

Cuadernos DE FORMACIÓN CONTINUADA

PARA UNIDADES DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

GERENCIA DE
ATENCIÓN
PRIMARIA DE
TOLEDO



Nº 1
MARZO 2010

CONTENIDOS

Página

Presentación	1
PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS: Libertad de elección del ciudadano en el ámbito del SESCAM.	2
TEMA: Habilidades en la atención al ciudadano (I)	5
PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS: Gestión administrativa de la incapacidad temporal.	8
TEMA: La calidad en los servicios sanitarios (I)	11
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA: El uso del teléfono en los centros de salud.	15
INVESTIGACIÓN: Cita previa sobre agendas en Turriano.	16
BUZÓN DE CONSULTAS	20
LA PÁGINA WEB DE...: La Sociedad Española de Atención al Usuario.	22
LA EXPERIENCIA ENSEÑA:	23



PRESENTACIÓN

EDITA

Gerencia de Atención Primaria
de Toledo (SESCAM)

CONSEJO EDITORIAL

Francisco Fernández Páez
Juan José Martínez Villegas
Francisco López de Castro
Aurora Cuartero García
Julio Andrés Fernández Conde
José Antonio Rojas Alonso
Verónica Aguilera Cabello
Ana Mª Gómez Ortega
Mª Elena Martín Berenguer
Montserrat Candenas Campos

DEPÓSITO LEGAL
TO-0076-2010



Nace Cuadernos de Formación Continuada para Unidades de Gestión Administrativa, una nueva publicación con vocación de hacer posible el deseo de que en nuestro modelo organizativo la difusión del conocimiento tenga un papel estratégico.

Buscamos consolidar comunicaciones, ganando espacios que tan bien describe la topología de Regouby, a través de la interrelación de múltiples discursos que contribuyan a la obtención de objetivos comunes marcados por quienes forman parte de una misma organización y comparten una unidad de propósitos, intereses y esfuerzos. La identidad de la actividad administrativa distinguiéndola de otros espacios propios de la organización, la personalidad que muestra claramente a los profesionales de las Unidades Administrativas como protagonistas, la comunicación de las actividades e iniciativas que se realizan y, finalmente, el discurso de la cultura en la atención al ciudadano que añade un valor incalculable a la organización.

Presentamos este primer número, que incluye diversos contenidos orientados al procedimiento administrativo, dos temas formativos de máximo interés como son las habilidades en la atención al ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios, una bibliografía recomendada, el uso del teléfono en los Centros de Salud. Un tema de investigación, la cita previa en las agendas de Turriano, una sección de consultas, una página web y la experiencia de la Unidad Administrativa de Illescas.

Lo cierto es que durante los últimos años las Unidades Administrativas de nuestra Área Sanitaria han dibujado un escenario de conceptos, metodología, experiencias e investigación esenciales no sólo para el desarrollo de su entorno profesional sino también para todo aquello relacionado con la mejora en la atención al ciudadano y el adecuado funcionamiento de nuestros centros sanitarios, en coordinación con el resto de profesionales que integran cada EAP.

Orgullosos de contar en el Área de Toledo con este equipo de profesionales iniciamos un nuevo camino. Para ello nuestras Unidades Administrativas ya disponen de una herramienta del conocimiento como la que hoy nace.

Enhorabuena.

Francisco Fernández Páez
Director Gerente de AP de Toledo

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

Libertad de elección del ciudadano en el ámbito del Sescam

Julio Andrés Fernández Conde

Coordinador Unidades Administrativas. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

El derecho a elegir

La Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, en el artículo 4 dispone que el Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a las personas incluidas en el ámbito de aplicación de la misma diversos derechos, entre ellos: "A la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro, en la forma que reglamentariamente se establezca."

El principio de libertad de elección ya formaba parte del bloque normativo del extinto Insalud, tanto respecto de médico general y pediatra (Real Decreto 1575/1993) como de especialista (Real Decreto 8/1996). Finalmente, será la Ley Autonómica 24/2002 de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada quien reconozca el derecho de los pacientes a elegir el centro para ser atendidos dentro de la red de servicios propios del Servicio de Salud (Art. 4).



Es responsabilidad de la Unidad Administrativa (UUA), en cuanto responsable principal de la información y atención al usuario en el ámbito de su Centro y Zona Básica de Salud, gestionar las solicitudes que puedan plantear los usuarios respecto de su opción por un determinado facultativo o Centro. Dependiendo del caso, se gestionará y resolverá la solicitud, se derivará a otro servicio o centro concreto (indicando lugar, forma de contacto, etc.) o simplemente se informará de las posibles alternativas.

Libre elección de médico de familia y pediatra (Real Decreto 1575/1993)

Con carácter general el Real Decreto 1575/93 regula la libre elección de médico de familia y pediatra de entre los existentes en el Área de Salud; elección que podrá realizarse en cualquier momento y sin necesidad de justificación, pudiendo, previamente, solicitarse entrevista con el facultativo. La libertad de elección se hace extensiva a ambos tipos de facultativos en el caso de niños con edades comprendidas entre 7 y 14 años.

Los profesionales de medicina general y pediatría podrán rechazar asignaciones de nuevos usuarios o pacientes en los siguientes casos (Art. 8):

- Cuando el cupo de personas supere el número establecido como óptimo, según las características de la zona básica de salud (los denominados cupos cerrados)
- Cuando el médico alegue alguna razón que por la Inspección de Servicios Sanitarios se considere justificada.
- Cuando se elija un facultativo no destinado en la zona básica de salud del usuario, requiriendo la previa conformidad del profesional, con objeto de asegurar la atención domiciliaria.

Aclaraciones y casuísticas:

- Desde la Gerencia se remite regularmente a cada Equipo de Atención Primaria (EAP) la relación de los cupos existentes en esa Zona Básica de Salud (ZBS) indicando los cupos que están abiertos a nuevas adscripciones, los que están cerrados y los que requieren el previo consentimiento del facultativo.
- Principio de Unidad Familiar: se puede adscribir un nuevo usuario a un cupo cerrado siempre que se trate de un miembro de una unidad familiar que mayoritariamente se encuentre adscrita a dicho cupo. El caso más habitual es el del niño que al cumplir 14 años hay que adscribirle a un cupo de medicina de familia.
- Principio de municipalidad: un usuario puede adscribirse a un cupo cerrado si es el único existente en el municipio. De igual manera, un niño menor de 7 años puede adscribirse a un cupo de medicina de familia, aun existiendo cupos de pediatría en la ZBS, si los pediatras de la ZBS no pasan consulta en dicho municipio. Es decir, durante el horario de apertura ordinario de cada Consultorio o Centro de Salud, no se puede obligar a un usuario a desplazarse a otra localidad para recibir una asistencia sanitaria básica de medicina de familia o pediatría.
- Colaboración en la gestión: compete a la UUAA colaborar en la buena gestión y eficiencia de los recursos sin menoscabar el derecho que le asiste al usuario de elegir médico de familia o pediatra. Así, desde las UUAA se intentará canalizar las nuevas adscripciones hacia los cupos con menor número de usuarios adscritos o con presión asistencial



Libre elección de médico en los Servicios de Atención Especializada (Real Decreto 8/1996)

Este Real Decreto regula la libre elección de médico para la asistencia especializada en consultas externas, pudiendo optar entre ser atendido por el médico especialista asignado al equipo de atención primaria (especialista de cupo) o elegir libremente entre los facultativos especialistas que desarrollen actividad en las consultas externas (especialistas de área), tanto en el hospital de referencia como en los centros de especialidades (CEDTs) dependientes del mismo.

Las especialidades en las que el usuario podrá ejercitar el derecho de elección son las siguientes (Artículo 4):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ✓ Cardiología. | ✓ Neurología. |
| ✓ Cirugía General y del Ap. Digestivo. | ✓ Obstetricia y Ginecología. |
| ✓ Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. | ✓ Oftalmología. |
| ✓ Aparato Digestivo. | ✓ Otorrinolaringología. |
| ✓ Endocrinología y Nutrición. | ✓ Traumatología y Cirugía Ortopédica. |
| ✓ Neumología. | ✓ Urología. |

Aclaraciones y casuísticas:

- La libre elección de especialista es incompatible con el ejercicio de la Ley de Garantías. Así, las citas para consultas de especialista en que se renuncie a la primera cita ofertada por el HP-HIS optando por un especialista concreto, quedan codificadas como Demora Voluntaria y, en consecuencia, no cuentan con la garantía de tiempos máximos de respuesta que regula la Ley de Garantías.

- Tal y como se estructuran y definen actualmente las agendas en HP-HIS, resulta muy complejo poder ofertar a los usuarios la libre elección de especialista. En general, las agendas de las distintas especialidades muestran descriptores genéricos tipo: TRAA4S, NEM105, etc. Si un usuario insiste en optar por un especialista en concreto y este no aparece como elegible, la única opción es registrar esta petición en Gestoría de Pacientes y confiar en que desde Citaciones de Atención Especializada se le oferte cita.
- Indirectamente, también se puede ejercer la libre elección de especialista a través de la Ley de Garantías. Es decir, si se ha superado el plazo máximo de espera para una primera consulta de especializada (15 días) y el usuario no ha sido visto en consulta, al ejercer la Ley de Garantías se puede optar por cualquiera de los especialistas y Centros que están concertados o que asumen las tarifas vigentes. Se tratará siempre de profesionales que no prestan sus servicios para el Sescam.



Libre elección de Centro (Ley 24/2002)

La Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada regula en el Art. 4 la libre elección de Centro en el ámbito del Sescam:

1. Los pacientes tendrán derecho a elegir el centro para ser atendidos dentro de la red de servicios propios del Servicio de Salud.
2. Si se prevé que el paciente no podrá ser atendido en el centro elegido por él dentro de los tiempos máximos de respuesta, el SESCAM deberá informarle de tal extremo y le podrá ofertar cualquiera de los centros sanitarios propios o concertados para recibir atención dentro de los plazos garantizados (7 días para pruebas diagnósticas, 15 para primeras consultas externas y 90 días para cirugía).

