

## Estudio de satisfacción del usuario/a del Servicio de Atención de Trabajo Social Hospitalario

**Eva Ortiz Forcadell**

Trabajadora Social en el Hospital Universitari y Politècni La Fe de Valencia

### Resumen

La medida de la satisfacción de los/as usuarios/as de los servicios sanitarios es cada vez más valorada como instrumento para poder mejorar la calidad. Hay abundantes estudios que miden la satisfacción de los/as usuarios/as hospitalizados o que acuden a consultas médicas. Este estudio es el primero en España que mide la satisfacción de los /as usuarios/as atendidos/as en el servicio de atención de una unidad de trabajo social hospitalaria. Objetivo: Medir el grado de satisfacción del usuario/a atendido/a en el servicio de atención de la unidad de trabajo social del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, basándose en cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

Método: se elaboró un cuestionario ad hoc que se pasó a una muestra de 897 usuarios/as atendidos/as entre los meses de enero a abril de 2015. El cuestionario contaba con cuatro preguntas relacionadas con los indicadores de calidad, se recogían también datos demográficos, edad y sexo, y se incluía un apartado para observaciones. Se ha realizado tanto el análisis descriptivo, como cualitativo mediante la codificación de los comentarios. Resultados: El índice de participación fue de un 47% (419 cuestionarios recogidos). El 87´5% de usuarios/as esperaron a ser atendidos/as menos de 15 minutos, un 84 % dijeron haber sido muy bien atendidos. A un 96´4% les resultó de mucha utilidad la información recibida y un 96´9% indicaron mucha claridad en la información. El 78´8 % no contestó al apartado de observaciones. Conclusiones: Los/as usuarios/as están satisfechos/as con el trato y la información recibida en el servicio de atención.

### Palabras claves

Calidad, Indicadores, Satisfacción, Secreto profesional, Trabajo social, Unidad de trabajo social, Usuario.

### Abstract

The measurement of satisfaction of users of health services is increasingly valued as a tool to improve quality. There are numerous studies that measure the satisfaction of users who are hospitalised or that attend a medical appointment. This is the first study in Spain to measure satisfaction of users attended at the care service of a hospital social work unit.

Goal: To measure the degree of satisfaction of users attended at the care service of the social work unit at Le Fe, the Hospital Universitari i Politècnic of Valencia, based upon four quality indicators: waiting time, kindness offered in the service, usefulness of the information and clarity in the explanations given by the professional. Method: An ad hoc questionnaire was elaborated. It was passed to a sample of more than 897 users treated between January and April 2015. The questionnaire had four questions related to quality indicators, demographic data, age and gender and a section for comments was also included. Both, the descriptive analysis and the qualitative analysis, were made by encoding the comments. Results: The participation rate was 47% (419 questionnaires collected). 87.5% of users waited to be attended less than 15 minutes, 84% said they had been very well attended. 96'4% found the information provided very useful and 96'9% indicated that the information was very clear. 78'8% did not answer to the comments section. Conclusions: Users are pleased with the attention and the information received in the service.

### Keywords

Quality, Indicators, Satisfaction, Professional secret, Care/Social work, Social work unit, User.

## INTRODUCCIÓN

En febrero del año 2011, el hospital La Fe de Valencia, situado en el barrio de Campanar, realizó su traslado a sus nuevas instalaciones ubicadas en el barrio de Malilla. Era la primera vez que se producía un acontecimiento de tal envergadura en nuestra ciudad. Se pasaba del concepto de ciudad sanitaria tal como fue diseñado el viejo hospital, en dónde se daba una separación por pabellones, a una concepción nueva y diferente, en dónde en un único edificio se integran los cinco antiguos pabellones.

Este hecho supuso un cambio de mentalidad y un gran esfuerzo, tanto para los profesionales del hospital, como para los propios usuarios/as, pues todos tuvieron que adaptarse a un nuevo espacio y a unos nuevos esquemas de trabajo.

En el viejo hospital La Fe, las trabajadoras sociales estaban ubicadas en los diferentes pabellones. Así nos encontrábamos con que había tres trabajadoras sociales en el pabellón de rehabilitación, siendo una de las tres referente para psiquiatría y las otras dos para traumatología y rehabilitación. En el pabellón central se encontraban cinco trabajadoras sociales y una sexta integrada en la unidad de hospitalización domiciliaria. En el pabellón de la maternidad se encontraban otras dos trabajadoras sociales, así como otras dos en el pabellón infantil. En total sumaban 13 trabajadoras sociales para la atención de los distintos servicios y salas de hospitalización de los pabellones arriba mencionados.

Al producirse el traslado al nuevo hospital La Fe, la unidad de trabajo social, se situó en la planta baja del edificio, ahora dividido por torres que no por pabellones y con ello se mejoró el acceso de los/as usuarios/as a la unidad.

Las trabajadoras sociales contaban con despachos independientes para cada una de ellas, pero integradas en una misma unidad.

Antes, las trabajadoras sociales prestaban el servicio de atención a los/as usuarios/as, en los despachos de sus respectivos pabellones, en el nuevo hospital se contaba ahora con dos únicos despachos situados en la entrada de la Unidad de trabajo social, uno para los adultos y otro para infantil.

Tras estas dos salas, se abre una puerta de acceso a la Unidad en donde se encuentran los trece despachos destinados a cada una de las profesionales.

Las dos trabajadoras sociales de infantil, se turnarían cada día para atender en el despacho de atención infantil y de las otras, ocho trabajadoras sociales, atenderían cada día en el despacho de atención a adultos, en turnos rotatorios.

Tras cuatro años trabajando en el nuevo hospital, se consideró que era el momento idóneo para llevar a cabo una evaluación de nuestra actividad diaria. Cuatro años era tiempo más que suficiente para que toda la plantilla hubiese superado el proceso de adaptación y que se planteara evaluar su labor. Y entonces se pensó que se comenzaría por el principio. El primer acceso a la Unidad de trabajo social es el servicio de atención e información. Se comenzaría evaluando este servicio, desde la perspectiva de los/as usuarios/as que acuden diariamente tanto para atención infantil, como para atención de adultos. Se planteó que la mejor forma de recoger la opinión de nuestros usuarios/as sería utilizando un breve cuestionario estándar, que contendría cuatro preguntas basadas en cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

El cuestionario también contaría con un apartado para las observaciones y sugerencias que los/as usuarios/as quisieran aportarnos libremente.

De esta forma, una vez analizada la información obtenida de los cuestionarios, podríamos plantearnos áreas de mejora con el fin de ser aplicadas en este servicio, y así ofrecer a nuestros usuarios/as una atención de mayor calidad.

Entre los objetivos más significativos del Plan Estratégico del Departamento de salud Valencia-La Fe, figura la mejora continua de la calidad de los servicios y su orientación al usuario y por tanto es evidente que la medida de la satisfacción de los usuarios/as se constituye como uno de los principales objetivos.

Aproximadamente desde el año 2006, se vienen administrando evaluaciones continuas en el hospital, a través de cuestionarios que miden la satisfacción del usuario, tanto a nivel de hospitalización, como de Consultas Externas. Evaluaciones que recoge el SAIP (Servicio de Atención e Información al Paciente) y que posteriormente son evaluadas por la Unidad de Gestión de Calidad, perteneciente a la Dirección de Calidad del Hospital.

Sin embargo, en la Unidad de trabajo social del hospital, nunca se ha realizado una evaluación del trabajo desarrollado desde el servicio de atención que se ofrece (ni de forma interna ni externa). Con esta investigación, se ha pretendido cubrir este vacío. Del resultado de esta investigación se beneficiará no solo el usuario potencial (nuestro principal cliente), sino la misma Unidad de trabajo social conociendo sus fortalezas y sus debilidades y por extensión la organización sanitaria de la que se forma parte.

## MARCO TEÓRICO

Desde la perspectiva teórica, definiremos el concepto de calidad, su evolución histórica, la legislación que la contempla, qué entendemos por calidad aplicada al trabajo social, factores que la dificultan, así como la satisfacción del usuario/a como medida de calidad desde el trabajo social, para finalizar revisando el código deontológico de trabajo social, como principal guía de actuación para desempeñar una intervención de calidad.

### 1. El concepto de calidad.

Canet i Ponsa (2010:159) nos dice que “la calidad es un camino sin fin y parte integral del trabajo cotidiano, es necesario asumir el valor del aprendizaje, asumir el valor del error y asumir el riesgo”. Cuenta la autora, que en la cultura china hay dos pictogramas que vienen a explicar el significado de “cambio”. Uno representa el peligro, el segundo la oportunidad. Nos exponemos al peligro y a la vez a la apertura de nuevas oportunidades.

Tenemos que enfrentarnos al riesgo de cambiar nuestras formas de trabajar, pues es la única forma de encontrar nuevas oportunidades. Para los/as trabajadores/as sociales cambiar es una oportunidad de abrirse a nuevas perspectivas, todavía desconocidas para nosotros/as.

