

## SERVICIOS SANITARIOS

Sábado 8 de octubre de 2011. 9:00 a 10:30 h

Hall – Facultad de Medicina

Carteles electrónicos

Modera: *María José Rabanaque*

### 90. PESQUISA NEONATAL: HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO Y FENILCETONURIA. HOSPITAL DR. VAN GRIEKEN, VENEZUELA

F.J. Dávila L.<sup>a</sup>, W.E. Gómez G.<sup>a</sup>, R. Sirit<sup>b</sup>, N. Khouwes<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ministerio del Poder Popular para la Salud-SA, IAE Dr. Arnoldo Gabaldon; <sup>b</sup>Ministerio del Poder Popular para la Salud, Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken.

**Antecedentes/Objetivos:** Estudiar el programa de pesquisa neonatal para detectar hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en el Hospital Dr. Van Grieken.

**Métodos:** Paradigma cuantitativo, modalidad de campo transversal. La población estuvo constituida por dos estratos, la gerencia del hospital y por 1.383 madres puérperas. Para la recolección de información se utilizó un cuestionario validado por juicio de expertos y con confiabilidad según coeficiente alfa Crombach. El análisis de resultados fue con estadística descriptiva.

**Resultados:** El 100% indicó que el programa “no” dispone de presupuesto. El programa “no” cuenta con suficiente personal. El programa “no” tiene sede propia. El 100 manifestó que “no” se cuenta con personal permanente que realice las tomas de muestra, sobre todo los fines de semana. Se encontró que “no” se dispone de equipos y reactivos para el procesamiento de las muestras de los casos que resulten positivos. Se lleva un registro de los resultados de las pesquisas realizadas y finalmente “no” se le ha dado la difusión adecuada al programa en la institución, ya que el 75% de las madres consultadas señaló que “no” tienen información sobre el programa de pesquisa neonatal o prueba del talón y solo el 19% de las consultadas señaló que “sí” conocen sobre las enfermedades que se pueden detectar con la pesquisa neonatal y están consciente de obligatoriedad de realizarla a todo recién nacido.

**Conclusiones:** El programa de pesquisa neonatal en el Hospital Dr. Van Grieken carece de presupuesto, de personal, no tiene una sede, el laboratorio se encuentra parcialmente desmontado, no hay suficiente personal para tomar las muestras e igualmente no se dispone de los reactivos para su procesamiento, lo cual dificulta que el referido programa se cumpla a cabalidad. Cabe resaltar que al precisar el conocimiento que tienen las usuarias sobre el programa de pesquisa neonatal, es escaso. Toda la población en general debe estar debidamente informada de la importancia de la pesquisa neonatal, saber que se puede prevenir una serie de enfermedades con sólo tomar una muestra de sangre al recién nacido, situación que traería como consecuencia la probable detección o diagnóstico temprano de más casos de niños

afectados permitiendo comenzar con el tratamiento adecuado en forma temprana y evitando las consecuencias no deseadas sin comprometer la calidad de vida del niño y de su familia.

### 317. EFICIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE BLOQUES QUIRÚRGICOS. DEFINICIÓN DE INDICADORES

M. Solans-Domènech, V. Serra-Sutton, M. Espallargues

*Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS), Barcelona; CIBER Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP).*

**Antecedentes/Objetivos:** Definir un marco teórico para medir la eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos, y un grupo de indicadores y variables para facilitar su interpretación en análisis comparativos entre servicios o centros.

