.

Enlace del vídeo LMS: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/la-meva-salut/>

Actualmente, la saturación de los servicios de urgencias tanto hospitalarios como de atención primaria, es uno de los problemas más importantes en la sanidad pública debido, entre otras causas, al desconocimiento ciudadano de los diferentes dispositivos que hay en el territorio y a la capacidad de resolución de cada uno de ellos. Ninguno de los ejes integrados en el PLANUC contemplan disponer de un modelo en los domicilios de los ciudadanos que permita mejorar la accesibilidad del enfermo al Sistema Sanitario. Este hecho genera interés y curiosidad para crear un modelo que facilite la gestión de la demanda en el entorno de urgencias y, por este motivo, parece interesante hacer una búsqueda bibliográfica de los modelos existentes hasta la actualidad de este tema.

2. OBJETIVOS

Los objetivos generales de este proyecto son optimizar la accesibilidad del paciente al Sistema Sanitario para darle la mejor asistencia posible e implantar un modelo que permita la adecuación de la demanda en un Servicio de Urgencias mediante el triaje a domicilio.

Como objetivos específicos se destacan:

1. Describir si existen a través de la búsqueda bibliográfica modelos para facilitar la gestión de la de-

manda en un Servicio de Urgencias utilizando las nuevas tecnologías.

2. Identificar la satisfacción de los pacientes y profesionales utilizando las nuevas tecnologías en medicina.
3. Desarrollar estrategias digitales para mejorar el empoderamiento de la ciudadanía.

3. METODOLOGÍA Y DISEÑO DEL PROYECTO

Búsqueda bibliográfica

Para poder llevar a cabo el proyecto del triaje a domicilio desde su inicio, se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de referencia: Cochrane, Dialnet, Pubmed, Lilacs, Scielo y artículos publicados en Google Académico, desde diciembre del 2014 hasta marzo del 2019. Se buscaron artículos de revisión sistemática, cualitativos y cuantitativos sobre la existencia de modelos que mejoren la gestión de la demanda en un Servicio de Urgencias.

El total de artículos obtenidos durante la búsqueda bibliográfica es de 10.458 artículos. Después de haber leído el título y el resumen de cada uno de ellos aplicando los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda, se limitó a un total de 16 artículos.

Propuesta del proyecto

Desarrollar un entorno tecnológico poniendo en funcionamiento un nuevo modelo organizativo para los ciudadanos en un área determinada. Es importante que se pueda aprovechar y tenga valor para el usuario y también para el propio Sistema Sanitario, ya que es importante que este nuevo modelo esté bien integrado dentro de la sociedad para poder realizar un cambio cultural, haciendo entender al ciudadano que puede autogestionar las situaciones de su propia salud y patología aguda o crónica agudizada a través de esta herramienta.

Cuanto más pacientes utilicen esta herramienta, más impacto tendrá en el Sistema Sanitario y, por este motivo, más probabilidad de lograr los objetivos.

BASE DE DATOS		
Base de datos	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados
Cochrane	2	0
Dialnet	515	4
Pubmed	183	2
Lilacs	180	2
Scielo	16	1
Google Académico	9.562	7

Tabla 1. Resultados obtenidos en las bases de datos consultadas.

Materiales y métodos

Una vez desarrollada la plataforma, en formato web y app, sería necesario realizar diferentes fases antes de que esta plataforma esté disponible para el usuario, que son:

1. La realización de formularios.
2. Validación de los formularios.
3. Firmar el consentimiento informado.

1. La realización de formularios

El proyecto se basa en aconsejar a los ciudadanos, que se encuentren en situaciones de patología aguda y crónica agudizada, sobre los dispositivos a los que puede acudir según diferentes criterios y variables a través de una plataforma, en formato web y app, dotada de inteligencia. Individualizando decisiones mediante formularios que rellenará el ciudadano en su domicilio y que, a su vez, estarán integrados en su historia clínica. Los formularios y la información que contiene la historia clínica son la base de sustentación de la herramienta.

La realización de estos formularios se haría con un grupo de profesionales asistenciales y tecnólogos para cada patología definida, realizando una estratificación de las variables, empezando por las patologías o situaciones más prevalentes.

2. Validación de los formularios

Para evaluar la viabilidad del proyecto se deberían utilizar diferentes métodos. Primero se tendría que demostrar que la herramienta es capaz de tomar decisiones concordantes con las situaciones reales. Estos métodos son los siguientes:

- Hacer un análisis estadístico del nivel de aciertos y errores.
- Analizar la herramienta como si fuese una prueba diagnóstica, definiendo sus indicadores clásicos de sensibilidad, especificando tanto el valor predictivo positivo como el valor predictivo negativo.
- Interpretarlo como una cuestión de concordancia entre observadores: un observador (herramienta) da una respuesta y el otro observador (la realidad) dice si la respuesta es correcta o no. En este caso la prueba estadística adecuada sería el índice Kappa.

3. Firmar el consentimiento informado

- Se prepararan los consentimientos informados para integrarlos en el sistema de manera que pueda ser accesibles a los pacientes que utilicen este entorno.

Diseño del proyecto

La plataforma que se quiere crear debería incorporar diferentes variables ya estandarizadas. Se utilizará un sistema de codificación mundial para las variables clínicas llamado *Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms* (SNOMED CT). Algunas de las variables

clínicas que debería incorporar la plataforma y que se tendrán que ir escalando según la patología son:

- Disnea: ¿ha notado sensación de falta de aire? Respuesta: Sí o No
- Saturación de Oxígeno: indique la saturación de oxígeno medida hoy.
- Tensión arterial.
- Temperatura corporal.
- Frecuencia cardíaca.
- Dolor: mediante Escala Visual Analógica (EVA).

El algoritmo de decisión también tiene que consultar información de la historia clínica del paciente, que se obtendrá de la Historia Clínica Compartida de Catalunya (HC3), que contiene la historia clínica de cada usuario.

El formulario realizado para cada usuario a través de la página web o app tienen que dar respuesta en los siguientes aspectos:

- Nivel asistencial donde acudir.
- Centro donde acudir.
- Tiempo de espera estimado.

Implementación del proyecto

Posteriormente a la validación de los formularios, se llevaría a cabo una prueba piloto en una zona sanitaria concreta (en la que hubiera cuatro o cinco equipos de Atención Primaria, por ejemplo), en la que los médicos y las enfermeras informen a los pacientes de la existencia de la plataforma y les recomienden utilizarla para favorecer su accesibilidad al Sistema Sanitario, con el objetivo de ofrecerles una mejor asistencia médica en un Servicio de Urgencias de un hospital, CUAP o CAP.

Modelo organizativo de gestión al proyecto

1. Modelo organizativo

El primer paso consiste en la identificación de personas clave para llevar a cabo el proyecto. Modelo organizativo:

- Un Comité de Dirección (CD) del proyecto.
- Un Comité Operativo (CO).

2. Plan de trabajo

Se iniciaría el proyecto con la confección de los formularios y luego se procedería a la confección de la página web y app.

Para que el sistema funcione es necesaria la circulación online de la información que contienen los formularios. La información de los ciudadanos se enviará a los centros correspondientes que les proponga la plataforma, una vez se hayan contestado los formularios.

Los equipos técnicos serán los responsables de desarrollar un modelo de integración que permita el flujo de

información entre la herramienta y los sistemas de información de los centros sanitarios.

Plan de difusión, introducción de la herramienta en el Sistema Sanitario

Lo que pretende el proyecto es que las complejidades de las patologías urgentes sean atendidas en los dispositivos asistenciales más adecuados.

Es importante en primer lugar, hacer partícipe al personal sanitario de todo lo que puede aportar al proyecto, poniendo el foco en la calidad de la atención sanitaria y en la optimización de los recursos. Se dará formación, con formato de talleres, para todos los profesionales de los equipos de atención primaria inicialmente, tanto online como presencial.

Para la difusión del proyecto, los profesionales sanitarios de primaria aprovecharán los entornos de interacción que tienen con los pacientes para recomendarles el uso de la nueva herramienta. Y, en cuanto a la divulgación de la información, tiene que darse a través de Internet y el envío de SMS, WhatsApp o correo electrónico a los usuarios con un enlace donde puedan acceder directamente a la información. También el envío de un SMS o WhatsApp a los móviles de los usuarios con un enlace para que puedan descargarse la aplicación a través de "google play" o "APP Store" y, de esta manera, poder registrar sus datos.

Costes y comparación

Varias revisiones de la literatura muestran que determinadas tecnologías hacen disminuir los costes administrativos y los costes hospitalarios, mejorando la eficiencia en los procesos y, como consecuencia, incorporando innovaciones tecnológicas que sustituyen otros procedimientos con costes relativamente mayores.

RESULTADOS

Para seguir mejorando la gestión en el ámbito sanitario, se propone tener un modelo inteligente de racionalización de la demanda urgente para los Servicios de Urgencias del Sistema Sanitario. Este nuevo modelo de atención se centra en la visión de un nuevo modelo de atención al paciente, dando respuesta a sus necesidades y a sus problemas de salud. Considera al usuario en el centro del sistema y fomenta la implicación y la importancia de los profesionales sanitarios. También mejora la práctica clínica, teniendo como soporte el desarrollo de un sistema de información integrado. Con este nuevo modelo se espera empoderar al paciente para racionalizar el acceso al Sistema Sanitario y hacerlo de manera más eficaz y eficiente.