Aclaraciones y casuísticas:

- Dentro del Área de Salud de Toledo: según especialidades, puede optarse por los Centros de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento (CEDTs) de Toledo (CEX), Illescas (CEX2), Ocaña (CEX3) y Torrijos (CEX4); o por los Hospitales Virgen de la Salud, Virgen del Valle o Provincial. La opción planteada por el usuario, si no está disponible en HP-HIS, debe registrarse en Gestoría de Pacientes del HP-HIS, para que finalmente sea Citaciones de Atención Especializada quien comunique al usuario su cita.
- Fuera del Área y dentro del Sescam: al amparo de la Ley de Garantías puede optarse entre los Centros Sanitarios propios y concertados del Sescam. La opción se solicitará y gestionará siempre a través de los Servicios de Atención al Usuario de los CEDTs y Hospitales.
- Fuera del Sescam: se gestiona por las Oficinas Provinciales de Prestaciones (OPPs) a solicitud de un facultativo mediante una Propuesta de Canalización a Centros distintos a los de Referencia. Esta solicitud requiere del visto bueno de la Dirección Médica de la Gerencia y la autorización y gestión de la consulta por la OPP. La autorización puede incluir el derecho al reintegro de los gastos de desplazamiento del paciente y su acompañante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada
2. R.D. 8/1996, de 15 de enero, sobre Libre Elección de Médico en los Servicios de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud.
3. R. D. 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la Libre Elección de Médico en los Servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud.

HABILIDADES EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO (I)

Elementos de la comunicación.

Jesús Rodríguez Rodríguez

Doctor en Psicología. Profesor – tutor de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

Definición

El concepto de comunicación se centra en el proceso de transmisión y comprensión de la información. Son muy frecuentes los problemas de comunicación a la hora de informar sobre una determinada actuación, al hacer una propuesta, al informar sobre la valoración del trabajo personal de un subordinado, etc. Los componentes principales de la comunicación son:

- La comprensión, en el sentido de que no haya comunicación si el destinatario no ha comprendido lo transmitido.
- El control, también llamado información de retorno (feed-back) de lo que el destinatario ha comprendido. Esto supone el esfuerzo de cerciorarse de que el destinatario ha comprendido lo que el emisor intentaba darle a conocer.

Elementos fundamentales de toda comunicación:

- ✓ Emisor = ¿Quién comunica?
- ✓ Receptor = ¿A quién comunica?
- ✓ Mensaje = Lo que comunica.
- ✓ Canal = ¿Cómo comunica?
- ✓ Fin = ¿Para qué comunica?



1.- EMISOR-FUENTE DE COMUNICACIÓN. Toda persona o grupo de personas que posee o produce las ideas, conceptos e información a transmitir.

2.- CÓDIGO. Son sistemas de signos y convenciones que utilizan las diferentes sociedades del mundo para expresarse o comunicarse.

3.- MENSAJE. Idea, concepto, sentimiento o sensación que tiene el emisor, ya codificado y que desea transmitir.

4.- CANAL. Es el medio o vehículo de transmisión. Existen canales auditivos, visuales, olfativos, etc.

5.- RECEPTOR-DESTINATARIO. Es el otro elemento personal del proceso situado al otro extremo del canal al que va dirigido el mensaje.

6.- FEED-BACK O RETROACCIÓN. Efecto de retorno o respuesta del mensaje. Podría llamarse efecto de la comunicación, abarca las consecuencias de las actuaciones comunicativas.

7.- SITUACIÓN / CONTEXTO SOCIAL. Circunstancias externas que provocan en el comunicante los estímulos necesarios para crear o reforzar un propósito comunicativo.

8.- METACOMUNICACIÓN. Factores que a veces favorecen la comunicación, pero generalmente la dificultan.

Se puede distinguir cuatro grandes categorías en la comunicación, atendiendo a dos criterios diferenciados, primero, la clase de codificación y, segundo, el número de destinatarios.

- COMUNICACIÓN VERBAL.

Esta, cuando se utiliza para transmitir un dato, no presenta problemas. Pero la transmisión de una idea es algo más difícil, por los problemas que surgen tanto en el momento de su codificación por el emisor como en el de su interpretación por el receptor. Aunque la máxima dificultad la encierra la transmisión de los estados emocionales, para la cual sólo las palabras no bastan.

- COMUNICACIÓN NO VERBAL.

Todos de diversa forma estamos enviando continuamente mensajes, aunque sólo en raras ocasiones somos conscientes de ello. Cada gesto, movimiento o posición del cuerpo cumple funciones comunicativas, adaptativas, expresivas y defensivas, unas conscientes y otras inconscientes.

El modo de caminar, de sentarse, de moverse una persona, revela su estado de ánimo, su personalidad y su capacidad de establecer contacto.



- COMUNICACIÓN PERSONA A PERSONA.

En esta forma de comunicación, el diálogo adquiere una singular importancia. El diálogo no es una enseñanza de maestro a discípulo, ni es una polémica en orden a defender ante todo las posiciones de uno y a poner en evidencia el error del otro; tampoco es pura confrontación de posturas, ya que supone una comprensión y acercamiento al otro, ni, finalmente una apología destinada a convencer al otro.

La postura de diálogo supone:

- ✓ Un reconocimiento del valor de la persona.
- ✓ Un reconocimiento recíproco del valor propio de los interlocutores como personas.
- ✓ Una voluntad de dialogar que se manifiesta:
 - Dejando hablar al interlocutor.
 - Analizando con objetividad lo que dice sin emitir juicios prematuros.
 - No mandando ni dirigiendo.
 - No dando muestras de superioridad.
 - No dogmatizando. Admitiendo que se puede equivocar.

La comunicación dentro del grupo

Muchos problemas del grupo resultan de la incapacidad del mando o de los integrantes del grupo para comunicarse entre sí.

De un buen sistema de comunicaciones dentro del grupo dependen elementos tan importantes como:

- ✓ La participación real de los miembros en las tareas del grupo.
- ✓ La eficacia del grupo.
- ✓ La satisfacción personal de pertenecer al grupo.

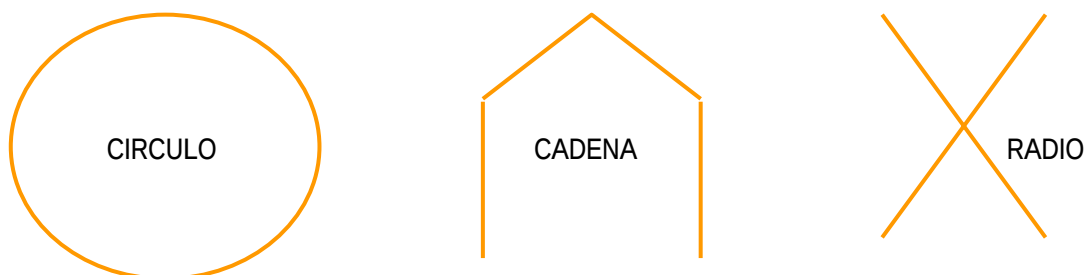


Las buenas comunicaciones ofrecerán además a los integrantes del grupo la información necesaria para saber:

- Qué hacer.
- Por qué.
- Dónde.
- Cuándo.
- Cómo.

Se han estudiado diferentes modelos de comunicación en relación a la marcha del grupo. Estos modelos están en función de la estructura del grupo, es decir, del conjunto de relaciones formales, responsabilidades y categorías de las posiciones que han sido establecidas para el grupo.

Entre los distintos modelos, los tres principales son:



En el cuadro siguiente se puede ver la valoración que se da a cada modelo frente a las características del grupo.

Características	CIRCULO	CADENA	RADIO
Rapidez	Lento	Rápido	Muy rápido
Precisión	Deficiente	Buena	Muy buena
Organización	Inestable	Lenta estable	Inmediata y estable
Adaptación a cambios-tarea	Muy buena	Deficiente	Deficiente
Moral-satisfacción	Buena	Deficiente	Muy deficiente

BIBLIOGRAFÍA

1. Laín Entralgo P. Antropología médica. Barcelona: Salvat, 1985:343-362.
2. Monedero C. Historia de la Psicoterapia. Madrid: UNED, 1982.
3. De las Heras J. La relación médico-paciente. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de Bioética General. 2.ª ed. Madrid: Rialp, 1994:271-278.
4. Ginsberg GL. Entrevista psiquiátrica. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1984:477-482.
5. Zuit J. Psiquiatría Antropológica. Madrid: Gredos, 1974:641-652
6. Spoerri TH. Compendio de Psiquiatría. 2.ª ed. Barcelona: Toray, 1970: 200-218.
7. Jeammet PH, Reynaud M, Consoli S. Psicología Médica. Barcelona: Mason, 1989.
8. Mendel D. El buen hacer médico. Pamplona: Eunsal, 1991.
9. Wulff J. Psicoterapia Médica. En: Anguera I, editor. Medicina Psicosomática. Barcelona; Doyma, 1988: 183-186.
10. Burunat E, Castellano MA, Rodríguez M. El efecto placebo: entre la mente y el cerebro. Med Clin 1989; 92: 232-235.
11. Ruesch J. Comunicación terapéutica. Buenos Aires: Paidós, 1980:385-399.
12. Stollerman GH. Exploración de la persona. Hospital Practice (Ed. Español) 1989 Oct; 4(8): 5-7.
13. Laín Entralgo P. La relación médico-paciente. Madrid: Alianza Universal, 1983.
14. Serani A, Burmester M. Ética, historia clínica y datos informatizados. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de Bioética General. 2ª ed. Madrid: Rialp, 1994:291-297.
15. Alonso-Fernández F. Psicología Médica y Social (5.ª ed). Barcelona; Salvat, 1989.
16. Goldberg D, Benjamín S, Creed F. Psychiatry in Medical Practice. London: Routledge, 1987:9-22.
17. Parry R. Psicoterapia Básica. Pamplona: Eunsal, 1992.
18. Gradillas V. Arte y técnica de la entrevista psiquiátrica. Barcelona: JIMS, 1992.