**Métodos:** Se realizó una revisión de la literatura (años 2000-2010) en las principales bases de datos del ámbito de la salud y de la evaluación de servicios sanitarios, así como consultas con expertos clave. Se agruparon los indicadores identificados según dimensiones de eficiencia y aproximación evaluativa. Se priorizó un grupo reducido de indicadores y variables de estratificación para discutir en dos reuniones de consenso presenciales. Se seleccionaron por conveniencia 25 expertos (grupo interno asesor - GIA), procedentes de diferentes instituciones, disciplinas y regiones de Cataluña (anestesiología y reanimación, cirugía, enfermería, gestión clínica/sanitaria, investigación en servicios sanitarios, sistemas de información). A partir del consenso, se elaboraron fichas más completas de los indicadores y variables (título, fórmula, descripción, estándar de referencia) para su consenso final por correo electrónico. Éstas se enviaron a 40 expertos (GIA y algunos expertos adicionales a partir del efecto bola de nieve) para puntuar su importancia y factibilidad (rango 1-10), y grado de acuerdo. Se calcularon las medias y desviaciones estándar. Se consideró consenso aceptable cuando el 80% o más estaban totalmente de acuerdo o de acuerdo con modificaciones.

**Resultados:** Se incluyeron 78 documentos con un total de 142 indicadores, la mayoría sobre proceso asistencial (77%), y dentro de estos, los más frecuentes fueron los de utilización. Al final del proceso se consensuaron 6 indicadores y 6 variables para estudios comparativos. Los indicadores mostraron puntuaciones medias de importancia (rango 8,2-8,6) y factibilidad (rango 8,7-8,2) así como grado de acuerdo (rango del 80 al 92%) aceptable por la mayoría de expertos.

**Conclusiones:** Se propone un modelo teórico para medir la eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos que incluye la disponibilidad de instrumentos de práctica clínica y gestión, habilidades profesionales, coordinación de quirófanos, utilización, rendimiento y productividad, así como satisfacción de los profesionales y otros resultados de la calidad de la atención. Se presenta un número manejable de indicadores centrados en la utilización y rendimiento, que permitirán profundizar en factores relacionados con un mejor/peor rendimiento y detectar aspectos de mejora en hospitales públicos del sistema nacional de salud.

Financiación: Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

### 378. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS: NUEVAS ALTERNATIVAS

J. Benet, E. Torné, A. Benaque, A. Guarga

*Región Sanitaria Barcelona, CatSalut.*

**Antecedentes/Objetivos:** La medición de resultados sanitarios implica la recopilación, análisis y presentación de los datos en forma de indicadores de desempeño. Los métodos de presentación de resultados basados en la clasificación, como tablas de clasificación o percentiles,

tienen una serie de defectos. El principal problema con la clasificación es el supuesto implícito de que existe alguna diferencia de rendimiento entre las organizaciones. Simplemente porque las instituciones pueden producir valores diferentes para un indicador no significa que estemos observando la variación en rendimiento, por lo tanto debe discernirse si la variación observada es superior o inferior a la esperada para determinar si valores atípicos indican desempeño no idóneo. En este trabajo se pretende mostrar acercamientos alternativos para presentar los indicadores sanitarios que ayuden a determinar la variabilidad debida al proveedor de servicios sanitarios.

**Métodos:** Se seleccionaron dos indicadores de desempeño para comparar su variabilidad entre los hospitales de la Región Sanitaria Barcelona (RSB) mediante su análisis y presentación gráfica (Funnel Plot —gráfico de embudo— FP) utilizando métodos de control de procesos estadísticos. Se analizaron los reingresos hospitalarios a 30 días por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) del CMBD del año 2009.

**Resultados:** 30 hospitales de la RSB notificaron 9.982 altas hospitalarias con el diagnóstico de ICC, de las cuales reingresaron en un período inferior a 30 días 933 (9,35%). De EPOC se declararon 7.767 altas y 860 reingresos en menos de 30 días (11,08%). El análisis estadístico para la ICC mostró que 2 hospitales presentaron un porcentaje de reingresos superior al esperado en 2 desviaciones estándar y 3 hospitales mostraron valores inferiores al esperado. En el caso del MPOC, 4 hospitales presentaron un porcentaje superior y en 8 hospitales el porcentaje observado fue inferior al esperado. En la presentación se mostraron los gráficos en embudo.