Canet i Ponsa (2010:129) cuenta que Almagro Marcos (2007) dijo en una ponencia sobre calidad asistencial que “La existencia de la calidad carece de sentido si se es incapaz de evaluarla, solo mediante la continua evaluación se pueden corregir las desviaciones que se producen sobre una calidad ya establecida y esto hace necesario un sistema de control de calidad”.

De nuevo Canet i Ponsa (2010:130) vuelve a contar que Manzaneda (2007) también en otra ponencia sobre la calidad asistencial comentó que “Los profesionales, en cualquiera de los niveles de la organización, también serán responsables ante sus pacientes, ante la sociedad como tal, ante ellos mismos y sus compañeros, de llevar a cabo, metodologías de evaluación de sus procesos y resultados, como elementos de mejora continua de los servicios prestados”. Continuando con el concepto de calidad encontramos que Villalobos Hidalgo (2010:45) dice: “necesitamos entender la calidad como una estrategia metodológica que impregna toda la organización al igual que la ética, que debería estar presente en todos y cada uno de los actos que realizamos por y para la organización “,y continúa diciendo que “Como todo proceso estratégico, debe ser liderado por la dirección de las organizaciones sanitarias, pero es responsabilidad de “Todos y cada uno” de los profesionales que trabajan y que viven de la organización”. Para Villalobos Hidalgo (2010:46) “La Calidad bien entendida empieza por uno mismo”.

Bengoa y Celorio (2000) comentan que la administración sanitaria dentro de las nuevas políticas sociales, tiene la necesidad de redefinir su papel como proveedor directo e indirecto de servicios que satisfagan las necesidades de salud de la población, y aparecer como garante de la calidad de los mismos. García y Sobremonte de Mendicuti (2002) consideran que la cultura de calidad aparece porque se cree que cualquier servicio prestado puede ser mejorado, y que en su desarrollo aparece mucha ineficacia, lo que lleva a una disminución de la calidad del servicio y a un aumento de los costes económicos. En las empresas de servicios, los resultados son intangibles a diferencia de las empresas de producción, y resulta más difícil medir los resultados. A esto se añade, la muy extendida idea de que cada uno

hace las cosas lo mejor que puede e introducir cambios, produce muchas reticencias en los profesionales. El resultado es el rechazo a introducir una metodología de calidad, por temor a ser controlados en el desempeño de nuestra labor y por pensar que el beneficio va a ser para la empresa y no para el/la usuario/a. La propuesta de introducir esta metodología de calidad repercutirá sin duda en los profesionales del trabajo social sanitario como un miembro más de la organización sanitaria.

## 2. Evolución histórica del término calidad.

Vamos a revisar cuáles han sido los inicios así como la evolución histórica del término CALIDAD (Moscardo, 2009). Si nos remontamos en la historia de la humanidad, ya en el Código de Hammurabi (1790-1750 a.C.) apareció la primera preocupación acerca de la calidad referida al área de la construcción de las viviendas con arreglo a la responsabilidad que adquiriría el arquitecto si la casa diseñada se derrumbaba. El profesional respondería con su vida, la de sus hijos, con sus esclavos o con sus bienes.

También los fenicios aplicaron acciones correctoras si la calidad no era asegurada; los inspectores de trabajo podían cortar la mano de aquellas personas que no habían actuado responsablemente en la consecución de un producto de calidad.

El término calidad, ha pasado por diferentes etapas en la historia. Encontramos una primera etapa a la que llamaremos Artesanal. En esta el artesano producía y a la vez inspeccionaba el resultado final del producto. Como conocía el fin último del producto, se preocupaba por que este estuviese bien confeccionado, buscando satisfacer a su cliente y así como a sí mismo, con una producción limitada.

En la etapa de la revolución industrial, lo importante pasa a ser fabricar mucho, no importando la calidad del producto. La calidad se medirá según la demanda que se produzca del producto. Si había mucha demanda, significaba que el producto era de calidad. El trabajador especializado, pierde el contacto directo con el producto final y por tanto pierde interés por el mismo. Los inspectores son los que pasan a revisar el producto, y al separar los procesos de producción y de inspección, los trabajadores producen, pero no inspeccionan.

Durante la etapa de la posguerra, se plantean dos formas diferentes de abordar la calidad. Por un lado los japoneses piensan que las cosas hay que hacerlas bien, hay que minimizar costes mediante la calidad, hay que satisfacer al cliente, ser competitivo y evolucionar hacia la Gestión Total de la Calidad. Esta idea se enfrenta a la opción elegida por el resto del mundo, que era la de producir cuanto más mejor, para satisfacer la gran demanda de bienes causada por la escasez de la guerra, predominando las técnicas de Control de Calidad y posteriormente el Aseguramiento de la Calidad.

La Gestión Total de Calidad para el mundo japonés, supuso dar un enfoque más humano al problema de la calidad, constituyendo así una teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente, tanto externo como interno, siendo altamente competitivos y persiguiendo la mejora continua. Esta teoría incorpora a todo el personal en la mejora de la calidad, y busca el aprovechamiento de las capacidades de todos para implicarlos en un proceso de mejora continua.

Mientras tanto, para el resto del mundo, el Control de Calidad se entendió como las técnicas de inspección en producción con la finalidad de evitar la salida de bienes defectuosos,

y la consecución de la satisfacción de las necesidades técnicas del producto. El Control de Calidad radica entonces en inspectores externos y expertos en Calidad, en dónde el trabajador ya no cuenta para nada. Posteriormente el Aseguramiento de la Calidad se entendió como los sistemas y procedimientos de la organización que esta lleva a cabo para evitar que se produzcan bienes defectuosos. Podemos comprobar una evolución con respecto al término anterior. Aquí se está hablando ya de EVITAR, para poder satisfacer al cliente externo, prevenir errores, reducir costes y ser competitivo.

Para poder saber si el proceso está ocurriendo cómo esperábamos, es necesario monitorizarlo mediante la recogida de información clave que posteriormente tendremos que analizar. No se puede mejorar aquello que no se conoce. Para medir el funcionamiento del proceso se suelen utilizar los INDICADORES DE CALIDAD. Indicadores de la eficacia y eficiencia que nos determinen lo bien o lo mal que un proceso cumple con las expectativas de los destinatarios del mismo. Esta monitorización es la que se pretende llevar a cabo en el marco de la presente investigación. En esta evolución del término calidad no se puede obviar la importancia de William Edwards Deming, considerado como el máximo experto en Gestión de Calidad y precursor de la llamada Tercera Revolución Industrial (Moscardo, 2009). Deming, basó el éxito de la aplicación de la Calidad en 14 principios que se exponen a continuación, los cuáles contribuyeron al levantamiento del imperio japonés después de la II Segunda Guerra Mundial.

- Crear un hábito de constancia en la mejora de productos y servicios.
- Adoptar una nueva filosofía. Estamos en una nueva era. Los gerentes occidentales deben tomar el LIDERAZGO hacia el cambio.
- Dejar de depender de la inspección para alcanzar la calidad
- Terminar con la práctica de otorgar compras en base al precio. En su lugar, minimizar el costo total.
- Mejorar constantemente los procesos de planificación, producción, y servicio para mejorar la calidad.
- Instituir el entrenamiento en el trabajo diario de todos los trabajadores, empleados y gerentes.
- Adoptar e instituir el liderazgo. El objetivo de la supervisión debe ser el de ayudar a la gente.
- Eliminar el miedo, de forma que la gente haga su mejor esfuerzo de trabajar con efectividad porque ellos quieren que la empresa tenga éxito.
- Romper las barreras entre los trabajadores de los diversos departamentos o categorías.
- Eliminar el slogan o frases hechas, exhortos y metas para los trabajadores, pidiéndoles cero defectos y nuevos niveles de productividad.
- Eliminar cuotas numéricas para los trabajadores o para la gerencia. Sustituirlas por liderazgo.
- Retirar las barreras que le roban a la gente el orgullo de su mano de obra y sus logros personales.
- Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora para cada trabajador. Permi-



tirles participar en la elección de las áreas de desarrollo.

- Poner a cada quién en la empresa a trabajar, el logro de la transformación. La transformación es el trabajo de todos.

Con estos principios, Deming nos aportó una serie de ideas de lo que debería ser la Gestión de la Calidad Total y de cómo deberían las empresas llevar a cabo su trabajo, con el único objetivo de perseguir la excelencia. El proceso de auto evaluación ofrece a las organizaciones la oportunidad de aprender sobre sus puntos fuertes y débiles, sobre lo que significa Excelencia para ella, sobre la distancia que ha recorrido la organización en el camino para conseguirla, cuánto le queda todavía por recorrer y como se compara con otras organizaciones.

### 3. La calidad en la legislación sanitaria.

Nos referimos de una forma breve a determinadas leyes del ámbito de la salud en dónde se habla del término calidad.

La Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril cita así en su artículo 69: “La evaluación de la calidad de la asistencia prestada debe ser un proceso continuado que afecte a todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. La Administración Sanitaria establecerá normas de evaluación de la calidad asistencial oídas las sociedades Científicas Sanitarias”

En la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de Mayo se dice que dicha Ley regula las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección a la salud, garantizando la equidad, la calidad y la participación social. En el capítulo VI de esta misma Ley se trata con especificidad el tema de la calidad, estableciendo el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas, concretándose en los elementos que configuran las infraestructuras de la calidad, que comprenden normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de prácticas clínicas y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

El Plan de Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, elaborado por la Secretaría de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de Marzo de 2003 tiene como propósito incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrece herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad.

En la reciente Ley 10/2014, de 29 de Diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Salud de la Comunidad Valenciana. DOCV nº 7434/31-12-2014, encontramos dos referencias acerca de la calidad. En su artículo 3, sobre principios rectores se cita textualmente en su punto 1.i) “Sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa básica estatal, los principios que rigen esta ley son los siguientes: Evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios y de los resultados de las actuaciones y programas sanitarios”.

En su artículo 10, sobre garantía de calidad y seguridad, afirma en su punto 1 que “los proveedores de la asistencia sanitaria deberán prestar una atención de calidad centrada en

el paciente que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad, y seguridad “y continúa diciendo en su punto 2 que “la Conselleria competente en materia de sanidad impulsará la implantación de sistemas de gestión de calidad y seguridad en los centros sanitarios públicos y privados”.

#### **4. La calidad aplicada al trabajo social.**

La introducción de la metodología de calidad, tiene sin duda repercusión en los/as trabajadores/as sociales. García y Sobremonte de Mendicuti (2002) proponen revisar los principales elementos implicados en nuestra práctica profesional de trabajo social con el propósito de conducirnos a una reflexión acerca de si aplicamos o no en nuestro trabajo esa metodología de calidad de la que venimos hablando todo este tiempo. Según las autoras, los/as trabajadores/es sociales tienen que conocer cuál es la misión de la organización para la que trabajan, sus objetivos, su esquema organizativo y sus procesos asistenciales. Igual que se tiene que conocer cuál es la misión del trabajador/a social dentro de la organización, cuál es la razón de ser de su presencia en el seno de la organización, y como y de qué forma adecuarse a la misión de ésta.

El/la trabajador/a social, debería conocer qué expectativas en relación a su misión, tienen los/as usuarios/as, los profesionales con los que se trabaja, y los responsables de la organización que les ha contratado. Qué esperan unos y otros del desempeño profesional del trabajo social y dónde pueden producirse conflictos o divergencias. Se deberían conocer, así mismo, los objetivos de las intervenciones sociales y en qué medida coinciden o se complementan con los objetivos de salud del resto de los profesionales. Se tendría que revisar si existen los cauces o canales de comunicación adecuados con los diferentes niveles jerárquicos de la organización, y si dicha comunicación es fluida y correcta. Preocuparse por conocer cuáles son los procesos de trabajo que se están llevando a cabo por parte de los trabajadores sociales, si están planificados, definidos, secuenciados, consensuados, y documentados, o bien cada trabajador/a social desarrolla su trabajo según su buen hacer y entender. Saber si los procesos de trabajo se llevan a cabo “libremente” o bien están enraizados en algunos de los procesos asistenciales generales y de qué manera. Revisar si las bases y contenidos técnico-científicos del desempeño profesional están suficientemente al día y se adecuan al nivel de conocimientos teórico-prácticos existentes.

Valorar si la disponibilidad y adecuación de los elementos estructurales, es decir, los recursos físicos, humanos y técnicos son los necesarios para el cumplimiento de los objetivos y la prestación eficaz y de calidad de los servicios.

Y por último saber si tiene en cuenta quiénes son los usuarios internos y externos, los reales y los potenciales, sus necesidades y sus demandas.

Ambas autoras nos recuerdan que todas estas cuestiones nos conducen a que los/as trabajadores/as sociales, se planteen qué es lo que se debe analizar, cuáles son las debilidades, y cuáles las fortalezas, cuáles las oportunidades y cuáles las amenazas, para así poder atreverse a implantar procesos de mejora y asegurar la calidad del trabajo social.



## 5. Factores que dificultan la aplicación de la calidad en el trabajo social sanitario.

El/la trabajador/a sociales sanitario trabaja “a demanda”, tanto de los profesionales de la institución sanitaria (médicos, enfermería, usuarios...) como de los profesionales de otras instituciones (servicios sociales, educación...). Estas demandas se realizan, según las expectativas que cada uno tiene de lo que puede esperar del trabajador social, como de sus propias necesidades e intereses. Trabajar “a demanda”, significa tenerse que adecuar al tiempo que los otros te van marcando y que no siempre coincide con el tiempo que sería deseable para realizar una buena intervención social, por lo que de resultas no se cumplirían las expectativas ni de los usuarios, ni de los/as trabajadores/as sociales (García & Sobremonte de Mendicuti, 2002).

Los servicios que ofrece el/la trabajador/a social, según Canet i Ponsa (2010) son intangibles, son de producción y consumo simultáneo, se encuentran con dificultad de estandarización, y si no hay un/a usuario/a, no podemos ofrecer un servicio. A usuarios distintos, expectativas distintas y niveles de calidad diferentes. El sistema sanitario tampoco facilita mucho la labor, pues las unidades de trabajo social navegan entre dos aguas, las del sistema de salud y las del sistema social. Este problema se ve acentuado debido a que la legislación sanitaria, no ha sido lo suficientemente esclarecedora con respecto a nuestras funciones dentro de este ámbito. Veamos pues dos ejemplos que nos aportan luz a este respecto. Por un lado encontramos que en la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión de Calidad, en su artículo 12, se nombra por primera vez a los servicios de trabajo social, haciendo referencia a la prestación en atención primaria, pero no explica cuál es el contenido de este servicio, ni siquiera si estos servicios son de trabajo social sanitario. En su artículo 14, dice con respecto a la atención socio-sanitaria, que el paciente puede beneficiarse de los servicios sociales, para poder facilitar la reinserción social, pero no dice por ningún lado el papel que desempeñará el trabajo social hospitalario hasta que el paciente vuelva a la comunidad y realmente pueda beneficiarse de esos servicios sociales.

Por otro lado, la Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), regula las condiciones del ejercicio y los respectivos ámbitos de los profesionales así como las medidas que garantizan la formación básica, práctica clínica de los mismos, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. Los/as trabajadores/as sociales quedaron fuera de esta Ley, por lo que al no estar jurídicamente estructurados, son ellos mismos, los que dan cuerpo y forma a su servicio. Las omisiones legislativas conducen a imprecisiones, que no permiten la estandarización del trabajo social sanitario, ni su integración total como un servicio asistencial más de la organización sanitaria.

La aplicación de una metodología de calidad (García & Sobremonte de Mendicuti, 2002) en nuestro trabajo diario, nos va a permitir clarificar y consolidar nuestra misión, adecuándose así a generar unas expectativas más reales en nuestros/as usuarios/as. Pensamos que la falta de recursos por un lado y la “incomprensión” de nuestro trabajo por otro son los principales factores que no permiten que se desarrolle un trabajo de calidad. Las autoras defienden que esta idea está muy alejada de la realidad. Hay que dejar de explicar reiteradamente cuál es nuestro trabajo, qué somos y qué hacemos, y ponernos manos a la obra en cuanto al desarrollo de programas, y procesos de nuestro trabajo social, para que así realmente, los demás se den cuenta de lo importante que puede ser la aportación del trabajador social en el medio sanitario y el valor añadido que supone a la hora de obtener

mejores resultados, tanto en relación con la salud de nuestros/as usuarios/as, como en relación a la reducción de los costes económicos.

## 6. La satisfacción del usuario como indicador de la calidad en el trabajo social.

Canet i Ponsa (2010:129) nos dice que “el concepto de calidad total viene determinado por la satisfacción del usuario/a, la satisfacción del profesional, y la satisfacción (eficiencia) de la organización”.

Por el tema que nos ocupa en esta investigación, nos centraremos únicamente en la satisfacción del usuario/a. El/la usuario/a tiene puestas unas expectativas en el servicio de trabajo social (Villalobos, 2010), intervendrá en la producción del mismo, y al final juzgará los resultados, obteniendo satisfacción o insatisfacción y una percepción de la calidad con la que se le ha atendido. Los parámetros por los que se guía el/la usuario/a, no son de carácter estático, sino que se miden por diferentes razones, bien estas sean las de su propia cultura, sus necesidades especiales, o sus experiencias previas que hacen que sus expectativas varíen de un momento a otro. La percepción del usuario/a, muchas veces se va a guiar más que por la calidad de la atención sanitaria, por otros criterios importantes para ellos/ellas, como puedan ser el confort, la amabilidad en el trato, la obtención de una rápida respuesta a su demanda, o algo tan simple como ser reconocidos como personas.

Afirma el autor que es difícil determinar cuál va a ser la percepción del usuario/a entre el servicio que recibe y el servicio que esperaba. A veces una frase inoportuna, un documento extraviado, el esperar un tiempo excesivo a ser atendido, o no informar cuando se está esperando, pueden dar al traste con la mejor de las organizaciones, pues al usuario/a hay que entenderlo desde una visión bio-psico-social y no solo desde una visión clínica.