Juan José Martínez Villegas. *Director de Gestión y SS. GG.*

Definición de incapacidad temporal

La incapacidad temporal (IT) es la *pérdida de aptitud para trabajar por causas personales, patológicas y sobrevenidas, de carácter involuntario y limitado en el tiempo y que determina, en su caso, la suspensión del contrato de trabajo y la protección de la Seguridad Social con el cumplimiento de los requisitos para acceder a la prestación contributiva correspondiente.*

Son elementos constitutivos de esta situación:

- a) Estar impedido para el trabajo plenamente por razones médicas y estar recibiendo asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- b) La afección médica se ha de referir únicamente al trabajador por cuenta ajena, no a su familia. Se protegen como situaciones de necesidad la enfermedad común o profesional o el accidente común o de trabajo.
- c) No ha de tener su causa en la voluntad del interesado.
- d) Ha de ser necesariamente temporal, no sólo por suponer una situación mejorable y curable, sino porque aún cuando se dilate en el tiempo, en un momento dado la situación de incapacidad temporal se extingue por definición. Transcurrido el plazo máximo de duración y su posible prórroga, desaparece la prestación de esta naturaleza y se sustituye por otra: la incapacidad **permanente**. La duración máxima en caso de accidente o enfermedad será de 12 meses, prorrogables por otros 6 cuando se presuma que en transcurso de los mismos el trabajador puede ser dado de alta por curación; y en el caso de los periodos de observación de la enfermedad profesional de 6 meses prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad o enfermedades profesionales.

El subsidio de incapacidad temporal

La prestación que cubre la IT es individual, personal y económica. No cubre los gastos que toda enfermedad o accidente suponen, sino que contempla únicamente la pérdida de ingresos salariales como consecuencia de la imposibilidad, limitada en el tiempo, de prestar servicios como consecuencia de contingencias comunes o profesionales. Al tratarse de una prestación necesariamente temporal también recibe la denominación de "subsidio" de IT.

La cuantía de este subsidio se calcula en función de cual haya sido la cotización del mes inmediatamente anterior al hecho causante: la base reguladora de la prestación será, en caso de enfermedad común o accidente no laboral: el cociente de dividir la base de cotización por contingencias comunes del trabajador del mes anterior a la fecha de baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional: es el cociente de dividir la base de cotización por

contingencias profesionales del trabajador del mes anterior a la fecha de la baja, por el número de días a que corresponde dicha cotización.

A esta base se aplica un porcentaje que es distinto según se trate de riesgos profesionales o comunes: cuando se trate de riesgos profesionales el porcentaje a aplicar será de un 75 por 100 de la base reguladora correspondiente; y cuando lo sea por riesgos comunes el porcentaje será variable, según el momento, esto es, un 60%, desde el cuarto día hasta el 21 y, a partir de entonces, el porcentaje será el 75% de la base reguladora en contingencias comunes.

En el supuesto de riesgos profesionales, el subsidio se percibe desde el primer día, mientras que en el caso de riesgos comunes: durante los tres primeros días, la regla general es que el sujeto no percibe ni salario ni prestación; a partir del cuarto día y hasta el decimoquinto, ambos inclusive, el subsidio corre a cargo del empresario, desde el decimosexto día y hasta su conclusión la responsabilidad del pago será del INSS o de la Mutua, aunque en general el pago lo efectúa la empresa como pago delegado con la misma periodicidad que los salarios.

El Personal Estatutario, según instrucciones del Director General del extinto INSALUD, de fecha 25/01/1994 y aún vigentes, percibirá en concepto de mejora al subsidio de IT., la diferencia que hubiese entre la cuantía que corresponda a dicho subsidio y el 100% de las retribuciones fijas y periódicas percibidas por el trabajador en el mes anterior a la baja, quedando excluido el complemento de atención continuada en todas sus modalidades.

La prestación de incapacidad temporal es incompatible con el trabajo por cuenta propia o ajena y con la percepción de rentas salariales o sustitutivas del mismo. En aquellos supuestos en los que un trabajador vea extinguido su contrato de trabajo durante la situación de incapacidad temporal, seguirá percibiendo la prestación por IT, y agotada la misma pasará situación legal de desempleo y a percibir el subsidio correspondiente en caso de tener derecho, descontando el tiempo de percepción del subsidio por desempleo el tiempo que el trabajador hubiese permanecido en IT desde la extinción del contrato de trabajo.

Supuestos de pérdida o suspensión del derecho al subsidio:

- Actuación fraudulenta del beneficiario para obtener o conservar el subsidio.
- Trabajar por cuenta propia o ajena.
- Rechazar o abandonar el tratamiento sin causa razonable.

Supuestos de extinción del derecho al subsidio:

- o Por el transcurso del plazo máximo establecido.
- o Por alta médica del trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- o Por pasar a ser pensionista.
- o Por no presentarse a los reconocimientos.
- o Por fallecimiento.



Entidades competentes

Desde su inicio hasta el mes 12º, la competencia en materia de control de la situación de IT corresponde a las siguientes entidades:

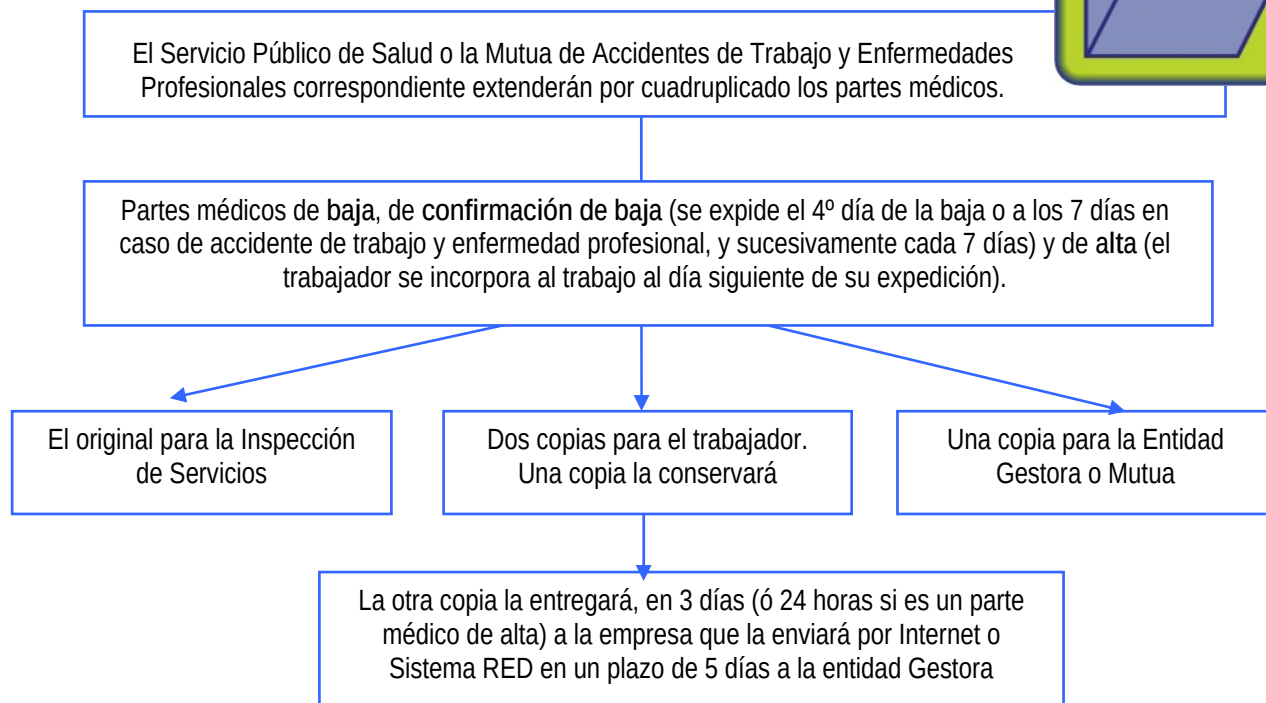
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para emitir propuestas de alta e intenciones de alta, así como para iniciar el expediente de incapacidad permanente (IP).

- Servicio Público de Salud (SPS), para emitir partes de baja, confirmación y alta.
- Instituto Social de la Marina (ISM), para emitir bajas y altas (asistencia sanitaria no transferida), propuestas de alta e intenciones de alta (asistencia sanitaria transferida), así como para iniciar el expediente de IP de trabajadores incluidos en el ámbito de aplicación del Régimen Especial del Mar.
- Mutuas de Accidentes de Trabajo (AT) y Enfermedades Profesionales (EP), para emitir partes de baja, confirmación y alta por AT y EP y propuestas de alta por contingencias comunes.
- Empresas colaboradoras, para emitir partes de baja, confirmación y alta respecto de los trabajadores a su servicio, siempre que tengan asumidas las competencias en la gestión de la asistencia sanitaria y de la IT derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Una vez agotado el plazo de los 12 meses, el INSS o el ISM serán los únicos competentes, en sus respectivos ámbitos, para:

1. Reconocer la situación de prórroga expresa.
2. Determinar la iniciación de expediente de IP.
3. Emitir el alta médica.
4. Emitir nueva baja médica cuando se produzca en un plazo de 6 meses posterior a la alta médica por la misma o similar patología.

Trámites a realizar: partes médicos



Para ampliar información: www.seg-social.es/Incapacidadtemporal/gestionycontrol

LEGISLACIÓN

- o Art.128 a 133, art.222.1, art.222.3 de RDLeg. 1/1994 de 20 junio 1994. TR Ley General de la Seguridad Social.
- o Disposición adicional 48 de Ley 30/2005 de 29 diciembre 2005. Presupuestos Generales del Estado para 2006.

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS (I)

Su significado y aplicabilidad.

Isabel Rubio Gómez

Responsable de Calidad. Oficina de Calidad y Atención al Usuario. GAP de Toledo.

Definición y conceptos

La Real Academia de la Lengua define calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”.

