

CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE LOS VIRES DEL SUMMA 112

AUTORES: Elena Pastor Benito. Rita González García. Verónica Postigo Hernández. Sonia Díaz Granado.

RESUMEN:

Introducción: Los servicios extrahospitalarios constituyen un área asistencial fundamental en el conjunto de la atención sanitaria, siempre están en continuo desarrollo. Así, debido a esta continua evolución se introdujo en nuestro servicio (SUMMA 112) un nuevo recurso denominado VIR (Vehículo de Intervención Rápida). Su función es la asistencia "in situ" de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Nuestro principal objetivo será conocer la calidad percibida por los usuarios del VIR durante los años 2005–2006. Metodología: se trata de un estudio descriptivo inferencial, siendo nuestra población a estudio todos los usuarios atendidos por los vires durante los años 2005 y 2006. Para llevar a cabo el estudio realizamos una encuesta telefónica a través de un cuestionario realizado en base al modelo SERCAL que valora 5 dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Resultados y conclusiones: Del total de historias el 67% eran mujeres y el grupo erario más encuestado fue el comprendido entre 56 y 75 años. De nuestro trabajo se concluye que los usuarios valoran con una nota media de 8,9 sobre 10 la asistencia global del equipo VIR por el que fueron atendidos. En relación a la capacidad de respuesta los usuarios valoran positivamente tanto el tiempo de espera al teléfono como el tiempo que transcurre entre que cuelgan el teléfono y llega el recurso.

PALABRAS CLAVE: VIR, calidad percibida, extrahospitalaria y emergencia.

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Los servicios extrahospitalarios constituyen un área asistencial fundamental en el conjunto de la atención sanitaria estando en continuo desarrollo. Los cambios vienen dados por una mayor especialización que precisa de nueva tecnología, la mayor demanda por parte de la población y la aparición de nuestro trabajo en los medios de comunicación hacen que se cree una opinión pública de antemano aunque no se haya sido usuario de estos servicios. Debido a esta continua evolución se introdujo en nuestro servicio (SUMMA-112) un nuevo recurso: el VIR (Vehículo de Intervención Rápida).

Durante los meses de Julio y Agosto del 2001, se inició el pilotaje y empezó a funcionar el 2 de Enero del 2002. En la actualidad la Comunidad de Madrid dispone de 18 VIRES. Se trata de un vehículo asistencial tipo monovolumen o todo terreno, equipado con la tecnología e instrumental sanitario similar al de una UME (UVI móvil), pero sin posibilidad de trasportar al paciente en su interior. Tiene una dotación de médico, enfermera y técnico-conductor. Su función es la asistencia "in situ" de urgencias y emergencias extrahospitalarias. Se diferencia de una UME por:

- a) Mayor maniobrabilidad.
- b) Menor peso y tamaño.
- c) Mayor velocidad en vías que lo permitan.
- d) Menor tiempo de respuesta en distancias equivalentes.
- e) Menor coste.

Todas estas características permiten tomar decisiones en etapas: Matizar el aviso in situ, valoración in situ de la urgencia no demorable y la atención de la urgencia y emergencia en domicilio no susceptible de ser trasladada una vez tratada. Capacitación para medicalizar una ambulancia convencional (1). La calidad asistencial hoy en día está en auge y se oye hablar de ella en todos los medios de comunicación, siendo desde hace unos años una exigencia ciudadana. La OMS (1985) define que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso. (2)

El coste de la no-calidad supone el 25% del coste total de la producción; traslados innecesarios, errores técnicos, uso de material o medicamentos inadecuados, reclamaciones por mala praxis, demoras injustificadas, etc. No es suficiente curar al enfermo con la técnica adecuada y un trato humano correcto, sino que además, el enfermo debe estar satisfecho con la atención recibida.(2)

En España, la calidad en sanidad es una inquietud relativamente reciente, pues sólo hace 20 años que se implantó por primera vez un programa de calidad asistencial en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. (3) Desde entonces esta inquietud se ha ido expandiendo a los diferentes ámbitos que componen los servicios sanitarios y entre éstos los extrahospitalarios.