Su punto de referencia es el paciente, incorpora la gestión por procesos, implementa la mejora de la calidad y establece modelos organizativos coherentes con las organizaciones sanitarias. De esta manera, la gestión clínica también ofrece una visión integral. El Proceso Asistencial Integrado se define como el conjunto de actividades que realizan los proveedores de la atención sanitaria, como estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas, donde su finalidad es incrementar el

nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios⁵.

Este nuevo modelo de gestión clínica promueve el desarrollo de cambios en la organización, en la tecnología y en la gestión de los servicios sanitarios. Fomentando la buena práctica clínica y asistencial, que se sitúa en el centro de la gestión clínica y se consolida con la manera más eficiente de obtener los resultados esperados de calidad.

CONCLUSIONES

La integración de este nuevo modelo tecnológico ha de permitir:

A nivel del Sistema Sanitario

Hacer más eficaz la gestión de la demanda y la reducción del gasto económico, con una mejora de la gestión del tiempo gracias a la reducción del número de pacientes que se visitan a un nivel asistencial no adecuado. También agilizar la burocracia que conlleva un proceso de admisión en la atención sanitaria urgente.

A nivel del ciudadano

Dar autonomía al ciudadano dotándolo de la capacidad para autogestionar el nivel de atención de su patología aguda, aumentando así su grado de satisfacción con el servicio de atención sanitaria urgente adecuando el dispositivo de atención a su necesidad.

A nivel del personal sanitario

Dar a los profesionales sanitarios más satisfacción adaptando el tipo de patologías con los dispositivos asistenciales. También favorecer su desaturación mejorando el bienestar laboral del personal sanitario y reduciendo los tiempos de espera para los pacientes debido a la mejor selección del nivel de atención.

Los profesionales sanitarios pueden anticiparse a la llegada de los ciudadanos obteniendo los datos de manera previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. W. Soler, M. Gómez Muñoz, E. Bragulat, A. Álvarez. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias [Internet] 2010 [Consultado 17 marzo 2019]. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
2. PLANUC. Catsby.gencat.cat. [Consultado 20 marzo 2019]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/content/minisite/catsalut/ciudadania/urgencias_medicines/planuc/planuc_presentacio.pdf
3. Servei Català de la Salut. Atenció continuada i urgent. [Internet]. [Consultado 20 marzo 2019]. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/urgencies-mediques/>
4. Fernández MJ, Hernández RM. Telemedicina: ¿futuro o presente? Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2010 [Consultado 3 abril 2019]; 9(1) 127-139. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v9n1/rhcm17110.pdf>
5. Coste Sanitario de Procesos Asistenciales [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; c2002. [Consultado 15 mayo 2019]. Disponible en: file:///C:/Users/Ordenador/Downloads/EASP_COSTES_Metodologia_estimacion_coste_sanitario_paciente.pdf

Estandarización en Urgencias: modelo de gestión basado en la metodología *Lean*



Gemma Planells Palomé

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,
Cap Clínic Urgencias Hospital General de Granollers
gemmaplanells@hotmail.com

ABSTRACT

The current health framework is an opening of a new stage which urgently needs new management models in emergency services that allow responding to the great demand. The current situation is extremely demanding with increasingly high expectations of the population. Emergency services are one of the most variable services that exist, representing an area of considerable social impact. In the demand for this new management that has been incorporated in some centers years ago the Lean Methodology, which is based on the efficiency of the processes, eliminating the unadded values with a continuous organizational improvement.

The project is based on an observational and prospective study in the emergency area at the Hospital of Granollers. The main objective is to standardize and homogenize the assistance processes to the maximum to achieve a better quality and efficiency of them, ensuring patient's safety and quality. As secondary objectives we would have to reduce the waiting time and medical assistance, optimization of spaces and resources, organizational proposal of work (doctor – nurse), patients and family communication, reduction of interruptions and identification of improvement points. This methodology would be applicable to other sectors pending of assessment of the results in satisfaction, sustainability and impact in health.

KEYWORDS

Emergency Services, Lean Management, Waiting Time, Safety, Patient Satisfaction

RESUMEN

El marco sanitario actual supone el inicio de una nueva etapa en la que precisa urgentemente nuevos modelos de gestión en los Servicios de Urgencias que permitan dar respuesta a la gran demanda. La situación actual es extremadamente exigente con unas expectativas de la población cada vez más elevadas. Urgencias es uno de los servicios más variables que hay, representando un ámbito de franco impacto social. En la demanda de esta nueva gestión se ha incorporado hace años en algunos centros la metodología *Lean*, que se basa en la eficiencia de los procesos, eliminando los valores no añadidos con una mejora organizativa continua. El proyecto se fundamenta en un estudio observacional y prospectivo dentro del área de urgencias del Hospital de Granollers. El objetivo principal es estandarizar y homogeneizar al máximo los procesos asistenciales para conseguir una mejor calidad y eficiencia de los mismos, asegurando la seguridad del paciente y su calidad. Los objetivos secundarios son: disminuir el tiempo de espera y de la asistencia médica, optimización de espacios y recursos, propuesta organizativa de trabajo (médico-enfermera), comunicación paciente y familiares, disminución de interrupciones e identificar puntos de mejora. Esta metodología sería aplicable a otros sectores pendientes de valorar los resultados en satisfacción, sostenibilidad e impacto en salud.

PALABRAS CLAVE

Servicio Urgencias, Metodología *Lean*, Tiempo Espera, Seguridad, Satisfacción Paciente

INTRODUCCIÓN

Urgencias es uno de los servicios hospitalarios más difíciles de planificar para dar una buena respuesta a la gran demanda actual, precisando de manera urgente un nuevo modelo de gestión por la situación tan exigente, tan compleja y tan rápidamente cambiante de las urgencias.

Representa un ámbito con franco impacto social, con alta exigencia respecto al tiempo de visita, de la solicitud de pruebas complementarias al propio diagnóstico e incluso a las expectativas de tratamiento cada vez más elevadas en un marco con una amplia dotación de profesionales cambiantes. Todo ello obliga a intentar protocolizar al máximo los procesos.

El uso inadecuado de las urgencias por parte de la población contribuye a unas esperas prolongadas con la consecuente insatisfacción de los usuarios, siendo una de las causas más frecuentes de quejas y reclamaciones.

Ya desde la OMS se define la calidad asistencial como el nivel de realización de objetivos intrínsecos para mejorar la salud por los sistemas sanitarios y de receptibilidad a las experiencias legítimas de la población (donde el tiempo de espera juega un papel importante).

En Taylor y Benger¹ realizaron una revisión sistemática para identificar la evidencia publicada en relación con la satisfacción del paciente. Observaron que los 3 factores más frecuentes eran: la actitud del personal, la informa-

ción recibida por los pacientes y el tiempo de espera. Otro aspecto era la organización o el ambiente del Servicio de Urgencias.

Otros autores^{2 y 3} avalan también que los tiempos de espera prolongada constituye una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes.

Por todo ello, el tiempo de espera constituye uno de los principales indicadores de calidad clave en los Servicios de Urgencias.

Así pues, la misión de los gestores va encaminada a disminuir estos tiempos de espera, manteniendo la seguridad clínica y garantizando una atención de calidad en contexto, pero de un escenario de contención de recursos y una reducción de costes⁴.

Hay que decir que se han hecho otras acciones para reducir estos tiempos, como triaje de enfermería avanzado, áreas de visita rápida, petición de pruebas complementarias previamente a la visita médica por parte de enfermería⁵, entre otras, con unos resultados notables. Es cuando a partir de 2018, el Hospital General de Girona se plantea otras estrategias de gestión, como la Metodología *Lean*^{6 y 7}.

A pesar de basarse en una metodología del mundo industrial (empresa Toyota), se pueden aplicar y comparar con el ámbito sanitario con una alta fiabilidad⁸. Como resumen, podríamos definir la filosofía *Lean* como la detección de aquellas actividades que aportan valor al proceso asistencial diferenciándolas de aquellas que no aportan

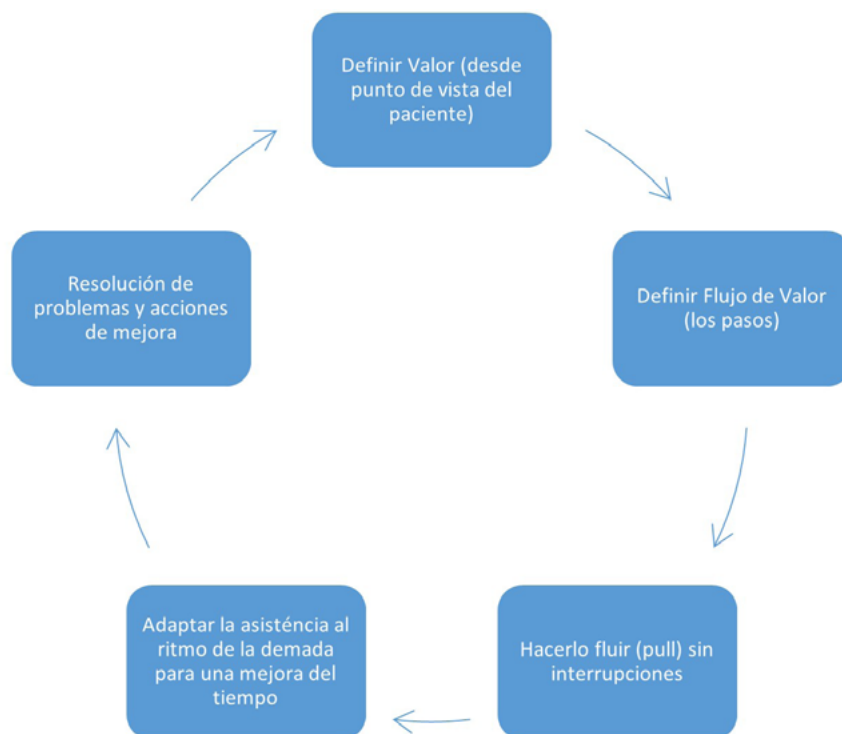


Figura 1. Pasos de la Metodología *Lean*

valor añadido y que frenan el desarrollo de la calidad del producto (en este caso, del propio paciente).