El/la trabajador/a social por su propia formación está cualificado/a para la atención personal (Díaz, Suárez, & Casero, 2004). Estos tres autores nos aportan algunas de las razones del porqué. Somos profesionales accesibles para los/as usuarios/a; valoramos la importancia que tienen las relaciones personales; estamos dispuestos/as a prestar más tiempo de atención; tenemos una visión global de los aspectos que conforman a la persona; diseñamos la acogida; utilizamos la escucha activa; somos empáticos; buscamos la comunicación, y acompañamos durante el proceso; nos coordinamos con otros servicios y profesionales, para proporcionar soluciones a los/as usuarios/as en un momento de estrés como el que supone encontrarse en un medio desconocido y ajeno y aportamos en la medida de lo posible seguridad y confianza. Continúan los autores resaltando que los/as trabajadores/as sociales, estamos preparados para establecer con el/la usuario/a una relación diferente de la que establecen otros profesionales de la sanidad. Lo que ocurre es que históricamente a estas cualidades de los/as trabajadores/as sociales sanitarios se les ha dado poco o escaso valor.

Díaz Palacios, Suárez Álvarez, y Casero Álvarez, (2004:61) nos recuerdan además, que “si al valor técnico se suma la calidad en el trato al usuario, proporcionando información en el momento adecuado, escuchando con respeto, valorando su opinión, mostrando interés por sus problemas, haciéndose cargo de su situación personal, familiar, de vivienda, laboral, en la comunidad... habrá usuarios/as realmente satisfechos y se estará dando más calidad tanto cuantitativa como cualitativamente. Es decir, se añade valor al acto asistencial sanitario”. Los mismos autores siguen recordándonos que “la calidad en el quehacer profesional empieza por la capacitación técnica y a los usuarios hay que garantizárseles

que quien les atiende es un profesional debidamente formado”.

A la larga los/as trabajadores/as sociales resultamos rentables para el sistema y se sabe que si la problemática social no es atendida debidamente, se paga un alto coste sanitario y social.

Ahora bien, para poder medir la satisfacción de los/as usuarios/as a los que atendemos necesitamos herramientas de gestión, las cuáles todavía no están muy extendidas entre los/as trabajadores/as sociales (Colom, 2004). No podemos dejar que otros servicios derramen tópicos sobre nuestro trabajo (muchas veces por desconocimiento del mismo), porque no contemos con un sistema de información lo suficientemente solvente como para poder rebatir todos estos tabúes.

Si decidimos estudiar la satisfacción del usuario/a, no es por enjuiciar nuestro trabajo, si no para conocer cómo lo perciben los/as usuarios/as, y así con los datos en la mano, analizar, documentar y acercar realidades. Este análisis es útil tanto a la organización para la que trabajamos y en dónde atendemos a los/as usuarios/as, como para mejorar nuestros resultados asistenciales y que estas mejoras sean percibidas por la población en general. La satisfacción de los/as usuarios/as será por tanto una medida de la calidad de nuestro trabajo.

En el estudio de satisfacción, las desviaciones entre la expectativa del usuario/a y el servicio que se ha recibido, pueden ayudar a la organización a replantearse como atiende a la población, usuaria de sus servicios. Evaluar periódicamente la percepción de los/as usuarios/as y conocer sus expectativas puede facilitar a la organización, elementos para prever futuras amenazas, si no se adecua a las necesidades emergentes, así como oportunidades, si así lo hace. El/la usuario/a tiene todo el derecho a exigir un servicio de calidad, una prestación de calidad y el mejor trato que pueda recibir por nuestra parte.

## **7. Guía de actuación del trabajador social para una intervención de calidad: el código deontológico.**

La principal guía de actuación del trabajador/a es su *Código Deontológico de Trabajo Social*.

En su capítulo III, de Derechos y Deberes de los/as trabajadores/as sociales, se citan algunos artículos que hacen referencia a la relación del profesional con el/la usuario/a. No se citaran todos, dado que no interesa en este estudio hacer un repaso exhaustivo de nuestro código deontológico, ya que nos alejaría de nuestro objetivo, pero sí nombrar aquellos artículos que se encuentran más relacionados con el tema que nos atañe. Haremos referencia a cuatro artículos, que indican cuál debe ser el comportamiento ético en el binomio trabajador/a social – usuario/a.

El artículo 11 nos dice, que los/las profesionales del trabajo social actúan desde los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad, y uso responsable de la información en su trabajo profesional, tal y como se recoge en el capítulo IV del presente código.

El artículo 13 se refiere a que estos mismos profesionales, desde el respeto a las diferencias, proporcionan la mejor atención posible a todos aquellos que soliciten su intervención profesional según la identidad de cada cuál sin discriminaciones por razón de género, edad, capacidad, color, clase social, etnia, religión, lengua, creencias políticas, inclinación sexual

o cualquier otra diferencia.

El artículo 14 dice que el/la profesional de trabajo social, trabaja en estrecha colaboración con la persona usuaria, motivan su participación y prestan el debido respeto a sus intereses y a los de las demás personas involucradas.

En el artículo 18 se nos dice que se tiene el deber de proporcionar, basándose en las características y capacidades de comprensión de la persona usuaria, la información necesaria sobre las disposiciones legislativas y administrativas y sobre los derechos, deberes, ventajas, desventajas, recursos y programas pertinentes.

En cuanto a la relación del trabajador/a social con respecto a las instituciones, se quiere reseñar únicamente el artículo 37 pues hace referencia al tema de la calidad. Este artículo dice, que los/as profesionales del trabajo social, para mayor eficacia y eficiencia de las organizaciones y sus servicios, y en beneficio de las personas usuarias y de la comunidad, debe promover la participación en la mejora de las políticas sociales, en la planificación y organización, en los procedimientos y protocolos, en los estándares de calidad y el código deontológico de la institución u organismo donde presta sus servicios.

En el capítulo IV, sobre Confidencialidad y Secreto Profesional, hacemos mención a cuatro artículos que nos interesan como profesionales del trabajo social. En este estudio que se está realizando sobre la satisfacción del usuario que acude al servicio de atención en una unidad de trabajo social hospitalaria, no debemos olvidar que todo aquella información que el/la usuario/a nos revela en un ejercicio de confianza hacia nosotros, debe permanecer dentro de los límites de la confidencialidad y del secreto profesional al que todo trabajador/a social se debe.

El artículo 48 dice, que la confidencialidad constituye una obligación en la actuación del trabajador social y un derecho de la persona usuaria y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

En el artículo 51, el/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas, de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

El artículo 52 recuerda que el deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Y por último en el artículo 53.1 nos volvemos a encontrar con el término calidad. Dice así: “el/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial: De calidad: el/la trabajador/a social recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo uso responsable de la misma”.

## METODOLOGÍA

La investigación realizada se encuadra en el contexto de la Unidad de trabajo social del Hospital Universitari i Politènic La Fe. En concreto en el servicio de atención e información, que esta unidad proporciona de lunes a viernes de 9 a 14 horas. Las trabajadoras sociales de la Unidad atienden las demandas de los/as usuarios/as que acuden a este servicio de

atención, orientación y asesoramiento, intentando dar respuesta a las diferentes peticiones que diariamente se producen por parte de los/as usuarios/as. Para realizar esta investigación, se planteó de base unos objetivos y una hipótesis de trabajo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Medir el grado de satisfacción del usuario/a dentro del servicio de atención en la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, en base a cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad de la información y claridad en la explicación del profesional.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Estimar el tiempo de espera de los/as usuarios/as que acuden al servicio de atención.

Identificar cuál es la percepción del usuario/a en cuanto a la amabilidad en el trato recibido.

Averiguar si la información que recibe el/la usuario/a en el servicio de atención le resulta de utilidad.

Detectar si el/la usuario/a, encuentra claridad en la explicación de la información recibida.

## **HIPÓTESIS**

Al comienzo de este estudio de investigación y teniendo claros cuales iban a ser los objetivos específicos que se marcaban, se planteó establecer una hipótesis de carácter cualitativo, la cual se creía que iba a poder ser refutada positivamente una vez se hubiese analizado la información de los datos obtenidos en la medición de la satisfacción del usuario. La hipótesis planteada fue la siguiente:

“Se considera que en líneas generales el usuario que utiliza los servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria dentro del servicio de atención está satisfecho con el trato recibido en el Hospital La Fe y que la información que se le proporciona le resulta de utilidad.”

## **Estrategia Metodológica**

Previo al inicio de la investigación, en el mes de noviembre de 2014, se solicitaron los permisos pertinentes tanto al coordinador de la Unidad de trabajo social, como a la Dirección médica del hospital, informando mediante nota interna, de la investigación que se iba a llevar a cabo.

