

Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional

María del Carmen Álvarez Baza*Servicio de Urgencias. Hospital de Cabueñes. Gijón. Asturias. España.*

Correspondencia: M.C. Álvarez Baza.

Eleuterio Quintanilla, 37-2.^o A. 33208 Gijón. Asturias. España.**Resumen**

Se ha evaluado el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón sobre la base de los criterios de resultados del modelo EFQM de satisfacción de pacientes y profesionales con la intención de identificar áreas susceptibles de mejora.

La población estudiada fueron los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería que trabajaban en febrero de 2000 en el servicio de urgencias analizado y una muestra aleatoria representativa de los pacientes que acudieron a él entre octubre de 2000 y marzo de 2001.

Se realizó un estudio descriptivo transversal y retrospectivo, utilizando como instrumentos, en el caso de los profesionales, un cuestionario, y con los pacientes, una encuesta telefónica; para la auto-evaluación se aplicó, en febrero de 2004, el Modelo de Excelencia de la EFQM, en los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional.

Los resultados del estudio revelan un adecuado nivel de calidad en el servicio de urgencias estudiado en los criterios evaluados y permiten detectar 15 puntos fuertes y 22 áreas de mejora en las que se puede intervenir.

Palabras clave: Calidad. Servicio de urgencias. Hospital. Autoevaluación. Modelo EFQM. Satisfacción del cliente/paciente. Satisfacción del personal/profesional.

Abstract

An evaluation of the Emergency Department (ED) of the Hospital de Cabueñes de Gijón (Spain) was performed, based on the European Foundation for Quality Management (EFQM) criteria of patient and staff satisfaction with the aim of identifying areas that could be improved.

The population studied consisted of physicians, nurses and nurses' aids working in the ED analyzed in February 2000 and a randomly selected representative sample of patients attending the ED between October 2000 and March 2001.

A descriptive, cross-sectional, retrospective study was performed. A questionnaire was administered to staff and a telephone survey was carried out in patients. For the self-assessment, in February 2004 the criteria of client/patient and staff/professional satisfaction of the EFQM Excellence Model were applied.

Based on the criteria evaluated, the results of this study showed an acceptable standard of quality in the ED studied. Fifteen strong points and 22 areas susceptible to improvement were identified.

Key words: Quality. Emergency department. Hospital. Self-assessment. EFQM model. Client/patient satisfaction. Staff/professional satisfaction.

Introducción

La calidad de la asistencia sanitaria en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) es hoy una constante preocupación de todos los que intervienen en el proceso sanitario (consumidores, pacientes, profesionales, gestores, políticos)¹⁻⁵.

Los SUH constituyen una prioridad para los servicios de salud por el compromiso vital que puede suponer la atención a situaciones urgentes, el crecimiento imparable de la demanda de atención urgente, el volumen de recursos que consume y ser el nivel de atención que garantiza la continuidad asistencial del sistema sanitario ininterrumpidamente todo el año.

Pero el incremento de expectativas tanto de los clientes externos como de los internos y la necesidad de garantizar la eficacia en un marco de actuación donde los recursos son limitados hacen necesario aplicar un modelo que permita evaluar y mejorar la calidad de estos SUH de forma sistemática y así progresar hacia la excelencia⁶⁻⁹.

En 1988, 14 empresas líderes de distintos sectores, tanto industriales como de servicios, en Europa tomaron la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad Total (EFQM) e impulsaron la creación en 1991 del Premio Europeo de Calidad. Pero era evidente que la calidad tenía un significado diferente en la industria y en la sanidad; mientras en la industria se refería a producto o servicio, en la sanidad el objetivo es la salud y la calidad de vida del paciente. Además los costes de la falta de calidad suponen en el primer caso rehacer el producto y en el segundo está en juego la vida del paciente¹⁰⁻¹³.

Posteriormente, en 1994 esta Fundación constituyó un grupo de trabajo para el sector público con el objeto de adaptar el modelo a la atención sanitaria, la educación, los ayuntamientos y otros sectores públicos.