La calidad ha soportado múltiples concepciones dependiendo en gran medida de las perspectivas desde las que se aborde. Así, si se pregunta a los profesionales la mayoría coincidirán en que calidad “es hacer lo correcto de la forma más correcta”, para el usuario será “la capacidad del producto o servicio para satisfacer sus necesidades” y a su vez, para el gestor de una empresa será “la relación entre la productividad, la rentabilidad o el gasto y el nivel de satisfacción de los clientes o usuarios”.

Si nos sumergimos en la cotidianidad, podríamos afirmar que el término calidad permite describir, lo “bueno o lo “malo” que es el producto que diseñemos o fabriquemos, la actividad que realicemos o la prestación de un servicio que ofrezcamos. Por ello, la calidad es aplicable a cualquier ámbito o entorno, ya sea una industria o una empresa de servicios.

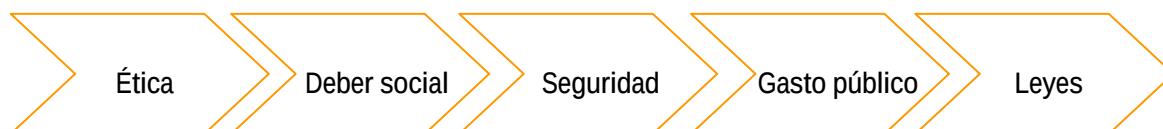
Para afirmar si algo es igual, mejor o peor, bueno o malo, no valen las apariencias sino que se precisa un sistema cuantificable objetivo, que no de lugar a diferentes interpretaciones y que sea capaz de identificar los logros alcanzados. La calidad suscita un interés a nivel internacional que se ha visto incrementado en las últimas décadas, y su desarrollo ha ido evolucionando extraordinariamente. Así, en un primer momento se centraba más en el control de los procesos elementales de producción, de las pruebas o controles finales de cualquier producto y de la obtención de beneficios, hasta representar actualmente en cualquier organización o empresa un factor estratégico clave del que depende una posición de liderazgo incuestionable o incluso su supervivencia.

Calidad de la atención sanitaria

“Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios”.

Avedis Donabedian

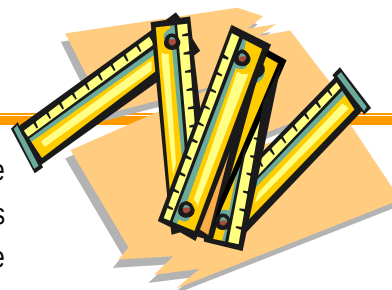
En una organización sanitaria existen motivos con suficiente peso que justifican el amplio ámbito de aplicación de la calidad y la necesaria participación de los profesionales en su evaluación y consecución de resultados:



- *Éticos*: por el derecho de todos los ciudadanos a la atención sanitaria y la responsabilidad que tienen los profesionales de actuar correctamente en la atención que prestan.
- *Sociales*: por el deber social de garantizar a todos los ciudadanos la equidad, la accesibilidad y respeto a sus derechos individuales.
- *Seguridad*: por la obligatoriedad de prevenir los errores evitables y hacer más improbables los difícilmente evitables.
- *Económicos*: por la responsabilidad de administrar adecuadamente los recursos de que disponemos, y optimizar el rendimiento.
- *Legales*: por la actuación conforme a las propias leyes vigentes que imponen la necesidad de que la asistencia se preste con unos parámetros determinados y se regulen los procedimientos para la aplicación de la calidad sanitaria.

Componentes o dimensiones de la calidad

¿Qué aspectos son los que podemos considerar susceptibles de medir para comprobar si lo que hacemos, lo hacemos bien, podemos mejorar o cubrimos las necesidades de las personas a las que proporcionamos nuestra atención?



Para describir objetivamente el alcance de lo que hacemos en términos de calidad, se han definido diferentes dimensiones que dependiendo del ámbito o motivo de atención tendrán mayor o menor peso y diferente matiz: *Calidad científico-técnica*: capacidad de los profesionales de utilizar los más avanzados conocimientos existentes. Incluye tanto las habilidades técnicas como la relación interpersonal entre profesionales y usuarios. En términos asistenciales mide la práctica clínica.

- ✓ *Efectividad*: beneficio que obtiene un ciudadano o la población en general tras una determinada atención en condiciones de aplicabilidad reales.
- ✓ *Eficiencia*: relación entre el beneficio que se obtiene tras una determinada práctica o atención y el coste que genera.
- ✓ *Accesibilidad*: facilidad con la que se puede obtener la atención sanitaria, en relación con barreras estructurales, organizativas, sociales etc.
- ✓ *Satisfacción*: grado en el que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

- ✓ **Aceptabilidad:** grado de adhesión o participación del usuario como consecuencia de la satisfacción que obtiene con la atención prestada.
- ✓ **Adecuación:** medida en que la atención se corresponde con las necesidades del usuario o ciudadano. Es un término que por su escasa concreción se utiliza más ligado a la medición de la calidad científico-técnica.
- ✓ **Continuidad:** atención ininterrumpida y coordinada.
- ✓ **Seguridad:** ausencia de errores en la atención sanitaria.

Elementos de la calidad. Clasificación de Avedis Donabedian

Tras definir los aspectos a considerar para medir la calidad, debemos cuestionarnos cómo obtener datos que nos proporcionen información sobre si lo que hacemos lo hacemos bien o podemos mejorar. Para ello, desde hace más de 90 años varios estudiosos de la calidad han ido desarrollando diferentes métodos haciendo posible un avance notable en este ámbito.



Aunque más adelante nombraremos a muchos de ellos por sus aportaciones en la evaluación de la calidad, cabe destacar la clasificación realizada por el Profesor Avedis Donabedian en 1966 y que supuso una gran ayuda por su aplicabilidad práctica:

1. **Estructura.** Mide en su conjunto o por separado todos los elementos relacionados con la arquitectura, recursos humanos, recursos materiales y financieros, de una organización. Incluye todas las características deseables en cuanto a la elaboración de manuales, protocolos, aparatos, etc.
2. **Proceso.** Mide los aspectos relacionados con las actividades que los profesionales realizan para el usuario.
3. **Resultado.** Mide el resultado obtenido tras realizar una actividad. Pueden considerarse, como ejemplo, el grado de satisfacción del usuario, los conocimientos adquiridos y la mejora en la calidad de vida.

El trabajo centrado en la calidad por el Profesor Avedis Donabedian ha sido reconocido mundialmente. En 1990 se creó la Fundación que lleva su nombre con la misión fundamental de colaborar con Instituciones públicas o privadas del sector sanitario y apoyar a sus profesionales, con el fin de garantizar una continuidad en la mejora de la calidad.

<http://www.fadq.org/>

The screenshot shows the website of the Avedis Donabedian Foundation. The header includes the logo, the name 'AVEDIS DONABEDIAN', and the affiliation 'INSTITUTO UNIVERSITARIO-UAB'. A search bar and a language dropdown (Castellano) are also present. The navigation menu consists of several colored buttons: INVESTIGACIÓN, DOCENCIA, PLANES DE CALIDAD, ACREDITACIÓN ISO/EFQM, ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA, INDICADORES, SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN, and DEPENDENCIA DE SERVICIOS SOCIALES. The main content area features a sidebar with a table of contents, a central text block about the foundation's mission, and a section for new university courses (2009-2010) with a list of two master's degrees. A right sidebar announces a new website launch.

- **ASEGURAMIENTO DE CALIDAD:** Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar una confianza adecuada de que un determinado producto, servicio o instalación, satisfaga las exigencias de calidad establecidas.
- **CALIDAD TOTAL:** Concepto de gestión empresarial que sitúa como primer objetivo de la misma la calidad del bien o servicio ofrecido y la satisfacción del cliente, a través de la mejora continua.
- **CONTROL DE CALIDAD:** Conjunto de actividades y técnicas que permiten asegurar que un determinado producto o servicio satisfaga unas necesidades dadas.
- **GESTION DE LA CALIDAD:** Aspecto de la función general de la gestión que determina y aplica la política de la calidad.
- **MANUAL DE GARANTIA DE CALIDAD:** Documento en el que se expone la política general de calidad y se establecen los procedimientos y prácticas de una organización relativa a calidad.
- **NIVEL DE CALIDAD:** Cualquier medida relativa de la calidad obtenida por comparación entre los valores observados y los requeridos.
- **OBJETIVOS DE CALIDAD:** Son los fines que la organización se propone alcanzar, en cuanto a calidad, programados cronológicamente y cuantificados en la medida de lo posible
- **PLAN (DE GARANTIA) DE CALIDAD:** Documento para definir, para un producto o gama de productos afines, las partes del sistema de garantía de calidad aplicables a ese producto, indicando la documentación y los requisitos particulares a tener en cuenta para cada actividad.
- **POLITICA DE CALIDAD:** Directrices y objetivos generales de la Organización, relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección Gerencia.
- **PROGRAMA DE CALIDAD:** Conjunto documentado de actividades, recursos y acciones que sirve para la implantación de un sistema de calidad de una organización.
- **SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD:** Estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización que permiten conjuntamente asegurar que los productos, procesos o servicios cumplirán los requisitos de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcázar Casanova F., Iglesias Alonso F. Historia y definición de la calidad de los servicios sanitarios. Manual de Calidad Asistencial. Ed. Sescam, 2009; 1(3): 57-85.
2. Donabedian A. Quality assessment: The industrial model and the health care model. Clinical Performance and Quality Health Care 1993; 1(1): 51-52.
3. Fernández Martín J. Curso de Calidad Asistencial Sescam. 2004.
4. es.wikipedia.org/wiki/calidad. Ensayo sobre la definición de calidad. Diciembre 2009
5. www.calidad.unav.es/Archivos/definiciones.pdf. Fuente: AENOR. Diciembre 2009

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

El uso del teléfono en los Centros de Salud [SEMERGEN 2003;29(3):157-63]

El teléfono es un canal de comunicación que usamos con frecuencia en nuestros centros de salud, convirtiéndose en una herramienta de trabajo que proporciona un incremento de productividad para muchos profesionales, además de ofertar una mejora en la accesibilidad para los usuarios de Atención Primaria. Sin embargo, en nuestra actividad, a menudo lo sentimos como enemigo.

