

Sensibilidad de los servicios sanitarios. ¿Cómo nos ven?, ¿cómo nos vemos?



Health system responsiveness. How do citizens see us? How do staff see us?

Sra. Directora:

«Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre. El ojo de Hermógenes solo veía en mí un saco de humores, una triste amalgama de linfa y sangre...», esta frase que Margarita Yourcenar, en *Memorias de Adriano*¹, pone en boca del emperador romano, nos enfrenta a uno de los aspectos probablemente más discutidos y trabajados en los sistemas sanitarios, su humanización.

En el modelo propuesto por Murray y Frenk² para la evaluación del desempeño, la sensibilidad (*responsiveness*) representa un objetivo intrínseco de los sistemas sanitarios, con 2 dimensiones: respeto a las personas y orientación al cliente. El respeto a las personas, está en relación con la aceptabilidad de los servicios, y comprende los siguientes dominios: dignidad, autonomía, confidencialidad y comunicación efectiva. La orientación al cliente está en relación con la accesibilidad, y los dominios incluidos son: atención oportuna, acceso a las redes de soporte social, comodidades básicas y elección de proveedores. El nivel que se alcance en cada una de las dimensiones informará de la calidad del sistema y la distribución en los diferentes estratos (socio-demográficos, geográficos, de servicios) del grado de equidad del mismo. La relación entre los resultados obtenidos y los recursos utilizados informa de la eficiencia asignativa, entendida como la producción al menor coste social de los bienes y servicios que más valora la sociedad y su distribución de una forma socialmente óptima³.

En el Área Sanitaria VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias se ha desarrollado la estrategia «Sanidad Amable», con el objetivo de mejorar la relación de los servicios sanitarios con los pacientes y con la comunidad.

Para garantizar la participación de los principales agentes en la formulación del plan de acción de esta estrategia se realizaron 2 reuniones extraordinarias de 2 de los consejos de salud de zona constituidos en el área sanitaria. Se realizaron también 2 reuniones con profesionales: atención primaria y hospital, por razones logísticas, asumiendo los inconvenientes de la separación de los ámbitos asistenciales en el debate. Participaron 14 asociaciones ciudadanas, 5 organismos municipales, 2 equipos de atención primaria y otros 49 profesionales de diferentes perfiles. Se planteó una pregunta abierta sobre los aspectos no clínicos de la atención sanitaria que pensaran que podían ser mejorados y los que les parecían adecuados, así como la invitación a hacer propuestas de acciones concretas.

En la [tabla 1](#) se presentan los resultados, ordenados atendiendo a los dominios establecidos por la Organización Mundial de la Salud para definir la sensibilidad del sistema³.

Las perspectivas de ciudadanía y profesionales coincidieron en algunos dominios, como elección de proveedores, donde ni profesionales ni ciudadanía hicieron ningún comentario, o en el dominio *Comunicación*, en el que ambos grupos

recomendaron explícitamente la identificación adecuada de los profesionales en su relación con los pacientes. En el caso de la atención oportuna, en ambos grupos se realizaron propuestas, que en el caso de la ciudadanía estuvieron orientadas a los resultados (respetar la puntualidad, respetar turnos...), en el grupo de profesionales lo estuvieron a mejorar los procesos (circuitos y procedimientos).

Solo un dominio, autonomía, mostró nula coincidencia entre las propuestas de ambos grupos, ya que el grupo de profesionales no hizo ninguna recomendación.

En cuanto a la confidencialidad, un dominio al que se le da gran importancia legal, solo se hizo un comentario en relación con la privacidad en la atención a la violencia de género por parte de la ciudadanía, y uno por parte de los profesionales en relación a la falta de cuidado en las conversaciones que se mantienen en espacios públicos.

Asimismo, se aportaron valoraciones generales, como qué aunque consideran que el trato es amable en el hospital, en general para las personas participantes fue mejor la valoración de atención primaria especialmente en cuanto a la comunicación y a la coordinación entre los profesionales; esto lo atribuyeron a la cercanía y el conocimiento de las personas. También refirieron que, si bien hay cosas que mejorar la situación ha cambiado con respecto a la comunicación, que se ha producido un acercamiento entre profesionales y pacientes.

