

2

Humanización de la asistencia sanitaria en la atención farmacéutica de pacientes externos. Experiencias de éxito

Marta Moro Agud
Pedro Suárez Artime
Francisco Moreno Ramos
Marisol Rodríguez Cobos



Marta Moro Agud

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Pedro Suárez Artime

Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela (A Coruña).

Francisco Moreno Ramos

Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Marisol Rodríguez Cobos

Servicio de Farmacia. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela (A Coruña).

Índice

1. Introducción
2. Experiencia de humanización mediante *Lean 6-sigma*. Reorganización del proceso de atención farmacéutica a los pacientes externos
3. Experiencia de humanización y mejora de la farmacia externa desde la perspectiva del usuario
4. Bibliografía

1. Introducción

Humanizar la asistencia sanitaria hace referencia a dar peso a los componentes afectivos, éticos, personales y profesionales de la relación que se establece en la asistencia sanitaria y responder a las aspiraciones del usuario y a su condición de persona. Se trata de realizar políticas, cuidados o programas para velar por las relaciones asociadas con la dignidad del ser humano. Se pretende atender al paciente desde el contexto de la ética y los valores, para suplir sus necesidades físicas, emocionales, intelectuales y sociales. Se trata de orientar las actuaciones en salud hacia el servicio de la persona enferma considerándola en su globalidad personal y haciéndola copartícipe.

Una persona enferma puede encontrar amenazada su dignidad y puede sentirse más frágil y vulnerable. La actitud humana de los profesionales, de respeto hacia la dignidad de las personas, mostrando calidez, sensibilidad y comprensión hacia ellas, que padecen dolor y sufrimiento, es insustituible. Conviene tratar a las personas más allá de la cordialidad y la cortesía, y atenderlas como son, como per-

sonas únicas, con sentimientos y emociones, con sus circunstancias y su entorno social y familiar.

Es importante conocer qué necesita el paciente, ya que muchas veces gran parte de las necesidades del enfermo no están cubiertas, frecuentemente por ignorancia o desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios. La humanización se basa en el compromiso colectivo en cuanto a las conductas, el entorno y las relaciones, considerando la vulnerabilidad y las necesidades de ayuda a los pacientes y buscando mejorar nuestra calidad de vida mediante el cuidado del entorno y de las otras personas. Es responsabilidad de todos aliviar el sufrimiento humano y fomentar actitudes responsables y humanizantes.

1.1. Barreras para la humanización

El exceso de autoexigencia de los profesionales puede conducirles hacia el estrés, la desmotivación y el *burn-out*, propiciando el

síndrome de agotamiento y despersonalización que propicia el descompromiso y la deshumanización, interponiéndose una distancia emotiva con el paciente. Por otro lado, contemplar cómo sufren los pacientes y retener su ansiedad produce estrés emocional que puede contribuir también a la deshumanización defensiva.

Resulta importante la formación en bioética para los profesionales sanitarios, ya que los capacitará para enfrentarse a los problemas éticos cotidianos del ámbito sanitario, como la comunicación adecuada con el enfermo y el respeto de la intimidad y la autonomía de los pacientes.

Los usuarios y profesionales implicados en el servicio pueden sentirse insatisfechos debido a que este se encuentre orientado prioritariamente a la búsqueda de la eficiencia y el control de los costes, ya que la presión asistencial, la masificación o la falta de tiempo hacen que los profesionales orienten sus actividades a aspectos administrativos, económicos o de procedimiento en detrimento de un trato adecuado, personal y destinado a la prestación de un servicio al ser humano. El objetivo es contribuir a hacer el servicio más amable, confortable y con una atención más personalizada mediante la empatía, el respeto mutuo o la amabilidad.

La humanización del sistema sanitario implica que la organización sea para el servicio de la persona.

Conviene considerar la tecnología para fines de alivio o disminución de la carga de trabajo que produzcan tiempo para la atención relacional, poniéndola a disposición del hombre, y no para que lo destruya y lo deshumanice. Cuanta más tecnología se aplica a los cuida-

dos, mayor es el riesgo de que se mecanicen las relaciones con las personas. La tecnología no debe ser una barrera para que puedan recibir, tanto el enfermo como su familia, un trato humanizado. Otras barreras para la humanización son la burocracia, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje técnico incomprensible o la falta de formación en cuanto a comunicación y coordinación entre profesionales.

Para favorecer el desarrollo de la asistencia sanitaria humanizada es preciso también cuidar al cuidador y reconocer sus esfuerzos y sus logros. Igualmente es necesario prestar atención a los familiares de las personas enfermas y cuidar a los profesionales, a todas las partes que conviven diariamente en el sistema sanitario, ya que el equilibrio depende del bienestar de todos los implicados y esto además es responsabilidad de todos.

1.2. Patient Reported Outcomes (PRO) en la atención farmacéutica

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida (CV) como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Cobra cada vez mayor relevancia la evaluación de la CV como variable de resultado en las intervenciones terapéuticas, sobre todo en ciertos campos como la oncología¹.

Diversos estudios muestran que la percepción del impacto que tienen los efectos adversos sobre la CV y su gravedad es diferente entre clínicos y pacientes²⁻⁴. Recientemente, se ha demostrado que el manejo de los sín-

tomas reportados por el paciente en tratamiento con quimioterapia mejoró la calidad de vida y redujo las visitas a urgencias, produciéndose además una mayor tolerancia a la quimioterapia y una mejora de la supervivencia⁵. Diferentes organismos han recomendado la medición de resultados en salud evaluados por el paciente, pues de esta forma se consigue que los objetivos del sistema sanitario se alineen con sus expectativas y necesidades.

No cabe duda de que el paciente está adquiriendo mayor relevancia a la hora de gestionar su enfermedad. Cada vez es más frecuente que los ensayos clínicos que evalúan tratamientos y las intervenciones sanitarias incorporen lo que se ha denominado “resultados reportados por los pacientes” (PRO, *Patient Reported Outcomes*). Este término se está empleando de forma específica para evitar la confusión suscitada alrededor de varios términos relacionados y muchas veces utilizados como sinónimos: “calidad de vida”, “calidad de vida relacionada con la salud”, “estado de salud” o “capacidad funcional”, entre otros. La característica común entre ellos es que recogen información directamente del paciente sin interpretación alguna por parte de médicos u otros profesionales sanitarios⁶.

La *Food and Drug Administration* de los Estados Unidos define a los PRO como “cualquier información del estado de salud de un paciente que proviene del propio paciente sin que medie una interpretación de esa respuesta por parte de un médico u otra persona”. Los PRO proporcionan una perspectiva del paciente sobre el beneficio del tratamiento, miden directamente ese beneficio más allá de la supervivencia o la morbilidad, y a menudo reflejan los resultados que más importan al paciente. Entre ellos se incluyen medidas so-

bre la CV en cualquiera de sus dimensiones, el estado de salud o los síntomas presentes, la adherencia a los fármacos o la satisfacción con el tratamiento. Los PRO se miden con cuestionarios rigurosamente desarrollados y validados para asegurar su claridad, fiabilidad y reproducibilidad⁷.