El modelo EFQM de excelencia esquematiza de forma clara los criterios necesarios para el éxito de una organización, así como los criterios para evaluar sus resultados. Es in-

dudable que los factores de organización de una empresa, la política de motivación e incentivación de su personal o la forma de realizar los procesos clave de esa organización tienen gran influencia en la consecución de unos resultados excelentes, entendiendo por resultados tanto la satisfacción de su personal como la de sus usuarios o la mejora de la salud de estos últimos. Basado en el principio de la participación, el liderazgo y la autoevaluación, trata de conseguir y mantener la mejora continua de la calidad de sus servicios¹⁴⁻¹⁸.

En España, el Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) comenzó a implantarse en 1996, con experiencias individuales interesantes¹⁹⁻²⁵, con la excepción del País Vasco, donde casi todos los centros hospitalarios han sido evaluados con resultados francamente positivos²⁶⁻²⁹. En el ámbito internacional la situación es parecida y aunque los autores de publicaciones, la mayoría del Reino Unido y Países Bajos, explican resultados positivos, la realidad es que no deja de ser en estos momentos de aplicación escasa y anecdótica¹¹.

El Modelo de Excelencia de la EFQM constituye un instrumento útil y práctico para la evaluación del sistema de gestión de una organización que presta servicios sanitarios como es el hospital, tanto en su conjunto como en las unidades o servicios dentro de él.

En este estudio se recurrió al Modelo de Excelencia de la EFQM para identificar áreas de mejora del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñas de Gijón respecto de las necesidades y expectativas de los clientes/pacientes y de las valoraciones de los profesionales.

Material y método

En febrero de 2004 se realizó una prueba piloto de autoevaluación en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñas, mediante el modelo adaptado de autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM para los criterios resultado satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesionales sanitarios. Criterios que representan un peso del 20% y el 9% del total del modelo^{30,31}.

Para la autoevaluación se utilizó el enfoque proforma en ambos casos, se examinaron algunas de las actividades de la organización y se las comparó con un patrón de excelencia, lo que facilitó el diagnóstico de los puntos fuertes de la organización y las áreas de mejora.

En el criterio satisfacción del cliente/paciente se midió la percepción de los clientes/pacientes (subcriterio 6a) a través de la información recogida mediante la encuesta de satisfacción de los pacientes, realizada en el SUH en 2001, y la atención que les ofrece ese SUH en relación con sus expectativas³².

La recogida de la información se efectuó mediante encuesta telefónica. Las medidas directas relacionadas con la satisfacción de los pacientes hacían referencia a accesibilidad y capacidad de respuesta, competencia de los profesionales, seguridad, confianza, trato y comunicación, tangibilidad y confort y satisfacción en general por la atención recibida en el SUH analizado.

Se completó esta información con otras medidas complementarias adicionales del rendimiento en relación con los pacientes (subcriterio 6b). Para ello se utilizaron las reclamaciones recibidas durante los años 2000-2001 y 2002.

En el criterio satisfacción del personal/profesional sanitario, para medir la percepción (subcriterio 7a) que tienen los profesionales sanitarios de la organización se utilizó la encuesta de satisfacción de los profesionales del SUH analizado, realizada en 2000^{33,34}.

Participaron en el estudio todos los profesionales sanitarios (22 médicos, 30 DUE/ATS y 29 auxiliares de enfermería) que trabajaban en el SUH analizado en el mes de febrero de 2000.

La medida directa relacionada con la satisfacción de los profesionales trataba de demostrar el éxito de la organización en satisfacer las necesidades y las expectativas del personal/profesionales que trabajan en ella, indicando los aspectos considerados más importantes para los profesionales: aceptación e integración social (As), reconocimiento social (Rs), autoestima (Ac), autodesarrollo (Ad), poder (Po), seguridad (Se), nivel de motivación (Act), nivel de satisfacción (Sat) y nivel de incentivos (Int).

En el subcriterio (7b) que hacía referencia a indicadores relacionados con el rendimiento y la percepción de los profesionales, se utilizó el índice de absentismo de los profesionales durante los años 2000-2001 y 2002 y el índice de respuestas a la encuesta. En ambos criterios se evaluaron los indicadores en cuanto a tendencias positivas y/o rendimiento bueno y sostenido, objetivos alcanzados y apropiados, comparaciones positivas con otras organizaciones externas, causas y ámbito de aplicación, y se obtuvo una valoración total según la matriz de puntuación y una puntuación criterio.