En primer lugar, porque las altas presiones asistenciales condicionan que el acceso telefónico no sea todo lo ágil que se preveía en principio. En segundo lugar, porque nuestras habilidades de atención telefónica no responden a las necesidades que este medio precisa. Y en tercer lugar, porque irrumpe en medio de la consulta o en el momento más inoportuno o cuando las unidades de admisión están más demandadas de atención directa o de actividades de gestión interna.

En este sentido, la citación telefónica en Atención Primaria, con el programa de cita previa, ha representado un acercamiento muy importante a la población. Cada día se producen multitud de contactos telefónicos con clientes, que solicitan cita previa, consulta telefónica, avisos a domicilio, etc. La forma en que atendemos telefónicamente a un cliente determina de manera importante la imagen de calidad que éste percibe, y la facilidad en su obtención es un aspecto de satisfacción, claramente identificado por los usuarios de nuestros servicios.

De ahí la necesidad de utilizar correctamente el teléfono: recibir adecuadamente una llamada, presentarnos, formular las preguntas convenientes, contrastar el mensaje del cliente, recoger los datos del paciente, etc. Por otra parte, el teléfono no sólo debe servir para la cita previa; se puede aprovechar como una de las medidas estratégicas generales para el trabajo con demanda excesiva mediante la organización de la consulta telefónica.

El artículo que se presenta hace un análisis de las dimensiones y oportunidades asociadas a la atención telefónica y, finalmente, recoge cuatro tablas de recomendaciones sobre la atención al público eficaz, la actitud al teléfono, la recepción de llamada y su transferencia.

hablando de gestión

El uso del teléfono en los centros de salud

F. Camarera Soler^a, E. Mira Sanz^b, C. Soriano Clemor^c, J.J. Blanquer Gregori^d,
I. Montiel Higuero^d y J.L. Ortuño López^e

^aPsicóloga. Unidad de Conductas Adictivas.

^bSecretaría. Unidad de Calidad y Formación.

^cSocióloga. Unidad de Calidad y Formación.

^dMédico de Familia y Comunitaria. Unidad de Calidad y Formación.

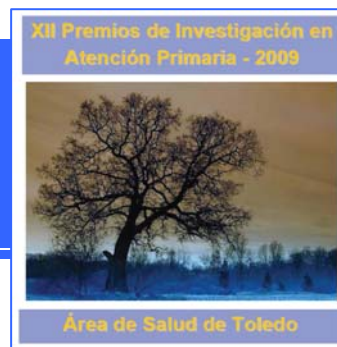
^eDirector del Área de Salud número 18 de Alicante.

***Nota:** este artículo está disponible en la **biblioteca virtual** de la Gerencia. Aquellas personas que realicen el test para la acreditación de horas docentes deben leerlo.*

INVESTIGACIÓN

Cita previa sobre agendas en Turriano: adecuación y gestión de la demanda por las Unidades Administrativas

Rodríguez Guerrero MR, Santos Míguez MC, Arias Espada MM y Fernández Conde JA.



Primer premio UU.AA. 2009

Introducción

La Atención Primaria se caracteriza por la accesibilidad a los servicios sanitarios y a los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria. Accesibilidad en términos de inmediatez y de proximidad. Las Unidades Administrativas (UUA) surgen como un elemento mediador entre las demandas de los usuarios y los recursos ofertados por los Centros de Salud. La cita previa no es sino una herramienta para conciliar los tiempos (agendas) de los usuarios y de los profesionales.

En la actualidad la aplicación Turriano soporta los procesos de citación y gestión clínica de nuestras consultas y es, sin duda, una de las principales herramientas de trabajo de las UUA.

Con este trabajo se pretende conocer y analizar el diseño de las agendas en Turriano de nuestros médicos de familia y pediatras, su adecuación a las demandas de los usuarios (presión asistencial) y su influencia en la actividad mediadora de las UUA.

Material y Métodos

El trabajo ha consistido en un estudio multicéntrico, descriptivo y transversal, realizado sobre las agendas en Turriano de los Médicos de Familia y Pediatras de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Del universo muestral, los criterios de inclusión en el estudio fueron: tener una única agenda en Turriano, contar con cita previa, turno de mañana y superar el cupo de 1.500 TSI en Médicos de Familia (MF) y de 1.000 TSI en Pediatras. La muestra final fue de 96 agendas de MF y 21 de Pediatras.

El estudio se realizó en la semana del 9 al 13 de marzo de 2009, por corresponder a un período previsible de presión asistencial media según los datos de actividad en consulta registrados en Turriano en los últimos años. La carga de datos, análisis de resultados y presentación de conclusiones se realizaron del 24 de abril al 29 de septiembre de 2009. Los análisis estadísticos se realizaron en Excel.

Para el registro de los datos y su análisis se diseñaron los siguientes formularios:

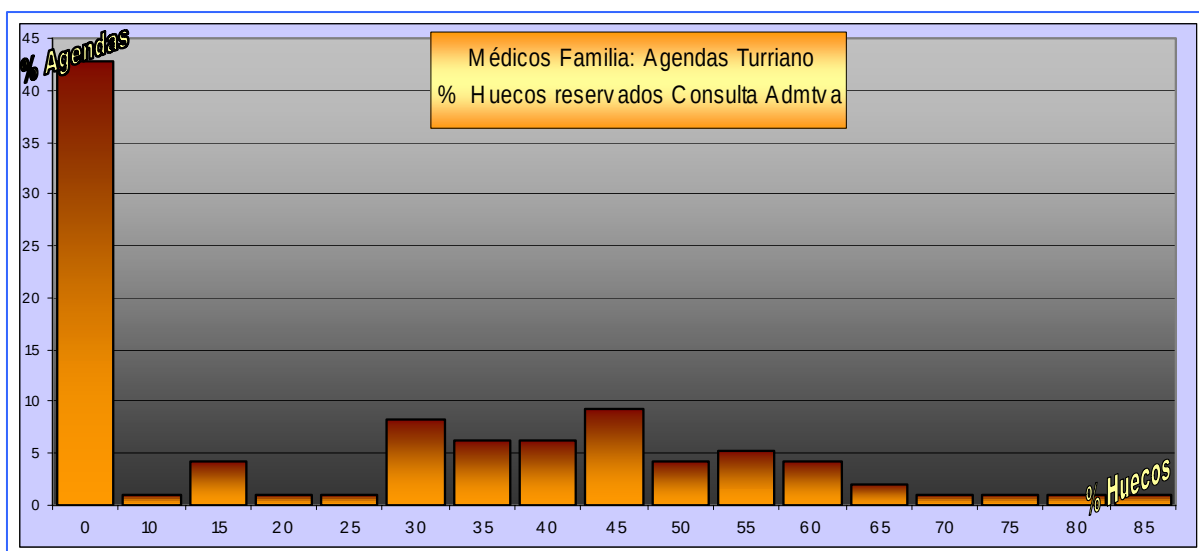
- Diseño de la agenda: hoja Excel (Tabla I) en la que se recoge el diseño y programación de cada agenda en estudio. Se registraron los distintos motivos de consulta: Demanda, Administrativas, Programada/Sintrom y Domicilios; los huecos (posibles usuarios) disponibles y tiempos totales asignados.
- Citas registradas a las 08:00 horas: hoja Excel (Tabla II) en la que se recoge la situación de las agendas a las 08:00 horas, cada uno de los cinco días hábiles de la semana en estudio, registrando los huecos ocupados, disponibles y bloqueos.

- Citas registradas a las 15:00 horas: hoja Excel (similar a la Tabla II) en el que se recoge la situación de las agendas a las 15:00 horas, cada uno de los cinco días hábiles de la semana en estudio, indicando los huecos ocupados, disponibles y bloqueos.

Resultados

La actividad registrada en 480 dietarios (agenda diaria) de Médicos de Familia y en 105 de Pediatría fue:

- Diseño: Las agendas, en particular de MF, no presentan un patrón en su diseño. Así, la denominada Consulta Administrativa (renovación de recetas, partes de IT, etc.) no aparece en el diseño del 43% de las agendas de MF y con una previsión de huecos irregular, y no significativa estadísticamente, en el resto de las agendas.



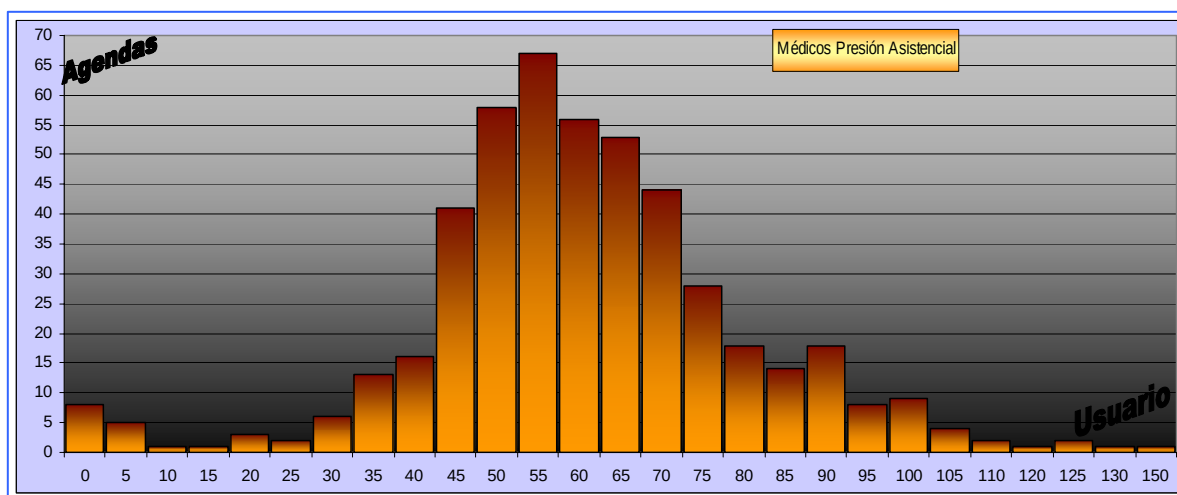
- Cita Previa: De los 32.625 usuarios que aparecen registrados en los dietarios, el 53% (17.279) contaban con cita previa a las 08:00 horas.
- Disponibilidad de cita previa: de los 480 dietarios de MF en estudio, 109 (el 23%) no ofertaban ningún hueco a demanda a las 08:00 horas. De estos 109 dietarios, 16 no ofertaban citas a demanda por bloqueo de la agenda.