Además de la medida de la CV o la discapacidad, un PRO que es evaluado con frecuencia es la satisfacción del paciente con el tratamiento o con la atención recibida. La evidencia científica muestra que las personas que autogestionan su enfermedad, habiendo recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en el control de la misma que aquellos que no lo hacen. Para conseguir este fin puede utilizarse una amplia gama de intervenciones de educación estructurada. Esta gestión se ve favorecida en el contexto de un equipo multidisciplinario, en el que se hace partícipe al paciente en la toma de decisiones con respecto al tratamiento más adecuado para su enfermedad⁴⁻⁶.

En este sentido, en los últimos años la farmacia hospitalaria ha desarrollado diferentes estrategias que le permiten entrar más en contacto con el paciente, con el objetivo de cubrir una necesidad real de información sobre la terapéutica que recibía durante su estancia en el hospital y la prescrita en el momento del alta o la que recibía en régimen ambulatorio⁸.

En las definiciones de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, en el Tercer Consenso de Granada ya se mencionaba la figura del farmacéutico como un profesional para contribuir a unos mejores resultados en salud y en CV. Es esencial evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias desde el punto de vista humanístico, es decir,

aquellos aspectos que conciernen a la CV, a la satisfacción y a las preferencias de los pacientes. Se considera un resultado el impacto de la enfermedad o del tratamiento en la CV y el bienestar de los pacientes, un parámetro más dentro de la práctica clínica y, más concretamente, de la atención farmacéutica, ya que permite considerar al usuario y su opinión como una parte fundamental del éxito terapéutico⁹.

Un aspecto importante de la atención farmacéutica es conocer la satisfacción del paciente con su tratamiento, no solo condicionada por la efectividad del mismo, sino también por la tolerabilidad en cuanto a efectos adversos y complejidad. La insatisfacción podría conllevar una menor adherencia o persistencia, derivando en problemas de salud y en un mayor consumo de recursos sanitarios. Por tanto, uno de los objetivos de las unidades de pacientes externos de los hospitales es promover una adecuada atención farmacéutica a los pacientes. Para medir esta actividad no cabe duda de que la satisfacción de los pacientes es un punto clave en el proceso, y debe ser evaluada. Actualmente no hay una metodología estandarizada para estas medidas en nuestro ámbito, al contrario de lo que ocurre con algunas enfermedades para las que ya existen cuestionarios estandarizados que evalúan la satisfacción del paciente^{9,10}.

1.3. Percepción de los pacientes y usuarios: necesidades y expectativas

En los proyectos de mejora de la calidad, muchas veces se priorizan los resultados de una buena gestión del proceso asistencial de un modo organizativo y desde el punto de vis-

ta de la eficiencia, en lugar de los resultados de una atención integral y personalizada. Por este motivo, en ocasiones, el aumento del gasto sanitario no da como resultado un aumento de la satisfacción de los usuarios. Uno de los principales objetivos del sistema sanitario debería ser obtener la mayor satisfacción de los pacientes y sus familiares.

Las actitudes y los comportamientos de los profesionales desempeñan un papel muy importante en la percepción que tienen los pacientes sobre el servicio recibido. Para poder ofrecer un servicio centrado en las necesidades de los pacientes necesitaríamos conocer qué cosas son las que realmente tienen valor para ellos: cuáles son sus expectativas, sus objetivos de calidad, dónde se producen ineficiencias y qué aspectos de la atención sanitaria son más valorados por el usuario. Debe existir un procedimiento que garantice la puesta en marcha de las medidas necesarias para satisfacer las expectativas de los pacientes. La comunicación entre el paciente y el profesional es decisiva en cuanto a la adherencia al tratamiento.

1.4. Experiencia del usuario

La experiencia del usuario es lo que determina el éxito de un producto o servicio. El "mapa de experiencia del usuario" sirve para identificar y optimizar los puntos de contacto. Su objetivo es crear un diagrama de manera visual, gráfica e intuitiva, de los puntos del circuito del paciente para obtener el servicio, en este caso centrado en el uso del medicamento. El empleo de esta herramienta mejora la eficiencia al identificar las áreas del servicio en las cuales no se están poniendo los recursos suficientes para la satisfacción de los clientes, ayuda a entender mejor a los

clientes al poder visualizar nuestro servicio desde los puntos de vista del usuario y así poder entender qué mejoras pueden realizarse para mejorar su experiencia, y permite implicar a los profesionales para que se concentren en aquellas tareas que los usuarios realmente necesitan.

El éxito de un servicio depende del grado de aceptación de sus usuarios, que se basará fundamentalmente en aspectos emocionales (aspectos perceptivos y afectivos) que el usuario experimentará al hacer uso del servicio. La experiencia de usuario estudia estos aspectos emocionales e involucra a los usuarios en todas las etapas del proceso de creación y evolución del producto. En este proceso, además de crear emociones, se pretende generar una conversación con el usuario, conducirlo, aconsejarle e influirle para que elija utilizar nuestros servicios. Desde la aparición de las redes sociales, los consumidores comenzaron a considerar firmemente la experiencia de otros usuarios como criterio para elegir determinados servicios. Identificar esta circunstancia permite considerar la experiencia de usuario como una ventaja para diseñar servicios de manera competitiva¹⁰⁻¹².

1.5. Rehumanización de la asistencia sanitaria

Para rehumanizar debemos dejar de lado las relaciones humanas de tipo exclusivamente funcional y paternalista, y convertirlas en relaciones entre personas dignas, respetadas y protagonistas.

La promoción de determinadas actitudes profesionales para humanizar la sanidad, como la empatía, la cortesía, el respeto mutuo o la

amabilidad, pueden hacer que el usuario se sienta más protegido y seguro en un medio desconocido para él.

Los aspectos destacables de la humanización en la atención sanitaria son^{13,14}:

- La **atención centrada en la persona**, otorgar prioridad al usuario y reconocer que sus inquietudes y preferencias son válidas e importantes. Las preferencias del paciente deben guiar los aspectos de la prestación del servicio, ya que el usuario es el experto con respecto a sus circunstancias y necesidades.
- La **calidad del trato**, es decir, que la asistencia no puede reducirse a una prestación meramente técnica, por muy apropiada que esta sea. Se deben potenciar la *empatía*, la *cortesía*, el *respeto*, la *amabilidad* y la *corrección* de errores para no provocar que el usuario se sienta desprotegido e inseguro en un medio que le resulta desconocido.
- La **información y la comunicación** comprensibles sobre el sistema sanitario, acerca de los recursos y su uso por parte de los usuarios. Esta información debe ser adaptada a las circunstancias de la persona y proporcionada en el lugar adecuado.
- La **seguridad y la confianza**, mediante un comportamiento correcto y una actitud profesional, con respeto a la confidencialidad del usuario y a su dignidad.
- La **continuidad en la atención**, garantizando la disponibilidad y el acceso a servicios mediante una atención integrada.

- La **accesibilidad**, evitando esperas excesivas o barreras arquitectónicas.
- El **confort**, la limpieza y la higiene^{13,14}.

Son diversas las herramientas relacionadas con la calidad asistencial que pueden emplearse para mejorar la humanización de la asistencia y, en concreto, la atención farma-

céutica a los pacientes externos: metodología *Lean 6-sigma*, método *Kaizen* y *Design Thinking*, entre otros.

