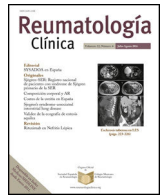




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Barreras y facilitadores en la implantación de estándares de calidad en las unidades de hospital de día reumatológicas. Análisis cualitativo del proyecto VALORA

María Auxiliadora Martín Martínez^a, Gustavo Andrés Zaragoza Gaynor^{a,b}, Carmen Martínez Fernández^a, Milena Gobbo Montoya^a y Rosario García-Vicuña^{c,*}, en representación del Comité Científico del proyecto VALORA[◇]

^a Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

^b Consultant in Public Health, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de agosto de 2016

Aceptado el 11 de diciembre de 2016

On-line el 30 de enero de 2017

Palabras clave:

Hospital de día

Estándares de calidad

Reumatología

Metodología cualitativa

Grupo de discusión

R E S U M E N

Objetivo: Identificar las barreras y los facilitadores en la implantación de estándares de calidad en las unidades de hospital de día (UHdD) reumatológicas.

Material y métodos: Se analizaron las valoraciones sobre UHdD clasificadas en torno a estándares de estructura, procesos y resultados. La aproximación cualitativa se llevó a cabo mediante 13 grupos de discusión (GD) formados por profesionales de Reumatología (7), de Enfermería (4) y pacientes (2) de UHdD. La captación de informantes se realizó mediante muestreo intencionado atendiendo a variables que configuran las percepciones de las UHdD. El análisis de los datos se realizó siguiendo una perspectiva descriptiva-interpretativa.

Resultados: La especialización de las UHdD monovalentes y la formación específica en Reumatología para Enfermería se perciben como los principales facilitadores para la implantación de estándares. Por el contrario, la demora en la disponibilidad de los fármacos en las UHdD se identifica como una barrera que prolonga la estancia de pacientes y desaprovecha recursos. Las diferencias en regulaciones locales se perciben como una posible barrera para el acceso equitativo a fármacos. El elemento mejor valorado por los pacientes fue la atención recibida, por encima de las variables estructurales o de proceso.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio sugieren que las mejoras para la implantación de estándares de calidad en las UHdD pueden incluir 3 niveles de actuación: la propia UHdD, el centro hospitalario, y un tercero relacionado con regulaciones locales de acceso a fármacos.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Barriers to and facilitators of implementing quality standards in Hospital Day Care Units in Rheumatology: Qualitative approach to the VALORA study

A B S T R A C T

Objective: To identify barriers and facilitators in the implementation of quality standards in hospital day care units (HDCU) in rheumatology.

Material and methods: We analyzed appraisals of HDCU in terms of standards for structure, processes and results. The qualitative approach was conducted through 13 discussion groups created by rheumatology health professionals (7), nursing professionals (4) and HDCU patients (2). The recruitment of informants was done through purposive sampling, attending to variables that form the perceptions of the HDCU. Data analysis was performed using a descriptive-interpretive method.

Keywords:

Day care hospital

Standard of care

Rheumatology

Qualitative research

Discussion group

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vicuna111@gmail.com (R. García-Vicuña).

◇ Composición del comité científico del proyecto VALORA disponible en el anexo 1.

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2016.12.004>

1699-258X/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Results: The specialization of the HDCU and specific training in rheumatology for nursing are perceived as the main facilitator for the implementation of standards. Conversely, the delay in the availability of medicines at the HDCU is identified as a barrier that prolongs patient stay and wastes resources. Differences in local regulations are perceived as a potential barrier to equitable access to medicines. The patients gave higher ratings to the care received than to structural variables or those related to process.

Conclusions: The findings of this study suggest that improvements in the implementation of quality standards in HDCU may include three levels of action: the HDCU, the hospital and a third related to local regulations to access to medicines.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

Se ha definido la unidad de hospitalización de día (UHdD) como la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para administrar tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital¹. En nuestro ámbito, las UHdD surgen al amparo del desarrollo de las terapias biológicas intravenosas y han supuesto un avance terapéutico importante y una mejoría notable en el pronóstico de algunas enfermedades reumáticas inflamatorias. Las UHdD reumatológicas, en su breve implantación, han demostrado una mayor eficacia y mejora en la calidad de vida del paciente². Si bien las ventajas de la implantación de las UHdD son evidentes³, también existe un alto índice de acuerdo sobre la heterogeneidad en su desarrollo y la necesidad de implantar criterios de calidad específicos de Reumatología que estandaricen la práctica clínica⁴.