Una vez concedidos los permisos, en el mes de diciembre, se diseñó el cuestionario que se iba a utilizar para pasar a los/as usuarios/as, y se preparó el buzón en dónde iban a ser depositados. Se informó en reunión de equipo a las trabajadoras sociales de la unidad que se iba a realizar dicho estudio, solicitándoles su colaboración en el desarrollo del mismo. A partir del 15 de enero de 2015 hasta el 17 de abril de 2015 y diariamente de lunes a viernes de 9 a 14 horas, se entregaron los cuestionarios a los/as usuarios/as para su cumplimentación,



tras su paso por el servicio de atención, para posteriormente si decidían cumplimentarlos, los devolviesen al buzón que estaba colocado en la sala de espera de la unidad. Al final del horario de atención al público (14 horas), se procedía al recuento de usuarios/as atendidos en el día (según el listado en dónde se registran las atenciones realizadas), así como de los cuestionarios cumplimentados y entregados en el buzón, para después pasar a ser fechados, archivados y registrados, en un libro ideado a este respecto.

### Técnicas de Investigación

Las técnicas seleccionadas para realizar la recogida de datos de la investigación han sido tanto de carácter cualitativo como cuantitativo.

De carácter CUALITATIVO:

Se ha utilizado el **diseño documental** o investigación documental. Según el autor Fidias G. Arias (2012) “la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica, e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos

Se ha realizado un análisis cualitativo de las observaciones que se han recogido en los cuestionarios, codificándolas y clasificándolas y agrupándolas por tipos.

De carácter CUANTITATIVO:

La encuesta en su modalidad de **cuestionario**. Es una búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener y posteriormente “reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación datos agregados (Mayntz, Holm, & Hübner, 1975:133)

Así mismo, el cuestionario, según definición de la Real Academia Española de la Lengua, es una lista de preguntas que se proponen con cualquier fin. Instrumento de investigación utilizado principalmente en la técnica de encuesta, consistente en un listado de preguntas para la obtención de información de una muestra representativa de la población objeto de estudio, con la finalidad de obtener mediciones cuantitativas de una serie de características objetivas y subjetivas de la población.

El cuestionario es algo más que una guía de la entrevista, es “un dispositivo para recoger razonamientos individuales que, agregadamente, se entienden como representaciones de marcos poblacionales más amplios y en su caso, como vinculados a un componente social de dichos marcos poblacionales” (Fernández, 2003:63). El cuestionario es un nexo de unión entre el investigador y el entrevistado y viceversa.

El cuestionario es “la aplicación de un procedimiento estandarizado para recabar información de una muestra amplia de sujetos” (Cea d’Ancona, 1996:240).

### Objeto

El objeto de estudio ha sido la medición de la satisfacción percibida por el/la usuario/a que acude al servicio de atención de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria en base a in-

dicadores de calidad.

### **Alcance**

Los cuestionarios se han pasado a un total de 897 usuarios/as que han acudido al servicio de atención tanto de adultos como de infantil.

### **Descripción**

La recogida de la información se realizó mediante un cuestionario con preguntas cerradas, tipo estándar, elaborado para este estudio.

### **VARIABLES**

El cuestionario consta de cuatro dimensiones, que han recogido los aspectos más importantes de la atención social:

**Tiempo.** Se ha contemplado el tiempo que un usuario tiene que esperar para poder ser atendido.

**Atención.** Se ha contemplado la amabilidad en el trato recibido.

**Información.** Se ha centrado en la información dada y su utilidad para el usuario.

**Capacidad de respuesta.** Ha reflejado la capacidad del profesional de trabajo social de responder ante una demanda por parte del usuario con suficiente claridad.

### **Co-variables**

El cuestionario ha incluido datos demográficos como la edad y el sexo.

### **Método de muestreo**

No se estableció un tamaño de la muestra, sino que esta respondería a la totalidad de cuestionarios cumplimentados y recogidos diariamente de lunes a viernes de 9 a 14 horas desde mediados de enero hasta finales de abril de 2015. Se decidió finalizar el pase de cuestionarios el 17 de abril por considerar que la muestra representaba un 47% de los/as usuarios/as atendidos/as, porque se estaba produciendo una saturación y se necesitaba tiempo para poder codificar los datos recogidos y así poder proceder a su análisis.

### **Selección de usuarios**

**Criterios de inclusión:** se incluyó a todos/as los/as usuarios/as que acudieron al servicio de atención de adultos desde mediados de enero hasta finales de abril y a los usuarios que acudieron al servicio infantil desde el mes de marzo hasta finales del mes abril.

**Criterios de exclusión:** al principio del pase de cuestionarios las trabajadoras sociales del servicio de atención infantil, no participaron por una cuestión organizativa interna, pero posteriormente en el mes de marzo se unieron al estudio y lo continuaron hasta su finaliza-

ción en el mes de abril.

También se excluyeron a aquellos/as usuarios/as que presentaban dificultades de visión, o que no sabían escribir, dado que no se consideraba que fuera ético que la trabajadora social le cumplimentase el cuestionario, pues entonces se perdía el carácter de confidencialidad.

### **Descripción del cuestionario**

El cuestionario se presentó en tamaño DIN A3 a una sola cara y en papel blanco. Había una única versión en castellano. Para poder distinguir si los cuestionarios pertenecían a la atención de adultos o a la de infantil, se escribió una pequeña *i* en el margen superior derecho del cuestionario, para saber que esas encuestas pertenecían a la atención infantil, y no confundirlas con las de adultos. Se iniciaba el cuestionario con una presentación breve que contenía las instrucciones para cumplimentarlo. A continuación venía el cuerpo del cuestionario, con cuatro ítems que se respondían mediante respuestas que se describían más abajo. Y, por último, se recogían los datos demográficos, de edad y sexo y un breve espacio para observaciones y sugerencias. El cuestionario ha descrito experiencias objetivas relacionadas con la atención recibida mediante la valoración de la misma a través de escalas que van desde la valoración más positiva hasta la más negativa.

Al usuario se le pidió que mostrase su grado de satisfacción con respecto a la primera pregunta, en una escala de dos respuestas, según la espera menor o mayor de 15 minutos. La segunda pregunta se respondía con una escala de cinco respuestas, que iba desde muy bien hasta muy mal y la tercera y cuarta pregunta en una escala de tres respuestas, que iba desde mucho a nada, dependiendo de si la experiencia vivida se correspondía más o menos con la descrita en el cuestionario.

### **Procedimiento y recogida de cuestionarios**

La responsabilidad de la entrega de los cuestionarios a los/as usuarios/as recayó en un primer momento en ocho de las trece trabajadoras sociales que conforman la Unidad, para el servicio de atención a adultos y posteriormente en dos trabajadoras sociales más para el servicio de atención infantil.

Después de haber realizado la atención social al usuario/a, se le informaba acerca del estudio que se estaba realizando, y de que podía introducir el cuestionario en el buzón de la sala de espera habilitado con tal motivo, después de haberlo cumplimentado de forma voluntaria y anónima.

### **Evaluación e información de resultados**

La evaluación e información de resultados se llevó a cabo durante el mes de mayo. El análisis y la discusión de los datos obtenidos en los cuestionarios se ha presentado utilizando cuadros y gráficas, e informando en su caso de los problemas identificados sobre los que convenga actuar.

El informe de resultados se ha elaborado en base a los datos de tipo cuantitativo y a modo de índice donde aparecen todas las categorías recogidas y agrupadas que describen

los aspectos más destacados, tanto en sentido positivo, como negativo.

Durante el mes de mayo, se realizó el análisis de los datos, se extrajeron conclusiones y en el mes de junio se dio por finalizado el trabajo de investigación, con un informe que engloba la labor realizada, y que se decidió junto con el coordinador de la unidad presentar al resto de profesionales en el mes de septiembre en una sesión exclusiva para tal menester. Así mismo se presentaría posteriormente a la Dirección médica del hospital para que fuera concedora de los resultados y las conclusiones de este estudio.

## ANÁLISIS DE DATOS

Se ha realizado por un lado, un análisis cuantitativo de carácter estadístico descriptivo de frecuencia, modas, y medias con el programa SPSS v.19 respecto de los datos del cuerpo del cuestionario y de los datos demográficos y por otro lado se ha realizado un análisis cualitativo de las respuestas abiertas referentes a las observaciones y sugerencias recogidas. En este análisis se han clarificado y catalogado los datos obtenidos en la información obtenida en las respuestas abiertas la cual ha aportado luz para establecer algunas oportunidades de mejora en aquellas áreas que se ha indicado.

Se procede a explicar los resultados a través de los siguientes apartados, insertando cuadros y gráficas que nos ayudaran a una mejor comprensión del análisis de la información recogida:

### a) Descripción de la muestra.

Nuestro universo lo conforman los/as 897 usuarios/as atendidos en el servicio de atención en horario de 9 a 14 horas de lunes a viernes, desde el 15 de Enero hasta el 17 de Abril de 2015, ambas fechas inclusive. Se descartan las festividades del 22 de Enero, 18 y 19 de Marzo, y 3,6, y 13 Abril, como días inhábiles en los que no se trabajaba.

La muestra recogida asciende a 419 cuestionarios. Se ha calculado que el índice de participación de los usuarios atendidos que han cumplimentado los cuestionarios ha sido de un 47%.