A continuación se exponen dos experiencias llevadas a cabo en dos hospitales españoles, relacionadas con la mejora de la atención a los pacientes externos.

2. Experiencia de humanización mediante *Lean 6-sigma*. Reorganización del proceso de atención farmacéutica a los pacientes externos

2.1. Situación y contexto

A comienzos de 2014 se llevó a cabo la incorporación del Hospital Carlos III al Hospital Universitario La Paz. Esto implicaba un incremento de la actividad de atención farmacéutica a pacientes externos en el servicio de farmacia del Hospital La Paz. Sobre los 9.000 pacientes atendidos al año, se incrementaba la actividad en una cifra próxima a 2.500 pacientes al año (incremento >25%). Esta sobrecarga asistencial inminente requería una reorganización del proceso completo en aras de aumentar la eficiencia, velar por la seguridad de los pacientes y promover una atención farmacéutica humanizada y adecuada en todos sus aspectos.

Para que los centros sanitarios sean más cercanos al paciente y exista un mayor respeto a la dignidad humana son necesarias, entre

otros requisitos, una adecuada organización de los servicios e información al paciente sobre su tratamiento específico¹⁵. Los propios pacientes manifiestan que los servicios de farmacia tenemos margen para mejorar en el proceso de dispensación, en la zona de atención y en el confort de esta^{16,17}.

Se decidió llevar a cabo un rediseño del proceso mediante la metodología *Lean 6-sigma*. Esta herramienta resultaba perfectamente complementaria con el sistema de gestión de calidad según la Norma ISO 9001 por la que el servicio de farmacia del Hospital Universitario La Paz se encontraba certificado desde el año 2007.

Formando parte de la evolución del sistema de gestión de calidad, el servicio de farmacia ha ido estudiando la satisfacción y la opinión de los pacientes respecto al mismo, así como

qué aspectos son los que principalmente deshumanizan la atención.

La metodología *Lean 6-sigma* permite lograr objetivos a corto plazo: simplificar los procesos, aumentar la eficiencia, mejorar el aprovechamiento de los recursos para mayor confort y confidencialidad de los pacientes, y reducir los tiempos de espera, aspecto de gran relevancia para los pacientes.

2.2. Desarrollo de la experiencia

Como aspecto estructural se disponía de un robot automatizado para la dispensación de medicamentos con seis puntos de entrega: tres en despachos farmacéuticos y tres en puestos de atención rápida.

Se creó un equipo multidisciplinario de trabajo formado por nueve miembros del servicio de los distintos estamentos implicados en la atención de los pacientes externos, y se contó con la ayuda de un consultor externo.

Para llevar a cabo la reorganización se procedió a realizar las etapas del ciclo DMAIC (*Define, Measure, Analyze, Improve, Control*) de la metodología *Lean 6-sigma*. Para ello, se realizó un análisis de situación de partida. Se diseñó un análisis de situación de partida. Se diseñó el mapa de flujo de valor (VSM, *Value Stream Mapping*), que consiste en documentar de forma detallada lo que ocurre en un proceso, reflejar todos los pasos de trabajo en un mapa visual que ayuda a todas las personas involucradas a observar el proceso de principio a fin. Este mapa saca a la luz esfuerzos duplicados y retrasos. Muestra, por tanto, la secuencia de acciones de un proceso, con datos sobre el flujo de pacientes, personal, medicación, equipos y flujo de información.

Los 22 problemas detectados se clasificaron en los siete tipos de desperdicio (*muda*) más comunes: transporte, inventario, movimiento, esperas, sobreproducción, sobreprocesamiento y defectos. Con todos ellos se realizaron una reunión de análisis causal, un plan de acciones de mejora y una matriz de priorización de las mismas con dos criterios: factibilidad y urgencia; también se elaboró un cronograma de implantación y seguimiento de las acciones derivadas¹⁸.

Se hicieron evaluaciones periódicas de la implantación de las acciones de mejora en reuniones de todo el equipo. Ya en el primer mes se habían implantado 18 de las 27 acciones propuestas (60%), lo cual determina que muchas de ellas eran muy sencillas de llevar a cabo y que nuestros procesos de organización farmacéutica requieren un rediseño y una adaptación continuos para evitar caer en la inercia y el inmovilismo.

La acción implantada más visible para los pacientes fue una herramienta de gestión de turnos de pacientes. Este gestor permitió que los pacientes se autocanalizaran en los seis circuitos propuestos en función de su necesidad, en lugar de en la fila única existente hasta la fecha. Con el sistema de llamada electrónico y gracias al robot de medicación, los pacientes podían seleccionarse para ser atendidos por un farmacéutico o por un auxiliar de enfermería, según el caso, optimizando así las consultas de atención farmacéutica habilitadas. Este gestor de turnos, además, permitía extraer información objetiva de interés sobre el tiempo de espera de los pacientes. Tras la finalización del proyecto, este indicador de tiempo de espera permaneció implantado y en monitorización periódica. Anualmente se continuó realizando estudios de satisfacción para seguir conociendo la per-

cepción de los pacientes y sus necesidades y expectativas.

Para valorar la mejora percibida por los pacientes, un año después de la puesta en marcha del proyecto de reorganización del área se realizó un estudio de opinión. Se pretendía valorar la percepción del cambio por los pacientes, mediante una encuesta que constaba de 18 preguntas cerradas y una pregunta final abierta para comentarios o sugerencias. Las variables valoradas en este estudio de opinión fueron el tiempo de espera, la agilidad en la dispensación, la percepción del robot de dispensación como herramienta de mejora de la seguridad, la confidencialidad, la información recibida en la consulta de atención farmacéutica y la satisfacción global. En este estudio se tuvo en cuenta la antigüedad de la relación de los pacientes con el servicio de farmacia, estratificándose los pacientes en grupos según llevaran acudiendo al servicio menos de 3 meses (con posterioridad al gestor de turnos), entre 3 y 9 meses (durante el proyecto) o más de 9 meses (previamente al proyecto).

2.3. Lecciones aprendidas

En el análisis de situación realizado se identificaron 22 *mudas* y se clasificaron en los siete tipos existentes según la metodología Lean. Entre estas “acciones que no aportaban valor o desperdicios” se encontraron diferentes causas de deshumanización de la actividad asistencial en el servicio de farmacia por confluencia de actividades en un mismo puesto, acúmulos de pacientes, espacios de espera desaprovechados, visitas infructuosas por desajustes de *stock*, desconocimiento del funcionamiento por los pacientes, esperas por bloqueos del robot, esperas por tardanza

en localizar ciertos medicamentos y disparidad de criterios en la dispensación, así como falta de confidencialidad por atención exclusiva en ventanilla, entre otras consecuencias.