El modelo de gestión *Lean*, tiene como principio ofrecer la mejor calidad asistencial, optimizando recursos sanitarios para obtener "más" con "menos". El punto básico del pensamiento *Lean*, es el "Valor", definido por el consumidor (paciente) y creado por el productor (profesionales sanitarios)⁹.

Los pasos de la Metodología *Lean* se pueden esquematizar en 5 ítems (Figura1):

Por todo ello, es necesaria la estandarización de los procesos con la aplicación de diferentes herramientas, con factores claves como la implicación y participación de los profesionales, apoyo de la dirección y la preparación para el cambio para una búsqueda de la perfección continua¹⁰. *Lean* implica una completa transformación de la organización adoptando sus principios.

Si se revisan las últimas décadas, centenares de organizaciones sanitarias de los Estados Unidos y Canadá han aplicado el *Lean Healthcare* en sus procesos^{11 y 12}.

En Europa, el número de organizaciones sanitarias, tanto hospitales como centros de atención primaria y sociosanitarios, que han estado interesados en implantar *Lean* en sus procesos y equipos también se han incrementado exponencialmente en los últimos años¹³. Finalmente en España, desde 2011 aproximadamente, la extensión del *Lean* al mundo sanitario cada vez es más amplia^{14 y 15}.

Así pues, el *Lean Healthcare* permite hacer un zoom a los procesos de atención sanitaria y llevar a cabo una microgestión focalizada en cómo están organizados para optimizarlos y aumentar la satisfacción de los profesionales, gestores y pacientes.

CONTENIDO

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital General de Granollers es un centro de atención sanitaria, sociosanitaria y social integrado en el sistema sanitario de utilización pública de Cataluña. Es el Hospital de referencia de El Vallés Oriental (comarca con una población de 456.000 habitantes).

El problema se centra en la parte médica del Servicio de Urgencias, donde se dispone de un total de 6 médicos que atienden unas 350 urgencias al día (medicina únicamente). En el área médica de graves 2B (niveles asistenciales I, II y algún III) se visita un promedio de 30 pacientes al día, más un número aproximado de 20 pacientes que están en Urgencias del día anterior en evolución/pendientes ingreso. Los horarios de los médicos es a turnos de 12h (12h día y 12h noche).

La aplicación de la Metodología *Lean* en este sector específico del área de graves de medicina de urgencias permitirá asegurar el objetivo principal de homogeneizar y estandarizar los procesos asistenciales, eliminando circuitos ineficientes para aumentar la eficiencia, calidad y seguridad del paciente en un tiempo menor.

Pero se destacan también unos objetivos secundarios como: acortar el tiempo de espera, reducir el tiempo de la propia asistencia médica, optimizar los espacios y recursos, introducir una nueva propuesta organizativa (médico-enfermera), mejorar la comunicación paciente-familiares, disminuir las interrupciones a lo largo del proceso asistencial, aumentar la calidad percibida por los pacientes (a través de valorar las reclamaciones) y detectar otros puntos de mejora.

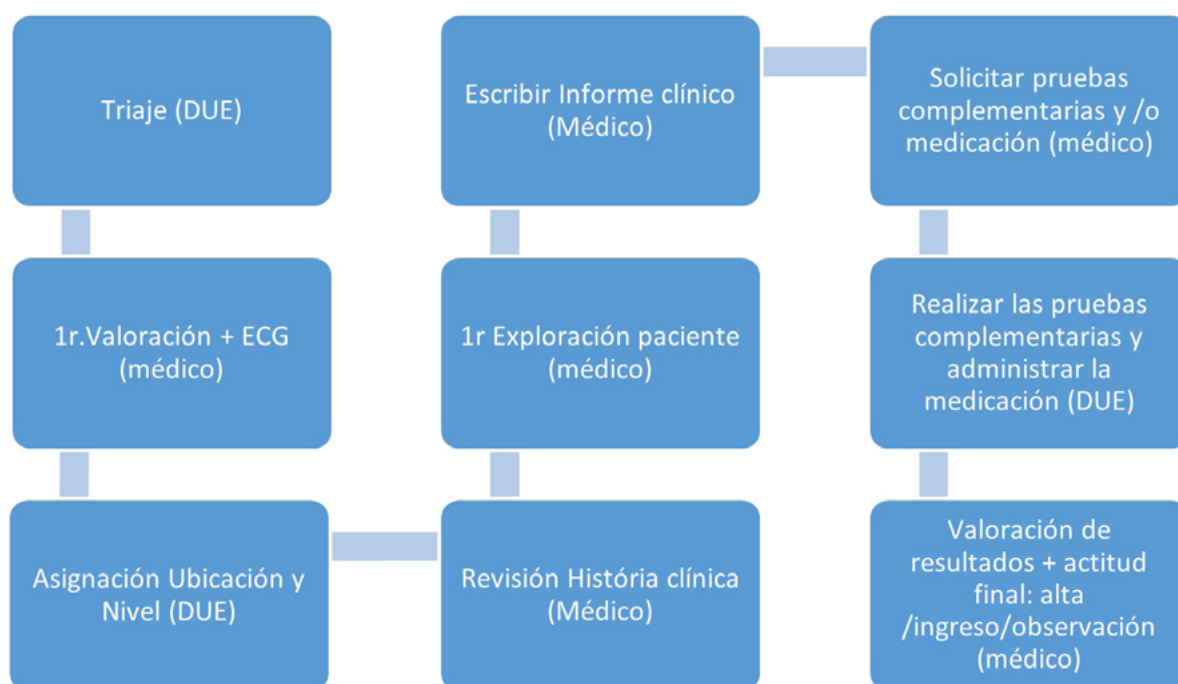


Figura 2. Esquema VSM.

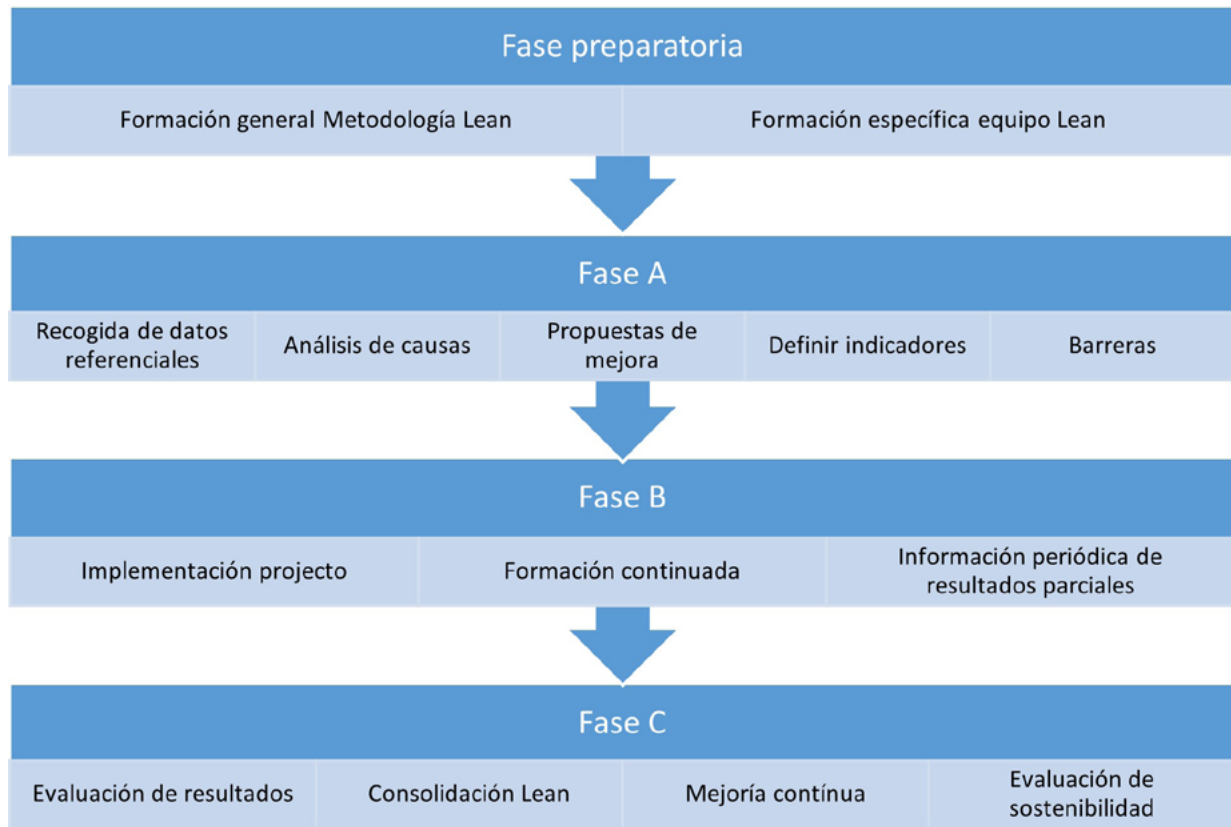


Figura 3. Resumen de fases de la implementación *Lean*.