En la CAM la definición y puesta en marcha del proyecto que coordina la implantación de distintas herramientas y actuaciones para la mejora de los Servicios Sanitarios madrileños se encuadra en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, como en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. (4)

Hace una década se realizó una encuesta de satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios de Atención Primaria y en el año 2004 el Servicio Madrileño de Salud valoró e inició la extensión de esta línea estratégica a los Servicios de Urgencias y sus diferentes dispositivos asistenciales. (5) En esta encuesta sólo se incluyeron las UMES pero este año se ha realizado la segunda en la que se contempla de nuevo a los dispositivos extrahospitalarios, incluyendo a los VIREs por primera vez.

El SAMUR ha realizado encuestas de este tipo en su servicio. (6)

Todas estas encuestas de satisfacción de los ciudadanos ponen de manifiesto la relevancia de estos estudios, para obtener información de gran utilidad a la hora de establecer estrategias de intervención acordes a las necesidades sentidas por la población.

Pero el grado de satisfacción de los usuarios es sólo un indicador del funcionamiento del sistema. Así, para mejorar dentro de un sistema de gestión de la calidad, debemos conocer la calidad percibida tanto de los pacientes como de los profesionales.

Nosotros vamos a comenzar por conocer la percepción de la calidad por parte del paciente, dejando para próximos estudios la percepción de la calidad por parte de los trabajadores. Siendo nuestro principal objetivo de estudio conocer la calidad percibida por los usuarios del VIREs durante los años 2005-2006.

Nuestros objetivos secundarios serían: Averiguar si el usuario sabe lo que es un V.I.R.; conocer como valoran los usuarios los diferentes elementos que influyen en la calidad percibida y comparar si hay cambios en la calidad percibida de los usuarios del año 2005 respecto al 2006.

2. METODOLOGÍA (material y métodos):

Se trata de un estudio descriptivo inferencial. La selección de la muestra se realizó basándose en el principio fundamental de aleatorización. Nuestra población de estudio (universo) son todos los usuarios atendidos por vires durante los años 2005 y 2006. En base a datos suministrados por la entidad SUMMA 112 se observó que el mes de abril era el punto de inflexión entre los meses de mayor y los de menor asistencia, siendo éste del que se extrajo la muestra estudiada. Asumimos que la muestra tendría un nivel de confianza de 95,5% y un error muestral del 5% (siendo $p=q=0,5$). Se eligieron 10 días del mes de abril randomizados mediante programa informático, resultando que los días a estudio serían: 9, 10, 11, 12, 15, 18, 23, 25, 28 y 30. De estos días elegidos fueron estudiadas todas las historias clínicas registradas en soporte papel. Para llevar a cabo el estudio realizamos una encuesta telefónica a través de cuestionario. El diseño del mismo se realizó en base al modelo Sercal el cual es una adaptación del modelo Serqual adaptado a la atención sanitaria. El modelo Sercal mide o valora 5 dimensiones: 1. Elementos tangibles: La apariencia de las instalaciones, material, equipos, sistemas de comunicación...; 2. Fiabilidad: que se considera como la habilidad de prestar el servicio prometido de una forma precisa; 3. Capacidad de respuesta: Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida; 4. Seguridad: Conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados, su amabilidad... y 5. Empatía: atención individualizada. En base a esto, se confeccionó un cuestionario que constaba de 26 preguntas y cada una versaba sobre alguna de las dimensiones mencionadas. A continuación, exponemos la relación entre cada pregunta y la dimensión a la que se refería: Dimensión 1: preguntas: P 4, P 5, P 6 y P 25; Dimensión 2: P 7, P 23, P 24 y P 26; Dimensión 3: P 8 y P 9; Dimensión 4: P 10, P 11, P 12, P 16, P 17 y P 18; Dimensión 4 y 5: P 13, P 14 y P 15; Dimensión 5: P 19, P 20, P 21, P 22 y el encabezamiento de la encuesta. Además, señalamos que las preguntas P 1, P 2 y P 3 nos servían para el reconocimiento de la muestra. Las respuestas a las preguntas subjetivas fueron medidas en escalas nominales y discretas eligiendo la escala de LIKERT (puntuación del 1 al 10).

