

Les unitats d'atenció a l'usuari: una qüestió de qualitat?

Pablo Hernando

Atenció al Client. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

Introducció

El present treball vol aportar una reflexió sobre el sorgiment de les unitats d'atenció a l'usuari, la seva evolució i les línies de futur. Primer s'abordarà la qüestió de la seva terminologia: pacient, usuari o client? Segon, s'analitzarà la justificació de la seva posada en marxa i la seva evolució, observant com el terme "atenció a l'usuari" s'ha ampliat i ha inclòs tota l'atenció de primera instància de caire administratiu que es fa en els centres sanitaris. I, tercer, un possible progrés: que les unitats d'atenció a l'usuari (pacient-client-ciudadà-persona) siguin agents clau en una de les dimensions reconegudes de la qualitat de l'assistència sanitària: l'atenció centrada en el pacient.

Usuari, pacient, client, ciudadà, persona...

La terminologia adscrita a aquestes unitats s'ha modificat amb el pas del temps. Una breu reflexió sobre aquests canvis pot ser il·lustrativa. La primera denominació va ser *unitats d'atenció a l'usuari*. Usuari era una paraula estranya en l'entorn sanitari, almenys en els moments en què van començar a posar-se en marxa (principis dels anys 1980). La utilització d'aquesta denominació era conseqüència de la importació de la terminologia des d'on es van desenvolupar i reconèixer per primera vegada els drets del pacient, els Estats Units, on *user* fa referència a usuari, consumidor..., paraula pròpia pel que fa a l'ús de béns de consum en l'entorn propi dels EUA (la salut com a bé de consum). Aquesta era una realitat aliena a la nostra en aquells moments. Tot i això es va importar, juntament amb els *drets del pacient*, que analitzarem en el proper apartat.

Va haver-hi una reacció de rebuig al terme *usuari* per diferents raons: perquè es feia estranya la utilització d'aquest significat al nostre entorn, perquè la sanitat no s'entenia com un bé de consum més i perquè significava reconèixer l'*usuari* com a protagonista actiu.

Conseqüència de tot això, i per mitigar aquest rebuig, es van utilitzar altres paraules que esmorteïen l'impacte de la paraula *usuari*. Aquest va ser el cas d'utilitzar la paraula *pacient* i així es va parlar d'*unitats d'atenció al pacient*. La denominació es va anar ampliant en aquest sentit amb *ciudadà* (en entendre que l'atenció anava més enllà del propi malalt) o *persona* (ampliant l'atenció no només a qui tenia la ciutadania).

Una altra evolució en la denominació va ser passar d'*usuari* a *client*, més pròpia de l'atenció no pública, però també amb la idea, dins de l'atenció pública, de maximitzar el poder d'elecció, de protagonista del pacient (que arribava a ser un client).

En resum, l'elecció de la denominació no sempre és neutra i pot significar visions enfrontades del que ha de ser l'atenció sanitària i, dintre d'aquesta, del paper protagonista o no del pacient. De la mateixa forma, el fet d'utilitzar *usuari*, *pacient* o *client* pot no respondre a tot l'esmentat anteriorment, sinó a una mera acció de màrqueting.

L'inici de les unitats d'atenció a l'usuari i els drets i deures dels pacients

A l'Estat espanyol, la posada en marxa d'aquestes unitats va ser conseqüència del *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria* de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD) el 1984. Dos anys després, el 1986, s'aprovà la *Ley General de Sanidad*, i va esdevenir clau per a la universalització de l'assistència sanitària que suposava i on s'inclourien per primera vegada els drets i deures del pacient. El pla d'humanització preveia la creació dels serveis d'atenció al pacient (SAP) o unitats d'atenció a l'usuari (UAU). Cal recordar, però, que a Catalunya el Departament de Salut havia realitzat l'opuscle *Drets del malalt usuari de l'hospital*, antecedent clau sobre el reconeixement dels drets en la posterior *Ley General de Sanidad*.

Crec que és important significar la vinculació entre el reconeixement dels drets i deures del pacient i l'inici d'aquestes unitats. Ambdós fets van de la mà de normatives d'alt rang (*Ley General de Sanidad*) o plans estructurals sobre aspectes de l'atenció que no s'havien destacat prou (humanització). De fet, les unitats d'atenció a l'usuari van incloure com a funció primordial la defensa i promoció dels drets i deures dels pacients, per la qual cosa

Correspondència: Pablo Hernando Robles
Director d'Atenció al Client
Corporació Sanitària Parc Taulí
Parc Taulí s/n
08208 Sabadell
Tel. 937 231 010, ext. 29052
Adreça electrònica: phernando@tauli.cat

val la pena destacar algunes qüestions sobre el reconeixement d'aquests drets.