Finalizada la autoevaluación, se procedió a identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora y se desplegó planes de acción para intervenir en las áreas escogidas.

Resultados

La encuesta de satisfacción de pacientes en el SUH analizado no es una práctica habitual, por ello no hay tendencia de resultados durante varios años.

Los resultados obtenidos abarcan adecuadamente la mayoría de las áreas relevantes del criterio: accesibilidad (72,3%), competencia profesional (97,5%), seguridad (91,3%), trato y comunicación (86,7%), tangibilidad y confort (86,9%) y la satisfacción en general (83,1%).

Como puntos fuertes se encontraron la accesibilidad del sistema y el potencial humano existente en el SUH.

El indicador indirecto de la atención a los pacientes dada en el SUH fue el número de reclamaciones recibidas en los años 2000 (0,07%), 2001 (0,05%) y 2002 (0,08%).

Teniendo en cuenta la carga asistencial (90.000 pacientes en 2002) del SUH analizado, la tendencia es aceptable durante los 3 años analizados.

Los resultados abarcan áreas relevantes (accesibilidad, trato, competencia profesional, seguridad, comunicación y confort y satisfacción en general).

Un punto fuerte detectado es que en los 3 años analizados se mantuvo el número de quejas ante el crecimiento del número de pacientes que acudieron al SUH.

La encuesta de satisfacción laboral realizada a los profesionales (médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería) del SUH en 2000 no se siguió realizando periódicamente y por ello no hay tendencia de resultados durante varios años.

Los resultados abarcan la mayoría de las áreas relevantes: aceptación e integración social (78), reconocimiento social (60), autoestima (66), autodesarrollo (67), poder (40,2), seguridad (54) y nivel de motivación (45).

La tasa de respuesta obtenida en las encuestas fue del 50,47%.

Además de la tasa de respuesta de la encuesta, se utilizó el grado de absentismo de los profesionales que trabajaban en el SU en 2000 (7,2%), 2001 (6,3%) y 2002 (10,5%) como indicador indirecto relacionado con la satisfacción de los profesionales, en lo que se observó un crecimiento desmesurado.

Los resultados no reflejan una tendencia demasiado positiva en la práctica totalidad de las medidas expresadas, pero abarcan áreas relevantes (motivación e implicación, participación, satisfacción, absentismo).

Las puntuaciones obtenidas tras la autoevaluación en los criterios resultados en los clientes/pacientes ha sido de 150 y en el personal/profesionales sanitarios, 50; pero lo más importante ha sido la detección de 15 puntos fuertes y 22 áreas de mejora en los que poder intervenir (anexos 1 y 2).

Discusión

La aproximación del Modelo de Excelencia de la EFQM que se planteó en este trabajo propone la autoevaluación como elemento esencial en el enfoque de la calidad total. Ofrece una imagen del estado en el que se encuentra el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes en un momento preciso, que suele expresarse en forma de puntos fuertes, áreas de mejora en las que se puede intervenir y una puntuación general con la que comparar su posición con el perfil del modelo y otros centros evaluados.

Cabe reseñar que las puntuaciones obtenidas deben manejarse con cautela debido a la dificultad que presenta el modelo para aplicarlo con rigor; por ello se ha optado por presentarlas de forma genérica en esta primera experiencia, en espera de que la paulatina utilización del modelo presente un ajuste más "fino" de las notas obtenidas y así el SUH analizado tendrá una referencia para compararse en los sucesivos procesos de autoevaluación.

Aunque las puntuaciones obtenidas en el estudio revelan un adecuado nivel del SUH estudiado respecto a otros hospitales analizados^{20,23,29,35}, no es lo más importante, pues es más útil la detección de 15 puntos fuertes y 22 áreas de mejora.

En el subcriterio resultados en los clientes/pacientes, los usuarios del SUH analizado destacan como puntos fuertes la competencia de los profesionales^{6,36,37}, la seguridad y la confianza en los profesionales que los atendieron^{6,36,37}, la amabi-

lidad en el trato^{19,36,37}, la empatía y el interés percibido por los profesionales³⁷, la información al alta sobre las pruebas realizadas, los resultados, las recomendaciones³⁶ y la satisfacción en general por la atención recibida^{21,36,37}. Así mismo, el número de reclamaciones no ha sido muy elevado dado el número de pacientes atendidos anualmente.