Se implantaron 22 *acciones de mejora* de distinta índole: técnicas o informáticas (n = 3), de estandarización de criterios (n = 4), relativas al personal (n = 4), relativas a análisis y monitorización (n = 4), relacionadas con la logística y las ubicaciones (n = 4), y sobre información y comunicación (n = 3). A continuación se detallan las más relevantes:

- El *tiempo de espera* es tradicionalmente uno de los aspectos que más deshumanizan la asistencia sanitaria y disminuyen la calidad percibida por los pacientes, existiendo una correlación entre dicho tiempo y la satisfacción manifestada en los estudios de opinión^{3,19}. Este aspecto fue abordado, al mismo tiempo que la reorganización del circuito de atención, con una acción de tipo técnico como fue la implantación de un gestor de turnos para la canalización de los pacientes. Este sistema permitió conocer y monitorizar los tiempos de espera de los pacientes. Para realizar un seguimiento del nuevo proceso se estableció el indicador de calidad “tiempo de espera”. Se estableció un estándar máximo de 15 minutos en 2015, que fue ajustado a 10 minutos en 2016. El promedio mensual en 2015 fue de 9,6 minutos (desviación estándar [DE]: 2,3), con un incremento del promedio mensual de pacientes del 28,04% y de dispensaciones del 33,05% respecto a 2014. En 2016, el tiempo de espera fue de 7,3 minutos (DE: 1,4), representando una disminución interanual del 24,5% en el tiempo de espera medio, frente a una disminución del número de

pacientes del 1,37% y de las dispensaciones del 9,8%, entre 2015 y 2016. La evolución de los tiempos de espera de los pacientes en este periodo de 2 años se muestra en la Figura 1.

- Los datos recogidos por el gestor, a su vez, proporcionaron información sobre el tipo de pacientes atendidos y la evolución de la actividad a lo largo del día. Esto aportó información relevante para *reorganizar las tareas no asistenciales* a realizar teniendo en cuenta los tramos horarios de concentración de pacientes.
- Se establecieron dos sucesivas *ampliaciones de horario* de apertura a primera hora de la mañana y de la tarde, para acortar la espera de los primeros pacientes de cada turno, cuando se habían detectado mayores demoras.
- La reorganización de las tareas liberó tiempos del farmacéutico para poder centrar sus esfuerzos en impulsar la *atención farmacéutica* en las consultas, de un modo más personalizado, confidencial y favorecedor de la escucha activa. Se actualizó y facilitó la *Carta de servicios* del área con información de utilidad para los pacientes. Asimismo, se impulsó la elaboración y explicación de *folletos informativos* para los pacientes, superando los 80 documentos.
- Para aumentar el acercamiento a nuestros pacientes y facilitarles el acceso a la información sobre los medicamentos dispensados se desarrolló un *blog* específico para los pacientes externos del servicio de farmacia y se facilitó una cuenta de *correo electrónico* para la resolución de consultas.

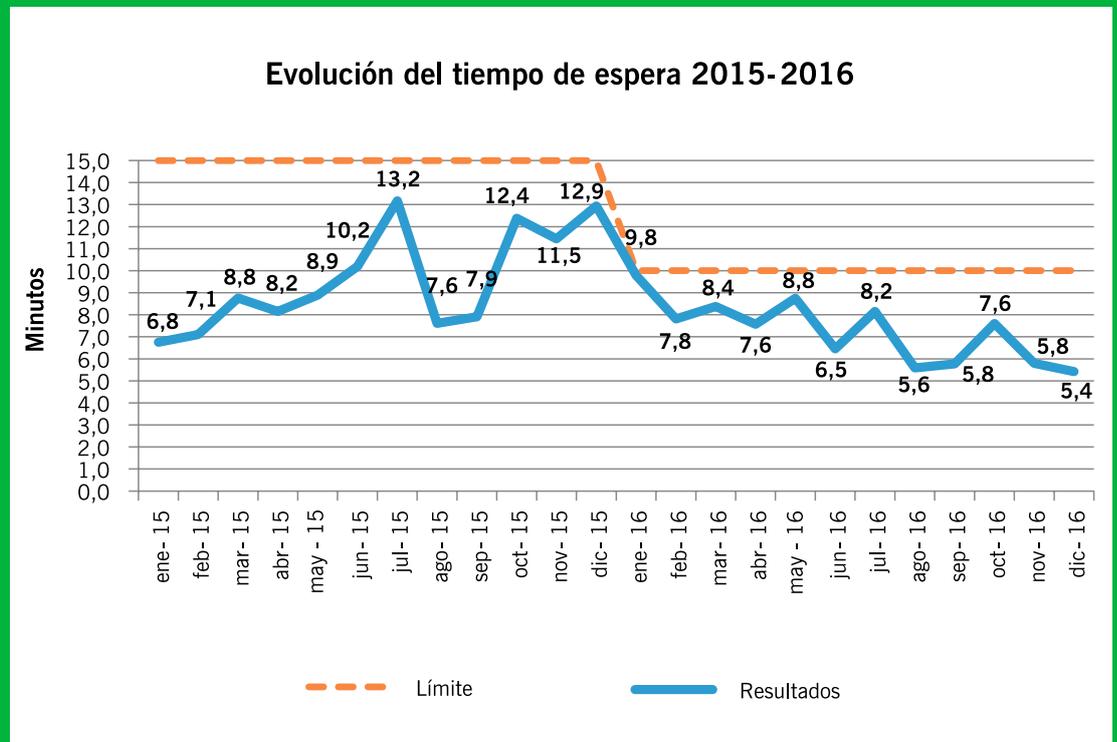
- Se *estandarizaron criterios* relativos a la optimización de uso del robot de dispensación, destinándose a procesos de carga los horarios libres de atención a pacientes. Esto evitaba bloqueos y esperas innecesarias. Asimismo, se consensuaron criterios relativos a cantidades y medicamentos a introducir en el robot para un uso más eficiente del mismo. Se definieron ubicaciones específicas en el almacén para los medicamentos recibidos y que debían ser introducidos en el robot de dispensación.
- Se estandarizaron *criterios de validación farmacéutica*, así como criterios relativos a las *cantidades* a dispensar según los distintos programas de atención farmacéutica.

Para poder acertar en la tarea de humanización es indispensable conocer la perspectiva de nuestros pacientes sobre la atención que les estamos prestando. Para ello debemos preguntarles, interactuar con ellos. Una herramienta tradicionalmente empleada son los estudios de satisfacción o de opinión. Desde 2007, en el servicio de farmacia se realiza anualmente un estudio de opinión a los pacientes y acompañantes, con motivo de la certificación por la Norma ISO 9001 de Sistemas de Gestión de la Calidad. La amabilidad y el trato ya alcanzaban cifras de satisfacción del 95% en 2014. Es por ello por lo que, al finalizar el proyecto en 2015, realizamos un estudio específico para valorar la percepción de mejora por los pacientes tras las actuaciones organizativas, logísticas, estructurales y técnicas implantadas. En cuanto a la percepción del tiempo de demora, de los 138 encuestados, un 68% manifestó esperar menos de 15 minutos. Se encontró, por tanto, una buena concordancia entre los tiempos de

F01

Figura 1.

