

**La unidad “info-familia” en los servicios
de urgencia hospitalarios.
Su impacto en la calidad asistencial percibida
en los hospitales públicos de Madrid**

Carmen Gamella Pizarro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
cgamella@enf.ucm.es

Resumen: El objetivo del presente Proyecto es conocer el impacto que tiene la incorporación de una Unidad de “Atención e Información a la Familia y los Acompañantes” (en adelante “Info-Familia”) en los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH). Para ello se realizará, en un hospital público de Madrid, un análisis previo del grado de satisfacción y la calidad percibida, así como de los incidentes violentos y reclamaciones interpuestas con las prestaciones actuales de los SUH, a la vez que se desarrollará un programa de formación dirigido a los Profesionales de Enfermería con los que se dotará dicha Unidad. Con la puesta en marcha de la Unidad se medirán de nuevo los parámetros mencionados anteriormente con el fin de conocer el impacto de la misma. Nuestra intención es desarrollar un estudio que sirva de referencia y justifique la implantación de esta Unidad de forma generalizada en nuestro Sistema Sanitario, incorporándola al modelo de gestión sanitaria, con contenidos directamente relacionados con la Información y la Educación Sanitaria de la familia y los acompañantes de los pacientes.

Palabras clave: Servicios de urgencia hospitalarios (SUH). Modelo de gestión. Unidad “Info-Familia”. Educación Sanitaria. Grado de Satisfacción. Calidad Asistencial Percibida.

Abstract: The goal of project is to figure out the impact of the introduction of a Unit of “Attention and Information to the Family and Relatives” (in forward “Family-Info) in the Emergency Service Hospital (ESH). Previously it would be analyzed the satisfaction degree and the quality perception in a public hospital of Madrid; also it would be counted the violent problems and the complaints interposed with the current present of the ESH. In the meantime, nurses with whom the above mentioned Unit will be endowed, will be received a specific training program. As soon as the unit begins working, everything will be measured again to compare results and to know it impact. Our goal is developing a study that it could be use as a reference in the introduction of this Unit in our Sanitary System, being part of the management, with contents directly related to the Information and the Health Education of the patient’s family and relatives.

Keywords: Emergency Service Hospital (ESH). Model of Sanitary Management. "Family-Info" Unit. Health Education. Consumer Satisfaction. Welfare Perceived Quality.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) constituyen cada vez más la vía de acceso al Sistema Nacional de Salud para un número cada vez mayor de usuarios, hecho que nos lleva a reflexionar sobre si realmente la Atención Primaria de Salud es la única puerta de entrada al Sistema Sanitario⁽¹⁾. Durante el año 2006 el 29.1% de la población utilizó algún tipo de servicio de urgencias, siendo el 60,8% de esta población los que acudieron a un SUH público⁽²⁾.

El aumento constante del número de personas que acuden a los SUH ha puesto de manifiesto la existencia de una clara inadecuación entre la demanda y la oferta que necesita con urgencia adaptarse a los nuevos requerimientos, ya que el deterioro en la percepción de la calidad asistencial es una realidad tanto para los usuarios como para los profesionales^(3,4).

No en vano el resultado de la atención sanitaria se mide cada vez, no solo por los parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad, sino también en términos de la percepción del usuario, de su satisfacción con la atención recibida, ya que la saturación de los SUH provoca largos tiempos de espera; aunque se trata de un factor que presenta una muy alta variabilidad, habiéndose estimado por diferentes autores, tiempos de permanencia total en urgencias que oscilan entre los 119(±87) minutos, y los 285(±26) minutos^(5,6). Frente a esta realidad, algunos estudios han puesto de manifiesto los tiempos de espera considerados como óptimos o tolerables, señalando 18(±8) minutos para recibir la primera visita y 53(±37) desde esta hasta el alta hospitalaria, aunque en algunos casos se llega a considerar que sería aceptable una permanencia total de 120 minutos^(7,8). En nuestro medio mayoritariamente se utiliza como referente la escala CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) que, en función de la gravedad del paciente, establece 5 categorías y marca, en cada una de ellas, los tiempos óptimos para recibir la primera valoración y las posteriores situándolos en una escala que abarca desde la inmediatez, pasando por los 15, 30, 60 y hasta los 120 minutos⁽⁹⁻¹¹⁾.

Por otro lado, la Sanidad, y con ella la atención sanitaria es, de los cuatro pilares de nuestro Estado de Bienestar, el aspecto que más interesa a los ciudadanos por delante de la educación o las pensiones. El 29,4% de la población española opina que el Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales o que, incluso, sería necesario rehacerlo completamente, según los datos del último barómetro del CIS recientemente publicado; pero un 50.5% de sujetos opina que, aunque funciona bien, son necesarios algunos cambios en nuestra sanidad⁽²⁾, frente al 47.1% y 48.3% de los años 2004 y 2005 respectivamente⁽¹²⁾. De entre los aspectos que deberían mejorar, la

población encuestada destaca precisamente la mejora del funcionamiento de los servicios de urgencia (7%) y la mejora del trato y la información (9.5%), siendo interesante subrayar que el trato y la información recibida en relación con el problema de salud que origina la demanda asistencial, reciben una mejor valoración en la atención privada que en el sistema público asistencial (31.9% vs. 47.9%, y 35.5% vs. 40.7% respectivamente) conjuntamente con la rapidez en la atención y el confort de las instalaciones. Por el contrario los aspectos relacionados con la infraestructura científico-técnica y la capacitación de los profesionales son mucho mejor valorados en el Sistema Sanitario Público^(2,12).

Si en algún momento la humanización cobra especial importancia es, sin duda, cuando el usuario y su entorno familiar entran en contacto con el Sistema Sanitario a través del SUH. La compleja maquinaria de la Sanidad se pone en marcha con eficacia y competencia para solventar cada situación que se presenta: los profesionales, los medios y las técnicas están al servicio del paciente.

Pero al otro lado de la puerta, en la sala de espera, ha quedado la familia (y en su caso, los acompañantes del paciente), continuamente olvidada por nuestro Sistema Sanitario y, sin embargo, gran aliada de los profesionales sanitarios y del propio sistema. Son ellos, los familiares y acompañantes, los que en muchas ocasiones pueden, y de hecho lo hacen, informar a los profesionales de lo que ha ocurrido y de las circunstancias en las que se ha producido la situación de urgencia así como de cualquier otro dato relativo al paciente, imprescindible a veces para el proceso asistencial. Cierto es que ellos no presentan una urgencia vital en sentido estrictamente clínico, pero no es menos cierto que lo que sí resulta vital para ellos es conocer el estado de su familiar, su diagnóstico y su pronóstico, en definitiva, necesitan respuestas a las constantes preguntas “¿cómo está?”, “¿qué le pasa?”, “¿se curará?”, “¿es grave?”, “¿se quedará ingresado?”, “¿por qué no puedo pasar con él?” “¿cuándo podré verle?”. Especialmente cuando los tiempos de espera se alargan y lo hacen por un lado, en un clima de intensa ansiedad y carga emocional provocada por lo inesperado de la situación, la incertidumbre y la posible gravedad de la misma, así como por las expectativas de una solución rápida que realmente no lo es y por otro lado, en ausencia de información o con una información tardía o de mala calidad^(9,13).