Las sugerencias de mejora tanto en la encuesta de satisfacción como en las reclamaciones van en la línea de reducir los tiempos de espera^{6,19,36,37} para ser atendidos por el médico, recibir resultados de pruebas o subir a planta una vez que está previsto su ingreso, más personal^{6,36,37}, más cuidado en el confort de la sala de espera de la unidad ambulatoria^{6,19,36}, más información a los pacientes a lo largo del proceso asistencial^{6,36}, menos sobrecarga del SUH⁶, más habilidades de comunicación y relación, identificación de los profesionales para saber en todo momento con quién hablan (médico, DUE/ATS, auxiliar de enfermería, celador)^{6,19}, evaluaciones sistemáticas de la satisfacción de los pacientes²³, conocimiento de las competencias técnicas de los profesionales mediante canales de información al usuario¹⁸ y más humanización en el personal sanitario³⁶.

La competencia técnica de los profesionales del SUH estudiado es adecuada, pero quizás sus habilidades relacionales con el paciente para lograr su confianza y su tranquilidad en casos de urgencia no alcanzan el mismo nivel que su preparación en temas más clínicos. La presión asistencial con la que tienen que trabajar, las prisas que esto genera y el estrés al que están sometidos ocasionan a veces desconfianza entre los usuarios. La seguridad y la confianza en los profesionales de los SUH es grande para su capacidad de respuesta en casos graves y es garantía de calidad, pero a veces los usuarios se sienten inseguros ante la falta de identificación del profesional, no disponer de información durante el proceso asistencial, las actitudes de los profesionales, etcétera.

Para los pacientes, los SUH son la puerta de entrada al sistema sanitario más asequible. Reciben atención en el día, acuden a determinadas pruebas diagnósticas saltando las listas de espera y suelen irse con el problema resuelto o con el camino de solución iniciado^{6,7,37}. Por ello la accesibilidad de los SUH es un punto fuerte.

Pero esto supone en muchos casos un incremento de los tiempos de asistencia y un motivo de insatisfacción para los usuarios. Es bien tolerada la espera proporcionalmente a la gravedad del problema, cuando el problema por el que acude el paciente es grave o importante y cuando sin ser grave está resuelto o en camino de solución al alta. En el resto de los casos el tiempo de espera para recibir atención es percibido como largo y es objeto de queja, pues los pacientes consideran que se debe a la presión asistencial, una mala organización del servicio y la escasez de personal^{6,7,37}.

Quizás informar del tiempo de espera, dar a conocer la existencia de la unidad de clasificación o *triage* desde 1996 en el SUH analizado para la valoración y priorización de pacientes³⁸ y mejorar el confort de la sala de espera de pacientes de la zona ambulatoria, situada actualmente en un pasillo por el que pasa todo tipo de pacientes que entran y salen del SUH, disminuiría su ansiedad e insatisfacción y la espera sería más cómoda.

Se propone una serie de actividades tendentes a facilitar la puesta en marcha de las áreas de mejora reseñadas. Actividades centradas sobre todo en el ámbito de la formación (gestión de procesos, despliegue de objetivos, plan de la organización, planes de comunicación) y en el desarrollo de herramientas (encuestas de satisfacción de clientes/pacientes).

Los profesionales sanitarios analizados (médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería) se sienten capacitados para el desempeño de su actividad, sienten que tienen un buen ambiente de trabajo, están satisfechos con las tareas y funciones que desempeñan actualmente y, a pesar de la inestabilidad laboral que tienen, poseen sentimientos de seguridad^{6,7,39-44}. Sin embargo, según los resultados de la encuesta de satisfacción, necesitan reforzar su motivación con incentivos como unas buenas relaciones interpersonales, la potencialidad profesional, el reconocimiento profesional y el salario y las condiciones laborales⁴⁰⁻⁴⁹.

El trabajo en los SUH es variado, intenso y de gran responsabilidad y requiere una actuación inmediata y eficaz; por ello requiere de profesionales motivados, con buena formación, con autonomía en su trabajo, pero a la vez se necesita una buena comunicación interprofesional y un reconocimiento de su labor profesional.