Para el desarrollo del proyecto se han escogido varias herramientas *Lean* y se han valorado las reclamaciones de tiempo del Hospital, como dato indirecto para la satisfacción del paciente; gracias a que el Hospital General de Granollers adopta una gestión basada en procesos, fundada en la ISO y la gestión de calidad total como herramienta de gestión de calidad.

2. METODOLOGÍA

El diseño del estudio es observacional, longitudinal (verificar la relación causa-efecto según la implementación de las diferentes herramientas *Lean*), analítico (contrastar la hipótesis) y prospectivo en un periodo de estudio de 6 meses.

Inicialmente se realizó una planificación y formación de la Metodología *Lean*, con un grupo heterogéneo de profesionales del sector a cargo de un docente externo, para identificar el valor (todo aquello que realmente el paciente realmente desea y aprecia) a través de varias herramientas *Lean*. Las herramientas *Lean* escogidas para el proyecto fueron: *Gemba walk* (observación inicial in situ), A3 con el VSM (*Value Stream Map*), mapa spaghetti, *Kaisen* (mejoría continua), 5 S (el entorno físico del puesto de trabajo) y gestión visual.

El proyecto está acotado a un sector específico de medicina grave, lugar con gran problemática general por tiempos de espera (no apropiado por nivel asistencial que tiene), periodo elevado de tiempo de visita y alto número de reclamaciones entre otros factores relevantes.

Posteriormente, se procedió a analizar el entorno y el contexto, y a partir de la realidad observada y la demanda de los profesionales hacia la ineficacia del proceso asistencial en el paciente grave, se inició de estudio más detallado de cada etapa asistencial. Proceso a través del VSM que se representa gráficamente en la Figura 2.

Los indicadores de calidad utilizados son el tiempo de espera (desde triaje a box), el tiempo de asistencia sanitaria total y el número de reclamaciones (referencia indirecta de la satisfacción del paciente)¹⁶.

La Metodología *Lean* aplicada al Servicio de Urgencias se podría definir de manera esquemática en las 4 fases de intervención que se representan en la Figura 3.

RESULTADOS

El tiempo de asistencia sanitaria - definido como aquel tiempo desde la primera valoración médica, incluyendo práctica de pruebas complementarias, resultados y tratamiento, hasta definir la actitud a seguir posteriormente (alta médica, evolución en Urgencias o ingreso en planta) - a través de los datos referenciales que se disponen por SAVAC- *clickview* del 2017 y 2018, tiene un promedio entre 6:23h a 7:20h, valor muy elevado.

Para valorar indirectamente la satisfacción del paciente, se realiza a través del número de reclamaciones recibidas durante el periodo pre *Lean* y posteriormente revalorizar el número una vez implementada la Metodología.

Situación	Causas	Propuestas Lean
Entrada libre a Urgencias	Falta de señalizaciones en la entrada	Señalizaciones concretas muy visuales Restricción física en ciertas zonas
Colapso de pacientes en la entrada	Mala asignación de los pacientes por triaje	Asignación balanceada y automática de los pacientes
Muchos desplazamientos de los profesionales y pocos boxes de visita	Estructura de urgencias antigua y rígida	Reordenación de los boxes, de los espacios y del material
Incertidumbre, intranquilidad de los pacientes y familiares	Desinformación, largos tiempos de espera y largos tiempos de asistencia médica	Información periódica, hacer rondas, mejorar los tiempos con estandarización de los procesos eliminando desperdicios
Múltiples interrupciones	Llamadas, timbres, no concentración	Centralizar lugar de trabajo
Múltiples consultas	Dudas asistenciales	Mejorar protocolos, guías...
Escasa comunicación interna	No trabajo en equipo	Crear equipo multidisciplinar (médico-enfermera)

Tabla 1. Propuestas de mejora.

Los datos son extraídos del Centro de Datos de Reclamaciones del Hospital que se comparten con el Gencat con los siguientes ítems: reclamaciones del Servicio de Urgencias (Hospital) del área de Medicina Interna y motivo: demora por excesiva lista de espera en intervalo de tiempo estimado, obteniendo un total de 43 reclamaciones.

El análisis de causas de la insatisfacción y de la demora en las visitas resultaron ser: las múltiples interrupciones que tienen los profesionales (conllevando una falta de concentración constante), las múltiples preguntas por parte de los familiares y entre compañeros, disponer de varios puntos de trabajo, diferente organización de procesos entre médicos y enfermeras, distribución de boxes ineficiente con una visibilidad y trazabilidad del proceso de atención inadecuado, interferencia de los consultores y las múltiples llamadas telefónicas.

Se presentaron una serie de mejoras o propuestas que se representan en la Tabla 1.

Utilizando como base los indicadores de calidad establecidos y comparando con otros centros donde se aplica

Metodología *Lean*, se obtendría una reducción de casi el 50%^{18 y 19}. Por lo tanto, con todos los datos obtenidos en el centro y los datos de referencia de otros centros, se puede hacer una estimación de los indicadores donde se obtendría que el tiempo de espera hasta la atención se reduciría de 90' a 45' y el tiempo de asistencia pasaría a 4'5 h. en los niveles graves/emergentes, siendo números excesivos (Figura 4).

Las reclamaciones una vez implantada la Metodología, al reducir el tiempo en general, se supone que también se reducirían de las 43 actuales (no objetivado por finalización del proyecto debido a causas externas).

CONCLUSIONES

En el trabajo la eficiencia y la competitividad son objetivos ineludibles de cualquier empresa, incluso la hospitalaria. La filosofía *Lean* defiende ideas simples y pequeños cambios constantes, fáciles de implementar. Cambios que aisladamente pueden parecer pequeños, pero sumados representan mejoras notables sobre todo

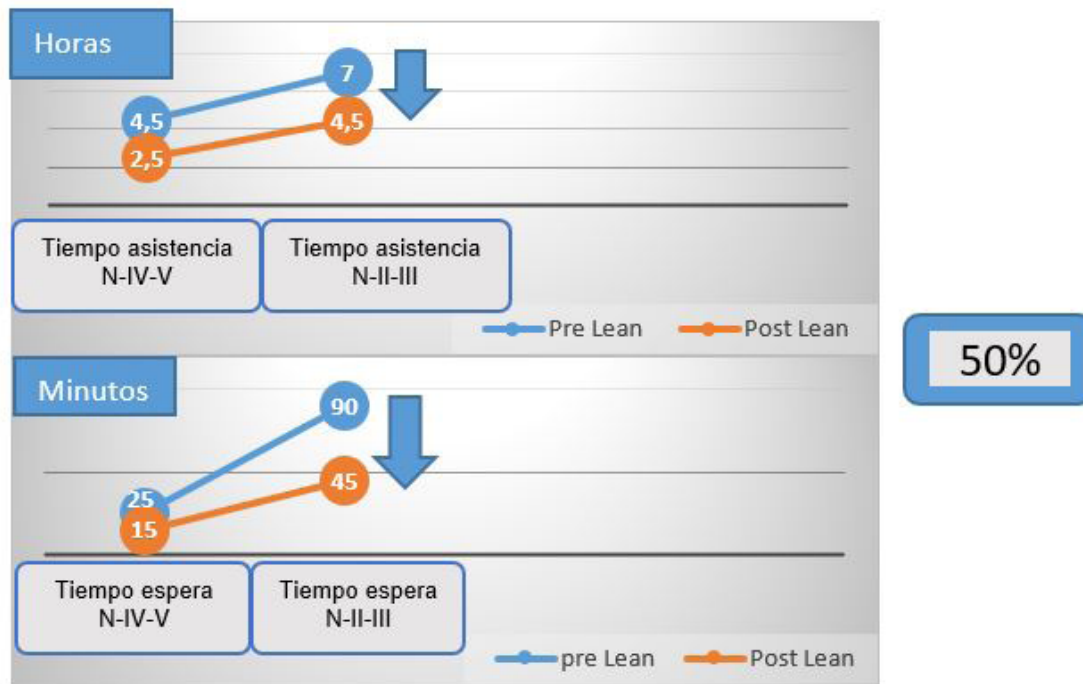


Figura 4. Gráfica de evolución de los indicadores con la implementación de la Metodología *Lean*.

en estos 5 ámbitos: la mejora de los procesos y circuitos, la optimización o redistribución de recursos tanto materiales como personales, el aumento de la satisfacción del paciente, la facilitación de las tareas de los profesionales y mejora de su clima laboral y la corresponsabilización de toda la organización en el análisis de los problemas y en la propuesta de soluciones. Todo ello conllevaría a más eficiencia, más calidad, más competitividad y más sostenibilidad.

La práctica desarrollada en este proyecto ha permitido constatar que se pueden conseguir resultados buenos a través de la aplicación de las herramientas *Lean* para procesos asistenciales. Además, su sencillez y su carácter visual hace que tengan un efecto muy gratificante sobre los profesionales; ya que, aparte de que se pueden analizar de manera rápida y fácil, también permiten poner de relieve aspectos que a veces pasan desapercibidos²⁰.

No obstante, no existe ninguna herramienta única ni universal para la implementación de *Lean* en Sanidad. De hecho, como un aspecto innovador, hay que mencionar que en este proyecto se han aplicado múltiples herramientas *Lean*, pero su aplicación no ha sido sencilla ya que se han encontrado diversas barreras propias del ámbito sanitario para su implementación^{21 y 22}.