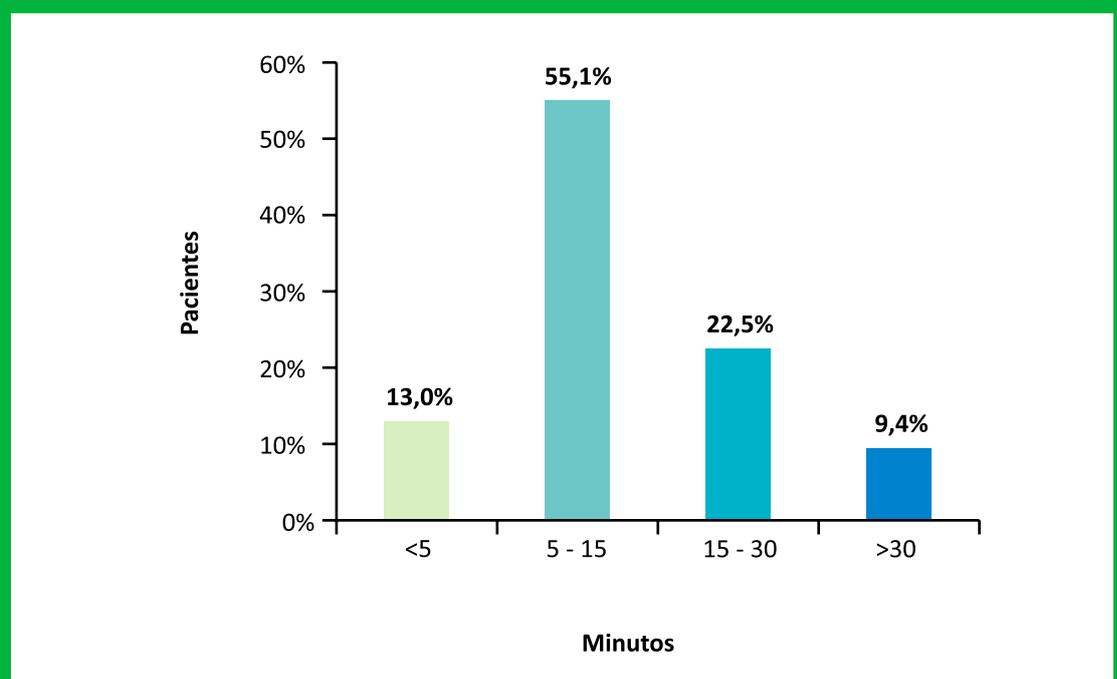
Evolución del tiempo de espera de los pacientes externos.



F02

Figura 2.

Distribución de los pacientes según el tiempo de espera percibido.



espera medidos con el gestor de turnos y la percepción de este tiempo por los pacientes (Figura 2)¹⁸. De los usuarios que llevaban acudiendo al servicio más de 3 meses, un 51,3% consideraba que había mejorado el tiempo de espera.

Los resultados de satisfacción relativos a otros aspectos relevantes de la atención, así como la percepción de mejora de los pacientes que conocieron el proceso antes y después del proyecto, se muestran en la Tabla 1¹⁸.

En respuesta a las dificultades para encontrar el servicio de farmacia, ubicado en uno de los edificios externos a la hospitalización y las consultas, se solicitaron mejoras en la *señalización*. Esto facilitó la inclusión del servicio de farmacia en el nuevo plan general de señalización del hospital y el establecimiento de ocho carteles a lo largo del recorrido desde las consultas externas.

2.4. Interpretación e impacto de los resultados

Con este proyecto se ha reorganizado el área eliminando etapas que no aportaban valor, aumentando la eficiencia y cultivando una atención farmacéutica más humanizada. Se ha incrementado la confidencialidad en el trato a los pacientes, protegiendo en mayor medida su intimidad, optimizando el uso de

los despachos de atención farmacéutica. Se ha fomentado el confort de los pacientes gracias al sistema de asignación de turno que permite poder esperar sin hacer colas. Se han disminuido los tiempos de espera, como signo de respeto y deferencia hacia los pacientes. Se ha solicitado la participación de pacientes y acompañantes, consultando su percepción. Se ha incrementado la información sobre los tratamientos y la implicación de los profesionales. Se han establecido nuevas vías de comunicación y visibilidad hacia los pacientes. Como resultado, los pacientes han manifestado una elevada satisfacción con el servicio y más de la mitad de los encuestados han percibido mejora. Todo ello, actualmente, camina en consonancia con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid²⁰.

2.5. Actuaciones permanentes

La satisfacción de los pacientes continúa siendo evaluada anualmente y estableciéndose las pertinentes acciones de mejora tras su análisis. El indicador de calidad de monitorización de tiempos de espera ha quedado incorporado a los indicadores permanentes del sistema de gestión de la calidad conforme a la Norma ISO 9001.

T01

Tabla 1.

Mejora percibida por los pacientes.

	% Satisfacción	Mejora percibida*
Agilidad en la dispensación de la medicación	88,4%	50,0%
Confidencialidad y privacidad	84,6%	26,1%
Información recibida en las consultas	78,7%	45,5%
Satisfacción global	88,2%	60,0%

*% pacientes con antigüedad superior a 9 meses que han percibida mejora.

3. Experiencia de humanización y mejora de la farmacia externa desde la perspectiva del usuario

3.1. Identificación de oportunidades de mejora

El servicio de farmacia acoge más de 30.000 consultas al año, atendidas por tres farmacéuticos y un auxiliar que se encontraban ubicados en dos espacios físicos diferentes (dos consultas farmacéuticas con diferente perfil de pacientes y técnico de farmacia en un hospital, y una consulta farmacéutica de nutrición enteral en otro hospital), y a cada uno correspondía atender a un conjunto de pacientes. La ubicación de los farmacéuticos en un hospital diferente al que están la mayoría de los demás profesionales dificultaba la comunicación con ellos, ya que esta solamente podía realizarse telefónicamente. Las encuestas de satisfacción reflejaron que los pacientes recibían atención pobre en tiempo y calidad. Los farmacéuticos estaban insatisfechos y los técnicos de farmacia no querían rotar por esta sección.

En las encuestas de satisfacción a los usuarios se evidenciaron oportunidades de mejora en la ubicación física de la consulta, que tenía un

acceso difícil, en el horario de atención reducido y la escasa duración de las consultas farmacéuticas, en la información proporcionada y en el conocimiento del circuito de funcionamiento de la consulta externa de farmacia. Se establecieron los objetivos de, por un lado, mejorar el servicio proporcionado a los usuarios de la consulta de farmacia, conociendo sus necesidades reales y las dificultades que se les presentan ante un medio desconocido, y por otro lado, mejorar la satisfacción de los profesionales, poniendo en valor las capacidades del personal sanitario para obtener un mayor disfrute en el trabajo y alcanzar mejores resultados en salud^{15-17,20}. Se presentó un proyecto de innovación asistencial en convocatoria abierta de la Plataforma Innova de la *Consellería de Sanidade* de Galicia, que fue seleccionada por su interés e impacto en el paciente¹⁶.

3.2. Formulación y diseño

Se siguió una metodología basada en la *perspectiva del usuario*, que consiste en explorar

cómo desearían el servicio quienes lo proporcionan y quienes lo reciben. Para ello, el equipo fue asistido por una consultoría externa especializada en diseño de servicios.