Por último, la ciudadanía consideró la dificultad de opinar, responder a las encuestas y participar. En cuanto a su opinión sobre la utilidad de las sugerencias, quejas y reclamaciones, opinaron que no resultan útiles porque nadie les presta atención. Aunque esta opinión estuvo dividida, otros participantes afirmaron que si no se expresan necesidades estas pueden llegar a no conocerse.

Los profesionales destacaron los problemas organizativos como determinantes de las demoras en la atención y motivo de situaciones conflictivas y problemas de ansiedad en los profesionales (poniendo como ejemplo la necesidad de abandonar las consultas en atención primaria para atender domicilios urgentes).

Entre las limitaciones del trabajo consideramos que la composición de los grupos y las interacciones entre los miembros determinan las respuestas, de aquí el interés despertado por la atención a la discapacidad, a la violencia de género o a la lactancia materna. Aun así, este modelo de participación puede considerarse como una fuente de información adecuada para la planificación. Aunque en este trabajo el interés se puso en qué importancia le daban ciudadanía y profesionales a cada uno de los dominios, el modelo utilizado permitirá en el futuro, medir mediante cuestionarios, en qué grado se contempla cada uno de los dominios en el seno de la organización⁴.

Abordar la intervención sobre los problemas planteados requiere intervenciones encaminadas a generar una actitud de orientación al paciente más que inversiones en infraestructuras o recursos humanos, y por tanto es posible realizar intervenciones más rápidamente que en los aspectos clínicos de la atención. En nuestro ámbito de actuación, se definieron las siguientes intervenciones: plan de comunicación, formación específica en trato, información y atención, plan de acompañamiento en urgencias y mejora del proceso de información a familiares y acompañantes y, finalmente, redefinición del proceso de hospitalización.

Tabla 1 Propuestas de los grupos de discusión clasificadas por dimensiones

Dimensión	Ciudadanía	Profesionales
Dignidad	Respetar la capacidad de autonomía de la persona para las actividades de la vida diaria (discapacidad)	Mejorar el trato respetuoso a las acciones de otros compañeros
	Cuidar la forma de dar las malas noticias: establecer espacios y tiempos para la información de pacientes hospitalizados	Mejorar el porcentaje de pacientes que tienen un médico asignado
Autonomía	Cuidar los traslados de los pacientes en camilla y silla de ruedas en el hospital	
	Respetar las decisiones de los pacientes, contrarias a las recomendaciones sanitarias (lactancia materna)	
	Facilitar la accesibilidad a los talleres de educación maternal	
	Mejorar la asertividad cuando se hace un uso inadecuado de los servicios	
Confidencialidad	Solicitar a la policía que garantice la privacidad fuera de las consultas en situaciones de violencia de género	Mejorar la confidencialidad, tanto en las consultas como en las conversaciones entre profesionales
Comunicación efectiva	Dar información periódica y oportuna a los acompañantes en urgencias	Mejorar la información a los pacientes en todos los estamentos
	Adaptar la información a las necesidades de los pacientes	Mejorar la identificación de los profesionales en la relación con los pacientes
	Identificarse adecuadamente en la relación con los pacientes (los profesionales)	Mejorar la documentación de la información que se da a los pacientes, tanto consentimientos como registro en la historia clínica
	Mejorar información entre los profesionales del hospital y atención primaria en las altas y/o asistencia a urgencias	Mejorar la relación con los nuevos profesionales
	Mejorar la información sobre el proceso	Falta de recursos por parte de los profesionales para resolver las situaciones conflictivas
	Permitir la participación de la familia en la información sobre enfermos crónicos, ancianos	
	Evitar que el uso del ordenador dificulte la comunicación	
	Escuchar y empatizar	
Atención oportuna	Respetar la puntualidad en la atención a las citas en atención primaria y en consultas externas del hospital	Mejorar los circuitos: Las actividades profesionales se solapan: la visita médica coincide con otras actividades. Los circuitos de pruebas y entrega de muestras son complicados desde el punto de vista de los pacientes. Normalizar las instrucciones a pacientes en el hospital. Las normas sobre acompañantes y presencia en los pasillos y en las habitaciones no son homogéneas
	Respetar los turnos en las consultas	Mejorar los procesos organizativos en aquellos puntos conflictivos: pruebas diagnósticas, entrega de muestras
	Facilitar los cambios de cita	Hacer formación en atención al paciente
Apoyo social	Organizar el acompañamiento en urgencias a las personas mayores	
Comodidades básicas	Eliminar las barreras arquitectónicas: instalar grúas en los centros de salud para subir a los pacientes a las camillas (discapacidad)	Revisar la señalización y realizar las mejoras necesarias
	Disponer en el hospital de una habitación y baño adaptados para personas con discapacidad	Información sobre el proceso asistencial: cuando los pacientes tienen que hacer muchas pruebas o entregar muchas muestras se pierden en el hospital y no saben a dónde tiene que ir
	Respetar el descanso de los pacientes	
	Garantizar los espacios libres de humo de tabaco	
	Dotar de TV las salas de espera de urgencias (pediatría)	
	TV de uso gratuito en áreas de hospitalización	
Elección de proveedores		