Si se acepta que la participación de los profesionales sanitarios en las encuestas de satisfacción es un indicador de motivación, se podría especular sobre una concentración importante de desmotivados entre los que no contestaron a los cuestionarios, como ocurre con el colectivo de los auxiliares de enfermería. Las cifras de absentismo nos hacen pensar inmediatamente en buscar una solución al problema, dado el crecimiento desmesurado de los últimos años. Se propuso una serie de actividades para las áreas de mejora. Actividades centradas en medición sistemática de la satisfacción/motivación del personal/profesionales, estudios de absentismo e incentivos motivadores.

El Modelo de Excelencia de la EFQM utilizado en el estudio permite pasar de la teoría a la práctica al propiciar la detección de numerosas áreas de mejora en el SUH evaluado; por ello constituye un medio útil para el cambio cultural hacia una estrategia de gestión basada en la calidad total. Pero para que tenga éxito se necesita el compromiso de la autoridad institucional, los equipos directivos del hospital y de los profesionales sanitarios que trabajan en él.

Bibliografía

1. Donabein AF. Conceptos y evolución de la mejora de la calidad. Manual para equipos de mejora de calidad. Barcelona: Fundación Avedis Donabedian; 1996.
2. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marin J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev Calidad Asistencial. 1998;13:92-7.
3. Temes JL. Política y garantía de calidad hospitalaria. Gestión hospitalaria. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
4. Ruiz-López P. La medición de la calidad asistencial. Rev Clin Esp. 2001;201:9-10.
5. Clemente PA, Fortuny B, Tort-Martorell X. Evolución histórica del concepto de calidad. La calidad y su evolución. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura-Casdas; 2003.
6. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.
7. Casado JL, Pérez JJ, Tejedor M, Prieto MM, Fernandez Ruíz I, Pérez G, et al. Atención urgente. Estudios de la situación y propuestas de futuro. Todo Hospital. 2003;198:427-48.
8. Tejedor M, Burillí G, Roquete F, Jiménez L, Leciñena MA, Carrero L. Gestión clínica en un servicio de urgencias. Todo Hospital. 2003;198:462-70.
9. De Sancho JL. Organización y gestión de las urgencias hospitalarias. En: Temes JL, editor. Gestión hospitalaria. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
10. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Autoevaluación de Centros Sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Excelencia de la EFQM. Madrid: MSD; 2001.
11. Clemente PA, Fortuny B, Tort-Martorell X. Introducción y descripción del modelo europeo. Modelo de excelencia de la European Foundation for Quality Management. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito Sanitario. Barcelona: Faura-Casas; 2003. p. 47-59.
12. Membrado J. Planteamiento estratégico de la calidad total. Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia. Madrid: Díaz de Santos; 2002.
13. Bohigas LL. Semejanzas y diferencias entre las estrategias de mejora de la calidad en la industria y en la sanidad. En: Aranaz JM, Vitaller J, editores. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003.
14. Clemente PA, Fortuny B, Tort-Martorell X. Principios básicos de la excelencia. Modelo de Gestión de la Calidad Total. Modelo de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura Casas, 2003. p. 27-43.
15. Sánchez E, Darpón J, Villar F, Letona J, Martínez-Conde AE, González Llinares RG. De la gestión de la calidad hacia la excelencia en la gestión a través del modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) en una red pública de centros sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2000;115:177-83.
16. Moracho O. Gestión por procesos en el H. de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de mejora continua. Rev Calidad Asistencial. 2000;15:142-50.
17. Mira JJ. Modelo Europeo de Excelencia EFQM y técnicas de *benchmarking*. En: Aranaz JM, Vitaller J, editores. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003. p. 61-70.
18. Lorenzo S. Hacia la gestión de la calidad total. En: Aranaz JM, Vitaller J, editores. La calidad: Un objetivo de la asistencia, una necesidad de la gestión sanitaria. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud; 2003. p. 131-38.
19. Rebull J, Castello M, De Pablo A, Vázquez R, Portoles M, Chonovas MR. Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:286-90.