En un altre treball¹ es va revisar la gènesi dels drets i deures dels pacients. Van néixer als EUA, en una organització, la National Welfare Rights Organization (NWRO), que es va distingir per la reivindicació i defensa dels ciutadans que rebien ajuda de l'estat: intentava millorar la seva situació i tractava d'evitar l'estigmatització social. Era un moviment de consumidors, d'usuaris. Aquest moviment de caràcter associatiu va ser invitat per la Joint Commission a "...suggerir canvis en els estàndards per l'acreditació d'hospitals."² Com a resultat d'això, l'*Accreditation Guide for Hospitals* de la JCHO de 1971 va recollir per primera vegada la qüestió dels drets dels pacients. El 1972, l'American Hospital Association va adoptar la carta de drets dels pacients, que va culminar posteriorment, el 1991, en la Llei d'autodeterminació del pacient (*Patient Self-Determination Act-PSDA*). Es recuperava així el que es deia en el treball anteriorment citat, els drets dels pacients neixen com una exigència dels consumidors (usuaris) en un entorn que no és el nostre, són requeriments de qualitat reconeguts per proveïdors i acreditadors de l'atenció en salut i són l'especificació dels drets humans en l'àmbit de la salut.

Tota aquesta fase prèvia no es va donar al nostre entorn, d'aquí el rebuig i la sensació d'estranyesa que va generar l'aparició dels drets i, com a correlat, de les unitats d'atenció a l'usuari. Com he dit abans, la seva funció primària era la defensa i la promoció dels drets i deures dels pacients. Crec que va haver-hi estranyesa en els pacients i rebuig en els professionals. En la major part dels primers no existia la consciència de l'autonomia en l'àmbit de la salut. En els segons, els professionals, tampoc es reconeixia l'anterior però, *a més a més*, no es vinculaven els drets amb la qualitat de l'atenció sanitària. L'atenció a les reclamacions, un dels drets reconeguts, no s'identificava com una mesura de resultat malgrat la proposta de Donabedian d'entendre la satisfacció dels pacients com una mesura de resultat de la qualitat de l'atenció sanitària.

En resum, les unitats d'atenció a l'usuari en molts casos van ser vistes com una acció gerencial, que responia a una moda, no a una necessitat, amb més arguments de màrqueting que de necessitat real. Paral·lelament, també la selecció dels professionals d'aquestes unitats no va obeir en moltes ocasions a la presència d'uns coneixements, actituds i habilitats necessaris per fer front a les seves funcions. En part, perquè no hi havia molts professionals amb formació en tècniques d'exploració de l'opinió, en bioètica i en habilitats de comunicació. Però també perquè les direccions corresponents no van apostar per potenciar aquesta figura i van recol·locar professionals d'altres àmbits, especialment d'aquells que estaven en àrees de primera atenció (programació, telefonia,

informació...) sense una formació específica. Tot i això, el cert és que els professionals d'aquest àmbit van aconseguir una certa cohesió a nivell estatal, mostra de la qual és la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)³, amb més de 29 anys d'història.

Entre els socis i assistents a les diferents jornades i congressos d'aquesta societat s'han anat aplegant els professionals no només de les primeres unitats d'atenció a l'usuari, habitualment dedicades a la promoció i la defensa dels drets i deures (amb especial dedicació a l'atenció de les reclamacions), sinó també tots aquells professionals que integren una primera línia d'atenció. Així, en molts dels nostres centres la Direcció d'Atenció a l'Usuari incorpora els professionals de programació, telefonia i informació. Les funcions habituals d'aquests (registre, accessibilitat, atenció, etc.) es complementen amb altres més adreçades a l'avaluació de l'opinió de forma proactiva (enquestes, grups focals, client simulat) o reactiva (reclamacions, suggeriments, agraïments). Una conseqüència d'aquesta organització és que sota un mateix paraigua se situen dues funcions: l'executiva (la pròpia de la programació) i una altra més consultiva, valorativa i estratègica (aquella que s'ocupa de la qualitat percebuda i altres qüestions relacionades amb la *humanització* o *atenció centrada en el pacient*). Ambdues funcions tenen a veure amb la qualitat de l'assistència sanitària però resta per saber en quin grau aquestes unitats, en una o ambdues funcions, s'han incorporat a les estructures de qualitat dels nostres centres sanitaris. I si s'han incorporat, en quin grau tenen influència en la política de qualitat dels centres.

Una opinió personal és que la influència no ha estat molta, tot i que sembla que el sistema sanitari català sí ha incorporat la satisfacció com una dimensió més a valorar a la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (apartat "Satisfacció de les persones usuàries").

Les unitats d'atenció a l'usuari i l'atenció centrada en el pacient

*L'atenció centrada en el pacient*¹, tot i estar sempre present d'alguna forma en la qualitat de l'atenció sanitària, va irrompre amb força amb la publicació de l'informe *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*⁴, de l'Institute of Medicine (IOM) dels EUA, on un dels sis objectius per a la millora de l'atenció sanitària és aquell que té a veure amb "*proporcionar atenció respectuosa i sensible a les preferències individuals dels pacients, les necessitats i valors, i assegurar que els valors dels pacients guïïn totes les decisions clíniques*". En la concreció d'aquest tema hi ha una tradició clínica que valora especialment la dimensió relacional, individual sanitari-pacient, comunicativa i clínica, partint de la premissa del model biopsico-social. Un dels exemples més propers és l'obra de Francesc