La existencia de variabilidad evitable perjudica la calidad de la atención del paciente, consume tiempo y recursos, innecesariamente. Si a esta se le añade un contexto socioeconómico como el actual, dominado por el control del gasto sanitario, es oportuno plantearse la evaluación de los recursos disponibles para dar respuesta a las previsiones de crecimiento actuales de la cronicidad en España⁵.

El reciente proyecto VALORA de la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha detectado un funcionamiento heterogéneo y cierta variabilidad en las UHdD que no puede explicarse, únicamente, por la diferente complejidad de los centros hospitalarios⁶. Sin embargo, no existen estudios cualitativos que aborden la investigación de posibles barreras y facilitadores en la implantación de estándares de calidad. Este artículo se centra en identificar estos factores dentro del proyecto VALORA, mediante una aproximación cualitativa.

Material y métodos

El proyecto VALORA es un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico enmarcado en el plan ÍCARO (<http://icaro.ser.es/>), el cual tiene por objetivo mejorar la práctica clínica y la calidad asistencial.

Este proyecto integra métodos cuantitativos, cuyos resultados han sido descritos previamente⁶, y cualitativos. Esta estrategia multimétodo responde a una doble finalidad: enriquecer el proceso de producción de la investigación y dotar a los resultados de mayor fiabilidad, mediante la triangulación metodológica⁷.

El presente trabajo se centra en el uso de grupos de discusión (GD), como herramienta adecuada para la identificación de barreras y de facilitadores, en este caso, relativos a la implantación de estándares de calidad. El GD se puede definir como una entrevista grupal semiestructurada, diseñada para investigar los lugares comunes de un grupo de personas que, colocadas en una situación discursiva, tienden a representar discursos «típicos» de los colectivos a los que pertenecen⁸.

Los informantes fueron seleccionados entre los profesionales de 89 centros, de los 116 existentes, que participaron en la aproximación cuantitativa del proyecto VALORA⁶, donde se recogió información de todas la CC. AA. —excepto de las Islas Baleares y Ceuta, que no facilitaron datos—.

Se realizaron 13 GD, número suficiente para alcanzar *a priori* los objetivos de la investigación y la saturación discursiva. Los participantes médicos y enfermeras procedían de las 16 CC. AA. (todas menos las Islas Baleares) que participaron en el estudio. Los GD se celebraron en diferentes ciudades bien comunicadas para facilitar la participación, independientemente de la CC. AA. de origen de los informantes. La captación de informantes se realizó mediante muestreo intencionado atendiendo a criterios de máxima variabilidad intragrupos respecto a edad, sexo y de homogeneidad de grupo por categoría profesional. Estos criterios podrían configurar las diferentes percepciones referidas a las UHdD respecto a sexo, edad, años de ejercicio de la especialidad, representatividad geográfica y años de formación. Los GD de pacientes se incorporaron al estudio como una experiencia piloto y, por motivos logísticos, fueron reclutados de diferentes centros, únicamente de la Comunidad de Madrid, aunque siguieron criterios referidos a sexo, edad y duración de la enfermedad.

Las variables de estudio se agruparon en 3 bloques: estructura, procesos y resultados, según estándares definidos previamente⁴. A partir de estos estándares se construyó un guion que se utilizó para el buen funcionamiento de los GD, garantizando que todas las variables de estudio fueran exploradas en las sesiones (ver material suplementario en el anexo 2). Todos los GD fueron grabados y transcritos literalmente. El análisis de los datos se realizó siguiendo una perspectiva descriptiva-interpretativa, esto es, mediante la interpretación de los datos obtenidos y elaborando el sentido de los discursos⁹. Para el tratamiento de los textos y el desarrollo del plan de análisis se utilizó el software Atlas.Ti 7.0 (<http://atlasti.com/es/h>).