**Conclusiones:** El análisis y la presentación de los resultados mediante el presente acercamiento permiten interpretar de una forma mucho más fácil los resultados, debido a su carácter gráfico, y por lo tanto permiten circunscribir la discusión en el análisis de la variabilidad más que en la de los propios resultados y priorizar las intervenciones sobre los proveedores con variabilidad demostrada. La generalización del uso de estas herramientas puede dar mucha consistencia al análisis del desempeño de los proveedores sanitarios.

## 576. ALGORITMO PARA EL CRIBADO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN ANDALUCÍA

M.T. León E., J.M. Aldana E., C. Salamanca R., R. Domínguez G., F.J. Dapena F., J.M. Guerrero M., A. González-Meneses L.

*Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.*

**Antecedentes/Objetivos:** La fibrosis quística (FQ) es la enfermedad genética más frecuente en la raza blanca, con incidencia en Europa Occidental entre 1/2.000 y 1/5.000 niños. Herencia autosómica recesiva (mutaciones del gen localizado en cromosoma 7). Objetivos: Implantar el cribado neonatal para reducir la morbimortalidad por la enfermedad. Determinar el procedimiento más adecuado para el cribado neonatal de FQ en Andalucía.

**Métodos:** 1. Revisión bibliográfica. 2. Formación de un grupo de trabajo. 3. Estudio de las diferentes estrategias de detección de FQ en las comunidades autónomas que tienen implementado este cribado neonatal. 4. Ajuste de los posibles modelos de cribado para conseguir la máxima eficiencia analítica y cobertura, basados en la organización de los recursos asistenciales, recursos técnicos/humanos, características de la población y distribución geográfica de la comunidad autónoma.

**Resultados:** Estudiados los diferentes modelos, se asume que ningún programa es mejor que otro, sino que la elección depende de la organización y estructura sanitaria de la comunidad. 1. Elección de la estrategia de detección: dos determinaciones de TIR (tripsinógeno inmunorreactivo). 2. Recoger muestra de sangre de talón (no se recomienda muestra de sangre de cordón). 3. Punto de corte de positividad

de TIR (1 y 2): percentil 97,5%. 4. Día de extracción de la muestra: primera determinación TIR1: día 3-5 (coincidencia con cribado ampliado metabolopatías: muestra única). Si es negativa se informa por correo a la familia. Para TIR2: día 25-28. En caso de detección positiva de TIR2 (segunda muestra), se realiza test del sudor (cloro) y estudio de mutaciones (50 mutaciones más frecuentes). Si cloro < 30 mm/l: resultado negativo. Si cloro > 60 mm/l y 2 mutaciones, se realiza diagnóstico de fibrosis quística y derivación a la unidad de referencia. Ventajas del modelo: menor coste directo (aumento de especificidad). Inconvenientes: contactar con mayor número de familias para citación de segunda muestra, con coste asociado de personal auxiliar, riesgo de pérdida de cobertura y coste emocional para usuarios. Determinación de cribado neonatal en 2 centros según recursos existentes. Implantación del modelo de cribado.

**Conclusiones:** Se determina el modelo de cribado neonatal de fibrosis quística con 2 muestras, modelo ajustado a las características de la comunidad, de mayor especificidad y eficiencia en poblaciones con mayor número de recién nacidos. Implantación del modelo de cribado.

## 578. POBLACIÓN ATENDIDA EN UN SERVICIO DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH EN CENTROS DE SALUD DE MADRID