Al final de la consulta, 374 dietarios (el 64%) tenían registrados más usuarios vistos a demanda que huecos preveía su dietario. En promedio, en estos dietarios se añadieron (forzaron) 11 huecos a demanda, lo que supone sobrepasar un 32% la previsión de huecos inicialmente ofertada.

- Presión asistencial: El análisis estadístico de la presión asistencial, es decir, de los usuarios registrados en Turriano como vistos en consulta con independencia del motivo de la misma, es:

Categoría	Méd. Familia	Pediatras
Dietarios en estudio	480	105
Media Acotada 5%	60,7	34,0
Desviación Típica Acotada 5%	13,60	8,10
Mediana	60	34
Cuartil 1º	49	28
Cuartil 3º	71	40
Moda	49	40

El polígono de frecuencias de la presión asistencial registrada en los dietarios de MF es:



- **Correlación presión asistencial y cupo adscrito:** Relacionando presión asistencial y cupo adscrito, según el Coeficiente de Correlación de Pearson, tanto a nivel del cupo total como respecto de los grupos de edad más frequentadores (mayores de 65 años para los MF y menores de 2 años para los Pediatras) es:

Coeficiente Correlación Presión Asistencial / Cupo			
Categoría	Total Cupo	< 2	> 65
Méd. Familia	0,11		0,38
Pediatras	0,02	0,10	

Discusión

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que no existe un modelo de agenda tipo, aunque sí parecen convivir dos perfiles de diseño: en uno se sectorizan y predeterminan los huecos y tiempos dedicados a cada tipo de consulta (demanda, administrativa, etc.), en otros diseños (el 43% de las agendas de MF) se apuesta por la no sectorización. Ambos planteamientos cuentan con soporte bibliográfico.

Parece consolidarse la cita previa anticipada/programada, de modo que ya un 53% de las consultas están previstas al inicio de la jornada.

El diseño de las agendas no se adecua a la presión asistencial media. Así, un 23% de los dietarios de MF no ofertaban huecos a demanda a las 08:00 horas, no pudiendo imputarse esta situación a circunstancias tales como bloqueos asociados a ausencias no sustituidas. Igualmente un 64% de todos los dietarios no ofertaba huecos suficientes para la presión asistencial final, necesitándose forzar las agendas un tercio por encima de su previsión inicial.

La presión asistencial parece relacionarse más con estilos de consulta que con la dimensión de los cupos adscritos. La correlación entre presión asistencial y cupo adscrito es estadísticamente irrelevante, salvo en el caso de los usuarios mayores de 65 años adscritos a cupos de MF.

Metodológicamente el estudio es válido en tanto que el período objeto de estudio se encuadra en la media asistencial del año en curso, según datos de actividad registrados en Turriano durante el 2009. Igualmente parecen descartarse sesgos u otras incidencias que afecten a la validez de sus resultados.

Conclusión: La organización de la consulta médica debe ser un instrumento de gestión en un centro de salud. El cómo y cuándo se realiza el acceso a la consulta es fiel reflejo de la accesibilidad y universalidad de los servicios sanitarios. No obstante, no hay una relación directa entre accesibilidad (en términos de huecos ofertados en agenda) y frecuentación.

La creciente presión asistencial no es inabordable ni su control pasa por diseñar unas agendas conscientemente insuficientes, ya que su inadecuación produce el efecto perverso de convertir el cauce de acceso (cita previa sobre agenda) no en una herramienta de gestión y de conciliación de “agendas” de usuarios y profesionales, sino en un factor de insatisfacción para usuarios, profesionales y sus mediadores: las Unidades Administrativas.

Bibliografía

1. Cea D'Ancona MA. Metodología Cuantitativa: Estrategias y técnicas en investigación social. Madrid: Editorial Síntesis SA, 2001. p. 239-291.
2. Vélez R, Ramos E, Hernández V, Carmena E, Navarro J. Métodos Estadísticos en Ciencias Sociales. Madrid: Ediciones Académicas SA, 2004. p. 21-69.
3. Seguí M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. Cuadernos de Gestión. 2002; 8, p. 15-31.
4. Ruiz Téllez A. La demanda y la agenda de calidad. Instituto@pcom.Barcelona: Grupo Ferrer; 2001
5. Guijarro A. Estrategias de organización de la consulta: un abordaje conceptual. Cuadernos de Gestión. 2002;3, p. 71-84.

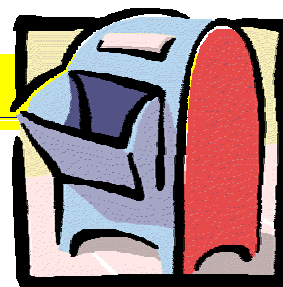
TABLA I

Diseño Agenda del día 13/03/2009		Oferta para Citación: Huecos y Tiempo Dedicado (Horas: Minutos)							
Cías	Profesional	Demanda		Admtva		Programada/Sintrom		Domicilios	
		Huecos	Tiempo	Huecos	Tiempo	Huecos	Tiempo	Huecos	Tiempo
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	25	02:15	20	01:10	4	00:59	2	01:30

TABLA II



Situación Agendas a las 08:00 Horas			Oferta para Citación: Huecos Ocupados y Disponibles							
Cías	Profesional	Día	Demanda		Admtva		Programada/Sintrom		Domicilios	
			Ocupados	Disponibles	Ocupados	Disponibles	Ocupados	Disponibles	Ocupados	Disponibles
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	09/03/2009	23	2	17	3	4	3	2	1
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	10/03/2009								
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	11/03/2009								
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	12/03/2009								
000000000	Ejemplo Ejemplo Ejemplo	13/03/2009								



Ana M^a Gómez Ortega. *Jefe de Sección de Suministros.*

¿Cómo podemos pedir un producto que no figura en el catálogo del pedido mensual? ¿Y cómo puedo pedir una cantidad superior al stock que aparece en el mismo?

En el pedido mensual sólo pueden pedirse los artículos que figuran en el catálogo de cada centro y como máximo la cantidad que figura como stock en el mismo. Cuando en el centro se necesite un artículo que no figura en dicho catálogo debe utilizarse el modelo:

- ✓ “Pedido extraordinario” indicando la necesidad por la que se origina la petición del producto, si el producto se necesita puntualmente.
- ✓ “Aumento stock de artículo” indicando el motivo que provoca la necesidad de incluir el nuevo artículo en el catálogo y proponiendo el stock máximo mensual del mismo, si el producto va a utilizarse habitualmente en el centro. Así mismo, se utiliza este mismo modelo para solicitar la modificación (aumento, disminución o retirada del artículo) del stock máximo que figura en el catálogo del centro indicando el motivo que provoca la necesidad de modificar dicho stock.

Estos documentos se enviarán solamente por correo electrónico a la dirección pedidos.gapto@sescam.iccm.es el mismo día que se realice el pedido mensual del centro.

¿Cómo debemos pedir el material para entregar a los pacientes especiales?

Los pacientes con un tratamiento especial que son derivados desde un centro hospitalario y que necesitan material que debe suministrárseles desde su Consultorio Local o Centro de Salud de Atención Primaria, presentarán en el mismo copia del informe médico de alta hospitalaria en que figura el material a suministrarle y que deberá remitirse vía fax o por la ruta de extracción a la Dirección de Enfermería, a la vez que se envía el primer pedido.

El pedido de material deberá realizarse en el modelo “Pedido pacientes especiales” indicando el código del artículo cuando se conozca y la definición más completa posible la marca, modelo y referencia del producto que al paciente le han proporcionado en el hospital de procedencia.

Se realizará un pedido por cada paciente indicando su nombre y apellidos y se enviará por correo electrónico a la dirección pedidos.gapto@sescam.iccm.es el día que el nuevo paciente presente su documentación en el centro y el día que se realice el pedido mensual del centro en los meses sucesivos.

¿Qué tratamiento debemos dar al material que se recibe en el Centro?

Todo el material recibido en el centro debe comprobarse con el albarán de entrega del mismo, indicando en el mismo las incidencias detectadas. Seguidamente se sellará y firmará el albarán y se remitirá al Servicio de Logística y Aprovisionamiento de la Gerencia a través de la ruta de extracción.

En los casos de recepción de material directamente desde empresas privadas, se pondrá especial atención en el envío inmediato del albarán para no retrasar la tramitación de la facturación de dichos productos.

Para el envío de los albaranes se enviará una sola nota interior con todos los documentos remitidos.

Cuándo hay una avería en el centro o se rompe algo, ¿a quién hay que notificárselo?

Todos los Centros tienen un programa informático GEMAO para pasar al Servicio de Mantenimiento todas las incidencias que se produzcan en el edificio y las instalaciones del Centro y cuando por la urgencia o gravedad sea conveniente contactar telefónicamente se debe hacer a los teléfonos 925 25 99 35 ó 45 (IP 59935 ó 59945) del Servicio de Mantenimiento de la Gerencia.

De la misma forma hay que actuar ante averías en aparataje de electromedicina, enviando por la ruta de extracción el aparato averiado con una copia del parte del GEMAO, dirigido al Servicio de Mantenimiento.

Temas a notificar a:

- ✓ SERVICIO DE MANTENIMIENTO: Agua corriente, energía eléctrica, calefacción y aire acondicionado, telefonía, desinfección o mantenimiento integral del edificio.
- ✓ SERVICIO DE LOGISTICA Y APROVISIONAMIENTO: Limpieza, menús, pedido mensual y otros pedidos, residuos biopeligrosos, avería fax común.