Todos los participantes accedieron a participar de manera voluntaria sin recibir gratificación alguna. Se informaba a los participantes de los objetivos y características del estudio y se pedía su consentimiento para participar y para grabar la sesión. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato.

Resultados

Los GD se celebraron entre mayo y junio de 2012 y participaron un total de 88 informantes. Los GD quedaron configurados según las variables consideradas *a priori* en el diseño, salvo en lo relativo a la variable sexo (tabla 1). La distribución de los profesionales de Reumatología y de Enfermería por CC. AA. se muestra en la figura 1.

Estructura y dotaciones de las unidades de hospital de día reumatológicas

Hay una manifiesta preferencia por el tipo de UHdD monovalente, sobre todo si la presión asistencial se considera elevada. Los

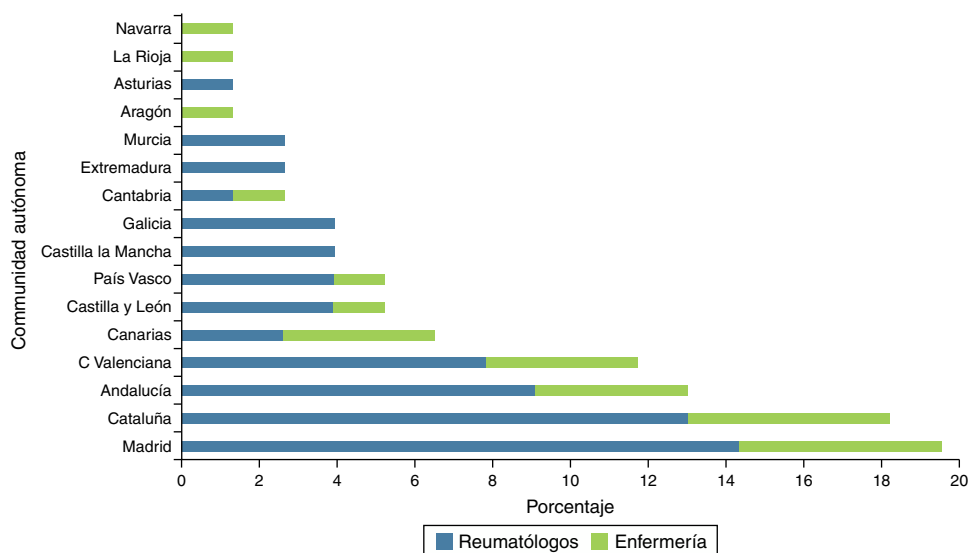


Figura 1. Distribución de informantes de los grupos de discusión por CC. AA. en Reumatología y Enfermería.

3 colectivos analizados coinciden en esta opción, aunque no se percibe como un determinante de calidad de los servicios prestados. Sí se consideran relevantes otras variables estructurales como el tamaño del centro, disponer de espacio suficiente para acompañar al paciente durante su tratamiento garantizando la intimidad, el buen estado de las instalaciones y/o la comodidad de los puestos de atención.

En las UHdD polivalentes, la falta de personal fijo especializado y la dificultad añadida en la gestión son percibidas como una barrera. Para subsanar este problema se plantea concentrar a los pacientes por especialidades en días específicos de la semana. Con esta medida, también se consigue salvar otra barrera planteada por los pacientes respecto a compartir espacio en la UHdD con Oncología, ya que se identifican los tratamientos suministrados contra el cáncer con los propios. Además, una UHdD especializada facilita la consulta integrada (valoración, analítica y procedimiento en acto único).

Uno de los principales factores de éxito de las UHdD, señalado por los profesionales, son las competencias avanzadas de Enfermería en Reumatología. A este personal de Enfermería, adscrito a la UHdD, se le presupone más especializado y con un mayor conocimiento, tanto de los tratamientos como de la historia clínica y evolución de los pacientes. La principal demanda a estos profesionales no son tanto los conocimientos actualizados en Reumatología, sino competencias en el manejo de los medicamentos específicos y en la gestión de posibles crisis. En los discursos se plantean 2 vías para la capacitación: mediante la experiencia clínica o por formación específica. En general, hay una demanda para potenciar esta última opción, ya que los recursos formativos actuales se consideran insuficientes.