#### PARTICIPACIÓN

	N	Mínimo	Máximo	Media
PORCENTAJE PARTICIPACIÓN	419	0,08%	100%	47%

### b) Descripción demográfica de la muestra.

En los cuestionarios se han recogido las variables de edad y sexo. De una muestra de 419 usuarios/as, han contestado al apartado de edad 318 usuarios/as, con edades comprendidas entre una mínima de 17 años y una máxima de 85 años, lo que nos da una media de edad de unos 47 años.

#### EDAD

	N	Mínimo	Máximo	Media
EDAD	318	17	85	47,25

Con respecto al sexo de los usuarios/as, de un total de 419 cuestionarios, respondieron 158 hombres, lo que supone un porcentaje de 39´1% y 246 mujeres, que corresponde a un 60´9%, lo que suma un total de 404 usuarios/as. Se encuentran en este caso 15 usuarios/as que contestan al cuestionario pero que no indican su edad.

## SEXO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válido	HOMBRE	158	39,1
	MUJER	246	60,9
	Total	404	100,0
Perdidos	No contesta	15	
Total		419	

En esta gráfica se indica la diferencia entre sexos, en dónde podemos ver que prima la participación de mujeres sobre la participación de los hombres aunque no es un hecho relevante para ese estudio.

## c) Resultado de las preguntas.

El cuestionario constaba de cuatro preguntas sencillas preparadas de forma que el usuario/a pudiese responder de una forma fácil y rápida, pero cuyos resultados iban a ser de la máxima importancia.

La **primera pregunta** valoraba el tiempo de espera y decía textualmente: “Desde que llegó a la UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendieran?”. Esta pregunta ofertaba dos posibilidades de respuesta. Haber esperado menos de 15 minutos, o haber esperado más de 15 minutos en la sala de espera para ser atendido por la trabajadora social.

## TIEMPO DE ESPERA

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MENOS 15 MIN	363	87,5
	MAS DE 15 MIN	52	12,5
	Total	415	100,0
Perdidos	No contesta	4	
Total		419	

Se observa que de un total de 419 usuarios/as, 363 usuarios/as que representan el 87´5% esperaron menos de 15 minutos, y 52 usuarios/as, que representan el 12´5% ,esperaron más de 15 minutos para ser atendidos. A esta pregunta no contestaron 4 usuarios/a.

La **segunda pregunta** valoraba la amabilidad en el trato en la atención recibida y decía: “¿Cómo valoraría la amabilidad en el trato y el respeto con que ha sido atendido por él/la trabajador/a social?”. La pregunta ofertaba una posibilidad de cuatro respuestas que iban desde muy bien, bien, regular, mal, y muy mal. De un total de 419 usuarios/as que contes-



taron a esta pregunta, 352 dijeron que muy bien, lo que supone un 84%; 61 dijeron que bien, lo que supone un 14´6%; 2 dijeron que regular, que supone un 0´5% y 4 contestaron que muy mal, lo que supone un 1´0 %. Es importante señalar el porcentaje acumulado, pues entre las respuestas de muy bien y bien se suma prácticamente el 98´6%.

### AMABILIDAD TRATO EN ATENCIÓN RECIBIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Válido	MUY BIEN	352	84,0	84´0
	BIEN	61	14,6	98´6
	REGULAR	2	,5	99´0
	MUY MAL	4	1,0	100´0
	Total	419	100,0	

En la gráfica observamos el claro aumento de los usuarios que contestaron que valoraban muy bien la amabilidad en el trato y el respeto con el que habían sido atendidos por parte de las trabajadoras sociales.

La **tercera pregunta** se refería a la utilidad que podía tener la información que había recibido el usuario/a en el servicio de atención. La pregunta decía así: “La información que usted ha recibido por parte del trabajador/a social ¿Cree que le va a resultar de utilidad?” En esta pregunta se ofrecían tres posibles respuestas que iban desde mucho, poco o nada.

De 419 cuestionarios, en 401 se contestó que les serviría de mucha utilidad, lo que supone un 96´4%; en 13 se contestó que la información les era poco útil, lo que supone un 3´1%; y en 2 se contestó que no les era nada útil, lo que supone un 0´5%. Tres usuarios/as no contestaron a esta pregunta. En el porcentaje acumulado podemos señalar la poca diferencia que se establece entre las respuestas poco o nada que viene a ser un 3´6%.

### UTILIDAD EN LA INFORMACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	MUCHO	401	96,4	96,4
	POCO	13	3,1	99,5
	NADA	2	0,5	100,0
	Total	416	100,0	
Perdidos	No contesta	3		
Total		419		

En la gráfica se observa como la diferencia entre los usuarios que contestaron que la información les era de mucha utilidad, y los que contestaron que les era de poca o ninguna utilidad es considerable. Entre poco y nada hay un porcentaje acumulado de 3´6% únicamente.

La **cuarta pregunta** se refería a la claridad en la explicación recibida. Decía así: “La explicación que le ha dado el/la trabajador/a social ¿ha sido suficientemente clara? En esta pregunta el/la usuario/a tenía tres posibles respuestas: mucha claridad, poca claridad o nada de claridad en la explicación. De 419 cuestionarios, 405 usuarios/as contestaron que había mucha claridad, lo que supone un 96´9%; 12 usuarios/as contestaron que era poco clara,

supone un 2´9%; y 1 usuario/a contestó que no era nada clara, que suponía un 0´2%. Una sola persona no contestó a esta pregunta.

#### CLARIDAD EN LA EXPLICACIÓN RECIBIDA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	MUCHO	405	96,9	96,9
	POCO	12	2,9	99,8
	NADA	1	0,2	100,0
	Total	418	100,0	
Perdidos	No contesta	1		
Total		419		

Podemos ver en la gráfica las diferencias entre las tres contestaciones, predominando que la claridad en la explicación dada a los /as usuarios/as era mucha.

#### d) Apartado de observaciones y sugerencias.

Al final del cuestionario se habilitó un apartado con el fin de que los usuarios/as pudiesen expresar aquellas observaciones y sugerencias que considerasen oportunas hacer a la Unidad de Trabajo Social.

Del total de 419 cuestionarios, 330 usuarios/as no señalaron ningún comentario, lo que supone un 78´8%; y 89 usuarios/as si realizaron comentarios, lo que supone un 21´2%.

#### OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	SIN OBSERVACIONES	330	78,8
	CON OBSERVACIONES	89	21,2
	Total	419	100,0

En la gráfica se comprueba, que en este caso los cuestionarios en dónde no se hacía ninguna sugerencia sobrepasan con diferencia aquellos en los que los/as usuarios si han aportado alguna observación o sugerencia.

La distribución por sexo y edad en las encuestas donde se han escrito observaciones o sugerencias es la siguiente; en los 89 cuestionarios en dónde se cumplimentó este apartado, indicaron la edad sólo 64 personas, con una media de edad de 46 años; respecto del sexo, lo indicaron 83 personas, 31 hombres (37%) y 52 mujeres (63%); en cuanto al ámbito de atención, 17 fueron atendidos por trabajadoras sociales de atención infantil y 71 por las trabajadoras sociales de atención de adultos.

El número de encuestas con contenido en este apartado asciende a 89, que se podrían agrupar de la siguiente forma: comentarios que inciden en el buen trato recibido se recogen en 30 encuestas; respecto a la satisfacción con respecto al tiempo de espera hay 4 encuestas que lo señalan. Respecto a la utilidad de la información se comenta en 9 encuestas; sobre la claridad en las explicaciones recibidas, hay 15 comentarios; el número de encues-

tas donde se da **las gracias** asciende a 23.

Respecto a **los profesionales del servicio** de atención tenemos los siguientes comentarios: son **excelentes**: 8; **mucha satisfacción**: 4; **perfecto**: 2; **eficientes**: 3; lo que suma 17 comentarios en total.

**Buenos profesionales**: 3; **buen equipo/servicio**: 5; **competentes**: 1. Se recogen un total de 9 comentarios. Comentarios buenos y malos sobre profesionales (con especificación del nombre en concreto), encontramos **comentarios buenos**, refiriéndose, 5 de ellos a una de las trabajadoras sociales de infantil, y otro a la otra trabajadora social de infantil; otro hace referencia a una de las trabajadoras sociales de adultos, 2 más sobre la trabajadora social que le atendió pero de la cuál desconoce el nombre, que suman un total de 9 **comentarios buenos** de personas concretas y 1 solo **comentario malo** que refiere que le atendió “una estúpida que está otras veces” y de la que no se dice el nombre.

En tres encuestas se pide que  **aumenten el número de personas** para realizar atención y en 2 piden una **ampliación del horario de atención**. En una encuesta se solicita **más unificación del servicio**; otra encuesta, **mayor accesibilidad** y una que dice que debe **mejorar algo** pero no concreta el qué.

En una encuesta se pide que haya un número de **teléfono de contacto** para evitar demoras y en otras dos se señala que hay **mucha burocracia**.