20. García EI, Rodríguez-Cornejo MJ, López-Sánchez A, Cruzado MD, Martínez-Mora M, Arrigas E, et al. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:234-42.
21. Otero Ochoa LA, Silva Sánchez D, Garrido Casar J, Pereira Candel J. Desarrollo de los criterios del modelo europeo de gestión de calidad en hospitales públicos. Gestión Hospitalaria. 2000;11:127-43.
22. Ricci Voltas C, Villar Barreiro J, Villaverde A. Experiencia de una autoevaluación según el modelo de excelencia de la EFQM. Una gran reflexión. Todo Hospital. 2003;199:528-34.
23. Ramón C, Ricci C. Proceso de autoevaluación de la Fundación Hospital Manacor mediante el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total. Rev Calidad Asistencial. 2000;15:151-4.
24. Fernández-León A, Berros MA, García M. La experiencia del Hospital Monte Naranco en la aplicación del Modelo de la EFQM. Rev Calidad Asistencial. 2000;15:155-60.
25. Vitaller J, Velasco V. Adaptación de un modelo de gestión de calidad total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial. 2000;15:184-92.
26. Arcelay Salazar A, Hernández Sánchez L, Inclán Iribar G, Bacigalupe Artacho M, Letona Aramburu J, González Llinares R. Proceso de autoevaluación de los centros sanitarios de Osakidetza mediante el modelo europeo de gestión de calidad total. Rev Calidad Asistencial. 1999;414-8.
27. Moracho P, Colina A, Amondarain MA, Aguirre L, Ruíz Álvarez E, Salgado MV. Experiencia práctica del proceso de evaluación externa con el Modelo de Excelencia de la EFQM en el Hospital de Zumárraga. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:322-9.
28. González RM. El Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM y la Enfermería. Gestión Hospitalaria. 2001;12:27-34.
29. Ugalde M, Sierra F, Pardo P. El proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:330-8.
30. Lorenzo S, Arcelay A, Bacigalupe M, Mira J, Palacio F, Ignacio E, et al. Guía para autoevaluación de centros sanitarios utilizando como referencia el Modelo de Autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM). Madrid: MSD; 2001.
31. Clemente PA, Fortuny B, Tort Martorell X. Autoevaluación siguiendo el enfoque de simulación de presentación al Premio Europeo del Hospital de la Vall de Clefort. Modelo de Excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura/Casas; 2003. p. 63-135.
32. Álvarez MC. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. Enfermería Clínica. 2003;13:16-25.
33. Álvarez MC. La comunicación en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). Enfermería Científica. 2005;244-245: 5-18.
34. Fernández JL. Escala de motivaciones psicosociales. Madrid: TEA; 1996.
35. Maíz E, Aguirre A, Portillo I. ¿Se puede desarrollar el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total en el Hospital? Todo Hospital. 1997;134:23-9.
36. Blede JM. Estudio de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del H. General de Albacete (España). Gestión Hospitalaria. 2000;11:51-7.
37. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez-Jover V, Blaya I, García A, et al. Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:390-6.
38. Álvarez MC. El *triage* en los servicios de urgencias hospitalarios. Enfermería Clínica. 2001;11:230-8.
39. García EI, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno Peralta J, Ignacio JM. Factores asociados a la satisfacción de los profesionales en los hospitales públicos andaluces. Todo Hospital. 1997;141:7-12.
40. Marc JC, Silio F, Prieto MA, Bravo M, Cisneros G, González A. Relación importancia-satisfacción de los componentes de la motivación en el trabajo. En: Libro de Comunicaciones de la X Jornada de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 1995.
41. Marc JC, Silio F, Prieto MA, Cisneros G, González A. La satisfacción de los profesionales. En: Libro de Comunicaciones de la X Jornada de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 1995.
42. Prieto MA, Marc JC, Gutiérrez P, Carmona G; Equipo de evaluación (PSMI). Motivación e incentivos: percepción diferente de gestores y profesionales. Aten Primaria. 1998;22:220-6.
43. Castellá EJ. Satisfacción y motivación de los profesionales médicos de atención primaria. Centro de Salud. 1994;179-85.
44. Llopis S, Rosales I, Soler R, Soriano F, Cardona V, Ruiz J. Motivación laboral. Creación de círculos de calidad. Rev Rol Enfermería. 1993;176:33-8.
45. Albaina E, Díez A, Ibáñez I, Portillo M, Suso E. Enfermería en atención primaria. Funciones y motivación. Enfermería Clínica. 1995;154-155:12-8.
46. Palacio F, Pascual J, Daniel J, Espelt P, Pons A. ¿Qué motiva y qué desmotiva a nuestros profesionales? En: Libro de Comunicaciones de la X Jornada de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada: EASP; 1995.
47. Lomeña JA, Botella M, López C, Cabra JM, Martínez C. Incentivos no económicos en los profesionales de atención primaria de salud. Centro de Salud. 1994;559-63.
48. Gómez ME, Pajares DR, Gómez MP. Motivación laboral en un hospital comarcal. Todo Hospital. 1998;148:443-50.
49. Morell L. La motivación y los incentivos en atención primaria. Medifam. 1995;5:143-9.