Por otro lado, la coordinación con Farmacia Hospitalaria, especialmente la demora entre la prescripción y la administración del medicamento, se percibe como otra gran barrera. Si la distancia física afecta a la recepción de los medicamentos, la distancia temporal se percibe como más preocupante. Una demora en la entrega por parte de Farmacia no permite llevar a cabo la secuencia óptima de actividades de la UHdD —admisión, consulta, analítica, espera, tratamiento, recuperación y alta médica— dentro de su horario. En este sentido, el horario de las UHdD, en la mayoría de los casos, abarca solo el turno de mañana. Las consecuencias inmediatas para los pacientes son la prolongación de la estancia o ingresos innecesarios, mientras que para el sistema sanitario supone la falta de rentabilidad de las infraestructuras. Para mejorar esta, se

implementan gran variedad de protocolos de funcionamiento en función de las necesidades y recursos de cada centro. En general, frente a esta situación, las UHdD donde existe un acceso ágil a los medicamentos y/o disponen de una intranet efectiva se encuentran en disposición de atender a más pacientes en el mismo periodo de tiempo, sin necesidad de prolongar horarios. En cualquier caso, las experiencias que describen contar con facultativos de guardia en Farmacia Hospitalaria en turno de tarde reducen sustancialmente la demora en la entrega de medicamentos.

En relación con lo anterior, también existe una percepción generalizada sobre las limitaciones derivadas de las normativas locales o de las CC. AA. Las restricciones que se imponen desde las comisiones hospitalarias a la hora de acceder a ciertos tratamientos no siempre son aceptadas por los profesionales y requieren de un esfuerzo extra para conseguir el tratamiento prescrito para el paciente.

Procesos de las unidades de hospital de día reumatológicas

Tanto los profesionales como los pacientes se encuentran satisfechos con el plan de acogida y consideran importante que estos últimos reciban información escrita adaptada a sus necesidades y conocimientos. Se recomienda, como facilitador, que esta información se complemente de un teléfono y/o de un correo electrónico de contacto. La figura del acompañante se considera una buena receptora de la información, especialmente cuando los pacientes son menores o mayores de edad.

El reumatólogo informa de los procedimientos, mientras que la educación sanitaria es impartida fundamentalmente por el profesional de Enfermería. Una buena información es un facilitador clave para reducir posibles situaciones adversas. Así mismo, se considera importante ofrecer datos sobre el coste de los fármacos, e incluso se proponen herramientas como la factura sanitaria informativa.

Las referencias al consentimiento informado (CI) no son siempre positivas. Por parte de los profesionales, sí se le reconoce un valor como garantía legal, sin embargo, no se considera un medio efectivo de comunicación ya que, en ocasiones, los pacientes lo firman sin leer o comprender la totalidad del documento. Como facilitador, se sugiere entregar este en la consulta previa para que se devuelva firmado el día que comienza el tratamiento, garantizando así el tiempo necesario para su comprensión. Otras UHdD acompañan estos documentos con material educativo adaptado.

Los pacientes consideran el trato recibido satisfactorio, siendo este una de las variables más valoradas por los profesionales. Las

Tabla 1
Características de los informantes en los grupos de discusión

	Reumatología									Enfermería			Pacientes	
	Grupo 1 (n=9)	Grupo 2 (n=6)	Grupo 3 (n=7)	Grupo 4 (n=9)	Grupo 5 (n=5)	Grupo 6 (n=10)	Grupo 7 (n=8)	Grupo 8 (n=5)	Grupo 9 (n=5)	Grupo 10 (n=6)	Grupo 11 (n=7)	Grupo 12 (n=6)	Grupo 13 (n=5)	
Ciudad	Madrid	Madrid	Valencia	Sevilla	Bilbao	Barcelona	Madrid	Madrid	Madrid	Sevilla	Barcelona	Madrid	Madrid	
Edad (años), mediana (RI)	46 (41-50)	37,5 (35,5-37,5)	45 (37-51,5)	36,5 (31,75-45,25)	49 (46-50)	37 (34,25-41)	44 (41,5-51,25)	40 (31-48)	52,5 (49-55,75)	52 (46-60)	40 (36-51)	50,5 (43,5-62,75)	62 (60-63)	
Sexo, mujeres (%)	55,55	50	42,86	44,4	40	70	37,5	100	80	66,67	85,71	83,33	40	
Experiencia (años), mediana (RI)	12 (10-12)	7 (5,25-11)	8 (7-11,5)	6 (5-9)	12 (12-13)	7,5 (6-11)	6,5 (4-6,5)	3 (3-4)	5,5 (4,5-6)	4,5 (2,5-7,25)	6 (3-11)	-	-	
Duración enfermedad (años), mediana (RI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,5 (9-11,5)	20 (11-22)	