Por lo que hay que remarcar que las organizaciones sanitarias tienen unas características únicas que lo diferencian de las industriales¹⁷, como sería que los trabajos no son repetitivos sino inciertos (en cuanto a variabilidad de pacientes y gravedades), al igual que la gran complejidad y variabilidad de patologías (por eso hacen falta protocolos estandarizados de los procesos) o incluso de la propia

autonomía de los actos médicos (que puede crear contradicciones entre profesionales o actos en sí). Al mismo tiempo, a la hora de definir el valor, es un concepto no del propio paciente sino descrito por los profesionales.

Y finalmente, para una correcta implementación *Lean* en el mundo sanitario, es necesaria una colaboración multidisciplinar, no únicamente del ámbito médico para tomar decisiones. Hay que visualizar a nivel global el proceso y tener una buena comunicación²³ para asegurar un buen clima de trabajo, una continuidad y una sostenibilidad del proyecto. Faltarían ciertos indicadores en salud con su impacto real sobre el proyecto al igual que otros aspectos más inteligibles como la motivación de los profesionales, calidad de la información y el empoderamiento del paciente entre otros.

La filosofía *Lean* es una filosofía de gestión que promueve la creación de valor a través de la eliminación del desperdicio, conllevando más eficiencia, más calidad, más competitividad y más sostenibilidad, en un tiempo corto y con una relación coste-efectividad favorable.

La aplicación del método *Lean* en el mundo sanitario ya está extendido y tiene resultados muy positivos con unas ideas simples y un trabajo conjunto fácil, pero con ciertas barreras a eliminar que todavía son muy influyentes en este ámbito.

Es básico un conocimiento del método, implicación y motivación de los profesionales y de la dirección de una manera activa y eficiente.

En el proyecto sobre un área específica del Servicio de Urgencias, el sistema *Lean* puede contribuir a mejorar

los procesos asistenciales, disminuyendo el tiempo de espera y el tiempo de asistencia probablemente hasta en un 50% (aunque es bastante variable según si se tratan de pacientes con niveles de gravedad diferentes por la complejidad que supone su asistencia), optimizar recursos materiales y personales, aumentar la satisfacción del paciente (de un modo indirecto disminuyendo las reclamaciones recibidas por demora), facilitar la labor y la comunicación de los profesionales y corresponsabilizar en el análisis de problemas y propuesta de soluciones.

Se consigue un equipo multidisciplinar dedicado al paciente y una ubicación reorganizada que permite un mejor manejo del paciente con una visión global de la asistencia y una implementación de varias herramientas visuales para un trabajo óptimo y confortable.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. Taylor, JR. Benger. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emergency medicine Journal* 2004; 21 (5): 528-532.
2. S. Lorente, PL. Aecos, M. Alonso. Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 2000; 12: 164-171.
3. MA. Carbonell Torregrossa, J. Girbés Borràs, JV. Calduch Broseta. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias*. 2006; 18:30-35.
4. RJ. Jolden. *Lean thinking in emergency department: a critical review*. *Annals of Emergency Medicine* 2001; 57 (3): 265-278.
5. C. Carballo. Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias* 2015; 27: 332-335.
6. L. Cuatrecasas. *Lean Management: la gestión competitiva por excelencia*. Edición 2010. Barcelona Editorial Profit, 2010.
7. J. Womack, D. Jones. *La máquina que cambió el mundo*. Edición 2017. Madrid: MC Graw-Hill. 1992.
8. B. Poksinska. The current state of *lean* implementation in health care: literature review. *Quality management in Health care*. 2010; 19 (4): 319-329.
9. ME. Porter. What is value in health care? *The New England journal of Medicine*. 2010; 363: 2477-2481.
10. J. Womack, D. Jones. *Lean Thinking*. Edición 2003. Ediciones gestión. 1996
11. M. Graban. *Lean Hospitals improving Quality, patient Safety, and Employee Satisfaction*. New York: CRC Press. Taylor and Francis Group. 2009.
12. M. Sánchez Sánchez. *Lean Healthcare en los servicios de urgencias hospitalarias. ¿Ha venido para quedarse?*. *Emergencias* 2014; 26: 81-83.
13. W. Ulhassan, C. Sandahl, H. Westerlund, P. Henriksson, M. Bennermo, S. Von Thiele. Antecedents and Characteristics of *Lean Thinking* Implementation in a Swedish Hospital: A Case Study. *Quality management in health Care*. 2013; 22 (1): 48-61.
14. M. Tejedor-Fernández, FJ. Montero-Pérez, R. Miñarro del Moral, F. Gracia García, JJ. Roig García, AM. García Moyano. Diseño e implantación de un plan de seguridad del paciente en un servicio de urgencias de hospital: ¿cómo hacerlo? *Emergencias*. 2013;25: 218-27.
15. F. Tejedor-Panchón, FJ. Montero-Pérez, M. Tejedor-Fernández, L. Jiménez-Murillo, JM. Calderón de la Barca-Gázquez, FB. Quero-Espinosa. Mejora del proceso de un servicio de urgencias de hospital mediante metodología *Lean*. *Emergencias*. 2014; 26: 84-93.
16. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias* 2001; 13:60-65.
17. J. Moraros, M. Lemstra, C. Nwankwo. *Lean intervention in healthcare: do they actually work? A systematic literature review*. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 28, Issue 2, April 2016, Pages 150–165.
18. S. Grant, D. Spain, D. Green. Rapid assessment reduces waiting time. *Emergency medicine Banner* 1999; 11(2): 72-77.
19. D. Ng, G. Vail, S. Thomas, N. Schmidt. Applying the *Lean* principles of the Toyota Production System to reduce wait times in emergency department. *CJEM* 2010; 12 (1): 50-57.
20. FJ. Montero-Pérez, JM. Calderón de la Barca Gázquez, L. Jiménez Murillo, F. Quero Espinosa, F. Gracia García, JJ. Roig García. Gestión clínica de un servicio de urgencias de Hospital mediante un cuadro de mando asistencial específico. *Emergencias*. 2012;24: 476-84.
21. M. Baker, A. Mitchell, I. Taylor. Making Hospitals Work. How to improve patient care while saving everyone's time hospitals resources. *The Lean Enterprise Academy Ltd*. 4/2011.
22. JJ. Mira, S. Lorenzo, J. Rodríguez-Marín, J. Aranaz, E. Sitges. La aplicación del modelo Europeo de Gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calidad asistencial* 1998; 13: 92-97.
23. D. Fillingham. Can *lean* save lives? *Leadership in health services*. 2007; 20: 231-241.

Percepción de las personas atendidas y de los profesionales sobre la calidad de un Servicio de Urgencias



Marta Román Gómez

Enfermera Gestora del proceso de Atención Urgente Servicio de Urgencias, Hospital de Mollet
m.roman@fsm.cat



Joan Maria Ferrer Tarrés

Director de Calidad, Docencia e Investigación,
Fundació Sanitària Mollet
jm.ferrer@fsm.cat

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of quality and satisfaction of people served and professionals of an Emergency Department, in order to identify opportunities for improvement.

Methodology: Cross-sectional descriptive study carried out in 2019 in the Emergency Department of Hospital de Mollet. Satisfaction surveys were administered to people served. The survey was also administered to professionals and its results were discussed in an ad hoc focus group.

Results: Of the total of 789 surveys received from people served, 58% rated the Service as very satisfactory, 11% satisfactory and 31% unsatisfactory. Of the 45 responses from professionals, 16.3% of evaluations were very satisfactory, 81.4% satisfactory and 16.3% unsatisfactory.

The people served stood out as the main causes of dissatisfaction in this order: waiting time, information, lack of personnel, empathy and infrastructure, while for staff were infrastructure, lack of privacy, workload, waiting time and lack of personnel.

Conclusions: Satisfaction of people served in the Emergency Department has decreased in recent years. Moreover, we found little coincidence with the dimensions of quality highlighted between people served and staff perceptions. Comparative analysis allowed the identification of opportunities for service improvement.

KEYWORDS

Perceived quality, Satisfaction, Emergency Department, Focus groups.

RESUMEN

Ojetivo: Analizar la percepción de la calidad de las personas atendidas y profesionales de un Servicio de Urgencias, con el fin de identificar oportunidades de mejora.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado en 2019 en el Servicio de Urgencias del Hospital de Mollet. Se administraron encuestas de satisfacción a personas atendidas. Asimismo se administró la encuesta a profesionales y sus resultados se debatieron en un grupo focal *ad hoc*.

Resultados: Del total de 789 encuestas recibidas de personas atendidas, el 58% valoraban el Servicio como muy satisfactorio, 11% satisfactorio y 31% insatisfactorio. De las 45 respuestas de profesionales, el 16,3% de valoraciones eran muy satisfactorias, 81,4% satisfactorias y 16,3% insatisfactorias. Las personas atendidas destacaron como principales causas de insatisfacción por este orden: tiempo de espera, información, falta de personal, trato y espacios, mientras que para los profesionales eran espacio, falta de intimidad, cargas de trabajo, tiempo de espera y falta de personal.

Conclusiones: La satisfacción de las personas atendidas con el Servicio de Urgencias ha disminuido en los últimos años. Existe escasa coincidencia con las dimensiones de calidad percibida de las personas atendidas y de los profesionales. El análisis comparativo permite la identificación de posibilidades de mejora del Servicio.

PALABRAS CLAVE

Calidad percibida, Satisfacción, Servicio de Urgencias, Grupos focales.