Y es este encuentro el que, cada vez con mayor frecuencia, constituye a nuestro juicio, la “tarjeta de visita” de nuestro Sistema Nacional de Salud; los SUH y las vivencias experimentadas en las salas de espera conforman la percepción que los usuarios construyen en cuanto a la calidad asistencial. A los largos tiempos de espera, hay que añadir que la ausencia de información está presente en torno al 20-30% de los familiares y acompañantes^(14,15), por lo que no parece extraño que el motivo principal de reclamaciones y situaciones violentas en urgencias sea el tiempo de espera⁽¹⁶⁾, y que también sea esta la razón que explique el porcentaje de pacientes que abandonan los SUH antes de ser atendidos^(3,17). Son realmente, la satisfacción del usuario y la calidad de la atención, los principales retos que debe asumir nuestro sistema sanitario en aras de la calidad total. Las circunstancias mencionadas provocan insatisfacción

tanto en los pacientes y sus familiares y acompañantes (todos ellos usuarios del sistema), como en los profesionales sanitarios.

También la legislación ha tenido que ir adecuándose a las nuevas exigencias, desde la propia Ley General de Sanidad⁽¹⁸⁾, y asumir la voluntad de humanización de los servicios sanitarios regulando el derecho de los usuarios a la información sanitaria en cualquier actuación asistencial, como hace la Ley de Autonomía del Paciente⁽¹⁹⁾, de ámbito nacional, en sus artículos 4 y 5, o la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)⁽²⁰⁾, en sus artículos 26 y 27. Así, de acuerdo a la legislación vigente se establece como un derecho básico de los madrileños, el derecho “a ser verazmente informado, en términos comprensibles, de forma completa y continuada, verbal y por escrito, en relación con su propia salud” y “a que la información sea proporcionada a sus familiares, allegados y otros”⁽¹⁹⁻²⁰⁾. Para justificar la oportunidad de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios frente a la calidad asistencial, podemos esgrimir además, de acuerdo con otros autores, razones de índole ético o bien desde la perspectiva de resultado en la recuperación del paciente, ya que el grado de satisfacción se comporta como un buen predictor del cumplimiento terapéutico, o incluso desde la consideración del derecho que tiene cualquier ciudadano a recibir una atención sanitaria de calidad o desde la oportunidad de las reformas sanitarias⁽²¹⁻²⁶⁾. Todas estas aproximaciones ponen de manifiesto que la satisfacción es un concepto complejo, subjetivo, cambiante, dependiente de la naturaleza del problema que origina la atención urgente y, de una manera contundente, de las expectativas que el usuario tenga frente a la atención urgente^(22,27-31).

En este sentido el paradigma de la “desconfirmación de expectativas”^(28,32-34) constituye una de las teorías con mayor respaldo empírico que nos permite explicar en la práctica la satisfacción del usuario: la satisfacción es el resultado que obtiene el usuario de la diferencia entre lo que esperaba y deseaba que ocurriera en relación con el servicio demandado, y lo que él percibe que realmente ha ocurrido. Dicho de otra manera, la satisfacción es la diferencia entre las expectativas que tiene el usuario y la percepción final de su experiencia con la atención sanitaria recibida, con el servicio que se le ha prestado. Desde el modelo de la “desconfirmación de expectativas”, la satisfacción aumenta cuando lo que ocurra supere las expectativas y, la menor satisfacción será la del usuario que tiene mayores expectativas y que recibe una asistencia mas deficiente (Fig. 1).

Desde esta perspectiva, el conocimiento de lo que necesitan y esperan los usuarios se erigirá en la base de los objetivos de la calidad global, que habrán de ser evaluados de tal forma que permitan adoptar las medidas pertinentes en la organización sanitaria para su consecución. La evaluación de la coincidencia entre lo que los usuarios necesitan y esperan ha puesto de manifiesto que los profesionales tendemos a no considerar las expectativas de los usuarios en la mayoría de sus dimensiones (fiabilidad, seguridad, sensibilidad y empatía)^(23,35,36). Sin embargo las expectativas de los usuarios deben ser consideradas como el punto mínimo a lograr,

de forma que lo óptimo en la consecución de la calidad global, no es satisfacer esas expectativas, sino superarlas, consiguiendo maximizar la satisfacción. Algunos autores se refieren a la “calidad sorpresa” o al “detalle de lo inesperado”⁽³⁷⁾ como aquellos aspectos que, no estando en las expectativas de los usuarios, generan la imagen de buen servicio; es el usuario “supersatisfecho”, cuya condición se asocia, entre otras variables, con el trato personal y la información recibida^(37,38).

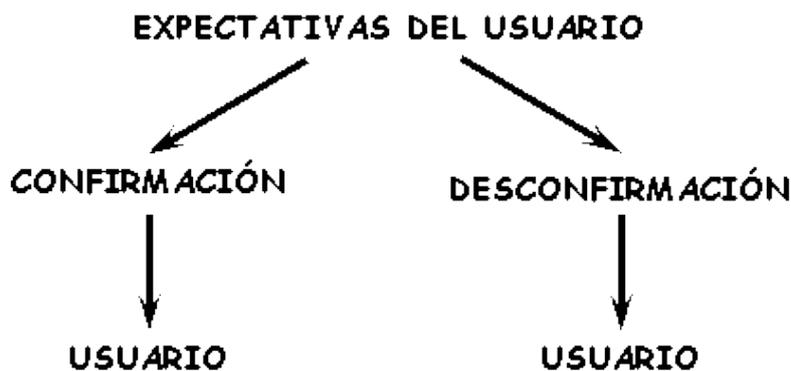


Figura 1.

Diferentes autores han analizado los elementos y factores que contribuyen a conformar las expectativas de los pacientes, así como los que condicionan su satisfacción con la calidad de la atención sanitaria recibida, siendo el trato brindado y la información ofrecida a pacientes y familiares, factores altamente decisivos en la conformación del grado de satisfacción, en todos los estudios analizados, y factores considerados como verdaderas asignaturas pendientes de nuestro Sistema Sanitario en general y de los SUH en particular^(39,40).