Las encuestas fueron realizadas de forma telefónica por enfermeras del servicio, previamente formadas y evitando que se realizasen encuestas a usuarios atendidos por el recurso en el que desarrollan su trabajo, solicitando el consentimiento informado de forma verbal a los mismos antes de comenzar la encuesta..

Se realizó un estudio piloto en 50 usuarios para validar el cuestionario. En dicho estudio se validó el contenido, la construcción y fiabilidad del mismo desechando aquellos ítems que no cumplieron los criterios establecidos.

Las encuestas del año 2005 fueron realizadas durante el mes de marzo de 2006.

Las encuestas del 2006 se realizaron en los diez días posteriores a la asistencia, para evitar el sesgo del olvido.

El análisis estadístico se realizó con el programa informático Excel.

Las variables cualitativas se expresan en formas de porcentajes y las cuantitativas en forma de media, moda y desviación estándar.

3.- RESULTADOS:

3.1.- Perfil de los encuestados: véase Tabla 1: Perfil de los Encuestados.

3.2. Dimensión 1: Elementos tangibles: véase Tabla 2: P.4: Identificación de la empresa que presta el servicio; Tabla 3: P.5: Número telefónico utilizado para solicitar asistencia; Tabla 4: P.6: Conocimiento del servicio V.I.R.; Tabla 5: P.25: Adecuación del material utilizado en la asistencia sanitaria.

3.3. Dimensión 2: Fiabilidad: véase Tabla 6:P.7: Diferenciación entre profesionales sanitarios; Tabla 7:P.23: Valoración de la compenetración del equipo; Tabla 8: P.24: Valoración global de la asistencia; Tabla 9: P.26: Valoración de pacientes que repiten asistencia.

3.4.-Dimensión 3: Capacidad de respuesta: véase Tabla 10: P.8: Valore cuanto tiempo estuvo esperando al teléfono; Tabla 11:P.9: Valore el tiempo desde que colgó el teléfono hasta que llego la ayuda.

3.5.- Dimensión 4: Seguridad: véase Tabla 12: P.10; P.11; P.12: Valoración del trabajo/actuación del profesional; Tabla 13: P.13; P.14; P.15: Valoración de la amabilidad del profesional; Tabla 14: P.16; P.17; P.18: Valoración de la información dada por el profesional.

3.6. Dimensión 5: Empatía: Atención individualizada: véase Tabla 15: P.19; P.20; P.21: Valoración de la escucha del profesional; Tabla 16: P.22: Valoración del trato humano y respeto a la intimidad.

4. DISCUSIÓN:

4.1.- Perfil de los encuestados. Atendimos a más mujeres que hombres, coincidiendo con otros trabajos publicados referencias (7) (8) (9) (5)

En cuanto a los tramos etarios de los encuestados, el más frecuente es el comprendido entre 55 y 75 años, diferenciándonos de otros servicios de urgencias donde se atienden otros grupos de edad por debajo de los 50 años. (7) (8).La mayoría de las encuestas fueron realizadas por testigos directos (65%), no por el paciente atendido

4.2. Dimensión 1: Elementos tangibles: Este punto hace referencia al material, equipo, sistemas de comunicación. (10) (11) (12) .

P 4: Tabla2 .Solo un 39% identifica al SUMMA de formas correcta, siendo superada esta cifra en el 2006.

P.5. Analizando por separado el año 2005 y 2006 se observan algunas diferencias: un resultado lógico es que los pacientes atendidos más recientemente recuerdan mejor el teléfono utilizado (25% en el 2006 frente al 38% en el año anterior).

Observamos una menor utilización del botón de teleasistencia en el 2006.

P 6. Un 94% desconoce lo que es un VIR

P 25. La gran mayoría de los usuarios opina que se utilizó todo el material necesario para atenderle.