INTRODUCCIÓN

El concepto de satisfacción del paciente se utiliza desde hace años para evaluar los procesos asistenciales y los diferentes Servicios en los centros sanitarios. No obstante, en los últimos años se ha producido un cambio de pensamiento en el mundo sanitario, que ha venido a otorgar una mayor relevancia a las necesidades de la persona atendida, colocándolo en el centro de la atención, desarrollando un modelo que hoy denominamos de atención centrada en la persona (ACP).

El modelo ACP descansa en una visión que personaliza la atención y cura, y que por tanto, ayuda a la organización y gestión de los servicios y contribuye a la buena práctica profesional. Permite situar a la persona en el centro, por delante de cualquier otro interés, teniendo en cuenta su dignidad, su bienestar, sus derechos y su autonomía para decidir. El objetivo de este modelo no es únicamente la individualización de los cuidados, sino el empoderamiento de las personas, acompañándolas y apoyándolas en aquello que necesiten, con el fin que tomen sus propias decisiones respecto a su cuidado y salud. Por este motivo, el modelo ACP constituye un eje que ha de estar presente en la evaluación de la calidad y dentro de ésta, de la dimensión de satisfacción con el servicio¹.

Actualmente, la satisfacción percibida por los usuarios de un servicio sanitario en concreto, se considera un indicador de calidad y forma parte de la evaluación general de la asistencia. Los pacientes satisfechos cumplen y se adhieren mejor a los tratamientos médicos. Por lo que indirectamente promueve la salud y el bienestar de los usuarios. Además, la satisfacción puede incidir en el prestigio y viabilidad de las instituciones, ya que un paciente satisfecho recomendará el servicio y uno insatisfecho acudirá a otro centro para ser atendido.

Medir la satisfacción mediante encuestas, permite conocer las variables que afectan el nivel de satisfacción y las causas de insatisfacción con el servicio y ayudan a mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos en el servicio de urgencias².

En nuestro ámbito asistencial sabemos que los Servicios de Urgencias son una gran Puerta de entrada, principalmente para las personas con patología aguda y que requieren una resolución ágil y fiable. No obstante, estos servicios presentan una tendencia de aumento de demanda de forma generalizada en el tiempo, debido a una multiplicidad de factores, entre los que cabe contar con el envejecimiento de la población que conlleva un aumento de la morbilidad y de la complejidad de la atención, la cronicidad de las enfermedades, el desconocimiento de los recursos sanitarios existentes, el grado de urgencia percibido, además de las distintas problemáticas sociales entre las que contamos los movimientos migratorios. Todo ello en su conjunto explica parte del aumento progresivo de la demanda asistencial sin un aumento del tiempo de dedicación asistencial, lo que se traduce en

una saturación del Servicio, hecho que supone una dificultad añadida para el personal sanitario para poder conocer el problema de salud de cada usuario, y el riesgo de disminuir la calidad asistencial.

En muchas ocasiones, el Servicio de Urgencias supone el primer contacto del paciente con el sistema y constituye habitualmente una fuente importante de reclamaciones y quejas. Esta realidad, unida al hecho que en estos servicios se trabaja con pacientes con cierto grado de ansiedad y que el contacto es breve, sin continuidad de la asistencia, incide generalmente en una disminución de la percepción de calidad y satisfacción del paciente y sus acompañantes. Este hecho justifica la relevancia de conocer la valoración que realiza el paciente de estas situaciones y cómo afectan su satisfacción global con el servicio³.

El resultado de estas valoraciones han de ser incorporadas al seguimiento y evaluación del proceso de atención urgente, con el fin de mantener abierto un ciclo de mejora continua que permita además la comparación y *benchmarking* entre distintos servicios de urgencias en diferentes hospitales del territorio⁴. Así, en nuestro ámbito de estudio, disponemos de resultados de la encuesta PLAENSA (Pla d'Enquestes de Satisfacció) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, y en concreto, del proceso de atención urgente realizado en 2016. En dicha encuesta se valoraban diversos aspectos, como la información y comunicación, tiempo de espera, competencia profesional, infraestructura, trato de los profesionales y control del dolor.

Existen algunos estudios sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios de urgencias de ámbito estatal, cuyos resultados son coincidentes con los de otros estudios realizados a nivel internacional, donde se identifican factores relevantes como el tiempo de espera, la falta de información y el trato por parte de los profesionales de la salud como los principales motivos de insatisfacción⁵.

Como el servicio de urgencias experimenta cada vez niveles más altos de congestión, que superan de largo sus capacidades, se ven incrementados los tiempos de espera en la asistencia, lo que provoca una repercusión negativa en la satisfacción del usuario y en la calidad asistencial.

El paciente espera que en el momento de llegar al servicio, sea atendido como mínimo por un médico y encuentre una rápida solución a su problema de salud. Del mismo modo, el primer paso en la asistencia, es pasar por un triage, en el que se clasificará al usuario según su patología y se le asignará un nivel de priorización. Hay que tener en cuenta que según estudios realizados, las personas que acceden al servicio sobre-estimando su nivel de urgencia, no comprenden el sistema de tratamiento y pueden percibir que la espera para ser atendidos por el servicio, es demasiado larga⁶.

Actualmente la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes, está basada en el modelo ACP, anteriormente comentado, por lo que hay que tener en cuenta

las opiniones de los usuarios respecto a sus procesos diagnósticos y terapéuticos, por tanto, ofrecer una información correcta, no sólo es un factor importante en la satisfacción del usuario, sino que es básico en este nuevo modelo de atención a la persona, como un derecho de los usuarios.

Según García et al.⁷, una buena información mejora la relación terapéutica entre médico y paciente y disminuye el interés de los familiares y el número de reclamaciones, como consecuencia de una falta de comprensión.

La percepción de calidad en las interacciones entre el usuario y el equipo sanitario, es otro de los factores relacionados con la satisfacción de pacientes y acompañantes en el servicio de urgencias. Diversos estudios demuestran que un trato humano, amable y con respeto, son aspectos muy valorados y positivos para los usuarios de los servicios de urgencias y los acompañantes⁷.

La satisfacción de los profesionales sanitarios, también se relaciona con la satisfacción de los usuarios influyendo una en la otra. La percepción de calidad por parte de los profesionales, sobre el servicio de urgencias en el que trabajan, es un tema poco estudiado en el ámbito estatal.

Por ello podemos concluir, que la evaluación de la percepción de calidad de los usuarios de estos servicios, mediante encuestas o grupos focales u otros sistemas de participación tanto del usuario como de los profesionales implicados en la asistencia diaria en estas unidades, ha de permitir conocer mejor la expectativa e identificar oportunidades de mejorar la calidad de los cuidados y de la atención, afectando directamente al nivel de satisfacción y así identificar las causas de insatisfacción para poder incidir en ellas, corrigiéndolas.

CONTENIDO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal sobre la satisfacción de los usuarios y acompañantes y paralelamente sobre la percepción de calidad del servicio prestado a urgencias, por parte de los profesionales del hospital de Mollet del Vallés durante el periodo marzo-junio de 2019, que aceptaron voluntariamente, participar en el estudio.

Se utilizaron diversas metodologías de estudio. Para conocer la opinión de los usuarios y familiares, se recuperaron los resultados de la última encuesta PLAENSA para la atención urgente hospitalaria que fue realizada en 2016, y se comparó con los resultados de encuestas de satisfacción de usuarios recogidas en 2019 mediante estaciones instaladas en las entradas y salidas del servicio de urgencias, que permite conocer la opinión de usuarios y acompañantes en tiempo real, en el lugar donde se produce el servicio.

Por otro lado, para conocer la opinión de los profesionales sobre la percepción de calidad del servicio, se emplearon las mismas encuestas de satisfacción que los pacientes, para permitir establecer una comparación de

las visiones de cada grupo. Además se realizó un grupo focal de profesionales del servicio, de composición multidisciplinar, con participación de colectivos que intervienen en la asistencia diaria a pacientes (enfermeros, auxiliares y camilleros), cuya finalidad fue explorar sus opiniones y demandas sobre el servicio que prestan y cómo lo perciben los usuarios.

El estudio se realizó en el servicio de urgencias del hospital de Mollet, que forma parte de la Fundación Sanitaria Mollet, entidad sin ánimo de lucro creada en 1996. Se trata de un hospital comarcal de nivel II, con 160 plazas por hospitalización de pacientes, adherido a la red de hospitales SISCAT, sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña, con una población de referencia de 165.000 habitantes.

Durante el año 2018, se atendieron un total de 71.221 pacientes a urgencias, que corresponden a una media de 195 visitas diarias, generando un 8,9% de entradas, lo que representa un incremento de un 5,7% respecto al año 2017.

RESULTADOS

Durante los meses de recogida de datos Abril, Mayo y Junio se realizaron un total de 21.089 visitas al servicio de urgencias, 6.063 corresponden al mes de abril (226 más que en el mismo periodo del 2018), al mes de mayo se realizaron 6.316 visitas (326 más que en el año 2018) y a finales de junio un total de 8.710 visitas (2.955 más que en el mismo año 2018).

Por una parte, las respuestas recibidas a través de la plataforma de encuestas por parte de los usuarios y acompañantes del servicio de urgencias, fueron 2.126. De éstas, se han desestimado 1.337 por cumplir uno de los criterios de exclusión (respuesta parcial, encuesta no finalizada), por lo que se han considerado finalmente 789 respuestas completas sobre la satisfacción con el servicio.