En nuestra opinión la información de calidad, a través del proceso de comunicación eficaz es el aspecto de mejora cuyo abordaje resulta más importante y necesario. No basta con dar información, sino que lo realmente necesario es que esa información sea oportuna, además de asumida y entendida por el usuario, mediante la utilización del código de comunicación adecuado a su nivel sociocultural, emocional y a su nivel de información, y a través del canal tanto de la comunicación verbal como de la no verbal. Se trata de fortalecer el feedback para superar la mera transmisión de información favoreciendo realmente el proceso de comunicación bidireccional. La comunicación eficaz también incluye las dimensiones relacionadas con la comunicación proxémica: garantizar un ambiente de intimidad y privacidad, de confianza y libre de barreras socioafectivas que favorezca la manifestación de dudas, temores y sentimientos son factores básicos en la consecución de la excelencia en la satisfacción del usuario. En este sentido merece la pena destacar el trabajo realizado con la familia de los pacientes que fallecen en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Saint-Louis, en París, y que demuestra que la utilización de un folleto educativo en relación con la afrontación del duelo y la comunicación proactiva por parte de los profesionales a lo largo del proceso, contribuye a reducir la angustia y la depresión, así como a mejorar el duelo en la familia⁽⁴¹⁾. Se han estudiado también las

diferentes dimensiones que participan en la conformación de la satisfacción, siendo los tiempos de espera una dimensión presente para todos los autores⁽⁴²⁻⁴⁴⁾, así como la información brindada y otros elementos relacionados con ella como la amabilidad, la calidad de la información, la escucha activa, la relación de confianza o intimidad en la conversación y en definitiva, la humanización en la asistencia prestada^(21,45-47).

Podemos concluir que la satisfacción básicamente depende de la sensación de que se está siendo “bien tratado”^(42,48), de tal modo que mientras el tiempo de espera percibido por pacientes y familiares es un adecuado predictor del grado de satisfacción, el tiempo de espera real no se comporta así^(15,49).

Pocas son las iniciativas en esta línea^(25,39,45,50,51) que han considerado a la familia y a los acompañantes en su papel, no de pacientes reales, pero sí de usuarios reales y, sobre todo de soporte social y afectivo del paciente que acude a los SUH y, por tanto, de usuarios de pleno derecho del Sistema Sanitario que demandan fundamentalmente recibir información acerca de la evolución del paciente con más frecuencia y de mayor calidad^(39,52). No consideramos necesario argumentar y defender, más allá de lo que hemos hecho hasta ahora, el hecho de que el “usuario” a que nos referimos, ha de ser considerado como la unidad indivisible que forman el paciente que demanda atención sanitaria en un SUH y quien le acompaña, ya sea por su grado de consanguinidad (su familia), ya por lazos socioafectivos (acompañantes).

Los familiares y acompañantes tienen una carga emocional generada por la incertidumbre y la angustia que, a veces, es incluso mayor que la del propio paciente y por tanto, también necesitan atención y tratamiento basados fundamentalmente en la información periódica y de calidad de la evolución del paciente, cuyas dosis (periodicidad) y vías de administración (verbal, no verbal y escrita) han de ser investigadas y evaluadas oportunamente. La falta de información a la familia, o la información insuficiente, tardía y de poca calidad, provoca una disminución de la valoración global de la atención recibida, un clima de incertidumbre e intolerancia que, junto a la ansiedad, genera conflicto y un aumento de quejas y reclamaciones en los SUH^(9,53). Debemos considerar, así mismo, que la ansiedad y el nerviosismo generan una actitud de desconfianza que se “contagia” en las salas de espera, lo que contribuye a aumentar la intolerancia de forma colectiva.

Se demostrado que el deterioro de la calidad asistencial percibida es un indicador del número de reclamaciones y actos violentos en los SUH. Aunque no se han realizado demasiados estudios al respecto, sí se ha objetivado el crecimiento experimentado por las conductas violentas y agresiones hacia los profesionales, y de una forma específica hacia los profesionales de enfermería, como consecuencia del clima de intolerancia a que hemos aludido. En general se acepta que las amenazas se dan con mayor frecuencia en aquellos servicios en los que por su naturaleza se toman decisiones vitales, como los SUH; la violencia física, los insultos y las amenazas son sufridos por el 38%, el 70.1% y el 70.5% respectivamente de los profesionales sanitarios que trabajan en los SUH. Es destacable que si bien el 85% de las agresiones

totales en el ámbito hospitalario son efectuadas por los pacientes, cuando se analizan las que se realizan específicamente en los SUH este porcentaje desciende al 72.7% debido a que el 27.3% restante son imputables a los familiares y acompañantes, siendo el tiempo de espera percibido el motivo mayoritario de agresión, ascendiendo al 57.8% del total^(1,16,54-56).

En relación con las quejas y reclamaciones de los usuarios, diferentes estudios apuntan que la deficitaria calidad asistencial percibida, expresada nuevamente a través de los tiempos de espera en ausencia de información, es la causa fundamental de su creciente presencia^(6,57-59). Gestionar mejor y dinamizar los tiempos de espera de forma que mejore la percepción de los mismos por parte de los usuarios, parece un método adecuado para contribuir a mejorar este parámetro de la calidad asistencial de los SUH⁽⁶⁰⁾, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de una circunstancia que también incide negativamente en la propia satisfacción de los profesionales que con tanta frecuencia, por otro lado, se ven afectados por el conocido Síndrome de Burnout^(16,58,61,62).

En otro orden de cosas, el propio Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid⁽⁶³⁾ contempla entre sus objetivos las acciones relacionadas con la adecuación de las instalaciones sanitarias en general, y las relacionadas con las urgencias hospitalarias que transcribimos a continuación y en las que se enmarca el presente Proyecto:

- “Se mejorarán las zonas de espera y acogida a pacientes y familiares, haciéndolas más confortables y accesibles, adaptándolas de forma que además puedan desarrollarse en ellas actividades informativas y de educación sanitaria”.
- “Se crearán zonas comunes que favorezcan la humanización de la asistencia, en un medio no habitual como es el Centro Sanitario, y se configurara el conjunto de las instalaciones para preservar la intimidad del paciente”.
- “Disponer de espacios específicos para información a familiares en las áreas de urgencia hospitalarias, fomentando una rápida y periódica información sobre el estado del paciente, a la familia o a las personas a él vinculadas”.