En cuanto a **servicios que no dependen de la Unidad de Trabajo Social** se recogen los siguientes comentarios: necesidad de **fotocopiadora/reprografía**, en 5 encuestas se propone que las pongan cerca de la unidad; se pide **más plazas de parking gratis** en 3 encuestas, y más **ayudas a los desplazados de otras provincias** en 2; **mostradores más accesibles** para usuarios de sillas de ruedas; **las ayudas del hospital** son deplorables en 1 encuesta; quejas por **trasladar el hospital** en 1 encuesta; más **ayuda para traer personas extranjeras enfermas**, 1 encuesta, y por último hay 1 usuaria que se queja de que **los informes no les llegan**.

## DISCUSIÓN

En el estudio hemos encontrado diferencias significativas entre algunos aspectos. Aquellos en los que la puntuación ha sido más baja, se tendrían que analizar para intentar introducir mejoras en ellos. De los 419 cuestionarios cumplimentados, 52 usuarios/as tuvieron que esperar más de 15 minutos a ser atendidos/as. Habría que plantearse porqué estuvieron tanto tiempo esperando y cómo se podría mejorar este indicador. Pudo ser por lentitud de la trabajadora social o porque hay usuarios que consumen más tiempo, menoscabando el tiempo de los demás que están esperando en la sala.

Dos usuarios/as respondieron que la amabilidad en el trato había sido regular y un/a usuario/a respondió que mal. Aunque el resultado con respecto a la amabilidad ha sido muy bueno, hay que contemplar porque estas tres personas no se sintieron atendidas con suficiente amabilidad.

En cuanto a la utilidad de la información, hubo 13 usuarios/as para los que fue poco útil y para 2 usuarios/as nada útil. Esto hace plantearse si la información que vinieron a buscar, no se les proporcionó pues acudían con distintas expectativas o es que la trabajadora social no supo dar la información requerida.

Con respecto a la claridad en la explicación recibida, 12 usuarios/as respondieron que les resultó poco clara y para 1 usuario/a no fue nada clara. Cabría también preguntarse porque para esas 13 personas no estaba clara la información. Se les proporcionó demasiada o esta fue demasiada escasa. ¿El lenguaje utilizado no se adaptó para ser comprendido y por ello llevó a la confusión?

En el apartado de observaciones y sugerencias, se ha comprobado que de un total de 419 cuestionarios, en 330 no se hicieron observaciones y únicamente se rellenó ese apartado en 89 cuestionarios con observaciones, lo que nos lleva a pensar en dos posibles explicaciones. En primer lugar, que la población en general no está acostumbrada a expresar su opinión libremente cuando se le da la opción de hacerlo abiertamente, o se ha podido deber a falta de tiempo, de interés o simplemente de no saber qué decir. Hubiese sido muy positivo obtener más opiniones que nos llevasen a averiguar aquellos puntos en los que se pudiesen establecer más acciones y áreas de mejora.

También habría que plantearse por qué de 897 usuarios/as atendidos en total durante este estudio, sólo 419 cuestionarios fueron cumplimentados, lo que nos da un índice de participación de un 47%. Cabe preguntarse a qué se debe que casi la mitad de las personas atendidas no cumplimentasen el cuestionario. Los motivos podrían ser los siguientes:

- Porque la trabajadora social olvidó entregar la encuesta al usuario/a
- Porque las personas se han llevado el cuestionario tras ser atendidas y no lo han depositado en el buzón.
- Por ambas partes causas.

Habría que estudiarlo, pues cuanta más información se reciba de los usuarios/as más se puede conocer cuál es realmente la opinión de las personas y a los profesionales nos permitiría establecer las acciones de mejora que nos lleven hacia el camino de la excelencia, que al fin es lo que nos interesa.

Colocar una fotocopiadora en la zona de Consultas Externas de la planta baja, evitaría desplazamientos de los usuarios a otros edificios. Al conocer la propuesta, se elevó a la Dirección médica del hospital que se comprometió a instalarla a la mayor brevedad.

## CONCLUSIONES

La hipótesis de partida fue la siguiente: “Se considera que en líneas generales el/la usuario/a que utiliza los servicios de la Unidad de Trabajo Social Hospitalaria del servicio de atención está satisfecho con la atención recibida y que la información que se le proporciona le resulta de utilidad.”

Tras analizar la información obtenida a través de los cuestionarios que se han pasado a los/as usuarios/as nuestra hipótesis se ha podido verificar.

Del total de 419 encuestas cumplimentadas, podemos señalar que 363 usuarios/as tuvieron que esperar para ser atendidos menos de 15 minutos, lo que significa que estaban satisfechos con el tiempo de espera. Que 353 usuarios/as dijeron que muy bien a la amabilidad en el trato y 61 respondieron que bien, lo que también indica que los usuarios/as se sintieron amablemente atendidos.

Que 401 usuarios/as consideraron muy útil la información recibida frente a 13 que la con-

sideraron poco útil y 2 que la consideraron nada útil.

Que 405 usuarios/as consideraron mucha claridad en la explicación que recibieron por parte de la trabajadora social, frente a 12 que la veían poco clara y 1 que la consideró nada clara.

Así mismo en 89 cuestionarios se encontraron observaciones y sugerencias representando un 21'2 % frente a un 78'8 % de cuestionarios en los que no se realizó ninguna sugerencia ni observación. El nivel de participación del usuario fue de un 47%.

Por tanto podemos decir que nuestra hipótesis ha sido verificada.

La pregunta planteada al comienzo de nuestra investigación que dio lugar posteriormente al planteamiento del objetivo general decía así: “¿cuál es el grado de satisfacción del usuario que acude al servicio de atención de la unidad de Trabajo Social del Hospital Universitari i Politècnic la Fe, en base a cuatro indicadores de calidad: tiempo de espera, amabilidad en el trato recibido, utilidad en la información y claridad en la explicación del profesional?” La podemos contestar conforme a la información recogida en el análisis que hemos realizado de los datos obtenidos después de evaluar los resultados de los cuestionarios que los /as usuarios/as cumplieron tras ser atendidos en el servicio de atención.

En cuanto al indicador de tiempo de espera de los/as usuarios para ser atendidos, se concluye que del total de 419 usuarios que contestaron a la encuesta, 363 esperaron menos de 15 minutos y 52 esperaron más de 15 minutos, lo que indica que en general el/la usuario/a que llega al servicio de atención de la Unidad de Trabajo Social, es prontamente atendido por las trabajadoras sociales, no produciéndose de forma habitual demoras excesivas, salvo algunas excepciones.

Con respecto al indicador de la amabilidad en el trato recibido, de los/as 419 usuarios/as, 352 valoraron muy bien la amabilidad, 61 bien, 2 regular y 4 mal. Lo que nos lleva a concluir que las trabajadoras sociales son amables cuando atienden a los/as usuarios/as. El por qué 6 personas no se sintieron amablemente atendidas, es algo que se desconoce del todo, pues no quedó reflejado en el apartado de observaciones.

En el indicador de utilidad en la información de los/as 419 usuarios/as, 401 consideraron que la información les fue de mucha utilidad, frente a 13 que contestaron que poco y 2 que no les fue nada útil. De aquí también concluimos que las personas atendidas encuentran útil la información facilitada por las trabajadoras sociales, y que 15 personas no obtuvieron la información que buscaban probablemente.

Por último en el indicador de claridad en la explicación del profesional, encontramos que 405 personas encontraron claras las explicaciones facilitadas por las trabajadoras sociales, mientras que 12 la consideraron poco clara y 1 persona nada clara. Concluimos por tanto que para la mayoría de usuarios/as las explicaciones de las trabajadoras sociales son claras. Solo 13 personas no tuvieron percepción de que la explicación les resultase clara, pero tampoco explicaron por qué en el apartado de observaciones.

El hecho de que solo 89 personas realizasen aportaciones en el apartado de observaciones (21'2%), frente a 330 que no realizaron ninguna sugerencia, sí que resulta significativo, pues para poder iniciar acciones de mejora desde un servicio, no solo es necesario que los/as usuarios/as valoren su grado de satisfacción a través de preguntas cerradas, sino que es indispensable que sugieran el porqué de su disconformidad y malestar manifestando su



percepción de los hechos, para que estos puedan ser corregidos por las personas responsables del servicio en el que fueron atendidos.

Por tanto en este caso sí que se evidencia que los /as usuarios/as no utilizaron la oportunidad que se les estaba brindando para exponer libre y anónimamente su opinión.

Con todos estos datos, se considera que se ha contestado más que sobradamente a la pregunta planteada en la investigación.