--: no applicable; RI: rango intercuartílico (p25-p75).

UHdD se plantean como una ventaja frente al resto de servicios, ya que permiten prestar mayor atención al paciente y ofrecer un trato más personalizado.

Los planes de calidad son elaborados por el centro hospitalario y no siempre se adecúan específicamente a las UHdD reumatológicas. Se cita, por ejemplo, el uso de pulseras identificativas, que no son consideradas prioritarias frente a otros estándares del proceso asistencial en las UHdD como los basados en: tiempos de espera, comodidad o posibilidad de acompañamiento. Así mismo, se destaca que estas y otras variables que afectan a la calidad percibida, como la demora para el acceso a la UHdD o los retrasos en la entrega de fármacos, pueden estar derivadas de otros servicios de soporte ajenos a la UHdD.

Respecto a los protocolos, se perciben como una herramienta que contribuye a mejorar la calidad del servicio y la administración de tratamientos, máxime en las UHdD polivalentes o donde no existe un personal reumatológico asignado a la UHdD. La situación actual de ajustes presupuestarios supone otra barrera normativa que varía en cada CC. AA. y no siempre permite aplicar los protocolos diseñados inicialmente.

Resultados de las unidades de hospital de día reumatológicas

La satisfacción percibida en la calidad de atención es siempre positiva, independientemente de cómo se registre. A la hora de evaluar la calidad se plantean 2 escenarios en función de la presión asistencial. En aquellos donde es alta, se fijan mecanismos como el buzón de sugerencias o las hojas de reclamaciones, mientras que en los que es más baja, se llevan a cabo sistemas de evaluación periódicos mediante encuestas de satisfacción. Los resultados positivos en calidad percibida, recogidos en ambos escenarios, se reconocen más efectivos ante la gerencia que las reclamaciones realizadas por el personal del centro. Por otro lado, las necesidades de los pacientes no coinciden siempre con las necesidades proyectadas por Enfermería sobre ellos; antes que por la comodidad de los puestos de atención o los tiempos de espera, los pacientes se preocupan por aspectos como la calidad de la comida o el tapizado de los sillones.

Finalmente, los procesos de certificación externa no se consideran imprescindibles ya que se destinan unos recursos considerables para su obtención e implementación sin llegar a mantenerse en el tiempo. Se constata que la implicación y los intereses de los profesionales en este aspecto son diferentes a los de gerencia.

Discusión

El presente trabajo y sus aportaciones resultan novedosos, en cuanto que abordan la identificación de barreras y facilitadores para la implementación efectiva de estándares de calidad, desde una perspectiva cualitativa. El enriquecimiento de las dimensiones de estudio mediante la triangulación metodológica⁷ supone un valor añadido que ayuda a entender mejor la realidad de las UHdD, completando y ampliando las aportaciones de la investigación cuantitativa del proyecto VALORA⁶. Por otro lado, es el primer acercamiento cualitativo a las UHdD a nivel estatal.

Uno de los principales hallazgos ha sido constatar el alto grado de acuerdo existente sobre el rol facilitador de la especialización. Primero, por la preferencia de UHdD monovalentes sobre las polivalentes, que entra en contradicción con la tendencia actual en la que el número de UHdD polivalentes continúa creciendo y ya suponen más del 90% de las existentes a nivel estatal⁶. Segundo, por la coincidencia en la necesidad de formación y capacitación específica de Enfermería en Reumatología, referida tanto por los facultativos como por Enfermería. Sin embargo, en la aproximación cuantitativa del proyecto VALORA⁶, menos de la mitad del personal de Enfermería afirmó tener algún tipo de formación específica en

Reumatología. Esta demanda no es nueva. Pese a que Ivorra et al. ya recogen esta carencia en 2010¹⁰, los recursos que se ofrecen para formarse no han aumentado, la oferta por parte de los hospitales es escasa, y las opciones se reducen a la formación facilitada por compañías farmacéuticas o desde la SER.