Se seleccionaron cinco pacientes modelo con diferentes tipos de tratamiento (esclerosis múltiple, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis C con trasplante, psoriasis, enfermedad de Crohn) para realizarles entrevistas en su domicilio y acompañarles en su itinerario pro el hospital. Se realizaron *entrevistas semiestructuradas* (preguntas abiertas que permiten al entrevistado que matice las respuestas dotándolas de un valor añadido) a usuarios con perfiles diferentes, para recoger el *feedback* de todos los implicados en el servicio, utilizando herramientas de *Design Thinking* ("mapas de itinerario" y "mapas de empatía"), y se planificaron talleres con el equipo asistencial para detectar oportunidades e implementar acciones de mejora. Las herramientas de *Design Thinking* comprenden varias fases: fase *empatiza*, que consiste en observar, conversar, mirar y escuchar para comprender el problema; fase *define*, para enmarcar el problema con calidad y enfoque; fase *idea*, de generación de ideas mediante *brainstorming*; fase *prototipa*, para ofrecer al usuario algo con que experimentar rápido y barato; y fase *testea*, para solicitar opiniones y refinar el prototipo^{12,13}.

Se evaluaron *los resultados* mediante encuestas de satisfacción, y fueron presentados en un taller para aplicar el proyecto en los demás servicios de farmacia de Galicia. Se realizó utilizando la metodología de diseño de servicios desde la perspectiva del usuario para compartir con otros profesionales de la comunidad la experiencia y poder planificar acciones conjuntas que permitiesen poner en valor el trabajo realizado, compartirlo y esca-

larlo en todos los servicios de farmacia hospitalaria de la comunidad. Se realizó un taller eminentemente práctico en el que trabajamos en la búsqueda de soluciones de mejora para nuestros pacientes.

3.3. Ejecución

El "mapa de itinerario" (Figura 3) consiste en:

1. El usuario acude a la consulta médica.
2. Busca la consulta de farmacia.
3. Espera en la sala.
4. Un técnico recoge sus prescripciones.
5. Continúa esperando.
6. Es llamado por su nombre.
7. Recibe la prestación farmacéutica.
8. Acude a cita previa.

En cuanto al "mapa de empatía" (Figura 4), veamos el ejemplo de una paciente con esclerosis múltiple de 10 años de evolución:

- **Esfera "pensar y sentir"**: soporta colas de pie y es atendida con prisas, desconoce el orden de atención, le disgusta esperar con mucha gente, pasan horas entre la visita al médico y su atención en la farmacia, tiene pánico de necesitar ir el aseo, se siente orgullosa de cómo lleva la enfermedad.
- **Esfera "escuchar"**: escucha cosas repetidas que ya le dijo el médico, oye palabras como "adherencia" que no entiende, percibe que habrá recortes, tiene broncas con los turnos en la sala.
- **Esfera "ver"**: ve colas, que no hay aseo, hace calor, un acceso malísimo y que otros buscan colarse.

F03

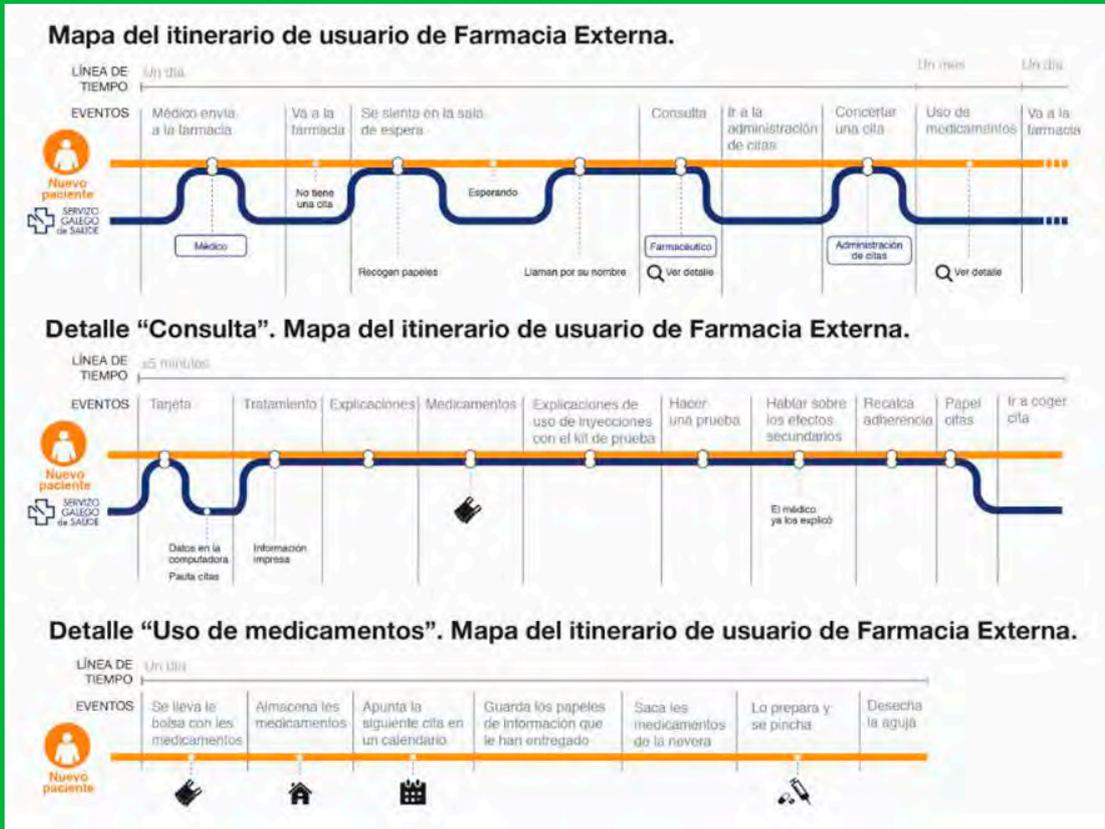


Figura 3. Mapa de itinerario del usuario de la farmacia externa.

F04



Figura 4. Mapa de empatía (ejemplo de un paciente con esclerosis múltiple).

- **Esfera "decir y hacer":** respeta la cita, organiza su día de farmacia meticulosamente, sigue los consejos farmacéuticos, intenta hacer todo por sí misma.

En resumen:

- Negativo: siente estrés por la ausencia de baño, las esperas, las incertidumbres y papeleos, y por esperar de pie.
- Positivo: recibe su medicamento, se encuentra satisfecha por sentirse autónoma.