Analizados los datos y planteándonos como profesionales cuáles podían ser en el futuro inmediato las acciones que podríamos emprender, se plantean las siguientes mejoras:

- Por un lado las trabajadoras sociales que realizan el trabajo en el servicio de atención social, tienen que procurar hacer un uso racional de los tiempos dedicados a cada usuario/a de forma que estos sean lo más justo y equitativo posible para todos/as. Se considera que en futuros estudios se tendría que indicar en el cuestionario la hora de llegada del usuario/a a la Unidad y la hora en qué fue atendido/a para conocer aquellos tramos horarios en dónde se colapsa más o menos la atención y así prever un refuerzo durante ese espacio de tiempo.
- La percepción de los/as usuarios de ser bien tratados o no, es algo que se escapa de la mano de la trabajadora social, sin embargo es muy importante que desde el servicio se atienda de un modo lo más correcto posible a toda persona que acuda a nuestra unidad, ya que en la mayoría de los casos la persona que está acudiendo al hospital, se encuentra no solo en un estado de vulnerabilidad importante, sino también en un medio hostil y agradece que el acompañamiento y la ayuda prestada por parte de todos los /as profesionales en todo este proceso sea cálida y amable. Se tiene que evitar la sobreprotección e infantilización hacia el/la usuario/a que aunque sea bienintencionada puede resultar percibida como una falta de respeto.
- El hecho de que la información le sea o no útil al usuario/a dependerá mucho de saber qué es lo que realmente venía buscando la persona en el servicio de atención. No estaría de más que finalizada nuestra intervención (aunque es algo que se suele hacer habitualmente), preguntásemos a los /as usuarios/as, no solo si le ha sido útil la información, sino también si ha entendido todo, con el fin de conseguir que cuando el /la usuario/a salga por la puerta tenga la sensación de que su visita ha servido para algo y que la información le ha sido explicada con toda la claridad posible.

Este estudio no tendría que quedarse aquí, sino que debería ser el principio de un proceso de evaluación continua. Nuestra labor debe ser evaluada cada cierto tiempo, con el fin de saber si las cosas se están haciendo de un modo correcto o por el contrario se deben modificar. Sería importante que una vez presentado este estudio, pudiésemos solicitar a la Unidad de Calidad del hospital, estar incluidos en el mismo proceso de evaluación que el resto de los servicios del hospital y periódicamente se pudiera evaluar el trabajo que se realiza en la Unidad de Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almagro, P. (2007). XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *No todo vale. Una reflexión empresarial desde la construcción y la industria* (págs. 22-24). Barcelona: Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Editorial Episteme.
- Canet i Ponsa, M. (2010). Los servicios de trabajo social sanitario dentro de la gestión de la calidad total de sistema catalán de la salud. *Revista de Trabajo Social y Salud* N°66, 127-165.
- Cea D'Ancona, M. (1997). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. REIS: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* Vol.80, 240-241.
- Bengoia, M y Celorio, M. (2000). Cambio social, relaciones humanas, nuevas tecnologías: enfoques para una formación de futuro. *Garantía de la calidad de los Servicios Sociales* (págs. 277-284). Barcelona: 3º Congreso, Escuelas Universitarias de Trabajo Social.
- Colom, D. (2004). Estudios de la calidad percibida en los servicios de Trabajo Social de salud: Un camino hacia la mejora. *Revista Trabajo Social y Salud* Vol.49, 39-60.
- Consejo General del Trabajo Social. (10 de diciembre de 2012). Código Deontológico de Trabajo Social.
- Díaz, E., Suárez, D., & Casero, M. (2004). Aportación del trabajo social en salud a la calidad del producto sanitario. *Revista de Trabajo Social y Salud* N° 47, 53-63.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín oficial del Estado*, de 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 1-38.
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín oficial del Estado*, de 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 1-41.
- España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín oficial del Estado*, de 22 de noviembre de 2003, núm. 280, pp. 41442-4145.
- Esquinas, M. F. (2003). "Criterios de calidad en la investigación social: la producción de datos sociales". *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales* Vol.6, 47-77.
- García, A., & Sobremonte de Mendicuti, E. (2002). Mejorando la calidad: el desarrollo de procesos de intervención social en las organizaciones sanitarias. *Revista de Trabajo Social y Salud* n° 42 , 29-50.
- Generalitat Valenciana. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunitat Valenciana. *Boletín oficial del Estado*, de 10 de febrero de 2015, núm. 35, pp. 11133- 11181.
- Manzaneda, R. (2007). XXV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Herramientas de evaluación de los sistemas de Salud* (pág. 51). Barcelona: Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- Mayntz, R., Holm, K., & Hübner, P. (1975). *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza.
- Moscardo, F. (s.f.). *Introducción a la Gestión de la calidad. Sistemas de Calidad 1. Curso de Formación Continuada*. Recuperado el 21 de febrero de 2015, de H Univ. Y Politécnic La Fe:

[http://intranetlafe/comisiones/docencia/SesionesBancoSangre/2009/1ª%20PARTE\\_Sistemas de\\_Gestión de\\_la\\_Calidad.pdf](http://intranetlafe/comisiones/docencia/SesionesBancoSangre/2009/1ª%20PARTE_Sistemas de_Gestión de_la_Calidad.pdf)

Real Academia Española. (s.f.). *Real Academia Española*. Recuperado el 2015, de <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

Villalobos, J. (2010). "La calidad en el sistema sanitario". *Revista de Trabajo Social y Salud* N°65, 25-57.

## GLOSARIO

A lo largo de estas páginas, se ha hecho mención a unos cuantos conceptos, sin los cuáles esta investigación no tendría sentido. Se considera necesario comprender su significado en el contexto de este estudio y para ello se procede a definir aquellos que han resultado más relevantes.

**Calidad.** Según la Real Academia Española de la Lengua es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Elementos y características de un producto o servicio, que hacen que sea óptimo y reúna una serie de requisitos para cumplir unos objetivos establecidos.

**Indicadores.** Según la Real Academia Española de la Lengua es lo que indica o sirve para indicar. Instrumento de medida utilizado para la determinación de la magnitud de una variable.

**Satisfacción.** Según el diccionario de uso del español de Maria Moliner, la satisfacción se define como "el estado de ánimo experimentado con lo que satisface". Según La Real Academia Española de La Lengua satisfacción es la acción, o efecto de satisfacer o satisfacerse; la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria; cumplimiento del deseo o del gusto.

**Secreto Profesional.** La Real Academia Española de la lengua dice que es el deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los médicos, los abogados, los notarios... de no descubrir a terceros los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión. Obligación legal que tienen los trabajadores sociales de no revelar, ni divulgar la información que han recibido de los usuarios, así como la que se derive de su ejercicio profesional. Representa una obligación de confidencialidad que se impone por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el profesional y quienes acuden a solicitar sus servicios. Al contrario que otro tipo de deberes de confidencialidad, el secreto profesional se mantiene incluso en un juicio. Está regulado por el código deontológico de la profesión.

**Trabajo Social.** Según La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2004) es una disciplina de la que se deriva la actividad profesional del trabajador social, que tiene por objeto la intervención y evaluación social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar y la cohesión mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, y aplicando la metodología específica en la que se integra el trabajo social de caso, grupo, y comunidad. El trabajo social interviene en aquellos puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el trabajo social. Según la Junta General de la FITS y la Asamblea General IASSW en

julio de 2014, la definición global de Trabajo Social afirma lo siguiente: “el Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto de las diversidades son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por las teorías del trabajo social, ciencias sociales, humanidades, y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar.

**Unidad de Trabajo Social Sanitario.** Según la Cartera de servicios de trabajo social sanitario de la Comunidad Valenciana, de la Consellería de Sanitat, las unidades de trabajo social sanitario dirigen su actividad a la prevención, tratamiento, y rehabilitación de la problemática social que incide en la salud de la población, así como a la investigación y la docencia.

**Usuario.** Dicho de una persona que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación, según la Real Academia Española de la Lengua. Población destinataria de la intervención del trabajador social en sus diferentes funciones. La persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria. Definición recogida en el artículo 4.10 de la Ley 10/2014, de 29 de Diciembre, de la Generalitat Valenciana, de Salud de la Comunidad Valenciana. DOCV nº 7434/31-12-2014.

## ANEXO

**Encuesta de satisfacción del usuario/paciente de la unidad de trabajo social**

Desde la Unidad de Trabajo Social del Hospital, se pretende mejorar la atención que se dedica a los usuarios que acuden a esta Unidad, y para ello necesitamos su **AYUDA**. Se le pide que cumplimente esta **ENCUESTA** y la deposite en el buzón que se encuentra en la sala de espera.

Para nosotros es muy importante conocer su **OPINIÓN**, con el fin de mejorar la atención que se ofrece.

Conteste marcando con una X, la casilla de la respuesta que mejor refleje su opinión.

**LA ENCUESTA ES ANONIMA Y VOLUNTARIA**

1-Desde que llegó a la UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL, ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar para que le atendieran?

Menos de 15 minutos

Más de 15 minutos

2-¿Cómo valoraría la amabilidad en el trato y el respeto con que ha sido atendido por el / la trabajador/a social?

Muy Bien

Bien

Regular

Mal

Muy Mal

3- La información que usted ha recibido por parte del trabajador/a social ¿Cree que le va a resultar de utilidad?

Mucho

Poco

Nada

4-La explicación que le ha dado el/la trabajador/a social ¿Ha sido suficientemente clara?

Mucho

Poco

Nada

Por favor indique con una X sexo y edad

MUJER

HOMBRE

EDAD

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Puede aportar las OBSERVACIONES y SUGERENCIAS que estime oportunas.