Otro resultado clave deriva de las discrepancias detectadas con el estudio cuantitativo cuando se evalúa la coordinación con Farmacia Hospitalaria. Mientras que en los GD los discursos emergentes se centran en el tiempo de demora prescripción-administración como una de las principales barreras detectadas, el estudio cuantitativo apunta a una coordinación eficiente en el 88%⁶, ya que se utiliza un concepto más amplio que engloba prescripción electrónica, optimización de viales y uso de medicación eficiente, junto con una demora aceptable.

Una tercera discrepancia está relacionada con la complejidad del centro. Aunque esta no fuera una de las variables a la hora de organizar los GD, en los discursos de los informantes sí se manifiestan diferencias en función de si la UHdD estaba adscrita a un hospital comarcal, general, mayor o complejo. Por el contrario, en el estudio cuantitativo, donde sí se estratificaron los resultados según este patrón, se aprecian diferencias significativas en pocas variables⁶.

Respecto a los documentos clave, existe concordancia en la insuficiente presencia de CI y procedimientos normalizados de trabajo (PNT). El estudio cuantitativo también revela que el 48% de las UHdD carecían del PNT⁶. Esta idea viene a reforzar la necesidad de usar los protocolos ya establecidos e implementar nuevos allí donde sean deficientes, con especial atención en las UHdD polivalentes.

Por otro lado, una constante en los estudios de calidad, incluida la percibida, es la correlación del trato personalizado con la adhesión al tratamiento, particularmente importante en enfermos crónicos. Como se ha puesto de manifiesto, las UHdD permiten reforzar la relación con los pacientes y fomentar esta confianza. Pero si el trato cercano por parte del personal sanitario es el principal factor generador de confianza¹¹, contar con conocimientos y habilidades de comunicación son factores necesarios para transmitir seguridad al paciente. Nuevamente, la formación específica potenciaría estas competencias.

Si nos centramos en los discursos de los pacientes, podemos destacar su satisfacción general con la atención recibida. No obstante, podemos sintetizar 2 demandas específicas. Una está relacionada con el temor a la suspensión de medicamentos con los que están satisfechos y de los que conocen el coste, un miedo influenciado por el contexto socioeconómico en el que se realizó el estudio. La otra reivindica una preferencia por UHdD monovalentes, vinculada al estigma de una posible identificación de los tratamientos oncológicos con los propios.

Una de las fortalezas de este estudio es contar con GD de pacientes para conocer valoraciones sobre las UHdD. Integrar la perspectiva de los pacientes introduce aportaciones interesantes, como la divergencia entre la satisfacción del paciente percibida por los profesionales y la satisfacción real de los pacientes. No obstante, el estudio cuantitativo revela que tan solo un 21% de los centros realiza evaluaciones de satisfacción del paciente⁶, una fuente esencial de información y cuya perspectiva está siendo cada vez más valorada a la hora de planificar y evaluar².

Cabe señalar que, a pesar de aplicar una metodología apropiada para satisfacer sus objetivos, el presente trabajo no está exento de limitaciones. En primer lugar, los GD no consiguieron en todos los casos reunir el número teórico apropiado de participantes para garantizar su configuración grupal y capacidad productiva¹². Así mismo, la paridad por sexo solo se logró en el cómputo general de GD de Reumatología, pero no fue posible para Enfermería. Las mujeres participaron más que los hombres, por encima de la distribución por sexos ofrecida por la Encuesta de Población Activa de 2011¹³. Otra limitación a destacar fue que la experiencia de incluir GD de pacientes, a pesar de ser de interés, quedó limitada a 2 GD y

a un ámbito territorial concreto, por lo que se debería ampliar en el futuro en estudios similares.