3.4. Evolución e implantación de mejoras

- **Estructura:** se reubica la consulta de farmacia, anteriormente situada en los bajos de un hospital anexo, pequeño y viejo, con mal acceso a los usuarios, sin aseos públicos, con unas escaleras y una rampa para discapacitados poco útil por ser excesivamente pronunciada, y con una sala de espera poco acogedora y carente de información al usuario. La nueva ubicación de la consulta es más accesible, se puede llegar en ascensor, se encuentra cerca del resto de las consultas médicas y de enfermería a las que acuden los pacientes, y está dotada de aseo para discapacitados. La proximidad de la nueva ubicación a las consultas médicas y de enfermería no solo favorece la movilidad de los pacientes de unas a otras, sino que además facilita la comunicación directa y personal entre los diferentes profesionales. También se implantó el uso de una aplicación informática para gestión de consultas que facilita la atención desde las distintas consultas farmacéuticas que

corresponden a cada paciente según el tipo de tratamiento que reciba, y además ayuda a disminuir los tiempos de espera al proporcionar información a los farmacéuticos de cuánto tiempo lleva esperando cada paciente, su hora de llegada y a qué consulta está destinado inicialmente. Se elaboraron folletos informativos para el usuario acerca del funcionamiento del servicio, que incluyen números telefónicos de contacto con la farmacia y los farmacéuticos, haciendo más accesibles los profesionales a los pacientes. Se identifica a cada profesional de la consulta de farmacia con un cartel identificativo con su nombre y su puesto/función encima de su mesa/mostrador de trabajo, y también con una chapa identificativa en la bata/ pijama con el nombre del profesional, en concordancia con el código amable del *Servizo Galego de Saúde*. Se respeta la intimidad de los pacientes al estar ubicado cada departamento de atención en un lugar privado y separado del resto (un mostrador de recepción, un mostrador de dispensación y cuatro consultas farmacéuticas individuales). También se elaboraron trípticos con información farmacoterapéutica de los diferentes fármacos que se dispensan y otros documentos informativos sobre hábitos de vida saludables para promoción de la salud. En la sala de espera se colocó un sistema de llamada mediante una pantalla en la cual los pacientes ven su turno con un código anónimo y la consulta a la cual son llamados a entrar. De este modo se respeta la confidencialidad de los pacientes. En esta pantalla se expone también material audiovisual con información farmacoterapéutica y de promoción de la salud,

elaborada por los facultativos del servicio. Actualmente se está llevando a cabo un programa de *telefarmacia* que consiste en la dispensación completa de tratamientos finitos (hepatitis C) a aquellos pacientes seleccionados que no requieren revisión médica durante el tratamiento y que deseen el servicio de seguimiento farmacoterapéutico telefónico, consiguiendo así continuar con la atención farmacéutica, medida y refuerzo de la adherencia, detección y resolución de reacciones adversas y revisión de interacciones, todo ello sin necesidad de desplazamiento físico del paciente a la farmacia para realizar el seguimiento. Para ello se programan contactos telefónicos con los pacientes tras unos días del comienzo del tratamiento, hacia la mitad y al final del mismo. Todos los acontecimientos farmacoterapéuticos de los pacientes se registran en su historia clínica electrónica (además de las dispensaciones, también la adherencia, las reacciones adversas, las posibles interacciones, las modificaciones de tratamiento y los PRO)^{12,13,16,21}.

- **Tiempos:** se redistribuye la jornada laboral realizando los técnicos la reposición de *stocks* por las tardes, ampliando el horario de atención farmacéutica una hora más por las mañanas e incluyendo dos tardes a la semana, pensando especialmente en aquellos usuarios con dificultad para asistir al hospital a recoger periódicamente sus tratamientos en horario matutino. La reestructuración de los procesos permite eliminar aquellos pasos que se consideren fútiles.
- **Roles:** se redistribuye un administrativo a la consulta de farmacia para participar,

además de en la gestión de los *stocks* y pedidos de medicación, también en la recepción, acogida, información, orientación y distribución de los pacientes. Disponer de más tiempo para la recepción de los pacientes permite tratarlos de una manera más amable y agradable, y facilita la comunicación y la comprensión del funcionamiento de la farmacia, así como una escucha activa a los pacientes. El técnico de farmacia, que anteriormente dedicaba gran parte de su tiempo a realizar dispensaciones sucesivas a pacientes seleccionados, actualmente dispone de tiempo para tareas de reposición, control de medicamentos y reposición de *stocks*, gracias al turno rotatorio que se estableció entre cuatro voluntarias que participaron en el proyecto, repartiéndose las funciones de reenvasado de medicamentos, dispensación de nutrición enteral, dispensación de medicamentos o control de *stocks* en jornadas de mañana o tarde.

3.5. Resultados y efectos

Transformamos un entorno desagradable (desinformación, incomodidad, acceso difícil, tiempos de espera prolongados...) en un entorno amable (recepción al usuario, material de acogida, teléfonos y contactos, información de funcionamiento del servicio, disminución de tiempos de espera, acceso a aseo...). El uso de la aplicación informática para la gestión de las consultas por la administrativa de recepción permite informar al paciente en todo momento de aproximadamente cuánto tiempo de espera requiere para acudir a su consulta.

El traslado al área de consultas externas mejora la comodidad del paciente y la comunicación entre profesionales.

La ampliación horaria disminuye la duración de las esperas (de 90 a 20 minutos de promedio) y deja más tiempo disponible para la atención farmacoterapéutica.

Elaboramos material informativo escrito y audiovisual, favoreciendo el uso correcto del medicamento y promoviendo hábitos de vida saludables, y creamos un curso farmacoterapéutico en la historia clínica de los pacientes que facilita un seguimiento farmacoterapéutico de calidad.

Tras la auditoría de calidad de la norma ISO UNE EN-ISO 9001:2008 que acredita al servicio de farmacia desde el año 2012, se evaluaron los resultados del estudio de satisfacción para valorar el impacto en la percepción de los pacientes de las mejoras introducidas en la gestión de la atención a los pacientes externos del servicio, y se observó una mejora en la satisfacción global, con un 62% de satisfacción el año anterior al proyecto y un 82% de satisfacción el año posterior. Estos resultados muestran la mayor satisfacción del usuario y una mejoría notable del servicio prestado. Los aspectos que alcanzan mayor nivel de satisfacción corresponden al trato recibido de los profesionales del servicio (91%), la utilidad de la información recibida sobre el tratamiento (88%) y la concordancia entre la fecha de citación para la consulta de farmacia y la duración de la medicación dispensada (87%). La atención y la solución a las dudas