Hemos analizado como la percepción frente a los tiempos de espera, tanto de la familia como de los acompañantes, constituye un factor de insatisfacción para los mismos, pero también debe ser una oportunidad aprovechada por el Sistema Sanitario para ofrecer información sobre la evolución del paciente, y para dinamizar esos tiempos dándoles contenido oportuno y útil a través de las posibilidades que nos brindan las salas de espera de los SUH, para llevar a cabo intervenciones de Educación Sanitaria de la población. Se trata de dinamizar ese tiempo con mensajes educativos generales y, en particular, con aquellos relacionados con la dinámica del SUH, con la utilización racional de los servicios sanitarios, con la información relativa a los servicios

de urgencia extrahospitalarios del Área de Salud, con la donación de sangre, los primeros auxilios, la automedicación, la importancia del cumplimiento terapéutico o con cualquier cuestión relativa a la salud y la enfermedad que resulte de interés sanitario, y en los que la Educación Sanitaria se considere un instrumento válido y eficaz a considerar en el modelo de gestión sanitaria. En este sentido los métodos de educación basados en los soportes escritos son de indudable validez para ofrecer información y para sensibilizar a la población frente a cuestiones tan habituales como las olas de calor o las intoxicaciones alimentarias en la época estival, o las epidemias de gripe y su prevención en invierno.

Por otro lado consideramos que tanto por su formación, capacitación y experiencia, dada su tradicional cercanía con los familiares y acompañantes de los enfermos, es el Profesional de Enfermería quién con mayor competencia puede abordar esta tarea. En este sentido entendemos que gestionar mejor y dinamizar los tiempos de espera de familiares y acompañantes a través de actividades de Educación Sanitaria, desarrollando intervenciones de acogida y orientación, ofreciendo información proactiva rigurosa y de calidad relativa al proceso y evolución del paciente, es una contribución no sólo deseable, como manifiestan algunos autores⁽⁶⁴⁾ sino necesaria en un Sistema Sanitario orientado hacia la satisfacción del usuario como modelo de gestión y hacia el derecho a la información veraz y comprensible⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾. Desde esta perspectiva, la implementación de la Unidad "Info-Familia" en los SUH que proponemos, debería ser un servicio de vanguardia en nuestros hospitales, contemplado en cualquier modelo de gestión sanitaria, siendo el garante de una atención de calidad. Nuestra propuesta trata de ir más allá de los ya instalados Servicios de Atención al Paciente, que han constituido un gran avance tanto en la democratización como en la humanización y mejora de la calidad asistencial, dando un paso más hacia el usuario de los SUH en la figura de la familia y los acompañantes. Ciertamente hay alguna experiencia en esta línea, en nuestros hospitales, en algún caso con una generosa dotación de profesionales⁽¹⁴⁾ pero carecen de una evaluación que objetive sus logros y mida en qué medida han contribuido a mejorar la calidad asistencial percibida por los usuarios^(25,31,39,68). En general se trata de estudios de naturaleza descriptiva, con instrumentos de medida de elaboración propia y carentes de procesos de validación⁽²⁹⁾.

Creemos que en aras de la organización sanitaria orientada al usuario y de la calidad en la prestación de asistencia sanitaria, el enfoque ha de ser más activo, buscando la excelencia en la satisfacción de los usuarios en un servicio de características tan peculiares como lo es el SUH. Nuestra propuesta se centra en la creación de una Unidad de Atención e Información a los Familiares y Acompañantes ("Info-Familia") con dotación de personal propia, dependiente del Servicio de Atención al Paciente aunque ubicada en el SUH y directamente relacionada con él, ya que se trata de una prestación más de las urgencias hospitalarias, específicamente destinada a mantener continuamente informados a la familia y a los acompañantes de los pacientes que ingresan en urgencias, con los objetivos que describimos a continuación y absolutamente integrada en el funcionamiento y dinámica del propio SUH y cuyos

resultados han de ser objeto de evaluación objetiva por parte de su población objeto: los usuarios, familiares y acompañantes en este caso.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Nuestro interés se centra en la atención que merecen, necesitan, esperan y desean la familia y, en su caso, los acompañantes de los pacientes que acuden a los SUH, dado que esta atención contribuye a mejorar todos los parámetros analizados y a configurar el grado de satisfacción y la calidad percibida por parte de la población frente a los SUH, toda vez que no parece ser el tiempo real de espera, sino el percibido, en ausencia de información de calidad, el que condiciona su grado de satisfacción. Por ello planteamos nuestro Proyecto a partir de la siguiente hipótesis de trabajo:

La Unidad “Info-Familia” (Atención e Información a los Familiares y Acompañantes) en los servicios de urgencias hospitalarios, mejora tanto la calidad asistencial percibida por los usuarios, como su grado de satisfacción.

Objetivos

- Protocolizar la acogida de la familia y los acompañantes desde el momento de su llegada a la Admisión del SUH.
- Ofrecer información de calidad a la familia, y en su caso a los acompañantes, sobre la evolución de los pacientes ingresados en los SUH, de forma continua y periódica y siempre que se produzca algún cambio en la atención sanitaria.
- Mejorar la percepción frente a los tiempos de espera por parte de la familia y los acompañantes gestionando y dinamizando los mismos a través de la Información periódica y la Educación Sanitaria.
- Contribuir a la descongestión de las salas de espera de familiares y acompañantes, facilitándoles la toma de decisiones en función del tiempo de permanencia y la evolución previsible del paciente ingresado en los SUH.
- Disminuir los incidentes violentos (agresiones físicas, insultos y amenazas).
- Disminuir el número de quejas y reclamaciones.
- Diseñar un documento de acogida que muestre a los usuarios el funcionamiento y la organización del SUH.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Se trata de un estudio quasi-experimental de un antes y un después, que se desarrollará en 5 fases.

Población diana

Las personas que acuden con el paciente al Servicio Urgencias de alguno de los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (dado que la Unidad "Info-Familia" se puede incorporar a cualquiera de ellos), y por cualquier motivo.

Tamaño Muestral

Trabajamos con 2 muestras independientes de 108 sujetos cada una. El cálculo del tamaño muestral se ha estimado asumiendo una desviación estándar de 1,31 por ser la más alta obtenida entre todos los ítems en el estudio de validación del cuestionario SERVQHOS que aplicaremos⁽⁶⁹⁾, para un nivel de significación del 5% y una potencia del 80% (DS= $\pm 1,31$; riesgo $\alpha = 0,05$; riesgo $\beta = 0,20$), y pretendiendo detectar una diferencia mínima de 0,5 puntos. La proporción de rechazos se ha estimado en 0.