Anexo 1. Planes de mejora en el criterio satisfacción del cliente/paciente

Áreas de mejora	Objetivos	Estrategia de intervención
Tiempo de demora en la clasificación o <i>triage</i>	Permite conocer la rapidez o lentitud para identificar a pacientes graves y comenzar a atenderlos Permite conocer la eficacia y eficiencia de la organización del proceso	Personal cualificado para el <i>triage</i> , con: Cursos de capacitación Experiencia mínima de 6-12 meses en el SUH Habilidades de comunicación Características de líder y con capacidad para resolver problemas y sintetizar información Definir estándares de tiempos para ofrecer información a pacientes y acompañantes. Facilitar informe en la unidad de clasificación sobre el tiempo de espera habitual para ser atendido, según ingreso, franja horaria, del día, etc., haciendo hincapié en que dicha información está sujeta a incidencias anómalas
Tiempo medio de demora en la asistencia médica	Conocer la rapidez o lentitud con la que se comienza a prestar atención médica Conocer la eficacia y eficiencia de la organización del proceso	Adjudicación de paciente al profesional médico desde la unidad de clasificación Incremento de plantilla Más implicación de los especialistas de guardia
Tiempo de estancia en el SUH (espera de resultados)	Permite conocer el tiempo que permanece el paciente en el SUH, desde que llega hasta que lo abandona por alta, ingreso, muerte o traslado a otro centro	Mayor coordinación (atención primaria) Mejora de circuitos Suficientes servicios de soporte Tecnología necesaria Mayor destreza de los profesionales Trabajo en equipo
Sala de espera de pacientes de la unidad ambulatoria	Proporcionar los mayores confort y espacio posibles para que la espera se haga lo más agradable posible	Remodelar la sala de espera de la unidad ambulatoria para que desprendga mayor comodidad y sea más confortable Definir estándares de calidad
Información a pacientes a lo largo del proceso asistencial y a familiares	Permite mejorar la relación terapéutica médico-paciente Permite aliviar la angustia de los familiares Evita reclamaciones	Folleto con información sobre el sistema de asistencia en la sala de espera Información oral en el SU periódicamente Información del circuito de urgencias en la unidad de clasificación Información médica del paciente y familia, dejando constancia en la historia de ello Habilidades de comunicación para el personal sanitario. Formación Identificación de los profesionales
Sobrecarga del SU	Planteamiento integral de la atención urgente y de los distintos niveles de atención	Revisar y actualizar la organización interna del SU con criterios de eficacia y eficiencia, convirtiéndolos en servicios con una única organización, con la gravedad del paciente como eje conductor en todas las actuaciones, con la polivalencia de éstos como definición conceptual, con una mayor coordinación con los especialistas, garantizando la continuidad de los cuidados en el hospital y reduciendo los costes de la atención sin que afecte a la calidad en beneficio del paciente Incrementar la capacidad de resolución de los SU extrahospitalarios en centros de salud y de la propia atención primaria como primer eslabón de la cadena asistencial de cualquier servicio de salud, mejorando sus niveles de coordinación, tradicionalmente muy bajos con la atención especializada Mejorar la formación específica de los profesionales de los SU, incrementar su capacidad de resolución de la habitual de estos servicios, a los que se debería dotar de las plantillas adecuadas Mejorar la dotación tecnológica (radiología, laboratorio, especialidades, para incrementar su capacidad de resolución) Valorar la presencia en la entrada de las urgencias hospitalarias de personal cualificado para la realización del <i>triage</i>