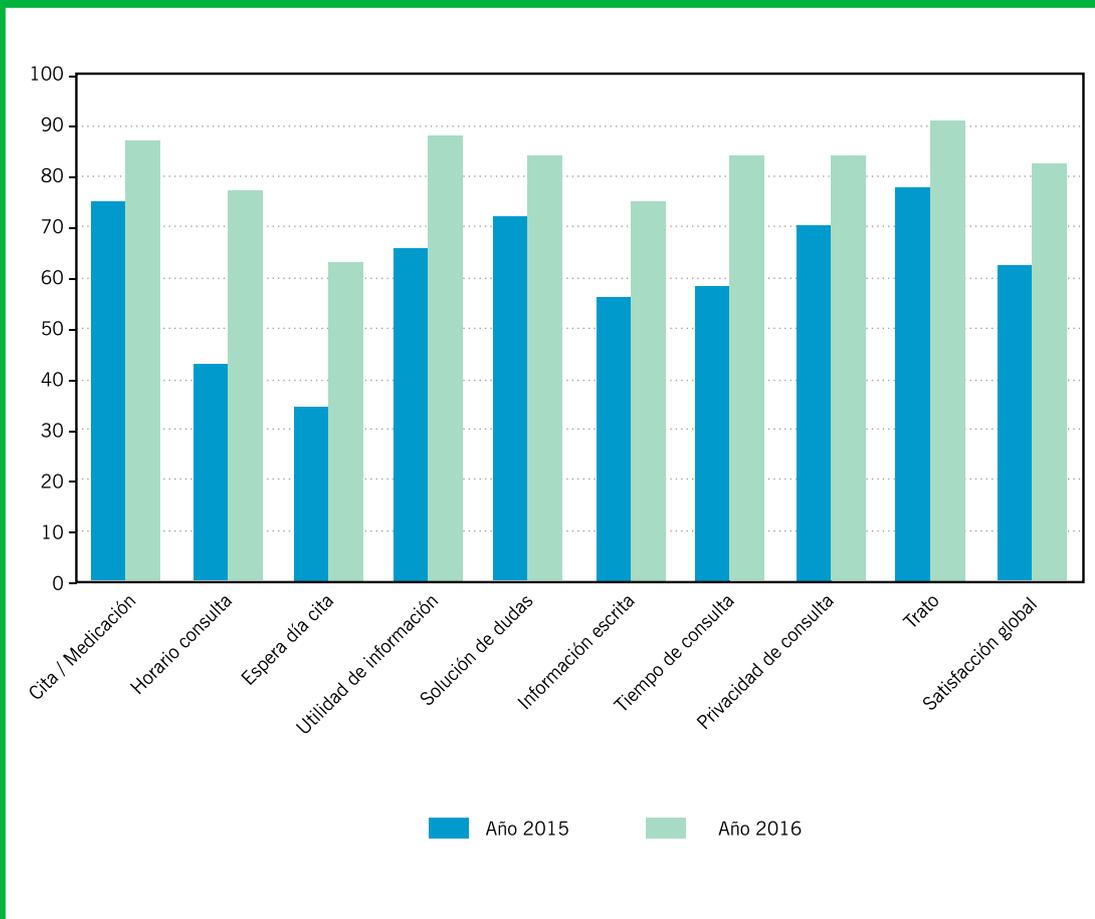
planteadas, el tiempo dedicado a la consulta y su privacidad son valoradas con un grado de satisfacción del 84%, y en niveles superiores al 70% se sitúan la satisfacción con el horario de las consultas (77%) y la información escrita recibida (75%). La comparación con los resultados alcanzados en el estudio realizado en marzo de 2015 evidencia una significativa mejora en la percepción y la satisfacción de los pacientes de las consultas externas, particularmente relevante respecto a los horarios de consulta externa general, la espera para consulta el día de la cita, la utilidad de la información proporcionada, la información escrita recibida, el tiempo dedicado a la consulta y la satisfacción global con el servicio. Se atribuye esta mejora a las acciones desarrolladas para la reorganización de las consultas externas, que se han traducido en una nueva ubicación, más accesible y con instalaciones más funcionales y confortables, el incremento de la dotación de personal administrativo y facultativo, la ampliación de los horarios de atención en una hora más cada mañana y con dos turnos de tarde cada semana, lo cual facilita la accesibilidad, y la elaboración de información escrita relativa a enfermedades y tratamientos (administración y conservación de medicamentos, hábitos saludables) para complementar las indicaciones verbales, por lo que se consideran eficaces para el objetivo propuesto, que es mejorar la atención farmacoterapéutica a los pacientes.

En la Figura 5 se muestra el resultado de las encuestas de satisfacción de los años evaluados antes y después de la ejecución del proyecto.

F05

Figura 5.

Evolución de la satisfacción de los usuarios/pacientes.



4. Bibliografía

1. World Health Organization. Programme on mental health. WHOQOL. User manual. Division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. Basch E. The missing voice of patients in drug-safety reporting. *N Engl J Med*. 2010;362:865-9.
3. Fromme EK, Eilers KM, Mori M, *et al*. How accurate is clinician reporting of chemotherapy adverse effects? A comparison with patient reported symptoms from the Quality-of-Life Questionnaire C30. *J Clin Oncol*. 2004;22:3485-90.
4. Pakhomov SV, Jacobsen SJ, Chute CG, *et al*. Agreement between patient-reported symptoms and their documentation in the medical record. *Am J Manag Care*. 2008;14:530-9.
5. Atkinson TM, Li Y, Coffey CW, *et al*. Reliability of adverse symptom event reporting by clinicians. *Qual Life Res*. 2012;21:1159-64.
6. U.S. Food and Drug Administration. Guidance for industry patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Disponible en: www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/UCM193282.pdf
7. Alonso-Caballero J, Ferrer-Fores M. Resultados reportados por los pacientes (PROs). Monografías de política y gestión. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2017. (Consultado el 6/9/2017.) Disponible en: http://www.fgcasal.org/publicaciones/Monografia-4-Politica_Resultados-reportados-por-los-pacientes.pdf
8. González Valdivieso J, González Navarro M, Machí Ribes JJ, Sánchez Ulayar A, Ramió Montero E, Fernández Martí D, Martín Conde MT. Estudio multicéntrico de satisfacción de los pacientes de dispensación ambulatoria. *Atención Farmacéutica*. 2012;14(3).
9. Castrillón Ocampo CC. Implantación generalizada del servicio de seguimiento farmacoterapéutico en una farmacia comunitaria y evaluación de sus resultados en salud. Evaluación clínica, económica y humanística del servicio. (Tesis doctoral.) Granada: Universidad de Granada; 2013.
10. Car J, Tan WS, Huang Z, Sloot P, Franklin BD. eHealth in the future of medications management: personalisation, monitoring and adherence. *BMC Medicine*. 2017;15:73.
11. García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm*. 2014;17:70-4.
12. Heras La Calle G. Humanizar la sanidad es cosa de todos. ¿Cómo humanizar la neurología? *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2017;45:1-2.
13. Ferrer Agualeles JL, Molina Alén E, *et al*. Plan de humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Mérida: Junta de Extremadura; 2007.
14. López-Pardo ME, Pais Iglesias B, Fernández Rodríguez A, Verde Remeseiro L. Código amable. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, Servizo Galego de Saúde; 2016.
15. Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la atención primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2017;10:29-38.
16. Márquez-Peiró JF, Pérez-Peiró C. Evaluación de la satisfacción y de la insatisfacción de pacientes atendi-

- dos en la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos. *Farm Hosp.* 2008;32:71-6.
17. Sánchez Gundín J, Martí Gil C, Recuero Galve L, Mejía Recuero M, Gómez Santillana M, Barreda Hernández D. Satisfacción percibida del servicio de farmacia: medición, análisis y mejora. *Rev OFIL.* 2015;3:137-44.
 18. Moro-Agud M, González-Fernández MA, Moreno-Ramos F, Jiménez-Nácher I, De Sebastián-Rueda M, Herrero-Ambrosio A. Aplicación de Lean Seis Sigma en la mejora de la calidad del proceso de atención farmacéutica a pacientes externos. *Rev OFIL.* 2016;26:87-93.
 19. Slowiak JM, Huitema BE, Dickinson AM. Reducing wait time in a hospital pharmacy to promote customer service. *Qual Manag Health Care.* 2008;17:112-27.
 20. Consejería de Sanidad. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Humanización de la Asistencia Sanitaria. Madrid, 2016. (Consultado el 8/9/2017.) Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
 21. Boehm L, Petty K. Humanizing efficiency in healthcare. Experience Innovation Network; 2015. Research report.