Por otra parte, en la encuesta Plaensa de 2016 que fue realizada por CatSalut, mediante encuesta telefónica, de una muestra de 4.453 personas que fueron consultas, un total de 80 personas mayores de 14 años, habían sido atendidas en el servicio de Urgencias del Hospital de Mollet.

El grado de satisfacción global obtenido en Cataluña en el año 2016 fue de 7,51 (en una escala de 0 a 10), con una fidelidad (en caso de poder escoger el servicio, acudiría al mismo centro) del 80,3%. En concreto al servicio de urgencias del hospital de Mollet obtuvo una puntuación de 6,95 (inferior a la del 2013 que fue de 7,31) con una fidelidad del 70,9%. En el caso de las encuestas de satisfacción realizadas a los profesionales del servicio de urgencias, se obtuvieron un total de 45 encuestas correspondientes a las diferentes categorías de profesionales y a diferentes turnos de trabajo.

En el grupo focal realizado con personal del servicio de urgencias del hospital de Mollet, participaron dos médi-

Preguntas y respuestas encuestas satisfacción usuarios y acompañantes							
Preguntas	Insatisfecho		Neutral		Satisfecho		Puntuación media
	n	%	n	%	n	%	
Tiempo que ha esperado para ser atendido	296	37.5	171	21.6	322	40.8	5.8
Valore el trato recibido por parte del personal	192	24.3	125	15.8	472	59.8	7.0
Los profesionales le escuchaban	199	25.2	127	16.1	463	58.6	6.9
¿Ha comprendido la información?	181	22.9	115	14.5	493	62.5	7.1
¿Han tenido en cuenta su intimidad?	178	22.6	125	15.9	486	61.6	7.2
¿Recomendaría el servicio de Urgencias?		40.0		16.0		44.0	6.2

Tabla 1. Preguntas y respuestas encuestas satisfacción usuarios y acompañantes.

cos, tres enfermeras del turno de mañana y tarde, tres enfermeras del turno de noche, 1 camillero y 1 auxiliar de enfermería del turno de mañana y tarde.

A continuación se exponen los resultados diferenciados en dos grupos, usuarios (tanto pacientes como acompañantes) y profesionales del servicio.

1. PERSONAS ATENDIDAS

Durante el periodo de estudio, del 1 de abril al 30 de junio de 2019, se analizaron las cifras de las encuestas de satisfacción realizadas al servicio de urgencias, tanto de usuarios como de acompañantes. Los principales resultados se presentan en la Tabla 1.

De las 789 encuestas obtenidas, su satisfacción global con el servicio ha sido completamente satisfactoria en un 58%, con una posición neutral en un 11% y no satisfactoria en un 31%.

El dominio más valorado fue el de consideración de la intimidad, seguido por la comprensión de la información ofrecida por parte de los profesionales, así como la percepción de la escucha activa. El dominio peor valorado fue el tiempo de espera hasta ser atendido.

La percepción del tiempo que han debido esperar en la sala de espera antes de ser atendidos, fue valorada: 37,5% no satisfecho, el 21,7% de los casos se manifestaron neutrales y un 40,8% se declaró satisfecho. Corresponde a una puntuación media de 5,80. A la pregunta sobre si los usuarios se han sentido escuchados por los profesionales, un 25,2% declaró sentirse insatisfecho, un 16,1% neutral y un 58,7% están satisfechos, lo que representa una puntuación media de 6,97. En cuanto a las respuestas de los profesionales, el 59,8% se declara satisfecho, el 15,8% neutral y el 24,4% insatisfecho, con una puntuación media de 7,08. A la pregunta sobre la comprensión de la información, se obtuvo un 62,5% de los casos con satisfacción, un 14,5% neutral y un 23,0% insatisfecho.

El dominio mejor puntuado fue la consideración de la intimidad que obtuvo un 61,6% de satisfacción, un 15,8% de casos neutrales y un 22,6% de insatisfechos, obteniendo una puntuación media de 7,20. La respuesta a la pregunta sobre con qué probabilidad recomendaría el servicio de

urgencias obtuvo un 40% de detractores, un 16% opiniones neutras y un 44% de usuarios que recomiendan activamente el servicio.

Finalmente, la última de las preguntas de la encuesta da la posibilidad de escribir quejas y propuestas de mejora. En 356 de las 789 preguntas contestadas (45,1%), los usuarios realizaron comentarios. A continuación se describen de forma cualitativa, destacando los aspectos más destacados.

En primer lugar, los comentarios mayoritarios de los usuarios y acompañantes se relacionan con el tiempo de espera en la sala, en concreto sobre la necesidad de reducirlo, tal como expresa un usuario:

"Cuando me han atendido en la tría me han dicho 2 horas de espera y llevo 3 y lo que me queda, delante mío hay un hombre que lleva 6 horas y una mujer 5, y en el monitor pone tiempo de espera 45 minutos. Todos somos de la puerta 22, parece que se ha ido el medico porque lleva casi 2 horas sin llamar a nadie" (14.05.19 22.07h)

También la necesidad de ofrecer más información durante la estancia en el servicio, información entre procesos, o sobre el tiempo que tardan en ser atendidos.

"Un poco más de información en cuanto a pasos a seguir" (28/06/19 18:47h)

"No tardar 6h en hacer un análisis de sangre (28/06/19 05:52h)"

Los usuarios relacionan el tiempo de espera con la falta de personal en el servicio, en esta línea hay varias demandas de aumento de plantilla en el servicio de urgencias, como por ejemplo:

"Más médicos por favor, el servicio de urgencias es súper lento (30/06/19 20:11h)"

En el sentido contrario, también se observan comentarios positivos en cuanto al trato al servicio en general, (responden a la pregunta ¿en qué podemos mejorar?)

"En nada servicio genial (22/06/19 22:43h)"

Finalmente algunos usuarios se quejaron sobre la comodidad del servicio para los usuarios y familiares:

"Más espacio en sala de espera, asientos más cómodos (26/04/19 17:42h)"

Respecto a las encuestas Plaensa, teniendo en cuenta los diferentes dominios de satisfacción explorados, los resultados fueron los siguientes:

Los usuarios del servicio de urgencias respondieron a la pregunta sobre cómo valoran el tiempo que han tenido que esperar en la sala de espera, hasta que han visto al médico como muy largo 24,1%, largo 37,9%, normal 24,1%, corto 13,1% y muy corto 0%. En cuanto a la disposición para escuchar a los usuarios por parte de los profesionales, un 20,3% opinó que perfecto, muy bueno 22,8%, bueno 40,5%, regular 13,9% y malo 2,5%.

En referencia al trato del personal asistencial: enfermería obtuvo un 69,6% entre perfecto y muy bueno, un 19,0% bueno y un 11,4% regular y malo, mientras que los médicos recibieron un 62% de opiniones entre perfecto y muy bueno, un 29,1% regular y un 8,9% de trato regular y malo.

Por su parte, los camilleros obtuvieron un 72,1% de opiniones de trato perfecto y muy bueno, un 18,6% bueno y un 9,3% regular o malo.

Los usuarios valoraron la claridad de la comprensión de la información recibida como siempre clara en un 78,7%, casi siempre 14,7%, a menudo 4,0%, ocasionalmente 1,3% y nunca 1,3%.

El dominio de intimidad se consideró perfecto en un 25,3%, muy bueno 21,5%, bueno 35,4%, regular 10,1% y malo 7,6%.

Finalmente la satisfacción global con el servicio de urgencias se situó en 6,95 sobre 10.

2. PROFESIONALES

Los profesionales que respondieron a la encuesta se especifican a continuación, según categorías profesionales: 10 facultativos (22,3%), 20 enfermeras (44,5%), 7 TCAI (15,5%), 4 camilleros (8,8%) y 4 administrativos (8,8%).

La mayoría de los encuestados eran de turno de día en el 62,2%, frente al 37,7% que pertenecían al turno de noche.

A la pregunta sobre cómo valora el tiempo que tiene que esperar un paciente en la sala para ser atendido, el 37,2% de los profesionales lo valoró negativamente, el 46,5% lo hizo satisfactoriamente y el 16,3% lo valoró como muy satisfactorio.

A la pregunta sobre si emplean escucha activa con los usuarios, el 4,6% cree que se realiza de manera insuficiente, el 34,8% lo valora satisfactoriamente y el 60,5% como muy satisfactorio.

En cuanto al trato que dispensan a los pacientes, la mayoría de los profesionales, 76,7%, considera que es satisfactorio o muy satisfactorio, mientras que el 23,3% lo considera insatisfactorio.

El dominio de la información comprensible, fue valorado por todos los profesionales positivamente, el 86,1% lo valoró como satisfactorio o muy satisfactorio, el 13,9% restante lo hizo negativamente.

Finalmente, en el aspecto de consideración a la intimidad, los profesionales lo valoraron negativamente en un 25,6%, un 60,4% lo valoró satisfactoriamente y el 14,0% como muy satisfactorio.

La valoración global sobre la satisfacción de los profesionales en el servicio que prestan a los usuarios del servicio de urgencias fue: 2,3% insatisfactoria, el 81,4% de los profesionales opina que el servicio es satisfactorio y el 16,3% restante que es muy satisfactorio.

En la Tabla 2 se resumen y comparan los resultados de las preguntas equivalentes en la encuesta de usuarios y profesionales.