C. García-Riolobos<sup>a</sup>, M. Morán<sup>a</sup>, M. Esteban-Vasallo<sup>a</sup>, J. Rico<sup>a</sup>, M. Navarro<sup>b</sup>, A. Guionnet<sup>b</sup>, R. El Kertat, B. Pizarro, J. del Romero<sup>c</sup>, C. Rodríguez<sup>c</sup>, S. Collado<sup>a</sup>, R. Aguirre<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención; <sup>b</sup>Hospital Ramón y Cajal; <sup>c</sup>Centro Sandoval, Comunidad de Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** El diagnóstico precoz de VIH mediante pruebas rápidas y el asesoramiento pre y post-test son estrategias preventivas eficaces para el control de la infección. Facilitar la accesibilidad de la prueba a la población vulnerable es una estrategia clave. Cuatro de los 5 servicios de pruebas rápidas implantados en centros de salud del distrito centro de Madrid están especialmente adaptados cultural y lingüísticamente a la población inmigrante. Objetivos: Describir el perfil sociodemográfico y las prácticas sexuales de la población atendida en primera consulta y analizar los factores relacionados con la detección de resultado positivo.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población de estudio han sido las personas que han demandado los servicios por primera vez durante el primer año de funcionamiento (29/04/2010-30/04/2011). Se analizó sexo, edad, origen, disponibilidad de tarjeta sanitaria, prácticas sexuales y resultados del test de detección rápida de VIH y confirmación. Se realizó análisis bivariante mediante regresión logística con cálculo de *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

**Resultados:** Las personas atendidas fueron 760 (70,5% hombres), con media de edad de 32,7 años (33,3 en hombres vs 31,1 en mujeres;  $p < 0,01$ ). El 35,8% era población autóctona, siendo Latinoamérica la región de origen más frecuente (18,4%). Un 6,7% no disponía de tarjeta sanitaria. Un 35,9% de los hombres había practicado sexo con otros hombres (HSH). La media de parejas fue de 5,9 (mediana 2,0). El 13,2% habían sido clientes de prostitución. El 72,3% refirió prácticas sexuales de riesgo el año previo (48,0% en los últimos 3 meses). El test rápido se realizó a 733 personas, siendo reactivos 22 (2,8%) e indeterminados 4 (0,5%). Se confirmó positividad en 22 casos (18 hombres, 3 mujeres y 1 mujer transexual), 1 no confirmado y 3 sin datos. Un tercio de los casos confirmados eran de origen extranjero (7). Se identificó como factor de riesgo para positividad el número de parejas en el último año (OR: 1,03, IC 95%, 1,01-1,04) y ser HSH en el caso de los hombres (OR: 10,42, IC 95%, 2,99-36,24).

**Conclusiones:** La proporción de población vulnerable atendida en el servicio es relevante, aunque es necesario incidir en las estrategias de captación para mejorarla. Un elevado porcentaje de nuevos diagnósti-

cos de VIH se ha detectado en población inmigrante. Es necesario seguir investigando los factores asociados al riesgo de infección en la población vulnerable.

## 750. ELEMENTOS DE DISCONTINUIDAD EXPERIMENTADOS POR LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

M.B. Aller<sup>a</sup>, M.L. Vázquez<sup>a</sup>, I. Sánchez-Pérez<sup>b</sup>, J. Coderch<sup>b</sup>, J.R. Llopart<sup>c</sup>, M. Ferran<sup>d</sup>, L.I. Colomé<sup>e</sup>, I. Vargas<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Consorti de Salut i Social de Catalunya; <sup>b</sup>Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; <sup>c</sup>Badalona Serveis Assistencials; <sup>d</sup>Institut Català de la Salut; <sup>e</sup>Grup SAGESSA.

**Antecedentes/Objetivos:** Analizar los elementos de discontinuidad de relación, información y gestión experimentados por los pacientes del sistema de salud público de Cataluña.

**Métodos:** Estudio transversal, mediante encuesta a usuarios de los servicios de salud que fueron atendidos en atención primaria (AP) y especializada (AE) en los últimos 3 meses por el mismo motivo. El estudio se realizó en 3 áreas del sistema de salud de Cataluña. Se seleccionó una muestra aleatoria de 1.500 pacientes. Los datos fueron recogidos mediante entrevistas presenciales entre enero y mayo de 2010 mediante el cuestionario CCAENA<sup>®</sup>, que identifica los elementos de discontinuidad experimentados mediante la reconstrucción de las experiencias de los pacientes en los servicios de salud. Los elementos de discontinuidad se analizaron mediante análisis descriptivos y modelos de regresión logística múltiple. Las variables independientes fueron el área de estudio, las características sociodemográficas y de morbilidad.