Borrell *Práctica clínica centrada en el paciente*⁵. Tota aquesta tradició ja existia, però l'informe de l'IOM vincula la importància d'una altra dimensió: l'organitzativa, la institucional, de l'atenció centrada en el pacient^{6,7}. Un dels millors exemples de la concreció d'aquesta segona dimensió és el document del Picker Institute sobre el National Health Service anglès *Is the NHS becoming more patient-centred?*⁸. Si revisem aquest document podem observar que és molt més crític i menys complaent que el que apareix en el nostre entorn a la Central de Resultats. Així, destaca la falta d'habilitats de comunicació dels professionals i la falta de participació i informació dels pacients. El document del NICE, *Patient experience in adult NHS service: improving the experience of care for people using adult NHS services*⁹ és especialment significatiu: reconeix l'atenció centrada en el pacient com a tema de qualitat i ofereix estratègies d'implementació i indicadors.

En el nostre entorn també s'han realitzat diferents accions sota el concepte, estratègia o pla d'atenció centrada en el pacient, però sóc del parer que hi ha una certa ambigüitat a l'hora de concretar el que significa una atenció centrada en el pacient. De la mateixa forma que les institucions es poden diferenciar per la seva vinculació a la recerca o a la formació, també s'haurien de poder diferenciar per la seva especial sensibilitat envers l'atenció centrada en el pacient. Hauria de deixar de ser una *etiqueta* (com passa en molts casos) i ser una *ètica* de l'organització.

I per què tota aquesta digressió? Crec que el camí d'evolució i progressió de les unitats d'atenció a l'usuari ha de ser aquest. Haurien de ser el *pal de paller* d'aquestes estratègies en les nostres organitzacions. Això necessita d'algunes condicions per part de les organitzacions sanitàries:

a) Reconèixer l'atenció centrada en el pacient com una estratègia/prioritat en la qualitat dels serveis de salut (al mateix nivell que d'altres com l'eficiència, l'accessibilitat, etc.).

b) Concretar en el nostre sistema de salut i en cadascun dels nostres centres què entenem per atenció centrada en el pacient.

c) Selecció de professionals amb coneixements, habilitats i actituds en línia amb l'anterior.

Ser coherent amb aquestes propostes pot significar redefinir els objectius d'aquestes unitats. Crec que s'ha de separar la funció executiva (programació, informació, etc.) de la que seria pròpia d'impulsar l'atenció centrada en el pacient, on no només la funció primordial fos la defensa i la promoció dels drets i dels deures de forma genèrica i l'atenció de les reclamacions (com passa sovint en l'actualitat) sinó anar més enllà, definint quin és el com-

promís de cada institució en assegurar la participació del pacient, nucli de l'atenció centrada en el pacient.

Conclusions

a) El sorgiment de les unitats d'atenció a l'usuari no va ser fruit de l'exigència de pacients o professionals. Va ser una proposta *importada* d'un altre entorn on la reflexió sobre l'autonomia i el protagonisme dels pacients tenia més recorregut.

b) Les unitats d'atenció a l'usuari van anar incorporant amb el temps responsabilitats de caire executiu, en aquest cas lligades generalment a l'accessibilitat, on les funcions primigènies (defensa de drets i deures, atenció a un d'aquests drets com és el de l'expressió de l'opinió) s'han anat diluint. Vist amb perspectiva, soc del parer que ambdues funcions s'haurien de separar si realment volem que aquestes unitats tinguin influència en les organitzacions.

c) La seva influència ha d'anar lligada a una vessant de la qualitat: l'atenció centrada en el pacient. Haurien de ser els catalitzadors de les estratègies d'aquesta vessant en les organitzacions. I com que aquesta és una més de les vessants de la qualitat, haurien d'estar integrades en les estructures de qualitat de les organitzacions sanitàries.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. *Rev Calidad Asistencial*. 2005;20(6):353-6.
- Jonsen AR. *The birth of bioethics*. Nova York: Oxford University Press; 1998.
- Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS) [Internet]; 2018. <https://www.seaus.net/>. Accés el 10 de desembre de 2018.
- Hernando P. L'atenció centrada en el pacient: moda o actualitat. Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya [Internet]. 2015. Consultable a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1761/atencio_centrada_pacient_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Accés el 10 de desembre de 2018.
- Borrell F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 187-206.
- Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2001. Consultable a: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. Accés el 10 de desembre de 2018.
- Hernando P. Atención centrada en el paciente: la responsabilidad de las instituciones. *Folia Humanística*. 2016;(4):15-38.
- Richards N, Coulter A. *Is the NHS becoming more patient-centred? Trends from the national surveys of NHS patients in England 2002-07*. Oxford: Picker Institute Europe; 2007. Consultable a: http://www.yearofcare.co.uk/sites/default/files/pdfs/99_Trends_2007_final%5B1%5D.pdf. Accés el 10 de desembre de 2018.
- Patient experience in adult NHS services: improving the experience of care for people using adult NHS services. Clinical guideline [CG138]. Londres: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2012. Consultable a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138>. Accés el 10 de desembre de 2018.