¿Qué hacer cuando se recibe material deteriorado?

Cuando en un centro se recibe material deteriorado o caducado debe reflejarse en el albarán de envío y comunicarse al Servicio de Logística y Aprovisionamiento a los teléfonos 925 25 99 17 ó 18 (IP 59917, 59918, 59984 ó 59985).

Si el material se ha recibido directamente desde una empresa se reflejará en el albarán del transportista si el defecto se aprecia en el embalaje y en el albarán de la empresa, que se remitirá urgentemente al Servicio antes mencionado al fax 925 25 99 14 y se comunicará a los teléfonos antes indicados, para realizar la reclamación inmediata a la empresa suministradora.

¿Qué hacer cuando no se reciben en el Centro los menús necesarios para las guardias?

Cuando no se entreguen los menús que aparezcan en el albarán de entrega o no se reciban con la antelación habitual, se comunicarán inmediatamente a que se detecte la incidencia a la siguiente dirección de correo clopez@sescam.org, para desde el Servicio de Logística y Aprovisionamiento pasar la incidencia a la empresa suministradora y a los Servicios Centrales del SESCAM que son los que gestionan este contrato.

Así mismo, si la falta de menús es para el mismo día en que se comunica la incidencia se informará y pedirá instrucción al Coordinador de los Puntos de Atención Continuada al teléfono 925259900 IP 59900.

¿Qué hacer cuando se avería el fax?

Cuando se produce una avería en el fax hay que distinguir si es un aparato de fax común o es una impresora multifunción que engloba la función fax.

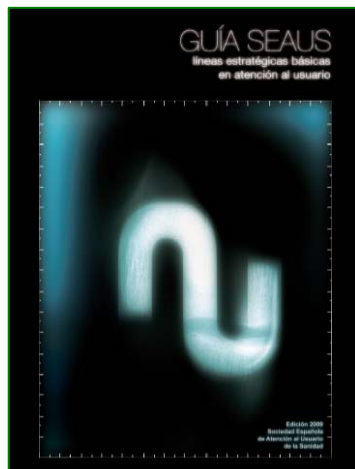
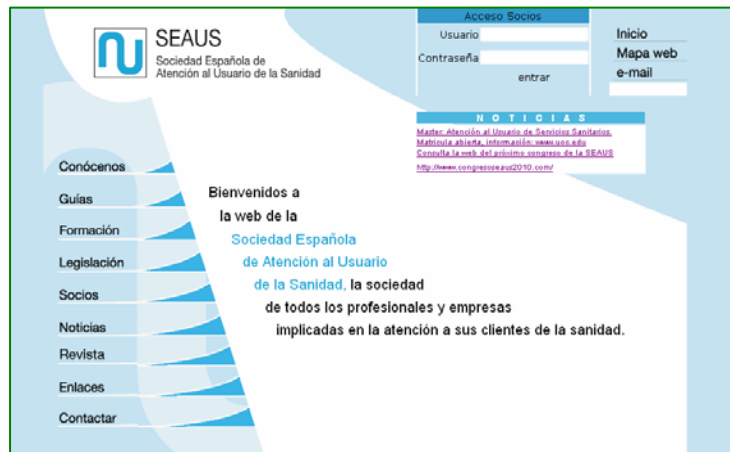
Si la avería es de una multifunción la incidencia se comunica al CASUS igual que cualquier otra avería de aparatos de informática, al teléfono 900250505. Si el aparato averiado es un fax común se dará la incidencia a la empresa mantenedora del aparato (sus datos figuran en una pegatina) y se comunicará dicha actuación al Servicio de Logística y Aprovisionamiento teléfonos 925259917/18 IP 59917 y 59918. En caso de que el aparato no tenga los datos del servicio técnico se solicitarán al Servicio antes mencionado.

La página web de...

Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)

La Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS) es una asociación de profesionales que realizan su actividad en los servicios de atención al usuario, que persigue la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, mediante el desarrollo de una serie de actividades:

- ✓ Difusión y aplicación de las Cartas de Derechos y Deberes de los Usuarios.
- ✓ Intercambio de ideas y experiencias entre los profesionales de Atención al Usuario-Paciente.
- ✓ Formación permanente, continuada y multidisciplinar del personal de los Servicios de Atención al Usuario y de los profesionales de la salud en materia de atención al usuario.
- ✓ Promocionar el diálogo entre usuarios, profesionales de la salud e instituciones sanitarias.
- ✓ Posibilitar líneas de investigación y estudio y su divulgación.



En su página web podemos encontrar dos interesantes guías sobre atención al usuario que pueden ser descargadas en formato pdf:

- Líneas estratégicas básicas en atención al usuario.
- La atención al usuario: marco conceptual y organizativo.

Además, pone a nuestra disposición un amplio repertorio legislativo, tanto nacional como autonómico. De Castilla La Mancha recoge, por ejemplo, la Ley de Garantías, la orden de 20 de febrero de 2003, sobre Reclamaciones y Sugerencias, el Decreto 13/2005, de 1 de febrero, de los Órganos de Participación en el sistema sanitario de Castilla- La Mancha o la Ley 6/2005 de 7 de julio 2005, sobre Voluntades Anticipadas.

En la sección de formación, incluye cursos y talleres propios de la SEAUS (*Atención al usuario, Reclamaciones, Curso para responsables de UUA, Gestión de conflictos, Modelo de excelencia EFQM, Prestaciones y aspectos legales, etc*) e información sobre el *Master de Atención al Usuario de Servicios Sanitarios*, que imparte la Universitat Oberta de Catalunya, en colaboración con la SEAUS.

También permite el acceso libre a los últimos números de la revista *Usuarios*, editada por la propia SEAUS y dirigida a gestores y profesionales que realizan su actividad en los servicios de atención al usuario de los centros sanitarios.

Completa su oferta con una sección de noticias y enlaces a diversas instituciones y asociaciones relacionadas con la atención al usuario.



LA EXPERIENCIA QUE ENSEÑA

Coordinación y comunicación. Experiencia en la UUAA más amplia, dispersa y compleja del Área.

Carlos Javier Plaza Muriel.

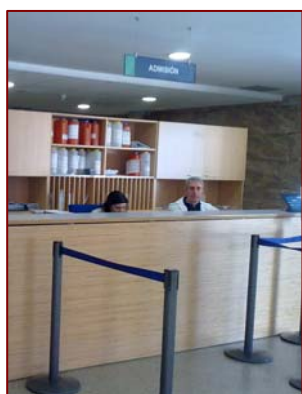
Jefe de Equipo de la UUAA de Illescas. Gerencia de Atención Primaria de Toledo.

Un hábitat complejo

La Zona Básica de Salud de Illescas se sitúa al noreste del Área de Salud, a unos 35 km. aproximadamente de la Ciudad de Toledo y pertenece a la Gerencia de Atención Primaria de Toledo. Los municipios que la forman son: Illescas, Ugena, Carranque, El Viso de San Juan, Palomeque, Cedillo del Condado, Yuncos y Numancia de la Sagra. El Centro de cabecera de la Zona Básica de Salud se encuentra en Illescas. La distancia media entre estos municipios es de 10 km. aproximadamente con respecto al Centro de Salud.



Esta comarca, perteneciente a la Sagra, ha venido sufriendo en los últimos años una importante expansión demográfica que ha conllevado un elevado aumento de población de manera poco controlada. También hay que hacer hincapié en que esta ZBS se encuentra lindando con la Comunidad de Madrid y, por tanto, con una importante población flotante que puede mantener empadronamiento y/o adscripción sanitaria en dicha Comunidad. Esto supone la imposibilidad de tener unos datos certeros del número real de población existente en los municipios de referencia. Hoy en día el único dato con el que podemos contar es que hay unas 44.000 tarjetas sanitarias adscritas a esta ZBS, pero realmente no se puede precisar el número real de usuarios que hacen uso de nuestros servicios.



El Centro de cabecera está integrado, compartiendo edificio e instalaciones, con un Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento. En cuanto al número de profesionales, lo componen 22 médicos de familia, 7 pediatras, 22 enfermeros, 2 matronas, 2 odontólogos, 2 higienistas dentales, 12 auxiliares administrativos y 1 celador. Todos ellos dispersos entre el Centro de Salud y los siete Consultorios Locales. Cuatro de ellos con unidad administrativa.

En resumen, éste es un Equipo de Atención Primaria complejo por la cantidad y dinamismo de la población adscrita, por el número de sus profesionales y por convivir con un Centro de Especialidades de Diagnóstico y Tratamiento.

Yo y mis circunstancias

Mi experiencia profesional en esta ZBS se inició en el Consultorio de Yuncos, siguió en el Consultorio de Numancia de la Sagra y, de momento, continúa en el Centro de Salud de Illescas. Esta trayectoria profesional me permite, creo, tener una visión de conjunto de la ZBS y del EAP.

Yuncos es, con diferencia, el Consultorio con mayor presión asistencial del Área. A día de hoy, cuenta con más de 8.000 usuarios adscritos, consultas de tarde y un único administrativo en plantilla más la colaboración del titular del Consultorio de Carranque.



En Numancia de la Sagra me incorporé cuando se dotó de unidad administrativa a este Consultorio. Con mi llegada se inició el proceso de informatización de las citaciones, las extracciones, etc.

Desde Octubre de 2008 ocupó el puesto de Jefe de Equipo de las UUAA del EAP de Illescas. Por la propia naturaleza del puesto y la mayor actividad que se genera en el Centro de Salud, desde esa fecha vengo prestando servicios en Illescas.

Tras mi incorporación al Centro de Salud percibí las dificultades que entrañaba el que en un EAP tan complejo no existiera un Coordinador Médico desde hace 5 años. Como único referente claro para abordar muchos problemas generales sólo contaba con la figura del Coordinador de Enfermería.