**Resultados:** En cuanto a la continuidad de relación, el 84,9% de los entrevistados fueron visitados en el último año por el mismo médico de AE (IC 95%, 83,0-86,8) y el 79,7% por el mismo médico de AP (IC 95%, 77,7-81,7). En cuanto a continuidad de información, el 82% de los pacientes informó que el médico de AE conocía la razón de su visita (IC 95%, 79,2-84,8) y el 81,3% que el médico de AP conocía las indicaciones dadas por el médico de AE (IC 95%, 78,3-84,3). Con respecto a la continuidad de gestión, el 42 y el 19% de los entrevistados, respectivamente, informaron de que el tiempo de espera para AE y AP fue largo o excesivo. El 71,6% de las visitas a AE se debió a una derivación de AP (IC 95%, 68,8-74,4), mientras que la derivación al médico de AP se produjo en el 36% de los casos (IC 95%, 32,4-39,6). Los pacientes de las áreas en las que AP y AE están gestionadas por una misma organización informaron mejores experiencias de continuidad de información y gestión.

**Conclusiones:** Se han identificado elementos de discontinuidad de relación, información y gestión, que parecen ser explicados por factores organizativos e individuales.

Financiación: Fondo Investigaciones Sanitarias; PI08/90154.

## 752. ANÁLISIS DE VARIABILIDAD DE TASAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR ZONAS TERRITORIALES

A. Benaque, J. Benet, A. Guarga, M. Sualdea, C. Albinyana  
Servei Català de Salut.

**Antecedentes/Objetivos:** Los servicios de salud monitorizan y garantizan el tiempo de espera de determinados procedimientos quirúrgicos (PQ). Su seguimiento se basa principalmente en el número de pacientes en lista de espera, tiempo de resolución y la producción quirúrgica de los hospitales. Se pretende introducir otros elementos de análisis, integrando información, que faciliten la toma de decisiones y priorización de actuaciones a planificadores, compradores de servicios sanitarios y gestores sanitarios. El objetivo del trabajo es establecer una

metodología de análisis de utilización de servicios sanitarios práctica que compare la actividad observada sobre la esperada e identifique variabilidad no justificada.

**Métodos:** Para una población de 5 millones de habitantes, agrupados en 17 zonas territoriales (ZT) y 30 hospitales, se ha realizado el análisis de variabilidad de la actividad quirúrgica (altas) de 63 PQ monitorizados en lista de espera. Los 63 PQ se agrupan en 17 especialidades. Se calculan las tasas ajustadas por edad de cada PQ y se determina la razón entre casos esperados y observados (ROE) por PQ y por especialidad en cada ZT (estandarización indirecta). Las fuentes de información son CMBD-AH 2009 y aplicativo de lista de espera. Se identifica la variabilidad de PQ y especialidades entre ZT.

**Resultados:** En 2009, los 30 hospitales notificaron 302.057 altas públicas de los 63 PQ en análisis (57% del total de altas). La tasa ajustada más alta se han observado en cataratas (715,15/100.000 h.), mientras que la más baja se han observado en quiste pilonidal (40,01/100.000 h.). En cataratas, el rango de la ROE ha sido de 0,64-1,35. El PQ con variabilidad más amplia ha sido la artroscopia, observándose una ROE entre 0,57 y 3,19. Se identifica homogeneidad entre territorios al concentrarse ROE altas o bajas (1 territorio presentó valores > 1 en 9 de 16 PQ y otro territorio presentó valores de ROE < 1 en 13 de 16 PQ). En relación a las ZT y las 17 especialidades, se identifican 3 ZT con al menos 5 especialidades con ROE superior en un 20% o más.