Criterios de exclusión

- Los familiares, y en su caso acompañantes, de aquellos pacientes que acuden a los servicios de urgencias pediátricas y ginecológicas, dadas las diferencias que existen en el proceso asistencial en lo referente a la información y acompañamiento del paciente.
- Los familiares, o en su caso acompañantes, que tengan dificultades idiomáticas insuperables que no garanticen la adecuada comprensión de la encuesta utilizada como instrumento de evaluación.
- Los familiares o acompañantes cuya situación psicológica o mental suponga una barrera insuperable para responder al cuestionario.
- Los familiares o acompañantes que tengan relación familiar con los trabajadores del hospital en que se realice el estudio.

Material y método

Se elaborará un protocolo que servirá de base para recoger la información relativa a los incidentes violentos acontecidos, así como las quejas y reclamaciones que se realicen tanto de forma verbal como escrita. En este último caso los datos serán proporcionados por el Servicio de Atención al Paciente del hospital.

Para conocer el grado de satisfacción de la familia y los acompañantes, atendiendo a las recomendaciones del Modelo Europeo de Excelencia propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) (European Foundation for Quality Management)⁽⁷⁰⁾, se utilizará el cuestionario SERVQHOS^(68,69,71,72) (Anexo I), validado y adecuado a partir del SERVQUAL⁽⁷³⁾ a los servicios sanitarios y concretamente al ámbito hospitalario, y adoptado en nuestro entorno por el Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid, del que se han suprimido tres ítems específicamente relacionados con la atención directa al paciente y que, por tanto, no son susceptibles de valoración por parte de la familia y los acompañantes del mismo.

Este cuestionario, que cumplimentarán de forma voluntaria, recogerá junto con los datos de identificación (fecha, sexo, edad y número de historia clínica del paciente, así como el sexo, la edad, el nivel educativo y la relación de parentesco o afectivo-social del familiar o acompañante), el tiempo total transcurrido desde el ingreso, conocido por el Departamento de Admisión, hasta el momento de contestar el cuestionario, así como el tiempo transcurrido desde el ingreso hasta que se produjeran, si se diera el caso, las diferentes informaciones que pudieran recibir los familiares y acompañantes durante el mismo por parte de los profesionales.

Las variables independientes serán aquéllas que configuran el perfil de la población incluida en el estudio, es decir:

- El sexo, la edad, el nivel educativo y la relación de parentesco o afectivo-social del familiar y/o acompañante.
- El sexo y la edad del paciente.
- El tiempo transcurrido desde el momento del ingreso hasta que se produzca algún tipo de información.
- El tiempo transcurrido desde el momento del ingreso hasta el momento de cumplimentar el cuestionario que coincidirá con el momento del alta del SUH.

Las variables dependientes vendrán dadas por los siguientes parámetros:

- Las respuestas a los diferentes ítems del cuestionario SERVQHOS.
- El número de reclamaciones e incidentes violentos registrados durante el desarrollo del Proyecto.
- La evolución del número de familiares y acompañantes que permanecen en la sala de espera del SUH a lo largo del proceso asistencial.

Recursos Humanos

La recogida de información se realizará a través de alumnos del tercer curso de la Diplomatura de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, y de los colaboradores participantes en el Proyecto, debidamente adiestrados en la utilización del cuestionario.

La dotación de la Unidad “Info-Familia” estará formada por 5 Profesionales de Enfermería (2 en los turnos de mañana y tarde, y 1 profesional en el turno de noche), 2 Auxiliares de Enfermería y 2 Auxiliares Administrativos de apoyo a la misma.

Cronograma

- **1ª Fase**

En esta fase objetivaremos el grado de satisfacción de la familia y los acompañantes de los pacientes que acuden al SUH, en la situación actual, y considerando todos los turnos de funcionamiento (mañana, tarde y noche). Pretendemos con ello disponer de un nivel basal que nos permita evaluar el grado de consecución de cada uno de los objetivos planteados. Para ello el cuestionario será cumplimentado personalmente por la familia y en su caso los acompañantes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple a partir de listado, con la presencia y ayuda de un entrevistador, y en el momento en que se anuncie a la familia el alta del paciente, con el fin de evitar el sesgo de fallos de memoria, si se hace por correo cuando el paciente ya está en su domicilio, descrito por diferentes autores^(21,23,25). Una vez que los familiares y acompañantes han recibido la información previa al alta hospitalaria, se pedirá que de forma voluntaria cumplimenten el cuestionario.

Tras la recogida de información en esta primera fase, se analizarán todos los datos obtenidos, lo que nos dará una idea de los aspectos susceptibles de mejora, las necesidades identificadas por los usuarios, las principales causas de insatisfacción y las razones que con mayor frecuencia originan las quejas y reclamaciones interpuestas por los usuarios, las situaciones violentas contra los profesionales y la permanencia de familiares y acompañantes en la sala de espera.

- **2ª Fase**

La segunda fase, que se desarrollará de forma simultánea a la primera, consistirá en la selección y formación de los Profesionales de Enfermería y del personal de apoyo que voluntariamente formarán parte del estudio. Estos profesionales, deberán ser de la plantilla del propio hospital y entre los criterios de selección de los candidatos se contemplará la actitud profesional y la experiencia previa en un SUH, dado que será necesario establecer una cuidada coordinación entre la Unidad “Info-Familia” y la dinámica del propio SUH.

El número de Profesionales de Enfermería se decidirá en última instancia, en función de las posibilidades del Hospital y de la carga asistencial del Servicio de Urgencias, teniendo en cuenta que deben dotarse las 24 horas al día de funcionamiento de los SUH y los 365 días del año. No obstante, entendemos que para obtener garantías de calidad y, teniendo en cuenta que los períodos

de máxima afluencia son los horarios de mañana y de tarde, con una pequeña depresión en las horas del almuerzo^(9,74,75), la dotación adecuada está constituida por 2 profesionales en cada uno de estos turnos y, al menos 1 profesional en el turno de noche. Es deseable contar así mismo con 1 auxiliar de enfermería y 1 auxiliar administrativo de apoyo, al menos en los turnos de mañana y tarde. No obstante estos aspectos serán definitivamente decididos en función de la carga asistencial del hospital en que finalmente se desarrolle el Proyecto.

Los Profesionales de Enfermería encargados de estar al frente de la Unidad "Info-Familia" y en su caso también el personal de apoyo, serán específicamente formados y entrenados en materia de "Comunicación eficaz", en el manejo de situaciones difíciles y adversas, de forma que sepan hacer frente al trabajo con personas a veces sometidas a una gran carga de ansiedad e incertidumbre, así como en aspectos básicos en cuanto a los diferentes métodos de Educación Sanitaria. Se adjunta sinopsis del Programa de Formación como Anexo II.

Tiempo estimado para el desarrollo de la 1ª y 2ª fases: 4 meses.