Addenda, o cómo y qué hacer según dónde

Resultaba llamativa la falta de comunicación entre los profesionales de la unidad administrativa del Centro de Salud y de los Consultorios Locales. Problema que hay que abordar inminentemente, tanto para que fluya la información como para que los Consultorios Locales puedan contar con el soporte del Centro de Salud, mejor dotado y con mayor accesibilidad a consultas de atención especializada, almacén, etc.

Se convocó una reunión a todos los auxiliares administrativos y al celador en la que, a demás de conocernos personalmente, se llegó a la conclusión de que todos debíamos tener unas pautas a seguir para distribuir el flujo de pacientes, solucionar los problemas puntuales y dar calidad de información.



Para ello se hizo una Addenda donde dejar plasmado por escrito todos los pasos a seguir en cuanto a citaciones, distribución de los pacientes urgentes, desplazados temporales, mutualistas etc. En dicha Addenda también estarán los nombres de los profesionales, sus CIAS, horarios de Consulta, números de teléfono, etc. Con esta Addenda lo que se consigue es que la Unidad Administrativa sepa en todo momento y sin demora informar al paciente.

Comunicando o la virtud de hacer llegar la información

Otro de los problemas que me encuentro es la poca comunicación que hay entre los profesionales de todas las categorías y más aún con los de Atención Especializada.

También hay que destacar que las agendas de los profesionales no estaban adecuadas a las necesidades de los pacientes, que el número de reclamaciones era elevadísimo y que la comunicación entre la Gerencia de Atención Primaria y el EAP no era lo bastante buena.

Ante todos estos problemas entendí, y entiendo, que una de mis primeras obligaciones era servir de puente de comunicación entre niveles asistenciales, profesionales de distintas categorías y colaborar con el equipo de Coordinación que, dentro del EAP, pudiera surgir.

En un EAP tan amplio, tan disperso y dinámico, creo que una de las principales obligaciones de la UUAA consiste en hacer llegar a tiempo real toda la información a todos los profesionales. Información sobre nuevos servicios o prestaciones, notificaciones de la Gerencia, convocatorias, etc.

Coordina que algo queda

A últimos del mes de noviembre de 2008 se convoca una reunión de EAP en la que se expone la necesaria figura del Coordinador Médico y en la que se acuerda que dada la dimensión de usuarios y profesionales se necesitarían tres coordinadores médicos que, solidariamente, lideraran el EAP.

En el mes de diciembre la Gerencia expresó su firme aprobación constituyéndose así un equipo de Coordinación adecuado para cumplir los objetivos que previamente habíamos expuesto y que consistían en: elaboración de un programa funcional, planificación del calendario de guardias de la atención continuada, mejora de la Atención Continuada en horario de mañana, mejora de coordinación con la Gerencia y con Atención Especializada, realización de agendas adecuadas al flujo de pacientes, racionalización de agendas e inicio de sesiones clínicas.

Tras tener ya el Centro un equipo estructurado de Coordinación se empieza a trabajar para constituir grupos de trabajo con objeto de elaborar el Plan Funcional del Centro. Estos grupos siempre están integrados por los Coordinadores tanto Médicos con Enfermería y por el Jefe de Equipo de las UUAA.

Resultados del trabajo en equipo

Este proceso ha puesto las bases del cambio que ha experimentado la Zona Básica de Salud de Illescas. Cambio claramente positivo. El borrador del Plan funcional está listo para ser enviado a la Gerencia de Atención Primaria, la agendas de los profesionales han dado un cambio importante hasta tal punto que, a no ser por problemas de sustituciones, la demora es mínima, las reclamaciones han bajado notoriamente, las comunicaciones entre todos los profesionales son excelentes, la unidad administrativa en todo momento está informada por cuanto cambio se realicen tanto a nivel Centro de Salud como de los Consultorios, la gestión interna del Centro como las relaciones con la Gerencia son totalmente fluidas, con la Atención Especializada compartimos esa relación amistosa que carecíamos de ella y se van abriendo puertas poco a poco para que en la medida de lo posible, el paciente tenga una confortable estancia en nuestro Centro.

Desde mi experiencia, una buena comunicación entre los profesionales es la base y requisito principal para mejorar la atención prestada en los Centros. Debemos utilizar todos los recursos con los que contamos (teléfono, correo electrónico, reuniones, etc.) y promover la implicación de todos los profesionales para que se sienta protagonistas en todos los cambios que puedan aportar una mejora del funcionamiento del Centro y la confortabilidad del paciente.



TEST EVALUACIÓN

1. Los sistemas de signos y convenciones que utilizan las diferentes sociedades del mundo para expresarse o comunicarse se denominan:

- a) Códigos
- b) Lenguas
- c) Alfabetos
- d) Mensajes
- e) Canales

2.Cuál de las siguientes entidades no tiene competencias en materia de control de la situación de IT:

- a) Tesorería General de la Seguridad Social
- b) Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales
- c) Empresas colaboradoras que hayan optado por asumir estas competencias
- d) Instituto Nacional de la Seguridad Social
- e) Servicio Público de Salud.

3. Con carácter general el Real Decreto 1575/93 regula la libre elección de médico de familia y pediatra de entre los existentes en:

- a) Zona Básica de Salud
- b) Área de Salud
- c) Servicio de Salud
- d) Centro
- e) Equipo de Atención Primaria

4. En el modelo de comunicación dentro de un grupo denominado *en Radio*, la valoración que merece la *Adaptación a cambios-tarea* es:

- a) Muy deficiente
- b) Inmediata y estable
- c) Inestable
- d) Deficiente
- e) Lenta estable

5. En cuál de las siguientes especialidades el usuario podrá ejercitar el derecho de elección según el Art. 4 del Real Decreto 8/1996:

- a) Psiquiatría
- b) Oncología
- c) Neurología
- d) Psicología
- e) Alergia

6. Según el Profesor Avedis Donabedian, los elementos a considerar para medir la calidad se clasifican en:

- a) Estructura, proceso y resultado
- b) Iniciales, intermedios y finales
- c) Situación, evolución y resultado
- d) Gestión, sanitarios y sociedad
- e) Estructura, gestión y resultado

7. En el artículo "El uso del teléfono en los Centros de Salud" se recogen ciertas recomendaciones para una atención al público eficaz. Entre ellas no está:

- a) Sonreír desde el momento en que se descuelga el teléfono
- b) Emplear siempre un tratamiento de usted
- c) Contestar antes del quinto tono de llamada
- d) Utilizar una fórmula de recepción estándar
- e) Si se retrasa o es imposible resolver la demanda del usuario en ese momento, se le propondrá siempre devolver la llamada

8. En la comunicación persona a persona, la voluntad de diálogo no se manifiesta:

- a) No dejando hablar al interlocutor.
- b) Analizando con objetividad lo que dice sin emitir juicios prematuros.
- c) No mandando ni dirigiendo.
- d) No dando muestras de superioridad.
- e) No dogmatizando. Admitiendo que se puede equivocar.

9. El beneficio que obtiene un ciudadano o la población en general tras una determinada atención en condiciones de aplicabilidad reales, se denomina:

- a) Efectividad
- b) Eficacia
- c) Eficiencia
- d) Accesibilidad
- e) Calidad

10. La duración máxima de la incapacidad temporal en caso de accidente o enfermedad será de:

- a) 12 meses, prorrogables por otros 12
- b) 12 meses improrrogables
- c) 6 meses, con prórrogas de mes en mes
- d) 12 meses, prorrogables por otros 6
- e) 6 meses improrrogables

11. La cuantía del subsidio por incapacidad temporal se calcula en función de:

- a) La cotización del mes en que se produce el hecho causante
- b) Las retribuciones regulares y complementos por peligrosidad y penosidad
- c) La cotización media del trimestre anterior al hecho causante
- d) El IRPF aplicado a las retribuciones fijas y periódicas
- e) La cotización del mes inmediatamente anterior al hecho causante

12. El conjunto documentado de actividades, recursos y acciones que sirven para la implantación de un sistema de calidad de una organización, se denomina:

- a) Aseguramiento de la calidad
- b) Objetivos de calidad
- c) Política de calidad
- d) Programa de calidad
- e) Sistema de gestión de la calidad

13. La solicitud de un usuario del CS Valmojado de ser visto en consulta en el CEDT de Toledo en lugar del de Illescas que es el CEDT de referencia para la ZBS de Valmojado, se tramitará a través de:

- a) Oficina Provincial de Prestaciones
- b) El Servicio de Atención al Paciente del CEDT correspondiente
- c) La OCAU de la Gerencia de Atención Primaria de Toledo
- d) Cita directa en el HP-HIS
- e) Gestoría de Pacientes del HP-HIS

14. En el artículo "El uso del teléfono en los Centros de Salud" se clasifica las prestaciones de servicios telefónicos que pueden desarrollarse desde las Unidades de Atención al Cliente. Entre ellas no está:

- a) Información al usuario
- b) Atención al usuario
- c) Gestión
- d) Mejora de la calidad de la atención al usuario
- e) Documentación

15. El trabajo de investigación "Cita previa sobre agendas en Turriano", recoge entre sus resultados que las agendas de medicina de familia que a las 08:00 horas no ofertaban huecos a demanda para el mismo día eran:

- a) 16 de 109
- b) El 64%
- c) El 32%
- d) El 53% (17.279)
- e) El 23%

16. En la página web de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad puede consultarse el número 19 de su Revista. Brevemente, en unas diez líneas, comenta y valora el artículo referido a la Participación de los Servicios Administrativos en la Mejora de la Calidad de la Asistencia Sanitaria.

Imprime esta página y envíala a: "Unidad Docente. Gerencia de AP de Toledo. C/ Barcelona 2. 45005 Toledo".

La superación de este cuestionario requiere hacer el comentario (ítem 16) y contestar correctamente al 80% de las preguntas (de opción única), todas ellas referidas al contenido de esta revista. A los que así lo hicieran se les certificarán 12 horas docentes.

El plazo finaliza el día 31 de marzo de 2010

RESPUESTAS al TEST

1		2		3		4		5		6	
7		8		9		10		11		12	
13		14		15							

Nombre y apellidos _____

UUAA del EAP _____