En conclusión, el análisis cualitativo ha permitido profundizar en las limitaciones y oportunidad de mejora para la implantación de estándares de calidad en las UHdD. Estos pueden incluir 3 niveles de actuación. El primero sería imputable a las características de la propia UHdD, donde el principal facilitador tiene que ver con la especialización y la preferencia por las UHdD monovalentes. El segundo, en función del tipo de centro hospitalario al que pertenece, donde la falta de una coordinación eficiente con otros servicios que aumenten la demora en los tiempos de prescripción-administración es percibida como la principal barrera. Finalmente, un tercer nivel estaría relacionado con las peculiaridades y los marcos normativos de cada CC. AA.

Por último, en línea con otros trabajos ya publicados por la SER, este estudio viene a apoyar la apuesta de la Sociedad por la mejora de la calidad en la atención de los pacientes reumatológicos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Fundación Española de Reumatología (FER) con fondos cedidos por Roche para la financiación del plan ÍCARO. La compañía no ha participado en el diseño del proyecto ni ha intervenido en las conclusiones o escritura del informe final y del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con el presente manuscrito.

Agradecimientos

Los autores de este artículo quieren manifestar su agradecimiento a los pacientes y a los profesionales de enfermería y reumatólogos que han participado en los grupos de discusión por su interés e implicación en el tema de estudio.

También queremos agradecer a Estibaliz Loza Santamaría por su participación en el diseño del estudio.

Anexo 1. Comité Científico del proyecto VALORA

Pilar Plana Macarulla, Esther Álvarez, Jennifer de la Torre, Pilar Pérez Ayuso, Laura Cano García, Sagrario Bustabad, Hector Corominas i Macías, María Victoria Hernández, José Andrés Román Ivorra, José Luis Marengo, Carlos Fernández López, María Montoro, Federico Navarro Sarabia, Laura Nuño, Eva Pérez Pampín, Joaquín Belzunegui, Carlos Marras, Concha Delgado y Javier Ballina.

Anexo 2. Material suplementario

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.reuma.2016.12.004](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2016.12.004).

Bibliografía

1. Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Barbosa L, Ramiro S, Roque R, Gonçalves P, Silva J, Santos MJ. Patients' satisfaction with the rheumatology day care unit. *Acta Reumatol Port*. 2011;36:377–84.
3. Román Ivorra JA, Sanmartí R, Collantes-Estévez E, Carreño Pérez L, Betegón L. Modelo de excelencia en el Hospital de Día de Reumatología en España: proyecto HD-Reumatolex. *Reumatol Clin*. 2013;9:142–7.
4. García-Vicuña R, Montoro M, Dubuc CAE, Reyes SB, Gómez-Centeno A, Muñoz-Fernández S, et al. Estándares de calidad en una Unidad de Hospitalización de Día reumatológica. Propuesta del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Sociedad Española de Reumatología. *Reumatol Clin*. 2014;10:380–8.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Informes, estudios e investigación; 2014.
6. Hernández Miguel MV, Martín Martínez MA, Corominas H, Sanchez-Piedra C, Sanmartí R, Fernandez Martinez C, et al., en representación del Comité Científico del proyecto VALORA. Variability in Rheumatology day care hospitals in Spain: VALORA study. *Reumatol Clin*. 2016 Mar 8, pii: S1699-258X(16)00012-7. doi:10.1016/j.reuma.2016.01.007. [Epub ahead of print].
7. Olsen W. Triangulation in social research: Qualitative and quantitative methods can really be mixed. En: Holborn M, editor. *Developments in sociology*. Ormskirk: Causeway Press; 2004. p. 1–30.
8. Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Gutiérrez J, Delgado JM, editores. *Métodos y técnicas cualitativas en investigación en ciencias sociales*. España: Síntesis; 1994. p. 225–38.
9. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:423–36.
10. Román Ivorra JA, Gómez-Salazar JR, Calvo Catalá J, Grupo para el estudio de los hospitales de día de Reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología. Estado actual de los hospitales de día donde se administran los tratamientos de Reumatología en la Comunidad Valenciana. *Reumatol Clin*. 2010;6:244–9.
11. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med*. 2000;15:509–13.
12. Valles MS. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis; 1997.
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. 2011. Madrid: INE [consultado 10 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/>