De la misma manera que en las encuestas realizadas a los usuarios y acompañantes, se dio la posibilidad de escribir sugerencias y propuestas de mejora del servicio. En 18 de las 45 consultas obtenidas, los profesionales realizaron comentarios. A continuación se describen de

Comparativa encuestas de satisfacción personas atendidas y profesionales						
Preguntas resumidas	Personas atendidas			Profesionales		
	Insatisfechos	Indiferentes	Satisfechos	Insatisfechos	Indiferentes	Satisfechos
Tiempo de espera en sala	37.6%	21.6%	40.8%	37.2%	46.5%	16.3%
Preservación de intimidad	22.6%	15.9%	61.6%	25.6%	60.4%	14,00%
Comprensión información	22.9%	14.5%	62.4%	13.9%	11.0%	75,00%
Trato recibido	24.3%	15.8%	59.8%	23.3%	5.9%	70.8%
Escucha de profesionales	25.2%	16.1%	58.6%	4.6%	34.8%	60.5%

■ Coincidencias entre profesionales y usuarios
 ■ Discrepancias entre profesionales y usuarios

Tabla 2. Comparativa encuestas de satisfacción personas atendidas y profesionales.

forma cualitativa, destacando los aspectos más destacados.

La mayoría de los comentarios, están relacionados con el espacio físico del servicio, en concreto sobre la necesidad de ampliarlo y quejas sobre la atención de pacientes en boxes doblados o en los pasillos, como por ejemplo:

"Necessitem més espai, millorar les instal·lacions i boxes individuals" (enfermera turno noche).

El siguiente tema más aludido en los comentarios de los profesionales, es la falta de personal. Este punto se valora en todas las categorías profesionales y en todos los turnos de trabajo.

"Más recursos estructurales" (enfermera turno noche).

"Más camilleros y refuerzo fin de semana" (camillero turno noche)

También valoran negativamente la consideración de la intimidad de los pacientes.

"Falta de intimidad por falta de boxes" (enfermera turno tarde)

"Intentamos ofrecer intimidad pero las condiciones que tenemos no son las óptimas" (enfermera turno tarde)

En cuanto al trato y la amabilidad, algunos profesionales realizan comentarios sobre la falta de empatía.

"Més empatia i menys desidia" (administrativo turno noche)

"Més empatia amb el pacients però també família" (enfermera turno noche)

En la Tabla 3 a continuación se listan, en orden descendente de importancia, los aspectos más relevantes comentados como aspectos mejorables de la atención en el servicio de urgencias, comparando los grupos de usuarios y el grupo de profesionales.

3. GRUPO FOCAL DE PROFESIONALES

Los profesionales del servicio coinciden en destacar la importancia de la infraestructura del servicio como una limitación importante a la hora de ofrecer un servicio de calidad para el usuario, explican que los pacientes no se sienten bien a causa de la falta de espacio, que provoca cambios continuos de ubicación, pacientes en los pasillos, o incluso aumentar el número de camas en un box de atención, lo que provoca entre otros problemas una

falta de intimidad y una disminución de la percepción de calidad. Además comentan que los pacientes no entienden estos cambios frecuentes de ubicación, aunque sean consecuencia de un intento del personal de enfermería para facilitar la ubicación del mayor número de pacientes para poder iniciar rápidamente el proceso de atención.

Los profesionales explican, que aunque el servicio ha sufrido varias reformas, ya que se inauguró en julio del 2010, no se han podido solucionar los problemas de falta de espacio.

Las visitas médicas y las anamnesis en los pasillos o en los boxes doblados piensan que también pueden afectar a la percepción de los usuarios ya que inciden en la falta de intimidad, así como el triage de los pacientes que llegan en ambulancia, que se realiza en medio del pasillo.

El trabajo en equipo es bien valorado por los profesionales de enfermería y auxiliares del servicio y piensan que eso se demuestra en las curas al paciente y que por lo tanto repercute en su percepción de calidad, no obstante es un punto negativo en algunos casos sobre todo la comunicación entre médicos y enfermeras, ya que en momentos de mayor presión asistencial. Los camilleros exponen que si el paciente tiene programada más de una prueba radiológica y no está preparado para intentar realizarlas en el mismo momento, provoca un mayor número de transportes evitables, lo cual es causa de aumento de las demoras en la atención y por ende, se resiente la satisfacción del usuario.

El personal de enfermería y auxiliares se quejan sobre los ratios elevados, en términos de mayor presión asistencial, en el nivel II de atención de urgencias. También comentan las demandas por las que se produce el paso de las personas al servicio de hospitalización, generando demandas y colapso en el servicio disminuyendo la calidad del servicio de urgencias, ya que el usuario es conocedor de que esta situación puede alargarse durante horas.

El personal valora favorablemente el trato ofrecido a los pacientes y acompañantes, y piensan que el usuario también lo valora de este modo, verbalizando que incluso en los momentos de mayor presión asistencial, los usuarios son sensibles a la situación y demuestran empatía.

Por otra parte, piensan que ofrecen una buena práctica ya que los pacientes conocen a sus enfermeras de re-

Listado de aspectos relevantes en la satisfacción

Usuarios	Profesionales
Tiempo de espera	Espacios e infraestructura
Información sobre tiempos de espera	Falta de intimidad
Falta de personal	Cargas de trabajo
Trato del personal	Tiempos de espera
Espacio e infraestructura	Falta de personal

Tabla 3. Listado de aspectos relevantes en la satisfacción.

ferencia y auxiliares, se dirigen a ellos por sus nombres, ofrecen información sobre curas y tratamientos e incluso les facilitan información que han recibido de otros profesionales y que no han comprendido por completo.

Además, piensan los profesionales que actúan con agilidad en el momento de administrar los tratamientos prescritos y que en general, el proceso de atención del paciente es de calidad. Conocen el modelo ACP. No obstante, reconocen una falta de participación de los usuarios en el proceso asistencial, ya que la necesaria agilidad que demanda el proceso y las cargas asistenciales dificultan esta participación y la escucha de opiniones de pacientes y familias.

Las metodologías cualitativas utilizadas en este estudio, tanto las encuestas de percepción y satisfacción, como la realización de un grupo focal de profesionales del servicio de urgencias, han proporcionado un abordaje que ha permitido comprender mejor el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que realmente la ven. En consecuencia, se han podido detectar áreas de mayor importancia del servicio en la atención urgente.

Además, realizando una revisión ordenada sobre la relevancia de los comentarios entre profesionales y usuarios o acompañantes, podemos concluir que las preocupaciones son diferentes (tabla 5), y que la mayoría de los dominios observados por los profesionales sobre las infraestructuras y las excesivas cargas de trabajo en relación a la dotación de la plantilla, pueden influir en la mayoría de los aspectos comentados por los usuarios, es decir, en el tiempo de espera, la consideración de la intimidad, y en definitiva en trato.

La percepción del tiempo de espera y la información sobre estos tiempos, son los aspectos más destacados para los usuarios, mientras que la falta de espacio y la falta de intimidad lo son para los profesionales.

Mediante la presente investigación, podemos confirmar que la satisfacción global con el servicio de urgencias por parte de los usuarios y acompañantes es más baja que la considerada por los profesionales del servicio y que la tendencia es decreciente, cuando lo comparamos con referencias anteriores. Así, en la valoración comparada entre personas atendidas y profesionales en el servicio de urgencias, se coincide en la evaluación de los tiempos de espera (mayor insatisfacción) y la escucha activa de los profesionales (mayor satisfacción en ambos grupos), mientras que se discrepa en la percepción de la preservación de la intimidad (el profesional cree que es un aspecto de mayor insatisfacción para el paciente de lo que éste en realidad valora) y en la comprensión de la información (el profesional cree mejor que lo que en realidad el usuario valora este aspecto).

CONCLUSIONES

El análisis de coincidencia entre la percepción de calidad entre profesionales del servicio y personas atendidas ha demostrado que existen discordancias en cuanto a la importancia concedida a cada una de las dimensiones en que las personas valoran el servicio, aunque existen elementos de coincidencia, a pesar que en las encuestas a los profesionales no se han explorado otros dominios que sí lo fueron en las encuestas a pacientes realizadas previamente.

Por tanto, podemos concluir que los niveles de satisfacción y la percepción de calidad que tienen las personas atendidas en el servicio de urgencias del Hospital de Mollet son mejorables. Aspectos de mejora que aparecen son la reducción de los tiempos de espera para ser atendidos y la información sobre las demoras en la atención en el servicio de urgencias.

Este esfuerzo de mejora implica a todo el personal del servicio, de manera multidisciplinar. Si se logra este objetivo, se podrá mejorar la relación con el usuario, disminuir las quejas y aumentar la satisfacción global con el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez T. La atención centrada en la persona en los Servicios gerontológicos, modelos de atención y evaluación. Estudios de la fundación pilares. 2016;3.
2. Bustamante P, Avendaño D, Camacho B, Ochoa A, Alemany FX, Asenjo RM, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emergencias. 2013;25(3):171-76.
3. Loureiro C, Gonzalez M. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. Rev. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2010;16(2):27-41.
4. Parra P, Bermejo RM, Más A, Hidalgo MD, Gomis R, Calle JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. Gaceta Sanitaria. 2012;26(2):159-165.
5. Hermann R, Long E, Trotta R. Improving patients experiences communicating with nurses and providers in the emergency department. Journal of emergency nursing. 2019:1-8.
6. Ekwall a, Acuity and anxiety from the patient perspective in the emergency department. Journal of emergency nursing. 2013;39(6):534-38.
7. Garcia A, Arevalo A, Garcia MA, Sanchez M, Delgado MA, Bajo A, et al. Información, comunicación y trato en un Servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinion. Rev. De calidad asistencial. 2015;30(4):203-209.



janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

En colaboración con Janssen España