- **3ª Fase**

Constituye la puesta en marcha de la Unidad "Info-Familia" así como la recogida de información protocolizada de la misma forma que se ha descrito en la fase 1, y mediante los mismos entrevistadores, ya que además de estar entrenados esto evitará el sesgo de medición.

Se trata de la fase más amplia del Proyecto, toda vez que es necesario consolidar el funcionamiento de la Unidad para comparar su impacto sobre la calidad percibida por los usuarios. De nuevo el cuestionario será cumplimentado personalmente por la familia y en su caso los acompañantes seleccionados mediante muestreo aleatorio simple a partir de listado, en el momento en que se anuncie a la familia el alta del paciente.

Igualmente se continuará con la recogida de los eventos violentos, quejas y reclamaciones así como del número de familiares y acompañantes que permanecen en la sala de espera del SUH.

Tiempo estimado para el desarrollo de la 3ª fase: 6 meses.

- **4ª Fase**

Consiste en el análisis estadístico de toda la información recogida, observando todas las posibles relaciones causales, para finalizar con la obtención de

resultados, en relación con los objetivos planteados, y de conclusiones prácticas y operativas que permitan contrastar nuestra hipótesis de trabajo.

El tratamiento estadístico de los datos se realizará en base al paquete SPSS 14.0. Teniendo en cuenta el planteamiento del Proyecto se aplicará, para las variables cuantitativas, la mediana, y la media con el intervalo de confianza (IC) como medidas de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión y para las variables categóricas, la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Para poder establecer las diferencias observadas en la calidad de la atención percibida y en el grado de satisfacción, se utilizarán técnicas y estadísticos no paramétricos (El Test de la Chi cuadrado para variables cualitativas y el de Mann-Whitney y/o Kruskal-Wallis para las variables cuantitativas).

Tiempo estimado para el desarrollo de la 4ª fase: 2 meses.

- **5ª Fase**

Por último, se hará una labor divulgativa amplia, tanto en publicaciones y eventos científicos como en el ámbito social y de política sanitaria autonómica, dado que el interés de este Proyecto es eminentemente socio-sanitario y la meta final del mismo es la de contribuir a la puesta en marcha de esta Unidad en todos los hospitales del Sistema Sanitario Público, como una Unidad de vanguardia en el medio hospitalario y concretamente en los SUH.

Tiempo total estimado para la obtención de resultados:

El desarrollo del Proyecto se realizará a lo largo de 12 meses, tiempo en el que se obtendrán los resultados finales del mismo que posibilitarán su divulgación en los términos expresados en la 5ª Fase del cronograma, con el fin de extrapolar la Unidad "Info-Familia" al resto de la red hospitalaria siempre que los resultados así lo avale.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mir Montejano M, Capilla Pueyo R, Garcés Jiménez C, Cantalejo Moreira M. Atención Primaria: ¿es realmente la puerta de entrada al sistema sanitario? Aten Prim. 1998; 9(21):646-47.
2. Instituto de Información Sanitaria, CIS. Barómetro Sanitario 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
3. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. Med Clin (Barc). 2001;116(3):92-7.

4. Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Estimación del efecto relativo que ejercen la presión externa e interna sobre la eficacia de un servicio de Urgencias de Medicina. *Med Clin (Barc)*. 2000; 115:294-6.
5. Jiménez S, Real G. de la, Miró O, Bragulat E, Coll-Vinent B, Senar E, et al. Efectividad de la incorporación de un médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125(4):132-37.
6. Ortiga B, Salazar A, Masip J, Rodríguez E, Escarrabill J, Corbella X. Reclamaciones en un servicio de urgencias: estudio de 13 años en un hospital universitario. *Rev Cal Asist*. 2006;21(1):25-30.
7. Fernández Moyano A, Callejas Rubio JL, Paredes García MI, Navarro Hidalgo D. Tiempos de espera y calidad asistencial en urgencias. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:559.
8. Lane D, Monefeldt C, Rosenhead J. Emergency ... but no accident. *Eur J Opri Res*. 2001. Disponible en:
www.orsoc.org.uk/about/topic/insight/article_orinsight_emer.html
9. Tudela P, Mòdol JM. Urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)*. 2003;120(18):711-16.
10. Canovas MR. El triatge las serveis d'urgències dels hospitals. *Ann Med (Barc)*. 2002;85:129-31.
11. Berveridge R. The Canadian Triage and Acuity Scale: a new and critical element in health care reform. *J Emerg Med*. 1998;16:507-11.
12. Instituto de Información Sanitaria, CIS. Barómetro Sanitario 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
13. Rubio Herrera R, Cabezas Casado JL, Aleixandre Rico M, Fernández Jiménez C. Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita. *Index Enferm (Gran)*. 1998;23:22-25.
14. Atilano MT, Aragonés ML. La Unidad de Información de Urgencias. *MAPFRE Med*. 1993;4(1):78-80.
15. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, et al. Causas de satisfacción en insatisfacción en urgencias. *Rev Cal Asist*. 2001;16:390-96.

16. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Santed MA, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(8):307-10.
17. Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)*. 2000;115(1):15-20.
18. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE n. 102 de 29/4/1986.
19. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de la Comunidad de Madrid. BOE n. 274 de 15/11/2002.
20. Ley 12/2001, de 21 de Diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM n. 306 de 26/12/2001. BOE n. 55 de 5/3/2002.
21. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(Supl 3):26-33.
22. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asist*. 2001;16:276-79.
23. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asist*. 2002;17:22-9.
24. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ*. 1991;302:887-89.
25. Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Aten Prim*. 1996;17:280-83.
26. Vallès-Fernández R, Morón-Besolí A, Franzi-Siso A, Real Gatiús J, Mariño-Hernández EL. ¿Cómo aumentar la implicación del paciente de urgencias en su tratamiento?: eficacia de unos pósters informativos. *Aten Prim*. 2006;37(6):339-46.
27. Martínez O. Expectativas en el momento de la demanda. Utilidad de su estudio y papel en la mejora de la calidad asistencial. *Psiquis*. 1995;16:226-87.
28. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Cal Asist*. 2000;5:36-42.