**Conclusiones:** Disponer de tasas ajustadas por edad y la ROE por PQ y especialidad para cada ZT permite identificar situaciones distintas con variabilidad no justificada. Su interpretación facilita personalizar y concretar actuaciones de mejora de la gestión de lista de espera y accesibilidad equitativa. Este abordaje es útil en la planificación y negociación de compra de servicios y en la valoración de la práctica clínica y utilización de servicios sanitarios.

## 770. VARIACIONES DE LAS ENFERMEDADES RARAS EN LAS PROVINCIAS DE ANDALUCÍA

S. Pérez-Vicente, M.M. Rodríguez del Águila, M.C. Martínez-Cirre, F. Rivas-Ruiz, C.M. Sánchez-Rodríguez, M. Expósito-Ruiz

Unidad de Calidad y Apoyo a la Investigación, APES, Hospital Costa del Sol, Marbella; UGC de Prevención y Promoción de la Salud y FIBAO, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

**Antecedentes/Objetivos:** Las enfermedades raras (ER) o enfermedades huérfanas son aquellas que presentan una baja prevalencia en la población. En Europa existen varios criterios pero la comunidad tiene establecido que una enfermedad es rara si su prevalencia es de menos 5 casos por cada 10.000 habitantes. El objetivo del estudio fue determinar la variabilidad en las tasas de morbilidad de ER en las provincias de Andalucía durante el periodo 2007-2009.

**Métodos:** Se diseñó un estudio ecológico a partir de la base de datos, previa petición al Servicio de Producto Sanitario dependiente del Servicio Andaluz de Salud, del conjunto mínimo básico de datos de Andalucía (CMBD) de hospitalización de los años 2007 a 2009 cuyo diagnóstico principal o secundario fuese alguno de los códigos ICD-9 contenidos en las ER, agregando por provincia y ajustando por grupos quinquenales de edad y género, previa depuración de la misma. Se calcularon tasas anuales (correspondientes a los 3 años a estudio) de los episodios de ER ajustando por el método directo con la población española a 31 de diciembre de 2008

**Resultados:** En el periodo a estudio se registraron 290.149 episodios (104.815 en 2007, 103.640 en 2008 y 81.694 en 2009) en toda Andalucía, siendo patología presente en el 17,3% de los episodios ingresados en hospitales públicos andaluces del periodo del estudio. La mediana de edad de los pacientes fue de 59 años (rango 34-74 años). El 51,9% de los pacientes con ER fueron hombres (48,1% mujeres). Las provincias

con mayores tasas de ER ajustadas fueron Córdoba con 1.384,6 y Cádiz con 1.355,1 episodios por 100.000 habitantes, mientras que Málaga con 1.159,8 y Almería con 1.197,4 presentaron las tasas menores, siendo la razón de variación de 1,19. Por sexo, la ratio H:M más alta se halló en Córdoba (1,21) y en Málaga la más baja (1,02).

**Conclusiones:** El análisis del CMBD de hospitalización andaluz ha posibilitado determinar el alto volumen de enfermedades raras existentes en Andalucía. A nivel ecológico se constata mayor peso de estas enfermedades entre la población masculina, y la existencia de baja variabilidad según las tasas obtenidas por provincia. Financiación: Proyecto financiado por la Consejería de Salud, código 10/410. S Pérez-Vicente disfruta de contrato de técnico de apoyo a la investigación del ISCIII.

### 773. EVALUACIÓN DEL CLIMA DE SEGURIDAD EN PROFESIONALES SANITARIOS DE LA AGENCIA SANITARIA COSTA DEL SOL

S. Pérez-Vicente, E. Pérez Trueba, F. Rivas-Ruiz, A. Mora Banderas, G. Suárez Alemán

*Unidad de Calidad y Unidad de Apoyo a la Investigación, APES Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.*

**Antecedentes/Objetivos:** La cultura sobre seguridad es esencial para minimizar errores y efectos adversos. Su medición es necesaria para diseñar actividades que la mejoren. El objetivo fue evaluar la cultura de seguridad (CS) en los profesionales sanitarios de la Agencia Sanitaria Costa del Sol (ASCS), estratificando por categoría y experiencia laboral