(Continúa)

Anexo 1. (continuación)

Áreas de mejora	Objetivos	Estrategia de intervención
Comunicación relacional	Mejorar la imagen de los SU y de los profesionales que trabajan en ellos	Formación en habilidades de comunicación y en relaciones interpersonales
Identificación de los profesionales sanitarios	Que el paciente sepa en todo momento con quién habla	Presentarse siempre al paciente si las condiciones lo permiten Disponer de tarjeta de identificación para cada profesional sanitario Ropa de trabajo con identificación de categoría profesional, mediante bordado u otra técnica
Evaluación sistemática de la satisfacción de los pacientes	Conocer si el paciente está satisfecho con la atención que se le presta	Encuestas de satisfacción de los pacientes por la atención recibida en el SU; a la salida del SU o por teléfono, cada 3 meses y con efecto retroalimentador

SU: servicio de urgencias; SUH: servicio de urgencias hospitalario.

Anexo 2. Planes de mejora en el criterio satisfacción del personal/profesional sanitario

Áreas de mejora	Objetivos	Estrategia de intervención
Relaciones interpersonales	Recuperar la confianza y el entusiasmo de los profesionales que trabajan en el SUH analizado, necesario para la supervivencia del sistema sanitario público, para asumir el reto de una mejora continua en el nivel de calidad de la asistencia prestada a los pacientes	Mejorar la calidad de las relaciones individuales, que cada profesional tiene con sus superiores y la confianza, el respeto y la consideración que sus superiores les prodigan diariamente. Conocer sus opiniones, sugerencias, que les dieran la información necesaria para ellos y les invitaran a participar en la toma de decisiones, además del reconocimiento por el trabajo bien hecho
Potencialidad profesional		Facultar a los profesionales dándoles independencia y autonomía en su trabajo. Ofreciéndoles la oportunidad de poner en práctica sus aptitudes, no poniéndoles limitaciones desde el exterior
Reconocimiento profesional		Que los eslabones de la cadena de comunicación estén unidos. La realización de reuniones donde los profesionales intercambien sus impresiones y experiencias supondría una mejora en la relación entre los compañeros y mejorarla el trabajo en equipo
Salario y condiciones laborales		Elevar el valor social de los profesionales, haciendo que el usuario no sólo vea prestigio en la tecnología, el trasplante, la fertilización in vitro, la cirugía complicada, sino en el equipo de profesionales que trabajan en los SUH, que han de atender con una rápida intervención a personas de todas las edades, con alteraciones físicas o emocionales no diagnosticadas previamente, que además gozan de una excelente preparación y calidad personal
Evaluación periódica de la satisfacción/motivación laboral de los profesionales sanitarios	Reducir los niveles de absentismo	Mejorar la calidad profesional y de asistencia mediante la formación continuada, sirviendo a su vez de estímulo para los mismos profesionales
Absentismo laboral		Que el entorno laboral y el ambiente en general sea cómodo, acogedor, pues en él los profesionales pasan la tercera parte de su vida: Creación de espacios de reunión amplios Creación de espacios de trabajo adecuados Disponer de equipos apropiados y de buen funcionamiento Unidad de clasificación agradable Disponer de instalaciones adecuadas para las zonas de descanso Abrir vías de acceso a la promoción horizontal y vertical, no rebajando niveles de formación, pero sí dando posibilidades reales de adquirir los niveles exigidos. Carrera profesional Incentivar a los profesionales mediante reconocimiento, participación, sin olvidarse de la recompensa económica proporcional al desempeño del puesto de trabajo Estudios de cargas de trabajo para adecuar la plantilla de profesionales a las necesidades del SU Encuestas de satisfacción/motivación laboral a los profesionales que trabajan en los SUH, cada 6 meses y con efecto retroalimentador; que permitan conocer sus necesidades y así poder cuidarlos Estudios de absentismo laboral periódicamente para analizar los índices de absentismo, identificando sus principales determinantes. Además de acciones curativas de recuperación de la salud perdida, se incorporarán responsabilidades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud de la empresa