29. Barrasa JI, Aibar C. Revisión Sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Cal Asist.* 2003;18(7):580-90.
30. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med.* 1992;14(3):236-49.
31. Rebull J, Castellà M, Pablo A de, Vázquez R, Portoles M, Chanovas RM. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev Cal Asist.* 2003;18(5):286-290.
32. Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. *Soc Scie Med.* 1982;16:583-89.
33. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Scie Med.* 1982;16:577-582.
34. Miño G. Gestión por procesos y calidad asistencial. *Jano, Medicina y Humanidades.* 2001;61:10.
35. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of marketing.* 1994;58:111-24.
36. Martín MT, Román MV. Los círculos del paciente: pieza clave para mejorar la calidad en el sistema sanitario. *Harvard Business Review.* 1998;86:96-103. 2002.
37. Palacio L, Díez JD. ¿Influye la calidad técnica de nuestro trabajo en la satisfacción de nuestro cliente? *Rev Cal Asist.* 1999;14:661-66.
38. Robles-García M, Dierssen-Sotos T, Llorca-Díaz J, Díaz-Mendi AR, Herrera-Carral P. En busca de la excelencia: el perfil del paciente "supersatisfecho". *Rev Cal Asist.* 2004;19(1):34-7.
39. Núñez S, Martín-Martín AF, Rodríguez I, González I, Antolín J, Hernández R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp* 2002;202(12):629-34.
40. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev.* 1993;50:219-48.
41. Lautrette A. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *New Eng J Med.* 2007; 5(356):469-78.
42. Bursch B, Veezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matter most? *Ann Emerg Med.* 1993;22:286-91.

43. Examine your Emergency Department. Stat! ED is key to hospital reputation. Health Benchmarks. 1999;6:13-15.
44. Vázquez B, Pardo G, Fernández G, Canals M, Delgado MA, Navas M. ¿Por qué acuden nuestros pacientes a urgencias del hospital? Aten Prim. 2000;3(25):98-105.
45. Mira JJ. Calidad percibida. Una revolución silenciosa. Rev Cal Asist. 2001;16:162-63.
46. Coulehan J. An alternative view: listening to patients. Lancet. 1999;354:1467-68.
47. Bayés R, Morera M. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. Med Clin (Barc). 2000;115(4):141-44.
48. Rhee K, Bird J. Perceptions and satisfaction with emergency department care. J Emerg Med. 1996;14:679-83.
49. Sun B, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan T, Burstin H. Determinants of patients satisfaction and willingness to return with emergency care. Ann Emerg Med. 2000;35:426-34.
50. Núñez S, Marco T, Burillo-Putze G, Ojeda J. Procedimientos y habilidades para la comunicación de las malas noticias en urgencias. Med Clin (Barc). 2006;127(15):580-83.
51. Carbonell MA, Aranaz J, Mira JJ, Pérez V. ¿Qué población utiliza el servicio de urgencias hospitalario? Rev Cal Asist. 2004;19(6):370-73.
52. Caballero O. Medicina de familia y medicina de urgencias. Aten Prim. 2001;1(27):58-61.
53. Miró O, Dios A de, Antonio MT, Sánchez M, Borrás A, Millá J. Estudio de la mortalidad en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia, causas y consecuencias. Med Clin (Barc). 1999;18(112):690-92.
54. Gerberich SG, Church TR, MacGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurse's Study. Occup Environ Med. 2004;61:495-503.
55. Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by hispanic nurses. J Transcultural Nurs. 2003;14:237-43.

56. Atawneh FA, Zahid MA, Al-Sahalawi KS, Shahid AA, Al Farrah MH. Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *Br J Nurs.* 2003;12:102-07.
57. Hutchison B, Ostbye T, Barnsley J. Ontario walk-in clinic study. Patient satisfaction and quality care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-in Clinic Study. *CMAJ.* 2003;168:977-83.
58. Taylor C, Bengler JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J.* 2004;21:528-32.
59. Cuñado A, Jiménez MA, Lanero B, Matallanos P, García F. Satisfacción de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Enf Cientif.* 1997;186-187:55-61.
60. Bache J. Emergency medicine: past, present and future. *J R Soc Med.* 2005;98:255-58.
61. Ashok J, Ogden J. General practitioners "experiences of patients" complaints: a qualitative study. *BMJ.* 1999;318:1596-99.
62. Mateos Monge G. Mateos Monge R. Espinosa de los Monteros ML. Burnout. En: Espinosa de los Monteros ML. *Psicología y hospitalización. Atención en urgencias.* 2ª ed. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá 2006. p.387-401.
63. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid 2002-2007. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2003.
64. Loureriro N, Rodeño MA, Pérez R. Atención Integral de Enfermería en el área de urgencias. *Enf Cientif.* 1999;202-203:27-30.
65. Sánchez Martos J. Marco conceptual de la Promoción y la Educación para la Salud. En: Marqués F, Sáez S, Guayta R, editores. *Métodos y medios en promoción y educación para la Salud.* Barcelona: UOC; 2004. p. 25-61.
66. Sánchez Martos J. Gamella Pizarro C. La educación sanitaria como forma de prevención en geriatría. En: Ribera JM, Gil P. *Prevención en geriatría ¿es posible?* Madrid: Edimsa; 2003. p. 243-58. (Clínicas geriátricas)
67. Sánchez Martos J. Gamella Pizarro C. Educación diabetológica del paciente y su familia. En: Ribera JM, Gil P. *La diabetes mellitus tipo2: un problema geriátrico en alza.* Madrid: Edimsa; 2004. p. 223-38. (Clínicas geriátricas)

68. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Cal Asist.* 2001;16:37-44.
69. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prev.* 1998;IV:12-18.
70. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ. Adaptación de un modelo de Calidad Total al sector sanitario. *Rev Cal Asist.* 2000;15:184-191.
71. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, García J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Cal Asist.* 2003;18(5):263-71.
72. Mira JJ. Satisfecho, sí gracias... pero ahora qué... *Rev Cal Asist.* 2003;18(7):567-69.
73. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
74. Miró O, Salgado E, Bragulat E, Junyent M, Asenjo MA, Sánchez M. Estimación de la actividad en urgencias y su relación con la provisión de camas de hospitalización. *Med Clin (Barc).* 2006;1227(3):86-89.
75. Martín Rodríguez G, Cáceres Hernández JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79:5-15.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar queremos agradecer al equipo de Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense, y especialmente a su Director, el Profesor Juan V. Beneit Montesinos, la magnífica oportunidad que nos ha brindado para nuestro desarrollo profesional con la puesta en marcha de este Master de Investigación en Cuidados. Así mismo queremos expresar también nuestro agradecimiento a los tutores del master, que nos han guiado en la elaboración de este Proyecto. Igualmente queremos hacer un reconocimiento expreso a los compañeros que continuamente nos han prestado su apoyo, ayuda y amistad como el Profesor Luís Fernández Carmena y la Profesora Paloma Posada Moreno. Por último, mi eterna gratitud al Profesor Jesús Sánchez Martos por su maestría, por su paciencia, por estar cuando es necesario y por su amistad incondicional. Gracias a todos.