4.3. Dimensión 2: Fiabilidad(10) (11):considera la habilidad de prestar el servicio prometido de una forma precisa.

P7. Tanto en el 2005 como en el 2006, aproximadamente el 50% de encuestados es capaz de diferenciar a cada uno de los integrantes del dispositivo.

En otros servicios de urgencias extrahospitalarias, el porcentaje es superior al nuestro (8), posiblemente sea porque los usuarios no están familiarizados con la uniformidad de estos servicios.

P 23. La nota media en ambos años ha sido aproximadamente de un 9,3 sobre 10, lo cual significa que los usuarios opinan que el equipo por el que fueron atendidos se compenetraba casi perfectamente.

El numero de personas que no NS/NC la pregunta es bajo y además no existen diferencias significativas entre los dos años.

P 24. La nota media en cuanto a la valoración global de la asistencia fue de un 8,9 sobre 10 y prácticamente se obtienen resultados idénticos entre los dos años. Otro resultado satisfactorio es que la mayoría de los encuestados respondieron a esta pregunta, lo que indica que las buenas puntuaciones obtenidas representan a la gran mayoría de los pacientes atendidos. En estudios previos de otros servicios de urgencias se obtienen puntuaciones elevadas, pero sin embargo nuestro trabajo destaca por el escaso número de NS/NC. (7) (8) (9) (5)

P 26. Hay un incremento de pacientes que considera que el servicio prestado ha mejorado, si comparamos los dos años a estudio. (29% los atendidos en el 2005 frente a 41% en el 2006)

4.4.-Dimensión 3: Capacidad de respuesta (10) (11) (12): Se trata del deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida. (13) (7)

Sólo un 10% valora el tiempo de espera como mucho. En estudios realizados en otros servicios de urgencias el tiempo de espera es el ítem peor valorado.

4.5.– Dimensión 4: Seguridad (14) (11) (12): Tiene relación con el conocimiento del servicio prestado y cortesía de los empleados.

En la literatura revisada se valora mejor a unos profesionales que a otros (7) (8), sin embargo, en nuestro estudio la puntuación es elevada por igual para los tres grupos profesionales. Esto puede ser debido a que en el medio extrahospitalario se trabaja más en equipo, ya que en la mayoría de los casos toda la atención está dirigida a un solo paciente.

La amabilidad también está bien valorada (7) siendo igual o superior a 9 sobre 10.

Observamos una leve mejoría en el 2006 sobre el 2005.

La información recibida de cada uno de los profesionales también ha sido bien valorada por los encuestados. El valor medio obtenido ha sido entre 8,6 y 8,9 sobre 10.

4.6. Dimensión 5: Empatía: Atención individualizada. El usuario atendido se ha sentido escuchado por todos los profesionales del servicio. Se obtienen puntuaciones superiores a 8,5 en todos los casos.

No se observan diferencias significativas entre las valoraciones de los diferentes profesionales del servicio.

En otros trabajos revisados, en urgencias hospitalarias, el cliente refiere que la disponibilidad del personal para escuchar al usuario no es adecuada (7), puede ser debido a que, en nuestro medio, en la mayoría de los casos, toda la atención está focalizada hacia un solo paciente. P 22.

En cuanto al respeto a su intimidad y al trato humano recibido, Tabla 16. El 95% de los encuestados lo valora positivamente. Al revisar estudios previos, los resultados obtenidos son igual de buenos en servicios similares al nuestro. (8)

4.7.–Perdidas de casos (7) Tabla 17, Figura 1. Contestaron a la encuesta la mitad de los pacientes, solamente un 8% no colabora (7). La tasa de participación en los estudios de satisfacción mediante encuesta de opinión, suelen ser bajas (30%–40%) (7). En nuestro caso es mucho más elevada, siendo nuestro principal problema la mala cumplimentación de los informes, aunque se observa mejoría en el 2006. El número de casos perdidos es muy elevado, Figura2. Nos sorprende que en la literatura consultada no se haga referencia a los casos perdidos. (7) (8) (9) (5)

8.– CONCLUSIONES:

En cuanto al perfil de los encuestados, cabe destacar que la mayoría (65%) han sido contestadas por testigos directos y no por los propios pacientes. Creemos que puede ser debido a dos causas: que hay un alto porcentaje de usuarios atendidos de avanzada edad y por otro lado que el estrés sufrido por el paciente le hace no acordarse con claridad de ciertos detalles de la asistencia.