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se midió la CS a partir de la versión española del cuestionario AHRQ<sup>1</sup>. Se pasó a 384 profesionales de la ASCS, asumiendo un 50% de respuesta en cada centro y estratificando por servicio y categoría profesional, en la primera quincena de marzo de 2011 en sobre cerrado y devuelto de la misma manera. Se aleatorizó la población de profesionales a 31 de diciembre de 2010. Para describir la CS se crearon las 12 dimensiones del AHRQ<sup>1</sup>, se calcularon las frecuencias relativas de cada una y evaluaron las fortalezas ( $\geq 75\%$ ), las dimensiones con oportunidades de mejora ( $\geq 50\%$ ) y las debilidades ( $< 50\%$ ).

**Resultados:** El 74,2% de los sanitarios respondió a la encuesta. El 63,2% de los encuestados fueron mujeres (36,8% hombres). Un 67,4% profesionales de enfermería, el 30,2% facultativos y un 2,5% personal técnico y administrativo. A nivel global, la dimensión "Expectativas y acciones de la dirección de la Unidad en apoyo a la Seguridad" se determinó como fortaleza (75,6%), y cerca del límite de fortaleza las dimensiones "Mejora continua" (73,35%) y "Trabajo en equipo en la unidad" (73,1%). Se valoró como debilidad la "Dotación de personal" (35,2%) y el "Apoyo de la Gerencia del Hospital" (49,7%). Estratificando por categoría profesional, los técnicos y personal administrativo fueron los que más fortalezas determinan en la CS en general, en el centro y unidades, sin embargo, los facultativos ven oportunidades de mejora en todas las dimensiones menos en "Expectativas y acciones de la dirección de la unidad" (75,9%), presentando enfermería mayor frecuencias en todas las categorías. Por años trabajados no se observaron diferencias, aunque las puntuaciones fueron mayores en los profesionales con menos de 10 años trabajados

**Conclusiones:** La medición de la Cultura de Seguridad en la ASCS ha posibilitado delimitar las fortalezas y debilidades tanto a nivel global como por categoría profesional, siendo información relevante que permitirá establecer actividades para su mejora.

<sup>1</sup>Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

S Pérez-Vicente disfruta de un contrato de técnico de apoyo a la investigación del ISCIII.

### 977. INTIMIDAD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIOS DE ARAGÓN: PERCEPCIÓN MÉDICO-PACIENTE

P. Carrera<sup>a</sup>, J. Mozota<sup>b</sup>, J.M. Abad<sup>c</sup>, J. Moliner<sup>b</sup>, M.J. Rabanaque<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), IIS Aragón; <sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario; <sup>c</sup>Departamento de Salud y Consumo de Aragón; <sup>d</sup>Universidad de Zaragoza.

**Antecedentes/Objetivos:** La Ley General de Sanidad proclama el derecho a la confidencialidad de la información relacionada con el proceso y la estancia en instituciones sanitarias. La Ley de Autonomía del paciente dedica un capítulo al derecho a la intimidad. A pesar de la existencia de estas leyes, en la práctica asistencial no siempre se garantiza el derecho a la intimidad. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de intimidad auditiva, visual y global que tienen pacientes y profesionales durante la atención médica en los servicios de urgencias y determinar los factores que influyen en la misma.

**Métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo sobre la percepción del respeto a la intimidad que perciben pacientes y profesionales en los servicios de urgencias de los hospitales de Aragón durante 2009. La información se recoge mediante una encuesta, adaptada de la utilizada por Barlas et al, a una muestra estratificada aleatoria de los pacientes dados de alta. Para cada pregunta existen 5 opciones graduales (1 negativo-5 positivo) de la escala de Likert. Se aplicaron modelos de regresión lineal múltiple para conocer la influencia de factores asociados al paciente, al profesional, al ingreso y al hospital en la valoración obtenida.