Consultar las preferencias de los pacientes, también en aspectos no clínicos de la atención puede permitir a las organizaciones sanitarias abordar aquellos aspectos que requieren mayor atención.

Agradecimientos

Comisión de dirección del Área Sanitaria VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias: Juan Saavedra, Iñigo de Diego, Sergio Valles, Alba Riesgo, Manuel Ángel Menéndez, Diana Fernández, Eva Valdavidia, Jorge Corrales, Ana Rocas, Susana Diego y Ane Goneaga.

Consejos de salud: Asociación de vecinos de Sotondio, Asociación de Pensionistas San Andrés de El Entrego, Asociación Amigos de Sotondio, Tertulia feminista Les Rosalies, Asociación de Amas de Casa de Blimea, Asociación de Mujeres Progresistas, Mancomunidad de Municipios Valle del Nalón, Centro de Pensionistas de Sotondio, Asociación de vecinos de San Juan, Asociación de vecinos de Laviana, Farmacéuticas de Oficinas de Farmacia de Laviana, Asociación de Mujeres por la Igualdad de Barredos, Centro Asesor de la Mujer de Laviana, Concejalía de participación ciudadana del Ayuntamiento de Laviana, Consejo de la Juventud de Laviana, Consejo de la mujer, Consejo de la infancia y adolescencia de Laviana, AMPA María Inmaculada, Miembros del EAP de Sotondio y Miembros del EAP de Laviana.

Profesionales: María Luz Asensio, Joaquín Alfonso Megido, Ricardo Barcina, Maite Bujanda, Isabel Cachero, Carmen Campa, Esther Castaño, Rubén Coto, Susana Ezama, Ana Isabel Fernández, Ana María Fernández, Carmen Fernández, Desirée Fernández, Fernando Fernández, Margarita Fernández, María Eugenia Fernández, Adelaida Fombela,

Inmaculada Gay, Marcelino García-Noriega, María Jesús Gómez, Joaquín González, Jesús A González, Ana María González, Juan Jesús Hidalgo, María Angeles Laviana, Manuel López, Luis López-Negrete, María Ángeles Maestre, Marta Malnero, Arturo Motto, María Teresa Pérez, Flor Peruyero, Concepción Robles, José Pablo Rodríguez, Iván Suárez y Luis Velasco.

Bibliografía

1. Yourcenar M. *Memorias de Adriano*. Barcelona: Edhasa; 2005.
2. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000;78:717-31.
3. De Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion paper N.º 32. Genova. World Health Organization; 2000 [consultado 11 Jun 2018] Disponible en: <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper32.pdf?ua=1>.
4. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJ. Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: Psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Qual Life Res*. 2007;16, 1107-1025.

C. Natal* y T.V. Suarez

Área Sanitaria VIII, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Langreo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmen.natal@sespa.es (C. Natal).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.003>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.