En cuanto a la pérdida de casos se ha observado que el 81% de las historias clínicas disponibles no pudieron utilizarse. La principal razón de pérdida de casos es que el teléfono del paciente no fue anotado por el equipo sanitario durante la intervención. Este hallazgo nos preocupa porque además de suponer un importante sesgo en este trabajo, supone una incorrecta cumplimentación de la filiación del paciente en su historia clínica.

En cuanto a la valoración de los elementos tangibles de una empresa observamos que la gran mayoría de los encuestados ni saben identificar a la empresa que les prestó sus servicios, ni distinguir a los diferentes profesionales que le atendieron, ni tampoco saben describir que es un V.I.R, vehículo por el que fueron atendidos.

Sin embargo, un importante porcentaje está satisfecho con el aparataje utilizado para atenderles identificándole como el necesario para la intervención realizada.

En la dimensión referida a la fiabilidad los usuarios atendidos se muestran muy satisfechos valorando con buena nota (8,9 sobre 10) la asistencia global y la compenetración del equipo por el que fueron atendidos.

Sólo la mitad de los encuestados supieron diferenciar a los distintos profesionales que acudieron a su domicilio.

Si comparamos la intervención realizada con otras anteriores, sólo un pequeño porcentaje de los usuarios se refieren a esta última como peor que la anterior. Esto sugiere que ha mejorado la percepción y la opinión de los usuarios atendidos respecto a asistencias anteriores realizadas por el mismo servicio.

En relación a la capacidad de respuesta los usuarios valoran positivamente tanto el tiempo de espera al teléfono como el tiempo que transcurre entre que cuelgan el teléfono y llega el recurso.

Como resumen y teniendo en cuenta las distintas dimensiones podemos afirmar que los usuarios atendidos por el VIR se encuentran muy satisfechos de la atención recibida por este recurso que comienza su andadura dentro de la atención extrahospitalaria.

9.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Comunicado de prensa del 2002: Glosario de términos; Ministerio de Sanidad y Consumo INSALUD; Gerencia de Atención Primaria 061 de Madrid.
2. Pérez I, et al. Sistemas de garantía de calidad en urgencias y emergencias.
<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/calidad.pdf>.2002
3. Amigó M, et al. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias. Rev. Emergencias 2006; 18:7-16
- 4.http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142313993259&language=es&pagename=SUMMA112%2FPage%2FS112_pintarContenidoFinal
5. Aguilera M, et al. Encuesta de Satisfacción de Salud 2006. Servicio Madrileño de Salud. 2007.
6. Suárez R, et al. Calidad percibida por los pacientes de un servicio de emergencia extra hospitalario. Póster presentado en el XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Palma de Mallorca, 8-11 Junio 2005.
7. Gea T, et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves.Rev Calidad Asistencial 2001; 16:37-44.
8. Calafell J, et al. Grado de satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias. Rev. Metas 2002; 44:6-10
9. Carbonell MA, et al. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Rev. Emergencias 2006; 18:30-35.
10. Hernan M, et al. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y la Janda. Rev. Atención Primaria 2002; 30:425-433.
11. López-Madurga ET, et al. Estrenamos Servicio de Urgencias, ¿Mejora la satisfacción de los pacientes? Rv Calidad Asistencial 2001; 16:164-168
12. Heckmann G. Medición de la Calidad de los Servicios. Maestría en dirección de Empresas. Universidad del CEMA 2003.
13. Suarez R, et al. Calidad Percibida por los pacientes de un servicio de Emergencias Extra hospitalario, SAMUR-Protección Civil, Ayuntamiento de Madrid; XVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Palma de Mallorca; Junio 2005.
14. Gómez de la Cámara A. Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria. Madrid. Jarpyo Editores, S.A. 1998.