**Resultados:** Se obtuvieron 3.949 encuestas de pacientes y 330 de profesionales. Los pacientes valoran la intimidad global con una media de 4,18 puntos sobre 5 (IC 95, 4,15-4,21), visual 4,32 (IC 95%, 4,29-4,35) y auditiva 3,93 (IC 95%, 3,89-3,96). El modelo de regresión muestra que, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), a nivel global, valoran mejor la intimidad los hombres, los de mayor edad, los de hospitales privados, los de los hospitales pequeños, los del área de urgencias frente a sala de observación y reboxes, los que se van de alta frente a los que ingresan, y los que son atendidos en el turno de mañana frente a tarde o noche. Los profesionales valoran la intimidad global con una media de 2,50 puntos sobre 5 (IC 95, 2,39-2,51), visual 2,44 (IC 95%, 2,34-2,56) y auditiva 1,75 (IC 95%, 1,65-1,85). Según el modelo multivariante, no se observan diferencias según sexo, edad, tipo de profesional o experiencia laboral en su valoración sobre la intimidad global del paciente.

**Conclusiones:** La percepción global de los pacientes puede considerarse positiva, las características del ingreso y de los hospitales, así como las características demográficas, influyen en su valoración. Los profesionales valoran mucho peor la intimidad en los servicios de urgencias que los pacientes. La intimidad auditiva es la peor valorada en ambos casos.

### 1035. ¿CONOCEN LOS USUARIOS DEL SISTEMA ARAGONÉS DE SALUD SUS DERECHOS Y DEBERES?

M.T. Escribano Catalán, J.M. Carrasco Gimeno, D. Serrano Peris, M. Febrel Bordejé, G. Miguel Sapela, R. González Notivol, P. Garay Almolda, T. Antoñanzas Lombarte

*Dirección General de Atención al Usuario, Departamento de Salud y Consumo, Gobierno de Aragón.*

**Antecedentes/Objetivos:** La Ley General de Sanidad reconoce que los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes. En Aragón se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar la legislación nacional y autonómica, redactar la "Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón (CDYD)", difundirla y valorar el grado de conocimiento en-

tre los usuarios. Objetivos: Explorar el conocimiento que los usuarios de hospitales del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) tienen de la CDYD.

**Métodos:** Durante enero y febrero de 2011 se distribuyó en todos los centros asistenciales del SALUD la CDYD. Entre el 17 y el 24 de marzo se realizaron 410 encuestas telefónicas a usuarios de los 8 hospitales generales del SALUD. La muestra fue seleccionada mediante la elaboración de listados aleatorios de pacientes ingresados en las 2 semanas previas al comienzo de la encuesta. El cuestionario utilizado fue el facilitado por la Comisión de Coordinación de la Inspección del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad para tal efecto (22 ítems) y explora el conocimiento sobre cada uno de los derechos y deberes recogidos en la CDYD (sí/no), incluyendo una escala sobre conocimiento global de los mismos (escala 0-10).

**Resultados:** Los derechos que los participantes declaran conocer en mayor proporción son: el derecho a ser informado de forma clara y comprensible sobre su enfermedad (90%), el derecho a la intimidad (86%), el derecho a ser consultado y conceder consentimiento para la realización de determinadas pruebas (94%) y el derecho a recibir un informe de alta (93%). Los menos conocidos son: el derecho a garantía de un tiempo máximo de espera (50%) y el derecho a una segunda opinión médica (49%). Con gran diferencia el menos conocido es la existencia y finalidad del documento de instrucciones previas (22%). Prácticamente, la totalidad de los encuestados declaró conocer sus deberes como usuarios (> 94%). Respecto al conocimiento global de derechos y deberes, los encuestados declararon un alto conocimiento de los mismos (media = 7, escala 0-10).

**Conclusiones:** El nivel de conocimiento de los derechos es muy diverso. Se observan unos ampliamente conocidos frente a otros prácticamente desconocidos. Es necesario profundizar y trabajar en difundir información a los ciudadanos para mejorar el ejercicio de todos ellos, y en especial el de los menos conocidos.