ANEXO I
CUESTIONARIO SERVQHOS (Services Quality Hospital)



SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

Estimado Sr.:

El equipo de Profesores de la Cátedra de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), de acuerdo con los responsables del Hospital estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ha ofrecido como familiar o acompañante durante su espera en este Servicio de Urgencias, toda vez que pretendemos realizar propuestas de mejora para el conjunto de los hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos mejorar nuestra sanidad introduciendo mejoras que realmente respondan a sus necesidades.

Por supuesto que su colaboración es **totalmente voluntaria y completamente anónima**. Todas sus respuestas serán tratadas de forma **absolutamente confidencial**.

Le agradecemos muy sinceramente su interés y su atención para con nuestro Proyecto, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

La Dirección del Hospital
La Cátedra de Educación Sanitaria de la UCM



SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

Estimada Sra.:

El equipo de Profesores de la Cátedra de Educación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), de acuerdo con los responsables del Hospital estamos interesados en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ha ofrecido como familiar o acompañante durante su espera en este Servicio de Urgencias, toda vez que pretendemos realizar propuestas de mejora para el conjunto de los hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma. Por este motivo nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión y ayuda será de gran utilidad para que podamos mejorar nuestra sanidad introduciendo mejoras que realmente respondan a sus necesidades.

Por supuesto que su colaboración es **totalmente voluntaria y completamente anónima**. Todas sus respuestas serán tratadas de forma **absolutamente confidencial**.

Le agradecemos muy sinceramente su interés y su atención para con nuestro Proyecto, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

La Dirección del Hospital
La Cátedra de Educación Sanitaria de la UCM



SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

Basándose en la experiencia actual señale si la Calidad Asistencial que le ha proporcionado este servicio de urgencias ha sido mejor o peor de lo que Ud. esperaba. Si cree que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba, ponga una "X" en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR, ponga una "X" en la casilla 5

EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL --

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en las urgencias ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El estado en que están las dependencias de urgencias (apariciencia, comodidad) ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El tiempo de espera para que su familiar haya sido atendido por un médico ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La facilidad para llegar al hospital ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El interés del personal por solucionar sus problemas ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La rapidez con que se consigue lo que se necesita ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La disposición del personal para ayudarle cuando lo ha necesitado ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La confianza (seguridad) que el personal transmite a los familiares ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con usted ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El trato personalizado dado a la familia ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La capacidad del personal para comprender las necesidades de los familiares ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La información que los médicos dan los familiares ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El interés del personal de enfermería por los familiares ha sido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- Clave de Respuesta:**
- 1.- Mucho peor de lo que esperaba
 - 2.- Peor de lo que esperaba
 - 3.- Como lo esperaba
 - 4.- Mejor de lo que esperaba
 - 5.- Mucho mejor de lo que esperaba



SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención en Urgencias

MARQUE SENCILLAMENTE CON UNA "X" LA CASILLA QUE MEJOR REFLEJE SU OPINIÓN

- ✓ Su nivel de satisfacción global con la atención que ha recibido durante su espera en urgencias, como familiar o acompañante

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muy Satisfecho | Satisfecho | Poco Satisfecho | Nada Satisfecho |
- ✓ ¿Recomendaría este servicio de urgencias a otras personas?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sin dudarlo | Nunca | Tengo dudas |
- ✓ A su juicio, han estado en urgencias

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menos de lo necesario | El tiempo necesario | Más de lo necesario |
- ✓ ¿Conoce el nombre del médico que ha atendido a su familiar?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si | No |
- ✓ ¿Conoce el nombre del profesional de enfermería que ha atendido a su familiar?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si | No |
- ✓ ¿Cree que ha recibido usted suficiente información sobre la evolución de su familiar?

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si | No |

ANEXO II

PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRARÁN LA UNIDAD “Info-Familia”

Programa de formación y entrenamiento en habilidades de comunicación eficaz

Se trata de un Programa de Formación y Entrenamiento en materia de Comunicación Eficaz progresivo y continuado, con una duración total de 70 horas presenciales, y basado fundamentalmente en una metodología práctica y aplicada mediante las técnicas de micro-enseñanza, el análisis y la discusión de casos y las dinámicas de grupo como el role-playing, fundamentalmente.

El Programa de Formación y Entrenamiento se desarrollará a lo largo de 5 fases consecutivas en forma de Talleres y Seminarios Prácticos que detallamos a continuación:

- Seminario teórico-práctico sobre: “Habilidades en comunicación persuasiva”

Este primer Seminario, que tendrá una duración de 20 horas, estará dirigido a todos los profesionales de la Unidad “Info-Familia”, tanto los Profesionales de Enfermería como el personal de apoyo (auxiliares de enfermería y administrativos) por ser el punto de partida que marcará la dinámica y la filosofía de la Unidad, basada en la cohesión del equipo en relación con la familia y los acompañantes de los pacientes que utilicen el SUH.

- Taller teórico-práctico sobre: “Entrenamiento práctico en comunicación interhumana I”

En este caso el Taller se enfocará prioritariamente hacia los Profesionales de Enfermería responsables de la Unidad, aunque entendemos coherente con el necesario trabajo en equipo que participe en el mismo también el personal de apoyo, y tendrá una duración de 10 horas.

- Taller práctico sobre: “Entrenamiento práctico en comunicación interhumana II”

Igual que en el caso anterior, este Taller se dirigirá a todos los profesionales de la Unidad, con una duración de 10 horas.

- Seminario práctico sobre: “Metodología educativa y diseño de material de educación sanitaria”

Este segundo Seminario de 15 horas de duración, se organizará como en los anteriores para todos los profesionales de la Unidad “Info-Familia”, con el fin

de que todos participen y se impliquen en el diseño y actualización de contenidos educativos, así como en el resto de funciones de la Unidad.

- Taller práctico sobre: “Conclusiones y puesta a punto de la unidad “Info-familia”

En este caso de nuevo, y para finalizar, el Taller reunirá a todos los integrantes de la Unidad, constituyendo el “ensayo general” de las habilidades adquiridas y del material y registros diseñados a lo largo del Programa por parte de todos los participantes, y que servirán de base para el desarrollo y el registro de todas las intervenciones realizadas en la Unidad “Info-Familia”. Tendrá una duración de 15 horas.

A lo largo de los distintos Talleres y Seminarios presenciales, que se desarrollarán de forma intensiva, se intercalarán períodos no presenciales en los que los participantes deberán ir elaborando toda la infraestructura administrativa y educativa que conformará los recursos de la Unidad “Info-Familia”.

Así el Programa de Formación y Entrenamiento en Habilidades de Comunicación Eficaz tendrá una duración total de 70 horas que se distribuirán a lo largo de 4 meses, coincidiendo en el tiempo con el desarrollo de la primera fase de este Proyecto.

Recibido: 5 junio 2009.

Aceptado: 23 julio 2009.